

Päivi Pöyry, Marja-Leena Perälä

# Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa

Aiheita 18/2003

PALKO-projektiryhmä:

Marja-Leena Perälä, Teija Hammar, Anja Noro, Päivi Pöyry,  
Pekka Rissanen, Juha Teperi

ISBN 951-33-1418-9  
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2003

<b>Tekijät</b> Päivi Pöyry, Marja-Leena Perälä		<b>Julkaisija</b> Stakes
		<b>Kustantaja</b> Stakes
<b>Julkaisun nimi</b> Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa		
<b>Julkaisun sarja ja numero</b> Aiheita 18/2003		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tutkimuksen teoreettisessa osassa tarkastellaan potilaan sairaalasta kotiutumiseen liittyviä kysymyksiä sekä henkilöstön yhteistyötä (sis. tiedonvaihdon) asiakkaan kotiutumisen ja jatkohoidon tukemiseksi. Tutkimuksen empiirisen osan tarkoituksena on kuvata millaista yli 65-vuotiaiden asiakkaiden kotiutumiseen liittyvä yhteistyö Suomessa oli (a) terveyskeskuksen vuodeosaston, (b) kotisairaanhoidon ja (c) kotipalvelun näkökulmasta ja miten kunnan koko ja sijainti olivat yhteydessä siihen, millaista oli kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyö sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuus ko. toimijoiden näkökulmasta ja miten kunnan koko, sijainti ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneisyys olivat yhteydessä niihin sekä mitä kehittämistarpeita ja -ehdotuksia vastaajat näkivät.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin vuodenvaihteessa 1998–1999 kyselylomakkeella 308 kunnan kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta vastaavilta henkilöiltä sekä terveyskeskuksen vuodeosaston edustajilta. Kyselylomakkeessa vastaajilta tiedusteltiin yhteistyötä erikseen terveyskeskuksen sairaalan, aluesairaalan ja yliopistollisen tai keskussairaalan henkilöstön kanssa sekä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välillä. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin suoria prosentti- ja frekvenssijakaumia, summamuuttujia, korrelaatiota ja keskiarvojen vertailua (Tukeyn menetelmä). Avoimet kysymykset luokiteltiin sisällön analyysillä.</p> <p>Terveyskeskusten vuodeosastojen ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden välillä samoin kuin kotihoidon toimipisteiden ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden välillä sekä muu kuin potilassiirtoihin liittyvä yhteistyö että siirtymiseen/kotiutumiseen liittyvä yhteistyö oli useimmissa kunnissa harvinaista. Kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston välillä ei-asiakaskohtaista yhteistyötä oli usein ja asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt toteutuivat vaihtelevasti. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välistä yhteistyötä ja tiedottamista pidettiin suurimmassa osassa kuntia riittävänä. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät yleisesti ottaen olleet ajan tasalla. Yhteistyö lisääntyi ja hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuus parani kuntakoon kasvaessa. Samoin kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneisyys vaikutti myönteisesti ko. asioihin. Liian pikaiset kotiuttamiset lyhyellä varoitusajalla olivat aiheuttaneet eniten asiakkaiden ja omaisten tyytymättömyyttä. Kotihoitoa häytti liian myöhäinen asiakkaiden kotiutumisesta tiedottaminen sairaaloista. Kotisairaanhoidon kehittämissuunnitelmissa korostui kotiutumisen suunnittelun ja etukäteisvalmistelujen parantaminen ja kotipalvelun kehittämissuunnitelmien enemmän ja oleellisemmän tiedon saanti.</p>		
<b>Avainsanat</b> kotiutuminen, kotihoito, saumaton hoito, yhteistyö, tiedonvaihto, ikääntyneet		
<b>Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)</b>		
<b>ISSN</b> 1236-9845	<b>ISBN</b> 951-33-1418-9	
<b>Kokonaissivumäärä</b> 50	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 16 € (sis. alv)
<b>Jakaja ja myyjä</b> Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

**ABSTRAKT****Publicerad**

<b>Författare</b> Päivi Pöyry, Marja-Leena Perälä		<b>Utgivare</b> Stakes	
		<b>Förläggare</b> Stakes	
<b>Titel</b> Information och samarbete i gränssnittet mellan vård och tjänster för över 65-åriga klienter			
<b>Serie och nummer</b> Aiheita 18/2003			
<b>Sammandrag</b> I undersökningens teoretiska del dryftas olika aspekter på utskrivning av patienter från sjukhus samt hur man genom personalsamarbete (inkl. informationsutbyte) kan stödja klienten efter utskrivningen och i den fortsatta vården. Syftet med undersökningens empiriska del är att ge en beskrivning av hur a) hälsocentralernas bäddavdelningar, b) hemsjukvården och c) hemservicen ser på samarbetet i samband med utskrivning av patienter över 65 år och i vilken mån deras uppfattningar står i relation till kommunens storlek och läge. Vidare granskas samarbetet mellan hemservicen och hemsjukvården samt frågan om hur vård- och serviceplanerna fungerar ur bägge aktörernas synvinkel; också här ställs frågan i relation till kommunens storlek och läge. Till sist presenteras de utvecklingsbehov och -förslag som olika aktörer förde fram i samband med undersökningen.  Materialet samlades in vid årsskiftet 1998–1999 med ett frågeformulär till de ansvariga för den kommunala hemsjukvården och hemservicen i 308 kommuner samt till representanter för hälsocentralernas bäddavdelningar. I formuläret ställdes separata frågor om samarbetet med personalen vid hälsocentralssjukhuset, kretssjukhuset och universitetscentralsjukhuset samt om samarbetet mellan hemsjukvården och hemservicen. Materialet analyserades med direkta procent- och frekvensfördelningar, summavariabler, korrelationer och jämförelser av medeltal (Tukeys metod). De öppna frågorna klassificerades med hjälp av innehållsanalyser.  I de flesta kommunerna visade det sig att samarbete beträffande såväl förflyttning/utskrivning av patienter som övriga frågor var sällsynt mellan hälsocentralernas bäddavdelningar och den specialiserade sjukvårdens enheter, liksom också mellan hemvårdens och den specialiserade sjukvårdens enheter. Mellan hemvården och hälsocentralens bäddavdelning var icke-patientspecifikt samarbete vanligt. I fråga om det patientspecifika samarbetet rådde däremot en brokigare praxis. Samarbetet och den ömsesidiga informationen mellan hemsjukvården och hemservicen ansågs tillräckligt i de flesta kommunerna. Vård- och serviceplanerna var generellt sett inte ajourförda. Ju större kommun, desto bättre fungerade både samarbetet och vård- och serviceplanerna. Också sammanslagning av social- och hälsovårdsväsendet visade sig ha en motsvarande gynnsam effekt. Största källan till missnöje bland klienter och deras anhöriga var alltför snabba utskrivningar med kort varsel. Också hemvårdens arbete försvårades av att sjukhusen inte i tid informerade om utskrivning av patienter. I de förslag till utveckling av hemsjukvården som kom fram betonades vikten av bättre planerad patientutskrivning, medan hemservicen i sina utvecklingsförslag framförallt underströk vikten av mera och väsentligare information.			
<b>Nyckelord</b> utskrivning, hemsjukvård, helgjuten vård, samarbete, informationsutbyte, äldre människor			
<b>Övrigt (t.ex. elektronisk publicering eller Internet-adress)</b>			
<b>ISSN</b> 1236-9845		<b>ISBN</b> 951-33-1418-9	
<b>Antal sidor</b> 50		<b>Språk</b> Svenska	<b>Pris</b> 16 € (inkl. moms)
<b>Distribution och försäljning</b> Stakes, PB 220, 00531 Helsingfors, tel. 09 3967 2140 eller 09 3967 2141 eller automat 09 3967 2308, fax 09 3967 2450			

**DESCRIPTION****Date of publication**

<b>Authors</b> Päivi Pöyry, Marja-Leena Perälä		<b>Publisher</b> STAKES	
<b>Title</b> Information and co-operation at the interfaces of care and services for over 65-year-olds			
<b>Publication series and number</b> Aiheita 18/2003			
<b>Abstract</b> <p>The study's theoretical section discusses questions relating to the patient's discharge from hospital and co-operation between personnel (inc. exchange of information) to support the client's return to home and follow-up care. The purpose of the study's empirical section is to describe (1) co-operation associated with over 65-year-old clients' discharge in Finland from the viewpoints of (a) a health centre ward; (b) home nursing; and (c) home help services and how the municipality's size and location were connected to it, (2) co-operation between home nursing and home help services and the feasibility of the care and service plans and how the municipality's size and location as well as uniformity of social and health services were connected to them. This section also conveys the respondents' needs and suggestions for improvement.</p> <p>The material was collected in late 1998 and early 1999 by a questionnaire distributed among home nursing, home help services and health care ward personnel in 308 municipalities. The respondents were specifically asked about co-operation with the staff of the health centre hospital, regional hospital and university or central hospital as well as between home nursing and home help services. The material was analysed by using direct percentage and frequency distributions, sum variables, correlations and comparison of mean values (Tukey's method). The open questions were categorised through content analysis.</p> <p>In most municipalities, health centre wards and home help services only seldom co-operated with specialised hospitals in transferring and discharging patients, and the same applied to other types of co-operation. Non-client-specific co-operation between home help services and health centre wards was common and client-specific co-operation was varied. Co-operation and exchange of information between home nursing and home help services were considered adequate in most municipalities. In general, the care and service plans were not up to date. Co-operation and the feasibility of care and service plans worked out better in larger municipalities. In addition, unified social and health services had a positive impact. Abrupt discharges at short notice were the main reason for discontent among clients and their relatives, and a disadvantage to home help services as well. The suggestions for improvement in home nursing pointed out better planning and preparations for discharge, while in home help services the emphasis was on more adequate and relevant information.</p>			
<b>Keywords</b> discharge, home nursing, seamless care, co-operation, exchange of information, aged			
<b>Other information (e.g. online publication or Internet address)</b>			
<b>ISSN</b> 1236-9845		<b>ISBN</b> 951-33-1418-9	
<b>No. of pages</b> 50		<b>Language</b> English	<b>Price</b> 16 € (incl. VAT)
<b>Distribution and sale</b> STAKES, P.O.Box 220, 00531 Helsinki, Finland, tel +358 9 3967 2190 and +358 9 3967 2308, telefax +358 9 3967 2450			

## Esipuhe

Asiakkaan hyvän kotiutumisen ja kotihoidon edellytys on asiakkaan hoitoon ja kotiutumiseen osallistuvien saumaton yhteistyö. Vaikka suurin osa asiakkaiden kotiutumisista tapahtuu onnistuneesti, esiintyy sairaaloiden ja kotihoidon yhteistyössä ja tiedonkulussa puutteita, jotka ovat vaikeuttaneet asiakkaiden kotona selviytymistä ja aiheuttaneet lisätyötä työntekijöille.

Tässä raportissa tarkastellaan potilaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyviä käytäntöjä kunnissa; miten vuodeosastolta asiakkaita kotiuttavat ja kotihoidossa asiakkaita vastaanottavat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon edustajat arvioivat keskinäistä yhteistyötä ja tiedon välittymistä. Vastaavaa yleistettävää tietoa tuottavaa tutkimusta kotiutus - ja kotihoitokäytännöistä ei ole aikaisemmin tehty Suomessa. Tutkimus on toinen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakesin) *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito*, PALKO-tutkimus- ja kehittämishankkeista.

PALKO-hankkeen neljässä tutkimuksessa kotiutumista ja kotihoitoa on tarkasteltu useasta näkökulmasta. Ensimmäisessä tutkittiin hoito- ja kotiutumiskäytäntöjen nykytilaa rekisterien perusteella, miten asiakkaiden kotiutuminen onnistuu ja millaista vaihtelua on kuntien välillä. Toinen tässä raportoitava tutkimus keskittyi kuntien kotiutumis- ja kotihoitokäytäntöihin ja palvelurakenteeseen. Kolmannessa hankkeessa tutkijat kehittivät toimintatutkimuksen periaatteella kotihoidon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden kanssa asiakaslähtöisen käytännön asiakkaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon. Samalla kehitettiin menetelmä uuden käytännön toimeenpanemiseksi eri kunnissa. Kehittämiskohteina ovat erityisesti asiakkaan kotiin siirtymisen varhaisempi valmistelu asiakkaan, sairaalan ja kotihoidon yhteistyönä sekä tiedon viiveetön siirtyminen hoitopaikasta toiseen. Kehitettyä käytäntöä on kokeiltu yhdentoista kunnan kotihoidossa ja yhdeksässä muussa kunnassa kehittämistyö käynnistyy syksyllä 2003. Uuden kotiutumis- ja kotihoitokäytännön vaikuttavuutta arvioidaan koe-vertailuasetelmalla, jossa on mukana 22 kuntaa eri puolilta Suomea.

Marja-Leena Perälä  
PALKO-projektin johtaja

## Johdanto

Potilaiden<sup>1</sup> sairaalasta kotiutumiset ovat kriittisiä vaiheita, joiden onnistumisella on vaikutusta potilaiden hyvinvointiin ja hoitotoiminnan vaikuttavuuteen. Kun sairaalahoitoajat ovat lyhentyneet ja potilaat kotiutuvat huonokuntoisempina, kotiutumiseen saatavan tuen merkitys kasvaa. Huonosti valmisteltu kotiutuminen vaarantaa potilaan hoidon jatkuvuuden, jolloin myös riski joutua uudelleen sairaalahoitoon kasvaa. Ideaalitulanteessa kotiutuminen suunnitellaan yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä, sairaalan henkilöstön sekä potilasta kotona hoitavan koti-hoidon henkilöstön kesken ja hoidossa tarvittava tieto on kaikkien osapuolien saatavilla. Toimiva yhteistyö ja tiedon kulku näkyvät viime kädessä hoidon jatkuvuutena eli potilaan avun saantina kaikissa hoitoketjun vaiheissa.

Suomessa valtaosa iäkkäistä kotihoitoa tarvitsevista potilaista siirtyy erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosaston kautta kotiin. Tällöin potilaan kuntoutuminen jatkuu ja tuleva kotihoidon tarve kartoitetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuitenkin suuri osa potilaista kotiutuu suoraan kotiin erikoissairaanhoidon sairaalasta (esim. Noro ym. 1999, Nylander ym. 1998). Suoraan erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvat hyväkuntoiset potilaat ja ne, joille ei ole löytynyt hoitopaikkaa terveyskeskuksesta. Organisaatioiden välisen yhteistyön ja tiedotuskäytäntöjen kehittämistä tarvitaan siis paitsi terveyskeskusten sisällä myös terveyskeskusten ja muiden sairaaloiden (aluesairaalat, keskussairaalat, yliopistolliset sairaalat) välillä.

*Tässä tutkimuksessa* kiinnostuksen kohteena ovat yli 65-vuotiaiden kotiutus- ja kotihoitokäytännöt Suomessa ja niissä erityisesti yhteistyöhön, tiedon kulkuun ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseen liittyvät seikat. Tutkimus on osa Stakesin Sosiaali- ja terveyspalveluiden tulosalueella meneillään olevaa Palveluja integroiva kotiutumiskäytäntö – potilaslähtöisen mallin kehittäminen ja arviointi (PALKO) -tutkimusprojektia. Projektin pääasiallisena tarkoituksena on kehittää ja arvioida toimintamallia, joka tukee iäkkäiden potilaiden kotiutumista ja auttaa heitä selviytymään kotona. Projekti sisältää neljä vaihetta: (1) aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaiden hoito- ja kotiutuskäytäntöjen rekisteripohjainen analyysi, (2) yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus- ja jatkohoitokäytäntöjen kartoitus valituissa kunnissa, (3) uuden kotiuttamiskäytännön kehittäminen toimintatutkimuksen avulla ja (4) mallin testaaminen koe- ja kontrolliasetelmaa käyttäen.

---

<sup>1</sup> Tässä työssä käytetään sekä termiä 'potilas' että 'asiakas' asiayhteyden (laitoshoito/kotihoito) mukaan.

