

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2011

Emilia Pirttijärvi & Laura Viisanen

SAIRAANHOITAJAN TYÖTEHTÄVÄT KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Lokakuu 2011 | 42 sivua

Ohjaaja : Maika Kummel

Emilia Pirttijärvi & Laura Viisanen

SAIRAANHOITAJAN TYÖTEHTÄVÄT KOTIHOIDOSSA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä ovat kotihoidossa työskentelevän sairaanhoidajan työtehtävät. Kotisairaanhoito on kokonaisvaltaista terveydenhuoltoa, joka tapahtuu pääsääntöisesti asiakkaan kotona. Tutkimus on osa kansainvälistä ImPrim-projektia, jonka tavoitteena on edistää perusterveydenhuollon laatua Itämeren maissa. Yksi projektin pääaihealueista on henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen. (ImPrim 2011.)

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena ja aineistonkeruun menetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin SPSS 19.0 -ohjelmalla. Kohderyhmänä olivat varsinaissuomalaisen kotihoidon 21 lähipalvelualueen sairaanhoidajat (N=42). Vastauksia saatiin yhteensä kuudelta, joten vastausprosentiksi muodostui 14,3 %. Kuitenkin ainoastaan kolmea vastausta pystyttiin hyödyntämään kokonaisuudessaan. Tutkittavia käynnejä kotihoidon asiakkaiden luona kertyi 40 ja näiden yhteydessä toteutettiin 149 toimenpidettä.

Yleisimmät kotisairaanhoitajan tekemät toimenpiteet olivat laboratorionäytteen otto 10,1 % (f=15) lääkkeiden jako dosettiin 6,7 % (f=10), verenpaineen ja pulssin mittaaminen 6,7 % (f=10) sekä lääkkeenanto suun kautta 5,4 % (f=8). Erityisen vähän tai ei ollenkaan toteutettiin perushoitoa ja psyykkisen tilan tarkkailua. Käynnit kirjattiin miltei jokaisen asiakkaan osalta. Asiakasta opetettiin ja ohjattiin 13 kertaa (8,7 %), ja muuta opetusta ja ohjausta tehtiin kuudella käynnillä (4,0 %). Tutkittavien vapaasti kirjaamat vastaukset muodostivat laajan osan koko aineistoa, ja suurin osa niistä koski asiakkaan hoidon organisointia.

Tulosten perusteella kotisairaanhoitajan työtehtävät painottuvat terveydentilan seurantaan ja sairaanhoidollisiin tehtäviin, kuten lääkehoidon toteuttamiseen. Kotisairaanhoitaja toimii työssään moniammatillisessa tiimissä. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan kotisairaanhoitaja on asiakkaansa kokonaishoidon järjestäjä ja yhteydenpitäjä muihin terveydenhuollon paikkoihin. Lisäksi hoidon organisoinnilla on keskeinen rooli kotisairaanhoitajan työssä.

ASIASANAT:

kotisairaanhoitaja, kotisairaanhoito, kotihoito, koti hoitoympäristönä, kotisairaanhoitajan työtehtävät

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nursing

October 2011 | 42 pages

Instructor: Maika Kummel

Emilia Pirttijärvi & Laura Viisanen

NURSE'S DESCRIPTION OF JOB WHEN WORKING IN HOME CARE

The purpose of the study was to determine the job description of registered nurses working in home care. Home care is seen as a holistic way of care, and it is done mainly at patient's home. This study is part of the international ImPrim project aiming at promoting equitably distributed high quality Primary Health Care services in the Baltic Sea Region. One of the project tackles is professional development of Primary Health Care staff. (ImPrim 2010.)

The study was conducted as a quantitative research and a structured questionnaire was used as a data collection method. The data was analysed with SPSS 19.0. The target group was 42 registered nurses of the 21 local home care service areas of Southwest Finland. A total amount of responses was 14,3 % (f=6). The six responses included 40 home visits and these included 149 nursing tasks.

Nurses' most common tasks were laboratory sample 10,1 % (f=15), drug distribution into a dosett 6,7 % (f=10), blood pressure and pulse measurement 6,7 % (f=10) and drug administration by mouth 5,4 % (f=8). The most rare or not existing tasks were basic care actions and observing of psychiatric health. Almost all of the home visits were recorded into a patient information system. Clients were taught and guided in 8,7 % (f=13) of home visits and other teaching and guiding was done six times (4,0 %). The answers of the open questions formed a large part of the whole data, and most of this data related to organizing the patient's care.

According to the results, home care focuses on the health status monitoring and medical tasks. Nurses work in a multi-professional team. Earlier research results that registered nurses working in home care are client's total care providers and contact often other health care services. In addition organizing the holistic care of the patient plays an important role in home care work.

KEYWORDS:

home care nurse, home care nursing, home care, home as a nursing environment, nursing actions in home care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET	8
2.1 Tutkimuksen tausta	8
2.2 Tutkimuksen tavoitteet	8
3 KESKEISET KÄSITTEET JA AIELMI TUTKIMUSTIETO AIHEESTA	10
3.1 Keskeiset käsitteet	10
3.1.1 Kotisairaanhoido, kotipalvelu ja kotihoito	10
3.1.2 Kotisairaanhoidajien asiakkaat ja koti työympäristönä	11
3.1.3 Kotisairaanhoidajan työtehtävät	12
3.2 Aiempi tutkimustieto aiheesta	12
3.2.1 Kotihoitotyön käytännön haasteet	12
3.2.2 Kotisairaanhoidaja asiakkaan itsenäisen selviytymisen tukijana	13
3.2.3 Yhteinen hoitovastuu ja tiimityö kotihoidossa	14
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	16
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	17
5.1 Aineisto	17
5.2 Menetelmät	17
5.3 Aineiston käsittely ja analyysi	19
6 TULOKSET	20
6.1 Taustatiedot	20
6.2 Toimenpiteet pääotsikoittain	21
6.2.1 Lääkehoito	21
6.2.2 Kudoseheys	22
6.2.3 Seuranta ja tarkkailu	22
6.2.4 Konsultaatiot	23
6.2.5 Perushoito	23

6.3 Muut	24
6.3.1 Muu toiminta hoitajien vapaasti kuvaamana	24

7 POHDINTA **26**

7.1 Eettiset seikat	26
---------------------	----

7.2 Luotettavuus	26
------------------	----

7.3 Tulosten tarkastelua	28
--------------------------	----

8 JOHTOPÄÄTÖKSET **33**

LÄHTEET **34**

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Ohje kyselylomakkeen täyttämiseen

Liite 5. Muut-osion vastaukset jaoteltuina aihepiireittäin

KUVIOT

Kuvio 1. Seuranta ja tarkkailu (alaotsikoiden keskinäinen suhde)	22
--	----

Kuvio 2. Työtehtävien esiintyminen koko aineistossa lukumäärittäin	23
--	----

Kuvio 3. Muut-osion vastausten jakautuminen	25
---	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Kotihoidon asiakkaiden ikärakenne	20
---	----

Taulukko 2. Kotikäyntien kesto	21
--------------------------------	----

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, mitkä ovat kotisairaanhoidajan työtehtävät suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, ja se on osa kuuden Itämeren maan yhteistä ImPrim-projektia. Lyhenne tulee englannin kielen sanoista *improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems* (ImPrim 2011).

Monissa kunnissa asiakkaan hoivasta, huolenpidosta ja sairaanhoidosta vastaa kotihoito, joka kuuluu perusterveydenhuollon piiriin. Kotihoidossa sosiaalihuollon kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoido toimivat yhdessä tavoitteenaan edistää laadukkaiden palvelujen järjestämistä. (Turku 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Sairaanhoidajien kanssa kotihoidossa työskentelee mm. lähi- ja perushoitajia sekä kodinhoitajia, mutta opinnäytetyössä käsitellään sairaanhoidajien työtehtäviä kotihoidossa.

Kotihoidossa työskentelevän sairaanhoidajan työ on monipuolista ja vaativaakin, koska asiakaskunta käsittää niin huonokuntoisia vanhuksia, pitkäaikaissairaita ja vammaisia kuin satunnaisesti lapsiperheitäkin (Friis 2004, 7, 10). Kuitenkin kotisairaanhoidajan työtä voidaan pitää vanhuspainotteisena (Stakes 2009; Valta 2008, 59) ja sen tavoitteena on tukea iäkkäitä ja pitkäaikaissairaita pärjäämään kotona turvallisesti (Friis 2004, 10). Kotisairaanhoidajan toimiminen yksin tai kaksin asiakkaan kodissa tekee työn luonteesta sekä hoitosuhteista erilaisia. Toisaalta hänen tukenaan on aina moniammatillinen tiimi, jota konsultoidaan monin tavoin. (Sanerma 2009, 103.) On silti oletettavaa, että pääsääntöisesti sairaanhoidaja on asiakasta hoidettaessa edelleen, ennen kaikkea korkeakoulutasoisen koulutuksensa johdosta (Sairaanhoidajaliitto 2011), suurinta vastuuta kantava henkilö hoitotiimissä. Sairaala- tai terveyskeskustyöhön verrattuna koti on myös hoitoympäristönä erikoinen, sillä hoitaja joutuu tekemään työtään asiakkaan yksityisellä alueella (Friis 2004, 8).

