

Kotiutushoitajan tehtäväkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit

Vantaan kaupungin kotihoidossa

Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikääntyvien ja pitkäaikaispotilaiden hoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö: Kotiutushoitajan tehtävänkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa

Tekijä: Pia Leppänen
Aika: Kevät 2006
Sivumäärä: 46 + liitteitä 5

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vantaan kaupungin kotihoidon kotiutushoitajien tehtävän sisältöä ja luoda hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitoon. Opinnäytetyö toteutettiin työyhteisön kehittämishankkeena.

Tutkimus- ja kehittämistyön tavoitteena oli kehittää kotiutushoitajatoimintaa Vantaan kaupungin kotihoidossa seuraavia tutkimustehtäviä apuna käyttäen: kuvaamalla, mitä kotiutushoitajan tehtävänkuvaan kuuluu ja miten se näkyy käytännön työssä, selvittämällä, mitkä ovat kotiutushoitajan keskeisimmät tehtävät, tuottamalla hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitoon ja kartoittamalla, miten kotiutushoitajan tehtävänkuvaa tulisi muuttaa, jotta se täyttäisi hyvän kotiutuksen kriteerit.

Tutkimus- ja kehittämistyö toteutettiin osallistavaa toimintatutkimusta soveltaen. Lähtökohtana oli kotiutushoitajatoiminnan alkaminen Vantaan kaupungin kotihoidossa syksyllä 2004, joten kyseessä oli uuden toiminnan tutkiminen ja kehittäminen. Aineisto kerättiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin kolme avointa kysymystä sisältävällä lomakkeella, joihin pyydettiin kotiutushoitajapareja vastaamaan kirjoittamalla vastaukset esseemuotoon ja toisessa vaiheessa aineisto kerättiin haastattelemalla esseisiin vastanneita kotiutushoitajia. Molemmat aineistot käsiteltiin sisällön erittelyä apuna käyttäen. Tulokset ovat kuvattu niillä käsitteillä, joita kotiutushoitajat ovat tuoneet ilmi.

Kotiutushoitajien mukaan kotiutushoitajan tehtäväkuvaan kuuluu toimia yhteyshoitajana kotiuttavan hoitopaikan ja kotihoidon välillä ja osallistua hoitokokouksiin varsinkin vaativissa kotiutuksissa tai jos kyseessä on oman solun asiakas. Kotiutushoitajan olisi hyvä tehdä alustava hoitosuunnitelma kotiutuvasta asiakkaasta. Kotiutushoitaja toimii yhteistyössä oman alueensa kotihoidon henkilökunnan, VERPAn (vanhustenhuollon erityispalvelut), alueen sosiaalityöntekijän ja tukipalveluista vastaavien kanssa. Lisäksi hän opastaa ja neuvoo asiakkaita ja yhteistyökumppaneita kotihoidon palveluiden suhteen. Hänen toiminnassaan korostuu asiantuntijuus. Kotiutushoitajien mukaan asiakkaan onnistuneeseen kotiutukseen kuuluivat seuraavat kriteerit: asiakaslähtöisyyden kunnioittaminen, yhteistyö ja yhteydenpito omaisiin ja kotiuttavaan hoitopaikkaan, kotiutuksen valmistelu ja koordinointi, kotiutumisen tiedottaminen, hoitoneuvotteluiden koordinointi ja järjestäminen, tarvittavien tukipalveluiden tilaaminen ja asiakkaan hoidon arviointi. Hyvän kotiutuksen kriteerit liittyivät sekä kotiuttavaan hoitopaikkaan että kotihoitoon. Kotiutushoitajat ehdottivat seuraavia muutoksia nykyiseen kotiutushoitajatoimintaan: toiminnan uudelleen järjestäminen siten, että kotiutushoitajalle perustettaisiin oma toimi joko sairaalaan tai kotihoitoon. Lisäksi toivottiin toiminnan yhtenäistämistä ja yhteistyön tiivistämistä kotihoidon ja sairaalan kesken.

Jatkokehittämishaasteena on kehittää vastuuhoidajatoimintaa ja kirjaamista Vantaan kaupungin kotihoidossa. Tärkeää on myös arvioida hyvän kotiutuksen kriteerien toteutumista sekä kotiutuvien että kotihoidon hoitajien kokemana.

Asiasanat: kotiutus, kotiuttaminen, kotihoito, kriteerit, osallistava toimintatutkimus

Helsinki Polytechnic
Health Care and Social Services
Professional Master's degree for Health Care
Postgraduate Degree Programme in the Care of Chronic and Geriatric Patients

Thesis: Job Description of a Discharging Nurse and the Criteria for a Good Discharge from Hospital in Home Care of the City of Vantaa

Author: Pia Leppänen
Date: Spring 2006
Pages: 46 + appendix 5

The purpose of this thesis was to study the job contents of the discharging nurses of the home care and to create the criteria for a good discharge from hospital for the home care of the city of Vantaa. The thesis was carried out as a work community development project.

The aim of this thesis was to develop the discharging nurse operation in the home care of the city of Vantaa following ways: to analyze the main duties of the discharging nurse and how these duties can be observed in her practical work, to create the criteria for a good discharge for the home care of city of Vantaa and to clear up how the job description of the discharging nurse should change that it would fill up the criteria of a good discharging.

The method used in this study was applied participatory action research. The basis was the launching of the discharging nurse operation in the home care of the city of Vantaa in autumn 2004 - thus the task was to study and develop a new activity. The data was collected in two phases. In the first phase three open questions were presented to discharging nurse pairs, and in the second phase discharging nurses who had answered the essay questions were interviewed. Both sets of data were analyzed by using a specification of the content. The results have been described using the terms expressed by the discharging nurses.

According to the discharging nurses, their job description includes working as a liaison nurse and participating in treatment meetings, especially in complicated discharges or if a patient of the nurse's own cell is involved. It would be beneficial that the discharging nurse makes a preliminary treatment plan for the patients to be discharged. The discharging nurse cooperates with home care personnel in her own area, VERPA (special services for elderly people), the area social worker and those responsible for support services. Additionally, she gives advice and guidance regarding the services of home care to patients and cooperation partners. In her professional activities expertise is emphasized. The discharging nurses emphasized the following criteria contributing to a successful discharge: patient-oriented approach, cooperation and communication with patient family and discharging instance, preparation and coordination of the discharge, discharging information, coordination and arranging of treatment meetings, ordering of support services, and evaluation of the patient's care. The criteria for a successful discharge are associated with the discharging instance and home care.

The discharging nurses proposed following changes to the current discharging nurse operation: reorganizing the activity so that a specific position would be established for the discharging nurse in either the hospital or home care. Furthermore, harmonization of the activity and enhancing cooperation between home care and the hospital were suggested. A challenge for the future development is to develop primary nursing and treatment plans. Also, further research is needed on home care personnel regarding whether the criteria for a successful discharge are materialized in home care and, of course, with patients and their family.

Keywords: discharge, home care, criteria, participatory action research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KOTIUTUSHOITAJATOIMINTA JA KOTIHOITO	7
2.1 KOTIUTUSPROSESSI	7
2.2 KOTIUTUSHOITAJATOIMINTA	8
2.3 KOTIUTUSHOITAJATOIMINTA VANTAAN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA	9
2.4 KOTIHOITO VANTAAN KAUPUNGISSA	11
3 POTILAIDEN, OMAISTEN JA HOITAJIEN KOKEMUKSIA KOTIUTTAMISESTA	11
3.1 KOTIUTTAMINEN POTILAAN JA OMAISEN KOKEMANA	11
3.2 KOTIUTTAMINEN HOITAJIEN KOKEMANA	15
3.3 YHTEENVETO AIKAISEMISTA TUTKIMUKSISTA	19
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
5 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS JA TULOKSET	21
5.1 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN ENSIMMÄINEN VAIHE	21
5.1.1 Aineiston hankinta	22
5.1.2 Aineiston analyysi	23
5.1.3 Ensimmäisen vaiheen tulokset	24
5.2 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TOINEN VAIHE	27
5.2.1 Aineiston hankinta	28
5.2.2 Aineiston analyysi	28
5.2.3 Toisen vaiheen tulokset	29
5.3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI	36
5.4 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN EETTISET KYSYMYKSET	36
6 POHDINTA	37
6.1 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS	37
6.2 TULOSTEN TARKASTELU	39
6.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMISAIHEET	41
LÄHTEET	43

Liitteet:

Liite 1. Kotiutushoitajan tehtäväkuvaus

Liite 2. Saatekirje ja esseen kirjoittamisohje

Liite 3. Suostumiskaavake

Liite 4. Esseen kirjoittamista ohjaavat kysymykset

Liite 5. Toisen vaiheen aineiston hankinnan haastattelujen runko.

1 JOHDANTO

Toimivan hoito- ja palvelukokonaisuuden järjestäminen iäkkään ja huonokuntoisen potilaan kotona selviytymisen takeeksi on haastava ja vaativa tehtävä, sillä sairaalahoidon lyhentyessä potilaat kotiutetaan yhä nopeammin. Tällöin kotiutuksen hyvä suunnittelu ja toteutus ovat tärkeitä, jotta potilas selviäisi kotonaan ja tuntisi olonsa turvalliseksi. Yhtenä keinona ikääntyneen kotiutuksen tehostamiseksi on kotiutushoitajatoiminta, jonka keskeisenä tehtävänä on suunnitella ja koordinoida asiakkaan sairaalasta kotiutuminen. Toiminnan tavoitteena on luoda asiakkaalle hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle sekä mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja turvallisesti. (Gardner, Arve & Kiviniemi 2002; Koponen 2003; Luhtasaari & Laaksonen 2004.)

Potilaan itsensä on hyvä osallistua kotiutuksen suunnitteluun jo alkuvaiheessa, jotta kaikille osapuolille muodostuu totuudenmukainen kuva sairaalajakson pituudesta, hoidosta ja hoitajakson tavoitteista. Saadessaan riittävästi tietoa sairaudesta ja hoidostaan potilas pystyy sitoutumaan hoitoonsa paremmin. Riittävän ajoissa aloitettu potilaan valmistelu tulevaan kotiutukseen on tae onnistuneelle kotiutukselle sairaalasta kotiin. Jotta jatkohoito kotona onnistuisi, on tärkeää ottaa alusta saakka potilaan omat näkemykset selviytymisestään kotona huomioon sekä selvittää ja ratkaista mahdolliset sitä estävät tekijät. (Gardner, Arve & Kiviniemi 2002; Koponen 2003; Laapotti-Salo & Routasalo 2004; Luhtasaari & Laaksonen 2004; Naylor, Stephens, Bowles & Bixby 2005.)

Vantaan kaupungin kotihoidossa alkoi syksyllä 2004 toimia joka palvelualueella (Hakunila, Korso-Koivukylä, Martinlaakso, Myyrmäki ja Tikkurila) kotiutushoitaja ja hänelle varalla oleva kotiutushoitaja. Tällä toiminnalla pyritään tehokkaaseen ja turvalliseen kotiutukseen. Interventio, varhaisessa vaiheessa aloitettu kotiutussuunnitelma ja intensiivinen seuranta kotiutuksen jälkeen vähentävät asiakkaan sairaudesta johtuvia sairaalaan takaisin joutumiskertoja ja pidentävät kotona olo aikaa ennen ensimmäistä sairaalaan takaisin joutumista. Kotiutushoitajatoiminta on suunnattu erityisesti ns. vaativiin kotiutuksiin. Tämä tarkoittaa sitä, että kyseessä ovat sellaiset asiakkaat, joiden kotiutukseen liittyy joitain ongelmia esim. miten hän todellisuudessa tulee pärjäämään kotona kotihoidon turvin sairauksiensa ja/tai huonon toimintakykynsä johdosta. (Räihä 2000.)

Kotiutushoitajan toiminta on verrattain uutta Vantaan kaupungissa, mutta jo nyt lyhyen toimintansa aikana se on selvästi lisännyt kotiutuksen suunnittelua sekä lähettävän

hoitopaikan että kotihoidon välillä. Kotiutushoitajien tilastojen mukaan vuonna 2005 on kotiutushoitajien kautta kotiutettu Vantaan kaupungin kotihoitoon 758 asiakasta, mukana on sekä uusia että vanhoja asiakkaita. Yhteydenottoja sairaaloista, omaisilta ja muista hoitopaikoista on ollut paljon enemmän, yhteensä 1016 vuonna 2005. Tärkeää on siis kotiutushoitajatoiminnan tutkiminen ja kehittäminen, jotta kotiutukset voidaan tehdä turvallisesti ja asiakaslähtöisesti. (Vantaan kaupunki 2006.)

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tavoitteena on kehittää kotiutushoitajatoimintaa Vantaan kaupungin kotihoidossa. Tutkimus- ja kehittämistyö koostuu kahdesta vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena on kuvata Vantaan kaupungin kotihoidon kotiutushoitajan tehtäväkuvaa heidän kirjoittamiensa esseitten pohjalta. Tehtävänä on laatia Vantaan kaupungin kotiutushoitajille yhtenäinen ja selkeä kuva kotiutushoitajan tehtäväkuvasta, jota apuna käyttäen kotiutukset voidaan tehdä turvallisesti ja asiakaslähtöisesti. Toisessa vaiheessa tehtävänä on tuottaa hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kotihoitoon yhdessä tutkimukseen osallistuvien kotiutushoitajien kanssa.

2 KOTIUTUSHOITAJATOIMINTA JA KOTIHOITO

2.1 Kotiutusprosessi

Kotiutusprosessilla tarkoitetaan ajanjaksoa, jonka aikana potilasta tuetaan kotiutumaan (Garner, Arve & Kiviniemi 2002). Kotiutusprosessiin kuuluvat seuraavat vaiheet:

1. Päätös sairaalaan lähtemisestä, jolloin jo aletaan suunnitella kotiinpäluuta
2. Alkukartoitus sairaalaan saavuttaessa
3. Yhteydenotto kotihoidon ja sairaalan välillä
4. Tavoitteiden asettaminen kotiutumiseksi
5. Hoito ja kuntoutus sairaalassa
6. Kotona tai muussa vastaavassa paikassa selviytymisen arviointi
7. Hoidon jatkuvuuden varmentaminen
8. Kotiutuminen
9. Potilaan hyvinvoinnin ja kotona selviytymisen arviointi ja seuranta

Vaiheet kulkevat yksilöllisessä järjestyksessä kunkin potilaan kotiutumisessa. Myös potilaan kuntoutumisprosessi kulkee rinnan kotiutusprosessin kanssa. (Heiskanen ym. 2003.) Vanhuksen kotiuttaminen on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat mahdollisuuksien mukaan vanhuksen ja hänen omaisensa lisäksi myös kotiuttavan hoitopaikan henkilökunta, kotihoidon henkilökunta, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Tässä yhteistyössä vanhuksen omaisilla ja muilla läheisillä on keskeinen rooli vanhuksen hoidon jatkuvuuden tukijoina kotona. (Linnosaari 2001.)

Tutkimuksia liittyen potilaan kotiuttamiseen on tehty paljon. Kotiutua käsitettä käytetään silloin, kun tutkitaan asiaa potilaan näkökulmasta, hänen kokemuksenaan (Piirainen 1996; Linnosaari 2001; Laapotti-Salo & Routasalo 2004; Markkanen 2004; Naylor 2005). Kun taas käsitettä kotiuttaa käytetään silloin, kun asiaa on tutkittu hoitohenkilökunnan toimintana (Eskola & Vasko 1998; Pöyry 1999; Gardner ym. 2002; Salomaa 2004; Grönroos & Perälä 2005). Potilaan kotiutumista ja sen onnistuneisuutta on myös arvioitu sekä potilaan, omaisen että hoitohenkilökunnan kannalta (Koponen 2003).