# Sisällys

## Johdanto

<b>1</b>	<b>Tieto, tiedottaminen ja yhteistyö saumakohdissa .....</b>	<b>13</b>
	Kotiutuminen ja hoitopaikasta toiseen siirtyminen .....	13
	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen asiakkaan kotiutuessa tai siirtyessä hoito- paikasta toiseen .....	14
	Kotihoito kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyönä .....	17
<b>2</b>	<b>Tutkimuksen tavoitteet .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>Aineisto ja menetelmät .....</b>	<b>20</b>
	Kyselylomake ja tutkimusmenetelmät .....	20
	Tutkimukseen osallistujat .....	24
	Vastaajien, toimipisteiden ja tutkimuskuntien taustatietoja .....	24
<b>4</b>	<b>Tutkimustulokset .....</b>	<b>26</b>
	Yhteistyö asiakkaan kotiutuessa ja siirtyessä .....	26
	Erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle .....	26
	Erikoissairaanhoidosta kotiin .....	27
	Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiin .....	31
	Yhteistyö kotihoidossa .....	35
	Yhteistyön rakenteelliset edellytykset .....	35
	Yhteistyö käytännössä .....	35
	Hoito- ja palvelusuunnitelman toimivuus .....	37
	Yhteistyön kehittämistarpeet ja -ehdotukset .....	38
	Toimintaa haitanneet tekijät .....	39
	Kehittämisehdotukset .....	40
<b>5</b>	<b>Yhteenveto .....</b>	<b>42</b>
	Yhteistyökäytännöt asiakkaan siirtyessä/kotiutuessa .....	42
	Kotiutumisen/siirtymisen yhteistyökäytäntöjen yhteys kunnan kokoon ja sijaintiin .....	43
	Yhteistyökäytännöt kotihoidossa .....	43
	Kotihoidon yhteistyökäytäntöjen yhteys kunnan kokoon, sijaintiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneisyyteen .....	44
	Kehittämistarpeet ja -ehdotukset .....	44
<b>6</b>	<b>Pohdinta .....</b>	<b>46</b>
	<b>Lähteet .....</b>	<b>48</b>
	<b>Liitetaulukot .....</b>	<b>50</b>



# 1 Tieto, tiedottaminen ja yhteistyö saumakohdissa

## Kotiutuminen ja hoitopaikasta toiseen siirtyminen

Hoitopaikasta toiseen siirtyminen merkitsee potilaalle uuteen toimintaympäristöön sopeutumista, uusiin ihmisiin tutustumista ja usein myös epävarmuutta hoidon jatkuvuudesta. Ikääntyvältä ihmiseltä sopeutuminen vaatii enemmän aikaa ja voimia kuin nuorelta ja toimintakykyiseltä. Jos laitoshoidojakso on kestänyt pitkään, toimintakyky on rajoittunut tai siinä on tapahtunut muutoksia huonompaan suuntaan laitoshoidon aikana, myös omassa kodissa eläminen vaatii ikääntyvältä sopeutumista sekä alusta lähtien tarkoituksenmukaisia ja riittäviä kotihoidon palveluita. Erityisesti sairaalasta kotiutumisen jälkeiset päivät ja yöt ovat ikääntyvälle kotiutujalle kriittistä aikaa. Yksin asuvat ikääntyvät saattavat kokea kotiutumisen erityisen vaikeaksi, varsinkin jos kotona vastassa ei ole ketään. (Jewell 1993, Noro ym. 1992, Victor ja Vetter 1988.)

Siirtyessään hoitopaikasta toiseen potilas ylittää yleensä organisaatioiden välisen rajan. Suomessa palvelu- ja hoitokulttuuri on organisaatiokeskeinen siten, että hoitopaikat – mukaan luettuna kotihoidon toimintayksiköt – vastaavat toimintojen koordinoinnista oman organisaationsa sisällä ja asiakkaan hoidosta vain silloin kun tämä on oman organisaation tarjoamien palveluiden piirissä. Organisaatiorajan ylittäminen aiheuttaa puutteita hoidon ja palveluiden yhteensovittamisessa sekä (ositain tietosuojasyistä johtuen) katkoksia tiedon kulussa. Organisaatioiden välisen saumattoman toiminnan esteitä on useissa kunnissa osittain poistettu yhdistämällä sektoritoimintoja: sosiaali- ja terveydenhuollon lautakuntia ja virastoja, vanhainkotitoimintaa ja terveyskeskuksen vuodeosastoja sekä kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua. Erikoisairaanhoidon, perustervey-

denhuollon ja sosiaalitoimen välillä siirryttäessä hoidon jatkuvuudessa on kuitenkin edelleen paljon lisätyötä, kustannuksia ja asiakkaalle huolia aiheuttavia katkoja. (Nylander ja Nenonen 2000, STM 1998.)

Sairaaloiden toiminnan tehostamisvaatimukset ovat osaltaan lisänneet tarvetta kotiutumisen- ja siirtovaiheen saumattomuuden kehittämiseen. Hoitoajat sairaaloissa ovat viime vuosien säästö- ja rationalisointitoimien seurauksena lyhentyneet huomattavasti. Aika kotiutus päätöksen tekemisestä kotiutukseen on jatkohoidon ja palvelujen järjestämisen kannalta lyhyt. Potilaiden ja omaisten kokemusten mukaan tiedon saannissa ja ohjauksessa on puutteita. Toiminnan tehokkuus on asetettu kyseenalaiseksi kun sairaaloiden ja kotien välillä on havaittu ”pyöröoviliikettä” – liian nopeasti ja valmistelematta kotiutetut potilaat joutuvat pian takaisin sairaalaan. (Harding ja Modell 1989, Jones ja Lester 1994, Turner 1996, Victor ja Vetter 1988).

Suomessa väestöpohjainen perusterveydenhuolto huolehtii asiakkaan hoidosta monia muita maita paremmin sairaalahoidon jälkeenkkin. Meillä lyhentyneiden hoitajaksojen jälkeisten kotiutumisten keskeisimpänä puutteena näyttäisi olevan lukuisten palveluntuottajien tiedon saannin ja toiminnan koordinoinnin vaikeudet. (Autio 1996, Laitinen 1995, Mutikainen 1992, Noro ym. 1992.) Ongelma ei ole helpottumassa, sillä asiakkaat käyttävät yhä useammin lukuisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita yhtä aikaa. Kuntien autonomia on lisääntynyt, työkäytännöt ja -tekniikat kehittyneet ja uudenlaisia julkisia ja yksityisiä palveluita on noussut entisten rinnalle. Väestövastuinen työ on yritys hallita kokonaisuut-

ta, mutta useiden palveluiden jäädessä sen ulkopuolelle sekään ei yksin pysty takaamaan palveluiden saumattomuutta. (Nylander ja Ne-nonen 2000.)

Myös potilassiirrot laitosten välillä tapahtuvat lyhyillä varoitusaajoilla. Hoidon kustannukset kasvavat hoidon intensiteetin noustessa hoitotason kasvaessa. Tavoitteena on hoitaa potilas sillä (matalimmalla) hoidon porrastuksen tasolla, missä hänen sairautensa vaatima lääketieteellinen osaaminen on turvattu ja fyysiset ja henkiset tarpeensa tulevat tyydytetyksi. Erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskukseen siirtyvälle potilaalle tulee löytää paikka nopeasti, ettei kunta joudu maksamaan sarkoa ylimääräisiltä erikoissairaanhoidon hoitopäiviltä. Terveyskeskusten vuodeosastojen toiminta onkin viime vuosina muuttunut aktii-

visemmäksi, jolloin ne ovat pystyneet huolehtimaan aikaisempaa enemmän myös lyhytaikaisesta hoidosta (Turunen 1998).

Sosiaali- ja terveydenhuollon linjaukset asettivat 1990-luvulla palvelurakennetyön tavoitteeksi painopisteen siirtämisen laitoshoidosta avohoitoon. Lama vauhditti vanhusten hoivapalveluiden palvelurakennemuutosta. Laitoshoidoa purettiin mittavasti. Kotihoitoa ei kuitenkaan vastaavasti lisätty odotetulla tavalla, jolloin palvelutarpeen lisääntyessä kotihoidon kattavuus on pienentynyt. Kunnallisen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tarjoama apu on vähentynyt ja omaisten hoitotaakka kasvanut. (STM 1999). Rajalliset kotihoidon resurssit asettavat omat vaatimuksensa sairaalahoidon jälkeisen jatkohoidon organisoinnille.

## Hoidon jatkuvuuden turvaaminen asiakkaan kotiutuessa tai siirtyessä hoitopaikasta toiseen

Henkilöstön yhteistyö ja tiedon vaihto sosiaali- ja terveydenhuollossa on väline asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja saumattomien palveluiden saavuttamiseksi. Yhteistyötä on monella tasolla: asiakkaan kanssa, omien työtovereiden kanssa sekä yli organisaatorajojen. Yhteistyö voi olla avun ja tiedon saamista muilta tai antamista muille, oman ammattiryhmän keskinäistä yhteistyötä, työyksikön tai pienryhmän yhteistyötä tai työyksiköiden tai pienryhmien välistä yhteistyötä (Kalliomäki-Levanto ym. 1997). Se voi olla asiakaskohtaista tai ei-asiakaskohtaista hallinnollista ja makrotason suunnittelua ja kehittämistä (Mustonen ym. 1993). Yhteistyö eri organisaatioiden välillä voi olla myös rakenteellista, esimerkkinä yhteiset tiedontuottamismenetelmät ja yhteistyövirat (Kaasalainen 1991, Pihlaja 1990, Sinkkonen 1993).

Yhteistyökäytäntöjen taustalla olevat välittömät tavoitteet voivat olla hyvin erilaisia. Niitä voivat olla (1) konkreettisten (asiakas-)ti-

lanteiden koordinoinnin tarve, (2) työssä kohdattavat uudet akuutit ongelmat, (3) tarve välttää päällekkäisiä palveluita tai (4) tarve tietoiseen yhteiseen toimintaan palveluiden kehittämiseksi. (Pohjola 1991.) Myös käytännön toimintamuodot ovat moninaiset paperiyhteistyöstä intensiivisiin yhteisprojekteihin. Yhteistyökäytäntöjä ovat kirjallinen tiedonvaihto, puhelinneuvottelut, palaverit, kokoukset, konsultaatiot, projektit ja tiimityö sekä ”varsinainen yhteistoiminnallinen yhteistyö”. (Pohjola 1991, Simoila ja Harlamov 1994). Kirjallinen tiedonvaihto, neuvottelut, palaverit ja kokoukset liittyvät tiedon hankintaan, neuvontaan ja konsultoitiin tai jonkin konkreettisen asian selvittämiseen. Projektit ja selkeästi yhteistoiminnallinen työ toteutetaan yhteisissä työryhmissä. Ne edellyttävät yhteisiä tavoitteita, suunnitelmallisuutta ja voimavaroja. (Pohjola 1991.)

*Organisaatioiden välinen yhteistyö ja tiedon vaihto*, jossa henkilöstö tutustuu toisiinsa ja saa tietoa toistensa toiminnasta, luo edelly-

tyksiä ja jatkuvuutta asiakaskohtaiselle yhteistyölle, esimerkiksi sairaaloiden ja kotisairaanhoidon toimipisteiden välillä kotiutumistilanteissa. Kotiutumistilanteelle edellytyksiä luovasta yhteistyöstä ovat esimerkkejä erilaiset pysyvät yhteistyöryhmät, esimerkiksi ns. SAS-ryhmät (Selvitä-Arvioida-Sijoita), jossa käsitellään kunnan laitos- tai avohoidon tarpeessa olevien potilaiden sijoittamista oikealle hoitopaikalle ja palveluiden järjestämistä (ks. esim. Mustonen ym. 1993, Pihlaja 1990). Kaikissa kunnissa ryhmä ei kuitenkaan käsittele sairaalasta kotiin siirtyvien potilaiden palveluiden järjestämistä, vaan ainoastaan kotona laitospaikkaa odottavien asiakkaiden tilannetta. Joissakin kunnissa toimii vanhustenhuollon yhteistyöryhmä, johon kuuluu edustajia mm. kotisairaanhoidosta, kotipalvelusta ja terveyskeskuksen vuodeosastolta. (Pöyry ym. 1998). Muita kotiutumistilanteelle edellytyksiä luovia yhteistyömuotoja ovat yhteiset kehittämishankkeet ja projektit, yhteinen koulutus ja työnohjaus sekä yhteiset virkistystilaisuudet (Mustonen ym. 1993).

Asiakaskohtaisen yhteistyön luonne ja intensiteetti määräytyvät asiakkaan tilanteen mukaan. Kotihoidon asiakkaaksi kotiutuva potilas saattaa joko olla käyttänyt kotisairaanhoidon palveluita jo ennen sairaalajaksoaan tai aloittaa palveluiden käytön kotiuduttuaan. Muun muassa tämä vaikuttaa siihen, millaista yhteistyötä ja tiedon vaihtoa kotiutumisen tukeminen edellyttää sairaalan ja kotihoidon henkilöstöltä. Yhteistyön keskeisenä välineenä toimii asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Yhteistyö voi olla lähinnä irrallisia yhteydenottoja, esimerkiksi sopimista siitä kuka tilaa asiakkaalle entisenlaiset palvelut (koordinaatio-tyyppinen yhteistyö ks. Launis 1994). Se voi olla myös enemmän yhteistoiminnallista ja merkitä osapuolille yhteistä työn tekemistä yhdessä asetettujen tavoitteiden pohjalta, esimerkiksi kokonaan uuden hoito- ja palvelupaketin suunnittelua, ”räätälöintiä” (yhteinen työstäminen ks. Launis 1994). (Pohjola 1991, Päivärinta ja Haverinen 2002.)

Organisaatioiden välinen yhteistyö on usein nimellistä todellisen yhteistoiminnallisen työn ja reflektoivan kommunikaation puuttuessa (ks. Bruce 1980, Engeström 1994, Sinkko-

nen 1993). Nimellistä yhteistyötä luonnehtii epäsäännöllisyys, niukka vuorovaikutus, osapuolten välisen luottamuksen puuttuminen, stereotyyppiset käsitykset toisen osapuolen roolista ja toimintayksiköiden antaman ohjeistukset ristiriitaisuudet. Kommunikaatio epäonnistuu usein ja vaitiolovelvollisuus aiheuttaa ongelmia. Sitoutuneessa yhteistyössä edellä mainittuja puutteita ei ilmene ja yhteistyö on säännöllistä ja henkilökohtaista ja vuorovaikutus ”organista” Se edellyttää osapuolilta työprosessin ymmärtämistä yhteistoiminnallisena kokonaisuutena, tiedostavaa tavoitteellista toimintaa, suunnitelmallisuutta, pelisääntöjä, jatkuvuutta, vastuunottoa ja sitoutumista. Osapuolten on oltava tasa-arvoisia ilman hierarkiasuhteita, arvostettava toisiaan ja tunnustettava toiset erityisasiantuntijoiksi omilla aloillaan sekä tunnettava toistensa työtä riittävästi. (Bruce 1980, Pohjola 1991.)

#### Kotiutussuunnitelma – arviointi, suunnittelu, toteutus ja seuranta

Asiakkaan kanssa suunnitellaan kotiutumisen ajankohta, ennen kotiutumista tehtävät toimet, kuten apuvälineiden hankinta ja kodin muutostyöt sekä kotiutumisen jälkeiset palvelut. Suunnitelma perustuu yhdessä määriteltyihin tavoitteisiin, joihin sitoudutaan, mutta joita voidaan tarvittaessa tarkistaa ja muuttaa. (Koskinen 1998, Styrborn et al. 1994.) Kotihoidon työntekijän asiantuntemus asiakkaan kotiympäristön, kotona selviytymisen ja kotiin saatavien palveluiden suhteen on avuksi asiakkaan kotiutumisen arviointi- ja suunnitteluvaiheessa (Corkery 1989). Kun hoidon suunnittelu toteutetaan yhdessä, kaikilla on yhtenäinen näkemys asioista ja asiakas saa varmuuden siitä, että hänen hoitonsa jatkuu sairaalajakson jälkeenkkin. Kotiutumisen suunnittelu voidaan aloittaa yhdessä potilaan ja tämän perheen kanssa aikaisessa vaiheessa sairaalajaksoa, mahdollisuuksien mukaan jo silloin kun potilas tulee sairaalaan. On tärkeää, että suunnitelma on joustava ja että sitä voidaan tarpeen mukaan muuttaa. Erityisesti iäkkäiden potilaiden kohdalla muutokset terveydentilassa ja tarpeissa

tapahtuvat nopeasti. (Ahonen ym. 2002, Closs et al. 1995, Corkery 1989, Farren 1991, Jackson 1994, Victor ja Vetter 1988).

Potilaan halutessa omaiset ovat mukana suunnittelussa. Omaisten mukanaolo on kotiutumisen onnistumisen kannalta tärkeää (Jackson 1994). Suunnittelu on moniammatillista yhteistyötä. Suunnitteluun voivat osallistua osaston lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi kotihoiton henkilöstö ja esimerkiksi toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti ja sairaalasielunhoitaja. (Hogan ja Fox 1990; Styrborn et al. 1994.). Kotihoiton työntekijä voi käydä osastolla katsomassa kotiutuvaa asiakasta, osallistua asiakkaan kotiin tehtävälle arviointikäynnille sekä osastolla pidettäviin hoitoneuvotteluihin, joissa käsitellään asiakkaan asiaa (Pöyry ym. 1998).