Väestön ikääntyessä ja heidän hoitonsa painottuessa laitosten sijasta kotiin, kotisairaanhoidotyön rooli etenkin vanhenevan väestön terveyden ja

elämänlaadun ylläpidossa tulee väistämättä lisääntymään (Turku 2011). Nähtävissä on jo suuntaus, että entistä huonokuntoisempia asiakkaita pyritään hoitamaan kotiympäristössään aiempaa pidempään, mikä toisaalta usein vastaa heidän omia toiveitaan. Terveystilan heikentyessä mahdollisuus asua tutussa kotiympäristössä voidaankin nähdä myös asiakkaan oikeutena. (Leino-Kilpi 2009, 282.) Samalla suuntaus tuo mukanaan uusia haasteita etenkin kotihoidon hoitotyöntekijöille, sillä palvelun laatu tulisi kyetä takaamaan siitä huolimatta, että ympäristö saattaa hoitotyön käytännön toteuttamisen kannalta olla hyvinkin haastava.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

2.1 Tutkimuksen tausta

ImPrim-projektin tarkoituksena on edistää laadukasta perusterveydenhuoltoa Itämeren maissa. Projektin ydinkysymykset liittyvät perusterveydenhuollon saatavuuteen, taloudellisiin resursseihin sekä henkilökunnan työtehtäviin ja niiden kehitykseen. Projekti on kuuden Itämeren maan yhteinen hanke ja monessa näistä maista väestöryhmien välillä esiintyy suuria terveyseroja. Terveystenhuoltoa koskevalla huono-osaisuudella on yhteys myös sosiaalisiin ongelmiin ja tautien kuten HIV:n, AIDS:in ja tuberkuloosin leviämiseen. Perusterveydenhuollon kehittäminen on tehokas keino kaventaa terveyseroja ja ennaltaehkäistä kulkutauteja. (ImPrim 2011.)

Opinnäytetyössä kartoitetaan kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työtehtäviä Suomessa, koska ImPrim-projektin yksi pääaihealue on perusterveydenhuollon henkilökunnan työtehtävät ja niiden kehittäminen, ja tavoite terveyden edistäminen. (ImPrim 2011.)

2.2 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on selvittää, mitä varsinaissuomalaisessa kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työ pitää käytännössä sisällään. Tämän myötä myös selkiytyy, minkälainen sairaanhoitajan rooli on kokonaisuudessaan suhteessa muuhun *kotihoidon* henkilöstöön. Yksi tavoite on myös sen hyödynnettävyys edellä mainitussa ImPrim-projektissa. Tutkimuksella halutaan tuoda näkyviin suomalaisen kotihoitotyön hyväksi havaittuja käytäntöjä niissä maissa, joissa perusterveydenhuollon palveluja tarvitsevan väestön hoito, johon kotihoitokin kuuluu, on vielä puutteellista (ImPrim 2011). Valmis tutkimus tulee toivottavasti

myös herättämään kiinnostusta kotihoidossa työskentelyä kohtaan alan opiskelijoiden keskuudessa.

3 KESKEISET KÄSITTEET JA AIEMPI TUTKIMUSTIETO AIHEESTA

3.1 Keskeiset käsitteet

3.1.1 Kotisairaanhoido, kotipalvelu ja kotihoito

Kotisairaanhoido on asiakkaan kotona tapahtuvaa, hoitosuunnitelman mukaista kokonaisuhoitoa ja vaativaa sairaanhoidoa. Pääasiassa kotisairaanhoidossa työskentelevät ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Kotisairaanhoidotyön tavoitteena on tukea esimerkiksi pitkäaikaisesti sairaita ja iäkkäitä ihmisiä selviytymään kotona itsenäisesti, tukea kuntoutumista ja arvioida asiakkaan toimintakykyä. Olennaista on, että hoitaja ymmärtää työssään asiakasta tämän omassa elämäntilanteessa, ympäristössä ja elämänvaiheessa. (STM 2011; Friis 2004, 11.) Kotisairaanhoidaja huomaa usein myös ensimmäisenä ongelmat asiakkaan hoidossa ja hänen kotonaan, kuten puutteet esteettömyydessä (Kotilainen 2002, 111).

Kotipalvelulla tarkoitetaan asiakkaan avustamista kotona sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Työhön kuuluu arkipäivän toiminnoissa avustamista, asiakkaan voinnin seuranta ja hygieniasta huolehtimista sekä erilaista opastamista ja ohjaamista. Kotipalvelussa työskentelee pääasiassa lähi- ja kodinhoitajia sekä kotiavustajia. (STM 2011; Ronkainen ym. 2002, 101.)

Nykyään monissa kunnissa asiakkaan hoivasta, huolenpidosta ja sairaanhoidosta vastaa *kotihoito*, jossa toimivat sosiaalihuollon kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoido yhdessä. Yhdistäminen alkoi yleistyä jo 1990-luvulla, mutta erityisesti vuoden 2004 kokeilulainsäädäntö helpotti muutosta. (Heinola 2007, 65.) Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdessä toimimisen tavoitteena on parantaa vanhusten ja muiden asiakasryhmien sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista ja edistää osaltaan laadukkaiden palvelujen järjestämistä (STM 2004). Varsinais-Suomessa, missä tutkimus

toteutettiin, kotipalvelu ja kotisairaanhoido on niin ikään yhdistetty kotihoidoksi, kuten tutkimuksen tavoitteita esiteltäessä jo mainittiin. Kotihoito on jaettu 21 lähipalvelualueeseen.

3.1.2 Kotisairaanhoidajien asiakkaat ja koti työympäristönä

Kotisairaanhoidajien asiakkaita voivat olla ikäihmiset, vammaiset ja sairaat, ja myös lapsiperheet voivat saada apua sairaustapauksissa ja kriisitilanteissa (STM 2011). Valta on tutkinut väitöskirjassaan iäkkäiden päivittäistä suoriutumista kotona ja kuvaa tutkimuksessaan kotisairaanhoidon asiakkaita (n=204) noin 75–84-vuotiaiksi valtaosin naisleskiksi, joiden tulotason kotisairaanhoidajat arvioivat vähintään tyydyttäväksi ja joiden koulutustaso on kansakoulu tai vähemmän (84% asiakkaista) (Valta 2008, 59). Finne-Soveri ym. (2006, 65–67) puolestaan mainitsevat, että valtaosalla kotihoidon asiakkaista on jonkinasteinen kognition vaje; toisin sanoen kotisairaanhoidaja kohtaa työssään paljon dementoituneita henkilöitä. Stakesin mukaan Suomen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,4 prosenttia oli marraskuun 2009 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaina (Stakes 2009).

Kotisairaanhoidajan työympäristö on pääsääntöisesti asiakkaan koti. Kotisairaanhoidajien käynnit asiakkaiden kotona voivat vaihdella muutamista minuuteista tunteihin ja mukanaan heillä tulee olla tavallisimmin tarvittavat lääkkeet ja välineet. (Perroca & Ek 2004, 854.) Kotisairaanhoidossa tarvitaan ammatillisuuden lisäksi sosiaalisia taitoja kuten kommunikointitaitoja, havainnointitaitoa, joustavuutta ja tiimityöskentelytaitoja. Asiakkaan kotona tapahtuva hoitaminen vaatii myös erityisosaamista, kuten kunnioitusta asiakkaan arvoja kohtaan ja yksilöllisyyden huomioimista. Hoitoympäristönä koti on erilainen kuin esimerkiksi sairaalat, joissa hoidon lähtökohtana on laitospäätös ja lääketieteellisyys. (Kotilainen 2002, 111; Perroca & Ek 2004, 855.) Sanerma (2009, 66) toteaa työntekijöiden pitävän kotia poikkeuksellisenä työympäristönä, ja laitos- ja kotihoidon jyrkän jaottelun olevan vallitseva tapa jäsentää vanhustenhuoltoa.

3.1.3 Kotisairaanhoidajan työtehtävät

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee *kotisairaanhoidajan työtehtäviksi* asiakkaan kotona tehtävät lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimet, näytteenoton, lääkityksen valvomisen ja asiakkaan voinnin seuraamisen. Vaativa sairaanhoito, esimerkiksi saattohoito, ja omaisten tukeminen ovat osa kotisairaanhoidon työtä. Kotisairaanhoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistää asiakkaan kuntoutumista. (STM 2011.) Elorannan ym. tutkimuksessa mainitaan muutamia konkreettisia esimerkkejä kotisairaanhoidajan työtehtävistä. Näitä ovat mm. lääkkeiden jako dosettiin, ihon ja iho-ongelmien hoitaminen, lääkärin konsultointi ja informoiminen, kotityöt, asiakkaan tukeminen ja voimavarojen kartoittaminen. (Eloranta ym. 2009, 139–142.)

Kotipalvelun perinteiset työtehtävät, kuten siivouspalvelut, ovat vähentyneet ja tilalle on tullut puhtaasti sairaanhoidollisia tehtäviä, joita koulutukseltaan sairaanhoitajat toteuttavat. Terveystilan seuranta ja lääkehoidolliset tehtävät nousevatkin asiakkaiden haastatteluissa keskeisiksi toiminnoiksi. Kotihoidon työntekijöiden työtehtävät liittyvät kuitenkin myös kodin- ja perushoitoon sekä kodin ulkopuolisissa asioissa avustamiseen. (Eloranta ym. 2009, 139–142.) Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen monessa eri muodossa (mm. lääkkeen antaminen, lääkelistojen laatiminen, lääkehoidon opastus) on kuitenkin yksi tärkeä tehtävä kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työssä (Pietikäinen 2004, 53–55).

3.2 Aiempi tutkimustieto aiheesta

3.2.1 Kotihoitotyön käytännön haasteet

Suomalaisissa tutkimuksissa (mm. Eloranta ym. 2009; Friis 2004) kotisairaanhoidajan työtehtäviin liittyy paljon vuorovaikutusta, viestimistä,

opettamista ja ohjaamista. Lisäksi kotisairaanhoidon asiakaskunta on hyvin vaihteleva käsittäen muun muassa ikääntyneitä ja dementoituneita, eri tavoin vammautuneita, psyykkisesti sairaita sekä päihdeongelmaisia ihmisiä (Friis 2004, 16). Viimeksi mainitut asiakasryhmät koetaan kotisairaanhoidajien keskuudessa erityisen haasteellisiksi, sillä esimerkiksi Kadushinin ja Eganin (2001) toteuttamassa tutkimuksessa havaittiin kotihoidon henkilöstön mieltävän juuri mielenterveysongelmiin liittyvät seikat työnsä vaikeimmiksi ratkaistaviksi eettisiksi ongelmiksi. Työn kokonaisvaltaisuuden kuvaajana voidaan nähdä myös Friisin (2004) kuvailema käytäntö, jossa hoidon tarve määritellään aina erikseen myös asiakkaan perheelle. Omaiset ovat lisäksi sekä tärkeä voimavara että tiedonvälitysväylä asiakkaan hyvässä hoidossa (Vaarama & Voutilainen, 2002, 77).