Potilaiden kotiuttamiskäytäntöjä on myös tutkittu. Rissanen ja Noro (1999) ovat tutkineet kotiuttamiskäytäntöjä/hoitoketjuja rekisteripohjaisena analyysina aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaiden avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää eri kuntien ja organisaatioiden hoito- ja kotiuttamiskäytäntöjä sekä mahdollisia eroja niissä ja selvittää mistä nämä erot voisivat johtua. Tulokseksi tuli, että eroja eri kuntien välillä on mm.

potilaan kotona selviytymisessä, sairaalahoidon uusiutumisriskissä ja kustannuksissa. Kunnan palvelurakenteen avohoitopainotteisuus oli yhteydessä korkeampaan uusinta-hoitoon ehkä siksi, että avohoitoon painottuneissa järjestelmissä potilaat käyttivät suunnitellusti enemmän erilaisia vuodeosastohoidon intervallijaksoja.

Fortinsky (2002) tutki potilaiden kotona pysymistä kotiutuksen jälkeen. Erityisesti sitä, että oliko tehostetulla kotihoidolla ja tavallisella kotihoidolla vaikutuksia potilaan kotona pysymiseen sairaalasta paluun jälkeen. Tutkimusmenetelmänä hänellä oli vertaisryhmäarviointi, jossa tehostetussa kotihoidossa oli 712 osallistujaa ja tavallisessa kotihoidossa 691 osallistujaa. Tulokseksi hän sai, että tehostetussa kotihoidossa potilaat pysyivät pidempään kotona kotiuttamisen jälkeen ja joutuivat käymään harvemmin sairaalassa, paitsi suunnitelluissa kontroleissa. Myös itse kotihoidon jakso oli lyhyempi tehostetussa kotihoidossa. Potilaiden kotona pärjääminen ja liikkuminen olivat parempaa kuin tavallisessa kotihoidossa.

Markkanen (2004) tutki myös kotiutuvien potilaiden pysymistä kotona kotiutuksen jälkeen. Myös hän sai tulokseksi, että riittävän kotiavun saaminen kotiin ja siitä seurannut kokemus hyvästä olostä kotona oli yksi tärkeistä asioista, joiden avulla potilaat selvisivät kotiutuksen jälkeen pidempään kotona.

2.2 Kotiutushoitajatoiminta

Kotiutushoitajatoiminta tarkoittaa toimintamuotoa, jolla pyritään potilaan sairaalasta kotiutumisen tehostamiseen. Kotiutushoitajat ovat yleensä koulutukseltaan sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita sosiaalityöntekijöitä. Toiminnan tavoitteena on vastata kotiutuvien potilaiden kotiutuksen suunnittelusta ja jatkohoidon koordinoinnista. Tärkeää on turvata kotiutuvien potilaiden hoidon jatkuvuus. Tähän päästään sairaalan ja avohoidon yhteistyön kehittämisellä ja tiedonkulun parantamisella. Useimmiten kotiutushoitajat työskentelevät sairaalassa, harvemmin avohoidossa. (Gardner ym. 2002.)

Kotiutushoitajaa voidaan kutsua myös sijoittajasairaanhoitajaksi. Palvelun koordinaattorina ja keskeisenä toimijana on perusturvakeskuksen työntekijä eli sijoittajasairaanhoitaja, kuten esim. Kokkolassa. Tämä malli koostuu kolmesta toimintalinjasta kohdistuen kotona asuvien palveluiden monikäyttäjiin, sairaalasta kotiutuviin ja laitospaikkoja haakeviin asiakkaisiin. Sijoittajasairaanhoitaja tekee tiivistä yhteistyötä terveyskeskusten vuodeosastojen, kotisairaanhoidon ja keskussairaalan kanssa, mutta myös asiakkaan

ja hänen omaistensa kanssa. Kotiuttamistilanteessa sijoittajasairaanhoidaja otetaan mukaan vain silloin, kun kyseessä on asiakas, jonka kotiuttaminen on vaikeutunut monisairauden tai muun syyn takia (l. haastava kotiutus). (Vähäkangas, Björkgren & Jäväjä 2005.)

2.3 Kotiutushoitajatoiminta Vantaan kaupungin kotihoidossa

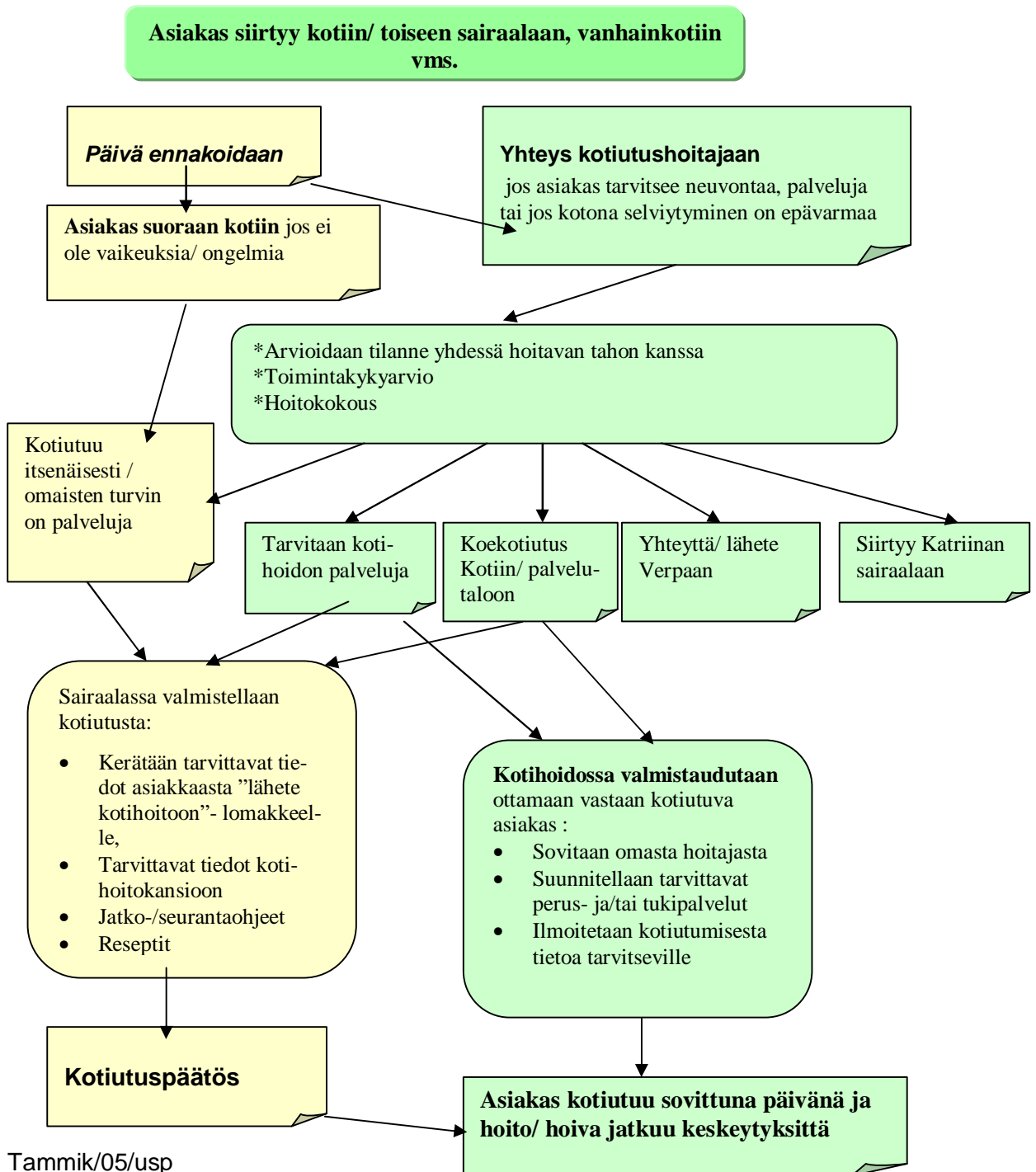
Kotiutushoitajatoiminta aloitettiin Vantaan kaupungin kotihoidossa syksyllä 2004. Kotiutushoitajana toimii nimetty kotisairaanhoidon sairaanhoidaja ja varalle hänelle on nimetty toinen kotisairaanhoidon sairaanhoidaja. Hänen tehtävänkuvaansa kuuluu toimia asiakkaan, omaisten, alueiden työntekijöiden, laitosten ja yhteistyökumppaneiden välisenä yhteyshenkilönä. Kotiutushoitaja osallistuu asiakkaan hoitoneuvotteluihin muiden työntekijöiden lisäksi, kun kyseessä on uusi asiakas tai vaativa kotiutus, joka tarkoittaa sitä, että asiakkaan pärjäämisestä kotona ei olla niin varmoja. Hän osallistuu myös hoidon, palvelun ja kuntoutustarpeen arviointiin ja hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekoon ja jatkohoidon suunnitteluun. Kotiutushoitajan yhteistyötahoihin kuuluu myös vanhus-tenhuollon erityispalvelut eli VERPA. VERPAn tehtävänä on sijoittaa vantaalaiset vanhukset ja vammaiset Vantaan kaupungin vanhainkoteihin tai yksityisten palveluntuottajien omistamiin hoivakoteihin, jonne kaupunki on ostanut hoitopaikan. Oleellisena osana tehtävänkuvaan kuuluu myös asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden neuvonta ja opastus. (Kotiutushoitajan tehtävänkuvaus 2004.)

Kotiutushoitajan tavoittaa kotiutuspuhelimen kautta arkisin maanantaista perjantaihin kello 8 – 15. Jollain alueilla esimiehet pitävät aamupäivän ajan kotiutuspuhelinta ja varsinaiset kotiutushoitajat iltapäivisin. Varakotiutushoitajat toimivat kotiutushoitajina silloin, kun varsinainen kotiutushoitaja on poissa työstään, joko vapaapäivällä, lomalla tai koulutuksessa.

Sivulla 10 olevassa kuviossa 1 on kuvattu vantaalaisen vanhuksen tai vammaisen kotiutumisprosessi. Kaavio on tehty Hakunilan palvelualueella selventämään asiakkaan kotiutusprosessia Vantaan kaupungin kotihoitoon. Kuviossa kuvataan, miten asiakkaan kotiutumisessa tehdään yhteistyötä sekä kotiuttavan tahon, kotiutushoitajan että asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa.

Sellaisissa kotiutuksissa, joissa ei olla varmoja, miten asiakas tulee pärjäämään kotonaan, on mahdollista tehdä koekotiutus palvelutalon yhteydessä sijaitsevaan koekotiutusasuntoon. Asuttuaan sovittun ajan koekotiutusasunnossa arvioidaan yhteistyössä

kotihoidon, asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa, miten koekotiutus on onnistunut ja milloin asiakas on valmis siirtymään omaan kotiinsa kotihoidon turvin asumaan. Jos todetaan, että asiakas ei tule pärjäämään kotonaan edes kotihoidon turvin, tehdään asiakkaasta lähete VERPAAan tai asiakas siirtyy suoraan Katriinan sairaalaan potilaaksi.



KUVIO 1. Kotiutusprosessi Vantaan kaupungin kotihoidossa. (Vantaan kaupunki, Hakunilan sosiaali- ja terveyskeskus, Vanhus- ja vammaispalvelut 2005.)

2.4 Kotihoito Vantaan kaupungissa

Kotihoito perustuu kansanterveyslakiin (67/1972) ja sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983). Kotihoitoon kuuluu kotisairaanhoidon ja kotipalvelu. Kotisairaanhoidon tarkoittaa kansanterveyslain (67/1972) mukaan terveyskeskuslääkärin, sairaanhoitajan ja perushoitajan antamaa hoitoa ja palveluja henkilöille, jotka kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kotona. Kotipalvelun tavoitteena on auttaa vammaisia, vanhuksia ja pitkäaikaissairaita selviytymään jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa hänen kotonaan. Kotipalveluun kuuluu myös erilaisia tukipalveluita, kuten pyykki-, aterian-, siivous-, kylvytys- ja turvallisuuspalvelut. Vantaalla kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kuuluvat samaan organisaatioon. (Vantaa/sosiaali- ja terveystieteiden palvelut/vanhusten palvelut/kotihoito 2005.)

Kotihoito voidaan jakaa hoitajien näkökulmasta tarkasteltuna välilliseen ja välittömään hoitoon. Välittömään hoitoon kuuluvat kotikäynnit ja vastaanotto- ja hoitotoiminta. Välittömää hoitoa on myös hoitotoimenpiteiden hallinta. Välillisen hoidon osuus on kotihoidossa melko suuri ja hoitajien mukaan kasvaa koko ajan. Tähän kuuluvat mm. asiakasta koskevat käynnit muualla kuin hänen kotonaan, kirjallinen ja suullinen tiedottaminen, konsultointi, puhelut, toiminnan suunnittelu ja järjestelyt, yhteistyöpalaverit, opiskelijoiden ohjaus, perehdytys- ja koulutustilaisuudet ja tutkimustyöhön osallistuminen. (Paasivaara 2005.) Myös Paljärvi, Rissanen ja Sinkkonen (2003) saivat kirjallisen töiden lisääntymisen tulokseksi tutkimuksessaan erityisesti kotisairaanhoidossa.

3 POTILAIDEN, OMAISTEN JA HOITAJIEN KOKEMUKSIA KOTIUTTAMISESTA

3.1 Kotiuttaminen potilaan ja omaisen kokemana

Piirainen (1996) tutki vanhuspotilaan kotiuttamista toimintaterapeutin näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa toimintaterapeutin työalueesta sairaalasta kotiin siirtyvien asiakkaiden parissa. Tutkimukseen osallistui neljä vanhusta. Tulokseksi tuli, että vanukset kaipaavat keskustelua päivittäiseen elämään, kotiutumiseen ja kotona selviytymiseen liittyvistä asioista jo sairaalassa. Kotiutumisen jälkeen toivottiin seurantakeskustelua siitä, miten asiat olivat lähteneet sujumaan. Toivottiin myös tukihenkilöä tuomaan sosiaalista tukea, jos vanhuksella ei ollut omaisia tai läheisiä. Myös apuneuvojen ja –välineiden tulisi olla asianmukaisia ja valmiina ennen kotiutumista,

kuin myös asunnonmuutostöiden. Vanhukset toivoivat myös riittävästi tekemistä ajan kulumiseksi ja elämän pysymiseksi mielekkäänä.

Linnosaari (2001) haastatteli tutkimuksessaan kotiutuneita vanhuksia ja heidän omaisiin. Tutkimuksen tavoitteena oli hankkia tietoa vanhuspotilaan kotiuttamisesta, jotta sitä voitaisiin arvioida potilaan ja omaisen kannalta. Tarkoituksena oli kuvata vanhuspotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia. Vanhuksia osallistui tutkimukseen neljä ja omaisia vain yksi. Tulosten mukaan vanhukset olivat sitä mieltä, että kotiutukset olivat onnistuneet hyvin. Onnistumiseen olivat vaikuttaneet sopiva ajankohta, kuntoutus, riittävä tiedonsaanti, kotiapujen tarjoaminen ja saattaja sairaalasta kotiin. Selviytymiseen kotona liittyivät halu selviytyä itsenäisesti, sopivat kotiavut, liikuntakyky ja turvallisuus. Omainen olisi tarvinnut enemmän vanhuksen hoitoon liittyvää tietoa. Hänen mukaansa kuntoutus oli ollut vähäistä. Omaisen jaksamiseen vanhuksen hoitajana ei ollut huomioitu. Sairaalasta saadut apuvälineet ja – keinot olivat kuitenkin auttaneet kotona selviytymisessä.

