



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Tiia Pennanen

Kotihoidon sairaanhoitajien kokemuk- sia hoidon tarpeen arvioinnista ja pää- töksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Akuuttihoitotyön kehittäminen ja
johtaminen

Opinnäytetyö

5.5.2021

Tekijä(t) Otsikko	Tiia Pennanen Kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista ja päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa
Sivumäärä Aika	58 sivua + 4 liitettä 5.5.2021
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Eila-Sisko Korhonen, FT, THM, ESH, Lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisesta, sekä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa kokemuksista kehittämistyön perustaksi.</p> <p>Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä on nousussa ja enemmän apua tarvitsevien määrä on lisääntynyt. Kotona asuvien heikentyneen kunnon vuoksi akuuttitilanteet kotona ovat lisääntyneet. Tämä edellyttää kotihoidon sairaanhoitajilta osaamista hoidon tarpeen arviointiin ja itsenäiseen päätöksentekoon.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttäen. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla erään Etelä-Suomalaisen kaupungin kotihoidon sairaanhoitajilta. Haastatteluja tehtiin yhteensä yhdeksän (n=9). Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää hyödyntäen.</p> <p>Tulosten mukaan hoidon tarpeen arviointi ja päätöksenteko kotihoidossa koetaan haastavaksi. Kotihoidon sairaanhoitajalla tulee olla laaja-alaista hoitotyön kokemusta ja osaamista, sekä itsenäistä päätöksentekokykyä. Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi olla säännöllistä arviointia, jotta asiakkaan voinnin muutokset voidaan tunnistaa ajoissa.</p> <p>Kotihoidossa ei ole olemassa selkeitä ohjeita hoidon tarpeen arviointiin. Hoitajien vaihtuvuus ja kotihoidon kiire koettiin suurimmaksi arviointia vaikeuttavaksi tekijäksi. Haastavaksi koettiin myös hoitajien puutteellinen osaaminen, sekä puutteelliset kirjaukset.</p> <p>Tulosten perusteella perehdytystä ja koulutusta tulisi lisätä ja tehostaa. Lisäksi yksiköissä tulisi olla selkeät ohjeet hoidon tarpeen arvioinnin ja päätöksenteon tueksi.</p>	
Avainsanat	Kotihoito, hoidon tarpeen arvio, päätöksenteko, akuutisti sairastunut ikääntynyt

Author(s) Title	Tiia Pennanen The experiences of home care nurses in assessing the need for care and decision-making in nursing guidance
Number of Pages Date	58 pages + 4 appendices 5 May 2021
Degree	Master of health care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Development and Leadership of Acute care
Specialisation option	
Instructor(s)	Eila-Sisko Korhonen, PhD, MNSc, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe home care nurses' experiences of nursing assessment and factors that influencing decision making in care guidance. The aim of this thesis was to produce knowledge about experiences as a basis for development work.</p> <p>The number of home care clients is growing and the number of clients in need of more help has increased. Due to deteriorating condition of clients, acute situations at home have increased. This requires home care nurses to have skills to assess the need for care and independent decision-making.</p> <p>This thesis was carried out by using a qualitative method. The data collection was implemented as theme interviews with home care nurses in a southern Finnish city. A total of nine interviews were conducted. Interviews were recorded, transcribed, and analyzed by using an inductive content analysis method.</p> <p>According to the results, the assessment of the need for care and decision-making in home care is challenging. A home care nurse should have extensive nursing experience and expertise. The assessment of the need for treatment should be a regular assessment, so that changes in the clients' condition can be identified in a timely manner.</p> <p>In home care, there are no clear guidelines for assessing the need for care. The biggest challenges the need for care are the turnover of nurses and the urgency of home care. The lack of skills of nurses and shortcoming in recording were also perceived as challenging.</p> <p>Based on the results, orientation and training should be increased and intensified. In addition, units should have clear guidelines to support assessment of care needs and decision-making.</p>	
Keywords	home nursing, nursing assessment, decision making, acutely ill elderly

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Hoidon tarpeen arviointi	2
2.2	Haasteet hoidon tarpeen arvioinnissa kotihoidossa	4
2.3	Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät	5
2.4	Haasteet ikääntyneiden päivystyskäynneissä	6
3	Kotihoito tutkimusympäristönä	7
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	8
5	Opinnäytetyön menetelmät ja aineistonkeruu	8
5.1	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	9
5.2	Aineiston keruu	9
5.3	Aineiston analyysi	10
6	Tutkimustulokset	14
6.1	Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen kotihoidossa	15
6.1.1	Sairaanhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnista	16
6.1.2	Hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät	19
6.1.3	Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät	28
6.2	Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät	38
6.2.1	Päätöksentekoa helpottavat tekijät	39
6.2.2	Päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät	44
7	Pohdinta	47
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua	48
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	50
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	52
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	54
	Lähteet	55
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelulomake	
	Liite 2. Tiedote tutkimuksesta	
	Liite 3. Tutkimukseen suostumus	

Liite 4. Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

1 Johdanto

Väestön ikääntymisen ja palvelurakennemuutoksen johdosta kotona asuvien ikääntyvien määrä on kasvussa. Ikääntyneiden tarvitsemat palvelut muodostavat laajan kokonaisuuden, joka muodostuu ennaltaehkäisevistä ja kuntouttavista palveluista, kotona asumista tukevista palveluista ja kotihoidosta, omaishoidon tuesta ja erilaisista etuuksista, terveys- ja lääkäripalveluista sekä erikoissairaanhoidon palveluista. Iäkkäät henkilöt käyttävät useita eri sosiaali- ja terveyspalveluja, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on turvattava riittävä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen ja konsultaatiomahdollisuudet. Osaaminen varmistaa iäkkäille asiakkaille selvitettyjen tarpeiden mukaisen hoidon. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 41; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 6.)

Erityisesti sairaaloiden päivystykset kuormittuvat, ellei iäkkäiden palvelutarvetta osata tunnistaa ja arvioida ajoissa. Päivystyksen rooli korostuu etenkin niissä tilanteissa, joissa normaali hoito ja palvelu eivät toteudu asianmukaisesti. Iäkkäiden päivystyskysynnän hallitsemiseksi täytyisi tarkastella koko iäkkäiden palvelujärjestelmää. (Malmström – Hörhammer – Peltokorpi – Linna – Koivuranta-Vaara – Mikkola 2017: 9; Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 41.) Iäkkäillä päivystyspotilailla on enemmän epäedullisia seurauksia, kuten uusia päivystyskäyntejä, toimintakyvyn laskua tai laitokseen siirtymisiä päivystyksestä kotiutumisen jälkeen (Haapamäki -Huhtala – Löfgren – Mylläri – Seinelä -Valvanne 2014: 9). Kotihoidon rooli on keskeisessä asemassa, koska kotona asuvien ikääntyvien määrän lisääntymisen lisäksi kotona asuu entistä huonokuntoisempia ikääntyviä (THL 2017).

Kotihoidossa on tärkeää osata tunnistaa muutokset asiakkaan voinnissa ja milloin asiakas tarvitsee kiireellistä hoitoa, vai voidaanko hoito toteuttaa kotona hoitoa tehostamalla. Aiempien tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että päivystyskäynnit olisivat ainakin osittain vältettävissä, jos hoitohenkilökunnalla olisi riittävästi geriatria osaamista (Kihlgren – Sunvisson – Ziegert – Mamhidir 2014), konsultaatiomahdollisuudet joustavasti järjestetty (Mylläri – Kirsi - Valvanne 2014: 5-6), potilaiden hoitosuunnitelmat olisi ajan tasalla sekä organisaatioilla selkeät hoito-ohjeet akuuttien tilanteiden ja päivystykseen lähettämispäätöksen suhteen (Kirsebom – Wadensten - Pöder 2014; Björck – Wijk 2018: 1145). Potilasohjausta tulisi tehostaa ja palvelujärjestelmää kehittää niin, että lieväoirei-

set vanhukset voitaisiin tutkia nopeasti avoterveydenhuollossa. Myös ennakoimalla muutoksia voinnissa ja suunnittelemalla hoito päiväaikaisten palveluiden piirissä, voitaisiin epätarkoituksenmukaista päivystykseen päätymistä välttää. (Mylläri ym. 2014: 5–6.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvion toteutumisesta, sekä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa. Kohderyhmä on erään Etelä-suomalaisen kaupungin kotihoidon sairaanhoitajat.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu käsitteistä: hoidon tarpeen arvio, päätöksenteko, akuutisti sairastunut ikääntynyt, päivystyshoitotyö ja kotihoito. Opinnäytetyön aiheeseen alettiin perehtymään syksyllä 2020, jolloin tehtiin ensimmäiset tiedonhauetietokannoista ja alettiin muodostaa teoreettista viitekehystä. Tiedonhaku toteutettiin systemaattista tiedonhakua soveltaen Cinahl, Pubmed ja Medic tietokannoista, ja sitä täydennettiin manuaalilla, sekä alan kirjallisuudella. Tiedonhakuun käytettiin hakusanoja kotihoito, hoidon tarpeen arvio, päätöksenteko, akuutisti sairastunut ikääntynyt, päivystyshoitotyö, home nursing, home hospital, nursing assessment, assessment of the need for treatment, decision making, acutely ill elderly, emergency department. Hakusanoja yhdistettiin Boolean operaattorin avulla. Aiempaa tutkimustietoa kotihoidossa tehtävästä hoidon tarpeen arviosta ja päätöksenteosta oli saatavilla niukasti, joten hakukriteereiksi asetettiin vuoden 2008 jälkeen julkaistu, suomen- tai englanninkielinen tutkimus tai tieteellinen artikkeli, ja aineistoksi hyväksyttiin hoitokoteihin ja sairaaloihin liittyvät tutkimukset.

2.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arvio tuli osaksi lainsäädäntöä 2005 ja siitä säädetään terveydenhuoltolaissa ja päivystysasetuksessa. Hoidon saatavuudella tarkoitetaan tarpeellisten ja oikea-aikaisten terveystalvelujen turvaamista. (Syväoja – Äijälä 2009, 9; Valvira.) Hoidon tarpeen arviointi on laadukkaan hoitotyön perusta, ja asianmukaisesti tehdyllä hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan lisätä potilasturvallisuutta. Hoidon tarpeen arvioinnilla saadaan kerättyä tietoja, jotka toimivat perustana päätöksenteossa. (Kurniawan – Hariyati 2019.)

Päivystysasetuksessa säädetään kiireellisen hoidon perusteista sekä päivystyksen järjestämisen edellytyksistä. Asetuksen 12§ ohjaa päivystykseen ottamiseen perusteista. Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön on ohjattava potilas hoitoon päivystykseen, muuhun terveydenhuollon toimipaikkaan, tai hoidettava potilas muulla tarkoituksenmukaisella tavalla päivystyksen vastaavan lääkärin ohjeiden mukaan. Ohjaus voidaan toteuttaa puhelimitse tai muulla vastaavalla tavalla. Ohjauksessa on arvioitava potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta. Potilas on ohjattava hoitoon päivystykseen, mikäli hoitoa ei potilaan vaivan vuoksi voida siirtää seuraavalle päivälle tai viikonlopun yli. Potilas voidaan ohjata käyttämään terveyskeskuksen tai muun vastaavan hoitoyksikön palveluja virka-aikana, mikäli käynti voidaan lääketieteellisin perustein siirtää terveydentilan tai toimintakyvyn vaarantumatta. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017.)

Hoidon tarpeen arvio on ensimmäinen vaihe asiakkaan hoitoprosessissa laissa määritellyssä hoitotakuussa. Lain mukaan potilaalla on oikeus hoidon tarpeen arvioon, toisin sanoen hoitoon ei voi päästä ilman hoidon tarpeen arviota. Hoidon tarpeen arvio edellyttää terveydenhuollon ammattilaisen asianmukaista koulutusta, työkokemusta, yhteyttä hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissä olevia potilasasiakirjoja. Myös lainsäädäntö on hyvä tuntee hoidon tarpeen arviota tehdessä. (Syväoja – Äijälä 2009: 9–14.)

Hoidon tarpeen arviointia tehdessä tulee aina selvittää yhteydenoton syy, sairauden oireet ja kiireellisyys esitietojen perusteella. Hoidon tarpeen arvio tehdään kokemuksen ja ohjeiden, kuten triage -ohjeistus ja Käypä hoito -suositukset, pohjalta ja näiden perusteella ohjataan asiakas oikealle hoidon portaalle. Jos arvion aikana ei nouse esiin mitään syytä ohjata asiakasta suoraan päivystykseen tai omaan terveyskeskukseen, voidaan asiakas ohjata kotihoitoon ja antaa hänelle tarvittavat kotihoito-ohjeet. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä aina asiakkaan oireiden ja terveydentilan perusteella, ei esimerkiksi sosiaaliin syihin perustuen. Hyvän hoidon tarpeen arvioinnin avulla voidaan saavuttaa vaikuttavuutta hoitoon ohjauksessa ja ehkäistä turhia päivystyskäyntejä. (Syväoja – Äijälä 2009: 25–26.)

2.2 Haasteet hoidon tarpeen arvioinnissa kotihoidossa

Laitospaikkojen vähentäminen ja tavoite hoitaa ikääntyneitä mahdollisimman pitkään kotona on siirtänyt hoidon painopisteen kotihoitopalveluihin, josta syystä kotona asuvat ikääntyneet voivat olla entistä hauraampia, monisairaampia ja toimintakyvyltään rajoittuneempia (Kelo – Launiemi – Takaluoma – Tiittanen 2015: 194). Kotona asuvien heikentyneen kunnon vuoksi akuuttilanteet kotona ovat lisääntyneet (Kihlgren ym. 2014), joka edellyttää kotihoidon sairaanhoitajan monialaista osaamista ja taitoja, sekä teoreettisen että käytännön taitojen jatkuvaa kehittämistä, jotta voidaan taata hyvä ja turvallinen hoito kotona (Andersson – Lindholm – Pettersson – Jonasson 2017). Kotihoidon sairaanhoitajalta vaaditaan myös kykyä itsenäiseen päätöksentekoon, koska pääasiallisesti sairaanhoitajat työskentelevät kentällä yksin (Ellenbecker – Samia – Cushman – Alster 2008).

Potilaan terveydentilan selvittäminen sekä hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi koetaan hoitotyössä erityisen haastavana (Oikarainen – Siltanen – Korhonen – Holopainen 2018: 41). Kurniawan ja Hariyati (2019) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä on sairaanhoitajan osaaminen, kliininen kokemus, potilasturvallisuuskulttuuri, koulutustaso sekä tiimin välinen yhteistyö. Ikääntyneen hoidon tarpeen arviota voi vaikeuttaa monet eri tekijät, kuten monisairauksista johtuva oireiden runsaus ja moninaisuus, elimistön fysiologisista vanhenemismuutoksista johtuva oireiden epämääräisyys ja oireiden epätyypillisuus tai vähäisyys verrattuna esimerkiksi työikäisiin ihmisiin (Kelo ym. 2015: 196–197). Haasteita hoidon tarpeen arvioinnissa voi aiheuttaa oireiden kertomatta jättäminen tai vähättely peloista tai häpeästä johtuen, kommunikatio- ja muistiongelmien, sekä runsas ja usein epäselvä lääkitys (Kelo ym. 2015: 196–197).

Kihlgren ym. (2014: 367–369) selvittivät tutkimuksessaan hoitokodeissa työskentelevien hoitajien kokemuksia tilanteista, joissa potilaiden vointi on muuttunut. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat lääketieteellisen ja geriatrisen osaamisensa puutteelliseksi potilaan muuttuneen terveydentilan arvioinnissa, ja tarvitsevansa lisäkoulutusta ollakseen vastuussa potilaista. Mylläri ym. (2014) nosti tutkimuksessaan esille, että etenkin kotihoidon työntekijät ovat keskeisessä asemassa akuuttihoitopalveluiden kohdentumisen kannalta, ja että koulutukseen olisi kiinnitettävä riittävästi huomiota, jotta iäkkään potilaan avuntarve tunnistetaan ja hänet osataan ohjata asianmukaiseen hoitopaikkaan.

Resurssit ja työn organisointi voivat olla vaikuttavia tekijöitä. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen ”Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa -kotihoidon kehitys huolestuttava” tuloksista kävi ilmi, että kiirettä koettiin kotihoidossa enemmän kuin esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla tai palveluasumisessa työskennellessä. Puolet kotihoidon työntekijöistä kokivat, etteivät he ehdi tekemään työtään kunnolla, ja että työ joudutaan tekemään eri tavalla kuin haluaisi ja ohjeet määräävät. Yleinen kokemus oli, etteivät kotihoidon työntekijät pysty vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin niin hyvin kuin haluaisivat. (Vehko – Sinervo – Josefsson 2017.)

2.3 Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät

Potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa tietoa tarvitaan useista eri lähteistä. Hoituksen tutkimuksessa ”Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa” tarkasteltiin hoitohenkilökunnan kuvauksia päätöksentekotilanteista ja päätöksenteossa käytetyistä tietolähteistä. Tutkimuksessa keskeisimmiksi päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä nousi näyttöön perustuva tieto kuten hoitosuositukset, organisaation tai yksikön ohjeet, intuitio ja työkokemus, potilaan tai hänen omaisensa näkemyksen huomioon ottaminen, lait ja asetukset, sekä kollegan konsultointi. (Oikarainen ym. 2018: 41–43.) Hoitosuositusten lisäksi hoitopäätöstä tehdessä ja hoitoon ohjauksessa tulee huomioida potilaan elämäntilanne, hoidon tarve ja potilaan mielipide asiasta (Syväoja – Äijälä 2009: 23).

Ruotsalaistutkimuksessa päätöksenteko potilaan lähettämisestä päivystykseen koettiin haastavana. Päätöksenteossa haluttiin huomioida mikä oli potilaan voinnin edun mukaista, mutta ristiriitoja aiheutti kuitenkin omaisten eriäväiset tulkinnat potilaan voinnista ja terveydentilasta, sekä siitä mikä on potilaan kannalta paras ratkaisu. Epävarmuutta päätöksentekoon toi aiempi kokemus hoitajien osaamisen kyseenalaistamisesta yhteistyötahojen toimesta. (Kihlgren ym. 2014: 369–370.)

Keskeisessä asemassa on kotihoidolle annettu ohjaus ja konsultaatiomahdollisuus (Haapamäki ym. 2014: 29). Päätöksentekoa vaikeuttavaksi tekijäksi tutkimustiedon mukaan on mainittu se, jos lääkäri ei ole tavoitettavissa, tai kun potilaan omaiset ovat painostaneet lähettämään potilaan päivystykseen. Päivystykseen lähettämisen syynä on voinut olla puutteelliset hoito-ohjeet tai pelko ammatinharjoittamisoikeuden menettämisestä. (Kirsebom – Wadensten - Hedström - Pöder 2013: 118–119.)

Saksalaisten tekemässä tutkimuksessa kartoitettiin ensihoitajien kokemuksia sairaalasiirroista ja kehitysideoita miten turhia sairaalasiirtoja voitaisiin välttää. Tutkimuksessa keskeiseksi nousi hoitajien osaaminen. Sairaalasiirrot olivat useissa tapauksissa pääasiassa henkilöstöresursseista tai lääkärin puuttumisesta johtuvaa. Tutkimuksessa nostettiin esille, että epätarkoituksenmukaiset sairaalasiirrot olisivat potentiaalisesti vältettävissä hoitohenkilökunnan kouluttamisella ja yksiköiden toimintaohjeilla akuuttitilanteisiin, sekä riittävillä resursseilla. (Pulst – Fassmer – Hoffmann – Schmiemann 2020: 3778.)

2.4 Haasteet ikääntyneiden päivystyskäynneissä

Tutkimuksessa ”Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä” tehdyn selvityksen mukaan keskimäärin joka viiden päivystyspotilaista on yli 75-vuotias. Väestön ikääntyessä geriatrinen päivystyspotilaiden määrä kasvaa ja huipussaan sen arvioidaan olevan vuonna 2030. Vaikka iäkkäiden päivystyskäynnit ovatkin usein perusteltuja, niiden epätarkoituksenmukainen käyttö tulisi minimoida. (Haapamäki ym. 2014: 7.) Päivystyskäynti on iäkkäälle aina henkisesti ja fyysisesti stressaava tilanne ja voi lisätä infektioriskiä, aiheuttaa sekavuutta, toimintakyvyn heikkenemistä ja turhaa jatkohoitoon joutumista laitokseen (Levine – Ouchi – Blanchfield – Diamond – Licurse – Pu – Schnipper 2018; Kirsebom ym. 2014: 115). Sairaalasiirtojen yhteydessä on raportoitu korkeampaa kuolleisuutta, sekä ongelmia tiedonkulussa eri hoitoyksiköiden välillä (Kirsebom 2015: 115).

Iäkkäät viipyvät päivystyksessä usein keskimääräistä kauemmin kuin nuoremmat potilaat (Misch – Messmer - Nickel – Gujan – Graber – Blume – Bingisser 2014). Nuorempiin potilaisiin verrattuna iäkkäiden päivystyksessä oloaika oli keskimäärin 20–60 % pidempi. Yli 65-vuotiaiden potilaiden on myös todettu joutuvan yöpymään päivystyspoliklinikalla todennäköisemmin kuin nuorempien. (Haapamäki ym. 2014: 9.)

Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden toimesta 2014–2018 toteutettiin projekti Elderly people`s services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE), jonka tavoitteena oli selvittää ikääntyneiden nykyisten palvelujen toimivuutta ja keinoja ikääntyneiden toimintakyvyn ja kotona asumisen tukemiseen. Projektia varten kerättiin tietoa kotona asuvien ikääntyvien päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä lähteä päivystykseen, päivystyksen kysyntää ja hallintaa ikääntyneiden osalta ja yleisimpiä syitä ikääntyneiden päivystyskäynnteihin. Tieto oli kerätty Acutassa vuosina 2011–2012 tapahtuneista ikääntyneiden päivystyskäynneistä. (Kuntaliiton ELSE -julkaisusarja.)

Myllärin ym. (2014) tutkimuksen mukaan ensisijainen syy päivystykseen hakeutumiseen oli vanhusten kokema suuri avuntarve, jonka taustalla oli joko oireiden aiheuttama haitta tai niiden vakavuuteen tai pahenemiseen liittyvät pelot tai hoidon ja tutkimusten tarve. Läheisten ja hoitoalan ammattilaisten käsitykset päivystyskäynnin tarpeellisuudesta sekä ongelmat perusterveydenhuollon laadussa tai saatavuudessa olivat vaikuttaneet päätökseen hakeutua päivystykseen.

3 Kotihoito tutkimusympäristönä

Tämän ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tutkimusympäristönä toimii erään Etelä-Suomalaisen kaupungin kotihoidon yksiköt.

Kotihoito muodostuu kotipalvelujen, tukipalvelujen ja sairaanhoitopalvelujen palvelukonaisuudesta, jolla autetaan eri-ikäisiä, kotona asuvia, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja kotona asumista mahdollisimman pitkään ehkäisevien palvelujen, palvelutarpeen arvioinnin, terveystalvelujen, asumispalvelujen, kotihoidon, lyhytaikaisten laitospalvelujen ja omaishoidon tuen avulla. Tärkeimmät kotihoitoa ohjaavat lait ja säädökset ovat sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. (Ikonen 2015: 14–23, 42; STM.) Laadukas kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, jonka pohjalta asiakkaalle tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma, ja jota tarkistetaan asiakkaan palvelujen tarpeen muuttuessa (Pöyhiä - Güldogan - Vanhanen 2018: 10; STM).

Vuonna 2019 kotihoidon asiakkaita koko maassa oli 200 000, joista 115 000 sai säännöllisesti kotihoidon palveluita. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi on tilastoitu asiakas, jolla on tilastovuoden aikana, kahden kuukauden aikana ollut vähintään kuutena päivänä kotikäynti. Määrällisesti eniten säännöllisen kotihoidon palveluita saavat ovat iältään 85–94-vuotiaita. (Saukkonen – Mölläri - Mäkelä - Kehusmaa 2020.)

Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä on ollut tasaisesti nousussa 2000-luvun alusta asti (THL 2017: 58) ja enemmän apua tarvitsevien määrä on selkeästi lisääntynyt. Paljon palveluja käyttäviksi luetaan asiakkaat, joilla on yli 60 kotikäyntiä kuukaudessa. (Kehusmaa – Alastalo – Hammar - Luoma 2018.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus on kannustanut kuntia palvelu- ja rakennemuutokseen, kuten laitospaikkojen vähentämiseen ja kotiin vietävien palveluiden määrän ja sisällön kehittämi-

seen, tavoitteena niin sosiaalisesti kuin taloudellisestikin kestävä toiminta. Laatusuosituksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia esimerkiksi uudistamalla kotiin tuotavien palvelujen valikkoa, erityisesti kotiin tuotavia kuntoutuspalveluja, kotona annettavaa ensihoitoa ja kotisairaalan palveluja. (STM 2017: 6.)

Kotihoidon tarpeen kasvu tulee todennäköisesti entisestään kiihtymään tulevina vuosina, jolloin myös henkilöstön riittävyyteen joudutaan jatkossa kiinnittämään huomiota. Kotihoidon prosessit uudistuvat ja asiakkaan omien voimavarojen ylläpitäminen ja kuntoutus ovat keskiössä, jotta saadaan mahdollistettua aikaisempaa useammalla ikäihmiselle kotona asumisen jatkuminen ja kotihoidon resurssien riittäminen. (Alastalo – Vainio - Kehusmaa 2017.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvion toteutumisesta, sekä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa kokemuksista kehittämistyön perustaksi.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Miten hoidon tarpeen arvio toteutuu kotihoidossa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat päätöksentekoon hoitoonohjauksessa?

5 Opinnäytetyön menetelmät ja aineistonkeruu

”Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin” (Tuomi – Sarajärvi 2018: 98), vaan siinä korostuu ihmisten kokemusten ja käsitysten tutkiminen, sekä näkemysten kuvaus. Laadullisen tutkimuksen menetelmät sopivat lähestymistavaksi, jos tutkittavasta ilmiöstä on vain vähän aiempaa tietoa saatavilla. Laadullisen lähestymistavan keskeinen merkitys on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 65–66, 74.) Laadullisella lähestymistavalla tehdyn tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman ymmärrettävä, kokonaisvaltainen ja tarkka kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2014: 17). Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttäen.

5.1 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Aineistonkeruumenetelmänä on teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu, joka on avoimen- ja lomakehaastattelun välimuoto (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2016: 28). Teemahaastattelu sopii laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi hyvin, koska siinä korostuu ihmisten näkökulma ja tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelu etenee tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen perustuvien keskeisten ja etukäteen valittujen teemojen, sekä niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 88–89.) Teemahaastattelulle tyypillistä on, että haastattelussa voidaan edetä strukturoitua haastattelua avoimemmin vaihtelemalla esimerkiksi kysymysten järjestystä ja muotoa haastattelun edetessä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 125; Hirsjärvi ym. 2016: 208).

Tutkimuksen tekijällä tulee olla ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä, jonka perusteella haastattelun teemat laaditaan. Teemoilla pyritään varmistamaan, että haastattelussa keskustellaan kaikista tutkittavaan ilmiöön liittyvistä teemoista. Haastattelua varten laaditaan teemahaastattelurunko, johon on kirjattu kaikki keskusteltavat teemat. (Kananen 2014: 76–78.) Aineisto kerättiin teemahaastattelua käyttämällä. Teemahaastattelurungon (Liite 1) keskeiset teema olivat hoidon tarpeen arvio ja päätöksenteko, jotka perustuivat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen.

5.2 Aineiston keruu

Tärkeää on, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, olisi mahdollisimman paljon kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi – Sarajärvi 2018: 98). Opinnäytetyön kohderyhmänä oli erään Etelä-Suomalaisen kaupungin kotihoidon sairaanhoitajat. Tutkimustiedote (Liite 2) lähetettiin opinnäytetyön työelämäohjaajalle, joka jakoi sen sähköpostitse kaikille, yhteensä 30, kotihoidon sairaanhoitajille. Rekrytointikierroksia toteutettiin lopulta kolme, koska kahdella ensimmäisellä kierroksella ei ketään vapaaehtoista ilmoittautunut. Kolmannella rekrytointikierroksella rekrytointia tehostettiin ottamalla sairaanhoitajiin yhteyttä henkilökohtaisesti, sekä huomioitiin myös kotihoidon yksiköiden johtajat. Haastatteluaikat sovittiin osallistujien kanssa sähköpostitse. Teemahaastattelulomake (Liite 1) lähetettiin sähköpostin liitteenä osallistujille, jotta heillä oli mahdollisuus tutustua haastattelun teemoihin etukäteen.

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruussa keskeistä on, kuinka suuri otos koetaan riittäväksi. Laadullisessa tutkimuksessa ei yleensä tavoitella tilastollista yleistävyyttä, joten otos voi jäädä pieneksi. Otoksen keskiö perustuu enemmän kokemuksiin, kuin tutkittavien yksilöiden lukumäärään. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 110.) Laadullisessa tutkimuksessa yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys on saturaatio eli kylläntyminen, jolla tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään eli ei tuota enää uutta tutkimustietoa (Tuomi – Sarajärvi 2018: 99). Haastatteluja oli tähän perustuen tarkoitus toteuttaa 10–15, mutta haastateltavia saatiin lopulta rekrytoitua yhdeksän.

Haastattelupaikan tulee olla rauhallinen ja häiriötön, koska teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia (Hirsjärvi – Hurme 2008: 74). Haastatteluja varten valittiin rauhallinen tila haastateltavien työpaikalta. Haastattelut toteutettiin yhtä lukuun ottamatta työajan puitteissa haastateltavien työpaikalla maalisi- ja huhtikuun 2021 aikana. Yksi haastattelu toteutettiin sovitusti osallistujan kotona. Ennen haastattelua jokaiselta osallistujalta pyydettiin allekirjoitus suostumuslomakkeeseen (Liite 3), ja jokaiselle annettiin luettavaksi tutkimuksen tietosuojaseloste.

Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu, että haastattelut nauhoitetaan. Näin haastattelut saadaan sujumaan mahdollisimman luontevasti ilman katkoja ja kommunikaatiota-
pahtumasta saadaan säilytettyä olennaisia seikkoja (Hirsjärvi – Hurme 2008: 92). Tämä mahdollistaa myös alkuperäiseen aineistoon palaamisen tutkimuksen analyysivaiheen aikana (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 127). Haastattelut nauhoitettiin. Haastatteluiden nauhoittamisesta informoitiin tutkimukseen osallistuvia ennen aineiston keruuta (Liite 2). Nauhoitukseen käytettiin digitaalista nauhuria, sekä puhelimesta löytyvää sanelin-toimintoa. Haastattelujen nauhoitukseen käytettiin kahta eri nauhuria varmuuden vuoksi, jos toinen esimerkiksi hajoaisi kesken nauhoituksen. Näin varmistettiin myös, että haastatteluista oli useampi kopio. Haastattelut kestivät keskimäärin 30 minuuttia.

5.3 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen lähestymistapojen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta samanlaisuuksia, eroja tai toimintatapoja (Latvala – Vanhala-Nuutinen 2001: 21). Aineiston analyysitapaa on hyvä miettiä jo aineiston keruuvaiheessa, jolloin sitä voidaan käyttää suuntaviivana haastattelua ja sen purkamista suunnitellessa (Hirsjärvi - Hurme 2008: 135). Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida kommunika-

tiota, sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 21). Sisällönanalyysillä pyritään luomaan sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, sekä järjestämään aineisto tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi – Sarajärvi 2018: 108).

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus ilman, että aikaisemmat havainnot, teoriat tai tiedot ohjaavat analyysia. Aineistolähtöistä sisällönanalyysia suositellaan analyysimetodiksi, jos aiheesta ei ole juuri aiempaa tietoa tai olemassa oleva tieto on hajanaista. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 167.) Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia hyödyntäen.

Ennen varsinaista sisällönanalyysia on valmisteluvaihe, jolloin aineisto litteroidaan ja valitaan analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi teema, lause tai yksittäinen sana. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 163, 167–168.) Analyysiyksikön määrittelyä ohjaa tutkimustehtävä (Tuomi – Sarajärvi 2013: 122). Litteroinnilla tarkoitetaan aineistojen purkamista tekstimuotoon, eli haastattelunauhojen materiaali kirjoitetaan tekstiksi. Sandelowskin (1994) mukaan on suositeltavaa kuunnella nauhoitteet haastattelun jälkeen mahdollisimman pian, jotta haastatteluista saadaan äänenpainot, tauot, sekä haastateltavan ja haastattelijan roolit paremmin esille. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 163–164, 167–168.) Haastattelunauhat purettiin sanasta sanaan heti samana päivänä haastattelujen jälkeen, jolloin aineistoon perehdyttiin ensimmäisen kerran. Apuna käytettiin Wordin sanalunpurkuohjelmaa, joka nopeutti litterointiprosessia. Kirjoittamatta jätettiin täytesanat kuten *niinku*, *tota*, ja muut vastaavat. Aineistoa kertyi yhteensä 46 sivua, kun fonttikoko oli 11 ja riviväli 1,5.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessi voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi (Tuomi – Sarajärvi 2018: 122). Ennen analyysia aineisto tulee tiivistää ja selkeyttää, jotta aineistosta saadaan esille oleellisin sisältö (Kananen 2014: 103–104). Sisällön analyysin pelkistämisyvaiheessa auki kirjoitetusta aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Pelkistäminen voidaan tehdä etsimällä tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja auki kirjoitetusta aineistosta, ja esimerkiksi alleviivaamalla eritellä aineistosta samaa kuvaavat ilmaisut, jonka jälkeen pelkistetyt ilmaisut listataan omiksi ryhmiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 123.) Litteroinnin jälkeen aineisto redusointiin eli pelkistettiin. Aineisto luettiin useampaan kertaan

läpi, jotta siitä saatiin muodostettua kokonaiskuva. Luettaessa aineistosta poimittiin mahdollisia tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia ja teemoihin sopivia ilmaisuja, mitkä merkittiin aineistoon värikoodein. Aineiston pelkistämisvaihe toteutettiin osittain samaan aikaan haastatteluvaiheen kanssa, jolloin pystyttiin seuraamaan paremmin aineiston muodostumista ja saturoitumista.

Taulukko 1. Aineiston pelkistäminen

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>”Työkaverit on, sieltähän sitä oppia tietysti on tullut, että on kuunnellut mitä muut muut tekisi, ja mitä tekee ja selaista vertaisohjausta”</i>	Työkavereilta saatu oppi
<i>”Se oma ammattitaito helpottaa tietysti”</i>	Ammattitaito helpottaa
<i>”Mehän tunnetaan nämä asiakkaat hyvin pitkälti vuosien ajalta, ja tiedetään millaisia ne on, ja melkein nähdään, kun mennään sinne kotiin, että nyt ei ole kaikki hyvin.”</i>	Tutusta asiakkaasta näkee nopeasti, jos kaikki ei ole hyvin
<i>”Kiireessä ei niin paljoo sitä arviointia pysty ehkä tekemään, et saattaa jäädä joku asia huomioimatta, mikä pitäis huomioida.”</i>	Kiireessä saattaa joitain asioita jäädä huomaamatta
<i>”Ehkä ei ole sitä ajatusta kaikilla, että mitä kysyisin siltä asiakkaalta, ja mitä mittauksia pitäis tehdä, että se homma lähtis eteenpäin.”</i>	Ei ole tietoa, mitä kysymyksiä pitää esittää, tai mitä mittauksia tehdä
<i>”Eihän meillä oo työkassissa, kun verensokerimittari, sekä manuaali, että digimittari, verensokerimittari, ja esimerkiksi happisaturaatiomittareita meillä ei jokaisella oo henkilökohtaisesti... että aika vähän meillä on semmosia tavallaan valmiuksia mitään tehdä.”</i>	Työvälineet ja valmiudet koetaan vähäisiksi
<i>”Voi olla ihan siellä asunnossa ne olosuhteet jo semmoiset, että on vaikea toimia, voi olla, ettei vaikka ole valoja”</i>	Olosuhteet asunnossa voivat olla haastavat
<i>”Asiakkaat ei osaa kauheen hyvin kertoa, he joko kaunistelee, et eihän tässä mitään ja hoitaja silti näkee et nyt on joku huonosti, tai mittarit kertoo, et on joku huonosti”</i>	Asiakas ei osaa kertoa, tai kaunistelee oireitaan

Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelyn tarkoituksena on luoda pohja tutkimuksen ra-

kenteelle ja alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmittelyssä alkuperäisaineistosta muodostetut pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään alaluokiksi, joita yhdistelemällä muodostetaan yläluokkia, ja näitä yhdistelemällä edelleen pääluokkia. Näistä muodostuu lopulta luokka, joka on yhteydessä tutkimustehtävään. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 124–125.)

Taulukko 2. Alaluokkien muodostaminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Työkokemus vaikuttaa arviointiin	Työkokemus
Työkokemus helpottaa yllättävissä tilanteissa toimimista	
Muualta saatu työkokemus	
Työn kautta saatu oppi	
Ammattitaito helpottaa	Ammattitaito
Vahva kliininen osaaminen	
Akuuttihoitotyön osaaminen	
Työtä tekemällä oppii kiinnittämään oleellisiin asioihin huomiota	
Työkavereilta saatu oppi	Tiedon vaihtaminen työyhteisössä
Tiedon vaihtaminen työyhteisössä	
Muussa työpaikassa saatu koulutus	Koulutuksesta saatu osaaminen
Lääkärin pitämä koulutus hoidon tarpeen arvioinnista	

Käsitteellistämisen eli abstrahointivaiheessa aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämisen vaiheessa edetään alkuperäisaineiston kielellisistä ilmaisuista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatketaan luokituksia yhdistelemällä niin pitkälle, kuin se aineiston kannalta on mahdollista. Käsitteellistämistä voidaan kuvata prosessiksi, jossa tutkimuskohteesta muodostetaan kuvaus muodostettujen käsitteiden avulla. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 125–127.)

Taulukko 3. Käsitteellistäminen

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Työnkuvan haastavuus	Sairaanhoitajan osaami- sen haasteet	Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät
Puutteelliset arviointitaidot		
Näkemyserot		
Konsultointitaidot		
Puhelimessa tapahtuva konsultointi		
Tietojen puutteellisuus	Tiedonkulun haasteet	
Puutteellinen raportointi		
Puutteelliset kirjaukset		
Tiedonsaanti viestien väli- tyksellä		
Puutteellinen koulutus	Organisaatiosta johtuvat tekijät	
Puutteelliset ohjeet		
Hoitajien vaihtuvuus		
Työn organisointi		
Työvälineet		

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin perusta on tulkinnassa ja päättelyssä, jossa empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan lopulta vastaus tutkimuskysymykseen. Analyysin kaikissa vaiheissa keskeistä on, että tutkija ymmärtää tutkittavia heidän näkökulmastaan. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 127.) Laadullinen analyysi ja siihen liittyvä tiedonkeruu voidaan myös nähdä syklisenä prosessina, joka elää koko tutkimusprosessin ajan (Kananen 2014: 102). Alkuperäiseen aineistoon palattiin useita kertoja tutkimuksen edetessä, kunnes sieltä ei enää löytynyt tulosten kannalta uutta tietoa.

6 Tutkimustulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvion toteutumisesta, sekä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa. Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui yhteensä yhdeksän (n=9)

henkilöä, joista kahdeksan oli sairaanhoitajia ja yksi kotihoidon yksikön johtaja. Vastaa-
jien työkokemus kotihoidosta vaihteli neljästä vuodesta 20 vuoteen. Suurimmalla osalla
vastaajista muu työkokemus oli niin ikään ikäihmisten hoitotyöstä, mutta osalla vastaa-
jista aiempaa työkokemusta oli myös perusterveydenhuollon avovastaanotolta, akuutti-
hoitotyöstä, erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta, sekä kehitysvammaisten hoitotyöstä.
Tutkimusaineisto jakautui tutkimuskysymyksiin perustuen sairaanhoitajien kokemuk-
seen hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisesta ja päätöksentekoon vaikuttaviin tekijöihin,
joiden mukaan raportti etenee.

6.1 Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen kotihoidossa

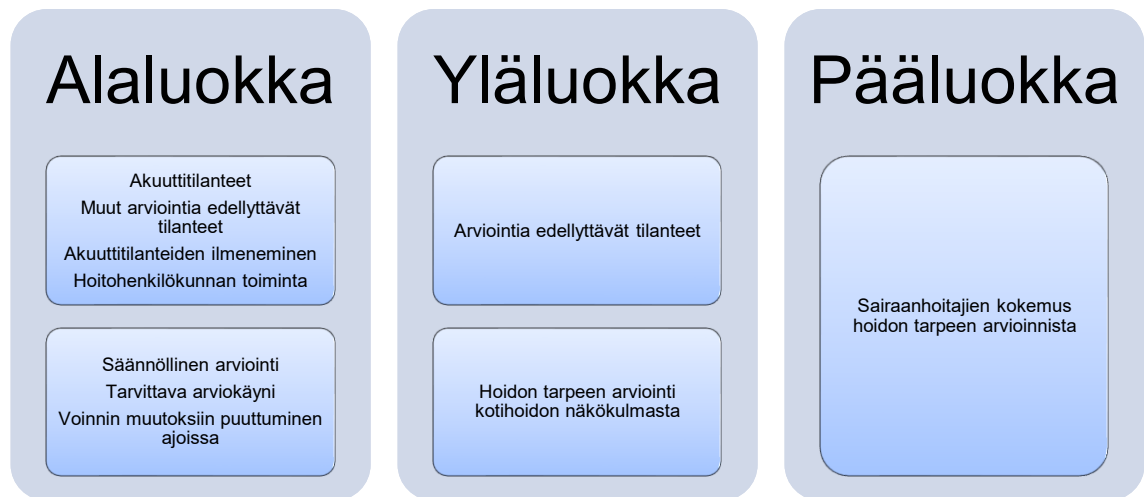
Aineisto muodostuu kolmesta pääluokasta, jotka ovat sairaanhoitajien kokemukset hoi-
don tarpeen arvioinnista, hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät ja hoidon tarpeen
arviointia vaikeuttavat tekijät. Sairaanhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnista
koostuu kahdesta yläluokasta, jotka ovat arviointia vaativat tilanteet ja hoidon tarpeen
arviointi kotihoidon näkökulmasta. Hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät muodos-
tuvut viidestä yläluokasta, jotka ovat sairaanhoitajan kliininen osaaminen, sairaanhoita-
jan toiminta sekä asiakkaasta, ympäristöstä ja organisaatiosta johtuvat tekijät. Hoidon
tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät sisältävät yläluokat sairaanhoitajan puutteellinen
osaaminen sekä asiakkaasta, ympäristöstä ja organisaatiosta johtuvat tekijät.