Toiminnassa, jossa on mukana monia osapuolia, on keskeistä koordinointi. Kotiutumisen toteutumiseen liittyy monia valmistelevia toimenpiteitä ja lukuisia yhteydenottoja. Tällöin on hyvä, että toiminnan koordinoitavuus on nimetty. Koordinaattorina voi toimia

- (1) omahoitaja osastolta (Haddock 1991),
- (2) kotiutussuunnittelija (discharge planner) (Haddock 1991),
- (3) yhteyshoitaja (liaison nurse) (esim. Armitage ja Kavanagh 1996, Dukkers et al. 1999, Outinen ja Pohjakallio 1997),
- (4) palveluohjaaja (case manager) (esim. Alanikkola ja Valokivi 1997, Warrick et al. 1992) tai
- (5) kotisairaanhoidaja (Corkery 1989).

Kotiutumisen seuranta varmistaa asiakkaan onnistuneen kotiutumisen. Sairaalan ja kotihoiton henkilöstön on hyvä olla yhteydessä asiakkaan kotiutumisen jälkeen ja varmistaa, että kaikki oleelliset asiat on huomioitu. Asiakasta sairaalassa hoitanut henkilö, esimerkiksi omahoitaja, voi ottaa yhteyttä asiakkaan kotihoitosta vastaavaan henkilöstöön kotiutumisen jälkeen. (Hansen et al. 1992, Kravitz et al. 1994, Turner 1996.)

## Tiedonvaihto

Kirjallinen (asiakaskohtainen) tiedon vaihto sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä tapahtuu hoito- ja palvelusuunnitelmien, hoidon seurantalomakkeiden, hoitotyön lähetteden ja viestivihkojen välityksellä. Yhteinen atk-tietojärjestelmä mahdollistaa tietojen välittymisen muille asiakkaan hoidon ja palvelun tuottajille. Ei-asiakaskohtaista kirjallista tiedottamista ovat muun muassa organisaatioiden laatimat esitteet, toimintakertomukset ja muut vastaavat julkaisut. Tiedon vaihto on suurelta osin puhuttua eli suullista ja erityisesti organisaatioiden välinen tiedon vaihto usein puhelinpuhetta.

Potilaan hoitopaikasta toiseen tai kotiin siirtymisen onnistuminen on läheisessä yhteydessä tiedottamisjärjestelmän toimivuuteen (Waters 1987). Viestintä voi epäonnistua monesta syystä. Viesti ei aina mene lainkaan perille vastaanottajalle. Sanoma voi mennä väärään paikkaan tai viipyä matkalla. On mahdollista, että vastaanottaja ei havaitse sanomaa. (Wiio 1994.) Esimerkiksi puhelinvastaaja ja telefax ovat viestintävälineitä, joita käyttäessään lähettäjä ei voi olla varma viestin välittymisestä vastaanottajalle oikeaan aikaan.

Jotta asiakkaan hoito sujuisi hyvässä yhteistyössä, hoitoon osallistuvat osapuolet tarvitsevat tietoa asiakkaasta, tämän saamasta hoidosta ja palveluista sekä muiden osapuolten hoitomahdollisuuksista (Corkery 1989). Kotihoitosta vastaavien on tärkeää saada tieto potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa, jotta kotiutumiseen voidaan valmistautua. Tiedottamisen tulisi mieluummin tapahtua niin, että sanoman vastaanottaja on varmasti ottamassa sanoman vastaan. Yhteisessä tapaamisessa tai puhelin keskustelussa vastaanottaja on varmasti paikalla toisin kuin silloin, kun tieto lähetetään kirjeitse, telefaxina tai jätetään puhelinvastaajaan.

Vanhusten hoidon jatkuvuutta on Suomessa pyritty parantamaan suosittelemalla pal-

velu- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Sen toimintayksikön, jonka palveluiden piiriin vanhus ensiksi tulee, tulisi laatia palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelman tulisi kulkea vanhukseen mukana hoitopaikasta toiseen, ja kaikkien hoitoon osallistuvien tulisi kirjata siihen (tai sen mukana seuraavalle erilliselle lomakkeelle) vanhuksen hoidon kannalta oleelliset asiat. (Esim. Pihlaja 1990, Päivärinta ja Haverinen 2002.) Muita kotiutumistilanteessa välitettäviä kirjallisia dokumentteja ovat hoitotyön yhteen- veto (sairaanhoitajan lähete tai vastaava) ja lääkärin kirjoittama epikriisi tai decursusmerkinnät (Pöyry ym. 1998).

Annettaessa asiakasta koskevia tietoja toisen toimintayksikön henkilöstölle, asiakkaalta on saatava tähän lupa (L785/1992). Potilasasiakirjoihin tulee merkitä, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle tiedot on luovutettu ja kuka tiedot on luovuttanut sekä onko luovutus perustunut asiakkaan kirjalliseen tai suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen vai lakiin. (STM 2001). Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnasta vastaava työntekijä huolehtii siitä, että asiakas on tietoinen häntä koskevan asiakirjan sisällöstä ja siitä mihin tietoja tarvitaan, mihin niitä luovutetaan ja mihin tiedot tallennetaan. (Päivärinta ja Haverinen 2002).

Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön välinen tiedon vaihto on enenevässä määrin siirtymässä tietojärjestelmien varaan. Organisaatioiden välisen tiedon vaihdon kannalta asiakas- ja potilastietojen yhteiskäytön mahdollistava tekniikka ja lainsäädäntö ovat erityisen tärkeitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palveluketjujen kehittämistä tietoteknologian avulla on kokeiltu Satakunnan Makropilotti hankkeessa. Esimerkkejä kehitetyistä ratkaisuista ovat asiakaskortti, alueelliset tietojärjestelmät, digitaaliset potilaskertomukset ja sosiaalihuollon digitaaliset asiakasasiakirjat, videoneuvottelu-, asiantuntija- ja tietämyspalvelut (STM 1998). Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmän (STM 2003) suosituksiin sisältyy mm. kuntien, kuntayhtymien ja alueiden muiden toimijoiden välinen alueellisen tietohallinnon kehittämistyön organisointi, sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseen yhteistyöhön liittyvien hyvien tiedonvälitystapojen kehittäminen (esim. asiakkaan suostumuksen hallinta ja tietojen luovutuksen seuranta) sekä valtakunnallisesti yhtenäisen saumattomia palveluja tukevan tietojärjestelmäarkkitehtuurin kehittäminen.

## Kotihoito kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyönä

Suomessa ikääntymispolitiikan tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan. Ikääntyvälle koti edustaa hänen yksityiselämäänsä ja sosiaalista elämäänsä. Oma koti on yleensä myös mieluisin asuinvaihtoehto. Kotona asumisen tukemiseksi tarjolla tulee olla nopeasti saatavat ja ammattitaitoiset sosiaali- ja terveystalvet. Toimintakyvyn ollessa kovin rajoittunut ulkopuoliset kontaktit voivat ilman monipuolisia kotiin saatavia palveluita jäädä liian vähiin. Kotihoidossa tärkeää on inhimillisuus ja hienotunteisuus: asiakas voi kokea kotiin tulevan

uuden henkilön loukkauksena kun tämä ryhtyy hoitamaan tehtäviä, joista ikääntyvä on aikaisemmin huolehtinut itse omalla tavallaan (Nyholm ja Suominen 1999).

Vuoden 1997 lopussa melkein 30 % kotihoidon asiakkaista sai sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluita (Kauppinen 1998). Ikääntyvän palveluiden yhteensovittamisen kannalta on keskeistä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun hyvä yhteistyö ja tiedon vaihto. Yksittäisen asiakkaan hoidon kokonaisuus koostuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelma mahdollistaa

asiakkaan eri palvelumuotojen yhteensovittamisen, kaikkien palveluun osallistuvien suunnitelmallisen ja tavoitteellisen työskentelyn sekä asiakkaan osallistumisen omien voimavarojen mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulisi kulkea mukana palveluketjun eri vaiheissa ja sen ajantasaisuus tulisi tarkistaa aina kun palvelun tarpeessa tai antamisessa tapahtuu muutos. (Holma ja Virnes 1999, Päivärinta ja Haverinen 2002.)

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido edustavat perinteeltään eri toimijoita, kotipalvelu sosiaalihuoltoa ja kotisairaanhoido terveydenhuoltoa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimintakulttuurit ovat osin erilaisia. Eri toimijoiden tuottamien palveluiden yhteensovittamisessa on monia katkoskohtia. (Ala-Nikkola 2000.) Monissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty yhteiseksi kotihoidoksi. Siitä huolimatta toimiiko kotihoido saman organisaation alaisuudessa vai ei, kotihoidon toiminta on voitu organisoida tiimeittäin niin, että kotisairaanhoido ja kotipalvelu toimivat käytännössä yhdessä. Kahden erilaisen työskentelykulttuurin omaavan työyhteisön yhdistäminen on todennäköisesti edellyttänyt tai edellyttää yhteistä

työstämistä ja koulutusta; yhteisen perustehävän ja toiminta-ajatuksen kirkastamista ja yhteisen päämäärän asettamista toiminnalle.

Vanhusten palvelujärjestelmä on useissa kunnissa laaja ja monimuotoinen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon lisäksi ikääntyvän henkilön huolenpitoon osallistuukin usein monia muitakin toimijoita, esimerkiksi erilaisen tukipalveluiden (ateria-, siivous-, kuljetus-) tarjoajia. Paikallisesti tarkasteltuna yksistään julkiset vanhustenhuollon palvelut muodostavat varsin ison palveluverkoston, kun mukaan luetaan kotihoidon ja laitoshuollon sekä niiden väliin sijoittuvat välimuotoiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Kun tähän lisätään vielä yksityiset palveluntuottajat ja eri järjestöjen tuottamat palvelut, palvelujärjestelmästä tulee yhä isompi ja vaikeammin hallittava kokonaisuus. (Ala-Nikkola 2000.) Asiakkaiden monimuotoiset ja verkottuvat palveluketjut vaativat toimiakseen hyvää integrointia ja palvelukokonaisuuksien hallintaa. Käytännössä tämä tarkoittaa kokonaishoidosta vastuullista henkilöä, joka organisoii vanhuksen tarvitsemat palvelut ja pitää huolta kokonaisuudesta. (Nyholm ja Suominen 1999, Perälä ym. 1997.)



## 2 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimusten tavoitteista kaksi ensimmäistä (1–2) liittyy yli 65-vuotiaiden asiakkaiden kotiutumisiin ja hoitopaikasta toiseen siirtymisiin, kaksi seuraavaa (3–4) asiakkaiden jatkohoitoon kotona ja viimeinen (5) kotiutumisen ja koti-hoidon kehittämiseen.

*Kotiutumisten* osalta tavoitteena oli tutkia

1. millaista yli 65-vuotiaiden asiakkaiden kotiutumiseen liittyvä yhteistyö oli terveyskeskuksen vuodeosaston, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun arvioimina
2. miten kunnan koko ja sijainti olivat yhteydessä yli 65-vuotiaiden asiakkaiden kotiutumiseen liittyvään yhteistyöhön

ja *kotihoiton* osalta tavoitteena oli tutkia

3. millaista oli kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyö sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuus ko. toimijoiden arvioimana
4. miten kunnan koko, sijainti ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneisyys olivat yhteydessä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyöhön ja hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuuteen

ja lisäksi tavoitteena oli kuvata

5. mitä *kehittämistarpeita* oli iäkkäiden asiakkaiden kotiutumisiin ja kotihoitoon liittyvässä yhteistyössä ja tiedottamisessa ja mitkä olivat vastaajien *kehittämisehdotukset*.

Tutkimuksen tulokset esitetään tarkastelemalla ensiksi siirtymisiä erikoissairaanhoidon sairaaloista terveyskeskuksen vuodeosastolle (ks. Erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle, s. 26) ja kotiin (ks. Erikoissairaanhoidosta kotiin, s. 27) sekä kotiutumisia terveyskeskuksen sairaaloista (ks. Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiin, s. 31). Seuraavaksi käsitellään kotihoitoa (ks. Yhteistyö kotihoidossa, s. 35) ja lopuksi kehittämistarpeita- ja ehdotuksia (ks. Yhteistyön kehittämistarpeet ja ehdotukset, s. 38). Tutkimusaineisto mahdollistaa myös käytäntöjen vertailun eri tyyppisten sairaaloiden välillä sekä ja eri vastaajaryhmien näkökulmasta. Tältä osin tutkimuksen tuloksia esitetään kuitenkin muissa yhteyksissä (esim. Pöyry 1999.)

### 3 Aineisto ja menetelmät

#### Kyselylomake ja tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen mittarina toimi pääosin strukturoiduja kysymyksiä sisältävä kyselylomake. Kyselylomakkeen rakentamista varten tietoa saatiin kirjallisuuden lisäksi ennen tätä tutkimusta tehdystä haastattelututkimuksesta, jossa haastateltiin 12 kunnan kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja terveyskeskuksen vuodeosastojen edustajia. (Pöyry ym. 1998.) Kyselylomakkeen muuttuja-alueet on kuvattu taulukossa 1.

#### Yhteistyö asiakkaan siirtyessä sairaalasta vuodeosastolle ja kotiutuessa

Seuraavia yhteistyökäytäntöjä tiedusteltiin soveltuvin osin (ks. taulukko 1) yliopistollisen tai keskussairaalan (ys), aluesairaalan (as), terveyskeskuksen vuodeosaston (vo), kotisairaanhoidon (ksh) ja kotipalvelun (kp) välillä.

*Kotiutumisen- (ja sairaalasta toiseen siirtymisen) tilanteelle edellytyksiä luovien käytäntöjen* useutta viimeisen vuoden aikana kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla. Kotiutumistilanteen yhteistyölle ja tiedottamiselle edellytyksiä luovina yhteistyökäytäntöinä tiedusteltiin (1) pysyviä yhteistyöryhmiä (asiakaskohtaisesti asioita käsitteleviä), (2) pysyviä yhteistyöryhmiä (ei-asiakaskohtaisesti asioita käsitteleviä) (3) projektiluontoisia kehittämishankkeita, (4) yhteistä koulutusta ja työnohjausta sekä (5) yhteisiä virkistystilaisuuksia eri sairaaloiden kanssa. Osioista 2–4 muodostettiin summamuuttujat (liitetaulukot 1 ja 2). *Tiedottamisen välineiden käytön* (puhelin, puhelinvastaa- ja, telefax, sähköposti, kirjeposti) useutta eri sairaaloiden kanssa kysyttiin vastausvaihtoehtoilla päivittäin, viikoittain, kuukausittain ja harvemmin.

*Kotiutumiseen liittyvinä yhteistyökäytäntöinä* kysyttiin (1) yhteydenottoa sairaalasta

kotisairaanhoidon ennen asiakkaan kotiutus- päätöstä, (2) kotisairaanhoidon työntekijän käyntiä osastolla kotiutuvan asiakkaan luona, (3) kotisairaanhoidon ja sairaalan työntekijän yhteistä arviointikäyntiä asiakkaan kotiin, (4) kotisairaanhoidon työntekijän osallistumista osaston hoitokokoukseen (esillä yhden asiakkaan asia) ja (5) (esillä useamman asiakkaan asia) (6) kotiutuvalle asiakkaalle nimettyä yhteyshenkilöä (sairaalasta) ja (7) (kotisairaanhoidosta) sekä (8) yhteydenottoa sairaalasta kotisairaanhoidon kotiutumisen jälkeen. Osioista 2–7 muodostettiin summamuuttujat (liitetaulukko 2). Käytäntöjen useutta kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla.

*Potilaan sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle siirtymiseen liittyvänä tiedottamisena* kysyttiin (1) hoitotyön henkilöstön yhteydenottoa, (2) kirjallisen hoitotyön tiedotteen lähettämistä ja (3) lääkärin yhteydenottoa osastolle. Tiedottamiskäytäntöjen useutta kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla. *Kotiutumiseen liittyvän tiedottamisen* osalta tiedusteltiin (1) asiakkaasta sairaalasta välitettyjä kirjallisia tai sähköisiä dokumentteja, (2) asiakkaan kotiutumisesta tiedottamisen tapaa, (3) asiakkaan kotiutumisesta tiedottavaa henkilöä, (4) asiakkaan kotiutumisesta tiedottamisen ajankohtaa ja (5) välitetyn tiedon sisältöjä. Kirjallisten dokumenttien osalta noudatettiin samaa neliportaista järjestysasteikkoa kuin yhteistyökäytäntöjen suhteen. Muissa tiedottamiskäytännöissä kysyttiin tavallisinta tapaa.