Laapotti-Salo & Routasalo (2004) tutkivat iäkkään potilaan tietoa omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutumissuunnitelmastaan. Tutkimukseen osallistui 17 vähintään 70-vuotiasta sairaalapotilasta. Tulokseksi he saivat, että vanhuksilla oli tietoa sairaudestaan ja saamiensa lääkkeiden tarkoituksesta, mutta lääkkeiden haittavaikutuksista tai lääkemuutoksista heillä ei ollut tietoa. Heillä oli omia tavoitteita hoidostaan, mutta he eivät olleet keskustelleet niistä hoitohenkilökunnan kanssa. Nämä tavoitteet liittyivät elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemiseen. Heillä oli myös epätietoisuutta omasta roolistaan hoidossaan. Osalle potilaista oli tehty kotiutumissuunnitelma, mutta osalla taas ei ollut tietoa kotiuttamisajankohdasta. Tämä aiheutti epävarmaa oloa kotona selviytymisestä. Saadessaan riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutuksestaan, vähentää se potilaan epävarmuuden tunteen, auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja helpottaa kotihoidon suunnittelua.

Markkasen (2004) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata potilaan näkökulmasta sairaalasta tapahtuneen kotiutuksen onnistumista, kotiutuksen jälkeistä kotihoidon riittävyttä ja etsiä syitä siihen, miksi osa potilaista palasi niin pian takaisin sairaalan päivystyspoliklinikalle. Kohderyhmän muodostivat potilaat, jotka olivat olleet sairaalahoidossa vuodeosastolla, kotiutuneet sieltä kuukauden sisällä ja hakeutuneet uudelleen sairaalaan päivystyspoliklinikan kautta. Mukana tutkimuksessa oli 15 potilasta. Tulokseksi tuli, että onnistuneeseen kotiutukseen vaikutti potilaan kotiutumisvalmius. Se muodostui seuraavista asioista: kotiutusajankohtaan vaikuttaminen, tiedonsaanti, kannustaminen ja avun järjestäminen kotiin. Kotihoito onnistui, jos potilas koki selviytyvänsä kotonaan.

Kotona selviytymiseen taas vaikutti avun saaminen kotiin ja kokemus hyvästä olosta. Sairaalaan palaamiseen vaikutti potilaan kokemus omasta voinnistaan, päätöksentekohoitoon lähtemisestä ja muiden vaihtoehtojen löytämisestä. Kotiutukseen ja omaisten aktiiviseen rooliin kotiutuksessa tulee kiinnittää enemmän huomiota, varsinkin iäkkäiden ja monisairaiden vanhusten osalta. Sairaalan ja avosairaanhoidon henkilöstön yhteistyöhön tulee panostaa.

Naylor ym. (2005) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotiutuneitten vanhusten kognitiivisten kykyjen heikentymisen ilmenevyyttä kotiutuksen jälkeen. Tavoitteena oli selvittää heidän ja heidän auttajiensa (puoliso, partneri, ystävä tai omainen) tarpeita akuutin sairauden aikana ja tutkia eroja potilaiden ja heidän auttajiensa tarpeiden välillä sairaalahoidon ja kotiutuksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 145 potilasta ja heidän auttajaansa. Tulokseksi tuli, että potilaat tulee aina, kuin vain mahdollista, ottaa mukaan oman kotiutuksen suunnitteluun. Lisäksi he ja heidän auttajiensa tarvitsevat tietoa ymmärtääkseen kognitiivisen kykyjen heikentymisestä johtuvia riskejä ja siihen liittyvää käyttäytymistä. Lisäksi korostettiin yhteistyötä erityisesti potilaiden ensisijaisten auttajien kanssa sekä myös kotihoidon henkilökunnan kanssa.

Taulukkoon 1 on koottu lyhyesti yllä olevien tutkimusten tekijä(t), tarkoitus, kohderyhmä, aineiston keruu ja analyysimenetelmät ja päätulokset.

TAULUKKO 1. Tutkimuksia liittyen kotiutumiseen potilaan ja hänen omaisensa kokeamana

Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kohderyhmä	Aineiston keruu ja analyysimenetelmä	Päätulokset
Piiirainen 1996	saada tietoa toimintaterapeutin työalueesta vanhusesiakkaiden kotiutuessa sairaalasta kotiin	neljä kotiutuva vanhusta	teemahaastattelu Kielhofnerin inhimillistä toimintamallia mukailten	Vanhukset toivoivat keskustelua lisää päivittäiseen elämään liittyen, kaivattiin myös tukihenkilöä ja kodin kunnostamista ennen kotiutumista
Linnosaari 2001	hankkia tietoa vanhuspotilaan kotiutumisesta, jotta sitä voitaisiin arvioida potilaan ja hänen omaisen kanssa	neljä kotiutuva vanhusta ja yksi omainen	teemahaastattelu ja analyysi-sisällönanalyysi	Vanhusten mielestä kotiutukset onnistuivat hyvin. He olivat kotiutuneet sopivana ajankohana, saaneet kuntoutusta riittävästi, tietoa, kottapuja ja saattajan. Omainen olisi toivonut lisää tietoa vanhuksen hoidosta.
Laapotti-Salo ja Routasalo 2004	tutkia iäkkään potilaan tietoa omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan	17 vähintään 70-vuotiaista sairaalapotilasta	teemahaastattelu ja analyysi-sisällönanalyysi	Vanhuksilla oli tietoa sairaudestaan ja saamiensa lääkkeiden tarkoituksesta, mutta lääkkeiden haittavaikutuksista ja lääkemuu-toksista ei. Omista tavoitteistaan he eivät puhuneet hoitohenkilökunnan kanssa. Osa tiesi ja osa ei kotiutumisuuunnitelmaastaan.
Markkanen 2004	kuvata potilaan näkökulmasta sairaalasta tapahtuvaa kotiuttamista, kotiutuksen jälkeistä kotioidon riittävyyttä ja etsiä syitä, miksi osa potilaista palaa takaisin sairaalaan	15 potilasta, jotka olivat olleet vuodeosastolla hoidettavana, kotiutuneet sieltä kuukauden sisällä ja ha-keutuneet uudelleen sairaalaan	teemahaastattelu ja analyysi-sisällönanalyysi	Kotiutuksen onnistumiseen vaikutti potilaan kotiutumisvalmius, joka piti sisällään seuraavat tekijät: kotiuttamisajankohtaan vaikuttaminen, tiedonsaanti, kannustaminen ja avun järjestäminen kotiin. Sairaalaan paluun laamiseen vaikuttivat potilaan kokemus omasta voimista, päätöksenteko hoitoon lähtemisestä ja muiden vaihtoehtojen löytämisestä.
Naylor, Stephens, Bowles ja Bixby 2005	selvittää kotiutuneitten vanhusten kognitiivisten vammojen ilmenevyyttä kotiutuksen jälkeen	145 potilasta ja heidän auttajaansa	MMSE, BDSRS ja CAM – testejä. Viiden kognitiivisen vammaan omaavan potilaan ja heidän auttajiensa haastattelu-usita kertoja yhdessä ja erikseen	Potilaat pitää aina ottaa mukaan kotiutuksen suunnitteluun. Potilaat ja heidän auttajiensa tarvitsevat tietoa kognitiiviseen vammaan kuuluvista riskeistä.

3.2 Kotiuttaminen hoitajien kokemana

Eskola & Vasko (1998) toteuttivat projektin Laadukas kotiuttaminen Helsingin Läntisessä suurpiirissä. Projekti tapahtui sairaalan ja avohoidon yhteistyönä. Projektin tarkoituksena oli kehittää yhteistyötä kotiuttamistilanteissa terveyskeskussairaalan ja avohoidon välillä ja saada kotiuttamisen toimintamalli. Tavoitteena oli katkeamaton hoitoketju. Projekti eteni neljässä vaiheessa. Ensin osastolla oli kotiuttamisen suunnittelukokous siinä vaiheessa, kun ensi kerran puhuttiin potilaan kotiuttamisesta. Kokoukseen osallistui molemmista organisaatioista edustajia, mutta ei vielä itse potilas tai hänen omaisensa. Toisessa vaiheessa ensimmäisen kokouksen jälkeen vasta keskusteltiin potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Kolmannessa vaiheessa potilaan kotiutuessa oli hoitopalaveri, johon osallistui edellä mainitut osallistujat. Tässä palaverissa laadittiin myös hoito- ja palvelusuunnitelma. Neljäs vaihe oli kahden viikon päästä kotiutumisesta, jolloin pidettiin potilaan kotiutumisesta arviointikokous. Projektin tuloksena oli kotiuttamistilanteiden suunnitelmallisuus, ns. katkeamaton hoitoketju terveyskeskussairaalaan avohoitoon. Hyvin suunnitellussa kotiutuksessa potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja myös omainen/läheinen on tyytyväinen. Yhteistyö potilaan hoitoon osallistuvien hoitopaikkojen välillä lisääntyi. Potilaan ja omaisen mukaan tulo kotiuttamisen suunnitteluun koettiin tärkeäksi. Potilaan hoito ja jatkuvuus turvattiin tämän mallin avulla.

Pöyry (1999) tutki kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyötä ja tiedottamista yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Tarkoituksena oli kuvata kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön välisten yhteistyö- ja tiedottamiskäytäntöjen yleisyyttä ja niissä olevia eroja eri sairaaloiden välillä; sen riittävyttä ja siinä olevia eroja. Tutkimus oli osa laajempaa kyselyä yli 65-vuotiaiden kotiutus- ja hoitokäytännöistä Suomessa. Tulokseksi tuli yhteistyökäytäntöjen toteutuminen vaihtelevasti. Esimerkiksi hoitoneuvottelut toteutuivat vain harvojen asiakkaiden osalta. Asian toteuttamista useammin kuitenkin toivottiin. Terveyskeskussairaalan kanssa oli merkittävästi enemmän kotiuttamiseen liittyvää yhteistyötä ja se koettiin riittävämpänä kuin muiden sairaaloiden osalta. Puutteena oli hoito- ja palvelusuunnitelmien toimimattomuus ja liian myöhäinen tiedottaminen kotiutumisesta. Erityisesti henkilöstön pitäisi panostaa yhteistyöhön ja tiedottamiseen asiakkaan onnistuneen ja turvallisen kotiutuksen varmistamiseksi.

Gardner ym. (2002) tekivät tutkimuksen vanhuksen kotiutusprosessin elementeistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotiutushoitajan toimintaa vanhuksen kotiutusprosessin aikana. Tavoitteena oli saada laaja-alaista tietoa kotiutushoitajatoiminnasta, jotta kotiutumiskäytäntöjä voitaisiin kehittää. Tutkimustulokseksi tuli kotiutushoitajan toimintaa kuvaavat neljä vaihetta: käsitys vanhuksen elämäntilanteesta, päätös jatko-

hoitopaikasta, kotiutuksen koordinointi ja kotiutusprosessin arviointi. Vaiheet eivät ole selkeästi eroteltavissa toisistaan, vaan käytännössä ne limittyvät toisiinsa ja siten kotiutushoitaja voi toimia samanaikaisesti eri prosessin vaiheissa. Kolme ensimmäistä vaihetta kuitenkin seuraavat kronologisesti toisiaan ja neljännessä vaiheessa kotiutus-hoitaja arvioi omaa toimintaansa eli koko kotiutusprosessia. Toiminnan arviointia tapahtuu myös jatkuvasti prosessin joka vaiheissa.

Salomaa (2004) Pro Gradu-tutkielmassaan tutki vanhusten kotiuttamista perusterveydenhuollossa hoitajien kuvaamina. Tutkimus liittyi vanhustenhuollon projektiin Laitilassa ja Pyhärännässä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien toiminnasta ja siitä, miten he arvioivat vanhuksen kotiuttamiskuntoa kotiuttamistilanteessa sekä siitä, miten yhteistyö toimii eri organisaatioiden kanssa. Tutkimukseen osallistui 24 hoitajaa sekä perus- että avoterveydenhuollosta. Saadun aineiston perusteella luotiin vanhuksen kotiuttamismalli perusterveydenhuollossa. Vanhuksen kotiuttamiseen perusterveydenhuollossa ja yhteistyön luomiseen eri organisaatioiden välillä sisälsi seuraavia tekijöitä: Vanhuksen kotiuttamisen valmistelu ja kotikuntoisuuden arviointi sekä luottamuksellisen yhteistyön luominen ja hoitajien välinen yhteistyö. Yhteistyön merkitystä korostettiin myös Pöyryn (1999) tutkimuksessa, kuten myös Eskolan & Vaskon (1998) projektissa.

Grönroos ja Perälä (2005) tutkivat kotiutumisen onnistumista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan onnistuneeseen kotiutukseen kotihoidon henkilökunnan mielestä. Kyselyyn osallistui 1890 kotihoidossa työskentelevää henkilöä. Tutkimuksen mukaan onnistuneeseen kotiutukseen liittyivät seuraavat tekijät kotihoidon henkilöstön mielestä: adekvaatin tiedon saanti asiakkaan sairauden hoidosta, asiakkaan toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista. Tärkeää on myös, että kotihoito saa tiedon asiakkaan kotiutuksesta riittävän ajoissa, jotta kotihoito voi suunnitella työtään. Kotiutuksessa tulisi tehdä yhteistyötä sekä sairaalan että kotihoidon että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä.

Koponen (2003) tutki väitöskirjassaan iäkkään potilaan siirtymistä kodin ja sairaalan välillä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä yhteistyöstä potilaan, hänen omaisiensa ja hoidonantajien välillä. Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista ja haastattelemalla potilaita (n=24), heidän perheenjäseniään (n=14) ja potilaan hoitoon osallistuneita hoidonantajia (n=54) sekä erikoissairaanhoidossa, terveyskeskussairaalassa että kotihoidossa potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. Teorian kehittämiseksi ja aineiston analyysissä käytettiin grounded teoria – menetelmää.

Kehitetty teoria koostui potilaan selviytymisestä, perheenjäsenen osuudesta selviytymisessä sekä selviytymistä edistävissä yhteistyötä kuvaavista kategorioista ja kategorioiden välisistä yhteyksistä. Iäkkään potilaan selviytymiseen ja omaisten osuuteen selviytymisessä kodin ja sairaalan välisten siirtojen yhteydessä kuuluivat seuraavat tekijät: selviytymistä vaativat tekijät, potilaan toiminta muutostilanteessa, potilaan autonomia muutostilanteessa, potilaan kokemus selviytyminen muutostilanteessa, potilaan tietäminen muutostilanteessa ja perheen keskinäinen huolenpito muutostilanteessa. Yhteistyöhön selviytymisen edistämiseksi kuuluivat seuraavat tekijät: selviytymisessä auttaminen, selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen, avun saaminen selviytymisessä ja avun puuttuminen selviytymisessä. Kategorioiden välisiä yhteyksiä ovat selviytyminen kohdatessa muutoksia, selviytymisen yrittäminen, paneutuvan avun saaminen sekä paneutuvan avun puuttuminen. Tämän perusteella kontaktin toimivuus ja yhteistyön intensiteetin sopivuus ovat yhteydessä yhteiseen näkemykseen yhteistyön tehtävästä selviytymisessä kohdatessa muutoksia, selviytymisen yrittämiseen ja paneutuvan avun saamiseen tai sen puuttumiseen.