Kuvio 1. Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen kotihoidossa

6.1.1 Sairaanhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnista

Sairaanhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnista jakautuu kahteen yläluokkaan, jotka ovat arviointia edellyttävät tilanteet ja hoidon tarpeen arviointi kotihoidon näkökulmasta. Arviointia edellyttävät tilanteet sisältää neljä alaluokkaa, jotka ovat akuuttitilanteet, muut arviointia edellyttävät tilanteet, akuuttitilanteiden ilmeneminen ja hoitohenkilökunnan toiminta. Hoidon tarpeen arviointi kotihoidon näkökulmasta muodostuu kolmesta alaluokasta, jotka ovat säännöllinen arviointi, tarvittava arviokäynti ja voinnin muutoksiin puuttuminen ajoissa.



Kuvio 2. Sairaanhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnista

Vastaajien mukaan arviointia edellyttäviä tilanteita kotihoidossa on akuuttitilanteet sekä muut arviointia edellyttävät tilanteet. Vastaajien kokemus oli, että käynnille lähtiessä pitää käytännössä olla varautunut kohtaamaan mitä tahansa. Yleisimpiä vastaajien kohtaamia akuuttitilanteita on olleet kaatumiset, asiakkaan sekavuus, rintakivut ja aivoverenkiertohäiriöt. Kaatumisten seurauksena tulleet haavat ja murtumat ovat yleisiä. Lisäksi eri sairauksista johtuvia voinnin heikkenemisiä, kiputilanteiden pahenemisia ja nenäverenvuotoja on tullut käynneillä vastaan. Akuuttitilanteita on kohdattu vaihtelevasti, osalla niitä on tullut eteen viikoittain, osalla keskimäärin kaksi kertaa kuukaudessa. Alueellisia eroja oli huomattavissa, kantakaupungin alueella akuuttitilanteita esiintyi selkeästi useammin. Asiakasmäärien ollessa vähäisiä, kotihoidon alue koettiin rauhalliseksi. Kotihoidon akuuttitilanteet ilmenevät yleensä sairaanhoitajien käynneillä tai lähihoitajien käynneillä. Yleinen käytäntö kotihoidossa on, että asiakkaan voinnin muuttuessa lähihoitaja konsultoi käynniltä sairaanhoitajaa. Osalla kotihoidon asiakkaista on turvapuhelimet, jota hälyttämällä asiakas voi pyytää apua. Hälytyksen tultua hoitajan tulee olla asiakkaan luona 30 minuutin kuluessa.

“Kotona voi tulla ihan yllättäen, ihan mitä vaan eteen. Hyvinkin sellaisilla perusoireilla”

“Ihan normikäynnillä on mennä ja huomannu että asiakas onkin huonossa kunnossa, esimerkiksi että jalat eivät kannu, tai asiakkaalla on kuumetta”

“Akuutit on varmaan semmosia sydäntilanteita, tajuttomuutta, kaatumisia, ne on ehkä ne akuuteimmat mitä meillä on ollut”

”Erilaisia haavoja ollut päässä tai muualla, sitten tietysti ihan murtumiakin sitten ollut kaatumisten takia”

”Viikottain tulee, perus sekavuus, yleistilan lasku”

”Ehkä kerran 2 kk. Meidän asiakasmäärä on niin pientä. Meille tulee tupujakin tosi vähän, tai sitten ne tulee aina yöaikaan, niin että ei näyttäydy meillä. Meillä on aika rauhallista, sanotaanko näin”

Muita asiakkaan hoidon tarpeen arviointia edellyttäviä tilanteita olivat kodin olosuhteisiin liittyvät tai omaisten kuormittumisesta johtuvat tilanteet. Käynnille mentäessä voidaan huomata, että asiakkaan koti on niin epäsiistissä kunnossa, ettei asiakasta voida jättää enää kotiin. Joskus asiakkaan omaiset tai omaishoitaja voi olla niin kuormittuneita, ettei enää jaksu huolehtia asiakkaasta, jolloin tilanteeseen täytyy löytää ratkaisu.

”Sitten tämmöisiä, että on ollut ne olosuhteet siellä kotona semmoiset, että siellä ei voi ihminen olla. Että jotain tarvitsee tehdä, että saada se asiakas sieltä pois tai jotain muuta”

”Ja sitten tällaisia, että omainen on ollut niin kuormittunut, että täytyy tehdä jotain ratkaisuja sen takia, omaishoitajat niin kuormittuneita”

Vastaajat kokivat, että hoidon tarpeen arvioinnin kotihoidossa pitäisi olla säännöllistä arviointia. Vastaajien mukaan asiakkaan vointia ja hoidon tarvetta tulisi arvioida päivittäin jokaisella käynnillä kaikkien hoitajien toimesta. Työntekijöiden osaamisella ja asiantuntemuksella koettiin olevan merkitystä säännöllisen arvioinnin toteutumisen kannalta. Vastaajat kokivat, että säännöllinen arviointi toteutuu parhaiten silloin, kun on kokenutta ja vakituista henkilöstöä töissä. Säännöllisen arvioinnin koettiin toteutuvan hyvin silloin kun asiakkaiden omahoitajuus toteutuu. Kotihoidon sairaanhoitajilla on omat asiakkaat, ja pääasiassa he huolehtivat omien asiakkaidensa käynneistä. Silloin on helpompi puuttua voinnin muutoksiin, ja tarvittaessa suunnitella asiakkaalle ylimääräisen käynti, jos voinnissa on jotain tarkempaa arviointia vaativaa.

”Musta se on joka päivästä, joka käynnillä olevaa”

”Kaikkien hoitajien pitäis pistää merkille se asiakkaan kunto ja vointi siltä päivältä, että jokainen on vastuussa”

”On asiantuntevaa porukkaa töissä, sillon jos on sitä omaa väkeä ja osaavaa väkeä, niin sillonhan se tavallaan sit helpottaa”

”Me arvioidaan, et pitää varmaan käydä huomenna kattoon sitä, kun se tilanne oli tänään tämmönen, että se vaatii ehkä sairaanhoidollista arvioo vielä, että mihin suuntaan ollaan menossa”

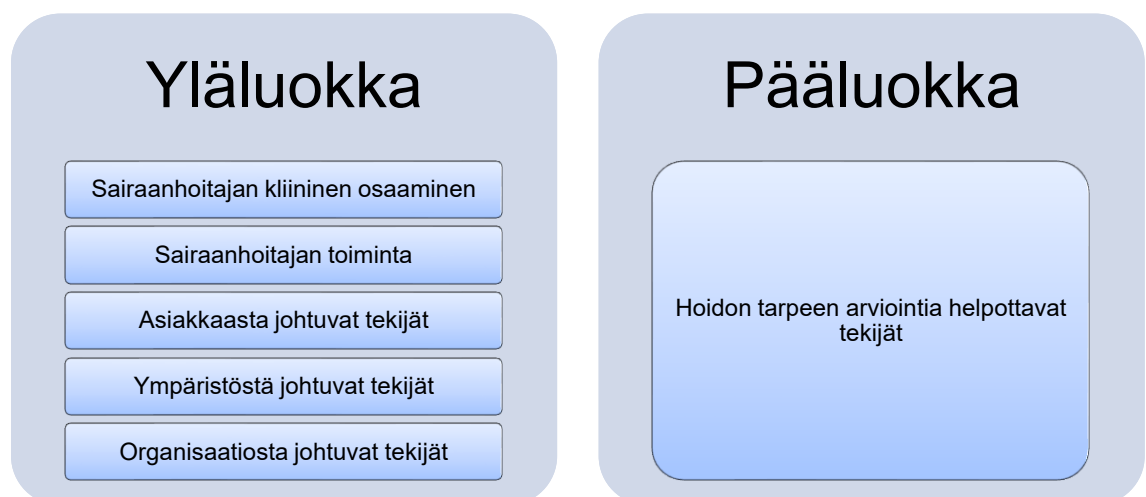
Vastaajat kokivat, että ennakointi ja voimien muutoksiin ajoissa reagoiminen on tärkeää, jotta saadaan vältettyä epätarkoituksenmukaiset päivystyskäynnit ja sairaalajaksot. Vastauksista kävi ilmi, että jos lähihoitajan käynnillä on ilmennyt muutoksia asiakkaan voimissa, eikä käynnin perusteella ole riittävästi tietoa käytettävissä, niin sairaanhoitaja menee itse vielä saman päivän aikana arvioimaan tilanteen. Vastaajien mukaan tavoitteena on hoitaa asiakkaan tilanne kotona niin pitkälti, kuin se vain on mahdollista.

”Me pyritään ainakin siihen, että me puututtaisiin niihin asioihin aika lailla ajoissa, ja hoidettaisiin tässä oman lääkärin kanssa, vaikkei olisi kierto päivääkään, niin sitten kysytään siltä että mitä ja miten me tehdään, ettei tarvitsisi tulla siihen, että se onkin sitten siellä huonossa kunnossa ja lähetetään päivystykseen”

”Yleensä joku sanoo mulle, että jollain on jotain. Mä yritän tietysti haastatella, että kuinka se, joka sitä kertoo, on asiakkaalta kerännyt sitä tietoa ja jos jos se nyt vaikuttaa siltä, että siellä on oikeasti jotain, ja sitten ei ole ihan riittävästi tietoa, niin mä kyllä aika herkästi menen käymään itse vielä saman päivän aikana. Että yritetään hoitaa täällä ja pitkälti kun vaan pystyy”

6.1.2 Hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät

Hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijät muodostuvat viidestä alaluokasta, jotka ovat sairaanhoitajan kliininen osaaminen, sairaanhoitajan toiminta sekä asiakkaasta, ympäristöstä ja organisaatiosta johtuvat tekijät.



Kuvio 3. Hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät

Sairaanhoitajan kliininen osaaminen muodostuu kuudesta alaluokasta, jotka ovat työkokemus, ammattitaito, tiedon vaihto työyhteisössä, koulutuksesta saatu osaaminen, vuo-

rovaikutustaidot ja havainnointitaidot. Työkokemuksen koettiin olevan merkittävin arviointia helpottavista tekijöistä. Vastaajat kokivat kotihoidon haastavaksi työpaikaksi, koska kentällä työskennellään yksin. Arviointi on iso osa kotihoidon työnkuvaa, ja akuuttitilanteet tulevat yleensä hyvin yllättäen eteen, jolloin työkokemus ja osaaminen korostuvat. Aikaisemmista työpaikoista saatua arviointikokemusta, akuuttihoitotyön osaamista ja vahvaa kliinistä kokemusta pystyttiin vastaajien mukaan hyödyntämään kotihoidossa tehtävässä arvioinnissa. Vastauksista kävi ilmi, että työtä tekemällä oppii kiinnittämään huomiota siihen, mitkä tiedot ovat oleellisia asiakkaan voinnin arvioinnissa.

”Se työkokemus on ehkä sellanen mikä vaikuttaa siihen kaikkein eniten, kun ajatellaan, että sit kun on niitä uusia hoitajia tai sellasia, jotka ei oo kentällä ollut, kotihoito on vaikea paikka olla töissä, koska sä teet yksin sitä työtä”

”Oon saanut sen kliinisen puolen tiedon sieltä tosi vankan, siis tätä kotihoidon työtä ajatellen”

”Kun sitä hoitotyötä tekee, niin tulee sellanen tuntuma, että kirjaukset, lääkärin tekstit, labratulokset, mittaukset antaa viitettä sen hetkiseen tilanteeseen, että mitä se on ollut aiemmin, että onko niissä sitten jotain, ettei ne ole kohdallaan”

Työkavereilta saatu oppi ja tiedon vaihtaminen työyhteisössä koettiin tärkeäksi. Vastaajat kokivat saaneensa työkavereilta ja työyhteisöstä ohjausta ja neuvoja arvioinnin tekemiseen. Oleellisena pidettiin sitä, että työyhteisössä on helppo puhua asioista, ja saada sitä kautta oppia lisää.

”Työkaverit on, sieltähän sitä oppia tietysti on tullut, että on kuunnellut mitä muut muut tekisi, ja mitä tekee ja sellaista vertaisohjausta”

”Työpareilta saa sitä arvokasta tietoa, että meillä on onneksi semmonen tiimi, jossa puhutaan paljon, ja se on hyvä juttu, et sitä arviointiahan tulee siinä sitten, ja toinen toiseltamme opitaan”

Vastaajista vain osa oli osallistunut työuransa aikana hoidon tarpeen arviointia koskevaan koulutukseen aiemmissa työpaikoissa ollessaan. Koulutukseen osallistuneet kokivat saaneensa koulutuksesta tärkeää tietoa, joka helpotti kotihoidossa tehtävää hoidon tarpeen arviointia.

”Lääkäri piti neljän tunnin mittaisen hoidon tarpeen arvion koulutus. Se oli hyvä. Ja siinä oli justiin tietty protokolla, mitä seurataan ja tutkitaan ja miten toimitaan”

”Hoidon tarpeen arvio semmonen paras koulutus on ollu ku mä oon --- ollut työssä, ja siellähän aika kokonaisvaltaisesti ihminen käydään läpitte joka kerta, jos on tälläinen akuuttilanne”

Arviointia helpottavana tekijänä pidettiin sairaanhoitajan vuorovaikutustaitoja. läkkäiden asiakkaiden kohdalla hoidon tarpeen arviointi on usein haastavaa ja vaatii hoitajalta osaamista luoda kohtaamistilanteesta mahdollisimman rauhallinen. Arviointiin tarvitaan riittävästi aikaa, jotta pystytään selvittämään, onko asiakkaan voinnissa muutoksia, joihin pitäisi reagoida välittömästi.

”Et sä kohtaas sen asiakkaan rauhallisesti”

”Koen sen sosiaalisen kohtaamiseen tärkeänä omalta kohdalta, se on ehkä se suurin vaikuttaja, että miten saan sen asian meneen eteenpäin”

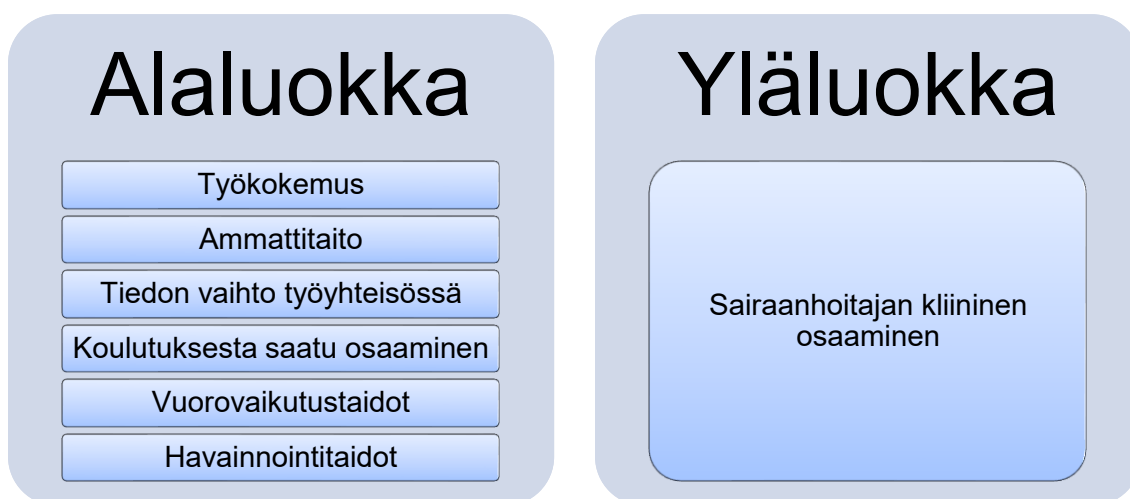
”Sä tarvit jonkun verran aikaa, että saat selville, et onks tässä nyt kaikki ihan niin kuin ennenkin, vai onks tässä jotain mihin pitäis kuitenkin puuttua”

Asiakas ei välttämättä osaa kertoa voinnistaan tai oireistaan, jolloin sairaanhoitajan havainnointitaidot korostuvat. Hoitajan tulee osata tulkita asiakkaan vointia esimerkiksi ilmeiden, eleiden ja kehonkielen perusteella. Hoitajan omien aistien käyttöä pidettiin parhaana keinona arvioida asiakkaan vointia.

”Ne ei ehkä osaa kertoa asioita, kuvata asioita, et sit paljon täytyy tulkita tai havainnoida asiakkaan vointia”

”Ja mikä näyttäytyy sit hoitajan silmään vakavana oireena, siihen vaikuttaa niin moni asia”

”Aistien kautta tulevia arviointimenetelmiä, mä nään selkeesti eleistä ja ilmeistä, miten asiakas voi”



Kuvio 4. Sairaanhoitajan kliininen osaaminen

Hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät sairaanhoitajan toiminnassa koostuu yhdeksästä alaluokasta, jotka ovat käynnille valmistautuminen, kiireellisyyden arviointi, ensiarvio, kokonaisvaltainen arviointi, tarkentavat kysymykset, mittaukset, tiimityö, konsultointi ja tiedon hankinta ja välittäminen.

Kaikille vastaajille oli selkeää hoidon tarpeen arvioinnin eteneminen ja sisältö. Vastaajista osa mietti jo käynnille lähtiessä, mitä asioita käy käynnillä läpi, jos tilanteesta oli esitietoa saatavilla. Käynnille mentäessä ensimmäisenä tulee arvioida tilanteen kiireellisyys ja havainnoida asiakkaan vointia ja ulkoista olemusta silmämääräisesti. Vastaajat kokivat erottavansa hyvin hätätilanteen ja konsultoitavan tilanteen. Selkeänä ensihoidon arviointia vaativana oireena koettiin olevan rintakipu, tai selkeästi huonovointinen asiakas, joka ei osaa kertoa voinnistaan. Ensihoito hälytetään paikalle myös niissä tilanteissa, joissa selkeästi on nähtävissä, ettei asiakas pärjää kotona.

”Mä mietin aina vähän etukäteen mennessäni, että mitä mitä mä käyn läpitte”

”Mut jos on semmonen tilanne, kun sitä aika äkkiä näkee sen, jos ei ite pysty miettään, että pitää se ambulanssi tilata, et just nää sydänoireet on mun mielestä semmosia, mitkä aika useesti vaatii sen arvioinnin”

”Poikkeus on tietenkin tämmöset, jotka on suoraa kotonapärjäämättömiä tai hengenvaarassa, niin sitten se on ensihoito, jota konsultoidaan”

”Nenänpäähän on ensimmäinen, eli havainnoidaan asiakkaan ulkoinen olemus”

Asiakkaan vointia ja toimintakykyä tulee arvioida kokonaisvaltaisesti. Ulkoisten vammojen tarkistamisen lisäksi tulee selvittää, miten asiakas pystyy liikkumaan. Välillä liikuntakykyä arvioimalla voi myös paljastua esimerkiksi kipuja, joista asiakas ei osaa kertoa. Sosiaalisten tarpeiden huomioimista osana arviointia pidettiin tärkeänä. Vastaajat kokivat, ettei ole yksiselitteistä ohjetta asiakkaan voinnin arviointiin, vaan jokainen asiakas tulee huomioida ja arvioida yksilöllisesti.

”Havainnoidaan kokonaisvaltaisesti sitä toimintakykyä myös, joka voi paljastaa sit niitä kiputiloja”

”Sit se asiakas vaan täytyy pistää vaikka käveleen, jos ei muuta, että miltä se näyttää”

”Tietysti sitten se, että jos siellä on sosiaalisia tarpeita, niin tietysti nekin pitää ottaa huomioon”

”Arvioidaan sitä asiakkaan tilannetta asiakaskohtaisesti”

Asiakkaan vointia, oirekuva ja kokonaistilannetta vastaajat pyrkivät selvittämään haastattelemalla ja tarkentavia kysymyksiä esittämällä.