Sairaalassa työskentelevän sairaanhoitajan ja kotisairaanhoidajan työn eroihin on paneuduttu muun muassa Schneiderin (1997, 289–290) toteuttamassa tutkimuksessa, jossa kotisairaanhoidajan työn vaativuutta tuodaan esille huomioimalla se seikka, että asiakkaan kotona sairaanhoitajan on työskenneltävä itsenäisesti ja hyvin pienen taustajoukon tukemana. Hänen tehtävänä on seurata asiakkaan kotona selviytymistä, yleiskuntoa, elintoimintoja, vointia ja erilaisten hoitojen vaikutuksia sekä ohjata ja tukea potilasta ja tämän läheisiä (Friis 2004, 17). Samoin toteavat Perälä ym. (2006) kuvatessaan kotisairaanhoidajan asemaa asiakkaansa hoitojen ja palvelujen koordinaattorina. Työn kokonaisvaltaisuudesta johtuen hoitajan tietämyksen on kotisairaanhoidossa oltava erityisen laaja-alaista, eli käytännössä esimerkiksi ergonomian ja fysioterapian taidot ovat tarpeen, ja sosiaalipuolenkin tietoja on jatkuvasti päivitettävä (Friis 2004, 13).

3.2.2 Kotisairaanhoidaja asiakkaan itsenäisen selviytymisen tukijana

Eloranta ym. (2009) ovat tutkineet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, eli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun muodostamaa kotihoitoa, asiakkaan kotona asumisen tukemisen kannalta. Tutkimusartikkeli esitteli aihetta sekä

kotisairaanhoidon asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Avoimin sekä ryhmähaastatteluin toteutetun tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa yhteistyön onnistumista edistävistä ja uhkaavista tekijöistä. Tutkimuksen tulosten perusteella voitiin todeta, että yhteistyön onnistumista edistävät ja uhkaavat tekijät liittyivät yhteiseen hoitovastuuseen, tiedonkulkuun ja yhtenäiseen toimintatapaan asiakkaan itsenäisen toiminnan edistämiseksi. (Eloranta ym. 2009, 139–142 .)

Valta tutki väitöskirjassaan (2008) iäkkäiden päivittäistä suoriutumista kotona. Tutkimuksen tarkoitus oli rakentaa iäkkäiden päivittäiselle suoriutumiselle malli, joka kuvaa suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä iäkkäiden että kotisairaanhoidajien näkökulmasta (Valta 2008). Sairaanhoidajan näkökulman osalta Vallan tutkimustulokset olivat samansuuntaisia Elorannan ym. kanssa. Kotisairaanhoidajan täytyy työssään ottaa huomioon asiakkaan yksilöllisyys ja huolehtia, että hoito on kokonaisvaltaista. Iäkkäiden näkökulmasta keskeisiä suoriutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat kokemus ympäristön turvallisuudesta, ”hyvä ja paha olo”, mieliala ja itsestä huolehtiminen, avun tarve ja sen saanti sekä elämän monimuotoisuuden hallinta. (Valta 2008, 110.) Kotisairaanhoidajien arvioimana toimintakyvyn säilymisessä ja itsenäisessä suoriutumisessa tärkeitä tekijöitä ovat kognitiiviset toiminnot, sosiaaliset suhteet ja mieliala sekä virtsaamisongelmat ja niiden hallitseminen (Valta 2008, 115).

3.2.3 Yhteinen hoitovastuu ja tiimityö kotihoidossa

Yhteisellä hoitovastuulla tarkoitetaan vastuun jakautumista eri ammattiryhmien kesken ja eri ammattiryhmien osaamisen hyödyntämistä (Eloranta ym. 2009, 139–142). Moniammatillinen työtapa yhdistettynä yksilövastuuseen työhön on nähty hyvänä toimintatapana vanhustyössä (Sanerma 2009, 92). Kotihoidon lisäksi asiakas voi tarvita erilaisia tukipalveluja, kuten sosiaalihuollon palveluja, päivä- tai kotisairaalaa, kolmannen sektorin palveluja tai yöhoitoa (Sanerma 2009, 76).

Kotihoidossa tiimityöllä tarkoitetaan pääasiassa moniammatillista ryhmää, joka muodostuu asiakkaan tarpeiden ja palveluiden perusteella. Tiimissä työskentelevät kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät, lääkäri, fysio- ja toimintaterapeutit, kuntohoitajat, jalkahoitajat ja avopuolen tai vanhustenhuollon sosiaalityöntekijät. (Sanerma 2009, 106–107.)

Ongelmana yhteisessä hoitovastuussa nähdään kokonaishoidon pirstaloituminen. Elorannan ym. (2009, 139) tutkimuksen kategoriassa *tiedonkulku* esille nostetaan esimerkiksi reissuvihkot, puhelinkonsultaatiot ja palaverit. Tiedonkulkua kuitenkin uhkaa yhteisen tietojärjestelmän puute ja esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden käytössä olevien tietokoneiden vähyys. Konkreettisenä keinona edistää asiakkaan itsenäistä toimintaa mainitaan suoriutumisen arvioiminen ja tukeminen, esimerkiksi päivittäisissä toiminnoissa. Kuitenkin kiire, asenteet ja koko henkilökunnan yhtenäisten tavoitteiden sekä psykososiaalisen tuen puute nähdään esteenä asiakkaan itsenäiselle selviytymiselle. (Eloranta ym. 2009, 139-142.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä ovat kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työtehtävät.

Tutkimusongelma:

1. Mitkä ovat varsinaissuomalaisen sairaanhoitajan työtehtävät kotihoidossa?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Aineisto

Jokaiselle varsinaissuomalaisen kotihoidon 21 lähipalvelualueelle jaettiin kahdet materiaalit tavoitteena, että kunkin alueen kaksi sairaanhoitajaa (N=42), osallistuisivat tutkimukseen. Materiaalit koostuivat saatekirjeestä (liite 3), viidestä kyselylomakkeesta (liite 1), ohjeistuksesta (liite 4) ja suostumuslomakkeesta (liite 2). Kyselylomakkeita oli tarkoitus täyttää viiden työvuoron ajan niin, että yksi lomake vastasi yhtä työvuoroa. Materiaalien jako ja palautus tapahtuivat sisäisen postin välityksellä.

Tutkimukseen vastasi kuusi kotihoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa ja näistä vastauksista jouduttiin hylkäämään kolme. Yhden vastauksen kohdalla syy hylkäämiseen oli lomakkeiden strukturoidun osion täytön puutteellisuus. Vapaan tekstin osalta nämäkin lomakkeet olivat kuitenkin hyödynnettävissä. Kahden lomakkeen hylkäämisen syynä oli viivästynyt palautus. Näin ollen suuri osa aineistosta muodostui lopulta kolmen sairaanhoitajan 40 kotikäyntiä ja 149 toimenpidettä koskevista vastauksista.

5.2 Menetelmät

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely ja näin ollen se on laadultaan kvantitatiivinen. Englanninkielinen termi *survey* viittaa kyselyjen, haastattelujen tai havainnointien muotoihin, joissa aineisto kerätään standardoidusti, toisin sanoen kaikilta vastaajilta kysytään asioita samalla tavalla. Kysely on menetelmänä tehokas ja mahdollistaa laajan aineistonkeruun, samoin aikataulu ja mahdolliset kustannukset voidaan arvioida melko tarkkaan. (Hirsjärvi ym. 2005, 182–184.)

Tutkiessaan kolmen kotisairaanhoitajan kertomuksia Friis pohti, voidaanko suhteellisen pientä aineistoa yleistää kuvaamaan kotihoidossa työskentelevän

sairaanhoidajan työtä (Friis 2004, 76). Samaa asiaa pohdittiin myös tämän tutkimuksen menetelmää valittaessa. Myös haastattelututkimusta vaihtoehtona harkittiin, koska siten aineisto olisi ollut elävämpi ja vuorovaikutteisempi (Hirsjärvi ym. 2005, 193–195). Kyselytutkimukseen kuitenkin päädyttiin, koska tutkimuksen tekemiseen varattu aika ei olisi riittänyt riittävän kattavan haastatteluaineiston keräämiseen, ja samasta syystä kyselyn laajuudeksi määriteltiin maksimissaan 42 hoitajaa Varsinais-Suomesta.

Kyselylomakkeen laadintavaihe on keskeistä tutkimuksen onnistumisen kannalta, koska jos kyselylomake on laadittu vastaamaan tutkimusongelmia, itse analyysivaihe helpottuu (Tähtinen ym. 2011, 20–21). Tutkimuksen kyselylomakkeen rakenteeksi valittiin Eva Lena Strandbergin väitöskirjaansa luoma AUDIT- lomake (Strandberg 2008, 21), jonka muuttujat muutettiin vastaamaan tämän tutkimuksen aihetta. Lomakkeeseen myös lisättiin sarakkeita. Strandbergin kyselylomake valittiin, koska sen rakenne vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja sitä käytettiin myös muissa ImPrim-projektin tutkimuksissa.