Taulukkoon 2 on koottu lyhyesti yllä olevien tutkimusten tekijä(t), tarkoitus, kohderyhmä, aineiston keruu ja analyysimenetelmät ja päätulokset

TAULUKKO 2. Tutkimuksia liittyen kotiuttamiseen hoitajien kokemana

Tekijä(t) ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kohderyhmä	Aineiston keruu ja analyysimenetelmä	Päätulokset
Pöyry 1999	kuvata kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön välisen yhteistyö- ja tiedottamiskäytäntöjen yleisyyttä ja eroja	kotsairaanhoidosta vastuussa olevat henkilöt, esim. terveydenhoitajat (n=279)	kyselylomakkeet, tilastolliset menetelmät ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä	Yhteistyökäytännöt toteutuivat vaihtelevasti, esim. hoitoneuvotteluita harvoilla. Erityisesti pitäisi panostaa yhteistyöhön ja tiedottamiseen
Gardner, Arve ja Kivintemi 2002	kuvata kotiutushoitaja toimintaa vanhuksen kotiuttamisprosessin aikana	yksi kotiutushoitaja ja 11 potilasesimerkkiä	laadullinen tapaustutkimus, jossa teemahaastateltiin tutkittavaa kolme kertaa ja analyysinä sisällönanalyysi	Toimintaa kuvaa neljä vaihetta: käsitys vanhuksen elämäntilanteesta, päätös jatkohoitopaikasta, kotiutuksen koordinointi ja kotiutusprosessin arviointi
Salomaa 2004	tuottaa tietoa hoitajien toiminnasta ja siitä, miten he arvioivat vanhuksen kotiuttamiskuntoa ja yhteistyön toimivuutta	24 hoitajaa sekä perusteettä avoterveydenhuollossa	kahdella avoimella kysymyksellä ja analysoitiin sisällönanalyysillä	Luotiin vanhuksen kotiutumismalli perusterveydenhuoltoon, joka pitää sisällään kotiutuksen valmistelun ja kotikuntoisuuden arvioinnin. Yhteistyön luominen ja hoitajien välinen yhteistyö korostui
Koponen 2004	kehittää substansiivinen teoria potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä yhteistyöstä potilaan, hänen perheenjäsentensä ja hoidonantajien välillä	potilaat (n=24), heidän perheenjäsenensä (n=14) ja potilaan hoitoon osallistuneita hoidonantajia (n=54)	potilasasiakirjat ja haastattelut, joista muodostettiin aineiston luokittelu grounded teorian tuottamiseksi	Teoria koostui potilaan selviytymisestä, perheenjäsenten osuudesta selviytymisestä sekä selviytymistä edistävässä yhteistyössä kuvaavissa kategorioista ja kategorioiden välisistä yhteyksistä. Tämän perusteella selviytyminen on yhteydessä yhteiseen näkemykseen yhteistyön tehtävästä muutoksia kohdatessa
Grönroos ja Perälä 2005 ja 2006	tutkia kotihoidon henkilökunnan näkemyksiä niistä tekijöistä, jotka kuuluvat onnistuneeseen kotiuttamiseen	kotioidon henkilökunta (n=1890)	kysely ja analyysinä tilastolliset menetelmät	Onnistuneeseen kotiutukseen kuuluu adekvaatti tieto potilaan hoidosta, toimintakyvyttä ja kognitiivisesta kyvystä. kotiutuksen ajoissa ilmoittaminen ja hyvä yhteistyö eri toimijoiden kanssa

3.3 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat enemmän keskustelua päivittäiseen elämään, kotiutumiseen ja kotona selviytymiseen liittyen jo sairaalassaoloaikana. (Piirainen 1996; Laapotti-Salo & Routasalo 2004.) Kotiutuksen jälkeistä seurantaan myös kaivataan ja sitä, että kodissa olisi tehty jo tarvittavat muutostyöt ennen kotiutusta. (Piirainen 1996.) Vanhusten mielestä kuitenkin kotiutukset ovat onnistuneet hyvin, mutta omaiset olisivat toivoneet lisää tietoa kotiutukseen liittyen. (Linnosaari 1996.)

Yhteistyön merkitystä potilaan hoitoon osallistujien kanssa painotetaan useissa tutkimuksissa (Eskola & Vasko 1998; Pöyry 1999; Koponen 2003; Markkanen 2004; Salomaa 2004; Grönroos & Perälä 2005; Naylor ym. 2005). Myös potilaan itsensä ja hänen omaisensa mukana oloa jo varhaisessa vaiheessa kotiutuksen suunnitteluun pidetään tärkeänä (Eskola & Vasko 1998; Gardner ym. 2002; Koponen 2003; Laapotti-salo & Routasalo 2004; Grönroos & Perälä 2006; Markkanen 2004; Naylor ym. 2005). Myös kotiutustoiminnan arviointi koko kotiutusprosessin ajan on tärkeää (Gardner ym. 2002). Tutkimuksissa tuli ilmi myös, että vanhuksen kotiuttamisprosessiin kuuluu olennaisena osana vanhuksen kotiuttamisen valmistelu hyvissä ajoin ja vanhuksen kotikuntoisuuden arviointi koko kotiutusprosessin ajan (Gardner ym. 2002; Koponen 2003; Markkanen 2004; Salomaa 2004; Grönroos & Perälä 2006).

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena on kuvata Vantaan kaupungin kotiutushoitajien tehtävän sisältöä kunkin Vantaan kaupungin palvelualueen kotiutushoitajaparin (varsinainen kotiutushoitaja ja hänen varakotiutushoitaja) kirjoittaman esseeseen pohjalta. Tutkimuksen tehtävänä on laatia kaikille Vantaan kotihoidon kotiutushoitajille yhtenäinen ja selkeä kuva kotiutushoitajan tehtävistä ja luoda hyvän kotiuttamisen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitoon. Kun kaikilla on sama ja selkeä ajatus kotiutushoitajan tehtävänsisällöstä, kotiutukset pystytään toteuttamaan turvallisesti ja asiakaslähteisesti. Liitteenä on luonnos Hakunilan kotihoidossa tehdystä kotiutushoitajan tehtäväkuvasta (Liite 1), jota käytetään pohjana aineistonkeruussa Vantaa kaupungin kotihoidon kotiutushoitajilta. Lisäksi tämän tutkimus- ja kehittämistyön toisena tehtävänä on tuottaa hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitoon yhdessä tutkimukseen osallistuvien kotiutushoitajien kanssa.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Kuvata, mitä kuuluu kotiutushoitajan tehtävänkuvaan ja miten se näkyy käytännön työssä.
2. Selvittää, mitkä ovat kotiutushoitajan keskeisimmät tehtävät
3. Tuottaa hyvän kotiutumisen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitoon.
4. Kartoittaa, miten tehtävänkuvausta tulisi muuttaa, jotta se täyttäisi hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa.

5 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS JA TULOKSET

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö muodostuu kahdesta vaiheesta ja toteutettiin osallistavaa toimintatutkimusta soveltaen. Toimintatutkimuksen päämääränä on toiminnan muuttaminen tai kehittäminen. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä Vantaan kaupungin kotiutushoitajat yhdessä tekijän kanssa kehittävät kotiutushoitajatoimintaa kahdessa vaiheessa. Toimintatutkimuksessa kehittämistä edistäviä tekijöitä ovat työyhteisön osallistuminen, sitoutuminen, teoreettinen ja kokemuksellinen tieto sekä käytännölläheisyys, resurssit, vastuu, aikaisemmista traditioista vapautuminen että kriittinen arviointi. Toimintatutkimus on yhteistyössä tapahtuvaa yhdessä oppimista, jossa pyritään tasapainoon tutkimuksen ja toiminnan välillä. (Löfman, Pelkonen & Pietilä 2004a.)

Ensimmäisen vaiheen aikana kartoitettiin kotiutushoitajien kokemuksia kotiutushoitajan tehtävässä toimimisesta Vantaan kaupungin kotihoidossa. Aineisto hankittiin essee kysymyksillä. Toisessa vaiheessa kotiutushoitajien kanssa laadittiin hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitoon. Aineisto hankittiin pienryhmähaastattelulla. Arviointivaiheessa tullaan arvioimaan hyvän kotiutuksen kriteereiden onnistumista kotioidossa hoitajien näkökulmasta.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kaikki Vantaan kaupungin kotihoidossa toimivat kotiutushoitajat ja heidän varakotiutushoitajat. Mukana oli myös toisiin tehtäviin siirtynyt kotisairaanhoidaja, joka oli ollut mukana kotiutushoitajatoiminnassa. Kohderyhmän kotiutushoitajat olivat joko sairaanhoidajia tai terveydenhoitajia. Työkokemusta heillä oli neljästä vuodesta 17 vuoteen kotihoidossa.

Aineiston hankinnan ensimmäisessä vaiheessa tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistui 15 hoitajaa ja toiseen vaiheeseen 8 hoitajaa, joista uusia oli 3. Kohderyhmän pienentymiseen ja vaihtumiseen oli osasyynä kotiutushoitajien vaihtuvuus ja se, että tilalle ei ollut vielä saatu kaikille alueille uusia kotiutushoitajia.

5.1 Tutkimus- ja kehittämistyön ensimmäinen vaihe

Alla olevaan taulukkoon 3 on kuvattu tutkimus- ja kehittämistyön ensimmäisen vaiheen suunnittelu ja toteutus. Tämän jälkeen kuvataan aineiston hankinta ja analyysi.

Taulukko 3. Tutkimus- ja kehittämistyön ensimmäisen vaiheen suunnittelu ja toteutus

Suunnitteluvaihe	Toteutusvaihe
Kotiutushoitajatoiminnan alkaminen Vantaan kaupungin kotihoidossa syksy-04	Kotiutushoitajien tapaaminen ja tutkimus- ja kehittämistyön esittelemine huhti-toukokuu-05
Aiheen valinta ja siitä kertovan kirjeen lähettäminen kotiutushoitajille jouluku-04	Kotiutushoitajaparien palauttamattamat esseevastaukset koossa touko-kesäkuu-05
Tutkimus- ja kehittämistyön alustavan suunnitelman esittely kotiutushoitajien kokouksessa tammikuu-05	Alustavien tutkimustulosten esittely kotiutushoitajien kokouksessa ja lähettäminen sähköpostitse kotiutushoitajille kesäkuu-05
Tutkimuslupa maalisku-05	Aineiston analyysi valmis elo-lokakuu-05

5.1.1 Aineiston hankinta

Tutkimus- ja kehittämistyön ensimmäisen vaiheen aineiston kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kysymyslomakkeella (Liite 4). Kysymyksiä lomakkeella oli kolme, jotka pohjautuivat Hakunilan palvelualueella tehtyyn kotiutushoitajan tehtävänkuvaukseen. Kysymyslomakkeen mukana kotiutushoitajat saivat liitteenä kyseisen tehtävänkuvauksen, josta oli lihavoitu ne kohdat, joihin erityisesti toivottiin vastauksia. Tutkimusajan kohtana oli huhti-toukokuu 2005. Avoimet kysymykset olivat käyttökelpoisia tässä tutkimuksessa, koska siten tutkittavat pystyivät vapaasti kirjoittamaan ja perustelemaan näkemyksiään ja kokemuksiaan tutkittavasta asiasta ilman tutkijan läsnäoloa.

Tekijä lähetti joulukuun alussa 2004 kaikille Vantaan kaupungin kotiutushoitajille alustavan kirjeen tutkimusaiheestaan, jossa kertoi tulevansa kertomaan tutkimus- ja kehittämistyöstään myös tammikuussa 2005 olevaan kotiutushoitajien kokoukseen. Saatuaan tutkimusluvan maaliskuussa 2005 tekijä sopi jokaisen kotiutushoitajan ja hänen varakotiutushoitajan kanssa tapaamisajankohdan, jossa tekijällä oli mukana saatekirje (Liite 2), suostumislomake (Liite 3) osallistumisesta tutkimukseen, kysymyslomake ja kysymyslomakkeen palautuskuori. Kotiutushoitajille esiteltiin tutkimus- ja kehittämistyö ja annettiin mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä asioita, jos heillä oli jokin jäänyt

epäselväksi. Samalla käynnillä sovittiin suunnilleen kahden viikon päähän kysymyslomakkeen palauttaminen tekijälle Vantaan kaupungin sisäisellä postilla.

Kysymyslomakkeeseen vastattiin pareittain, kotiutushoitaja yhdessä varakotiutushoitajien kanssa, sillä tekijän kokemuksen mukaan varakotiutushoitajat eivät olleet toimineet usein varsinaisina kotiutushoitajina. Näin tekijä uskoi saavansa paremmin kysymyslomakkeet täytettyinä takaisin. Kesäkuun alkuun 2005 mennessä saatiin kahdeksasta kysymyslomakkeesta seitsemän takaisin, joten vastausprosentti oli 87,5 %.

5.1.2 Aineiston analyysi

Kotiutushoitajaparien palauttamat esseevastaukset tekijä käsitteli sisällön erittelyn tavoin. Tällä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä. Sisällön erittelyä voidaan pitää yhtenä tapana tehdä sisällönanalyysiä. Eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Sisällönanalyysi on kehittynyt sekä kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen suuntaa ja sitä voidaan käyttää eri tavoin riippuen siitä, mitä kommunikaation elementtejä halutaan korostaa. Sisällönanalyysi/sisällön erittely on monimuotoinen menetelmä, jota voidaan pitää käyttökelpoisena hoitoalan tutkijoille. (Cavanagh 1997; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001 Tuomi ja Sarajärvi 2003.)

Ennen analyysin aloittamista tutkija määrittelee analyysiyksikön, jota hän aineistosta etsii. Se voi olla aineiston yksikkö, esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Sen määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävät. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä analyysiyksikkö oli ajatuskokonaisuus. Tekijän saamat vastaukset ensimmäisen vaiheen aineistonkeruussa eivät kuitenkaan olleet niin laajoja, jotta niistä olisi voinut karsia mitään pois. Joten tekijä päätti ottaa kaikki ajatuskokonaisuudet huomioon. Tekijä luki palautetut kysymyslomakkeet useita kertoja läpi ja sen jälkeen laski, montako kertaa sama ajatuskokonaisuus toistui vastauksista. Tämän jälkeen tekijä esitti alustavat tulokset kesäkuun 2005 kotiutushoitajien kokouksessa paikalla oleville kotiutushoitajille ja antoi heille mahdollisuuden esittää kysymyksiä liittyen alustaviin tuloksiin. Lisäksi tekijä lähetti kaikille kotiutushoitajille sähköpostitse kesäkuun 2005 aikana kokoomansa alustavat tulokset kirjallisena kommentoitavaksi. Täydennysehdotuksia alustaviin tutkimustuloksiin ei tullut. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003.)

5.1.3 Ensimmäisen vaiheen tulokset

Kotiutushoitajan tehtävät hoitajien kuvaamina

Kotiutushoitaja toimii sairaaloiden, laitosten, alueiden työntekijöiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa yhteistyössä. Tätä varten hänellä on käytössä kotiutuspuhelin, joka on auki kello 9-15. Puhelinnumero on tarkoitettu yhteistyökumppaneiden käyttöön, ei niinkään asiakkaiden tai heidän omaistensa. Käytännössä siis kotiutushoitaja on yhteyshoitaja. Jatkossa asiakkaan oman solun kotisairaanhoidaja jatkaa yhteyshoitajana toimimista.

Kotiutushoitaja osallistuu hoitoneuvotteluihin yhteistyössä sairaalan, asiakkaan ja hänen omaisten kanssa joko sairaalassa tai asiakkaan kotona vain vaativissa kotiutuksissa (kun voidaan epäillä, että kotiutus ei onnistu ihan helposti) ja aina silloin, kun kyseessä on kotiutushoitajan oman solun asiakas. Muutoin hoitoneuvotteluihin osallistuu asiakkaan oman solun kotisairaanhoidaja.

Hoitoneuvotteluissa kotiutushoitaja arvioi yhdessä muiden osallistujien kanssa tarvittavien palveluiden määrän. Tekee alustavan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman. Kun asiakas kotiutuu ja on ollut muutaman päivän kotona, oman solun kotisairaanhoidaja tarkistaa alustavan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman ja muuttaa sitä tarvittaessa. Selvempää tulosten mukaan olisi, jos oman solun hoitaja osallistuisi avun tarpeen arviointiin heti alusta saakka.

Kotiutushoitajan tehtäväkuvaan kuuluu myös yhteydenpito VERPAAN. Yhdessä VERPAN työntekijän kanssa kotiutushoitaja pohtii asiakkaan pärjäämistä kotona ja tarvittavien palveluiden määrää. Kotiutushoitajatoiminta onkin tehostanut yhteistyötä VERPAN kanssa. Kotiutushoitaja tekee myös yhteistyötä alueiden sosiaalityöntekijöiden ja tukipalveluista vastaavien kanssa.