”Et sitten on se haastattelu lähinnä, mitä sä sille asiakkaalle, et yrität kerätä tietoa siitä hänen voinnistaan”

”Haastattelemalla selvitetään ensin sitä kokokuvaa”

”Mikä on se tilanne, millon oireet on alkanu ja tämmösiä”

Kaikki vastaajat pitivät mittareiden käyttöä tärkeänä. Osa vastaajista piti mittareiden käyttöä tärkeimpänä tekijänä arvioinnissa, osalle vitaalielintoimintojen mittaaminen koettiin toimivan haastattelun ja havainnoinnin tukena. Haastattelun ja havainnoinnin koettiin antavan suuntaa sille, mitä mittauksia on tarpeellista ottaa. Sairaanhoidajilla on omissa repuisissaan yleensä verenpaine- ja kuumemittarin lisäksi verensokerimittari. Verensokerin mittausta ei akuuttitilanteissa koettu erityisen tärkeänä. Yleisimmin käytettyjä mittareita oli verenpainemittari, kuumemittari ja pikacrp-mittari. Sykkeen mittausta ranteesta pidettiin tärkeänä. Osa vastaajista mainitsi myös NEWS-pisteytyksen (National Early Warning Score) käytön arvioinnin tukena, mutta sen käytöstä koettiin olleen vain yleisellä tasolla puhetta, eikä sen käyttö ollut vielä jalkautunut kotihoitoon.

”Verenpainemittari, pulssin seuranta ranteesta, saturaatiomittari, niin nää on oikeestaan ne pääsääntöiset mittarit, mitä sitten voidaan kotona käyttää”

”Oikeestaan mittaukset on siinä tukena, että mittaukset tulee sen jälkeen, et sit tietää mitä lähdetään mittaamaan”

”Mitataan kaikki mahdollinen mitattavissa oleva, jotta saadaan poissuljettua asioita”

”NEWS on jonkun verran käytössä kyllä meidänkin sairaanhoidajilla enemmänkin kuin lähihoitajille”

”Pikacrp, se on hyvin paljon meillä käytössä”

Tiimityötä pidettiin tärkeänä hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisen, sekä työn sujuvuuden kannalta. Vastaajat kokivat helpottavaksi tekijäksi sen, että haastavassa tilanteessa on mahdollisuus mennä asiakaskäynnille yhdessä kollegan kanssa. Tiimin tuki koettiin arvokkaana kiiretilanteissa, jolloin on mahdollista jakaa asiakaskäyntejä tiimin jäsenten kesken tai mennä auttamaan kollegaa vaikeassa tilanteessa käynnille. Vastaajien mukaan nykytilanteessa yhteistyö ensihoidon kanssa oli sujuvaa tilanteissa, joissa asiakas ei enää pärjää kotona. Vastaajilla oli olemassa aiempaa kokemusta siitä, että asiakkaat

jätettiin ennen helposti kotiin, vaikka kotihoidon näkökulmasta asiakas ei enää pärjännyt kotona.

”Meillä on tällainen tiivis, kiva pieni työyhteisö. Me ollaan tosi auttavaisia toisillemme, jos jollain on joku, niin joko sinne mennään auttamaan sitä, tai jos sen pitää nyt odottaa jotain ambulanssia tai muuta, niin sitten otetaan siltä niitä käyntejä, niin että sillä on se aika siihen”

”Tai sit tehdään parityönä joku tällainen haastava tilanne, että mennään yhdessä, ja toinen havainnoi, ja toinen sitten on se, joka jututtaa”

”Mun mielestä tällä hetkellä aika hyvin toimii ensihoitoketjun kanssa yhteistyö, että se on ollu kyllä sujuvaa”

Konsultointia pidettiin sairaanhoitajan toimintaa helpottavana tekijänä. Mahdollisuus keskustella asiakkaan voinnin muutoksista kollegan kanssa koettiin tärkeäksi. Lääkäreitä konsultointia herkästi. Lääkärin konsultointia helpottavaksi tekijäksi koettiin se, että lääkäri tuntee kotihoidon asiakkaat, ja luottaa hoitajan tekemään arvioon. Vastaajien kokemus oli, että lääkäri on helppo saada kiinni, ja konsultointia helpotti mahdollisuus joko soittaa, tai laittaa lääkärille viestiä asiakkaan asioista. Sairaanhoitajilla on mahdollisuus myös laittaa potilastietojärjestelmään lääkärin nähtäväksi valokuvaa esimerkiksi haavasta tai ihottumasta.

”Välillä kollegan kanssa pohditaan mikä on ollut asiakkaan aikaisempi tilanne, onko ollut aikasemmin tällösiä hänen voinnissaan vastaavia tilanteita, ja miten se on mennyt”

”Lääkärille on saanut aina helposti yhteyden, ja on otettu asiallisesti vastaan ne puhelut, ja annettu ohjeita että miten pitää toimia”

”Me ollaan piikkiviesteillä laitettu, eli sähän voit laittaa pitkin viikkoo”

”Sit voi vaikka kuvata jotaki haavaa ja sen laittaa koneen kautta”

”Lääkärit kyllä luottaa tosi hyvin meidän hoitajiin”

Tärkeänä pidettiin tiedon hankintaa ja välittämistä. Kotihoidon hoitajilla on käytössä puhelimesta mobiilisovellus, jolla on mahdollisuus kirjata asiakaskäynnit, ja se on yhteydessä potilastietojärjestelmän kanssa. Mobiilisovelluksessa ei ole kaikkia asiakkaan tietoja nähtävillä, jolloin asiakkaan taustoihin tutustuminen ennen käynnille lähtöä korostuu. Hyviä kirjauksia ja asiakkaiden hoitoa koskevien muutosten tiedottamista mobiiliin kautta laitettavilla viesteillä muulle tiimille pidettiin arvointia helpottavana tekijänä, koska asiakkaalla voi käydä useampi hoitaja saman päivän aikana. Osa vastaajista koki hyväksi

asiakkaan tietojen kuljettamista mukana tulosteina, jos tietoja ei ole jostain syystä mobiilissa saatavilla. Tällä tavalla turvataan mahdollisuus riittävän tiedon välittämiseen niissä tilanteissa, joissa mahdollisesti joudutaan hälyttämään paikalle ensihoito.

"Tai sitten tiimi on tehnyt hyvää kirjaustyötä siellä"

"Sitten tosiaan et kyllä mä pyrin aina, että mulla pitää olla se aika, että mä saan lukee koneelta vähän enemmän"

"Mehän laitetaan kaikesta viesti, et sitten meidän hoitajat tietää, et on tehty tästä"

"Ne on mulla mukana, jos tulee tilanne, että sä joudut esimerkiksi ambulanssia soittaan. Täälläkin on lääkelista asiakkaan kohdalla, mutta se ei aina avaa sitä, ja se on vähän huono, koska nehän kyselee kaikkia näitä. Sit sillon jotain tietoa antaa, eikä niin että sä sanot, etten mä tiedä mistään mitään"



Kuvio 5. Sairaanhoitajan toiminta

Asiakkaasta johtuvia arviointia helpottavia tekijöitä oli asiakkaan taustojen tunteminen ja omaisten arvio. Asiakkaan voinnin muutoksia on helpompi arvioida, kun asiakkaan normaali vointi ja taustat ovat hoitajalla tiedossa. Asiakkaan ollessa hoitajalle tuttu, hänestä usein näkee jo heti käynnille mentäessä, jos vointi on huonontunut. Tutun asiakkaan kanssa toimiminen muuttuvissa tilanteissa koettiin helpottavana tekijänä. Asiakkaan omaiset koettiin tärkeäksi, koska omaisilta on mahdollista tarvittaessa saada asiakkaan voinnista tietoa arvioinnin tueksi. Omaisilta voi saada tietoa myös asiakkaan todellisesta

tilanteesta, jos asiakas ei itse osaa kertoa. Suurimmaksi osaksi omaisten koettiin olevan hyvin tavoitettavissa ja aktiivisesti asiakkaan asioissa mukana.

"Mehän tunnetaan nämä asiakkaat hyvin pitkälti vuosien ajalta, ja tiedetään millaisia ne on, ja melkein nähdään, kun mennään sinne kotiin, että nyt ei ole kaikki hyvin"

"Sen oman asiakkaan kanssa osataan toimia aika hyvin niissä muuttuvissa tilanteissa"

"Enemmänkin omaisilta saa sitä tietoa siitä myöskin, mikä on todellinen tilanne"

"Oli se vointi sit ihan minkälainen tahansa, niin omaiset on tärkeä linkki"

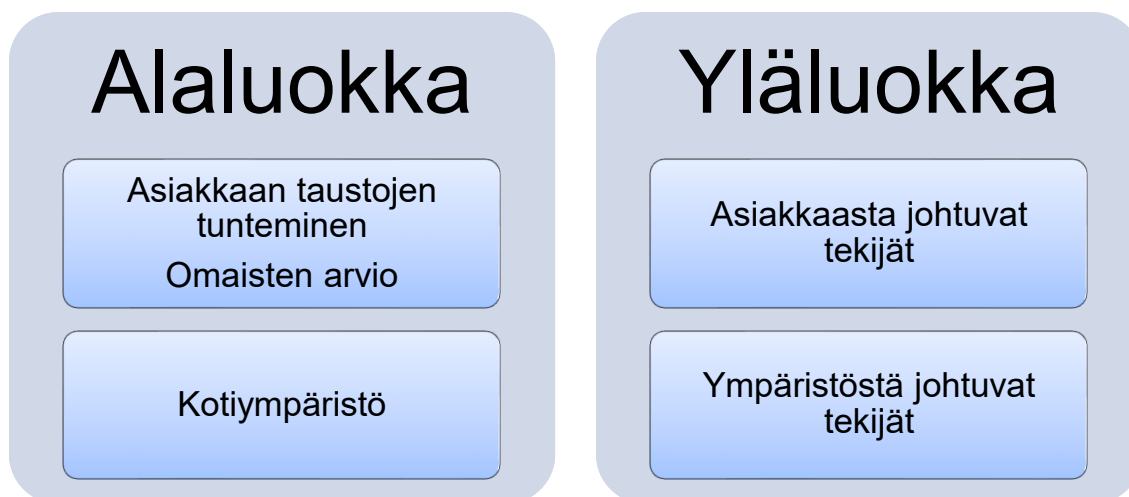
"Omaisilta voi saada hyviä tietoja, kun yleensä ne omaiset on siinä sitten helposti saatavilla"

Asiakkaan kotiympäristön koettiin olevan helpottava tekijä, koska kotona on helpompi arvioida kokonaiskuvaa ja asiakkaan todellista tilannetta. Vastaajien kokemus oli, että vastaanotolla asiakkaan toimintakyky ja vointi saattavat näyttäytyä erilaisena, kuin mitä se todellisuudessa kotiympäristössä on. Kotiympäristö koettiin helpottavan arviointia verrattuna esimerkiksi sairaalaympäristöön, koska kotona on vain yksi asiakas kerrallaan arvioitavana.

"Ja sitten näkee heti mikä se on se todellinen tilanne siellä kotona, että voi olla helpompikin arvioida siellä kotona, kuin sitten taas jossain vastaanotolla, missä sä et sitten näe sitä kokonaistilannetta"

"Vaikka ihan eri tilannehan se on, et vastaanotolla se asiakas saattaa antaa itseltään paremman kuvan kuin se todellisuudessa on. Ehkä se on hyvä nähdä siellä kotiympäristössä"

"Mä oon aina itse sairaanhoitajana täällä kotihoidossa ollessani kokenut sen, että kun täällä on se yksi asiakas siellä kotona, se on helpompaa arvioida, sitä tilannetta siellä kotona"



Kuvio 6. Asiakkaasta ja ympäristöstä johtuvat tekijät

Organisaatiosta johtuvat hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät sisältää kaksi alaluokkaa, jotka ovat työvälineet ja konsultointikäytännöt. Saatavilla olevien mittareiden, sekä käyntien kirjaamiseen puhelimella käytettävä mobiilisovellus koettiin helpottavan hoidon tarpeen arviointia. Mobiilisovelluksesta on nähtävissä muun muassa asiakkaan perustiedot, diagnoosit, lääkelista sekä aiempien käyntien kirjaukset.

"Sitten ne välineet mitä on käytössä, niin tietenkin helpottaa, mittarit"

"Sä näät ne tekstit sieltä mitä hoitajat on kirjannut sinne. Et siinä mielessä vähän toi puhelin helpottaa"

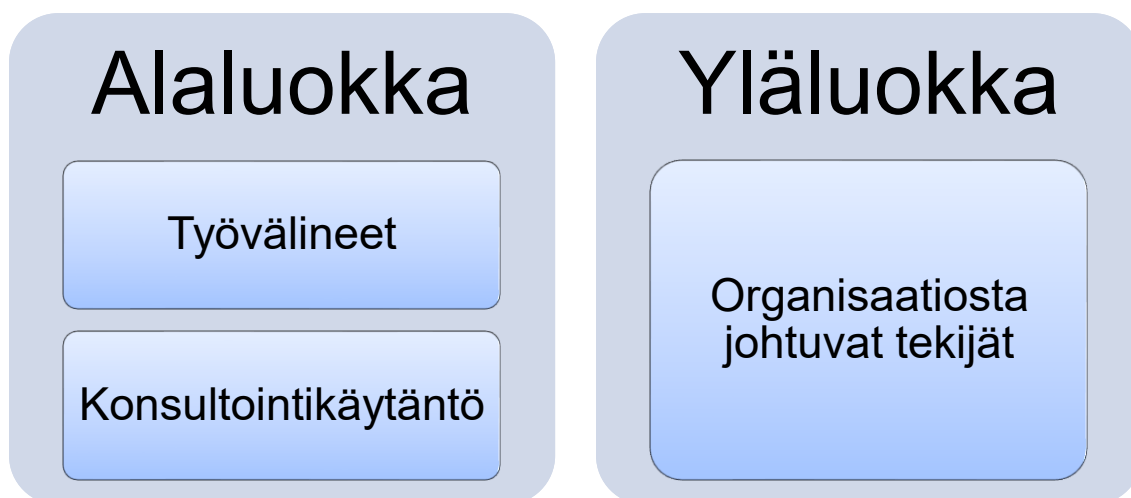
Vastaajien mukaan kotihoidon konsultointikäytäntö on hyvä ja selkeä. Konsultoinnille on selkeä järjestys; lähihoitaja konsultoi sairaanhoitajaa, joka tekee tarvittaessa kotikäynnin ja konsultoi lääkäriä. Kotihoidon lääkäri on saatavilla virka-aikana, ja iltaisin ja viikonloppuisin konsultoidaan päivystyksen lääkäriä. Taustatuki koettiin riittävänä, ja vastaajilla oli kokemus, että aina tietää ketä konsultoidaan.

"On se taustatuki, meillä on se lääkäri saatavissa arkipäivisin, ja iltaisin on sit päivystävä lääkäri lähihoitajilla, samoten viikonloppuisin, että aina saadaan joku kiinni. Sekä puhelimitse, että piikkiviestillä, ja montaa linkkiä saa käytettyä, niin ainaki saa vastausta sitten"

"On konsultaatiokäytännöt mistä puhutaan, että et miten saa lääkärin yhteyden, milloin, missä tapauksessa konsultoidaan, missä järjestyksessä"

"Ja tosissaan konsultoidaan, jos tulee sellanen hetki, että menee sormi suuhun. Mut aina silleen et tietää mistä"

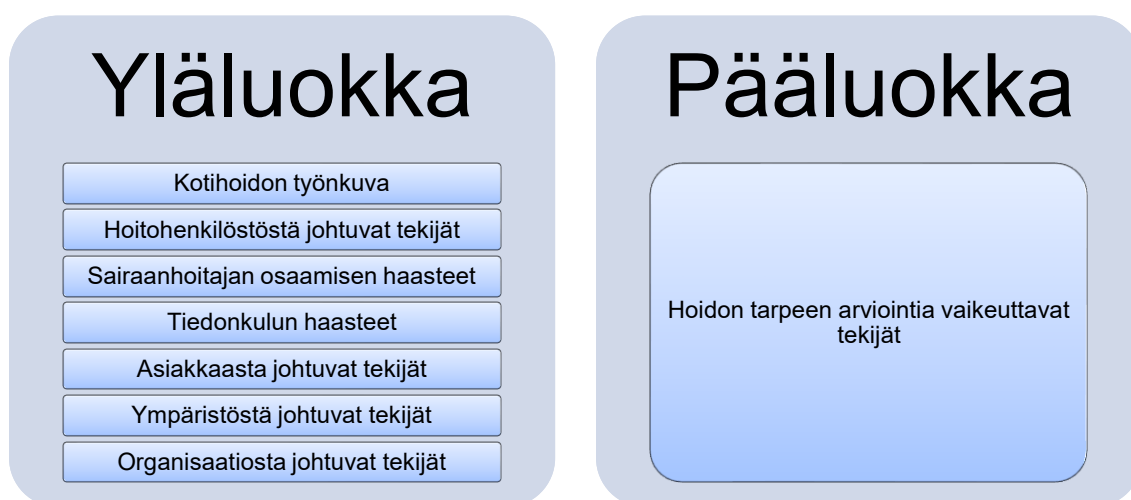
"Porrastus menee niin, että lähihoitaja konsultoi sairaanhoitajaa, ja sairaanhoitajalla on välitön vaste, että täytyy käydä kotikäynnillä tai sitten hoitaa asiaa eteenpäin, ja sairaanhoitaja konsultoi lääkärää"



Kuvio 7. Organisaatiosta johtuvat tekijät

6.1.3 Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät

Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät muodostuu alaluokista, jotka ovat kotihoiton työnkuva, hoitohenkilöstöstä johtuvat tekijät, sairaanhoitajan osaamisen haasteet, tiedonkulun haasteet sekä asiakkaasta, ympäristöstä ja organisaatiosta johtuvat tekijät.



Kuvio 8. Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät

Kotihoidon työnkuva koettiin vastausten perusteella vaikeana. Akuuttilanteet tulevat usein eteen yllättäen, eikä niihin pysty valmistautumaan etukäteen. Kotihoidon sairaanhoitajalla on paljon vastuuta, koska pääasiassa kentällä työskennellään yksin, ja lääkäri on saatavilla vain puhelimitse. Sairaanhoitajan tulee tarvittaessa pystyä antamaan käynnillä olevalle lähihoitajalle toimintaohjeita asiakkaan voinnin arvioimiseen. Työnkuvaa vaikeuttaa, jos vuorossa on paljon uusia hoitajia, jolloin sairaanhoitajaa konsultoidaan enemmän.

"Tilanteethan tulee eteen tosi yllättäen, ja se on vaikeeta"

"Kotihoito on vaikea paikka olla töissä, koska sä teet yksin sitä työtä"

"Vähän tuntuu pelottavalta välillä, että sitä vastuuta on aika paljon meidän hoitajilla"

"Häntä voi kyllä helposti ohjata tekee lisätutkimuksia lisää ja sit haastatteleen vähän lisää"

"Puheluiden määrä on ihan eri, kun on uusia hoitajia vuorossa, kun varmistetaan kaikki mahdollinen"

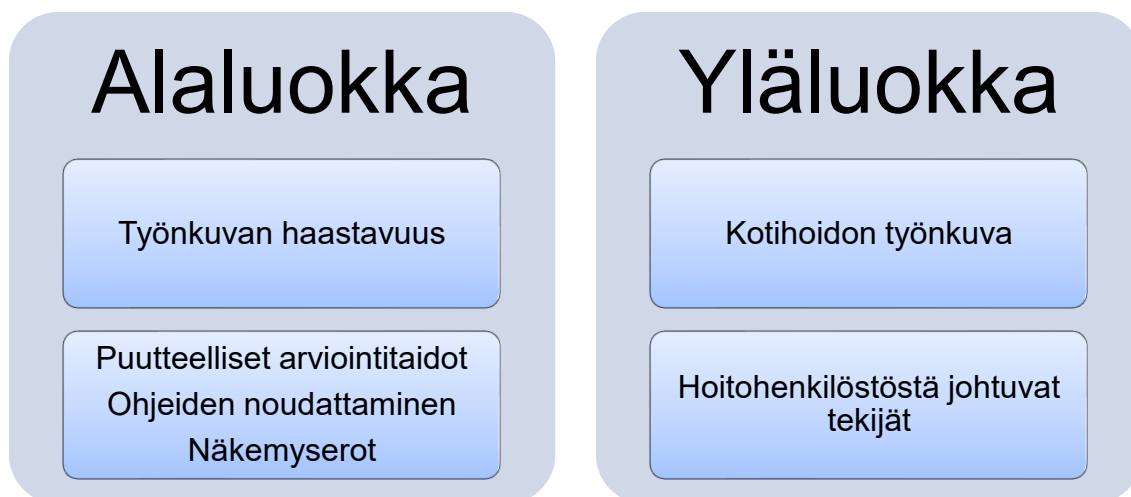
Hoitohenkilöstön toiminnalla on suuri merkitys arvioinnin toteutumisen kannalta. Arviointia vaikeuttaa, jos hoitajalla ei ole ajatusta siitä, millä kysymyksillä tai mittauksilla lähtisi selvittämään asiakkaan vointia tai tilannetta. Hoitaja ei välttämättä osaa arvioida asiakkaan kokonaistilannetta, vaan keskittyy alkuperäiseen hoidettavaan vaivaan. Hoitajien erilaiset näkemykset asiakkaasta ja asioista vaikeuttaa arvioinnin tasalaatuisuutta toteutusta. Aina ei myös toimita annettujen ohjeiden mukaisesti, jolloin arviointi ei toteudu asianmukaisesti.