*Kotiutumiseen/siirtymiseen liittyvän* (1) asiakaskohtaisen ja (2) ei-asiakaskohtaisen *yhteistyön ja tiedottamisen riittävyttä* eri sairaaloiden kanssa kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla. *Tiedon saannin riittävyttä* kotiutumisen/siirtymisten yhteydessä kysyttiin myös



*sisällön mukaan eriteltyinä* seuraavasti: A. Potilaan (1) fyysinen terveydentila, (2) psykososiaalinen tilanne, (3) toiveet jatkohoidon suhteen ja (4) omaisen tilanne. B. Sairaalahoito-osalta (5) hoitotyö, (6) kuntoutus, (7) lääketieteellinen hoito ja (8) muut palvelut (eri terapeutit ym.). C. Kotihoidon osalta (9) sovitut palvelut, (10) lääkitys, (11) hoitotarvikkeet ja (12) sosiaalietuudet. Osioista A, B ja C muodostettiin summamuuttujat (liitetaulukko 2).

*Hoidon jatkuvuutta tukevina käytäntöinä* kysyttiin kotihoidolta (1) kotilomia, (2) koe-kotiutuksia, (3) kotiin saattoa tai hakua, (4) ensimmäisten päivien hoitotarvikkeiden hankkimista sekä (5) kodin muutostöiden ja (6) kotihoidon ensikäynnin ajankohtaa ja vuodeosastolta (edellistä lukuun ottamatta) lisäksi (7) arviointikäyntiä potilaan kotiin, (8) moniammatillista kotiutuskokousta, (9) harjoittelua harjoituskodissa, (10) keskustelua omaisen kanssa, (11) kirjallisen kotihoito-ohjeen antamista ja (12) yhteydenottoa potilaaseen kotiutumisen jälkeen. Osioista muodostettiin summamuuttujat (kotihoito: mukana osiot 1-5, vuodeosasto: mukana kaikki osiot) (liitetaulukko 2). Käytäntöjen useutta kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla.

Potilaan kotiutumistilanteeseen liittyvät yhteistyö- ja tiedonvaihtokäytännöt sekä hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt suhteutettiin viimeisen vuoden aikana tapahtuneisiin kotiutumisiin eri sairaaloista. Vastaajan tuli valita miten useissa tapauksissa kotiutumisissa oli toimittu kysytyllä tavalla. Tällöin sillä, että toisista sairaaloista kotiutui enemmän asiakkaita kuin toisista ei ollut vastauksen kannalta merkitystä.

Käytäntöjen yleisyyttä on kuvattu prosentti- ja frekvenssijakaumin. Osasta kysymyksiä on muodostettu summamuuttujat. Kunnan koon yhteyttä summamuuttujiin on tutkittu korrelaation avulla. Tulokset on raportoitu vain siltä osin kuin niissä on merkitseviä yhteyksiä. Summamuuttujien keskiarvojen erojen merkitsevyyttä lääneittäin on tutkittu Tukeyn menetelmällä. Lääneittäisessä tarkastelussa ovat mukana (1) Etelä-Suomen, (2) Länsi-Suomen, (3) Itä-Suomen ja (4) Oulun ja Lapin läänit (yhdistetty). Läänikohtaiset tulokset on esitetty

tuloksissa vain jos läänien välillä on merkitseviä eroja summamuuttujan suhteen.

## Yhteistyö kotihoidossa

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön yhteistyön ja tiedottamisen osalta kysyttiin tilannetta viimeisen vuoden aikana. Mikäli vastaaja toimi kotihoidon yhdistetyssä toimipisteessä, häntä pyydettiin vastatessaan ajattelemaan kodinhoidollisia ja sairaanhoidollisia tehtäviä suorittavien henkilöiden välistä yhteistyötä.

*Hallinnollisina ja muina ei-asiakaskohtaisina yhteistyökäytäntöinä* kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä tiedusteltiin (1) pysyviä yhteistyöryhmiä, (2) projektiluontoisia yhteisiä suunnittelu- ja kehittämishankkeita, (3) yhteistä koulusta tai työnohjausta ja (4) yhteisiä virkistystilaisuuksia. Osioista 1-3 muodostettiin summamuuttujat (liitetaulukko 3). Asteikko oli viikoittain, kuukausittain, puolivuositain ja harvemmin/ei koskaan.

*Asiakaskohtaisina yhteistyökäytäntöinä* kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä tiedusteltiin (1) asiakaskohtaisesti kysymyksiä käsitteleviä yhteistyöryhmiä (esim. SAS), (2) suunniteltuja tapaamisia, neuvotteluja ja yhteydenottoja, (3) sattumanvaraisia tapaamisia, (4) sovitut yhteydenottoja asiakkaiden puolesta ja (5) kirjallista tietojen vaihtoa. Osioista 1-5 muodostettiin summamuuttujat (liitetaulukko). Asteikko oli päivittäin, viikoittain, kuukausittain, puolivuositain ja harvemmin/ei koskaan.

*Tiedottamisen välineiden* (puhelin, puhelinvastaaja, matkapuhelin, telefax, sähköposti, kirjeposti, muu) *käytön useutta* kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välillä kysyttiin asteikolla päivittäin, viikoittain, kuukausittain tai harvemmin ja välinettä ei ole. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välisen (1) asiakaskohtaisen (2) ei-asiakaskohtaisen *yhteistyön ja tiedottamisen riittävyttä* kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla.

*Hoito- ja palvelusuunnitelman yleisyyttä ja toimivuutta* selvitettiin kysymällä ”Kuinka monen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman

kohdalla toteutuvat seuraavat asiat...?” (1) päivityksestä vastaava henkilö nimetty, (2) ajan tasaisuus, (3) laadittu yhteisesti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken, (4) tehty asiakkaan ja omaisen läsnä ollessa, (5) tehty vain asiakkaan läsnä ollessa, (6) tehty vain omaisen läsnä ollessa, (7) laadittu kirjallisena, (8) laadittu sähköisenä, (9) päivitetty aina palvelutarpeen muuttuessa, (10) pidetty ajan tasalla vastuuhenkilön toimesta ja (11) huolehdittu sairaalaan asiakkaan mukana. 9 osiosta (1–4, 7–11) muodostettiin summamuuttuja (liitetaulukko 3).

Niiden kysymysten osalta, joista on muodostettu summamuuttujat, on tutkittu yhteyttä kunnan kokoon (korrelaatio) ja sijaintiin (keskiarvojen vertailu Tukeyn menetelmällä) sekä sosiaali- ja terveyslautakuntien ja -virastojen yhdistyneisyyteen (keskiarvojen vertailu Tukeyn menetelmällä). Tulokset on raportoitu vain siltä osin kun merkitseviä eroja/yhteyksiä on todettu.

## Kehittämistarpeet ja -ehdotukset

*Kehittämistarpeita* selvitettiin tiedustelemalla vastaajilta miten tyytyväisiä/tyytymättömiä potilaat ja omaiset ovat olleet kotiutumisiinsa ja mitä puutteita asiakkaat ja omaiset ovat ilmaisseet sekä mitkä tekijät ovat haitanneet vastaajien toimintaa/hyvää hoitoa/onnistuneita kotiutumisia. *Henkilöstön näkemystä asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyydestä* kysyttiin neliportaisella asteikolla täysin tyytyväisiä, melko tyytyväisiä, melko tyytymättömiä ja täysin tyytymättömiä. Lisäksi kysyttiin avoimella jatkokysymyksellä, mitä puutteita asiakkaat ja omaiset ovat ilmaisseet.

*Toimintaa mahdollisesti haittaavat tekijät* oli ryhmitelty A. Yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa, B. Kotihoidon yhteensovittamiseen ja C. Toimipisteen sisäisiin tekijöihin/resursseihin. Osioista A, B ja C muodostettiin summamuuttujat (liitetaulukko 3). Tekijöiden aiheuttamaa haittaa kysyttiin neliportaisella järjestysasteikolla.

Kotihoidon vastaajilta kysyttiin yhteistyöhön ja tiedottamiseen sairaaloiden kanssa

(summamuuttuja A) liittyvien tekijöiden hyväälle hoidolle aiheuttamana haittaa seuraavien tekijöiden osalta: (1) liian vähäinen yhteistyö, (2) puuttuvat tai epäselvät yhteistyökäytännöt, (3) liian vähäinen tiedottaminen, (4) liian myöhäinen tiedottaminen, (5) välitettävän tiedon epäyhtenäisyys ja (6) puuttuvat tai puutteelliset tiedottamisvälineet.

Terveyskeskuksen vuodeosastolta tiedusteltiin vastaavasti (summamuuttuja A) miten paljon seuraavat asiat haittaavat potilaan onnistuneen kotiutumisen suunnittelua ja toteutusta osastolla: (1) liian vähäinen yhteistyö kotihoidon henkilöstön kanssa, (2) puuttuvat tai epäselvät yhteistyökäytännöt kotihoidon kanssa, (3) liian vähäinen tiedottaminen kotihoidon kanssa, (4) puuttuvat tai puutteelliset tiedottamisvälineet, (5) kotihoidon henkilöstön vaikea tavoitettavuus ja (6) tietämättömyys kotihoidon tarvitsemasta tiedosta.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toiminnan yhteensovittamisen suhteen (summamuuttuja B) kysyttiin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun (1) työnjaon epäselvyyden, (2) henkilöstön kykenemättömyyden tehdä työtä yhdessä, (3) erilaisen ammattikulttuurin, (4) toimipisteiden erillisen sijainnin sekä (5) sosiaali- ja terveystoimen hallinnollisen erillisyyden toiminnalle mahdollisesti aiheuttamaa haittaa.

Henkilöstön ja tilojen mahdollisesti aiheuttamia haittoja (summamuuttuja C) tiedusteltiin kotihoidon vastaajilta (1) henkilöstön riittämättömien tai vaihtelevien ammatillisten valmiuksien, (2) henkilökunnan vähyyden ja (3) vaihtuvuuden sekä (4) epätarkoituksenmukaisten toimitilojen osalta. Vuodeosastolta kysyttiin samoin osiot 1, 2 ja 3 ja lisäksi (4) osaston/sairaalan työnjaon selkiytymättömyyden aiheuttamaa haittaa.

*Kehittämisehdotuksia* kysyttiin avoimella kysymyksellä (1) sairaalan ja kotihoidon sekä (2) (kotihoidon vastaajilta) kotisairaanhoidon ja kotipalvelun / (vuodeosaston vastaajilta) sairaaloiden välisen yhteistyön ja tiedottamisen kehittämiseksi. Avovastaukset luokiteltiin sisällön analyysillä.

TAULUKKO 1. Tutkimuksen muuttaja-alueet

MUUTTUJA-ALUE	VASTAAJA		
	Kotisairaanhoido	Kotipalvelu	Terveyskeskuksen vuodeosasto
Taustatiedot (vastaaja, toimipiste, kunta)	x	x	x
<b>KOTIUTUMINEN JA SIIRTYMINEN</b>			
Kotiutumisille edellytyksiä luovat yhteistyökäytännöt (5 osiota)	2, 3	2, 3	1, 2
Yhteistyökäytännöt kotiutumistilanteissa (8 osiota)	2, 3	2, 3	1, 2
Yhteistyön riittävyys (2 osiota)	2, 3	2, 3	1, 2
Yhteydenotot ja kirjalliset tiedotteet kotiutuessa (3 osiota)	2, 3	2, 3	1
Tiedon saannin riittävyys sisällön mukaan eriteltynä	2, 3	2, 3	1
Tiedottamisen välineiden käytön useus	2, 3	2, 3	2
Tiedottaminen potilaan kotiutuessa (miten, kuka, missä vaiheessa)	2, 3	2, 3	2
Tiedottamisen riittävyys (2 osiota)	2, 3	2, 3	1, 2
Hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt	2, 3	2, 3	2
<b>KOTIHOITO</b>			
Ei-asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt (4 osiota)	4	4	
Tiedottamisen välineiden käytön useus (6 osiota)	4	4	
Asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt (5 osiota)	4	4	
Yhteistyön ja tiedottamisen riittävyys (2 osiota)	4	4	
Hoito- ja palvelusuunnitelma			
- yleisyys (3 osiota)	x	x	
- toteutustavat (9 osiota)	x	x	
<b>KEHITTÄMISTARPEET JA -EHDOTUKSET</b>			
Henkilöstön näkemys asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyydestä (avoin)	x	x	x
Hyvää hoitoa haittaavat tekijät			
- sairaalan ja kotihoidon välillä (6 osiota)	x	x	x
- kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä (5 osiota)	x	x	
- toimipisteen sisällä (4 osiota)	x	x	x
Kehittämisehdotukset (avoin)	x	x	x

Tarkastelu kohdistuu

- 1 terveyskeskussairaalan ja erikoissairaanhoidon sairaalan väliseen yhteistyöhön.
- 2 terveyskeskussairaalan ja kotihoidon yhteistyöhön.
- 3 kotihoidon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön.
- 4 kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyöhön.

## Tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineisto kerättiin vuodenvaihteessa 1998–1999, jolloin 308 Suomen kuntaan lähetettiin kyselylomakkeet sosiaalihoitajalle, kotipalvelusta (käytännön toiminnasta) vastaavalle henkilölle, kotisairaanhoidosta (käytännön toiminnasta) vastaavalle henkilölle sekä terveyskeskuksen vuodeosaston edustajalle. 308 kunnassa olivat mukana kaikki Suomen yli 5 000 asukkaan kunnat lukuun ottamatta Helsinkiä sekä 100 satunnaisesti valittua alle 5 000 asukkaan kuntaa.

Kotipalvelun kyselylomakkeet lähetettiin sosiaalihoitajille (samassa sosiaalihoitajien kyselyn kanssa), ja kotisairaanhoidon sekä vuodeosaston lomakkeet terveyskeskusten johtaville hoitajille, jotka toimittivat lomakkeet eteen-

päin. Joka kuntaan lähetettiin yksi kyselylomake kullekin vastaajaryhmälle. Suurimmissa kunnissa, joissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteitä on useita, vastaanottajaa pyydettiin valitsemaan suurin tai keskeisin alue, jonka edustajalle toimitti lomakkeen. Johtavia hoitajia pyydettiin valitsemaan jokin sellainen vuodeosasto, josta kotiutuu iäkkäitä asiakkaita kunnan kotihoitoon. Mukana oli 250 terveyskeskuksen sairaalaa. Terveyskeskuksen kuntayhtymissä samalla vuodeosastolla hoidettiin yleensä useamman kunnan potilaita.

Vastaamatta jättäneille lähetettiin yksi uusintakysely. Uusintakyselyn jälkeiset vastausprosentit ovat taulukossa 2.

## Vastaajien, toimipisteiden ja tutkimuskuntien taustatietoja

Kyselyt kohdistettiin toimipisteiden käytännön työstä vastaaville työntekijöille. Terveyskeskuksen vuodeosaston vastaajista suurin osa (89 %) oli osastonhoitajia. Kotisairaanhoidon vastaajista 42 % oli terveydenhoitajia, 30 % sairaanhoitajia ja 23 % osastonhoitajia. Kotipalvelun vastaajista 64 % oli kotipalvelunohjaajia ja 15 % johtavia kodinhoitajia.

Kotisairaanhoidon toimipisteistä puolet oli kunnan ja puolet kuntayhtymän ylläpitämiä. Terveyskeskuksen vuodeosastoista 58 % oli kunnan ja 42 % kuntayhtymän ylläpitämiä. Kotipalvelun toimipisteet olivat pääosin kun-

nan ylläpitämiä. 62 %:lla kotisairaanhoidon toimipisteistä ja 77 %:lla kotipalvelun toimipisteistä toiminta-alueena oli koko kunta ja lopuilla jokin kunnan osa.

Tutkimuskunnat sijoittuivat eri puolille Suomea ja edustivat erikokoisia kuntia (taulukko 3). Pienimmässä kunnassa oli vähän yli 1 100 asukasta ja suurimmassa lähes 200 000 asukasta. Keskimäärin asukkaita oli 13 249. Yli kolmasosa (106) kunnista sijoittui asukasluvultaan välille 5 000–10 000. Vajaa puolet (44 %) kunnista oli yhdistänyt sosiaali- ja terveyslautakunnat ja kolmasosa (31 %) kunnista oli yhdistänyt sosiaali- ja terveysvirastot.