Tärkeä osa kotiutushoitajan työtä on asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden neuvonta ja opastus kaikista mahdollisista palveluista, jotka kuuluvat Vantaan kaupungin tarjoamaan kotihoitoon. Opastus tapahtuu pääasiassa puhelimitse. Kotiutushoitajatoiminnassa korostuu kotiutushoitajan asiantuntijuus kotisairaanhoidosta. Koska kotiutushoitajan työtä tehdään oman kotisairaanhoidajan työn ohella, kotiutushoitajalla on vain rajallinen aika osallistua muiden kuin oman solun asiakkaan hoitoon.

Oheisessa taulukossa 4 on koottu kotiutushoitajien esseevastauksista eniten mainintoja saaneet asiat, jotka liittyivät kotiutushoitajan tehtävänkuvaa.

TAULUKKO 4. Kotiutushoitajan tehtävät hoitajien kuvaamina.

Kotiutushoitaja	Mainintojen määrä
on yhteyshoitaja	6
pitää yhteyttä VERPAA:n	4
neuvoo ja opastaa	4
on kotisairaanhoidon asiantuntija	3
toimii yhteistyössä	
- alueen sosiaalityöntekijän kanssa	2
- tukipalveluista vastaavien kanssa	2
tekee alustavan hoitosuunnitelman	2
osallistuu hoitokokouksiin	
- oman solun asiakaan kyseessä ollessa	2
- ”hankalissa” tapauksissa	1

Mainintoja laskettiin seitsemästä vastauslomakkeesta.

Kotiutushoitajan keskeisimmät tehtävät

Keskeisintä kotiutushoitajan tehtävänkuvassa on yhteyshoitajana toimiminen ja neuvonta ja asiantuntijuus käytettävistä palveluista. Tärkeää on myös yhteistyö asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa ja erityisesti sairaaloiden kanssa. Yhdellä alueella kotona asumisen tukimuodot olivat parantuneet kotiutushoitajatoiminnan myötä.

Resurssien puutteen vuoksi kotiutushoitajan tehtävänkuvaa ei toteudu siten, miten kotiutushoitajat sen haluaisivat. Oman työn ohella, kotiutushoitajana toimiminen, on hankalaa. Käytännössä aamupäivän aikana kotiutuskännykkään vastaaminen onnistuu harvoin kotikäyntien aikana, joten oman alueen esimiehet jollain alueilla vastaavat kotiutuskännykkään tuleviin puheluihin ja ottavat tarpeelliset tiedot ylös. Tästä huolimatta yhdessä vastauksessa koettiin keskeiseksi asiaksi kotiutushoitajan tehtävänkuvassa hoitoneuvotteluihin osallistuminen ja hoidon suunnitteluun osallistuminen ns. hankalimmissa tapauksissa. Tehtävänkuvaa pidettiin kuitenkin selkeänä ja sen oli todettu helpottavan sairaaloiden toimintaa kotiutustilanteissa. Seuraavaan taulukkoon 5 on kerätty kotiutushoitajien essee vastauksista eniten mainintoja saaneet asiat.

TAULUKKO 5. Kotiutushoitajatoiminnan keskeisimmät asiat

Kotiutushoitajan toiminta	Mainintojen määrä
kotiutusprosessin kannalta on	
-neuvontaa ja asiantuntijuutta käytettävistä palveluista	4
-yhteistyötä asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa	3
-toimimista yhteyshenkilönä hoitoneuvotteluihin ja hoidon	2
-suunnitteluun osallistumista	1

Mainintoja laskettiin seitsemästä lomakkeesta.

Kotiutushoitajatoimintaan ehdotetut muutokset

Suurimmassa osassa vastauksista ehdotettiin kotiutushoitajatoiminnan uudelleen järjestämistä. Ehdotuksina tuli kokonaan oman toimen perustamista kotiutushoitajalle, joka toimisi joko sairaalassa tai kotihoidossa. Kotihoidossa kotiutushoitajan apuna toimisi ns. kotiutustiimi tai kotiutukset hoitaisi kokonaan tehko (l. tehostettu kotihoito). Ehdotettiin myös, että Vantaan kaupungin kotihoitoon riittäisi kaksi päätoimista kotiutushoitajaa, toinen idässä ja toinen lännessä.

Täysipainoisena kotiutushoitajana työskenteleminen oman työn ohella ei ole mahdollista. Lisäksi joka alueella on hieman erilaisia versioita, miten kotiutushoitajat toimivat, joten tärkeää olisi myös toiminnan yhtenäistäminen. Yhteistyötä pitäisi tehdä vielä tiiviimmin sairaaloiden jonohoitajien/kotiutushoitajien kanssa. Kotiutushoitajatoimintaa voitaisiin suunnitella yhdessä alueiden ja sairaaloiden kesken.

Yhdessä vastauksessa ehdotettiin, että tehtäväkuvauksessa poistettaisiin kotiutushoitajan osallistuminen hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman tekoon ja hoitoneuvotteluihin tämän hetkisten resurssien vuoksi. Tällä hetkellä kotiutukset pyritään hoitamaan mahdollisimman järkevästi olemassa olevilla resursseilla. Seuraavassa taulukossa 6 on kuvattu kotiutushoitajien eniten mainitsemat asiat nykyisen kotiutushoitajatoiminnan muuttamiseksi.

TAULUKKO 6. Kotiutushoitajatoimintaan ehdotetut muutokset

Kotiutushoitajatoiminta toteutuisi paremmin, jos	Mainintojen määrä (n=7)
toiminta järjestettäisiin uudelleen perustamalla oma toimi	5
tehtäisiin tiiviimpää yhteistyötä sairaaloiden kanssa	2
toimintaa suunniteltaisiin yhdessä sairaaloiden ja kotihoidon kesken	1
toimintaa yhtenäistettäisiin alueilla	1

5.2 Tutkimus- ja kehittämistyön toinen vaihe

Alla olevaan taulukkoon 7 on kuvattu tutkimus- ja kehittämistyön toisen vaiheen suunnittelu ja toteutus. Tämän jälkeen kuvataan aineiston hankinta ja analyysi.

Taulukko 7. Tutkimus- ja kehittämistyön toisen vaiheen suunnittelu ja toteutus

Suunnitteluvaihe	Toteutusvaihe
Ensimmäisen vaiheen esseevas-tutkimuksista esiinnousseiden asioiden tarkastelu loka-marraskuu-05	Alustavan ehdotelman Hyvän kotiutuksen kriteereiksi lähettäminen sähköpostitse kotiutushoitajille joulukuu-05
	Kotiutushoitajien ryhmähaastattelut tammikuu-06
	Haastatteluiden puhtaaksi kirjoitus tammi-helmikuu-06
	Alustavien tulosten lähettäminen sähköpostitse kotiutushoitajille helmikuu-maaliskuu-06
Haastatteluajankohtien sopiminen vuodenvaihte 2005-2006	Kriteerien muodostaminen kotiutushoitajien kommenttien jälkeen maaliskuu-06

5.2.1 Aineiston hankinta

Tutkimus- ja kehittämistyön toisen vaiheen aineisto kerättiin esseevastauksiin vastaavien kotiutushoitajien pienryhmähaastattelulla. Tekijä lähetti kotiutushoitajille etukäteen ensimmäisen vaiheen esseevastauksista ja aikaisimmista tutkimuksista esiinnousseista asioista ehdotelman hyvän kotiutuksen kriteereistä sähköpostitse joulukuussa 2005 (Liite 5). Tämän jälkeen sovittiin haastateltavien kanssa tammikuulle 2006 tapaamisajankohta, jossa tekijä haastatteli kotiutushoitajia Hyvän kotiutuksen kriteerit – ehdotelman pohjalta. Tekijä oli jakanut haastateltavat kolmeen ryhmään siten, että haastateltavat sijaitsivat lähellä toisiaan ja ettei ryhmät olisi liian suuria. Ryhmät olivat seuraavat: Myyrmäen ja Martinlaakson kotiutushoitajat yhdessä (kolme kotiutushoitajaa), Korson ja Koivukylän kotiutushoitajat yhdessä (kolme kotiutushoitajaa) ja Tikkurilan ja Hakunilan kotiutushoitajat yhdessä (kaksi kotiutushoitajaa). Ryhmät tavattiin yhden kerran, jolloin myös tapaamiset nauhoitettiin.

Verrattuna ensimmäisen vaiheen kohderyhmään oli toisessa vaiheessa kohderyhmä hieman pienentynyt ja muuttunut. Uusia kotiutushoitajia oli tullut kolme vanhojen viiden lisäksi. Uusille kotiutushoitajille selitettiin tutkimuksen tarkoitus ja se, mitä oli jo tähän mennessä tutkimuksen suhteen tehty. Haastatteluihin osallistui yhteensä siis kahdeksan kotiutushoitajaa. Haastatteluista kaksi kesti noin puolitoista tuntia ja yksi haastattelu noin tunnin.

5.2.2 Aineiston analyysi

Nauhoittamansa haastattelut tekijä kirjoitti sanasta sanaa puhtaaksi paperille ja sai yhteensä 73 sivua kirjoitettua tekstiä. Nämä tekijä luki myös useita kertoja läpi ja sen jälkeen laski, montako kertaa sama ajatuskokonaisuus toistui haastatteluissa. Kaikissa haastatteluissa haastateltavat olivat yksimielisiä asioista, jotka kuuluvat hyvään kotiutukseen. Haastatteluissa nousi esille kotiutuksen prosessimaisuus, josta helposti oli ymmärrettävissä kotiutukseen kuuluvat eri vaiheet. Tekijä käytti analyysiyksikkönä haastatteluissa esiinnousseita ns. ”luonnollisia yksikköjä”, johon aineisto oli jakaantunut. Tällainen luonnollinen yksikkö, ”juttu”, analyysiyksikkönä tarkoitti, ettei tekijä jakanut yksikköä pienempiin osiin, kuten sanoihin ja lausumiin, vaan luokitteli ne kokonaisuudessaan. Kotiutuksen eri vaiheet tekijä on kuvannut niillä käsitteillä, mitä kotiutushoitajat ovat tuoneet ilmi aineiston keruussa, ja ottanut ne suoraan hyvän kotiutuksen kriteereiden alaotsikoiksi. Niiden sisältö tuli suoraan haastatteluista. (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Haastatteluiden jälkeen sovittiin, että kotiutushoitajiin otetaan yhteyttä Vantaan kaupungin sähköpostin kautta ja kysytään kommentteja haastatteluista nousseisiin hyvän kotiutuksen kriteereihin, jonka jälkeen kriteerit muotoiltaisiin valmiiksi. Tekijä lähetti laaditut kriteerit myös kommentoitavaksi yhdelle sairaanhoitajalle erikoissairaanhoidon sairaalaan, yhdelle kotihoidon esimiehelle ja yhdelle toisen kaupungin kotihoidon terveydenhoitajalle.

5.2.3 Toisen vaiheen tulokset

Hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa

Donabedianin mukaan kriteeri on systemaattisesti laadittu väite tai lausuma, jota voidaan käyttää tietyn terveydenhuollon päätöksen, palvelun tai tuloksen tarkoituksenmukaisuuden arviointiin. Se on selvästi määritelty ja mitattavissa oleva ilmiö (phenomenon), joka on laadun toteamisen kannalta tärkeä. Lisäksi sen pitää olla niin selvästi ilmaistu, että voidaan sanoa toteutuuko kriteeri vai ei. (Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta ja Mäkelä 2000.)

Kriteerien tulee olla päteviä, luotettavia, helposti mitattavissa, herkkiä, hyväksytyjä, ei manipuloitavissa ja niihin tulee voida vaikuttaa arvioitavan toiminnan keinoin. Kriteerien tulee perustua tutkittuun tietoon tai kyseisen palvelun asiantuntijoiden kokemukseen perustuvaan yhteiseen mielipiteeseen. Kriteereitä voidaan luokitella eri tavoin. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä hyvän kotiutuksen kriteerit luotiin yhdessä Vantaan kaupungin kotiutushoitajien kanssa ja ne perustuivat kotiutushoitajien yhteiseen mielipiteeseen. Tuotetut kriteerit ovat prosessikriteereitä, koska halutaan kehittää ongelmallista toimintaa (l. kotiutusta) ja löytää syytä siihen, miksi kotiutus ei aina onnistu hyvin. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000.)

Heikkinen (2003) oli pro gradu – tutkimuksessaan tutkinut asiantuntijasairaanhoitajille asetettujen kriteerien toteutumista Aura-mallissa. Saamansa tutkimustulosten mukaan kriteerit antavat käsityksen siitä, mitä ymmärretään asiantuntijasairaanhoitajien tehtävien sisältävän ja mitä heidän toiminnaltaan odotetaan. Tuloksia voidaan hyödyntää työnkuvan täsmentämisessä. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä on tarkoituksena täsmentää, mitä asiakkaan turvallisessa ja asiakaslähtöisessä kotiutuksessa tulee ottaa huomioon. Asiakkaan onnistuneessa ja turvallisessa kotiutuksessa korostuvat kotiutushoitajien mukaan seuraavat kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa.

ASIAKASLÄHTÖISYYDEN KUNNIOITTAMINEN:

Asiakaslähtöisyyden kunnioittamisesta koko kotiuttamisen prosessi lähtee liikkeelle. Asiakkaan kotiuduttua tehdään yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja kotihoidon henkilökunnan kanssa yksilökohtaisia suunnitelmia mahdollistaen näin asiakkaan turvallinen kotona oleminen. Näissä suunnitelmissa asiakasta kuunnellaan ja otetaan huomioon hänen tarpeensa, voimavaransa ja kotiolonsa. Asiakkaan turvaverkosto myös kartoitetaan ja kotihoidon resurssit otetaan huomioon. Tärkeintä on löytää ”kultainen keskitie”, jossa kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä yhteisiin suunnitelmiin.

”Siinä tarvii vain etsiä kultainen keskitie ja sillä laillahan sitä tehdään...kai se on semmoista tuntosarvet päässä kulkemista, että tuota niin löydetään sellainen, joka tyydyttää, tyydyttää sitä asiakasta ja että kotihoidolla on resursseja antaa.”

YHTEISTYÖ JA YHTEYDENPITO OMAISIIN JA KOTIUTTAVAAN HOITOPAIKKAAN:

Kotihoidon henkilökunta tekee yhteistyötä asiakkaan, hänen omaistensa ja kotiuttavan hoitopaikan kanssa. Kotiuttavana hoitopaikkana voi olla Peijaksen tai Katriinan sairaala, muut sairaalat tai yksityiset hoivapaikat. Yhteistyötä tehdään myös asiakkaan oman alueen terveyskeskuslääkärin kanssa. Yhteistyön piiriin kuuluvat myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja asiakkaan hoitoon osallistuvat muut henkilöt.

”Tietysti omaisten ja hoitajien kanssa.”

”Me aloitetaan se fysioterapia, toimintaterapia, sosiaalityöntekijä, ateria, turvaranneke...”

KOTIUTUKSEN VALMISTELU JA KOORDINOINTI:

Asiakkaan kotiutusta valmistellaan yhteistyössä kotiuttavan hoitopaikan ja Vantaan kaupungin kotihoidon kotiutushoitajan kanssa. Tämän jälkeen kotiutushoitaja luovuttaa asiakkaan tiedot kotiutuksesta asiakkaan alueen kotihoidolle ja siellä varsinaiselle asiakkaan vastuuhoidajalle, jonka kotihoidon tiimi on yhteisesti miettinyt valmiiksi.

”Yleensä he soittaa tähän kotiutuspuhelimeen siihen saakka, kunnes asia on selvä, tämä kotiutusasia ja tiimin sairaanhoitaja hoitaa nämä jatkot.”