"Ehkä ei ole sitä ajatusta kaikilla, että mitä kysyisin siltä asiakkaalta, ja mitä mittauksia pitäis tehdä, että se homma lähtis eteenpäin"

"Ei välttämättä oo semmosta silmää arvioida ja toteuttaa sitä kokonaiskuvaa"

"Kun on meitä paljon, niin jokaisella on asiakkaasta oma näkemyksensä ja eri asioista oma näkemyksensä"

"Me saatetaan tehdä ihan selkeet ohjeet, miten arvioidaan asiakasta, mut sit välttämättä se ei toteudu"



Kuvio 9. Kotihoidon työnkuva ja hoitohenkilöstöstä johtuvat tekijät

Sairaanhoitajan osaamisen haasteet sisältää kaksi alaluokkaa, jotka ovat konsultointitaidot ja puhelimesta tapahtuvan konsultoinnin haasteet. Kotihoidossa lääkärin konsultointi on keskeisessä asemassa, jolloin sairaanhoitajan konsultointiosaaminen korostuu. Aina ei ole selkeää, ketä kuuluu konsultoida, jolloin on hoitajasta riippuvaa, kuinka rohkea hän on tavoittelemaan eri hoitavia tahoja. Uuden tai vieraan lääkärin konsultointi koetaan hankalaksi, koska lääkäri ei tunne entuudestaan asiakkaan taustoja. Lääkärin vaihtuvuus vaikeuttaa konsultointia, koska vastaajat kokivat työlääksi ja hankalaksi asiakkaan taustojen kertomisen joka kerta alusta alkaen.

“Vähän hoitajasta kiinni, että kuinka rohkea on soittelemaan eri paikkoihin ja vaikka poliklinikoille ja osastoille ja tavoittelemaan lääkäreitä”

“Tilanteiden mukaan pitää säätää ja miettiä, että ketä konsultoidaan milloinkin. Ja pitäisi just olla tietoa siitä asiakkaasta, että kenen hoidossa se on ja konsultoida sitten sitä oikeeta tahoja”

“Kun sitä vaihtuvuutta oli jossain vaiheessa, et välillä oli et joka viikko oli eri lääkäri, et sitten kerrot joka kerta ihan alusta alkaen”

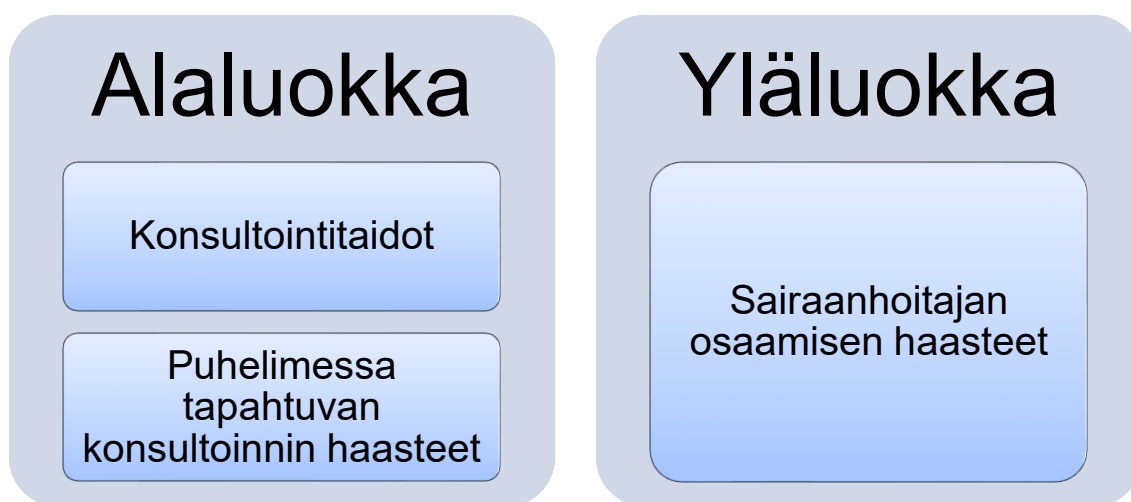
“Tietysti jos on uusi lääkäri, se tuntuu aina siltä, että pitää aina vähän enemmän selittää ja kertoo asiakkaasta. Kun tutulle lääkärille kerrot muutamalla sanalla ja heti se tajuaa, että mikä tää juttu on”

“Päivystysaikaan sitten pitää sitä päivystyksen lääkäriä konsultoida, joka ei sitten taas tietysti tunne sitä asiakasta”

Poikkeusaikana lääkäreiden konsultointi on tapahtunut ainoastaan puhelimen välityksellä, jonka vastaajat kokivat ajoittain haastavaksi. Kommunikoinnin koettiin olevan niukempaa puhelimen välityksellä, ja konsultoinnin määrä ja laatu olivat pääasiassa sairaanhoitajan vastuulla. Vastauksista nousi esille, että Isbarin mukainen raportointi helpottaisi puhelimesta tapahtuvaa konsultointia.

”Puhelimesta se on aina vähän semmoista niukempaa se kommunikointi”

”Lääkärit kun eivät jalkaudu tänne paikan päälle toimistolle, niin on ehkä haasteellisempaa, ja tärkeämpää vielä esimerkiksi Isbaria käyttää tässä, että mikä on tilanne kenenkin asiakkaan kohdalla”



Kuvio 10. Sairaanhoitajan osaamisen haasteet

Tiedonkulun haasteet sisältää neljä alaluokkaa, jotka ovat tietojen puutteellisuus, puutteellinen raportointi, puutteelliset kirjaukset ja tiedonsaanti viestien välityksellä. Kotiympäristössä asiakkaasta on vähemmän terveystietoja saatavilla, joka vaikeuttaa arviointia. Voi olla, että asiakkaan tiedoissa ei ole arvioinnin kannalta kaikkia tärkeitä tietoja, kuten lääkelistaa tai epikriisiä.

”Ensinnäkin ollaan kotiympäristössä, missä ei oo terveystietoja aina saatavilla, on tietenkin padi, mutta sieltä ei nää esim. lääkitysasioita, näkee vaan aikasempien käyntien sisällöt, eli tietoja asiakkaasta on paljon vähemmän saatavilla”

”Voi joutua sinne käynnille silleen, että ei ole käytettävissä kaikkia niitä tietoja mitä pitäisi olla, ihan vaikka lääkelista tai ihan mitä vaan epikriisitietoja, että niitä ei ole”

Mobiiliin toiminnassa voi välillä olla ongelmia, jolloin sieltä ei saa kaikkia tarvittavia tietoja avattua. Tietokoneella kirjatut käynnit eivät tule mobiiliin näkyviin, ainoastaan mobiililla kirjatut käynnit ovat sieltä luettavissa. Sairaanhoidajat kirjaavat usein tietokoneella, jolloin käyntitekstit jäävät muulta hoitohenkilöstöltä näkemättä.

"Jos sä kirjaat koneella, niin se ei päivity tänne, ja se on mun mielestä huono asia, koska ne meidän tekstit jää hoitajilta näkemättä"

"Sitten tässä on laboratoriotulokset, sekään ei aina aukee, ja diagnoosit mutta sekin on semmonen mikä ei välttämättä aina aukase, joskus se aukaisee. Et sillai ei ihan luottamista oo, siihen et sä saisit täältä sen lääkelistan"

Sairaanhoidajilla olisi mahdollisuus kannettavan tietokoneen käyttöön asiakaskäynneillä. Vastaajat kokivat sen käytön aikaa vieväksi, ja hankaloittavan keskittymistä asiakkaaseen. Koneen mukana kantaminen koettiin haastavaksi, koska reput ovat muutenkin täynnä tavaraa.

"Meil on nyt myös mahdollisuus noissa läppäreissäkin, että me voitais niitä kantaa, mut kun muutenkin reput painaa jo niin mä en oo sitä läppäriä ainakaan vielä täs kohtaa ottanu sinne kotiin mukaan"

"Onhan siinäkin sitten, että jos sillä asiakkaalla nyt on jotain, niin ettei sun keskittyminen jonkin tietokoneen yhdistämiseen, kun ensin puhelimella se, että saat yhteyden"

Raportoinnissa oli vastaajien mukaan puutteita. Arviointia vaikeuttavaksi tekijäksi koettiin, jos tiimin jäseniltä saatu tieto ole riittävää. Aiempien käyntien kirjaukset voivat olla puutteellisia, eikä niistä saa selvää millainen asiakkaan vointi on normaalisti. Mobiiliin kautta laitettavien viestien tulisi toimia voiminnan muutoksista tiedottamisen välineenä. Haasteena koettiin se, etteivät kaikki aina lue viestejä, tai ei ole varmuutta, että viestit tavoittaisivat kaikkia.

"Jos ei tosiaan ole sitä taustatietoo, ettei ole saanut informaatioo esimerkiksi tiimin jäseniltä"

"Sitten että on puutteellisia kirjauksia, että vaikka lukisin niitä kotihoidon käyntejä, niin ei saa selkoa, että mikä se normaali vointi sillä asiakkaalla on"

"Että kaikkien tulis lukee niitä. Mut sitten on porukkaa, jotka ei sitten sano, ettei oo kerinny tai jotain muuta"



Kuvio 11. Tiedonkulun haasteet

Asiakkaasta johtuvia vaikeuttavia tekijöitä oli asiakkaan fyysinen kunto, vuorovaikutuksen haasteet, hoitajalle vieras asiakas ja omaisten vaikutus. Kotihoidon turvin kotona asuu entistä huonokuntoisempia asiakkaita. Asiakkailta voi olla monia päällekkäisiä sairauksia ja runsaasti lääkityksiä, jotka vaikuttavat asiakkaan normaalitilaan ja vaikeuttavat arviointia.

"Välillä on tosi huonokuntosiakin kotona kotihoidon turvin"

"Sitten monisairaudet, kun on paljon päällekkäisiä sairauksia"

"Lääkitys, ja kaikki nää, et miten ne vaikuttaa siihen normaalitilaan"

Vuorovaikutusta asiakkaan kanssa voi vaikeuttaa asiakkaan muistisairaus. Muistisairas asiakas ei välttämättä osaa kertoa voinnistaan tai oireistaan hoitajalle, tai ei tunnista voinnissa olevia muutoksia. Asiakkaan huono kuulo vaikeuttaa kommunikointia ja arvioinnin tekemistä.

"Jos asiakkaalla on esimerkiksi muistisairaus, niin ei välttämättä osaa ilmaista sillä lailla"

"Tietenkin sen asiakkaan kuulo on tosi iso juttu, et miten sä saat sitä asiakasta haastateltua"

Arviointia vaikeuttavaksi tekijäksi koettiin, jos asiakas ei kerro voinnistaan totuudenmukaisesti tai vastustele tutkimuksia. Asiakas saattaa vähätellä tai kaunistella oireitaan, vaikka voinnin tai mittausten perusteella voidaan päätellä, ettei kaikki ole kunnossa.

Asiakas saattaa myös tekeytyä sairaammaksi kuin on, tai liioitella oireitaan. Asiakkaan voinnin muutoksiin saattaa myös vaikuttaa muut, kuin fyysiset tekijät. Taustalla saattaa olla huonosti nukuttu yö tai huono päivä, joka voi vaikuttaa asiakkaan vointiin heikentävästi.

"Asiakkaat ei osaa kauheen hyvin kertoo, he joko kaunistelee, et eihän tässä mitään ja hoitaja silti näkee et nyt on joku huonosti, tai mittarit kertoo, et on joku huonosti"

"Toinen puoli on, että liioitellaan tai tekeydytään sairaammaksi kuin on"

"He voi olla vastustelevia, ja se on myös sellanen mikä hankaloittaa sitä hoidon tarpeen arvioo kotona"

"Jos on vaikka harmi päivä, huonosti nukuttu yö, voidaan periaatteessa oireilla millä tavalla tahansa"

Arviointia vaikeuttaa, jos hoitaja ei tunne asiakasta tai hänen taustojaan. Jos asiakasta ei tunne entuudestaan käynnille mentäessä, on vaikea arvioida sen hetkistä vointia tietämättä, mikä asiakkaan vointi on normaalisti.

"Voi olla eka kerta, kun vaikka tapaa sen, kun sillä on siellä huono vointi, niin ei tiedä mikä se on se sen normaali tilanne, normaali vointi"

"Ei aina tiedä sen asiakkaan menneisyyttä, että minkälainen asiakas on ollut, että onko se normaalia hänelle se sen hetkinen tilanne"

Paikalla olevat omaiset voivat välillä vaikeuttaa arvioinnin tekemistä. Asiakkaan luona oleva omainen voi olla hätäntynyt, tai kotona vallitsevat olosuhteet muulla tavalla sekavat, jolloin on vaikea saada selvää todellisesta tilanteesta.

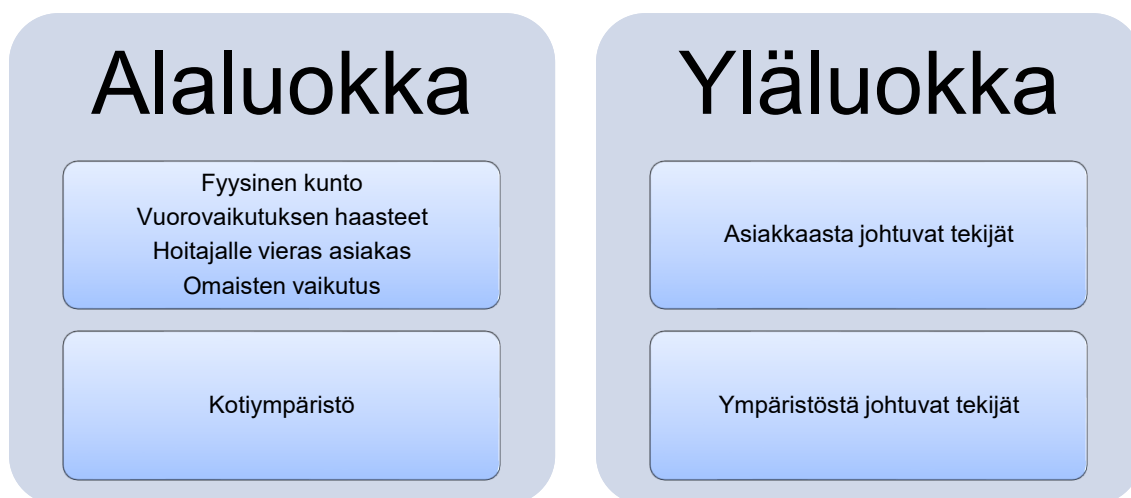
"Joskus tuntuu, että omaiset jos on paikalla, niin ne vaikeuttaa sitä tilannetta siinä"

"Voi olla sekavat ne olosuhteet siellä kotona, että omainen voi olla hätäntynyt ja vaikea saada selkoa, mikä se tilanne oikeasti on"

Ympäristöstä johtuvat vaikeuttavat tekijät oli vastaajien mukaan asiakkaan kotiympäristöön liittyviä. Asiakkaan asunto voi olla ahdas ja pieni, jolloin esimerkiksi asiakkaan liikumista rollaattorin turvin kodissa on vaikea arvioida. Kodin olosuhteet voivat olla muulla tavoin haastavat, kuten ettei asunnossa ole valoja, joka vaikeuttaa arvioinnin tekemistä.

"Voi olla ihan siellä asunnossa ne olosuhteet jo semmoiset, että on vaikea toimia, voi olla, ettei vaikka ole valoja"

"Jos tilat on pienet, jos haluaisit nähdä kuinka asiakas kävelee, niin ethän sä pysty siellä kotona näkeen, miten se kävely lähtee liikkeelle, miten selviytyy esimerkiksi rollaattorin kanssa"



Kuvio 12. Asiakkaasta ja ympäristöstä johtuvat tekijät

Organisaatiosta johtuvat arviointia vaikeuttavat tekijät sisältää kuusi alaluokkaa, jotka ovat puutteellinen koulutus, puutteelliset ohjeet, ohjeiden jalkautuminen, hoitajien vaihtuvuus, työn organisointi ja työvälineet. Suurin osa vastaajista ei ollut saanut koulutusta hoidon tarpeen arvioinnista, vaikka se onkin iso osa kotihoidon työnkuvaa. Vastauksista tuli esille, että koulutusta kaivattaisiin lisää, koska niissä kerrataan asioita ja niistä voi nousta esille kokonaan uusia asioita. Osalle vastaajista koulutuksen merkitys ei ollut keskeistä, koska hoidon tarpeen arvioinnin koettiin olevan osa hoitajan perustyötä.

"Ei oo mitään semmosta, että olis jotain yhteiskoulutusta. En ainakaan muista. Meillä on todella vähän muutenkin koulutuksia. Niitä kyllä kaivattais, koska ne on kuitenkin kertausta ja sitten varmaan monellekin tulis sieltä, vois nousta sieltä asioita, että hei jaa okei tällästä, että en oo tiennytkään"

"Mut en mä muista et ois silleen varsinaisesti, et siitä olis ollu ite koulutusta. Kun se on jotenkin tätä hoitajan työtä"

Ohjeita hoidon tarpeen arviointiin yksiköistä ei pääasiassa löytynyt. Suurella osalla vastaajista oli kokemus, että yksiköissä on paljon esimerkiksi laitteiden käyttöön liittyviä ohjeita, mutta hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen liittyviä ohjeita ei ole. Ohjeet voivat olla hankalasti saatavilla, kuten kansioissa, joista niitä ei lueta. Pieni osa vastaajista tiesivät, että kotihoidon henkilöstölle on tehty ohje asioista, mitä pitää akuuttilanteissa huomioida ja mihin reagoida, mutta suurimmalla osalla vastaajista kyseisestä ohjeesta ei ollut tietoa. NEWS-pisteytyksen käyttöönotosta on osassa kotihoidon yksiköissä ollut puhetta.

Ongelmaksi koettiin se, että keskustelu käydään usein vain yleisellä tasolla. Voi olla, että uusista toimintatavoista on järjestetty vain tiedotustilaisuus, eikä uutta toimintamallia ole konkreettisesti saatu jalkautettua käyttöön.

"Mä luulen, että meillä ei ole, tai sit jos niitä jossain kansiossa tuolla on, niin mä en tiedä lukeeko niitä edes kukaan"

"En kyllä osaa sanoo, onko siitä, kaikkee muuta ohjeistuksia kyllä löytyy koneen käytöstä ja kaikkien tämmösten käytöstä"

"Täällä on tuonne alueille tehty lähihoitajille joskus sellaisia, että mihin asioihin pitää reagoida, ja sellaista ohjeistusta. Ja onhan täälläkin sitten niitä sitä NEWS-pisteitä jossain kohtaa käyty läpi, että sitä voisi käyttää apuna siellä arvioinnissa, mutta ei sekään ehkä ihan ole jalkautunut silleen konkreettisesti. Että näistä varmaan yleisesti puhutaan, mutta ei mitään sellaista konkreettista ohjetta"

Työn kiireestä johtuen vastaajilla oli kokemus, ettei ohjeiden tekemiseen ole riittävästi aikaa. Toisaalta vastauksista nousi esille ohjeen tekemisen haastavuus, koska jokaisessa yksikössä on omat tavat toimia ja jokainen asiakas täytyy arvioida yksilöllisesti.

"Ja ehkä on vaikea tehdä mitään ohjetta, kun kuitenkin joka paikassa on vähän omat, että se pitäisi olla yksikkökohtainen"

"Meidän työ on kuitenkin sen verran hektistä, et semmosen yhteisen ohjeen tekemiseen ei oo aikaa"

Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavaksi tekijäksi koettiin hoitajien määrä ja hoitajien vaihtuvuus. Vastaajat kokivat kotihoidon hoitajien määrän olevan liian pieni työn määrään verrattuna. Hoitajien vaihtuvuus ja sijaisten suuri määrä vaikeuttaa työn sujuvuutta, ja työn toteutuminen koetaan epävarmempana verrattuna siihen, jos on vakituista henkilöstöä töissä.

"Välttämättä se ei toteudu, koska työntekijöiden vaihtuvuus on niin suurta"

"Ehkä just se, kun meitä on niin vähän siihen verrattuna, mitä tarviis olla, et se työn kuorma on niin suuri"

"Tällä hetkellä on vähän enemmän ollut sijaisia, niin kyllähän se sitten heti tuntuu semmoiselta horjuvammalta, että oma väki on se, joka tietää systeemit ja miten toimitaan"

Kiire nousi esille lähes kaikkien vastaajien kohdalla. Kiirettä koettiin olevan enemmän yksiköissä, joissa asiakasmäärät ovat isommat. Vastauksista kävi ilmi, ettei asiakkaiden

taustoihin perehtymiseen ole riittävästi aikaa. Esimerkiksi turvpuhelinhälytykselle saat-
taa lähteä hoitaja, joka ei tunne asiakasta ennestään, jolloin esitietojen ollessa puutteel-
liset, arvioinnin tekeminen vaikeutuu.