Kyselylomakkeeseen kotisairaanhoidajat merkitsivät asiakkaan iän ja sukupuolen, ja sen jälkeen rastittivat kunkin asiakkaan kohdalta suoritettujen hoitotoimenpiteet sekä tarvittaessa täydensivät viimeksi mainittua osiota lomakkeen kääntöpuolelle. Lomakkeen sarakkeet oli jaoteltu pääotsikoittain **lääkkeenanto, kudoseheys, seuranta ja tarkkailu, konsultaatiot** sekä **perushoito**, ja jokainen pääotsikko sisälsi omat yksityiskohtaisemmat alaotsikkonsa. Rastitettavat kysymykset muotoiltiin hoitotyön systemaattisen kirjaamisen komponentteja (Liljamo ym. 2008, 5) sekä aiempaa tutkimustietoa mukaillen. Lisäksi kysyttiin **kirjaamisesta, asiakkaan opetuksesta ja ohjauksesta** sekä **muusta opetuksesta ja ohjauksesta**. Samoin tiedusteltiin, toimiko sairaanhoitaja tilanteessa yksin vai esimerkiksi kollegan kanssa, ja tapahtuiko hoito asiakkaan kotona vai vastaanotolla.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiinsa. Aineiston järjestäminen aloitetaan tietojen tarkistamisella, jotta mahdolliset virheellisesti täytetyt tai puutteelliset lomakkeet voidaan sulkea pois tutkimuksesta. (Hirsjärvi ym. 2005, 209).

Mahdollisten virheellisesti tai puutteellisesti täytettyjen lomakkeiden poissulkemisen jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallentamista ja analysointia varten. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistosta muodostetaan muuttujia, jotka koodataan antamalla jokaiselle havaintoyksikölle arvo. Yleinen sääntö on, että aineiston analysointi aloitetaan mahdollisimman pian aineistonkeruuvaiheen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2005, 210–211.)

Tutkimuksen aineiston analyysi tehtiin IBM SPSS Statistics -ohjelmalla. Lyhenne tulee englannin kielen sanoista *Statistical Package for Social Sciences*, ja kyseessä on tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelma, jolla voidaan tehdä kvantitatiiviselle tutkimukselle tarpeellisten analyysien lisäksi myös monimutkaisempia tarkasteluja. SPSS on sekä Suomessa että kansainvälisesti käytetty tilastotieteen ohjelma. Tutkimuksessa käytettiin ohjelmasta versiota 19.0. (Mamia 2005, 6.) Aineisto järjestettiin taustatietojen, pääotsikoittain järjestettyjen työtehtävien sekä muut-osion vastausten perusteella omiksi kokonaisuuksiksiin. Kerätty aineisto analysoitiin tekemällä jokaisesta toimenpiteistä kuvaavasta osakokonaisuudesta frekvenssitaulukko, joista ilmeni toimenpiteiden määrä ja niiden prosentuaalinen osuus kaikista toimenpiteistä. Mutkikkaampia tilastollisia analyyseja (esim. ristiintaulukoinnit) tämän tyyppisestä aineistosta ei voitu tehdä.

6 TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Tutkimuksen aineistoksi muodostui kolmen kotihoidon sairaanhoitajan 40 kotikäyntiä ja 149 toimenpidettä koskevat vastaukset. Aineistossa esiintyneet asiakkaat olivat iältään keskimäärin 85 vuoden ikäisiä nuorimman ollessa 56-vuotias ja vanhimman 101-vuotias (Taulukko 1). Suurin osa, eli 62,5 % (f=25) asiakkaista, kuului ryhmään 80–89-vuotiaat ja alle 70 vuoden ikäisiä asiakkaita oli ainoastaan 5 %:a (f=2) koko asiakaskunnasta. Naisasiakkaita (f=31, 77,5 %) oli enemmän kuin miehiä (f=9, 22,5 %).

Taulukko 1. Kotihoidon asiakkaiden ikärakenne

ikä	f	f%
50 - 59	1	2,5
60 - 69	1	2,5
70 - 79	6	15,0
80 - 89	25	62,5
90 - 99	6	15,0
yli 100	1	2,5
yht.	40	100,0

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikki kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien asiakaskontaktit olivat kotikäynnejä. Suurin osa, eli yhteensä 37,5 % (f=15) kotikäynneistä, oli kestoltaan (Taulukko 2) 11–20 minuuttia ja yli 50 minuutin käynnejä tehtiin ainoastaan 2, mikä vastasi 5 %:a kaikista käynneistä. Myös luokkaan 40–50 min sijoittui yhteensä 20 % käynneistä (f=8).

Taulukko 2. Kotikäyntien kesto

käynnin kesto	f	f%
0 - 10 min	2	5,0
11 - 20 min	15	37,5
21 - 30 min	10	25,0
31 - 40 min	3	7,5
41 - 50 min	8	20,0
51 - 60 min	1	2,5
yli 60min	1	2,5
yht.	40	100,0

6.2 Toimenpiteet pääotsikoittain

6.2.1 Lääkehoito

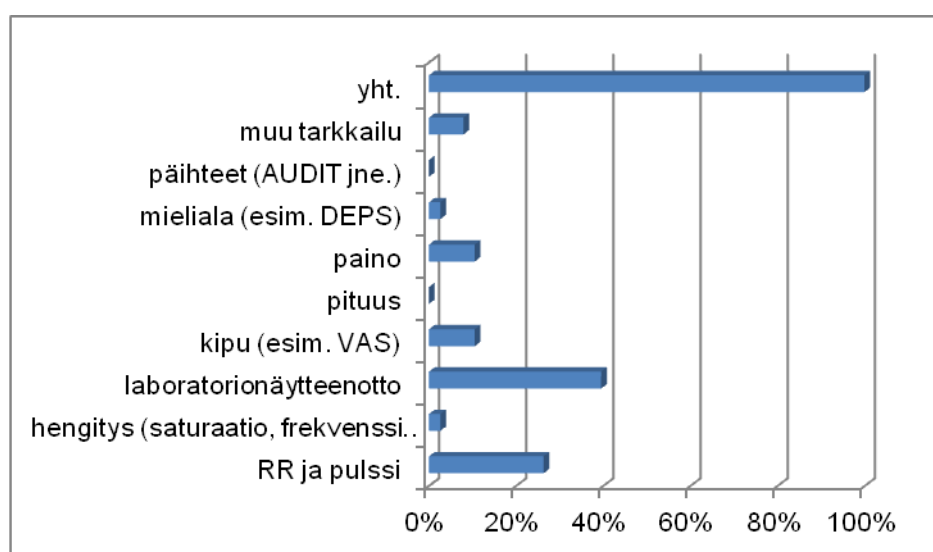
Kotikäyntien yhteydessä toteutettiin yhteensä 25 lääkehoidollista toimenpidettä (Kuvio 2), mikä vastaa 16,8 %:a kaikista suoritetuista toimenpiteistä. Näistä tavallisin toimenpide oli lääkkeiden jako dosettiin ($f=10$, 6,7 %). Lääkkeenantoa suun kautta toteutettiin käynneillä kahdeksan kertaa (5,4 %) ja injektioantoa seitsemän kertaa (4,7 %). Lääkevoiteiden, -laastarien tai vastaavien laittamista ei tullut tutkimuksessa lainkaan esille. Muitakaan kyselylomakkeesta poissuljettuja lääkehoidollisia toimenpiteitä, kuten sytostaatteja, dialyysinesteiden käsittelyä, lääkeinfuusioita, inhaloitavia lääkkeitä, tippoja tai puikkoja ei ilmennyt.

6.2.2 Kudoseheys

Kudoseheys-osion haavanhoitoa ja ihon perushoitoa, kuten rasvausta, sairaanhoitajat toteuttivat yhteensä 10 kertaa (6,7 %). Haavanhoidon osuus oli 2,7 %:a (f=4) koko aineistosta ja vastaavasti ihon perushoidon 4,0 %:a (f=6).

6.2.3 Seuranta ja tarkkailu

Asiakkaan seuranta tai tarkkailua (Kuvio 1) toteutettiin yhteensä 38 kertaa (25,5 %). Useissa tapauksissa samaa asiakasta tarkkailtiin monen eri tekijän, kuten verenpaineen, pulssin, hengityksen ja kivun osalta. Yleisin tarkkailun ja seurannan muoto oli laboratorionäytteenotto (f=15, 10,1 %). Verenpaineen ja pulssin mittaaminen oli myös melko yleistä (f=10, 6,7 %), kun taas hengityksen tarkkailua suoritti vain yksi sairaanhoitaja koko otoksesta (0,7 %). Kipua esimerkiksi VAS-asteikolla (*visual analogue scale*) tarkkailtiin 4 kertaa (2,7%). Samoin painoa tarkkailtiin 4 kertaa (2,7%), kun taas pituutta ei kertaakaan. Mielialan tarkkailua esimerkiksi DEPS-mittarilla (*depression scale*) toteutettiin yhdellä kotikäynnillä (0,7 %) ja päihteidenkäyttöä esimerkiksi AUDIT-testillä (*alcohol use disorders identification test*) ei kertaakaan. Näiden lisäksi muuta tarkkailua toteutettiin kolme kertaa (2,0 %).