KOTIUTUMISESTA TIEDOTTAMINEN:

Asiakkaan kotiutumisen tiedottamisesta vastaa Vantaan kaupungin kotiutushoitaja kotiuttavasta hoitopaikasta saamansa ilmoituksen perusteella. Tämän jälkeen kotiutushoitaja luovuttaa tiedottamisvastuun asiakkaan oman alueen kotihoitoon ja siellä asiakkaan vastuuhoidajalle. Vastuuhoitaja on tämän jälkeen yhteydessä asiakkaan omaisiin, kotiuttavaan hoitopaikkaan ja muihin asiakkaan hoitoon ja kotiutukseen osallistuvien henkilöiden kanssa.

”Se on se kotiutushoitaja tai sen omahoitaja.”

HOITONEUVOTTELUIDEN KOORDINOINTI JA JÄRJESTÄMINEN:

Hoitoneuvottelun voi kutsua kokoon kotiuttava hoitopaikka, asiakas, hänen omaisensa, hänen naapurinsa tai hänen ystävänsä. Tai kotihoidosta asiakkaan vastuuhoitaja. Tarvittaessa hoitoneuvotteluun pyydetään mukaan fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, oma lääkäri, VERPAN hoidonjärjestelijä, yöpartio ja muut henkilöt, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon.

”Toisinaan se on kotona, sen kutsuu omainen, naapuri, ystävä ja toisinaan se on sairaalassa...joskus sen kutsuu sairaanhoitajakin.”

TARVITTAVIEN PALVELUIDEN TILAAMINEN:

Ensikäynnin tai hoitoneuvottelun jälkeen asiakkaalle sovitut tarvittavat tukipalvelut hoi-
taa ja tilaa asiakkaan vastuuhoitaja. Kotiuttava hoitopaikka voi myös tilata asiakkaalle tarvittavia tukipalveluita. Tukipalveluita ovat ateria-, turva-, pyykki-, siivous- ja kylvetys-
palvelut.

”Niin sitten, joka tekee sen, niin se hoitaa sen.”

ASIAKKAAN HOIDON ARVIOINTI:

Asiakkaan hoidon arviointi on asiakkaan vastuuhoitajan vastuulla. Arviointia tehdään aina puolen vuoden välein ja aina silloin, kun asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia.

”Kyllä sitä varmaan sitten tietyin välein kattoo, miten on mennyt.”

Kotiuttavaan hoitopaikkaan ehdotetut kotiutuksen kriteerit

Kaikissa kotiutusohitajien ryhmähaastatteluissa tuli esille samoja kotiuttavaan hoitopaikkaan liittyviä asioita, jotka helpottaisivat kotihoidon jatkotyöskentelyä kotiutuvan asiakkaan kanssa. Paljon apua tarvitsevien/huonosti liikkuvien asiakkaiden kotona, joilla ei ole ennestään ollut kotihoitoa, olisi sairaalan hyvä tehdä yhteistyössä kotihoidon kanssa kodin kartoituskäynti. Näin selviäisi asiakkaan kodin kunto, tarvittavat kodin muutostyöt, asiakkaan liikkuminen kotona ja mahdollisten apuvälineiden tarve. Kotihoidosta olisi hyvä olla mukana esimerkiksi kotiutuvan asiakkaan tuleva vastuuhoitaja. Kotikäynnin jälkeen voitaisiin heti aloittaa tarvittavat kodin muutostyöt, jotta ne olisivat valmiina asiakkaan kotiutuessa ja hänellä olisi näin turvallista palata kotiin. Sairaalan olisi myös hyvä tilata kotiutuvalle asiakkaalle jo valmiiksi ateria- ja turvapalvelu ja tarvittavat apuvälineet varsinkin, jos ilman näitä asiakkaan kotiutus on mahdotonta. Esimerkiksi turvapalvelun saaminen kestää kolme arkipäivää.

Kotihoidolle olisi hyvä ilmoittaa asiakkaan kotiutumisesta hyvissä ajoin, jotta kotihoidossa voitaisiin varautua asiakkaan tuloon. Paras kotiutusajankohta on kotihoidon kannalta alkuvuikosta. Kotiutusohitajien mielestä kolme päivää ennen suunniteltua kotiutusta olisi ihanne, jos kyseessä on paljon apua tarvitseva asiakas. Perjantaina kotiutukset niin, että asiakas olisi kotona kello 11 mennessä, jotta kotihoito ehtisi huolehtia asiakkaan apteekki- ja kauppa-asiat.

Asiakkaan kotiutuessa asiakkaalla olisi hyvä olla mukana kaikki hänen lääkehoitoonsa kuuluvat reseptit ja selvällä käsialalla kirjoitettu lääkelista. Lääkkeitä olisi hyvä laittaa asiakkaalle mukaan kahden seuraavan arkipäivän verran. Jos asiakkaalla on Marevanhoito, niin asiakkaan kotiutuessa mukana tulisi olla Marevan-kortti, jossa olisi hyvä olla kirjattuna muutaman päivän ajalta asiakkaan Marevan-annostus ja INR-arvot. Sekä seuraavan INR-arvon ottopäivä. Myös asiakkaan tarvitsemat mahdolliset haavanhoito-ohjeet ja-välineet ja erikoishoitotarvikkeet olisi hyvä kotiuttavan hoitopaikan laittaa mukaan ensimmäisille hoitokerroille, jatkossa hoitotarvikkeet hankkii joko asiakas tai kotihoito. Asiakkaan jatkosuunnitelmat olisi hyvä olla kirjoitettuna esimerkiksi sairaanhoitajan läheteeseen tai muuhun vastaavaan selkeällä käsialalla. Asiakkaan tarvitsemat läheteet kontrolliverikokeisiin ja/tai röntgentutkimuksiin olisi hyvä olla tehtyinä valmiiksi ATK-järjestelmään. Kotiuttavan hoitopaikan tulee huolehtia, että asiakkaan omaisille on ilmoitettu asiakkaan siirtymisestä kotihoidon piiriin. Alla olevaan taulukkoon 6 on koottu kotiuttavaan hoitopaikkaan ehdotetut kriteerit lyhyesti.

TAULUKKO 6. Kotiuttavaan hoitopaikkaan ehdotetut kotiutuksen kriteerit

Kotiuttava hoitopaikka huolehtii ennen kotiuttamista seuraavat asiat:

1. Kotikäynti yhdessä kotihoidon kanssa paljon apua tarvitsevien/huonosti liikkuvien asiakkaiden kotona.
 2. Ateria- ja turvapalvelu ja tarvittavat apuvälineet on tilattu asiakkaalle ennen kotiutusta valmiiksi.
 3. Kotihoidolle on ilmoitettu ajoissa (miehellään kolme päivää ennen) asiakkaan kotiuttamisesta.
 4. Asiakkaan kotiutuessa hänellä on mukana lääkelista ja reseptit.
 5. Asiakkaalla on kotiutuessa mukana lääkkeitä kahden seuraavan arkipäivän verran.
 6. Asiakkaan tarvitsemat erikoishoitotarvikkeet ovat mukana ensimmäisille hoitokerroille, kuten myös hoito-ohjeet.
 7. Asiakkaan jatkohoitosuunnitelma on kirjattuna mukana hänen kotiutuessa.
 8. Asiakkaan tarvitsemat lähetteet kontrolliverikokeisiin ja/tai – röntgentutkimuksiin on tehty valmiiksi ATK-järjestelmään.
-

Toimintaan ennen ensikäyntiä liittyvät kriteerit

Tiedon asiakkaan kotiutumisesta saatuaan kotihoito sopii asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa ensikäynnin ajankohdan, jos sitä ei ole jo sovittu sairaalassa oloaikana. Kotihoito tilaa myös asiakkaalle kotiutusvaiheessa tiedossa olleet tukipalvelut, jos kotiuttava hoitopaikka ei niitä ole tilannut. Ensikäynnille on hyvä pyytää mukaan asiakkaan ja hänen omaistensa lisäksi tarvittaessa muita asiakkaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. Näitä voivat olla esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, alueen sosiaalityöntekijä ja myös oma alueen terveyskeskuslääkäri, jos se on mahdollista. Asiakkaan kotihoidon tiimissä valitaan kotiutuvalla asiakkaalle vastuuhoitaja, joka hoitaa jatkossa asiakkaan asioita kotihoidossa. Ensikäyntiä varten kerätään tarvittavia papereita asiakkaalle kotiin vietäväksi. Näitä ovat mm. kotihoidon yhteystiedot, maksut, kauppapalveluesite, siivousesite, avainten luovutuslomake, apteekkisopimus jne. Vastuuhoitaja aloittaa asiakkaan hoitokansion tekemisen ja kotihoidon papereiden esitättämisen. Seuraavaan taulukkoon 7 on koottu toimintaan ennen ensikäyntiä liittyvät kriteerit lyhyesti.

TAULUKKO 7. Toimintaan ennen ensikäyntiä liittyvät kriteerit.

Kotihoidon tiimi huolehtii ennen ensikäyntiä seuraavat asiat:

1. Asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa on sovittu ensikäynnin ajankohta.
 2. Asiakkaalle on tilattu tiedossa olevat tukipalvelut.
 3. Ensikäynnille on pyydetty tarvittavat asiakkaan hoitoon osallistuvat henkilöt.
 4. Asiakkaalle on valittu vastuuhoitaja.
 5. Ensikäyntiä varten on asiakkaalle koottu tarvittavat paperit esitetyinä.
-

Ensikäyntiin liittyvät kriteerit

Ensikäynnille mennään kotihoidosta pareittain. Toinen on asiakkaan vastuuhoitaja ja toinen joku muu kotihoidon tiimistä, esim. sairaanhoitaja. Ensikäynnillä on mukana myös asiakkaan omaiset mahdollisuuksien mukaan. Tarvittaessa myös muut asiakkaan hoitoon osallistuvat henkilöt, esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja/tai sosiaalityöntekijä. Ensikäynnillä asiakkaalle ja hänen omaisilleen esitellään kotihoidon tarjoamat palvelut, jotka liittyvät asiointiin avustamiseen kodin ulkopuolella ja avustamiseen jokapäiväisessä elämisessä.

Palvelujen esittelyn jälkeen yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa sovitaan kotihoidon käyntipäivät ja käyntien sisältö. Tärkeää on myös mahdollistaa asiakkaan omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon, jos se on käytännössä mahdollista. Ensikäynnillä myös sovitaan asiakkaan lääkehoidosta yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Jos kotihoito ottaa hoitaakseen lääkehoidon, niin tehdään apteekkisopimus. Jos apteekkisopimusta ei tehdä, niin lääkkeiden ostamisen ja hakemisen apteekista hoitaa asiakas itse tai hänen omaisensa. Reseptit uusii kotihoito. Lääkkeet ja reseptit säilytetään pääsääntöisesti asiakkaan kotona. Muistamattoman ja lääkkeiden väärinkäyttäjän kohdalla lääkkeitä voidaan säilyttää kotihoidon toimistolla. Asiakkaalta voidaan myös pyytää tarpeen mukaan avain. Asiakkaalle kerrotaan, missä sitä säilytetään ja milloin sitä käytetään. Jos asiakas luovuttaa avaimen, niin asiakas ja kotihoidon edustaja allekirjoittavat avaimen luovutus – lomakkeen, jonka kopiota säilytetään kotihoidon toimistolla. Lisäksi asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa laaditaan alustava hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Taulukkoon 8 on koottu ensikäyntiin liittyvät kriteerit lyhyesti.

TAULUKKO 8. Ensikäyntiin liittyvät kriteerit.

Vastuuhoitaja huolehtii seuraavat asiat ensikäynnillä:

1. Ensikäynti tehdään kotihoidosta pareittain.
 2. Asiakkaan ja hänen omaistensa lisäksi ensikäynnillä on mukana tarvittaessa asiakkaan hoitoon osallistuvat muut henkilöt.
 3. Asiakkaalle esitellään kotihoidon tarjoamat palvelut.
 4. Asiakkaan omaisten mukaan ottaminen asiakkaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan.
 5. Asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa laaditaan alustava hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman. Sovitaan
 - käytipäivien ja käyntien sisältö
 - lääkehuolto
 - avain
-

Ensi käynnin jälkeiseen toimintaan liittyvät kriteerit

Ensikäynnin jälkeen olisi hyvä, että asiakkaan luona käyntejä jatkaa alkuun asiakkaan vastuuhoitaja mahdollisuuksien mukaan. Näin saadaan alkava hoitosuhde hyvin alulle ja opitaan tuntemaan puolin ja toisin toisiamme. Asiakkaan vastuuhoitaja kirjaa Finstarille KOTO:n (kotihoidon toteutukseen) heti ensikäynnin jälkeen ensikäynnillä sovitut asiat asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Vastuuhoitaja huolehtii myös asiakkaan sisäänkirjauksen Finstarille ja tilaa asiakkaalle sovitut tukipalvelut.

Asiakkaan vastuuhoitaja huolehtii, että asiakkaan tiedot ovat ajan tasalla niin iltatyössä, yöpartiossa kuin viikonlopputyössäkin. Hänen vastuulla on myös tehdä asiakkaasta Finstarille RAVA (= asiakkaan toimintakykymittari) heti ensikäynnin jälkeen, varsinaisen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma 1-2 viikon sisällä ja RAI (= Resident Assessment Instrument) kuukauden sisällä asiakkaaksi tulon jälkeen. Vastuuhoitaja huolehtii, että asiakkaan oma lääkäri saa tiedon asiakkaan nykyisestä lääkityksestä ja että se on kirjattuna Finstarille. Vastuuhoitaja huolehtii myös siitä, että asiakkaan kotona on kotihoidon kansio tarvittavin tiedon seuraavasta käyntikerrasta eteenpäin ja että se on ajan tasalla. Kun kaikki nämä on huolehdittu, asiakkaan luona käyntejä jatketaan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman mukaan. Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon 9 on koottu ensikäynnin jälkeiseen toimintaan liittyvät kriteerit lyhyesti.

TAULUKKO 9. Ensikäynnin jälkeiseen toimintaan liittyvät kriteerit.

Vastuuhoitaja huolehtii seuraavat asiat ensikäynnin jälkeen:

1. Vastuuhoitaja jatkaa asiakkaan luona käyntejä mahdollisuuksien mukaan.
 2. Finstarille kirjataan seuraavat asiat:
 - ensikäynnillä sovitut asiat
 - sisäänkirjaus
 - RAVA heti
 - hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma 1-2 viikon sisällä
 - RAI kuukauden sisällä
 3. Asiakkaalle tilataan sovitut tukipalvelut.
 4. Asiakkaan tiedot ovat ajan tasalla ilta- ja viikonlopputyössä sekä yöpartiossa.
 5. Asiakkaan oma lääkäri saa tiedon asiakkaan lääkityksestä ja että se on kirjattu Finstarille.
 6. Asiakkaan kotona on kotihoidon kansio tarvittavin tiedon.
-

5.3 Tutkimus- ja kehittämistyön arviointi

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön arviointi ei sisälly tähän raporttiin. Tarkoituksena on, että hyvän kotiutuksen kriteereiden toteutumista ja kotiutuksen onnistumista tarkastellaan yhdessä kotiutushoitajien kanssa vuoden 2006 lopulla. Tällä hetkellä Vantaan kaupungin kotihoidossa ollaan muuttamassa kotiutushoitajatoimintaa siten, että Vantaan kaupungin kotihoitoon tulee vain kolme kotiutushoitajaa ja kaksi hoitokoordinaattoria, jotka toimivat Peijaksen ja Katriinan sairaalan kanssa yhteistyössä. Tätä toimintaa on tarkoitus tutkia myös vuoden 2006 lopulla, jolloin voidaan tarkastella sitä, mikä on silloin kotiutushoitajan tehtävänkuva ja mitkä asiat siinä korostuvat.