"Välillä on kyllä tosi hektistä, ettei ehdi paljoo perehtymään asiakkaisiin"

"Ja ei ole aina aikaa ruveta selaamaan koko sairaskertomusta läpi, vaikka kun
turvakäynnille lähtee, että sitten kerkee kattoon ne pakolliset, että onko Marevania
käytössä, jos on vaikka kaatunut, mutta eihän millään voi kaikkee ruveta selvit-
tään"

Käynneille on ohjelmoitu aikaa asiakkaan perusasioiden hoitamiseen. Käyntiaika ylittyy,
jos käynnillä ilmenee jotain ylimääräistä huomiota vaativaa. Käynneille ei ole yleensä
varattu riittävästi aikaa, vaikka olisi ennalta tiedossa, että asiakkaan vointi on huonontu-
nut. Tämä tarkoittaa sitä, että muille käynneille pääsy viivästyy ja on toisen asiakkaan
käyntiajasta pois, ellei omia käyntejä ole mahdollisuutta siirtää toiselle hoitajalle. Vastaa-
jat tiedostivat myös, että kiireessä arviointia ei pystytäkään tekemään välttämättä tarpeeksi
hyvin, jolloin jotain oleellista saattaa jäädä huomioimatta. Kaikkien vastaajien näkemys
oli kuitenkin, että käynnillä tehdään tarvittavat toimenpiteet tiukasta aikataulusta huoli-
matta, vaikka se sekoittaisi loppupäivän.

"Käynnille on varattu tietty aika niille perusasioille, niin jos on jotain yllättävää, niin
se menee aina ylijälle, eli siitä täytyy vaan jostain päästä purkaa käyntejä seu-
raavalle hoitajalle, jos joutuu jäämään pidemmäksi aikaa asiakkaalle"

"Kun sinulla ei ole aikaa. Periaatteessa koko päivä menee siitä sitten sekaisin,
mutta se tehdään vaan, sitten se on se päivä sekaisin, sitten saa muut asiak-
kaat odottaa"

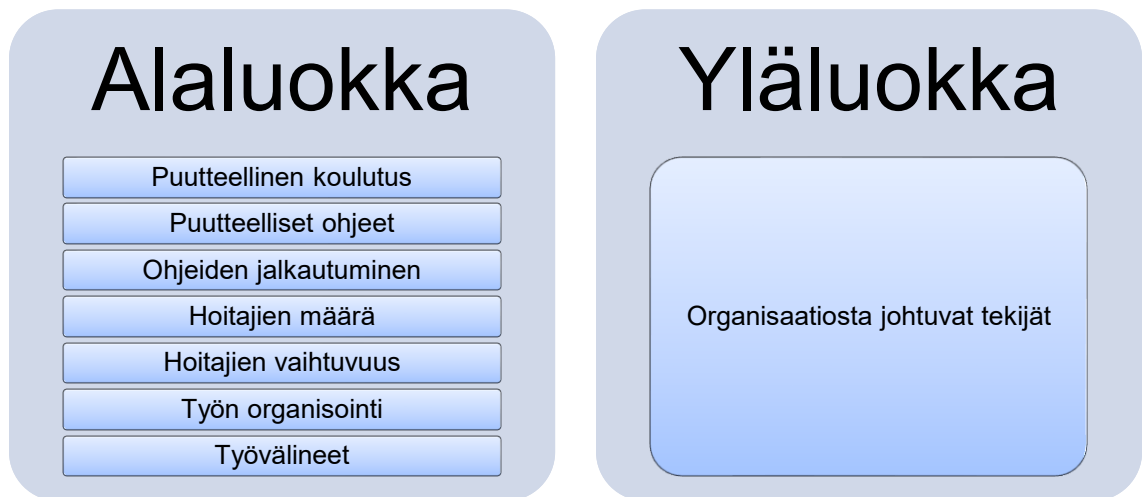
"Kiireessä ei niin paljoo sitä arviointia pysty ehkä tekemään, et saattaa jäädä joku
asia huomioimatta, mikä pitäis huomioida"

Osa vastaajista kokivat työvälineet ja valmiudet riittämättömiksi. Kaikilla sairaanhoitajilla
löytyy omasta työrepusta verenpainemittari, kuumemittari ja verensokerimittari, mutta
esimerkiksi saturaatiomittarit ovat usein yhteiskäytössä ja sijaitsevat kotihoidon toimis-
tolla. Kotihoidon toimistoilta ei yleensä löydy juuri tarvikkeita yllättäviin tilanteisiin, koska
hoitotuotteet kuuluvat olla asiakkaalla itsellään. Kesken käynnin ei ole aikaa tai mahdol-
lisuutta lähteä hakemaan toimistolta mittareita tai muita välineitä. Mahdollisuus ottaa esi-
merkiksi ennalta suunnittele mattomia verikokeita oli vastauksien perusteella alueesta
riippuvaa. Kantakaupungin alueella verikokeiden ottaminen on helpompaa, koska näyt-
teet voidaan hoitajan toimesta kuljettaa laboratorioon. Kantakaupungin ulkopuolella ei

ole joka päivä terveysasemien laboratoriot auki, jolloin näytteet tulisi viedä sairaalaan, johon ei pitkän välimatkan vuoksi ole riittävästi aikaa.

”Verenpaine, lämpö, muutahan periaatteessa kotihoidon repusta ei löydy”

”Happisaturaatiomittareita meillä ei jokaisella oo henkilökohtaisesti, et meillä on sit yks tuolla toimistolla, mut kelle se nyt tulee mieleen siinä sitte hakee”



Kuvio 13. Organisaatiosta johtuvat tekijät

6.2 Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät

Aineistosta muodostui kaksi pääluokkaa, jotka ovat päätöksentekoa helpottavat tekijät ja päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät. Päätöksentekoa helpottavat tekijät koostuu kolmesta yläluokasta, jotka ovat sairaanhoitajan kliininen osaaminen, asiakkaasta johtuvat tekijät ja mahdollisuudet tukea kotona pärjäämistä. Päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät sisältää kolme yläluokkaa, jotka ovat eettiset tekijät, ympäristöstä johtuvat tekijät ja organisaatiosta johtuvat tekijät.



Kuvio 14. Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät

6.2.1 Päätöksentekoa helpottavat tekijät

Vastaajien mukaan päätöksentekoa helpottavia tekijöitä oli löydettävissä sairaanhoitajan kliinisestä osaamisesta, sairaanhoitajan toiminnasta, asiakkaasta johtuvista tekijöistä ja mahdollisuuksista tukea kotona pärjäämistä. Sairaanhoitajan kliininen osaaminen sisältää neljä alaluokkaa, jotka ovat kotihoidossa tarvittava osaaminen ja tieto, kokemus, eettinen osaaminen ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä.

Vastaajien mukaan kotihoidossa tarvitaan hoitotyön kokemusta, laaja-alaista osaamista, päätöksentekokykyä ja osaamista toimia yhteistyössä eri tahojen kanssa. Päätöksentekoa helpottaa hoitajan ammattitaito, kokemus ja tietämys siitä, mistä asiakkaalle saadaan tarvittavat avut. Sairaanhoitajalla tulee olla ammattitaitoa ja tietopohjaa, jotta hän pystyy perustelemaan asiakkaalle, miksi tarvitaan hoitotoimenpiteitä tai mahdollisesti uusia palveluita.

”Mutta tämä kotihoidon työkenttä on kuitenkin vielä erilainen, eliikkä tarvitaan tosi paljon laaja-alaista osaamista ja sitä päätöksentekokykyä ja yhteistyötä eri rajapintojen välillä”

"Vähän sitä tietopohjaa hoitajalta asiakkaalle, se vaatii ammattitaitoa ja tietopohjaa, että sä pystyt perusteleen, miksi pitäisi nyt toimia näin"

"Mutta se että tietää ne reitit, miten se asiakas saa sitä apua sinne mihin se tarvii"

Haastavissa tilanteissa korostuu sairaanhoitajan eettinen osaaminen. Asiakkaan ollessa vastustelevalta, tai kieltäytyessä hoidosta, sairaanhoitajalta vaaditaan osaamista hoitaa tilanne. Vastaajien mukaan useimmiten vastustelevien asiakkaiden kohdalla toimii suostuttelu ja selkeä perustelu sille, miksi asiakkaan tulisi lähteä hoitoon. Jos asiakas ei suostuttelusta huolimatta halua lähteä hoitoon, on mietittävä, onko asiakas kykeneväinen päättämään itse asiasta. Hankalimmissa tilanteissa tulee huomioida ensisijaisesti asiakasturvallisuus, jolloin saatetaan joutua turvautumaan virka-apupyynnöön, jotta asiakas saadaan toimitettua asianmukaiseen hoitopaikkaan.

"Jos on sairaalahoidon tarve, että saadaan se asiakas suostumaan siihen, että hän tarvitsee apua, tai että hän ottaa hoitajalta apua vastaan"

"Aina ei voi pakottaa. Siinä varmaan sitten mitä vaan sitten keksii sille, että miten sen ihmisen kohdalla voisi toimia, että varmaan sitten kaikki suostuttelusta lähtien, että mikä sitten kenelläkin toimii. Tai sitten jos tarvitsee lääkäriä, että onko sitten kykeneväinen se asiakas itse sitä päättämään"

"Asiakas meinas tosiaan jäädä kotiin mutta sitten lääkäri teki sen virka-apupyynnön. Että kyllähän se asiakkaan turvallisuus on ennen kaikkea minun mielestäni tärkeitä siinä"

Kotihoidon sairaanhoitajalla tulee olla kykyä itsenäiseen päätöksentekoon. Vaikka käynneiltä onkin mahdollisuus konsultoida esimerkiksi lääkäriä, pitää päätös pystyä tekemään yksin. Akuuttitilanteissa päätöksiä pitää pystyä tekemään nopeasti. Vastaajien mukaan päätöksentekokykyyn vaikuttaa sairaanhoitajan luottamus omaan ammattitaitoon, jonka lisäksi vaaditaan uskallusta tehdä päätöksiä. Päätöksentekoon toi varmuutta myös aiempi työkokemus. Oman osaamisen ja kokemuksen koettiin tuovan taitoa luottaa omaan intuitioon päätöksenteossa.

"Kyllä se on sitten ihan sairaanhoitajan oma työkokemus ja kuinka uskaltaa tehdä ne päätökset"

"Sitten vaan täytyy luottaa siihen, mitä sinä itse tiedät ja mitä sinä itse päätät"

"Mikä mua helpottaa, on se tietynlainen oma tietotaito, että voi luottaa siihen intuitioon, että nyt ei oo kaikki kunnossa"

Sairaanhoitajan toiminta sisältää kolme alaluokkaa, jotka ovat kiireellisyyden arviointi, lisätutkimusten tarve ja konsultointi. Tärkeimpänä tekijänä päätöksentekoa ohjaa tilanteen kiireellisyys ja hoitajien tulee osata tunnistaa henkeä uhkaavat tilanteet. Henkeä uhkaavissa tilanteissa päätöksenteko koettiin helpoksi ja selkeäksi. Päätöksentekoa selkeyttää, jos tarvitaan lisätutkimuksia, kuten kuvantamista, jota varten asiakas täytyy lähettää sairaalaan. Muissa kuin akuuttitilanteissa lääkärin konsultointi oli yleistä. Kaikki vastaajat kokivat saavansa riittävästi tukea päätöksentekoon. Lääkäriltä oli helppo pyytää toimintaohjeita käynnille, ja konsultointi koettiin tärkeäksi niissä tilanteissa, joissa ei haluttu ottaa vastuuta päätöksestä yksin.

”Ensin täytyy miettiä sitä kiireellisyyttä, se on ihan ykkönen, eli onko ihan täysin henkeä uhkaava”

”Jos ei oo mikään akuuttitilanne, niin sä voit konsultoida lääkärinä, ja kysyä että nyt tää on tällanen tilanne, että mitä tehdään”

”Välillä on tilanteita, että on pakko kysyä lääkäriltä, koska ei halua ottaa kaikkia asioita omalle vastuulle. Sitten jos tuleekin jotain, ja sä oot arvioinut asiaa väärin”

”Meillä on tällä hetkellä hirveen hyvä tilanne siihen päätöksentekoon, apuna meillä on hirveen hyvä lääkäri, joka ottaa kantaa asioihin, ja hänet saa aina kiinni”



Kuvio 15. Sairaanhoitajan kliininen osaaminen ja toiminta

Asiakkaasta johtuvia päätöksentekoa helpottavia tekijöitä olivat asiakkaan vointi ja toimintakyky sekä hoitolinjaukset. Päätöksentekoa ohjaa ensisijaisesti asiakkaan vointi ja toimintakyky. Päätöksenteko koettiin helpoksi erityisesti niissä tilanteissa, joissa oli sel-

keästi nähtävissä, ettei asiakas pärjää kotona. Jos asiakas ei pääse itsenäisesti liikku-
maan tai pysty huolehtimaan ravitsemuksesta tai lääkityksestään, pitää asiakas toimittaa
jatkotutkimuksiin tai muuhun hoitopaikkaan. Poikkeuksena se, jos asiakas on vuodepo-
tilas. Asiakkaan hoitolinjaukset ja hoidon rajaukset vaikuttavat päätöksentekoon.

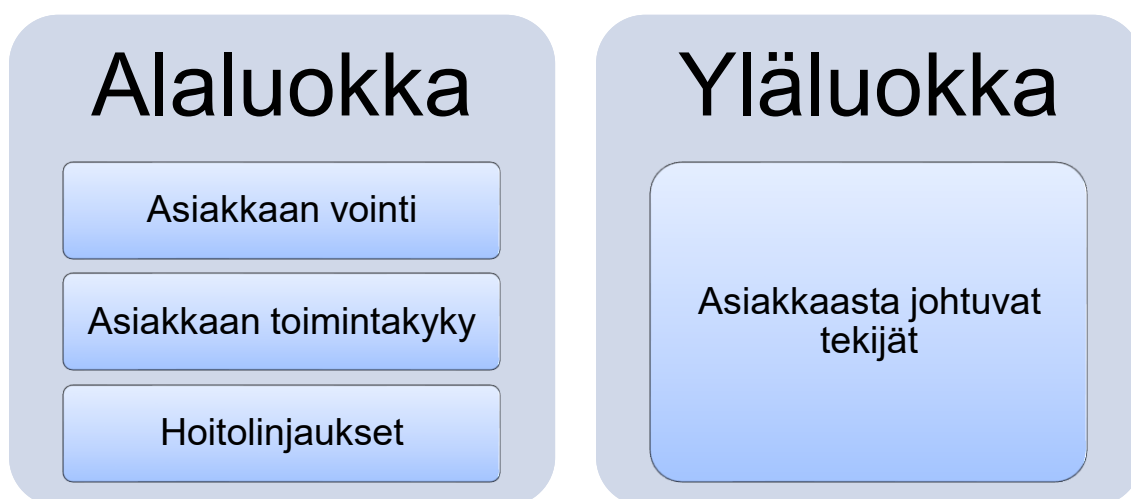
"Se asiakkaan vointihan on se mikä ensisijaisesti vaikuttaa siihen, mitä tehdään"

"Se on niin selkeä täällä se, että jos ei se ihminen pärjää siellä kotona, niin sit-
ten se vaan pitää saada eteenpäin, että sittenhän se vaan lähtee tutkimuksiin"

"Tietysti se liikuntakyky ratkaisee, että jalaton ei voi olla kotona, ellei sitä ole erik-
seen sovittu, että se on vuodepotilas"

"Se että huomaa että se asiakas ei tuu pärjään siellä kotona yksistään, ei jaksaa
huolehtia itse ravitsemuksestaan tai ei muista ottaa lääkkeitä"

"Jos on selkeät linjaukset tehty, vaikka että ei sairaalasiirtoja, tai on tehty tämmö-
siä linjauksia, niin sitten se voi vaikuttaa"



Kuvio 16. Asiakkaasta johtuvat tekijät

Päätöksentekoa helpottavana tekijänä pidettiin mahdollisuuksia tukea kotona pärjää-
mistä, joka sisältää alaluokat omaisten tuki, hoitajan tuki, voinnin seuranta, käyntien li-
sääminen, seuranta etäkontaktin avulla ja tukipalveluiden järjestäminen. Omaisten tuella
on mahdollista vahvistaa asiakkaan kotona pärjäämistä, jos omaiset ovat aktiivisesti asi-
akkaan elämässä mukana. Jos asiakas esimerkiksi tarvitsee kommoitioseurantaa kaa-
tumisen jälkeen, voidaan se järjestää omaisten tuella, jolloin asiakasta ei tarvitse lähet-
tää sairaalaan seurattavaksi, tai kotiin ei tarvitse järjestää seurantaa hoitajan toimesta.

"Sitten ne omaiset, että kuinka aktiivisesti ne on siinä, että pärjääkö sitten omaisten turvin kotona tietysti tilanteissa"

"Sitten ne omaiset, että kuinka aktiivisesti ne on siinä, että pärjääkö sitten omaisten turvin kotona tietysti tilanteissa"

Asiakkaan kotona pärjäämistä voidaan tukea lisäämällä käyntejä. Kotihoidossa on mahdollistaa järjestää asiakkaalle enintään neljä käyntiä päivässä, jonka lisäksi on mahdollisuus yökäyntiin. Käynneillä voi kontrolloida mittauksia, kuten lämpöä tai verenpainetta, ja ottaa tarvittaessa verikokeita. Seuranta on mahdollista järjestää myös videopuhelujen välityksellä, joka koettiin tavallista puhelua paremmaksi seurantakeinoksi. Videopuhelujen välityksellä on mahdollista arvioida myös asiakkaan ulkoista olemusta, kuten hengitystä ja turvotuksia. Asiakkaalle on mahdollista järjestää kotiin fysioterapeutin käynti, erilaisia apuvälineitä, sekä muita tukipalveluita kuten ateriapalvelu tai turvapuheilin. Vastauksista tuli esille, että tärkeää on järjestää asiakkaalle kotiin sellaiset avut, että asiakkaalla tulee tunne kotona pärjäämisestä.

"Meillähän yleensä lisätään niitä käyntejä, että jos nyt vaikka on aamu- ja iltakäynti, ja aamukäynnillä on jotain ekstraa, että jää huoli, niin voidaan tehdä sinne päiväkäynti"

"Onko yökäynneille tarvetta"

"Sitten ylipäänsä seuranta ja voi sopia kontrollikäyntejä, erilaisia mittauksia tehdä tulevana päivänä, seurata vaikka crp:tä tai lämpöä tai ottaa verikokeita"

"Videopuhelimen välityksellä, sekin on aika hyvä, sillä siinä näkee, miten siellä nyt pärjätään ja mikä on vointi, niin siinäkin pystyy eri lailla arvioimaan sitä asiakkaan vointia kuin pelkän puhelimen perusteella"

"Moniammatillisuus, vaikka fysioterapeuttia, tai apuvälineitä kotiin"

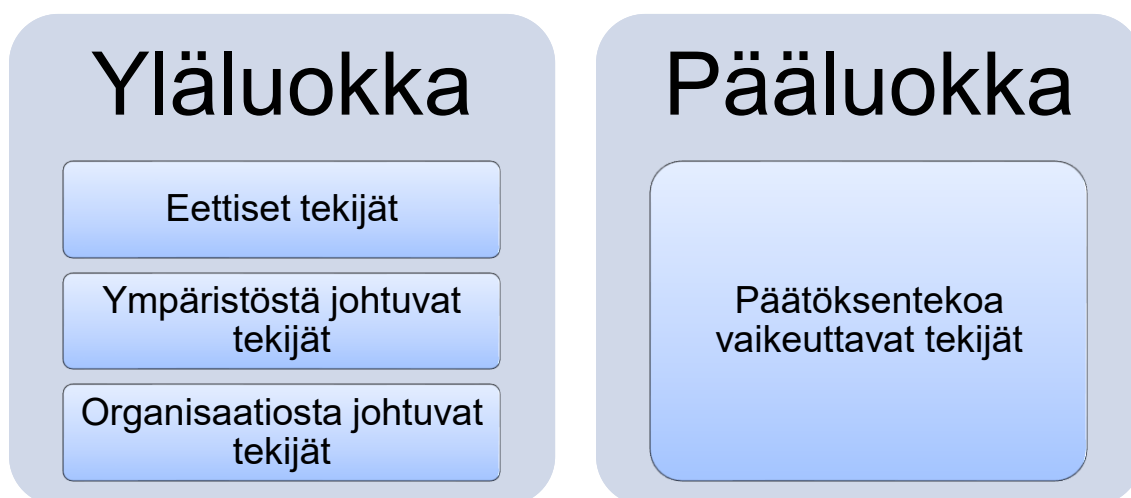
"Se on tärkeää, että saa sen hoidon sinne kotiin, että tulee sellanen mieli, että pärjää"



Kuvio 17. Mahdollisuudet tukea kotona pärjäämistä

6.2.2 Päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät

Päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät muodostuvat kolmesta yläluokasta, jotka ovat eettiset tekijät, ympäristöstä johtuvat tekijät ja organisaatiosta johtuvat tekijät.