TAULUKKO 2. Kyselyn lopulliset vastausprosentit

Vastaajaryhmä	n	Vastausprosentti
Kotipalvelun edustajat	265	86,0
Kotisairaanhoidon edustajat	279	90,6
Vuodeosaston edustajat	219	87,6
<b>Yhteensä</b>	<b>763</b>	<b>88,1</b>

TAULUKKO 3. Tutkimuskunnat (vastanneet, n = 284) lääneittäin asukasluvun mukaan ryhmiteltynä

LÄÄNI	n	%	Asukasluku			
			0–4 999 n	5 000– 9 999 n	10 000– 19 999 n	20 000– n
Etelä-Suomen lääni	69	24	22	20	10	17
Länsi-Suomen lääni	125	44	40	50	23	12
Itä-Suomen lääni	48	17	13	19	10	6
Oulun lääni	28	10	7	10	9	2
Lapin lääni	14	5	2	7	1	4
<b>Yhteensä</b>	<b>284</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>106</b>	<b>53</b>	<b>41</b>

Terveyskeskusten vuodeosastot sijaitsivat lähempänä aluesairaaloita kuin keskus- ja yliopistollisia sairaaloita. Lähimpään aluesairaalaan oli matkaa keskimäärin 31 kilometriä ja lähimpään yliopistolliseen tai keskussairaalaan 56 kilometriä. Mukana oli myös terveyskeskusten vuodeosastoja jotka sijaitsivat välittömästi erikoissairaanhoidon sairaalan läheisyydessä. Pisin etäisyys lähimpään aluesairaalaan oli 100 kilometriä ja keskussairaalaan 460 kilometriä. (Taulukko 4.)

Samoin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteistä katsoen keskussairaalat ja yliopistolliset sairaalat olivat kauempana kuin aluesairaalat (taulukko 4). Kaikkien kuntien käytössä ei ollut aluesairaalan palveluita; vain 158

kotisairaanhoidon ja 159 kotipalvelun edustajaa ilmoitti asiakkaita kotiutuvan aluesairaalaan.

Kotihoidon toimipisteet sijaitsivat lähempänä terveyskeskusten vuodeosastoja kuin erikoissairaanhoidon sairaaloita. Keskimääräinen etäisyys kotisairaanhoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston välillä oli vastausten mukaan 13 kilometriä. Kaikki kotisairaanhoidon vastaajat eivät olleet ilmoittaneet matkaa (0 km), joten keskimääräinen matka saattaa olla lyhyempi. Keskimääräinen etäisyys kotipalvelun toimipisteen ja terveyskeskussairaalan välillä oli 7 kilometriä. Joissakin kunnissa kotipalvelu ja vuodeosasto sijaitsivat toistensa yhteydessä, pisimmillään välimatka oli 165 kilometriä.

TAULUKKO 4. Vastaajien toimipisteiden ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden välinen etäisyys (km)

Sairaala	Kotipalvelu				Kotisairaanhoido				Tk:n vuodeosasto			
	ka	sd	min	max	ka	sd	min	max	ka	sd	min	max
Aluesairaala	<b>32</b>	27	0	130	<b>35</b>	28	0	135	<b>31</b>	25	0	100
Keskus- tai yliopistollinen sairaala	<b>64</b>	53	0	460	<b>63</b>	57	0	460	<b>56</b>	50	0	460

## 4 Tutkimustulokset

### Yhteistyö asiakkaan kotiutuessa ja siirtyessä

#### Erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle

Terveyskeskusten vuodeosastojen ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden välillä oli vain vähän muuta kuin potilassiirtoihin liittyvää yhteistyötä. Valtaosassa kunnista terveyskeskuksen vuodeosastolla ja erikoissairaaloiden sairaaloilla ei ollut pysyviä yhteistyöryhmiä. Noin kolmasosa oli kokoontunut projektiluontoisten kehittämishankkeiden parissa. Yhteistä koulutusta ja työhönohjausta oli ollut jonkin verran, enemmän yliopistollisten ja keskussairaaloiden kanssa. (Taulukko 5.)

Muun kuin potilaskohtaisen yhteistyön ja tiedon saannin arvioitiin olleen riittämätöntä (62 %). Vain 5 % vastaajista oli sitä mieltä, että se oli ollut täysin riittävää.

#### Siirtymisiin liittyvä yhteistyö ja tiedottaminen

Asiakkaan siirtyessä aluesairaala terveyskeskuksen vuodeosastolle sairaalan hoitotyön henkilöstö otti yleensä yhteyttä osastolle tiedot-

taakseen potilaan tilanteesta (61 % mukaan aina), lääkäri selvästi harvemmin (13 % aina). Lisäksi välitettiin kirjallinen hoitotyön tiedote (77 % mukaan aina). Yliopistollisesta tai keskussairaala hoitotyön henkilöstö otti yhteyttä harvemmin kuin aluesairaala, mutta lääkäri hieman useammin (16 % aina).

Vuodeosaston edustajat olivat pääosin tyytyväisiä potilaskohtaiseen yhteistyöhön ja tiedon saamiseen potilassiirroissa; 89 % vastaajista piti niitä riittävänä aluesairaalan ja 86 % yliopistollisten ja keskussairaaloiden kanssa. Eniten oli puutteita omaisen tilanteesta tiedottamisessa (taulukko 6).

*Oulun ja Lapin läänissä tietojen saaminen potilaasta (fyysinen terveydentila, psykososiaalinen tilanne, toiveet jatkohoidon suhteen, omaisen tilanne) yliopistollisista ja keskussairaaloista oli riittävämpää kuin Länsi-Suomen läänissä. Myös kunnan koolla oli yhteys tietojen saamisen riittävyyteen yliopistollisista ja keskussairaaloista: mitä pienempi kunta oli sitä riittävämpää oli tiedon saaminen potilaasta ( $p = 0.01$ ) ja potilaan sairaalahoidosta ( $p = 0.02$ ).*

TAULUKKO 5. Terveyskeskusten vuodeosastojen ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden yhteistyö vuoden aikana

	n	Aluesairaala (%)				Yliopistollinen tai keskussairaala (%)				
		Yli 5 kertaa	5-3 kertaa	2-1 kertaa	Ei kertaa-kaan	n	Yli 5 kertaa	5-3 kertaa	2-1 kertaa	Ei kertaa-kaan
Pysyvät yhteistyöryhmät										
...potilaskohtaisesti asioita käsittelevät	124	4	5	6	85	188	0	3	11	86
...ei-potilaskohtaisesti asioita käsittelevät	122	2	5	15	79	188	2	6	18	73
Projektiluontoiset kehittämishankkeet	120	2	9	18	71	192	3	9	24	64
Yhteinen koulutus ja työhönohjaus	120	6	14	27	53	200	17	28	29	26
Yhteiset virkistystilaisuudet	121	0	0	3	97	186	0	0	3	97

TAULUKKO 6. Tietojen saamisen riittävyys (eriteltyinä) erikoissairaanhoidon sairaaloista potilassiirtojen yhteydessä terveyskeskuksen vuodeosaston vastaajien mukaan

	Aluesairaala (%)			Yliopistollinen tai keskussairaala (%)		
	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä
<b>Potilaan</b>						
Fyysisestä terveydentilasta	119	97	3	212	94	6
Psykososiaalisesta tilanteesta	118	68	32	215	56	44
Toiveista jatkohoidon suhteen	117	57	43	214	47	53
Omaisien tilanteesta	119	34	66	213	26	74
<b>Sairaalahoidosta</b>						
Hoitotyöstä	118	88	12	214	89	11
Kuntoutuksesta	119	83	17	214	84	16
Lääketieteellisestä hoidosta	119	91	9	210	94	6
Muista palveluista (eri terapeutit ym.)	115	66	34	212	64	36

## Erikoissairaanhoidosta kotiin

Kotihoidon toimipisteillä ja erikoissairaanhoidon sairaaloilla oli vain joissakin kunnissa yhteistä toimintaa, kuten pysyviä työryhmiä, projektiluontoisia kehittämishankkeita, yhteistä koulutusta tai virkistystilaisuuksia. Kotisairaanhoidon toimipisteillä sekä yliopistollisilla ja keskussairaaloilla oli monissa kunnissa yhteistä koulutusta. Sairaaloilla oli yhteistä toimintaa jonkin verran tavallisemmin kotisairaanhoidon toimipisteiden kuin kotipalvelun toimipisteiden kanssa. (Taulukko 7.)

Kotihoidon toimipisteiden ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden yhteydenpito hoidettiin tavallisesti puhelimitse. Suurin osa kotisairaanhoidon toimipisteistä oli puhelimitse yhteydessä sairaaloihin kuukausittain (as 42 %, ys 39 %), yli neljäsosa kuitenkin viikoittain (as 31 %, ys 25 %). Kotipalvelun toimipisteet olivat tavallisimmin yhteydessä sairaaloihin harvemmin kuin kerran kuukaudessa (as 39 %, ys 48 %), yli kolmasosa kuitenkin kuukausittain (as 31 %, ys 38 %) ja neljäsosa (26 %) aluesairaaloihin viikoittain.

TAULUKKO 7. Kotihoidon toimipisteiden ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden yhteistyö vuoden aikana kotihoidon edustajien mukaan

	n	Aluesairaala (%)				n	Yliopistollinen tai keskussairaala (%)			
		Yli 5 kertaa	5-3 kertaa	2-1 kertaa	Ei kertaa-kaan		Yli 5 kertaa	5-3 kertaa	2-1 kertaa	Ei kertaa-kaan
<b>Pysyvät yhteistyöryhmät ...asiakaskohtaisesti asioita käsittelevät</b>										
▪ kotisairaanhoido	151	10	4	10	76	222	5	2	14	79
▪ kotipalvelu	159	10	3	13	74	211	4	6	14	76
<b>...ei-asiakaskohtaisesti asioita käsittelevät</b>										
▪ kotisairaanhoido	136	2	2	13	84	206	1	4	13	83
▪ kotipalvelu	132	4	1	14	81	181	1	2	6	92
<b>Projektiluontoiset kehittämissankkeet</b>										
▪ kotisairaanhoido	141	4	2	12	82	211	2	4	12	82
▪ kotipalvelu	142	1	2	5	92	188	1	2	7	91
<b>Yhteinen koulutus ja työnohjaus</b>										
▪ kotisairaanhoido	148	4	10	23	64	230	7	18	37	38
▪ kotipalvelu	144	1	5	12	83	194	2	3	17	79
<b>Yhteiset virkistystilaisuudet</b>										
▪ kotisairaanhoido	142	1	0	3	96	212	1	0	1	98
▪ kotipalvelu	147	0	0	1	99	192	1	0	0	100



Enemmistö sekä kotisairaanhoidosta että tiedon vaihto erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa oli sitä mieltä, että yhteistyö ja kotipalvelusta oli riittämätöntä (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Muun kuin kotiutumisiin liittyvän yhteistyön ja tiedon vaihdon riittävyys erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa kotihoidon edustajien mukaan

	Aluesairaala (%)			Yliopistollinen tai keskussairaala (%)		
	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä
<b>Yhteistyö</b>						
▪ kotisairaanhoido	147	28	72	252	34	66
▪ kotipalvelu	150	39	61	213	39	61
<b>Tiedottaminen</b>						
▪ kotisairaanhoido	142	37	63	254	54	56
▪ kotipalvelu	139	63	37	215	38	62

TAULUKKO 9. Sairaalan ja kotihoidon henkilöstön asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt asiakkaan kotiutuessa erikoissairaanhoidon sairaaloista kotihoidon edustajien mukaan

	Aluesairaala (%)			Yliopistollinen tai keskussairaala (%)		
	n	Aina tai melko usein	Melko harvoin tai ei koskaan	n	Aina tai melko usein	Melko harvoin tai ei koskaan
<b>Yhteydenotto sairaalasta ennen kotiutus-päätöstä</b>						
▪ kotisairaanhoidoon	158	70	30	270	65	35
▪ kotipalveluun	162	64	36	233	54	46
<b>Kotihoidon työntekijän käynti osastolla kotiutuvan asiakkaan luona</b>						
▪ kotisairaanhoidosta	158	4	96	268	0	100
▪ kotipalvelusta	164	3	97	231	1	99
<b>Kotihoidon ja sairaalan yhteinen arviointi-käynti asiakkaan kotiin, mukana</b>						
▪ kotisairaanhoidon työntekijä	155	0	100	264	0	100
▪ kotipalvelun työntekijä	161	2	98	226	1	99
<b>Kotihoidon työntekijän osallistuminen osaston hoitokokoukseen koskien ...yksittäistä asiakasta, mukana</b>						
▪ kotisairaanhoidon työntekijä	151	3	97	261	0	100
▪ kotipalvelun työntekijä	151	3	97	218	1	99
<b>...monta asiakasta, mukana</b>						
▪ kotisairaanhoidon työntekijä	144	1	99	246	0	100
▪ kotipalvelun työntekijä	136	1	99	199	0	100
<b>Kotiutuvalla asiakkaalle nimetty yhteyshenkilö ...sairaalasta</b>						
▪ kotisairaanhoidon työntekijän mukaan	132	19	81	234	24	76
▪ kotipalvelun työntekijän mukaan	130	14	86	203	15	85
<b>...kotihoidosta</b>						
▪ kotisairaanhoidosta	140	54	46	235	51	49
▪ kotipalvelusta	130	31	69	195	28	72
<b>Yhteydenotto kotiutumisen jälkeen sairaalasta</b>						
▪ kotisairaanhoidoon	152	10	90	253	9	91
▪ kotipalveluun	153	4	96	218	4	96



## Kotiutumisiin liittyvät yhteistyö- ja tiedottamiskäytännöt

Kotiutumiseen liittyvät yhteistyökäytännöt olivat erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja kotihoidon toimipisteiden kesken suurimmassa osassa kuntia harvinaisia. Poikkeuksena oli vain yhteydenotto ennen kotiutus päätöstä, joka oli toteutunut aina tai melko usein noin kahdessa kolmasosassa kuntia (taulukko 9).

*Kotisairaanhoidon mukaan asiakaskohtainen yhteistyö yliopistollisista sairaaloista kotiuduttaessa oli Itä-Suomen läänissä yleisempää kuin Etelä-Suomen läänissä. Kunnan asukasluku korreloi positiivisesti käytäntöjen yleisyyteen alue-sairaaloiden kanssa ( $p = 0.00$ ), ts. kuntakoon suuretessa kotisairaanhoidon ja aluesairaaloiden yhteistyökäytäntöjen useus kasvoi.*

Asiakkaiden tulevista kotiutumisista ilmoitettiin kotihoidon toimipisteisiin puhelimitse (88–98 %). Kotipalveluun tiedottajana oli yleensä sosiaalihoitaja (as 77 %, ys 79 %). Kotisairaanhoidon kotiutumisesta tiedotti tavallisimmin potilaan omahoitaja (60 %) tai osaston vastaava hoitaja (as 25 %, ys 22 %). Kotisairaanhoidon kotiutumisesta tiedotti kirjallisia dokumentteja kotiutuvasta asiakkaasta. Hoito- ja palvelusuunnitelma kulki erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja kotisairaanhoidon välillä harvoin (as 58 %, ys 60 % ei koskaan), ja vielä harvemmin erikoissairaanhoidon sairaalan ja ko-

tipalvelun välillä (68 %, ys 74 % ei koskaan). Hoitotyön yhteenvedo toimitettiin useimmissa kunnissa kotisairaanhoidon melko usein (as 54 %, ys 48 %), mutta kotipalveluun ei koskaan (as 56 %, ys 55 %). Samoin lääkärin epikriisi oli asiakkaan kotiutuessa lähetetty kotisairaanhoidon melko usein (as 47 %, ys 44 %), mutta kotipalvelu ei saanut sitä lainkaan useimmissa kunnissa (as 50 %, ys 45 %). Myös melkein kolmasosa kotisairaanhoidon toimipisteistä sai epikriisin vain harvoin tai ei koskaan.

Useimmat kotihoidon toimipisteet olivat saaneet tiedon asiakkaan kotiutumisesta erikoissairaanhoidon sairaalasta tavallisimmin päivää tai kahta ennen tulevaa kotiutumista (54–62 %). Kuitenkin miltei kolmasosa kotisairaanhoidon (as 29 % ys 31 %) ja kuudesosa (as 17 %, ys 18 %) kotipalvelun toimipisteistä oli saanut tiedon tavallisimmin vasta kotiutumis päivänä. Muutaman vastaajan toimipisteeseen tieto oli saapunut tavallisimmin vasta kotiutumisen jälkeen. Yleisesti ottaen tieto oli tullut aikaisemmin kotipalveluun kuin kotisairaanhoidon.