5.4 Tutkimus- ja kehittämistyön eettiset kysymykset

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä valittiin tutkimuskohteeksi kotiutushoitajat Vantaan kaupungin kotihoidossa. Tutkimusluvan saatuaan Vantaan kaupungin vs. terveydenhuollon johtajalta tekijä sopi jokaisen kotiutushoitajan kanssa tapaamisajankohdan. Tapaamisessa tekijä selvitti osallistujille työnsä tarkoituksen ja tavoitteet henkilökohtaisesti ja antoi heille mahdollisuuden lisäkysymyksiin. Jokaiselta osallistujalta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta tutkimus- ja kehittämistyöhön. Samalla kerrottiin osallistujille, että osallistuminen on vapaaehtoista. Myös haastattelutilanteessa tekijä

kysyi lupaa haastatteluiden nauhoittamiseen ja kertoi, miten hävittää nauhat työn valmistumisen jälkeen. (Vehviläinen-Julkunen 1997; Löfman, Pelkonen & Pietilä 2004a ja b)

Tutkimuksen julkaisemisen periaatteena on, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti, johon tekijä on pyrkinyt työnsä kaikissa vaiheissa. Tekijä on pyrkinyt kirjoittamaan raporttinsa siten, että yksittäisiä tiedonantajia ei voida tunnistaa. Tiedonantajien anonymiteetti on taattava, koska kyseessä on verrattain pieni otos. Tiedonantajille lähetettiin aina aineiston keruun jälkeen alustavat tulokset nähtäväksi ja kommentoitavaksi. Tekijä korosti koko tutkimus- ja kehittämistyön aikana, että häneen voi ottaa aina yhteyttä tarvittaessa. (Vehviläinen-Julkunen 1997; Löfman, Pelkonen & Pietilä 2004a ja b.)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen aineistot voivat olla monin eri tavoin hankittuja. Tavallisimpia muotoja ovat tekstimuotoon saatetut aineistot. Osallistuvaa toimintatutkimuksen lähestymistapaa sovellettaessa ei pyritä yleistettävyyteen, kuten määrällisessä tutkimuksessa, koska yleensä tutkimusaineistot voivat olla hyvinkin pieniä. Yleisenä ohjeena voidaan pitää sitä, että aineisto kootaan sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. (Nieminen 1997). Tämän työn aineisto koottiin esseenkysymyksillä ja haastattelemalla kaikkia Vantaan kaupungin kotihoidon kotiutushoitajia.

Essee aineistojen luotettavuus perustuu tutkijan harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta. Tutkijan on kuitenkin luotettava siihen, että tiedonantajien vastaukset vastaavat todellisuutta. Esseen vastaukset olivat osaksi lyhyitä ja osassa oli vastaukset ranskalaisin viivoin. Kaikissa esseevastauksissa ei ollut vastattu kaikkiin kysymyksiin. Tämän vuoksi mainintojen määrät ovat vaihtelevia ja taulukkoihin on otettu eniten mainintoja saaneet ajatuskokonaisuudet. Siitä huolimatta esseevastaukset olivat samankaltaisia toistensa kanssa. Haastattelemalla kerätyn aineiston haastatteluteemat pitää ilmetä työn raportissa (Niemi 1997.) Liitteenä (Liite 5) on tekijän käyttämä lista käyttämästään teemoista haastatteluissa. Teemat muodostettiin aikaisempien tutkimustulosten ja esseevastauksista ilmenneiden asioiden ympärille. Samaa listaa haastatteluteemoista

käytettiin kaikissa kolmessa haastattelussa. Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi vastausten yhteneväisyys ja samankaltaisuus toistensa kanssa.

Tutkimus- ja kehittämistyössä korostetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen ja Lähdevirta 2003). Tämän työn luotettavuutta lisää se, että tekijä on yksin analysoinut esseevastaukset ja kirjoittanut haastattelut puhtaaksi sanasta sanaan. Esseen vastausten analysoinnin jälkeen tekijä lähetti sähköpostitse tulokset kaikille tutkimukseen osallistuneille kotiutushoitajille luettavaksi. Alustaviin tuloksiin kotiutushoitajan tehtävänkuvasta ei tullut täydennysehdotuksia. Tähän luultavasti vaikutti kesälomakauden alku, koska alustavat tulokset lähetettiin kesäkuun 2005 alussa. Myös haastattelujen jälkeen tekijä lähetti sähköpostitse laaditut hyvän kotiutuksen kriteerit takaisin kotiutushoitajille arvioitavaksi pyytäen heiltä kommentteja siihen, että oliko kaikki oleelliset asiat huomioitu kriteereissä. Kaikki kotiutushoitajat vastasivat kriteerien olevan käyttökelpoisia ja hyödyllisiä kotiutuksen yhteydessä. Muutamia ehdotuksia tuli sanamuotoihin. Ne tekijä korjasi ehdotetulla tavalla. Lisäksi tekijä lähetti laaditut hyvän kotiutuksen kriteerit arvioitavaksi kolmelle asiantuntijalle, jotka eivät osallistuneet varsinaisen aineiston keräämiseen. Yksi heistä toimi erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajana, toinen toimi toisen kaupungin kotihoidossa terveydenhoitajana ja kolmas toimi johtavassa asemassa kotihoidossa. He kaikki pitivät laadittuja kriteereitä onnistuneina ja kattavina.

Tutkimus- ja kehittämistyötä arvioidaan raportin arvioitavuudella. Arvioitavuus tarkoittaa, että raportti on kirjoitettu siten, että lukijan on mahdollista seurata tekijän päättelyä ja arvioida sitä. Tärkeää on, että lukija saa selville raportista, miten tekijä on päätenyt tuloksiinsa ja päätelmiinsä. Muistettava on, että toinen tutkija ei samankaan aineiston perusteella päädy samanlaiseen tulkintaan. (Nieminen 1997 ja Kylmä ym. 2003.) Tässä työssä tekijä on pyrkinyt raportoimaan tuloksensa avoimesti ja rehellisesti joka vaiheessa, jotta lukijalla olisi helppo arvioida tekijän tekemiä ratkaisuja ja päätelmiä.

Refleksiivisyys on myös yksi tutkimus- ja kehittämistyön arviointikriteeri. Sillä tarkoitetaan tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana ja hänen on arvioitava, miten se vaikuttaa tutkimusprosessiin. (Kylmä ym. 2003.) Tekijä toimii Vantaan kaupungin kotihoidossa kotisairaanhoitajana sekä varakotiutushoitajana yhdellä kaupungin alueista. Tekijällä oli käsitys siitä, mitä kotiutushoitajatoiminta pitää sisällään Vantaan kaupungin kotihoidossa keskusteltuaan alueensa varsinaisen kotiutushoitajan ja edeltäjänsä, varakotiutushoitajan, kanssa. Tekijällä ei ole kuitenkaan toimimisesta varsinaisena kotiutushoitajana suurta kokemusta. Tekijä on pyrkinyt objektiivisuuteen aineiston ke-

ruussa ja siinä, ettei ole tuonut esille omia mielipiteitään tutkittaville kotiutushoitajatoiminnasta.

Kehittämisen- ja tutkimustyön siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tämä tarkoittaa, että tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimustaan ympäristöstään. (Kylmä ym. 2003.) Tässä työssä tekijä on kuvannut tutkimusympäristöä ja nykyistä kotiutushoitajatoimintaa. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä kotiutushoitajatoimintaa muissa vastaavissa toimintaympäristöissä vastaamaan niiden käytäntöjä. Myös tutkimus- ja kehittämistehtävän ulkopuoliset asiantuntijat, joille tekijä oli lähettänyt hyvän kotiutuksen kriteerit arvioitavaksi, olivat samaa mieltä kriteerien käyttökelpoisuudesta.

6.2 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tulokseksi kotiutushoitajan tehtäväkuvasta käytännön työssä tuli kotiutushoitajan toimiminen sairaaloiden, laitosten, alueiden työntekijöiden ja muiden yhteistyökumppaneitten kanssa yhteistyössä. Yhteistyön merkitystä potilaan kotiutuksessa korostettiin monissa tutkimuksissa (vrt. Eskola-Vasko 1998; Pöyry 1999, Koponen 2003; Markkanen 2004; Salomaa 2004; Grönroos & Perälä 2006; Naylor ym. 2005.) Kotiutushoitaja toimii myös yhteyshenkilönä, joka koordinoi asiakkaan kotiutusta. Kotiutuksen koordinointi on tärkeä osa asiakkaan onnistuneessa ja turvallisessa kotiutuksessa (vrt. Gardner ym. 2002.) Kotiutushoitajatoimintaan kuuluu myös hoitoneuvotteluihin osallistuminen vaativimmissa kotiutuksissa. Hoitoneuvotteluiden toteutumista toivottiin erityisesti kotisairaanhoidon ja sairaalan henkilöstön välillä Pöyryn (1999) tutkimuksessa. Tuloksissa myös korostui kotiutushoitajan asiantuntijuus, neuvonta ja opastus käytettävissä olevista palveluista.(vrt. Eskola & Vasko 1998; Gardner ym. 2002).

Tulosten mukaan hyvän kotiutuksen kriteerit liittyivät sekä kotiuttavaan hoitopaikkaan että kotihoitoon. Kotiutumisen suunnittelu alkaa jo asiakkaan joutuessa sairaalaan (vrt. Heiskanen ym. 2003). Kotiuttavaan hoitopaikkaan ehdotetut kriteerit ovat varmasti toteutettavissa, kun asiakkaan kotiutumisen yhteydessä tehdään kotiuttavan hoitopaikan ja kotihoidon välillä yhteistyötä. Piiraisen (1996) tutkimuksen mukaan vanhukset toivoivat, että kodin muutostöiden ja apuneuvojen ja –välineiden tulisi olla valmiina ennen kotiutusta. Kotiutushoitajat pitivät sitä myös tärkeänä.

Kotiutushoitajien mukaan kotiutuksissa Vantaan kaupungin kotihoitoon korostuivat seuraavat kriteerit: asiakaslähtöisyyden kunnioittaminen, yhteistyö ja yhteydenpito omaisiin ja kotiuttavaan hoitopaikkaan, kotiutuksen valmistelu ja koordinointi, kotiutumisen tiedottaminen, hoitoneuvotteluiden koordinointi ja järjestämien, tarvittavien tukipalveluiden tilaaminen ja asiakkaan hoidon arviointi. Asiakaslähtöisyyden periaatteessa otetaan huomioon asiakkaan mielipide ja hänen voimavaransa. Monissa tutkimuksissa on tuotu esille, että alusta saakka asiakkaan mukanaolo kotiutuksen suunnittelussa poistaa asiakkaan epävarmuutta kotiutumisen suhteen ja auttaa sitoutumaan hoitoon. (vrt. Piirainen 1996; Eskola & Vasko 1998; Linnosaari 2001; Koponen 2003; Laapotti-Salo & Routasalo 2004; Markkanen 2004; Naylor ym. 2005.) Omaisten mukaan ottaminen asiakkaan hoitoon mahdollisuuksien mukaan nousi myös kriteereissä esille. Omaisilla onkin keskeinen rooli vanhuksen hoidon jatkuvuuden tukijoina. (Linnosaari 2001). Kotiutuksissa korostui myös laaja-alaisen yhteistyön merkitys asiakkaan hoitoon osallistuvien välillä (vrt. Eskola-Vasko 1998; Pöyry 1999; Markkanen 2004; Salomaa 2004; Grönroos & Perälä 2005; Naylor ym. 2005.)

Tähän tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistuneet kotiutushoitajat toivoivat riittävän ajoissa ilmoitusta kotiuttavalta taholta kotiutuvasta asiakkaasta. Ihanteena he pitivät ilmoitusta kolme päivää ennen kotiutusta. Myös Grönroosin ja Perälän (2005) tutkimukseen osallistuneet kotihoidon hoitajat pitivät riittävää tiedonsaantia yhtenä onnistuneen kotiutuksen tekijänä. Myös kotiutuvat potilaat pitivät kotiutuksesta ajoissa saatavaa tietoa yhtenä kotiutumisen onnistumisen tekijänä (vrt. Piirainen 1996; Eskola & Vasko 1998; Linnosaari 2001; Koponen 2003; Laapotti-Salo & Routasalo 2004; Markkanen 2004; Naylor ym. 2005). Lisäksi Grönroosin ja Perälän (2005) tutkimuksessa tuli ilmi, että kotihoidon henkilöstö toivoo tietoa asiakkaan sairauksista ja niiden hoidosta. Kuten tässäkin tutkimus- ja kehittämistyössä tuli yhtenä kriteerinä ilmi asiakkaan jatkosuunnitelmasta ilmoittaminen kotihoitoon kirjallisesti.

Kotiutushoitajat ehdottivat kotiutushoitajatoiminnan muuttamista siten, että toiminta järjestettäisiin uudelleen. Lähes kaikissa esseevastauksissa tuotiin ilmi, että nykyinen kotiutushoitajatoiminta ei mahdollistanut täysin kotiutushoitajana toimimista siten, kuten tehtävänkuvana olisi. Toimiminen kotisairaanhoidajan työn lisäksi kotiutushoitajana oli vaikeaa. Kotiutushoitajan osallistuminen kotiutusten suunnitteluun on vähäistä. Vantaan kaupungin kotihoidossa kotiutushoitajatoimintaa ollaan muuttamassa. Kotihoitoon tulee kolme kotiutushoitajaa, jotka toimivat yhteistyössä alueiden kotihoidon henkilökunnan kanssa. Lisäksi Peijaksen ja Katriinan sairaalassa toimii kaksi hoitokoordinaattoria, jotka aloittavat jo varhaisessa vaiheessa potilaan kotiutumisen suunnittelun yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa, sairaalan, kotiutushoitajien ja potilaan alueen

kotihoidon kanssa. Tällä toiminnalla pyritään kotiutusten suunnitelmallisuuteen ja yhteistyön parantumiseen asiakkaan hoitoon osallistuvien välillä.

6.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämisaiheet

Kotiuttaminen on yhteistyötä sekä asiakkaan, hänen omaistensa että asiakkaan hoitoon osallistuvien välillä. Yhteistyön merkitystä ei voi liiaksi korostaa. Tärkeää on myös kotiutuvan asiakkaan ja hänen omaistensa mukanaolo kotiutuksen suunnittelun alkuvaiheista asti. Omaisten osuutta asiakkaan kotiutumisessa ei voi väheksyä, sillä heillä on suuri merkitys asiakkaan kotiutumisen onnistumiseksi. Toimivan hoito- ja palvelukonaisuuden järjestäminen onnistuu vain hyvällä kotiutuksen suunnittelulla ja yhteistyöllä asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa. Kun kotiutus on hyvin järjestetty ja kaikki siihen kuuluvat asiat on hyvin hoidettu, pääsevät molemmat osapuolet paneutumaan omaan toimintaansa; sairaala uuden potilaan hoitamiseen ja kotihoito kotiutuvan asiakkaan tukemiseen ja kotona olemisen mahdollistamiseen yhdessä asiakkaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa.

Käytännössä kotiutukset kotihoitoon tapahtuvat kuitenkin lyhyellä varoitusajalla. Kotiutuvasta asiakkaasta yleensä ilmoitetaan kotihoitoon edellisenä päivänä. Tämän jälkeen kotihoidossa aloitetaan tarvittavien tukipalveluiden tilaaminen asiakkaalle ja ensikäynnin järjestämisen suunnittelu. Kotiutuessaan asiakkailla on mukana usein reseptit ja lääkelista. Jatkosuunnitelmien osalta on puutteita. Tarvittavia läheteitä verikokeisiin ja/tai röntgentutkimuksiin ei ole tehty ATK-järjestelmään, joten ne joudutaan pyytämään asiakkaan väestövastuulääkäriltä asuinalueen terveyskeskuksesta. Kaikilla kotihoidon asiakkailla ei ole omaa väestövastuulääkärinä, joten asiakkaan hoidon suunnitelmallisuus ja jatkuvuus on paljolti kotihoidon vastuuhoidajan käsissä, koska sijaislääkärit vaihtuvat useaan otteeseen.