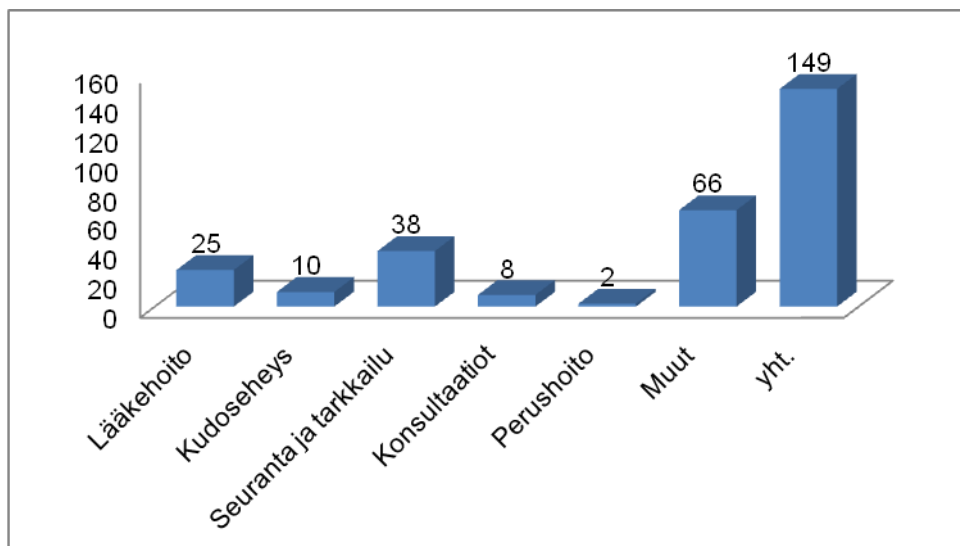
Kuvio 1. Seuranta ja tarkkailu (alaotsikoiden keskinäinen suhde)

6.2.4 Konsultaatiot

Konsultointia toteutettiin yhteensä kahdeksan asiakkaan kohdalla (5,4 %:a kaikista toimenpiteistä), joista kuusi (4,0 %) oli lääkärin konsultointeja. Kollegan tai sosiaalityöntekijän konsultointeja ei mainittu kyselylomakkeissa kertaakaan, mutta yhteistyö muiden terveydenhuollon ammattilaisten ja palveluntarjoajien sekä kollegoiden kanssa kävi ilmi kysymyksestä **muu konsultaatio, mikä?** (f=2, 1,3 %). Vapaa teksti osoitti, että palveluohjausta konsultoitiiin siivoussetelien osalta, toisen sairaalan sairaanhoitajaa laboratorionäytekontrollien osalta ja kollegaa päivystysvuoron aikana. Myös yksi omaisen konsultointi muistamattoman asiakkaan asioista mainittiin.

6.2.5 Perushoito

Perushoito-osion toimintoja toteutettiin kaksi kertaa (1,3 %). Näitä olivat wc-toiminnoissa avustaminen (f=1, 0,7 %) ja pesu (f=1, 0,7 %), jotka molemmat tehtiin samalle asiakkaalle. Rastitettavana olisi ollut myös suunhoito, mutta yksikään sairaanhoitaja ei tehnyt sitä kotikäynnillä.



Kuvio 2. Työtehtävien esiintyminen koko aineistossa lukumäärittäin

6.3 Muut

Kirjaamista toteutettiin miltei kaikkien käyntien osalta eli yhteensä 95 %:ssa käynneistä (f=38). **Asiakkaan opetusta ja ohjausta** puolestaan toteutettiin 13:sta käynnin yhteydessä (8,7 %) ja **muuta opetusta ja ohjausta** kuuden käynnin yhteydessä (4,0 %) (Kuvio 3.).

Kysymyksen **muu toiminta, mikä?** vastaukset muodostivat laajan osan koko aineistoa, ja näitä päädyttiin puolestaan analysoimaan pääpiirteittäin sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Tietyntyyppistä tai jopa täysin samaa toimintaa esiintyi useampaan otteeseen aineistossa, joten myös määrällistä analyysia pystyttiin tekemään.

6.3.1 Muu toiminta hoitajien vapaasti kuvaamana

Muuta kuin lomakkeen strukturoidussa osassa esiintyvää toimintaa ohjeistettiin selvittämään omin sanoin lomakkeen kääntöpuolelle. Kyseistä alaotsaketta **muu toiminta, mikä?** rastitettiin yhteensä 9 kertaa (6,0 % koko aineistosta) ja vastauksia näistä kertyi 31. Kyseinen aineisto oli jaoteltavissa muutaman pääotsikon alle (liite 5), joista merkittävimäksi muodostui asiakkaan hoidon organisointiin liittyvä toiminta.

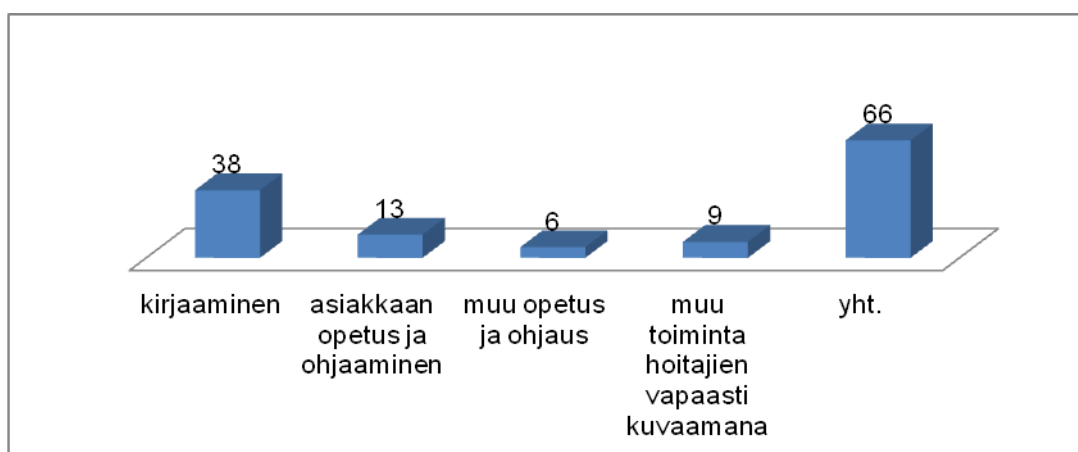
Hoitotoimenpiteistä muut-otsakkeen vapaan tekstin osuudessa mainittiin peg-letkun pyörittely (f=1, 3,2 %) sekä peg-letkun huuhtelu ja letkun juuren puhdistaminen (f=2, 6,4 %). Myös korvahuuhtelu (f=1, 3,2 %) ja avanteen hoito (f=1, 3,2 %) mainittiin. Ohjaamisen ja opetuksen osalta kerrottiin avanteen omahoidon opetuksesta (f=1, 3,2 %), omaisten kysymyksiin vastaamisesta (f=1, 3,2 %) sekä tiimin ohjeistamisesta (f=1, 3,2 %). Joillain käynneillä mukana oli opiskelija, mistä mainittiin muut-osiossa (f=2, 6,4 %). Lisäksi kerrottiin virtsarakkoavanteen (cystofix) hoidon ohjeistamisesta asiakkaalle (f=1, 3,2 %).

Asiakkaan hoidon organisointiin liittyviä vastauksia kertyi yhteensä 15 (48% kaikista osion **muu toiminta, mikä?** vastauksista). Kartoituskäynntejä

mahdollisten asiakkaiden koteihin tehtiin aineiston perusteella kolme (9,7 %) ja yhteen näistä vastauksista (3,2 %) oli eritelty tarkemmin, että kyseessä oli lonkkaleikkauksen jälkeinen kotiutuminen. Organisointiin liittyen kotisairaanhoidaja oli yhden vastauksen (3,2 %) perusteella ollut yhteydessä sosiaalityöntekijään. Kyseinen ”palaveri” koski kyseessä olevan asiakkaan jatkohoitopaikan suunnittelua sekä SAS-arvion (selvitys, arvio, sijoitus) tekoa. Intervallilähetteitä tehtiin kaksi kappaletta (6,4 %). Samoin välitettiin lääkärin määräyksiä muille tiimin jäsenille ja päivitettiin asiakkaiden hoitosuunnitelmia.

Hoidon organisointiin liittyi myös lääkäriaikojen (f=1, 3,2 %) ja näytteidenottoaikojen (f=1, 3,2 %) varaamista asiakkaille sekä laboratoriolähetteen tekoa (f=1, 3,2 %). Samoin lääkehoidon ohjelmointi koskien lääkärin määräysten siirtämistä asiakkaan sähköisestä kirjaamisjärjestelmästä löytyvään lääkelistaan (f=1, 3,2 %) sekä asiakkaan lääkitysasioiden käsittely kotihoidon lääkärin kanssa (f=1, 3,2 %) kuului hoitajien tehtäviin. Tämä suoritettiin niin sanotun lääkäripäivän yhteydessä.

Kotisairaanhoidajat myös päivittivät asiakastietoja (f=1, 3,2 %) ja listoja, joihin oli kirjattu kunkin asiakkaan omahoitaja (f=1, 3,2 %). Samoin hoitotarviketilauksien teko (f=1, 3,2 %) sekä lääkkeiden tilaaminen (f=1, 3,2 %) kuuluivat vastausten perusteella heidän tehtäviinsä. Aineistossa mainittiin aikaa kuluneen myös pistostapaturman selvittämiseen (f=1, 3,2 %).



Kuvio 3. Muut-osion vastausten jakautuminen

7 POHDINTA

7.1 Eettiset seikat

Eettisyyden toteutuminen pyrittiin takaamaan erillisen suostumuslomakkeen sekä saatekirjeen avulla. Kummastakin löytyi keskeinen tieto tutkimuksen aiheesta sekä sen toteuttamistavasta, minkä perusteella vastaanottaja sai kattavan käsityksen siitä, mitä häneltä tutkittavana edellytettiin ja mihin tarkoitukseen tietoja käytettiin. Mikäli jokin seikka tästä huolimatta jäi epäselväksi, tutkijat oli mahdollista tavoittaa joko puhelimitse tai sähköpostitse. Vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen, eli tutkittavia ei missään vaiheessa painostettu tai pakotettu osallistumaan tutkimukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Tutkimustuloksia raportoitaessa pyrittiin huolehtimaan siitä, etteivät tutkittavat itse tai heidän asiakkaansa ole tunnistettavissa, eli raportissa ei esimerkiksi tuotu esille, miltä kotihoidon alueilta vastauksia lopulta saatiin. Vastauksista saatu tieto on ainoastaan tutkijoiden käytössä ja lomakkeet hävitetään tutkimuksen hyväksymisen jälkeen. (TENK 2011.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön ja tutkimuseetiikkaan kuuluu myös, että tutkimusta tehdessä noudatetaan avoimuutta ja rehellisyyttä kaikissa vaiheissa. Niin aiempien tutkimusten tulokset kuin omatkin tulokset esitetään yksiselitteisesti, vääristelemättä ja niin, ettei mitään tai kenenkään tutkijan osuutta jätetä raportoimatta tai korosteta liiallisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–218; Suomen Akatemia 2003, 3–7.)