Asiakkaiden kotiutumisiin liittyvää yhteistyötä ja tiedon vaihtoa erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa pidettiin hieman useammassa kunnissa (melko tai täysin) riittävänä kuin (melko tai täysin) riittämättömänä. Poikkeuksena oli kotipalvelun ja yliopistollisten tai keskussairaaloiden välinen yhteistyö, mitä suurin osa vastaajista (56 %) piti riittämättömänä. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Asiakaskohtaisen yhteistyön ja tiedon vaihdon riittävyys asiakkaan kotiutuessa erikoissairaanhoidon sairaaloista kotihoidon edustajien mukaan

	Aluesairaala (%)			Yliopistollinen tai keskussairaala (%)		
	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämättömää	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämättömää
Asiakaskohtainen yhteistyö						
▪ kotisairaanhoidon	152	58	42	252	58	42
▪ kotipalvelun	160	51	49	223	44	56
Asiakaskohtainen tiedottaminen						
▪ kotisairaanhoidon	156	71	29	270	68	32
▪ kotipalvelun	162	61	39	235	55	45

Sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun vastaajat kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa asiakkaan psykososiaalisesta tilanteesta, omaisen tilanteesta, sairaalassa toteutetusta hoidosta (kotisairaanhoidon osalta lukuun ottamatta lääketieteellistä hoitoa) sekä asiakkaan sosiaalietuuksista. Puolet vastaajista koki lisäksi saaneensa riittämättömästi tietoa asiakkaan toiveista jatkohoidon suhteen. (Taulukko 11.)

*Kotipalvelu sai riittävämmän tietoa yliopistollisista ja keskussairaaloista koskien asiakkaan tulevaa hoitoa kotona Itä-Suomen läänissä kuin Länsi-Suomen läänissä. Kotisairaanhoido sai tietoa sitä riittävämmän mitä suurempi kunta oli koskien yliopistollisista ja keskussairaaloista saatua asiakkaan sairaalahoitoa koskevaa tietoa.*

TAULUKKO 11. Tiedon saannin riittävyys (eriteltyinä) asiakkaan kotiutuessa erikoissairaanhoidon sairaalasta kotihoitoon edustajien mukaan

	Aluesairaala (%)			Yliopistollinen tai keskussairaala (%)		
	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä
<b>Asiakkaan</b>						
Fyysisestä terveydentilasta						
• kotisairaanhoido	149	83	17	258	81	19
• kotipalvelu	158	63	37	218	67	33
Psykososiaalisesta tilanteesta						
• kotisairaanhoido	147	46	54	257	42	58
• kotipalvelu	151	41	59	216	42	58
Toiveista jatkohoidon suhteen						
• kotisairaanhoido	146	54	46	256	50	50
• kotipalvelu	155	50	50	211	51	49
Omaisen tilanteesta						
• kotisairaanhoido	148	24	76	256	21	79
• kotipalvelu	156	29	71	212	26	74
<b>Sairaalahoitosta</b>						
Hoitotyöstä						
• kotisairaanhoido	147	56	44	258	55	45
• kotipalvelu	152	33	67	206	34	66
Kuntoutuksesta						
• kotisairaanhoido	147	43	57	256	41	59
• kotipalvelu	153	37	63	206	40	60
Lääketieteellisestä hoidosta						
• kotisairaanhoido	147	73	27	257	74	26
• kotipalvelu	151	41	59	209	41	59
Muista palveluista (eri terapeutit ym.)						
• kotisairaanhoido	140	34	66	242	35	65
• kotipalvelu	148	32	68	203	30	70
<b>Hoidosta kotona</b>						
Sovituista palveluista						
• kotisairaanhoido	141	62	38	244	57	43
• kotipalvelu	147	55	45	201	55	45
Lääkityksestä						
• kotisairaanhoido	146	88	12	253	86	14
• kotipalvelu	149	55	45	205	57	43
Hoitotarvikkeista						
• kotisairaanhoido	143	72	28	252	69	31
• kotipalvelu	147	47	53	203	43	57
Sosiaalietuuksista						
• kotisairaanhoido	143	22	78	255	22	78
• kotipalvelu	145	41	59	202	40	60

TAULUKKO 12. Hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt asiakkaan kotiutuessa erikoissairaanhoidon sairaalasta kotihoidon edustajien mukaan

	Aluesairaala (%)			Yliopistollinen tai keskussairaala (%)		
	n	Aina tai melko usein	Ei koskaan tai melko harvoin	n	Aina tai melko usein	Ei koskaan tai melko harvoin
<b>Kotiloma ennen kotiutumista</b>						
▪ kotisairaanhoido	138	2	98	251	2	98
▪ kotipalvelu	137	4	96	200	4	96
<b>Lupa palata osastolle, koekotiutus</b>						
▪ kotisairaanhoido	136	23	77	244	14	86
▪ kotipalvelu	127	24	76	182	17	83
<b>Sairaalasta kotiin saatto tai haku</b>						
▪ kotisairaanhoido	132	8	92	241	8	92
▪ kotipalvelu	134	13	87	190	9	91
<b>Ensimmäisten vuorokausien lääkkeet ja hoitotarvikkeet mukana kotiutuessa</b>						
▪ kotisairaanhoido	145	61	39	254	48	52
▪ kotipalvelu	126	48	52	179	39	61
<b>Tarvittavien kodin muutostöiden tekeminen ennen kotiutumista</b>						
▪ kotisairaanhoido	137	17	83	246	15	85
▪ kotipalvelu	132	20	80	185	16	84
<b>Ensimmäinen kotikäynti kotihoidosta kotiutumispäivänä</b>						
▪ kotisairaanhoido	137	60	40	249	54	46
▪ kotipalvelu	137	68	32	193	69	31

## Hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt

Tutkimuksessa selvitetty hoidon jatkuvuutta edistävät tukikäytännöt koskivat kotilomia, koekotiutuksia, kotiin saattoa/hakua, ensimmäisten päivien lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden hankkimista sekä kodin muutostöiden ja kotihoidon ensikäynnin ajankohtaa. Näistä ainoastaan ensimmäisten vuorokausien lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden saaminen mukaan sairaalasta ja kotihoidon kotikäynnin toteutuminen kotiutumispäivänä tapahtuivat suuremmissa osassa kuntia usein kuin harvoin. (Taulukko 12.)

## Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiin

Kahdessa kolmasosassa kuntia kotisairaanhoidon ja terveyskeskussairaaloiden edustajat olivat jäseninä pysyvissä asiakasyhteistyöryhmissä, jotka kokoontuivat yli 5 kertaa vuodessa. Käytännössä tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi SAS-ryhmät (Suunnittele-Arvioida-Sijaita).

Myös ei-asiakaskohtaisia yhteistyöryhmiä oli olemassa (kokoontui vähintään kerran vuodessa) kahdessa kolmasosassa kuntia. Projektiluontoista yhteistyötä ilmoitti noin puolet kunnista. Yhteistä koulutusta tai työnohjausta oli jonkin verran, virkistystilaisuuksia ei juurikaan. (Taulukko 13.)

Myös kotipalvelun ja terveyskeskuksen vuodeosaston työntekijät kokoontuivat valtaosassa kuntia yli 5 kertaa vuodessa yhteisissä asiakastyöryhmissä. Myös muita kuin asiakastyöryhmiä kokoontui melkein kahdessa kolmasosassa kuntia. Projektiluontoisia kehittämishankkeita sekä yhteistä koulutusta ja työnohjausta oli myös valtaosassa kuntia. (Taulukko 13.)

*Ko. yhteistyössä oli merkitseviä eroja lääneittäin. Sekä kotipalvelun että terveyskeskuksen vuodeosaston mukaan yhteistyötä oli eniten Oulun ja Lapin läänissä. Kotipalvelun mukaan Etelä-Suomen läänissä ja Itä-Suomen läänissä sekä vuodeosaston mukaan Etelä-Suomen läänissä ja Länsi-Suomen läänissä yhteistyötä oli merkittävästi Oulua ja Lappia vähemmän.*

TAULUKKO 13. Kotihoidon toimipisteiden ja terveyskeskussairaaloiden yhteistyö viimeisen vuoden aikana

	KOTISAIRAANHOITO (%)					KOTIPALVELU (%)				
	n	Yli 5 kertaa	5-3 kertaa	2-1 kertaa	Ei kertaa-kaan	n	Yli 5 kertaa	5-3 kertaa	2-1 kertaa	Ei kertaa-kaan
Pysyvät yhteistyöryhmät ...asiakaskohtaisesti asioita käsittelevät										
▪ kotihoidon mukaan	261	65	10	10	16	245	69	9	10	13
▪ vuodeosaston mukaan	210	73	9	10	9	205	69	9	11	11
...ei-asiakaskohtaisesti asioita käsittelevät										
▪ kotihoidon mukaan	213	30	12	25	33	198	33	11	21	35
▪ vuodeosaston mukaan	198	25	20	26	28	197	20	18	25	37
Projektiluontoiset kehittämishankkeet										
▪ kotihoidon mukaan	233	13	16	27	44	221	7	18	26	49
▪ vuodeosaston mukaan	204	7	18	28	46	199	19	11	25	44
Yhteinen koulutus ja työnohjaus										
▪ kotihoidon mukaan	255	25	22	37	16	234	13	18	38	32
▪ vuodeosaston mukaan	209	14	28	41	17	203	9	17	36	37
Yhteiset virkistystilaisuudet										
▪ kotihoidon mukaan	251	2	9	51	37	223	1	1	22	76
▪ vuodeosaston mukaan	206	2	4	43	51	193	2	0	22	76

Hieman yli puolet kotisairaanhoidon ja kaksi kolmasosaa vuodeosaston vastaajista oli sitä mieltä, että puhelinyhteydessä oltiin päivittäin. Samoin melkein puolet kotipalvelun ja melkein kaksi kolmasosaa terveyskeskuksen vuodeosaston vastaajista oli sitä mieltä, että puhelinyhteydessä oltiin päivittäin. Puhelinvastaajaa, telefaxia, sähköpostia ja kirjepostia käytettiin myös, mutta harvemmin – vuodeosaston mukaan kuitenkin hieman useammin kuin kotihoidon mukaan.

Melkein kaksi kolmasosaa sekä kotisairaanhoidon että terveyskeskuksen vuodeosas-

ton vastaajista piti yleistä, kotiutumislle edellytyksiä luovaa yhteistyötä riittävänä. Suurempi osa vuodeosaston edustajista (24 %) kuin kotisairaanhoidon edustajista (13 %) piti yhteistyötä täysin riittävänä. Myös tiedon vaihtoon suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä. Tässäkin asiassa vuodeosaston edustajat olivat tyytyväisempiä kuin kotisairaanhoidon edustajat. Kotipalvelun osalta yhteistyö ja tiedottaminen koettiin hieman useammin riittämättömänä. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14. Kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston keskinäisen yhteistyön ja tiedon vaihdon riittävyys

	KOTISAIRAANHOITO (%)			KOTIPALVELU (%)		
	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä	n	Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä
Ei-asiakaskohtainen yhteistyö						
▪ kotihoidon mukaan	266	65	35	234	61	39
▪ vuodeosaston mukaan	214	65	35	212	60	40
Ei-asiakaskohtainen tiedottaminen						
▪ kotihoidon mukaan	260	69	31	236	63	37
▪ vuodeosaston mukaan	215	78	22	214	65	35

## Kotiutumisiin liittyvä yhteistyö ja tiedottaminen

Terveyskeskuksen vuodeosaston edustajien mukaan asiakaskohtaista yhteistyötä oli useammin kuin kotisairaanhoidon edustajat arvioivat. Tästä oli poikkeuksena asiakaskohtaisten yhteyshenkilöiden nimeäminen. Yhteistyötavat vaihtelivat; yhteydenotot kotiutusta suunniteltaessa olivat yleisiä, yhteiset kokoukset harvinaisempia ja yhteiset kotikäynnit olivat erittäin harvinaisia. (Taulukko 15.) Terveyskeskuksen vuodeosasto oli yhteydessä kotipalveluun miltei aina ennen kotiutuspäätöksen tekemistä. Muita asiakaskohtaisia yhteistyökäytäntöjä oli vaihtelevasti. (Taulukko 15.)

Asiakkaan tulevasta kotiutumisesta ilmoitettiin terveyskeskuksen vuodeosastolta kotisairaanhoidon pääasiassa puhelimitse (88 %). Osa kotisairaanhoidon (8 %) ja vuodeosaston vastaajista (10 %) ilmoitti tavallisimmaksi tavaksi kotiutumisesta sopimisen yhteisessä kokouksessa. (Tätä käytäntöä ei ollut lainkaan erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa.) Vuodeosaston mukaan asiakkaan kotiutumisesta tiedotti yleensä osaston vastaava hoitaja (52 %) ja joillain osastoilla omahoitaja (36 %). Kotisairaanhoidon käsityksen mukaan tiedottaja oli tavallisimmin omahoitaja (51 %) tai vastaava hoitaja (40%).

TAULUKKO 15. Terveyskeskussairaalan ja kotihoiton henkilöstön asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt asiakkaan kotiutuessa

	n	KOTISAIRAANHOITO (%)		n	KOTIPALVELU (%)	
		Aina tai melko usein	Melko harvoin tai ei koskaan		Aina tai melko usein	Melko harvoin tai ei koskaan
<b>Yhteydenotto sairaalasta kotihoitoon ennen kotiutuspäätöstä</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	274	89	11	252	95	5
▪ vuodeosaston mukaan	217	99	1	213	97	3
<b>Kotihoiton työntekijän käynti osastolla kotiutuvan asiakkaan luona</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	274	36	64	255	34	66
▪ vuodeosaston mukaan	215	44	56	213	25	75
<b>Kotihoiton ja sairaalan yhteinen arviointikäynti asiakkaan kotiin</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	273	1	99	253	13	87
▪ vuodeosaston mukaan	215	8	92	212	8	92
<b>Kotihoiton työntekijän osallistuminen osaston hoitokokoukseen koskien</b>						
<b>...yksittäistä asiakasta</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	271	36	64	241	34	66
▪ vuodeosaston mukaan	212	49	51	206	46	54
<b>...monta asiakasta</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	256	25	75	219	23	77
▪ vuodeosaston mukaan	189	30	70	187	23	77
<b>Kotiutuvalle asiakkaalle nimetty yhteyshenkilö</b>						
<b>...sairaalasta</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	251	43	57	222	32	68
▪ vuodeosaston mukaan	192	39	61	200	35	65
<b>...kotihoitosta</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	265	80	20	228	57	43
▪ vuodeosaston mukaan	191	62	38	187	50	50
<b>Yhteydenotto kotiutumisen jälkeen sairaalasta</b>						
▪ kotihoitoon mukaan	268	22	78	250	16	84
▪ vuodeosaston mukaan	206	27	73	204	17	83

Asiakkaan tulevasta kotiutumisesta ilmoitettiin myös kotipalveluun pääasiassa puhelimitse (88 %), mutta osin myös sopimalla ajankohta yhteisessä kokouksessa (8 %). Asiakkaan kotiutumisesta tiedotti useimmissa kunnissa yleensä osaston vastaava hoitaja (kp 39 %, vo 48 %) tai omahoitaja (kp 38 %, vo 31 %).

Alustava hoito- ja palvelusuunnitelma toimitettiin terveyskeskuksen sairaaloista kotisairaanhoidon ainoaksi tai usein hieman yli kolmasosassa kuntia, suuressa osassa kuntia (47 % vuodeosasto, 40 % kotisairaanhoidon) se ei kuitenkaan kulkenut lainkaan. Valtaosa vuodeosastoista toimitti kotisairaanhoidon hoitotyön yhteenvedon (vo 84 %, ksh 69 %) ja lääkärin epikriisin (vo 80 %, ksh 82 %) aina tai usein. Yli puolessa kunnista hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät kulkeneet terveyskeskuksen sairaaloista kotipalveluun lainkaan. Myös muita kirjallisia dokumentteja toimitettiin kotipalveluun vain harvoin.

Kotiutumisesta ilmoitettiin terveyskeskuksen vuodeosastolta tavallisesti päivää tai kahta aikaisemmin (vo 56 %). Kotisairaanhoidon mukaan kuitenkin viidesosassa kuntia kotiutumisesta ilmoitettiin tavallisimmin vasta kotiutumispäivänä, vuodeosaston edustajista vain 7 % oli tätä mieltä. Kolmasosassa kuntia kotiutumisesta ilmoitettiin kotipalveluun tavallisimmin jo useita (3–7) päiviä aikaisemmin.

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon asiakasohjaukseen yhteistyöhön oltiin molemmin puolin tyytyväisiä (taulukko 16). Tiedon saannin riittävyyden suhteen korostui-

vat samat asiat kuin erikoissairaanhoidosta saatavan tiedon kohdalla. Yli puolet kotihoidon vastaajista koki saavansa riittämättömästi tietoa omaisen tilanteesta ja sosiaali- ja terveyspalveluista. (Kaikista kysytyistä tietoalueista saatiin kuitenkin riittävämmän tietoa terveyskeskuksen sairaalasta kuin erikoissairaanhoidon sairaaloista.)