Kuvio 18. Päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät

Päätöksentekoa vaikeuttavat eettiset tekijät muodostuvat viidestä alaluokasta, jotka ovat asiakkaan itsemääräämisoikeus, asiakkaan mielipide, hoidosta kieltäytyminen, omaisten vaikutus ja ristiriidat. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja mielipide ohjaavat kotihoidossa tapahtuvaa päätöksentekoa. Eettisesti haastavia tilanteita voi olla esimerkiksi sellaiset, joissa asiakas on vastusteleiva ja kieltäytyy hoidosta, tai vaatii välittömästi tutkimuksia,

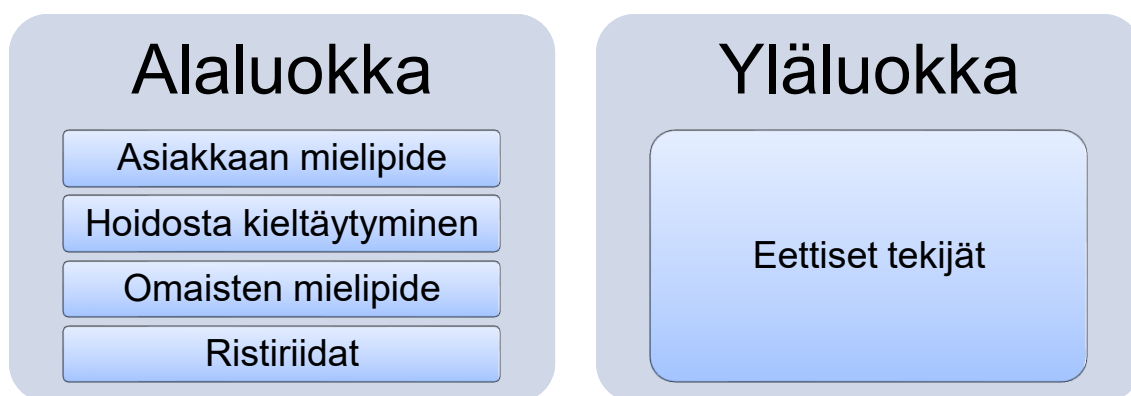
jotka ei ole välttämättä tarpeellisia juuri sillä hetkellä. Joskus asiakkaalla ja omaisilla saattaa olla eriävä käsitys hoidon tarpeesta, joka aiheuttaa ristiriitoja asiakkaan ja omaisten välillä. Toisinaan omaisten toiminta saattaa vaikuttaa päätöksentekoon. Omaiset voivat olla väsyneitä hoitamaan asiakasta, joka saattaa vaatia toimenpiteitä. Toisinaan tilanteet kotona voivat kärjistyä siihen pisteeseen, että päätöksiä joudutaan tekemään pelkästään omaisten miellyttämiseksi, että saadaan asiat etenemään.

"Kotona hoidettavillahan on aika pitkälti se itsemääräämisoikeus, että lähteekö hoitoon vai ei"

"Ja on sellaisia asiakkaita, jotka pitäisi nyt heti välittömästi päästä tutkimuksiin, niin sitten yrittää siinä vähän, että ei tässä nyt ole mikään hengenhätä kyseessä"

"Tai sitten ne voi olla niin väsyneitä ne omaiset, että ne ei ei pysty hoitamaan"

"Voi olla sitten semmoisia omaisia, jotka hätäilee liikaakin, että sitten heidän rauhoittamiseksi tarvitsee tehdä jotain toimenpiteitä, vaikkei välttämättä itse arvioisikaan että se asiakas välttämättä tarvitsee, mutta joskus se tilanne voi olla semmoinen, että siitä ei päästä eteenpäin, jos ei tehdä omaisille mieliksi"



Kuvio 19. Eettiset tekijät

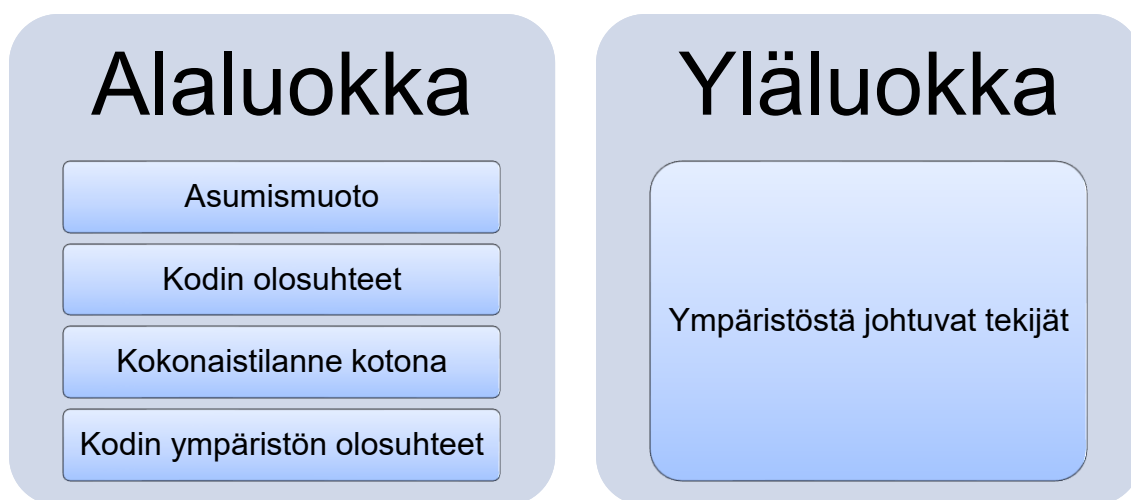
Ympäristöstä johtuvat tekijät muodostuvat neljästä alaluokasta, jotka ovat asumismuoto, kodin olosuhteet, kokonaistilanne kotona ja kodin ympäristön olosuhteet. Päätöksentekoon vaikuttaa se, asuuko asiakas yksin vai jonkun kanssa. Kodin olosuhteet voivat olla haastavat, asiakkaalla ei esimerkiksi ole mukavuuksia, jolloin pitää arvioida asiakkaan mahdollisuutta asua sellaisissa olosuhteissa. Jos asiakkaan kotona on pienet tilat, siellä ei välttämättä ole mahdollista liikkua apuvälineiden, kuten pyörätuolin, turvin. Toisinaan kokonaistilanne kotona voi olla haastava, sekä asiakkaan että kodin olosuhteiden osalta, jolloin asiakkaan kannalta paras ratkaisu ei enää ole olla kotona. Muistisairas asiakas saattaa aiheuttaa häiriötä naapurustossa, joka pitää huomioida päätöksenteossa.

"Kodin olosuhteet vaikuttaa ihan konkreettisesti, vaikka tilat, että millaiset tilat siellä kotona, on että voiko vaikka pyörätuolilla liikkua siellä kotona"

"Myös kotona se kodin tila, että minkälaisessa ympäristössä asiakas asuu. Esimerkiksi joillain ei ole mukavuuksia, elikkä siellä on ulkovessa ja muuta, niin siinä se kokonaisuus vaikuttaa tosi paljon siihen, että millon tarvitaan sitten jotain muuta kuin sitä kotihoitoa"

"Se asiakas vaan vaelteli siellä, ja oli semmoinen sekasorto siellä, ei mattoja ei mitään. Vaikka ajatellaan, että koti on paras paikka sille asiakkaalle, mutta jossain vaiheessa se raja tulee vastaan, että onko oikeasti niin"

"Sit saattaa olla naapureita, jotka sanoo, että he ei voi olla tässä naapurissa, että tää kyseinen asiakas käy siellä hänen oven takana, niin sit on mietittävä, et kenen parasta tässä nyt täytyy miettiä, että eihän sekään kivaa oo jos keskellä yötä soitellaan ovikelloja"



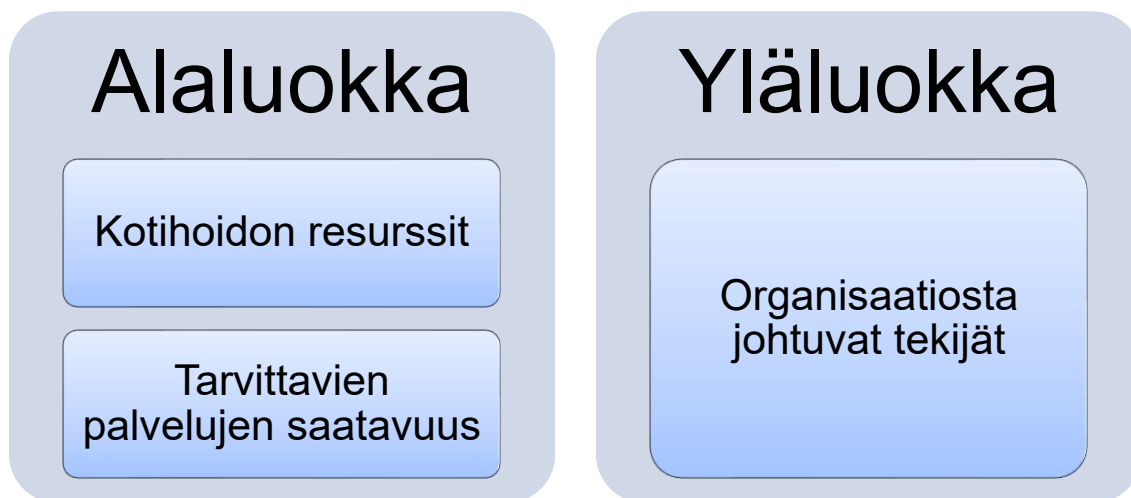
Kuvio 20. Ympäristöstä johtuvat tekijät

Organisaatiosta johtuvia vaikeuttavia tekijöitä oli kotihoidon resurssit ja tarvittavien palvelujen saatavuus. Kaikissa tilanteissa ei ole mahdollista tehostaa kotihoidon käyntejä. Vaikuttavia tekijöitä voi olla pitkät välimatkat, joiden vuoksi asiakkaalle ei ole mahdollista järjestää tarvittavaa määrää käyntejä, tai asiakkaan tilanne on voinut huonontua siinä määrin, ettei kotona hoitamiseen enää ole resursseja.

"Pitkät välimatkat on joskus silleen, ettei pysty lupaamaan, niin et vaik neljä kertaa päivässä käytäis, niin sitten jos on jossain tuolla 20 km päässä, niin se ei sit oikeen onnistu"

"Se tilanne vaan on kotona edennyt siihen pisteeseen, et hoitajan resurssit ei vaan enää riitä. Ei oo vaan tarpeeksi resursseja, että me saatais siellä kotona hoidettua se homma"

”Tietysti voi vaikeuttaa, ja sitten myöskin se, että ei ole heti saatavilla sitä tiettyä palvelua, tai mitä se asiakas tarvitsee, tai sitä lääkäripalveluita”



Kuvio 21. Organisaatiosta johtuvat tekijät

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisesta kotihoidossa ja päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kehittämistyön perustaksi. Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastatteluilla erään Etelä-Suomalaisen kaupungin kotihoitossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Tutkimuksen tuloksista saatiin tietoa hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisesta, sitä helpottavista ja vaikeuttavista tekijöistä, sekä päätöksentekoa helpottavista ja vaikeuttavista tekijöistä. Tutkimuksen tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kohdeorganisaation toiminnan kehittämisessä.

Aiheeseen perehtyessä ja tutkimuksen teoreettista viitekehystä muodostaessa todettiin, että kotihoitoon kohdistuvaa aiempaa tutkimustietoa löytyi niukasti. Hoitokoteihin kohdistuvaa kansainvälistä tutkimustietoa sen sijaan oli saatavilla, joten sitä hyödynnettiin tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä.

Haastateltavien rekrytointi osoittautui haastavaksi ja rekrytointikierroksia jouduttiin toteuttamaan useampi, sekä laajentamaan haastateltavien perusjoukkoa sairaanhoitajien lisäksi yksikön johtajiin. Haastateltavia ei saatu rekrytoitua tutkimukseen alkuperäisen suunnitelman mukaista määrää. Haastattelut saatiin sovittua vastaajien kanssa josta-

vasti sähköpostitse ja toteutettua yhtä lukuun ottamatta vastaajien työajalla yhtä. Haastattelutilanteet olivat avoimia ja rentoja, ja niissä pystyttiin tuomaan avoimesti omia kokemuksia ja mielipiteitä esille. Tutkimuksen edetessä huomattiin, että vastaajia olisi ollut hyvä saada jokaiselta kotihoidon alueelta, koska alueellisia eroja nousi haastatteluissa esiin. Vaihtelua havaittiin muun muassa akuuttitilanteiden ilmenemisen määrässä, sekä lisätutkimusten, kuten verikokeiden, saatavuudessa.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että hoidon tarpeen arviointi ja päätöksenteko kotihoidossa vaatii laaja-alaista osaamista ja kokemusta ikääntyneen hoitotyöstä. Kotihoidon kentällä työskennellään yksin, jolloin korostuu sairaanhoitajan kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä. Aiemman tutkimustiedon mukaan sairaanhoitajan riittävällä osaamisella, sekä teoreettisen ja käytännön taitojen jatkuvalla kehittämisellä voidaan taata kotihoidon asiakkaan hyvä ja turvallinen hoito kotona (Andersson ym. 2017). Kotihoidon työntekijöiden koulutus on keskeisessä asemassa, jotta iäkkään avuntarve tunnistettaisiin (Mylläri ym. 2014). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan merkittävimmäksi tekijäksi sairaanhoitajan osaamisen kannalta koettiin aiempi työkokemus. Omaa osaamistaan sairaanhoitajat pystyivät parhaiten kehittämään vaihtamalla tietoa työyhteisössä tai keskustelemalla kollegan kanssa. Koulutusta sen sijaan oli vähäisesti työyksiköissä tarjolla. Hoidon tarpeen arviointia koskevaan koulutukseen oli osallistunut vain pieni osa vastaajista. Tulosten perusteella koulutusta olisi toivottu olevan enemmän.

Aiemman tutkimustiedon mukaan hoidon tarpeen arviointi on perusta laadukkaalle hoitotyölle, ja asianmukaisesti tehtynä se voi parantaa potilasturvallisuutta (Kurniawan – Hariyati 2019), sekä ehkäistä epätarkoituksenmukaisia päivystyskäyntejä (Syväoja -Äijälä 2009: 25–26). Hoidon tarpeen arvioinnin prosessi oli tutkimustulosten perusteella kaikille vastaajille selkeä. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että hoidon tarpeen arvioinnin kotihoidossa pitäisi toteutua säännöllisesti. Asiakkaan vointia tulee arvioida jokaisella käynnillä, jolloin pystytään paremmin reagoimaan voinnin muutoksiin ajoissa. Säännöllisen arvioinnin toteutumiseen vaikutti heikentävästi hoitajien vaihtuvuus ja hoitajien erilaiset näkemykset asioista. Kaikilla vastaajilla oli yhteneväinen näkemys siitä, että arviointia helpottaa, jos hoitaja tuntee asiakkaan ja hänen taustansa.

Kotona asuu entistä huonokuntoisempia asiakkaita, joka ilmenee sekä tämän opinnäytetyön, että aiemman tutkimustulosten perusteella. Kotona asuvien heikentyneen kunnan vuoksi akuuttitilanteet kotona ovat lisääntyneet (Kihlgren ym. 2014), joka edellyttää sairaanhoitajilta osaamista tunnistaa kotona akuutit tilanteet, erottaa hätätilanne ja konsultoitava tilanne toisistaan, sekä osata toimia tilanteessa sen vaatimalla tavalla. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hätätilanteet tunnistettiin hyvin, ja niissä toimiminen oli selkeää.

Tulosten perusteella hoidon tarpeen arvioinnissa korostuu kirjaaminen, tiedonkulku ja konsultointi. Hyvä kirjaaminen koetaan tärkeäksi etenkin niissä tilanteissa, joissa hoitaja ei tunne entuudestaan asiakasta ja hänen taustojaan. Arviointia vaikeuttavan tekijänä tuloksista tuli ilmi puutteelliset kirjaukset, joista ei selviä asiakkaan normaali tilanne ja vointi. Kotiympäristössä ei ole asiakkaan kaikkia tietoja saatavilla, jolloin hyvä tiedonkulku tiimin jäsenten välillä korostuu. Haapamäen ym. (2014) mukaan keskeisessä asemassa on kotihoidolle annettu ohjaus ja konsultaatiomahdollisuus. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoidon tarpeen arviointia ja päätöksentekoa helpottavaksi tekijäksi koettiin hyvät konsultointimahdollisuudet. Vastaajat kokivat saavansa riittävästi tukea päätöksentekoon. Tärkeäksi tekijäksi konsultoinnin sujuvuudessa koettiin lääkäri, joka tuntee asiakkaat. Koronan aiheuttamana poikkeusaikana konsultointi on ollut mahdollista vain puhelimen välityksellä, joka on tehnyt konsultoinnista haastavampaa. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että poikkeusajasta huolimatta lääkärit ovat hyvin tavoitettavissa. Päivystysaikainen konsultointi koettiin haastavaksi, koska päivystävä lääkäri ei tunne asiakasta entuudestaan. Isbar-mallin mukainen raportoinnin tärkeys nousi esille etenkin puhelimen välityksellä tapahtuvassa konsultaatiossa. Tutkimustuloksista ei käynyt ilmi, kuinka systemaattisesti Isbar on käytössä.

Aiemman tutkimustiedon mukaan ikääntyneen hoidon tarpeen arviota voi vaikeuttaa monet eri tekijät, kuten monisairauksista johtuva oireiden runsaus ja moninaisuus, oireiden kertomatta jättäminen tai vähättely, kommunikaatio- ja muistiongelmien, sekä runsas lääkitys (Kelo ym. 2015: 196–197). Samankaltaisia asioita nousi esille tämän opinnäytetyön tuloksista. Tämä edellyttää sairaanhoitajilta hyviä vuorovaikutustaitoja. Asiakkaasta johdettujen tekijöiden lisäksi hoidon tarpeen arviointia ja päätöksentekoa vaikeutti kiire. Myös Vehkon ym. (2017) tutkimuksen tulosten perusteella kotihoidon työntekijät kokivat, etteivät ehdi tekemään työtään kunnolla, tai työ joudutaan tekemään eri tavalla kuin haluaisi.

Päätöksenteon perustana toimii hoidon tarpeen arvioinnilla kerätyt tiedot (Kurniawan – Hariyati 2019). Opinnäytetyön tulosten perusteella päätöksenteko perustuu ensisijaisesti asiakkaan vointiin. Päätöksenteko koetaan helpoksi ja selkeäksi tilanteissa, joissa asiakasta ei hänen vointinsa perusteella voitu jättää kotiin. Päätöksenteossa tulee lisäksi huomioida asiakkaan mielipide ja elämäntilanne (Syväoja – Äijälä 2009). Vastaajien kokemuksen mukaan haasteita päätöksentekoon toi muun muassa asiakkaan hoidosta kieltäytyminen. Aiemman tutkimustiedon mukaan asiakkaan omaisen näkemyksellä on vaikutusta päätöksentekoon (Oikarainen ym. 2018: 41–43). Pääsääntöisesti omaiset koettiin helpottavaksi tekijäksi, koska omaisten tuella oli mahdollista järjestää asiakkaalle seurantaa kotiin, joka vähensi kotihoidon kuormitusta. Joissain tilanteissa omaisen ja asiakkaan mielipiteet hoidon tarpeesta olivat ristiriitaisia, jonka koettiin vaikeuttavan päätöksentekoa. Tulosten perusteella päätöksentekoa helpotti sairaanhoitajan työkokemus ja ammattitaito, sekä riittävä tietopohja päätösten perustelun tueksi. Helpottavaksi tekijäksi koettiin lisäksi mahdollisuudet tukea kotona pärjäämistä muun muassa lisäkäynteillä. Kaikilla vastaajilla oli yhteneväinen näkemys siitä, että asiakas pyritään hoitamaan kotihoidon keinoin niin pitkälle kuin mahdollista.

Tutkimustulosten perusteella kotihoidossa työntekijöiden vaihtuvuus ja kiire on arkipäivää. Työ koettiin sujuvimmaksi silloin, kun vuorossa on kokeneita ja kotihoidon työnkuvan tuntevia hoitajia. Tulosten pohjalta työntekijöiden perehdytyksen ja koulutuksen lisäämiseen ja tehostamiseen tulisi panostaa, jonka lisäksi yksiköissä tulisi olla selkeät ohjeet, jotka helpottaisivat työskentelyä. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota laadukkaaseen kirjaamiseen ja tiedonkulkuun. Kehittämisajatuksina vastaajilta nousi esille erilaisten muistilistojen käyttö akuuttitilanteissa, sekä NEWS-pisteytyksen käyttöönotto kotihoidon yksiköissä arvioinnin ja päätöksenteon tueksi. NEWS- pisteytyksen käyttöönoton koettiin voivan helpottaa hoidon tarpeen arviointia ja tekevän siitä yhdenmukaisempaa. Uusien ohjeiden ja toimintamallien jalkauttamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimusten tuloksista kävi ilmi, että uusista asioista pidetään usein vain tiedotustilaisuus, tai käydään keskustelua yleisellä tasolla, mutta uuden toimintamallin käyttöönottoa ei saateta konkreettisesti loppuun asti.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset lähtökohdat ohjaavat koko tutkimusta aiheen valinnasta tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen asti (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 227). Tutkimusaiheen valinta on tutkimuksen tekijän eettinen ratkaisu, ja aiheen

merkitystä on pohdittava sekä yhteiskunnallisesti, että sen kannalta, miten se vaikuttaa osallistujiin. Tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana tulee olla sen hyödyllisyys. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218.) Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaation toiminnan kehittämisessä.