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksessa pyrittiin luotettavuuteen koko prosessin ajan. Huomiota kiinnitettiin erityisesti siihen, että kyselylomakkeen kysymykset olisivat selkeitä ja yksiselitteisiä ja ohjeistus lomakkeen täyttämiseen riittävä. Lisäksi

lomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman helposti mukana kuljetettava ja nopeasti täytettävä, sillä tiedettiin, että kotisairaanhoidajat voivat olla työssään kiireisiä. Kaikella tällä pyrittiin siihen, että hoitajilla olisi motivaatiota vastata tutkimukseen ja että väärinymmärryksen riski olisi mahdollisimman pieni. Tutkimuksen vastaamiseen varattu aika (kaksi viikkoa) oli kuitenkin suhteellisen lyhyt, mikä osaltaan saattoi vaikuttaa vastaajien määrään. Kuitenkin voidaan todeta, että ne tulokset, jotka tästä suppeasta aineistosta saatiin kokoon, ovat luotettavia. (Hirsjärvi ym. 2005, 184.)

Tutkimuksen kulku pyrittiin kuvaamaan niin, että tarvittaessa sen voisi toistaa. Se, että tässä tutkimuksessa oli kaksi tutkijaa, lisäsi luotettavuutta ainakin virheiden ja puutteiden huomaamisen osalta. Kahden tutkijan tarkkaavaisuus auttoi myös aineiston tilastollisessa analyysissä ja vieraskielisten lähteiden ymmärtämisessä. Koska lähteet olivat pääasiassa suomenkielisiä, vieraan kielen tulkinta ei vaikuttanut luotettavuuteen. Tietoteknisiä ongelmia esimerkiksi SPSS-ohjelman käytössä ei myöskään ilmennyt. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–218; Suomen Akatemia 2003, 3–7.)

Tutkimusta tehdessä lähteiden valintaan kiinnitettiin alusta alkaen huomiota. Lähteiksi pyrittiin ottamaan vain tuoreita, 2000-luvulla toteutettuja tutkimuksia, koska kotisairaanhoidajan työnkuva on saattanut muuttua viime vuosina paljonkin palvelurakenteen muutosten ja asiakaskunnan vaihtelevuuden myötä. Lisäksi tutkimukseen valittiin pääosin kotimaisia tutkimuksia, koska pääpaino oli suomalaisten kotisairaanhoidajien työtehtävissä. Kuitenkin vertailun vuoksi tarkasteltiin myös joitakin ulkomaisia lähteitä. Tutkimuksesta ei myöskään poissuljettu ainoastaan kotisairaanhoidajia koskevia tutkimuksia, vaikka ne eivät täysin vastaa nykyistä yhdistetyn kotihoidon palvelurakennetta. Näiden, erityisesti Friisin (2004) tutkimuksen, koettiin tuovan tähän työhön erityisesti kotisairaanhoidajia koskevaa informaatiota. (Hirsjärvi ym. 2005, 101–102.)

Jokaiselle varsinaissuomalaisen kotihoidon 21 lähipalvelualueelle toimitettiin kaksi kappaletta kyselylomakkeita, mikä perustui ennakkotietoon siitä, että

jokaisen alueen työskentelytiimiin kuului kaksi sairaanhoitajaa. Vastauksia saatiin kuusi kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 14,3 %. Tämä on kyselytutkimukseksi erittäin suppea, sillä valikoimattomalle joukolle tehdyn kyselytutkimuksen tavanomainen vastausprosentti olisi noin 30–40 %. Koska kohderyhmänä olivat ainoastaan kotisairaanhoitajat, olisi voinut olettaa, että kiinnostus kyselyä kohtaan olisi ollut tätä keskimääräistä vastausprosenttiakin suurempi. (Hirsjärvi ym. 2005, 185.)

Mielestämme tutkimustuloksia ei voida aineiston perusteella pitää yleistettävänä, vaan pikemminkin suuntaa-antavina. Tutkimustuloksia ei voida myöskään tarkastella koko Suomea koskevana, sillä aineistonkeruu rajattiin ainoastaan varsinaissuomalaisiin kotisairaanhoitajiin. Kieltämättä tulokset olisivat voineet olla erilaisia, jos aineistoa oltaisi kerätty myös muilta paikkakunnilta, esimerkiksi pienemmistä kaupungeista tai maaseudulta. Aineistonkeruun rajaamiseen päädyttiin siitä huolimatta, että esimerkiksi Suomen suuret kaupungit kattava aineisto olisi ehkä ollut ImPrim-projektille hyödyllisempi. Projektin ydinalue on perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon kehittäminen ja osallistujamaissa on vielä eritasoista perusterveydenhuoltoa. (ImPrim 2011.)

7.3 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitkä ovat kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työtehtävät. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kotisairaanhoitajan työ on vanhuspainotteista, ja asiakkaat ovat usein monisairaita- ja ongelmaisia. Kotisairaanhoitajan tietojen ja taitojen onkin oltava monipuolisia. Kotisairaanhoitajan työtehtävät painottuvat lääkehoidon toteuttamiseen, potilaan tilan seurantaan ja tarkkailuun, opettamiseen ja ohjaamiseen sekä asiakkaan hoidon organisointiin. Vaikka kotisairaanhoitaja työskentelee tiimissä ja työ on moniammatillista, varsinaiset kotikäynnit kuitenkin suoritetaan pääsääntöisesti yksin tai pareittain.

Kotihoidon asiakkaat saattavat tarvita paljon apua juuri turvallisessa lääkehoidossa, ja näin ollen kotisairaanhoidajan työtehtävät painottuvat terveydentilan seurantaan ja sairaanhoidollisiin tehtäviin, kuten niihin liittyvän, lääkärin määräämän lääkehoidon toteuttamiseen. Haastetta lääkehoitoonkin tuo se, että kotihoidon asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia ja voivat kärsiä niin somaattisista kuin psyykkisistä sairauksista. (Sanerma 2009, 174.) Lisäksi lääkityksasioissa kotisairaanhoidajaa voidaan kuvata jonkinlaiseksi viestinviejäksi niin lääkärin ja asiakkaan kuin lääkärin ja tiiminkin välillä (Eloranta ym. 2009, 140).

Tässä tutkimuksessa lääkkeenantotapoja ei ilmennyt kovin monia, mikä johtunee pienestä otoskoosta ja Varsinais-Suomen vanhuspainotteisesta asiakasrakenteesta. Kuitenkin Pietikäinen (2004, 54) kuvaa kotihoidossa työskentelevien hoitajien toteuttavan todella monipuolisesti erilaisia lääkkeenantotapoja: suun kautta, iholle voiteina, tippoina, injektiona, inhalaationa, emättimeen, peräsuoleen, korvaan ja nenään. Useimpia näistä lääkkeenantotavoista toteutetaan päivittäin tai viikoittain. Erityisesti lääkkeiden antaminen suun kautta, esimerkiksi jauhattuna tai ruuan kera, nähdään tavallisena hoitotoimenpiteenä. (Pietikäinen 2004, 54–56.)

Erityishoidolliset toimenpiteet, kuten haavanhoito, vie paljon kotisairaanhoidajan työaika. Tämä ei kuitenkaan painottunut tutkimuksessa, vaikka erityisesti kroonisten haavojen vaativa hoito ja esimerkiksi leikkausten jälkeisten kirurgisten haavojen hoidot kuuluvat tavallisesti kotisairaanhoidajan työnkuvaan. Myös ihon hoito kuuluu koulutuksessa saatuihin valmiuksiin, mutta tästä huolimatta se ei juuri näkynyt tutkimuksessa. Syynä tähän voidaan pitää pientä otoskokoa. (Friis 2004, 14.)

Kotisairaanhoidajan työtehtävät liittyvät hyvin paljon yleiseen fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen terveydentilan seurantaan (Eloranta ym. 2009; Sanerma 2009; Friis 2004). Voinnin seurannan kannalta sekä hoitajille että asiakkaille on tärkeää, että hoitosuhteet ovat pysyviä ja hoitaja tuntee asiakkaansa (Eloranta 2009, 140). Terveydentilan seurannan tai voinnin heikentymisen havaitsemisen apuna käytetään esimerkiksi reissuvihkoja ja

viikkopalavereja, joissa käsitellään asiakkaiden asioita (Eloranta ym. 2009, 140–142).

Kyselyyn vastanneiden toteuttama seuranta ja tarkkailu painottuivat lähinnä fyysisen terveydentilan tarkkailuun, vaikka mielialalle ja päihteille oli omat kysymyksensä ja muut-osio oli vapaasti täydennettävissä. Laboratorionäytteiden otto, punnitseminen, verenpaineen ja pulssin sekä hengityksen tarkkailu on luonnollisesti iso osa kotona toteutettavaa hoitotyötä (Eloranta 2009, 140), mutta useissa tutkimuksissa (mm. Friis 2004; Sanerma 2009) painotetaan myös psyykkisen terveyden ja sosiaalisten suhteiden ja siihen liittyvän yksinäisyyden kartoittamista. Tästä syystä voidaan pitää yllättävänä tulosta, että esimerkiksi AUDIT-testejä ei rästetty kyselylomakkeissa kertaakaan.