Asiakasmäärät kotihoitoon kasvavat koko ajan ja asiakkaat ovat moni sairaita ja ongelmaisia. Tästä johtuen heidän toimintakykynsä on alentunut. Myöskään jatkohoitopaikkoja on huonosti saatavilla, esimerkiksi alkoholisti ja mielenterveysasiakkaille. Kotihoidon työvoimapula aiheuttaa sen, että kovin vaikeasti hoidettavia asiakkaita ei pystytä kotihoidossa hoitamaan. Kaikilla kaupungin alueilla ei ole sairaanhoitajia esimerkiksi ilta- ja viikonlopputyössä, joten vaativia sairaanhoidollisia toimenpiteitä (esim. suonensisäiset lääkitykset) voidaan antaa vain arkipäivisin virastoaikaan.

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön hyvän kotiutuksen kriteerit ovat kotihoidon näkökulmasta tehtyjä. Kotiuttavaan hoitopaikkaan kohdistettujen kriteereiden tarkoituksena on tehdä kotihoidon yhteistyön aloittaminen asiakkaan kanssa sujuvammaksi. Kriteerien toteutuminen tapahtuu yhteistyössä kotiutushoitajan ja kotiuttavan hoitopaikan hoitajan puhelinkeskustelujen yhteydessä. Kotiutushoitaja voi ehdottaa /pyytää kotiuttavaa hoitopaikkaa huolehtimaan kotiutuksen valmisteluissa kotiuttavaan hoitopaikkaan ehdotetut kriteerit. Salomaankin (2004) tutkimuksessa korostettiin hoitajien välistä yhteistyötä asiakkaan kotiuttamisen yhteydessä.

Hyvän kotiutuksen kriteereissä tuli vastuuhoitajan vastuulle paljon asioita huolehdittavaksi. Yhtenä jatkokehittämisalueena tulevaisuudessa onkin vastuuhoitajan tehtävien määrittäminen tarkemmin kotihoidossa. Myös kirjaamiseen tulisi kiinnittää huomiota kotiutuvan asiakkaan kuin myös kaikkien asiakkaiden kohdalla kotihoidossa. Asiakkaan lähettämiseen jatkohoitoon kotihoidosta tulisi myös laatia yhteiset kriteerit siitä, mitä tietoja ja papereita asiakkaan mukana lähetetään. Tärkeää on myös jatkossa arvioida hyvän kotiutuksen kriteereiden toteutumista Vantaan kaupungin kotihoidossa. Tapahtuvatko kotiutukset kriteerien mukaan ja miten kotiutukset onnistuvat kotihoidon ja asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemana.

LÄHTEET

- Cavanaght, Stephen 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher*. Volume 4(3):5-16, Spring.
- Fortinsky, Richard 2002. Restorative home care reduces emergency physician visits for older adults compared to usual home care. *Evidence-Based Healthcare*. 6(4):148-149, December.
- Gardner, Sirpa – Arve, Seija – Kiviniemi, Kirsi 2002: Vanhuksen kotiutumisprosessin elementit -kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n.o 3:2002.
- Grönroos, Eija – Perälä, Marja-Leena 2005. Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 19(3):288-295, September.
- Grönroos, Eija – Perälä, Marja-Leena 2006. Kotiututumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja- Sjuksköterskan* 3/2006. Vol 79: 28-31.
- Eskola, Anneli – Vasko, Ulla-Maija 1998. Laadukas kotiuttaminen. Läntinen terveyskeskus. Läntinen sosiaalikeskus. Helsingin kaupunki.
- Heikkinen, Mari 2003. Asiantuntijasairaanhoitajille asetettujen kriteerien toteutuminen Aura-mallissa. Työyhteisön näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto.
- Heiskanen, Leila – Lamppu, Maarit – Luomala, Tarja – Mustonen, Saija – Pasanen, Marianne – Pilvinen, Jaana – Schleifer, Pirjo – Tuomikoski, Elina – Valvanne, Jaakko 2003. Kotiutuminen sairaalasta kotihoitoon. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä. Helsingin sosiaalivirasto.
- Idänpää-Heikkilä, Ulla – Outinen, Maarit – Nordblad, Anne – Päivärinta, Eeva ja Mäkelä, Marjukka 2000. Laatukriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. *Stakes aiheita* 20/2000. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Kansanterveyslaki 67/1972.

- Koponen, Leena 2003: läkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 974. Tampereen yliopisto.
- Kotiutushoitajan tehtävänkuvaus 2004. Hakunilan sosiaali- ja terveyskeskus. Vanhus- ja vammaispalvelut. Vantaan kaupunki.
- Kylmä, Kari – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten, miksi? *Duodecim* 3003;119:609-615.
- Laapotti-Salo, Anne – Routasalo, Pirkko 2004: läkkään potilaan tieto omasta sairaudesta, hoidostaan ja kotiutumissuunnitelmastaan. *Tutkiva Hoitotyö* 2004;2(1):23-28.
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001: *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva. WSOY. 21-43.
- Linnosaari, Ulla 2001. Vanhuspotilaan sairaalasta kotiutuminen potilaan ja omaisen kokemana. *Oraita* 1/2001. Kuntokallio. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus.
- Luhtasaari, Maarit – Laaksonen, Anneli 2004: Tehostettu kotiutus. Sairaanhoidajan tietokannat. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.3.2004. <http://www.terveysportti.fi>. Luettu 31.12.2004.
- Löfman, Päivi – Pelkonen, Marjaana – Pietilä, Anna-Maija 2004a. Osallistava toimintatutkimus hoitotyön kehittämisessä. Empiirinen esimerkki toimintatutkimusprosessista. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol. 2(3), 2004:10-15.
- Löfman, päivi – Pelkonen, Marjaana – Pietilä, Anna-Maija 2004b. ethical issues in participatory action research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18, 2004:1-8.
- Markkanen, Päivi 2004. "Pyöröovisyndrooma" Potilaan näkökulma kotiutuksen ja koti-hoidon onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen. Pro gradu-tutkielma. *Hoitotiede*. Turun yliopisto.

- Naylor, Mary – Stephens, Carolinen – Bowles, Kathryn – Bixby, Brian 2005. Cognitively impaired older adults from hospital to home. An exploratory study of these patients and their caregivers. *The American Journal of Nursing*. Vol.105, No. 2.2005:52-61.
- Niemi, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Mariita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. 215-221.
- Paasivaara, Leena 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol. 2(1), 2004:29-34.
- Paljärvi, Soili – Rissanen, Sari – Sinkkonen, Sirkka 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Seurantatutkimus Kuopion kotihoidossa*. *Gerontologia* 2/2003:85-97.
- Piirainen, Marja-Liisa 1996. Saattaen vaihdettava. Toimintaterapeutti kotiutujan tukena. Lempäälän ehkäisevän ja kuntouttavan vanhustyön projekti. Vanhustyön keskusliitto.
- Pöyry, Päivi 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.
- Rissanen, Pekka – Noro, Anja 1999. Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt. Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. *Aiheita- monistesarja* 44/1999. Stakes.
- Salomaa, Erja 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio-
- Sosiaalihuoltoasetus 697/1983
- Suomen kielen perussanakirja 1990. Ensimmäinen osa A-K. Kotimaisten Kielten Tutkimuskeskus. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

- Räihä, Arja 2000: Vanhuksen hyvä kotiutus. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.4.2000. <http://cc.oulu.fi/sisawww/esit/000427.htm>. Luettu 31.12.2004.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Vantaa/sosiaali- ja terveystalvet/vanhusten palvelut/kotihoito 2005. Verkkodokumentti. Päivitetty 16.2.2005
http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;4770. Luettu 31.12.2005.
- Vantaan kaupunki 2005. Kotiutusprosessi Vantaan kaupungin kotihoidossa. Hakunilan sosiaali- ja terveyskeskus. Vanhus- ja vammaispalvelut.
- Vantaan kaupunki 2006. Kotiutusohitajien tilasto vuodelta 2005. Maaliskuu 2006. Myyrmäki, Martinlaakso, Tikkurila, Korso, Hakunila/Irma Kockberg
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. 26-34.
- Vähäkangas, Pia – Björkgren, Magnus – Jävänä, Teija 2005. Sijoittajasairaanhoitajamalli. Kokemuksia mallin kehittämisestä ja käytöstä ikääntyneen hoitoon ohjautumisessa. Sairaanhoitaja-sjuksköterskan 10/2005, vol78:28-31.

Liite 1: Kotiutushoitajan tehtäväkuvaus

Vantaan kaupunki
Hakunilan sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhus- ja vammaispalvelut
Kotiutushoitaja

17.11.2004

Kotiutushoitajan tehtäväkuvaus

Kotiutushoitajana toimii sairaanhoitaja, joka ammatillisen kehittymisen osalta (ammatilliset vaiheet ovat perehtyvä, suoriutuva, pätevä, taitava ja asiantuntija Bennerin mukaan 1989,1999) sijoittuu taitava – asiantuntijatasolle.

Hoitotyön ydin osaamisessa korostuu kotiutushoitajan tehtävässä hoito-ohjelmien ja potilaan/ asiakkaan hoitoketjujen kokonaisvaltainen tunteminen, yhteistyötaidot, verkosto-osaamisen ja vastuullisuuden kehittäminen ja toimintakokonaisuuksien sujuvuudesta huolehtiminen.

Osaamista arvioidaan itsearviointina tulos- ja kehityskeskusteluissa, vertaisarviointina sekä auditointia hyväksi käyttäen.

- Kotiutushoitajana toimii tehtävään nimetty kotihoidon sairaanhoitaja ja varalla on tehtävään nimetty toinen kotihoidon sairaanhoitaja.
- Kotiutushoitaja toimii asiakkaan, omaisten, alueiden työntekijöiden, laitosten ja muiden yhteistyökumppaneiden välisenä yhteyshenkilönä.
- Kotiutushoitaja osallistuu asiakkaan hoitoneuvotteluihin avohuollon asiantuntijana muiden työntekijöiden lisäksi kun kyseessä on uusi asiakas tai vaikea kotiutus/ sijoitus
- Kotiutushoitaja osallistuu hoidon, palvelun ja kuntoutustarpeen arviointiin, hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman tekemiseen sekä jatkohoidon suunnitteluun
- Kotiutushoitaja tekee yhteistyötä vanhustenhuollon erityispalveluiden kanssa
- Kotiutushoitaja neuvoo ja opastaa asiakkaita ja yhteistyökumppaneita avohuollon palveluista. Hän huolehtii siitä, että asiakkailla ja yhteistyökumppaneilla on ajantasaiset yhteydenottotiedot.

Liite 2. Saatekirje ja esseen kirjoittamisohje

Sairaanhoitaja
Pia Leppänen
Länsimäen kotisairaanhoido
Keilakuja 1
01280 Vantaa
Puh. 040 505 3313 tai (09)839 31755
pia.leppanen@vantaa.fi

10.4.2005

ARVOISAT VANTAAN KAUPUNGIN KOTIHOIDON KOTIUTUSHOITAJAT

Opiskelen Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa ikääntyvien ja pitkäaikaisten potilaiden hoidon jatkokoulutusohjelmassa (60 ov) ja olen saanut tutkimusluvan opinnäytetyölleni (20 ov), jonka aiheena on **Kotiutushoitajan tehtäväkuva Vantaan kaupungin kotihoidossa**.

Pyydän teitä, mitä kohteliaimmin, osallistumaan opinnäytetyöhöni kirjoittamalla yhdessä työparisi (I. varakotiutushoitaja) kanssa esseen, jonka pohjana käytätte liitteenä olevaa Hakunilan alueella tehtyä kotiutushoitajan tehtäväkuvausta. Pyydän, että kirjoitatte esseeseen mahdollisimman yksityiskohtaisesti kaiken sen, mitä teidän mielestänne kyseiset kohdat pitävät sisällään, ei kuitenkaan asiakastietoja. Kohdat, joihin toivon vastauksianne, on lihavoitu tehtäväkuvauksessa. Voitte kirjoittaa siinä järjestyksessä, kuin haluatte; mielellään jotain kaikista kohdista. Mukana on esseen kirjoittamista ohjaavat kysymykset

Saatuja esseitä käsittelen sisällönanalyysin menetelmin ja mahdollisesti analyysistä nousseita kysymyksiä tarkennan syksyn 2005 aikana.

Saadut esseet näen vain minä. Säilytän esseitä myös siihen saakka, kunnes opinnäytetyöni on valmis keväällä 2006, jonka jälkeen hävitän ne. Kirjoitan saadut tulokset siten, ettei niistä pysty tunnistamaan ketään henkilökohtaisesti.

Toivon, että lähetätte minulle esseen kahden viikon kuluessa takaisin eli _____ mennessä joko kaupungin sisäisellä postilla yllä olevaan osoitteeseen tai sähköpostitse. Mahdollisiin lisäkysymyksiin vastaan mielelläni yllä olevista numeroista.

Kiitos yhteistyöstänne!

Pia Leppänen

Liite 3: Suostumiskaavake

10.4.2005

Suostun osallistumaan Pia Leppäsen toteuttamaan tutkimusluvan saaneeseen opinnäytetyöhön **Kotiutushoitajan tehtäväkuva Vantaan kaupungin kotihoidossa** kirjoittamalla työparini kanssa esseeseen, jonka pohjana käytän Hakunilan alueella tehtyä kotiutushoitajan tehtäväkuvausta.

Suostun myös siihen, että Pia Leppänen ottaa minuun mahdollisesti yhteyttä esseitten pohjalta nousseitten kysymysten tarkennusta varten syksyn 2005 aikana.

Saadut esseet Pia Leppänen säilyttää niin, ettei niitä näe kukaan muu ja hävittää ne, kun opinnäytetyö on valmis. Saadut tulokset hän kirjoittaa niin, ettei vastauksista pysty tunnistamaan kenenkään vastaajan henkilöllisyyttä.

Vantaalla __/__. 2005

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Yhteistietoni ovat:

työyksikkö_____

osoite_____

puhelinnumero_____

sähköposti_____

Liite 4: Esseen kirjoittamista ohjaavat kysymykset

10.4.2005

ESSEEN KIRJOITTAMISTA OHJAAVAT KYSYMYKSET:

1. Mitä asioita näihin kohtiin kuuluu? Miten ne näkyvät käytännössä? Voitte kertoa esimerkkejä. Ei asiakastietoja.
2. Arvioikaa tehtävänkuvauksen selkeyttä! Miten tehtävänkuvausta tulisi tarkentaa? Mitkä ovat keskeisimmät asiat tehtävänkuvauksessa kotiutusprosessin kannalta? (Miettikää työnne kannalta!)
- 3 Mitä tehtävänkuvauksesta puuttuu? Mitä haluaisitte lisätä tehtävänkuvaukseen?

Voitte vastata siinä järjestyksessä, kuin haluatte. Ei mielellään ranskalaisia viivoja käyttäen.

KIITOS!

Liite 5: Toisen vaiheen haastattelujen runko

20.12.2005

KESKUSTELURUNKO HYVÄN KOTIUTUKSEN KRITTEERIEN LUOMISTA VARTEN:

ASIAKASLÄHTÖISYYS

YHTEISTYÖ

KOTIUTUKSEN KOORDINOINTI

TIEDOTTAMINEN

HOITONEUVOTTELUIDEN KOORDINOINTI JA JÄRJESTÄMINEN

TARVITTAVAT PALVELUT

YHTEYDENPITO

ASIAKKAAN HOIDON ARVIOINTI

Näistä asioista on siis tarkoitus keskustella ja miettiä, mitä ne pitävät sisällään. Mitä asioita meidän mielestä pitäisi ottaa huomioon, kun asiakas kotiutuu Vantaan kaupungin Kotihoitoon siten, että kotiutusta voidaan pitää turvallisena ja hyvin onnistuneena.