### Hoidon jatkuvuutta tukevat toimintakäytännöt

Kotilomat ennen kotiutumista toteutuivat kotihoidon mukaan melko harvoin tai ei koskaan (74–78 %) mutta vuodeosaston mukaan melko usein (75 %). Koekotiutukset toteutuivat useimmissa kunnissa melko harvoin (vo 57 %) tai melko usein (vo 37 %). Sairaalasta kotiinnon saanto tai haku toteutui melko harvoin (ksh 44 %, kp 39 %), melko usein (ksh 19 %, kp 32 %) tai ei koskaan (ksh 32 %, kp 26 %). Ensimmäisten vuorokausien lääkkeet ja hoitotarvikkeet olivat mukana kotiututtaessa valtaosassa kuntia aina (ksh 25 %, kp 17 %) tai melko usein (ksh 64 %, kp 56 %). Tarvittavat kodin muutostyöt oli tehty valmiiksi aina tai melko usein 40 %:ssa kuntia. Ensimmäinen kotihoidon kotikäynti oli tehty kotiutumispäivänä aina tai melko usein valtaosassa kuntia (ksh 68 %, kp 82 %). (Hoidon jatkuvuutta tukevia toimintakäytäntöjä käytettiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla kautta linjan useammin kuin erikoissairaanhoidon sairaaloissa.)

TAULUKKO 16. Asiakaskohtaisen yhteistyön ja tiedottamisen riittävyys kotiutumisten yhteydessä kotihoidon ja terveyskeskussairaaloiden välillä

	n	KOTISAIRAANHOITO (%)		n	KOTIPALVELU (%)	
		Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä		Täysin tai melko riittävää	Täysin tai melko riittämätöntä
Asiakaskohtainen yhteistyö						
▪ kotihoidon näkemys	273	88	12	253	83	17
▪ vuodeosaston näkemys	218	94	6	216	93	7
Asiakaskohtainen tiedottaminen						
▪ kotihoidon näkemys	276	91	9	251	84	16
▪ vuodeosaston näkemys	219	97	3	216	94	6

## Yhteistyö kotihoidossa

### Yhteistyön rakenteelliset edellytykset

Suurin osa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimipisteistä toimi kumpikin erillisenä yksikönään. Noin seitsemäsosa oli yhdistettyjä kotihoidon toimipisteitä (kotisairaanhoidon vastaajista 16 % ja kotipalvelun vastaajista 13 % toimi yhdistetyssä kotihoidon toimipisteessä). Kolmasosa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun vastaajista ilmoitti toisen sijaitsevan samassa rakennuksessa (hallinnollisesta tai toiminnallisesta yhdistämisestä riippumatta). Erillään sijaitsevien toimipisteiden välimatka oli keskimäärin yksi kilometri, vaihdellen alle yhden ja 12 kilometrin välillä.

Yli puolet kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimipisteistä oli järjestänyt toimintansa aluejaon pohjalta. Kotipalvelun vastaajien edustamissa toimipisteissä oli keskimäärin neljä aluetta, enimmillään 11. Yhdellä alueella toimi keskimäärin 7 työntekijää. Kolmasosassa toimipisteitä asiakkaille oli nimetty oma vastuuhenkilö. Kotisairaanhoidon hoito oli jaettu keskimäärin kolmeen alueeseen, enimmillään alueita oli 11. Yhdellä kotisairaanhoidon alueella toimi keskimäärin 3 työntekijää ja asiakkaille oli useimmiten (72 % kuntia) nimetty omat vastuuhenkilöt. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon aluerajat olivat yhtenäiset noin kolmasosassa kuntia. Hieman harvemmin alueryhmät oli yhdistetty kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisiksi alueryhmiksi. Yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä tämä oli tavallista, mutta ei kuitenkaan läheskään aina tapana. (Taulukko 17.)

### Yhteistyö käytännössä

Neljässä viidestä kunnasta oli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisiä, vähintään puoli-vuosittain kokoontuvia pysyviä työryhmiä. Yhteiset projektiluontoiset hankkeet olivat harvinaisempia, kuitenkin kolmasosassa kuntia oli meneillään kuukausittain tai useammin kokoontuva suunnittelu- tai kehittämishanke. Yhteistä koulutusta tai työnohjausta oli hieman yli puolella kunnista vähintään puolivuositain. Yhteisiä virkistystilaisuuksia ei ainakaan niin usein ollut tapana pitää. (Taulukko 18.)

*Etelä-Suomen läänissä hallinnolliseen ja muuhun ei-asiakaskohtaiseen yhteistyöhön kokoonnuttiin useimmin. Harvimmin kokoonnuttiin kotisairaanhoidon mukaan Länsi-Suomen läänissä ja kotipalvelun mukaan Itä-Suomen läänissä. Kotisairaanhoidon vastausten mukaan kokoontumisten useus kasvoi kuntakoon kasvassa ( $p = 0.004$ ). Kotipalvelun näkemys oli samansuuntainen, mutta korrelaatio ei ollut tilastollisesti merkitsevä.*

*Kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyslautakunnat oli yhdistetty, hallinnolliseen ja muuhun ei-asiakaskohtaiseen yhteistyöhön kokoonnuttiin useammin kuin kunnissa, joissa lautakunnat oli erilliset sekä kotisairaanhoidon mukaan ( $p = 0.008$ ) että kotipalvelun mukaan ( $p = 0.001$ ). Sama vaikutus oli sosiaali- ja terveystilastojen yhdistämisellä molempien vastaajaryhmien mukaan ( $p = 0.001$ ).*

TAULUKKO 17. Alueellinen ja väestövastuinen työ kotihoidossa

	Kotipalvelun toimipiste (%)	Kotisairaanhoidon toimipiste (%)	Yhdistetyn kotihoidon toimipiste (%) (ksh/kp vast.)
Kotipalveluhenkilöstön aluejako	64	-	21 / 33
Kotisairaanhoidon henkilöstön aluejako	-	59	28 / 33
Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhtenäiset aluerajat	33	31	46 / 64
Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteiset alueryhmät	23	17	63 / 61
Terveydenhoitajien laajennettu työnkuva	-	23	19 / 12
Lääkäreiden väestövastuu	-	35	30 / 24



TAULUKKO 18. Hallinnolliseen ja muuhun ei-asiakaskohtaiseen yhteistyöhön kokoontumisen useus kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kesken (%)

	n	Viikoittain	Kuukausittain	Puolivuositain	Harvemmin/ ei koskaan
<b>Pysyvät yhteistyöryhmät</b>					
▪ kotisairaanhoidon mukaan	273	16	42	19	22
▪ kotipalvelun mukaan	253	17	41	21	22
<b>Projektiluontoiset kehittämishankkeet</b>					
▪ kotisairaanhoidon mukaan	270	4	26	27	43
▪ kotipalvelun mukaan	242	3	28	25	44
<b>Yhteinen koulutus ja työnohjaus</b>					
▪ kotisairaanhoidon mukaan	272	1	15	35	48
▪ kotipalvelun mukaan	254	1	17	37	45
<b>Yhteiset virkistystilaisuudet</b>					
▪ kotisairaanhoidon mukaan	269	1	0	18	81
▪ kotipalvelun mukaan	251	0	0	15	84

Osa yhdistetyistä toimipisteistä toimi yhtenä kokonaisuutena niin, että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstön oli mahdollista vaihtaa tietoa kasvotusten aina tarvittaessa. Valtaosa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstöistä piti yhteyttä toisiinsa puhelimitse (81 %) tai matkapuhelimitse (66–70 %) päivittäin. Myös asiakkaiden luona olevat viestivihot olivat intensiivisessä käytössä. Puhelinvastaa- ja, telefax ja sähköposti olivat harvemmin käytössä eikä niitä ollut läheskään kaikissa toimipisteissä lainkaan saatavilla. Kirjepostia lähetettiin useimmissa kunnissa kuukausittain.

Yli puolessa kunnista kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät viestivät toisilleen

päivittäin kirjallisesti asiakkaiden luona olevien viestivihkojen avulla. Kolmasosassa kotisairaanhoidon toimipisteitä ja neljäsosassa kotipalvelun toimipisteitä työntekijät tapasivat toisiaan päivittäin sattumanvaraisesti yhteisissä tiloissa tai asiakkaan luona. Pienessä osassa kuntia myös sovitut yhteydenotot asiakkaiden puolesta sekä suunnitellut tapaamiset, neuvottelut ja puhelinkontaktit olivat päivittäisiä, tavallisimmin kuitenkin viikoittaisia. Yhteistyöryhmät kokoontuivat yleensä kuukausittain. Kaikkien kysytyjen yhteistyötapojen kohdalla joukossa oli kuntia, joissa työntekijät tapasivat toisensa puolivuositain tai harvemmin. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 19. Asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kesken (%)

	n	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Puoli- vuositain	Harvemmin /ei koskaan
<b>Asiakaskohtaisesti asioita käsittelevät yhteistyöryhmät, kuten SAS-ryhmät ja alueryhmät</b>						
▪ kotisairaanhoidon mukaan	269	2	25	55	7	11
▪ kotipalvelun mukaan	253	2	23	58	8	8
<b>Suunnitellut henkilökohtaiset tapaamiset, neuvottelut ja puhelinkontaktit, esimerkiksi hoidon suunnittelu asiakkaan luona</b>						
▪ kotisairaanhoidon mukaan	271	7	38	38	11	6
▪ kotipalvelun mukaan	250	11	48	32	6	3
<b>Sattumanvaraiset henkilökohtaiset tapaamiset esimerkiksi yhteisissä tiloissa tai asiakkaan luona</b>						
▪ kotisairaanhoidon mukaan	274	33	47	13	4	3
▪ kotipalvelun mukaan	251	25	46	21	3	5
<b>Sovitut yhteydenotot asiakkaiden puolesta</b>						
▪ kotisairaanhoidon mukaan	271	18	58	18	2	4
▪ kotipalvelun mukaan	247	17	55	20	2	5
<b>Kirjallinen tietojen vaihto, esim. asiakkaalla olevan viestivihon avulla</b>						
▪ kotisairaanhoidon mukaan	274	59	32	5	1	3
▪ kotipalvelun mukaan	253	56	36	3	1	3



TAULUKKO 20. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon vastaajien näkemys keskinäisen yhteistyön ja tiedottamisen riittävydestä (%)

	n	Täysin tai melko riittävä	Täysin tai melko riittämätöntä
Ei-asiakaskohtainen yhteistyö ja tiedottaminen			
▪ kotisairaanhoidon mukaan	274	76	24
▪ kotipalvelun mukaan	255	78	22
Asiakaskohtainen yhteistyö ja tiedottaminen			
▪ kotisairaanhoidon mukaan	277	91	9
▪ kotipalvelun mukaan	264	92	8

*Asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt yleistyivät kuntakoon kasvaessa sekä kotipalvelun ( $p = 0.003$ ) että kotisairaanhoidon mukaan ( $p = 0.001$ ). Kotisairaanhoidon mukaan sosiaali- ja terveyslautakunnat yhdistäneissä kunnissa käytännöt olivat yleisempiä ( $p = 0.03$ ). Kotipalvelun vastausten mukaan sosiaali- ja terveysvirastojen yhdistämisellä oli vastaava vaikutus ( $p = 0.02$ ).*

Yli 90 % vastaajista piti kotisairaanhoidon että kotipalvelun välistä asiakaskohtaista yhteistyötä ja tiedottamista riittävänä. Myös ei-asiakaskohtaista yhteistyötä suurin osa piti riittävänä, yli 20 % kuitenkin riittämättömänä. (Taulukko 20.)

## Hoito- ja palvelusuunnitelman toimivuus

Hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuutta tutkittiin kysymällä niiden yleisyyttä sekä sitä kuinka monen asiakkaan osalta hoito- ja palvelusuunnitelman kohdalla toteutuivat tietyt laatimiseen ja ajantasaisuuteen liittyvät seikat.

Suurin osa hoito- ja palvelusuunnitelmista oli laadittu yhteisesti kotisairaanhoidon ja

kotipalvelun kesken. Asiakas tai omainen ei ollut läheskään aina ollut läsnä suunnitelmien laatimistilanteissa lukuun ottamatta joitain harvoja kuntia. Hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuus vaihteli melko suuresti alle viidesosan ilmoittaessa kaikkien olevan ajan tasalla. Neljäsosassa kuntia hoito- ja palvelusuunnitelmille ei ollut lainkaan nimetty niiden päivityksestä vastaavia henkilöitä. (Taulukko 21.)

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun arviot hoito- ja palvelusuunnitelmien käytöstä olivat samansuuntaisia. Kotipalvelussa suunnitelmat kirjattiin kotisairaanhoidon vähän useammin atk:lle. Kotisairaanhoidosta käsin suunnitelmat huolehdittiin hieman kotipalvelua tavallisemmin mukaan asiakkaan sairaalajaksolle. (Taulukko 21.)

*Hoito- ja palvelusuunnitelman toimivuutta kuvaavan summamuuttujan (taulukossa osiot 1, 2, 5–11) arvot paranivat kuntakoon kasvaessa sekä kotisairaanhoidon mukaan ( $p = 0.03$ ) että kotipalvelun mukaan ( $p = 0.003$ ). Kotisairaanhoidon mukaan sosiaali- ja terveysvirastot yhdistäneissä kunnissa hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuus oli parempi kuin ei-yhdistäneissä ( $p = 0.04$ ).*

TAULUKKO 21. Hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttö kotisairaanhoidossa (ksh) ja kotipalvelussa (kp) (%)

Kuinka monen asiakkaan kohdalla hoito- ja palvelusuunnitelma...?	n	Kaikkien	Kolmen neljäsosan	Puolen	Yhden neljäsosan	Ei kenenkään
..lla on tällä hetkellä nimetty päivityksestä vastaava henkilö						
▪ kotisairaanhoidossa	249	44	16	11	4	25
▪ kotipalvelussa	237	36	24	9	6	25
on tällä hetkellä ajan tasalla						
▪ kotisairaanhoidossa	264	19	53	21	4	3
▪ kotipalvelussa	257	19	54	19	7	1
on laadittu yhteisesti kp:n ja ksh:n kesken						
▪ kotisairaanhoidon mukaan	262	27	38	21	12	3
▪ kotipalvelun mukaan	252	30	34	16	16	4
on tehty sekä asiakkaan että omaisen läsnäollessa						
▪ kotisairaanhoidossa	262	5	24	25	38	8
▪ kotipalvelussa	253	9	27	24	36	4
on tehty vain asiakkaan läsnäollessa						
▪ kotisairaanhoidossa	247	12	26	21	32	9
▪ kotipalvelussa	250	18	25	22	26	9
on tehty vain omaisen läsnäollessa						
▪ kotisairaanhoidossa	245	1	1	2	18	78
▪ kotipalvelussa	233	0	1	2	15	82
on laadittu kirjallisena						
▪ kotisairaanhoidossa	260	66	20	6	4	4
▪ kotipalvelussa	254	80	11	3	2	4
on laadittu sähköisenä						
▪ kotisairaanhoidossa	244	15	10	5	7	63
▪ kotipalvelussa	228	25	7	3	3	62
on päivitetty aina palvelutarpeen muuttuessa						
▪ kotisairaanhoidossa	254	15	35	26	18	7
▪ kotipalvelussa	248	25	39	20	15	6
on pidetty ajan tasalla tehtävään nimetyn vastuuhenkilön toimesta						
▪ kotisairaanhoidossa	239	17	32	15	12	25
▪ kotipalvelussa	240	19	29	13	13	27
on huolehdittu sairaalaan asiakkaan mukana						
▪ kotisairaanhoidossa	252	6	13	14	16	51
▪ kotipalvelussa	247	5	8	8	15	64

## Yhteistyön kehittämistarpeet ja -ehdotukset

### Henkilöstön näkemys asiakkaiden ja läheisten tyytyväisyydestä kotiutumistilanteisiin

Kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja terveyskeskuksen vuodeosaston edustajilta tiedusteltiin heidän näkemystään asiakkaidensa ja näiden läheisten ilmaisemasta tyytyväisyydestä kotiutumistilanteisiin. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun osalta tyytyväisyyttä kysyttiin erikseen terveyskeskussairaalan, aluesairaalan ja yliopistollisen/keskussairaalan osalta.

Kaikissa vastaajaryhmissä ja kaikkien sairaaloiden osalta ylivoimaisesti suurin osa (80–

91 %) oli sitä mieltä, että asiakkaat ja läheiset olivat olleet melko tyytyväisiä. Kaikkien vastaa-jaryhmien mukaan asiakkaat olivat olleet useammin täysin tyytyväisiä kuin omaiset, ja vastaavasti tyytymättömien joukossa oli enemmän omaisia kuin asiakkaita.