Kivun tarkkailu esimerkiksi VAS-asteikon avulla nousi esille tuloksista, vaikkakin kyseistä kohtaa rästettiin melko vähän. Kivun arviointi kotihoidossa on tärkeää, koska jopa yli puolet kotihoidon asiakkaista kärsii kivuista, osa jopa päivittäin. Kipu häiritsee asiakkaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja vaikuttaa heikentävästi mielialaan. (Finne-Soveri ym. 2006, 78–81.)

Pieni otoskoko vaikuttanee siihen, että kovin montaa erilaista seurannan tai tarkkailun muotoa ei tuloksista ilmennyt, vaikka niitä varmasti laajemmasta aineistosta olisi löytynyt. Kyselylomaketta laadittaessa päädyttiin jättämään pois esimerkiksi verensokerin, ihon kunnon ja ravitsemuksen tarkkailu, mutta näitä tarkkailutoimenpiteitä ei yllättäen raportoitu edes muut-osiossa. Samoin esimerkiksi muistamattomuuden, masentuneisuuden, alakuloisuuden tai syrjäänvetäytymisen seuraamista todennäköisesti esiintyi, vaikka sitä ei miellettykään varsinaiseksi hoitotoimenpiteeksi. Lisäksi vanhusasiakkailla masennuksen erottaminen muista sairauksista voi olla haastavaa. (Finne-Soveri ym. 2006, 75–78.)

Konsultointi on tärkeä osa kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työtä, koska asiakasta hoidetaan yhdessä ja moniammatillisesti (mm. Pietikäinen 2004; Sanerma 2009). Konsultaatiot-osuuden suhteellisen pientä määrää tässä

tutkimuksessa voidaankin pitää huomionarvoisena, kun otetaan huomioon kotihoidon tiimityöskentelymalli ja tiimin yhteinen hoitovastuu potilaasta (Eloranta ym. 2009, 140). Friis (2004, 9) kuitenkin toteaa, että hoitotilanteet asiakkaan kotona ovat pikemminkin yksilövastuisia kuin tiimityöpainotteiseksi mielletäviä. Tästä kertonee myös se, että huomattavasti useampi hoitaja toimi kotikäynneillä yksin sen sijaan, että kollega, lääkäri tai muu hoitoon osallistuva työntekijä olisi ollut mukana. Asiakkaiden asioita tosin käsitellään myös muualla kuin varsinaisessa hoitotilanteessa, kuten palaverissa ja muissa kokouksissa, mikä tutkimuksessakin tuli ilmi.

Pääsääntöisesti kotihoidon asiakkaat selviytyvät itse päivittäisistä toiminnoista, kuten wc:ssä käynnistä, peseytymisestä, pukeutumisesta, liikkumisesta ja ruokailusta (Finne-Soveri 2006, 71–74). Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ja toimintakyky ovat myös mittareita, joilla tarkastellaan asiakkaiden pärjäämistä kotonaan kotihoidon palvelujen avulla (Valta 2008, 15). Elorannan ym. (2009, 140) tutkimuksessa todetaan, että kotipalvelun työntekijät huolehtivat kotisairaanhoidajia enemmän asiakkaiden arjessa avustamisesta, ja luultavasti sen takia koko tutkimuksessa tuli esille vain kaksi perushoidollista toimenpidettä. Toisaalta aiemmista tutkimuksista (mm. Sanerma 2009, 185) käy ilmi, että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyttyä ”kaikki tekevät kaikkea”.

Perushoidon osalta eniten apua kaivataan kylpemisessä ja ulkona liikkumisessa, ja vain hyvin harva kotihoidon asiakkaista on päivittäisissä toiminnoissaan täysin autettava. Wc-toiminnoissa otoksen asiakkaista apua tarvitsi vain yksi, kun Finne-Soverin (2006, 71–74) tutkimuksessa luku on noin 14 %:a. Pesuissa, käsittäen esimerkiksi päivittäisestä hygieniasta sekä suihkutuksesta huolehtimisen, apua sai yksi kotihoidon asiakkaista, kun Finne-Soverin edellä mainitun tutkimuksen mukaan henkilökohtaiseen hygieniaan tarvitsee apua usein noin 17 %:a ja kylpemiseen noin 55 %:a kotihoidon asiakkaista. Liikkumisessa avustamisesta ei kysytty kyselylomakkeessa, eikä sitä myöskään mainittu muut-osiossa kertaakaan, mikä johtunee siitä, että lähi- ja perushoitajat huolehtivat sairaanhoidajia enemmän asiakkaan ulkoilusta, ostoskäynneistä ja muista asioinneista (Sanerma 2009, 185).

Vastaajien kirjoittaman vapaan tekstin mukaan asiakkaan hoidon organisointi oli erittäin keskeinen osa työpäivää. Samoilla linjoilla on myös Friis (2004, 12) ja Eloranta ym. (2009, 140) kuvatessaan, kuinka kotisairaanhoidaja on asiakkaansa kokonaishoidon järjestäjä ja yhteydenpitäjä muihin terveydenhuollon paikkoihin. Tutkimustulokset osoittivat asiakkaan hoidon organisoinnin liittyvän hyvin paljon jatkohoidon suunnitteluun, mutta monella eri tapaa: hoitokokouksissa, moniammatillisissa palaverissa, jatkohoitosuunnitelmien laatimisena, SAS-arvioiden ja intervallilähetteen tekona sekä kartoituskäynteinä esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Heinolan (2007, 61) mukaan kartoituskäynnit sairaalasta kotiutumisen jälkeen ovat tärkeitä sairaalakierteen välttämiseksi.

Sekä tässä että Sanerman (2009, 54) tutkimuksessa tulokset osoittivat, että kotisairaanhoidajan työaika kuluu paljon muuhunkin kuin asiakastyöhön ja kotikäynteihin, esimerkiksi hoitotarvike- ja lääketilauksien tekoon, tietojen päivittämiseen, palaveriin ja yllättävien asioiden, kuten pistostapaturman, selvittelyyn. Mielenkiintoista oli, että kotikäyntien ja vastaanotto toiminnan lisäksi kotisairaanhoidajan työhön kuuluu myös päivystämistä.

Rakennemuutos kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä kotihoidoksi on yksi keino parantaa palvelujen saatavuutta ja hoidon laatua, mutta tutkimuksen tuomaa tietämystä ja ymmärrystä kotihoitotyön luonteesta tarvittaisiin lisää. Aiempia suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia löytyy, mutta ne kartoittavat kotihoidon henkilöstön kokemusten sijaan lähinnä sen asiakkaiden kokemuksia hoidostaan. (Turku 2011; Ronkainen ym. 2002, 100.) Osassa ImPrim-projektin osallistujamaista, erityisesti itäisen Euroopan alueella, perusterveydenhuollon saatavuus, tasa-arvoisuus ja laatu eivät vielä vastaa Pohjoismaista tasoa (ImPrim 2010). Toivon mukaan aineisto suppeudesta huolimatta tuo uusia näkökulmia ja toimintatapoja kotisairaanhoidotyön käytäntöön ja edistää etenkin vanhusväestön terveyttä näissä maissa. Jatkossa olisi tarpeen tutkia aihetta myös muualla Suomessa ja pyrkiä laajempaan otoskokoon. Näin tulisi käsitellä myös kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien työtehtävien eroavaisuuksia eri puolilla Suomea.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tämän tutkimuksen perusteella kotisairaanhoidajan työ on vanhuspainotteista. Asiakkaat ovat usein monisairaita- ja ongelmaisia, joten kotisairaanhoidajan tietojen ja taitojen on oltava monipuolisia.
2. Kotisairaanhoidajan työtehtävät painottuvat lääkehoidon toteuttamiseen, asiakkaan tilan seurantaan ja tarkkailuun, opettamiseen ja ohjaamiseen sekä asiakkaan hoidon organisointiin.
3. Kotisairaanhoidaja työskentelee tiimissä ja työ on moniammatillista. Varsinaiset kotikäynnit kuitenkin suoritetaan pääsääntöisesti yksin tai pareittain.
4. Kotisairaanhoido on osa laadukasta perusterveydenhuoltoa ja kotona hoitaminen on nähty hyvänä käytäntönä vanhustyössä. Tutkimustietoa tarvittaisiin lisää, jotta hyviä toimintatapoja voitaisiin viedä niihin ImPrim -projektin maihin, joissa palvelujen laadussa ja saatavuudessa on vielä puutteita.

LÄHTEET

- Eloranta, S.; Arve S. & Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3/2009, 136–145.
- Finne-Soveri, H.; Björkgren, M., Vähäkangas, M. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Stakes.
- Friis, I. 2004. Työni kotisairaanhoidajana – Narratiivinen tutkimus kotisairaanhoidajan työstä. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Heinola, R. (toim.). 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Stakes.
- Hirsjärvi S.; Remes P. & Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- ImPrim-esite 2011.
- ImPrim. 2010. Newsletter 3. Viitattu 05.10.2011. <http://www.oek.se/imprim>.
- Kadushin, G. & Egan. M. 2001. Ethical Dilemmas in Home Health Care: A Social Work Perspective. *Health & Social Work* 3/2001, 136–149.
- Kotilainen, H. 2002. Koti hoitoympäristönä. Teoksessa. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki. Stakes, 111–114.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 277–307.
- Liljamo, P.; Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mamia, T. 2005. SPSS-alkeisopas. Tampereen yliopisto 5/2005..
- Perroca, MG. & Ek, A-C. 2004. Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. *Rev Latino-am Enfermagem* 12(6), 851–8.
- Perälä, M-L.; Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki: Stakes. Viitattu 21.1.2011 <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/raportit/R8-2006-VERKKO.pdf>.
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa myös: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00373.pdf>
- Ronkainen, R.; Ahonen, S.; Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 100–105 .
- Sairaanhoitajaliitto 2011. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 27.10.2011 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Schneider, P. 1997. Home Health Nursing: Applying Strategies. *Computers in Nursing*. 15(6), 289–290.