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen (TENK 2012: 7). Tutkimuslupa haettiin sähköisesti kohdeorganisaation ohjeiden mukaisesti, ja se myönnettiin tammikuussa 2021. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tässä opinnäytetyössä tarvittu, koska tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan.

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa peruslähtökohtana on tutkittavien henkilöiden luottamus tutkijoihin ja tieteeseen, joka säilytetään kunnioittamalla tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa ja oikeuksia (TENK 2019). Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen, joka tarkoittaa, että tutkittavien tulee tietää tarkalleen tutkimuksen luonne. Tutkittavien tulee tietää, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä ja keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen. Tutkittaville tulee myös antaa tieto aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 219.) Tähän perustuen tutkimukseen osallistuvia informoitiin näistä seikoista tutkimustiedotteessa (Liite 2), joka lähetettiin jokaiselle osallistujalle sähköpostin liitteenä. Osallistujien kanssa käytiin haastattelutilanteessa suullisesti läpi tutkimuksen tarkoitus ja sen menetelmät, sekä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Liite 3).

Yhteydenpito osallistujien kanssa toteutui sähköpostin välityksellä. Osallistujien sähköpostiosoitteista muodostui henkilöresteri. Henkilötietojen käsittelyssä noudatettiin yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) periaatteita. Tutkimusrekisterin tietosuojaseloste annettiin tiedoksi kaikille osallistujille kirjallisena (Liite 4).

Anonymiteetin säilyminen on keskeinen seikka tutkimuksen eettisyydessä. Tämä tarkoittaa, että aineisto säilytetään siten, ettei se päädy tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Aineiston ollessa pieni, voidaan tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti turvata ilmoittamalla heidän taustatietonsa keskiarvoina. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 221.) Tässä tutkimuksessa kerättiin taustatietoja vain aiemman työkokemuksen osalta, ja tieto ilmoitettiin keskimääräisinä työvuosina. Tutkimus tuotti aineistoa haastattelujen nauhoitusten muodossa. Tutkimuksessa kerätty aineisto, sekä vastaajien sähkö-

postiosoitteista muodostunut henkilörekisteri oli ainoastaan tutkimuksen tekijän käytössä. Aineistoa säilytettiin tutkimuksen ajan salasanalla suojatulla tietokoneella, joka oli tutkimuksen tekijän henkilökohtaisessa käytössä. Haastattelujen nauhoitteet poistettiin, ja tekstitiedostot hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua päällekirjoittamalla tiedostot ja poistamalla päällekirjoittamisen jälkeen. Vastaajien kanssa käydyt sähköpostikeskustelut poistettiin heti haastattelujen jälkeen, ja sähköpostiyhteystiedot poistettiin sähköpostin osoitekirjasta.

Opinnäytetyö suunniteltiin ja toteutettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimustulosten raportoinnissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, ja tutkimuksessa käytettiin tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, sekä kunnioitettiin muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitattiin heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. (TENK 2012: 7) Opinnäytetyön alkuperä tarkistettiin Turnitin-järjestelmällä.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteistä ohjetta. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen johdonmukaisuus korostuu. Luotettavuutta lisää, kun tutkimusprosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti jokaisessa vaiheessa (Tuomi - Sarajärvi 2013: 140.), ja kun kaikki tutkimuksen eri vaiheissa tehdyt ratkaisut on hyvin perusteltu. Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisen luotettavuuden saavuttaminen on lähes mahdotonta, ja luotettavuus perustuu tutkijan arvioinnin ja näytön varaan. Tiedonkeruu-, analysointi- ja tulkintamenetelmien valintojen syyt ja perustelut kirjataan, joka mahdollistaa koko työn arvioitavuuden. (Kananen 2014: 146–147, 151.)

Yleisimpiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä on uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197). Uskottavuus edellyttää, että tutkimustulokset ja analyysi on kuvattu selkeästi ja ymmärrettävästi. Aineiston kuvaamisen tukena on hyvä käyttää taulukointeja ja liitteitä, joista ilmenee analyysin eteneminen aina alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.) Tutkimuksen raportti pyrittiin kirjoittamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja kuvaamalla jokainen tutkimuksen vaihe tarkasti. Taulukoita, kuvia ja suoria lainauksia käytettiin kuvauksen tukena ja selkeyttämään analyysin etenemistä vaihe vaiheelta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyys edellyttää huolellista tutkimusympäristön kuvausta, osallistujien valinnan selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin etenemisen yksityiskohtaista kuvausta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.) Vahvistettavuus on yksinkertaisinta todentaa luetuttamalla valmis aineisto sen antaneella henkilöllä, eli tässä tapauksessa haastateltavalla. Alkuperäinen tutkimusaineisto tulee säilyttää, jotta voidaan todentaa tulosten luotettavuus ja aineiston aitous. (Kananen 2014: 151.) Aineisto säilytetään, kunnes tutkimus on valmis ja julkaistu Theseuksessa. Tämän jälkeen se hävitetään asianmukaisella tavalla.

Aineiston keruumenetelmänä haastattelu voi aiheuttaa luotettavuusongelmia tutkimukselle, koska haastattelut ovat aikaa vieviä ja työläitä, joka saattaa rajoittaa aineiston kokoa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 126). Tässä opinnäytetyössä haastattelujen rekrytointi osoittautui haasteelliseksi, ja otos jäi suunniteltua pienemmäksi. Haastattelut tuottivat aineistoa hyvin, mutta saturaatiopistettä ei haastatteluissa saavutettu, mikä vaikuttaa heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuutta voi heikentää lisäksi se, että opinnäytetyön tekijä on itse työskennellyt kotihoidossa sairaanhoitajana. Haastatteluissa pyrittiin olemaan objektiivinen, sekä olemaan ohjaamatta vastauksia haluttuun suuntaan.

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa myös sen laatu. Laatua voidaan ennakoon tavoitella suunnittelemalla hyvä haastattelurunko, ja miettimällä miten teemoja voidaan syventää esimerkiksi tarvittavilla lisäkysymyksillä. Tutkimuksen teemahaastattelurunko muodostettiin tutkimuksen teoreettista viitekehystä hyödyntäen, ja haastattelurunko testattiin ennen varsinaisia haastatteluja tekemällä koehaastattelu. Haastattelun aikana laatua parantaa teknisen välineistön, kuten nauhoitusvälineen, toimivuus. Laatua parantaa myös aineiston mahdollisimman nopea litterointi. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 184–185.) Haastatteluiden nauhoitukseen käytettiin puhelimesta löytyvää nauhoitussovellusta, sekä digitaalista nauhuria. Käyttämällä useampaa eri nauhuria varmistettiin haastattelun tallentuminen, jos toinen laitteista hajoaisi kesken nauhoituksen. Nauhoitukset purettiin heti haastatteluiden jälkeen, jotta haastattelutapahtuma oli tuoreessa muistissa.

Laadullisilla menetelmillä tehtyä tutkimusta voidaan arvioida myös seuraavin kriteerein, jotka Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan perustuu Polit ja Hunglerin (1999) sekä Veh-

viläinen-Julkunen ja Paunosen (1998) kirjallisuuteen. Kriteerien mukaisesti tutkimusprosessi tulee kuvata niin selkeästi, että sen perusteella lukija saa muodostettua kokonaiskuvan. Tämä edellyttää, että raportti on hyvin jäsennelty ja pysyy varsinaisessa aiheessa, lähteiden käyttö on sujuvaa, sekä tutkimuksen tavoite ja tarkoitus tulevat selkeästi ilmi. Tutkimuksen tulee olla hyvien tutkimuskäytänteiden mukainen ja tutkimusmenetelmän tutkimukseen soveltuva. Laadulliselta tutkimukselta edellytetään myös analyyttistä tarkkuutta, joka edellyttää sitä, että tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen, analyysissä luodut teemat ovat johdonmukaisia ja johtopäätökset perustuvat tutkimusaineistoon. Tutkimustulosten tulee olla selkeästi ilmaistu ja loogisia aineistoon nähden. (Tuomi – Sarajarvi 2018: 185–186.) Analyysin luotettavuuteen pyrittiin tutustumalla aineistoon mahdollisimman syvällisesti, ja palaamalla siihen analyysivaiheen aikana useaan otteeseen. Tutkimustulokset raportoitiin mahdollisimman selkeästi ja yksityiskohtaisesti, ja raportoinnin tukena käytettiin taulukoita, kuvioita ja suoria lainauksia haastatteluaineistosta.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Hoidon tarpeen arviointi ja päätöksenteko kotihoidossa koetaan haastavaksi. Kotihoidon sairaanhoitajilta edellytetään laaja-alaista hoitotyön kokemusta ja osaamista, sekä itse näistä päätöksentekokykyä. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa akuuttitilanteet ja pystyä reagoimaan niihin tilanteen vaatimalla tavalla. Kotihoidossa korostuu säännöllisen arvioinnin merkitys. Säännöllisen arvioinnin toteutuessa asiakkaan voinnin muutokset voidaan havaita ajoissa, ja ajoissa reagoimalla mahdollisesti välttää epätarkoituksenmukaiset päivystyskäynnit ja sairaalajakso. Hoitajien vaihtuvuudesta johtuen kirjaamisen tulisi olla laadukasta ja selkeää.

Työntekijöiden perehdytykseen ja koulutukseen tulisi panostaa, jotta hoidon tarpeen arviointi ja laadukas kirjaaminen toteutuisi systemaattisesti ja toiminta olisi yhtenäisempää. Yksiköissä tulisi olla selkeät ohjeet hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen ja päätöksenteon tueksi.

Tutkimustulosten perusteella ehdottaisin jatkotutkimusaiheeksi kotihoidon henkilöstön koulutustarpeiden kartoittamista. Lisäksi vastaava tutkimus olisi hyvä toteuttaa kotihoidon lähihoitajille, jotta saataisiin tietoa hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisesta ilta-aikana ja viikonloppuisin, jolloin muun muassa konsultointimahdollisuudet on virka-aikaan verrattuna heikommalla.

Lähteet

Alastalo Hanna - Vainio Suvi - Kehusmaa Sari 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/TUTI2017_18_Kotihoidon%20asiakasmäärät%20kasvussa%20henkilöstön%20määrän%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20perässä_päivitetty.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 30.11.2020)

Andersson, Henrik – Lindholm, Maria – Pettersson, Margareta – Jonasson, Lise-Lotte 2017. Nurses' competences in home healthcare: an interview study. BMC Nursing 16: 65.

Björck, Maria – Wijk, Helle 2018. Is hospitalisation necessary? A survey of frail older persons with cognitive impairment transferred from nursing homes to the emergency department. Scandinavian Journal of Caring Sciences 32, 1138-1147.

Dwyer, Rosamond – Gabbe, Belinda – Stoelwinder, Johannes – Lowthian, Judy 2014. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age and Ageing 43: 759-766.

Ellenbecker, Carol – Samia, Linda – Cushman, Margaret – Alster, Kristine 2008. Patient safety and quality in home health care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2631/> (Viitattu 11.12.2020)

Haapamäki, Eija – Huhtala, Heini – Löfgren, Tuuli – Mylläri, Elina – Seinelä, Lauri – Valvanne, Jaakko 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 3. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hoidon tarpeen arviointi. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi (Viitattu 16.9.2020)

Ikonen, Eija-Riitta 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.

Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Suomen Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset-vaikuttavuus-ja-rahoitus> (Viitattu 29.9.2020)

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 41. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 16.9.2020)

Kehusmaa Sari - Alastalo Hanna - Hammar Teija - Luoma Minna-Liisa 2018. Kolmasosa vanhuspalvelujen henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa – asiakkaista kotihoitossa on yli puolet. Tutkimuksesta tiiviisti 39. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137219/URN_ISBN_978-952-343-232-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 26.11.2020)

Kelo, Sini – Launiemi, Helena – Takaluoma, Matleena – Tiittanen, Hannele 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki Sanoma Pro Oy.

Kihlgren, Annica – Sunvisson, Helena – Ziegert, Kristina – Mamhidir, Anna-Greta 2014. Referrals to Emergency Departments – The processes and factors that influence decision-making among community nurses. Open Journal of Nursing 4, 366-374.

Kihlgren, Annica – Wimo, Anders – Mamhidir, Anna-Greta 2014. Older patients referred by community nurses to emergency departments -a descriptive cross-sectional follow-up study in a Swedish context. Scandinavian Journal of Caring Science 28: 97-103.

Kirsebom, Marie – Hedström, Mariann – Wadensten, Barbro – Pöder, Ulrika 2013. The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. Archives of Gerontology and Geriatrics 58, 115-120.

Kurniawan, Moh Heri – Hariyati, Rr Tutik Sri 2019. Patient assessment responses in nursing practise to enhance patient safety: A systematic review. Enfermeria Clinica 29 (S2): 459–463.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf (Viitattu 16.9.2020)

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Levine, David M. – Ouchi, Kei – Blanchfiel, Bonnie – Diamond, Keren – Licurse, Adam – Pu, Charles T. – Schnipper, Jeffrey L. 2018. Hospital-level care at home for acutely ill adults: a pilot randomized controlled trial. Journal of General Internal Medicine 33, 729-733.

Malmström, Tomi – Hörhammer, Iiris – Peltokorpi, Antti – Linna, Miika – Koivuranta-Vaara, Päivi – Mikkola, Teija 2017. Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta – ikääntyneet potilaat. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 8. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Misch, Franziska – Messmer, Anna Sarah – Nickel, Christian Hans – Gukan, Madleina – Graber, Andreas – Blume, Katharina – Bingisser, Roland 2014. Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints.

Mylläri, Elina – Kirsi, Tapio – Valvanne, Jaakko 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 2. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Oikarainen, Ashlee – Siltanen, Hannele – Korhonen, Anne – Holopainen, Arja 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Hotus.

Pulst, Alexandra – Fassmer, Alexander – Hoffman, Falk – Schmiemann, Guido 2020. Paramedics' perspectives on the hospital transfers of nursing home residents -A qualitative focus group study. International Journal of Environmental Research and Public Health 17(11), 3778.

Pöyhiä, Reino - Güldogan, Eeva – Vanhanen, Aija (toim.) 2018. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saukkonen, Sanna-Mari – Mölläri, Kaisa – Mäkelä, Matti – Kehusmaa, Sari 2020. Kotihoito 2019. THL-Tilastoraportti 34/2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140545/TR_34_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y (Viitattu 9.11.2020)

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135959/URN_ISBN_978-952-302-970-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 25.11.2020)

Syväoja, Pirjo – Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Viitattu 24.9.2020)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf (Viitattu 24.9.2020)

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583> (Viitattu 22.11.2020)

Vehko, Tuulikki - Sinervo, Timo - Josefsson, Kim 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa -kotihoitoon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Viitattu 30.11.2020)

Teemahaastattelulomake**Taustatiedot:**

- Kuinka kauan olet työskennellyt kotihoidossa sairaanhoitajana?

Hoidon tarpeen arviointi

- Kuvaa minkälaisia akuuttitilanteita olet kohdannut kotihoidossa
- Kuvaa miten koet hoidon tarpeen arvioinnin toteutuvan kotihoidon ympäristössä
 - Kuvaa mitkä asiat vaikeuttavat hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä
 - Kuvaa mitkä asiat helpottavat hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä
 - Kuvaa minkälaisia välineitä sinulla on hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen
- Kuvaa minkälaista koulutusta tai ohjausta olet saanut hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen

Päätöksenteko hoitoonohjauksessa

- Kuvaa mitkä asiat vaikuttavat kotihoidon asiakkaan hoitoonohjauksessa
- Kuvaa millaisina koet konsultointimahdollisuudet asiakkaiden tilan muuttuessa
- Kuvaa millaisilla keinoilla asiakkaan kotona pärjäämistä voidaan tukea tai vahvistaa, jos päädytään jättämään asiakas kotiin
- Kuvaa minkälaisia ohjeita yksikössänne on asiakkaan hoitoonohjauksesta

Tiedote tutkimuksesta

Kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arviosta ja päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arviosta ja päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä kotihoidossa. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska toimitte sairaanhoitajana kotihoidossa ja kohtaatte työssänne akuutisti sairastuneita asiakkaita. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Pereköyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta toimintaan työssänne. Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeyttätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa. Tutkimuksen ollessa valmis haastattelumateriaali tuhotaan. Tutkimuksessa kerättyä aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja anonymisti.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvion toteutumisesta, sekä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa kokemuksista kehittämistyön perustaksi.

Tutkimuksen toteuttajat

Tämä tutkimus toteutetaan YAMK-opinnäytetyönä, jonka toteuttaa sairaanhoitaja ja YAMK-opiskelija Tiia Pennanen. Opinnäytetyön ohjaavana opettajan toimii lehtori, FT Eila-Sisko Korhonen. Työelämäohjaajana toimii [REDACTED]

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluina, jotka nauhoitetaan. Haastatteluun tulisi varata aikaa 1–2 tuntia. Tutkimushaastattelut suoritetaan teidän työpaikallanne, työajan puitteissa, josta sovitaan etukäteen yksikkönne esimiehen kanssa.

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tämä tutkimus on opinnäytetyö, joka julkaistaan avoimesti Theseus-tietokannassa.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle. Osallistumisesta tutkimukseen ilmoitetaan opinnäytetyön tekijälle Tiia Pennaselle sähköpostilla.

Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija / opinnäytetyötekijä

Nimi: Tiia Pennanen

Puh. [REDACTED]

Sähköposti: [REDACTED]

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja

Titteli: lehtori, FT

Nimi: Eila-Sisko Korhonen

Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy

Puh. [REDACTED]

Sähköposti: [REDACTED]

Tutkimukseen suostumus

Tutkimuksen nimi: Kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arviosta ja päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa

Tutkimuksen toteuttaja: Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy, sairaanhoitaja ja YAMK-opiskelija Tiia Pennanen, ohjaava opettaja, lehtori, FT Eila-Sisko Korhonen

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvion toteutumisesta, sekä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä hoitoonohjauksessa.

Olen saanut tiedotteen tutkimuksesta ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimuksen tietosuojaselosteeseen.

Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Paikka _____,

pvm _____._____._____

Allekirjoitus:

Nimenselvennys:

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoa, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla korkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. korkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä).

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on:

Opinnäytetyöntekijä

☐

Voitte kysyä lisätietoja henkilötietojenne käsittelystä rekisterinpitäjän yhteyshenkilöltä

Rekisterinpitäjän yhteyshenkilön nimi: Tiia Pennanen

Organisaatio: Opinnäytetyöntekijä

Puh. [REDACTED]

Sähköposti: [REDACTED]

Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Tutkimusta varten kerätyt henkilötiedot ovat sähköpostiosoite ja haastatteluista syntyvät nauhoitteet, sekä allekirjoitus tutkimukseen suostumus -lomakkeessa.

Teillä ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietojanne vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksessa kerätään henkilötietojanne myös seuraavista lähteistä

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

Henkilötietojenne suojausperiaatteet

Tutkimuksessa käytetään työnantajaorganisaation sähköpostijärjestelmää haastattelukutsujen lähettämiseen. Sähköpostilista, sekä haastatteluissa syntyneet nauhoitteet säilytetään henkilökohtaisessa, salasanalla suojatussa tietokoneessa.

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Sähköpostiosoitteiden keräämisen tarkoitus on opinnäytetyöntekijän ja tutkimukseen osallistuvien välinen yhteydenpito.

Haastatteluista syntyviä nauhoitteita hyödynnetään opinnäytetyön raportin kirjoittamisessa.

Henkilötietojenne käsittelyperuste

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste on suostumus tutkimukseen.

Tutkimuksen kesto aika (henkilötietojenne käsittelyaika)

1.12.2020-31.12.2021

Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Henkilötiedot hävitetään tutkimuksen valmistuttua päällekirjoittamalla tiedostot ja poistamalla sen jälkeen.

Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Henkilötietoja ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolelle.

Henkilötietojenne mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tietojanne ei siirretä EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle.

Rekisteröitynä teillä on oikeus

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

- saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä
- tarkastaa itseänne koskevat tiedot
- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilötietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon

Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoidaessa

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lain-säädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkittavalle annetaan tunnus-koodi ja häntä koskevat tiedot säilytetään koodattuina tutkimusaineistossa. Ai-neisto analysoidaan koodattuna ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttä-vät tutkimuksen tekijät tutkimuksen valmistumiseen asti, eikä tietoja anneta tut-kimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimusaineistoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä nauhoitteita säilytetään salasanalla suojatulla, henkilökohtaisella tietokoneella kunnes tutkimus on val-mistunut ja julkaistu Theseuksessa. Tämän jälkeen tiedostot päällekirjoitetaan, ja sen jälkeen poistetaan.

Tutkimuksessa kerättyjä tietoja ei käytetä myöhemmin opinnäytetöissä tai muissa tutkimuksissa