STM 2004. Kokeilu vanhusten palvelujen uudelleen organisoimiseksi KT 14/2004. Viitattu 2.10.2011 <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1215623>.

STM 2011. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 25.1.2011
http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut.

Stakes 2009. Kotihoidon laskenta 30.11.2009. Viitattu 25.1.2011
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoito.htm>.

Strandberg, E L 2008. Developing General Practice: The Role of the APO Method. Väitöskirja. Lund: Lundin Yliopisto. Viitattu 1.10.2011
<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOld=1243761&fileOld=1243847>.

Suomen Akatemia 2003. Tutkimuseettiset ohjeet.

TENK 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 2.11.2011.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html.

THL 2009. Liikehdintää sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteissa. Viitattu 1.10.2011 www.thl.fi
> Ajankohtaista > Tiedotteet > Liikehdintää sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteissa.

Tähtinen, J.; Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos ja opettajankoulutuslaitos.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 77–83 .

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona - teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa myös
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7521-4.pdf>.

Kotisairaanhoidajan työtehtävät

Lääkkeen anto Kudoseheys Seuranta ja tarkkailu Konsultaatiot Perushoito Muut

asiak
kaan
ikä

sp
M N

KÄYNNIN
ALKAMISAIKA
dositoin jako
per os
injektio (i.v./i.m./s.c./i.o.)
lääkevoiteet, -puikot ym.
lääkelaastarit
haavanhoito
Ihon perushoito
RR ja pulssi
hengitys (mm.rasvau)
lab.näytteenotto
kipu (esim. VAS)
pituus
paino
mieliala (esim. DEPS)
pähteet (AUDIT jne.)
muu tarkkailu
laakari
kollegat
sosiaalityöntekijä
muu, mikä? (kts. 1)
wc-toiminnot
pesut
suunhoito
kirjaaminen
asiakkaan
muu opetus ja ohjau
yksin (1) yhdessä (2)
kotikäynti(1)/vastaanotto(2)
muu toiminta, mikä? (kts. 2)
KÄYNNIN
PÄÄTTYMISAIKA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

1. Konsultaatiot, muu mikä? *

2. Muu toiminta, mikä? *

*Myös kyseessä olevat potilaat (nro) mainittava kummankin kysymyksen kohdalla (rivi/asiakas)

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Tutkimuksen nimi: Sairaanhoidajan työtehtävät kotihoidossa

Tutkimuksen toteuttaja ja yhteyshenkilö, jolta tutkimuksen osallistujat voivat tarvittaessa pyytää lisätietoja tutkimuksesta:

Emilia Pirttijärvi emilia.s.pirttijarvi@students.turkuamk.fi

Laura Viisanen laura.viisanen@students.turkuamk.fi

Suostun osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen ja siinä tarvittavien tietojen keräämiseen. Suostumus on annettu vapaaehtoisesti. Minulle on ennen suostumustani annettu tietoa tutkimuksesta ja siihen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä. Annettu informaatio sisältää selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta ja sen hyödyistä sekä tutkimuksessa kerättävien henkilötietojen käsittelystä ja selvityksen siitä, että tutkimustietoja käsitellään luottamuksellisesti, eikä niitä luovuteta tutkimukseen kuulumattomille henkilöille. Voin milloin tahansa peruuttaa tämän suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta tutkimuksen toteuttajalle.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Turussa xx.xx.xxxx

tutkimuksen tekijä

LIITE Tutkimukseen osallistuvalla annettu tutkimusta koskeva informaatiokirje, johon tutkimukseen osallistujalla on ennen suostumuksen antamista ollut mahdollisuus tutustua.

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä kotisairaanhoitajan työtehtävistä Suomessa. Opinnäytetyömme kuuluu kansainväliseen ImPrim-projektiin, jonka päätavoite on terveyden edistäminen Itämeren maissa. Meidän tarkoituksemme on kuvata varsinaissuomalaisen sairaanhoitajan työtä kotihoidossa.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen _____ mennessä. Lomakkeen ja liitteet voitte palauttaa sisäisellä postilla hoitotyön asiantuntija (nimi poistettu).

Olemme rajanneet opinnäytetyömme aineistonkeruun Varsinais-Suomeen, ja Teidän yhteystietonne olemme saaneet (nimi poistettu) kotihoidon kautta. Vastaamalla kyselyymme voitte osaltanne edistää opiskelijoiden kiinnostusta kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työhön.

Kyselyyn vastaaminen on Teille täysin vapaaehtoista. Kysely on täysin luottamuksellinen. Kerätty aineisto tulee ainoastaan meidän opinnäytetyöhömme ja se hävitetään työmme valmistuttua.

Opinnäytetyöllemme ja siinä käytettävälle kyselylomakkeelle on saatu tarvittavat luvat. Opinnäytetyömme ohjaaja on FT, lehtori Maika Kummel Turun ammattikorkeakoulusta (maika.kummel@turkuamk.fi).

Kiittäen,

Laura Viisanen

sairaanhoitajaopiskelija

(poistettu)

laura.viisanen@students.turkuamk.fi

Emilia Pirttijärvi

sairaanhoitajaopiskelija

(poistettu)

emilia.s.pirttijarvi@students.turkuamk.fi

Ohje kyselylomakkeen täyttämiseen

Kyselylomakkeeseen on tarkoitus kerätä tietoja siitä, mitä käytännön hoitotoimia kotihoidossa työskentelevä sairaanhoitaja tulee työssään, kunkin asiakkaan kanssa, kohtaamaan. Lomakkeita on tarkoitus täyttää yhteensä **viiden työvuoron ajan** ja ne ovat **työvuorokohtaisia**. Niitä jaetaan siis kullekin tutkimukseen osallistujalle yhteensä **5 kappaletta ja jokaisen vuoron alussa käyttöön otetaan uusi tyhjä lomake**. Vaatimuksena on ainoastaan, että kaikki viisi kyselylomaketta tulee täytettyä kyselyjakson () puitteissa.

Kukin rivi vastaa aina yhtä hoidettavaa sekä tämän kohdalla yhtä hoitokertaa. Mikäli samaa asiakasta tullaan hoitamaan useaan otteeseen kyselyjakson aikana, on hänen tietonsa tällöin merkittävä uudelle riville ja/tai uuteen työvuorokohtaiseen lomakkeeseen.

- **Ensimmäisiin sarakkeisiin** merkitään kunkin asiakkaan ikä numeroin sekä sukupuoli (M=mies ja N=nainen) rastittamalla
- Lomakkeeseen merkitään myös kunkin hoitokäynnin alkamis- ja päättymisajankohta
- Suoritettut työtehtävät rastitetaan lomakkeeseen.
- **Konsultaatiot**-otsakkeen alle on mahdollista vastata omin sanoin lomakkeen kääntöpuolelle osoitettuun tilaan, mikäli mikään annetuista vaihtoehdoista ei ole sopiva.
- **Muut**-osiossa kysytään onko lomakkeen täyttäjällä hoitokäynnillä yksin vai jonkun toisen ammattilaisen/opiskelijan seurassa.
 - ➔ Kysymykseen vastataan sulkeiden osoittamalla tavalla niin, että nro 1 tarkoittaa yksin suoritettua käyntiä ja nro 2 vastaavasti käyntiä, joka on edellyttänyt kahden hoitotyöntekijän panosta.
 - ➔ Sama ohjeistus pätee kysymykseen koti- / vastaanottokäynnistä.

Lomakkeen toiseksi viimeinen sarake rastitaan kyseessä olevan asiakkaan kohdalta, mikäli hoitokäynti on edellyttänyt muita kuin lomakkeessa jo mainittuja toimenpiteitä.

Pyydämme palauttamaan kysely- ja suostumuslomakkeet sisäisellä postilla hoitotyön asiantuntija (nimi ja osoite poistettu) **viimeistään _____ klo 16.00 mennessä.**

MUUT-OSION VASTAUKSET

AIHEPIIREITTÄIN

Asiakkaan hoidon organisointi

- *hoitokokous koskien palvelutaloon pääsyä, mukana vammaispalvelun työntekijä (potilas kuuro), kuurojen palvelusäätiö, 2 sairaanhoitajaa, palveluesimies, potilas, omainen ja tiimin sh*
- *kartoituskäynti x2*
- *kotiutunut sairaalasta lonkkaleikkauksen takia → kartoituskäynti*
- *palaveri sos. työntekijän kanssa, jatkohoitopaikan suunnittelua ja SAS-arviot*
- *intervallilähete x2*
- *Hoitosuunnitelmien päivitystä*
- *Lääkärin määräysten välittäminen tiimille...? (päivystys)*
- *jatkohoitosuunnitelmien tekoa ja ohjelmointia*
- *lääkäriaikojen varausta*
- *lab. lähetteen teko ja näytteidenoton ajanvaraus*
- *kyydin +...? tilaaminen*
- *lääkehoidon ohjelmointi*
- *lääkäripäivä, lab. kontrolli → lääkitysasioiden käsittely lääkärin kanssa*

Muu toiminta

- *Asiakastietojen päivitys (päivystys)*
- *Hoitotarviketilauksen teko (päivystys)*
- *Omahoitajalistan päivitystä*
- *lääkkeen tilaus*
- *pistostapaturman selvittäminen, näytteiden tilaus ...? ajanvaraus*
- *aluepalaveri 2h*

Hoitotoimenpiteet

- *peg-letkun pyörittely*
- *peg-letkun juuren puhdistaminen, huuhtelu ja letkun pyörittely x2*
- *korvahuuhtelu*
- *avanteenhoito*

Ohjaaminen ja opetus

- *omahoidon opetus, jatkohoitosuunnitelman teko (avanteen hoito)*
- *omaisten kysymyksiin vastaamista*
- *opiskelija mukana*
- *tiimin ohjeistaminen (lääkehoito)*
- *hoidon ohjeistamista puhelimitse, cystofix*