Ylivoimaisesti eniten tyytymättömyyttä olivat aiheuttaneet liian pikaiset kotiutukset lyhyellä varoitusaajalla. Toiseksi eniten oli ilmaistu tyytymättömyyttä tiedottamiseen ja hoito-ohjeiden puutteellisuuteen. Myös yleinen huoli ja pelko selviytymisestä kotiutumisen jälkeen oli jäänyt useille. Vuodeosaston henkilöstölle erityisesti omaiset olivat ilmaisseet tyytymättömyyttä kotiutuksiin, toivoen mieluummin

laitoshoitopaikkaa tai muuta vastaavaa hoitopaikkaa kodin asemasta. Myös kotiin saatavien palveluiden puutteellisuudesta oli valitettu. Vain harvat olivat ilmaisseet tyytymättömyyttä sairaalajakson liian pitkään keston. (Taulukko 22.)

## Toimintaa haitanneet tekijät

Sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun mukaan yhteistyöhön liittyvistä tekijöistä eniten hyvää hoitoa haittasi vastaajien mukaan liian myöhäinen tiedottaminen sairaaloista. 50 % kotisairaanhoidon ja 60 % kotipalvelun vastaajista oli sitä mieltä, että myöhäinen tiedottaminen haittasi erittäin tai melko paljon. Tiedot-

tamisvälineiden puuttuminen tai puutteellisuus haittasi sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun toimintaa suurimmassa osassa kuntia vain melko tai hyvin vähän. Toiseksi vähiten haittaa aiheutui välitettävän tiedon epäyhtenäisyydestä. Muut yhteistyöhön ja tiedottamiseen liittyvät tekijät haittasivat hyvää hoitoa miltei puolessa tutkimuskuntia melko paljon tai erittäin paljon.

Terveyskeskuksen vuodeosaston vastaajia oli haitannut kotihoidon henkilöstön vaikea tavoitettavuus yli kolmasosan (39 %) mukaan ja liian vähäinen yhteistyö melkein kolmasosan (29 %) mukaan melko tai hyvin paljon. Muut asiat olivat haitanneet vähemmän (melko tai hyvin vähän yli kahden kolmasosan mukaan). Kaikki asiat olivat kuitenkin haitanneet joitakin kymmeniä vastaajia melko tai hyvin paljon.

TAULUKKO 22. Asiakkaiden ja omaisten henkilöstölle ilmaiset puutteet kotiutumisessa (mainintojen lukumäärä vastaajaryhmittäin ja kotihoidon osalta sairaaloittain)

	Kotisairaanhoidon mukaan			Kotipalvelun mukaan			Vuodeosaston mukaan	Yht.
	TK <sup>1)</sup>	AS <sup>2)</sup>	KS <sup>3)</sup>	TK <sup>1)</sup>	AS <sup>2)</sup>	KS <sup>3)</sup>		
Kotiutus liian aikaisin/huonokuntoisena, liian lyhyt hoitajakso, lyhyt varoitusaika	52	17	36	42	18	17	52	<b>234</b>
Hoito-ohjeiden ja muun tiedottamisen puutteellisuus/ puuttuminen	32	21	35	15	6	9	21	<b>139</b>
Jäänyt yleinen huoli selviytymisestä/avun saannista tulevaisuudessa, pelko	17	3	5	20	4	8	31	<b>88</b>
Palveluita (ksh, kp, turvapalvelut), apuvälineitä ja kodin muutostöitä riittämättömästi saatavilla tai liian kalliita	10	1	4	19	2	4	38	<b>78</b>
Muut kotiutusvalmistelut olleet puutteellisia/ keskeneräisiä (esim. lämmittämätön koti, sairaalassa ei otettu selvää kotihoidon palveluista, kotihoidossa ei tietoa sairaalahoidosta, henkilökunnan kiire)	12	8	23	10	3	5	15	<b>76</b>
Kotiutus vastoin omaisen toivetta (olisi toivonut laitoshoitopaikkaa) tai kotiutumisaikka ei-toivottu, esim. palvelutalo	9	2	2	7	3	5	39	<b>67</b>
Kotiutus vastoin asiakkaan toivetta (olisi toivonut laitoshoitopaikkaa) tai kotiutumisaikka ei-toivottu, esim. palvelutalo	10	4	6	2	-	-	29	<b>51</b>
Lääkeasioissa/resepteissä epäselvyyttä	11	7	10	1	1	1	18	<b>49</b>
Kotiutus viikonlopuksi/viikonloppuna tai myöhään illalla	3	3	2	5	3	6	-	<b>22</b>
Yhteistyö ja tuki ollut puutteellista (ei hoitopalaveria/ mahdollisuutta keskustella lääkärin kanssa)	6	1	5	2	-	-	4	<b>18</b>
Muu koettu puutteellisuus (sairaalan huonokuntoiset potilastoverit, turhaan kotiutettu tk:n kautta as:sta, haluttaisiin suihkutus kotiutuspäivänä)	2	1	1	1	1	2	9	<b>17</b>
Kotiutus liian myöhään, liian pitkä sairaalajakso, laitostuminen	1	-	1	-	-	-	6	<b>8</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>165</b>	<b>68</b>	<b>130</b>	<b>124</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>142</b>	<b>847</b>

1) asiakkaan kotiutuessa terveyskeskussairaalaista

2) asiakkaan kotiutuessa aluesairaalaista

3) asiakkaan kotiutuessa yliopistollisesta tai keskussairaalaista

Sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun mukaan kotihoidon toiminnan yhteensovittamisen suhteen eniten haittaa aiheutui kotisairaanhoidon ja kotipalvelun erillisestä ammattikulttuurista (kotisairaanhoido 38 % ja kotipalvelu 45 % erittäin tai melko paljon). Seuraavaksi eniten haittaa aiheutti sosiaali- ja terveystoimen hallinnollinen erillisuus (kotisairaanhoido 29 % ja kotipalvelu 36 % erittäin tai melko paljon). Myös toimipisteiden erillisestä sijainnista oli haittaa (kotisairaanhoido 25 % ja kotipalvelu 30 % erittäin tai melko paljon) samoin kuin työnjaon epäselvyydestä (kotisairaanhoido 22 % ja kotipalvelu 27 % erittäin tai melko paljon). Vain vähän haittaa aiheutui kyvyttömyydestä tehdä työtä yhdessä (kotisairaanhoido 90 % ja kotipalvelu 81 % hyvin tai melko vähän haittaa).

Sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun osalta 70 % vastaajista piti henkilökunnan vähyyttä erittäin tai melko paljon haittaa aiheuttavana. Seuraavaksi eniten toimipisteen resurssihin liittyvää haittaa aiheutui kotisairaanhoidon toimipisteissä henkilöstön riittämättömistä tai vaihtelevista ammatillisista valmiuksista (42 % erittäin tai melko paljon) ja kotipalvelun toimipisteissä henkilökunnan vaihtuvuudesta (67 % erittäin tai melko paljon). Myös henkilökunnan vaihtuvuus aiheutti haittaa (36 % erittäin tai melko paljon). Vähiten haittaa molemmille oli epätarkoituksenmukaisista toimitiloista (kotisairaanhoido 26 % ja kotipalvelu 18 % erittäin tai melko paljon haittaa).

*Henkilöstöön ja tiloihin liittyvien tekijöiden kotisairaanhoidolle aiheuttama haitta suureni kuntakoon pienentyessä ( $p = 0.03$ ).*

Myös vuodeosaston vastaajien mukaan eniten haittaa aiheutti henkilökunnan vähyys (49 % erittäin tai melko paljon). Henkilöstön riittämättömät tai vaihtelevat ammatilliset valmiudet aiheuttivat vain melko tai hyvin vähän haittaa 77 %:lle vastaajista. Myös henkilökunnan vaihtuvuus (78 %) ja osaston/sairaalan työnjaon selkiytymättömyys (88 %) aiheuttivat valtaosalle vain melko tai hyvin vähän haittaa.

## Kehittämisehdotukset

Tiedottamisen ja yhteistyön kehittämisehdotuksia kysyttiin avoimella kysymyksellä. Osassa vastauksia oli esitetty konkreettisia kehittämiskeinoja, osassa vain viitattiin alueeseen jota tulisi kehittää. Vastaukset luokiteltiin niin, että kolme luokkaa koski kehittämisalueita (taulukossa 20 tummennetulla) ja muut kehittämiskeinoja. Yhdessä vastauksessa saattoi esiintyä yksi tai useampia keinoja ja yksi tai useampia kehittämisalueita tai pelkästään keinoja tai kehittämisalueita. Taulukossa keinot on järjestetty kehittämisalueiden alle yhdellä tavalla, moni keino sopii kuitenkin usean kehittämisalueen alle.

Kotihoidon esittämät kehittämisalueet olivat 1) yhteisistä periaatteista, tavoitteista ja hoitokäytännöistä sopiminen sekä käytäntöjen arviointi ja seuranta, 2) enemmän ja oleellisempaa tietoa kaikille hoitaville tahoille (tasapuolisesti) ja 3) toisten tunteminen ja arvostaminen, ammatillisten raja-aitojen unohtaminen, yhteinen hoitoideologia. (Taulukko 23.)

Kotisairaanhoidon vastauksissa kehittämiskeinoista tuotiin eniten esille osaston henkilöstön kotikäynti tai kotisairaanhoidon osastokäynti potilaan luona (luokka 3, 62 mainintaa). Seuraavaksi eniten toivottiin aikaisempaa tiedottamista sairaalasta sekä kotiutumisen suunnittelua ja valmistelua varhaisemmassa vaiheessa (luokka 6, 61 mainintaa). Lisää dialogia (luokka 10) toivoi 57 vastaajaa ja asiakaskohtaisia neuvotteluja (luokka 4) kotisairaanhoidon ja osaston välillä 53 vastaajaa. (Taulukko 23.)

Kotipalvelun vastauksissa tärkeimpänä pidettiin enemmän ja oleellisemmän tiedon saantia. Toiseksi eniten nostettiin esille tiedottamisen, yhteistyön ja suunnittelun aikaistaminen sekä etukäteisvalmistelujen parantaminen samoin kuin asiakaskohtaiset kokoukset, neuvottelut ja palaverit. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 23. Yhteistyön ja tiedottamisen kehittämisehdotukset<sup>2)</sup>

Kehittämisaalue ja -keinot	Kotisairaanhoido		Kotipalvelu	
	% maininnoista (n = 617)	% vastaajista (n = 239)	% maininnoista (n = 528)	% vastaajista (n = 213)
<b>Yhteisistä periaatteista, tavoitteista ja hoitokäytännöistä sopiminen sekä käytäntöjen arviointi ja seuranta</b>				
– kehittämisaalueeseen liittyvä erittelemätön maininta	5,5	14,2	3,0	7,5
Tiedottamisen, yhteistyön, suunnittelun aikaistaminen, etukäteis-valmistelujen parantaminen, perjan-taikoitustusten välttäminen	9,9	<b>25,5</b>	9,1	<b>22,5</b>
Asiakaskohtaiset kokoukset, neuvottelut, palaverit	8,6	22,1	9,1	<b>22,5</b>
Yhteiset ei-asiakaskohtaiset kokoukset, neuvotte-lut, palaverit	6,3	16,3	8,0	19,7
Koti- tai osastokäynti potilaan luona	10	<b>25,9</b>	2,5	6,1
Yhteydenottojen helpottaminen, selkeyttäminen, järjeistäminen, tavoitettavuus, yhteystiedot	2,6	6,7	4,0	9,9
Asiakaskohtaisen vastuu-/yhteys-/kotiutushoitajan nimeäminen	1,9	5,0	1,5	3,8
Asiakkaan tarpeista lähtevä yhteistyö ja tiedottaminen, asiakkaiden osallistuminen	1,5	3,8	1,7	4,2
<b>Enemmän ja oleellisempaa tietoa kaikille hoitaville tahoille (tasapuolisesti)</b>				
– kehittämisaalueeseen liittyvä erittelemätön maininta	5,7	14,6	9,8	<b>24,4</b>
Keskustelu kuuntelu, dialogi, kaksisuuntainen tietojen vaihto	9,2	<b>23,8</b>	5,9	14,6
ATK:n hyödyntäminen, yhteiset tiedot ja tietojärjestelmä, sähköposti	6,2	15,9	6,4	16,0
Potilaskansiot, lomakkeet, hoito- ja palvelu-suunnitelmat, vihot	3,9	10,0	5,7	14,1
Faksit, puhelinyhteydenotot, kännykät	4,0	10,5	2,1	5,2
Hoitotyön/hoitajan lähete, hoitotiedote, siirto-ilmoitus	3,1	7,9	3,6	8,9
Selkeämmät, kattavammat kirjaamistavat	2,4	6,3	1,5	3,8
<b>Toisten tunteminen ja arvostaminen, ammatillisten raja-aitojen unohtaminen, yhteinen hoitodeologia</b>				
– kehittämisaalueeseen liittyvä erittelemätön maininta	5,3	13,8	8,0	19,7
Yhteinen koulutus	2,4	6,3	4,7	11,7
Resurssien lisäys, henkilöstön lisäys/koulutustason nosto	1,6	4,2	2,1	5,2
Työnkierto	1,3	3,3	2,5	6,1
Toisten koulutuksen ja ammattitaidon hyödyntäminen, konsultointi	1,6	4,2	1,1	2,8
Tiimityö, moniammatilliset tiimit, vastuun jakaminen	0,8	2,1	1,5	3,8
Tutustumiskäynnit, informaatiotilaisuudet	1,1	2,9	1,3	3,3
Virkistystoiminta, yhteishenki	0,8	2,1	0,6	1,4
Yhteiset toimitilat tai organisaatio, toimipisteiden fyysinen läheisyys	0,6	1,7	0,9	2,3
Työnjaosta sopiminen	0,5	1,3	0,0	0
<b>Muu kehittämisaalue tai -keino/ei ole mainittu</b>	2,9	7,5	3,4	8,5

<sup>2)</sup> Aineiston analysointiin on osallistunut tutkimusavustaja Julia Jokinen.

## 5 Yhteenvedo

### Yhteistyökäytännöt asiakkaan siirtyessä/kotiutuessa

*Terveyskeskusten vuodeosastojen ja erikoissairaanhoidon sairaaloiden välillä oli vähän muuta kuin potilassiirtoihin liittyvää yhteistyötä ja melkein kaksi kolmasosaa vuodeosaston vastaajista arvioi sen riittämättömäksi. Sen sijaan potilaskohtaiseen yhteistyöhön erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa vuodeosaston edustajat olivat pääosin tyytyväisiä samoin kuin tiedon saamiseen potilassiirroissa.*

*Kotihoidon toimipisteillä ja erikoissairaanhoidon sairaaloilla oli vain joissakin kunnissa yhteistä toimintaa. Sairaaloiden yhteistyö oli jonkin verran tavallisempaa kotisairaanhoidon toimipisteiden kuin kotipalvelun toimipisteiden kanssa. Enemmistö sekä kotisairaanhoidosta että kotipalvelusta oli sitä mieltä, että ei-asiakaskohtainen yhteistyö ja tiedon vaihto erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa oli riittämätöntä.*

Myös kotiutumiseen liittyvät yhteistyökäytännöt olivat pääosin erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja kotihoidon toimipisteiden kesken suurimmassa osassa kuntia harvinaisia. Kotipalvelu sai harvemmin kuin kotisairaanhoito kirjallisia dokumentteja kotiutuvasta asiakkaasta. Hoito- ja palvelusuunnitelma kulki erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja kotihoidon välillä vain harvoin. Miltei kolmasosa kotisairaanhoidon toimipisteistä sai tiedon asiakkaan kotiutumisesta tavallisimmin vasta kotiutumispäivänä. Hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt toteutuivat melko harvoin. Asiakkaiden kotiutumisiin liittyvää yhteistyötä ja tiedon vaihtoa erikoissairaanhoidon sairaaloiden kanssa pidettiin kuitenkin hieman useammissa kunnassa riittävänä kuin riittämättömänä. Poikkeuksena oli kotipalvelun ja yliopistollis-

ten tai keskussairaaloiden välinen yhteistyö, mitä suurin osa vastaajista (56 %) piti riittämättömänä.

*Kotihoidon ja terveystieteiden keskuksien edustajat olivat valtaosassa kuntia jäsenenä pysyvissä asiakasyhteistyöryhmissä, jotka koontuivat yli 5 kertaa vuodessa. Myös muita kuin asiakastyöryhmiä kokoontui melkein kahdessa kolmasosassa kuntia. Projektiluontoisia kehittämishankkeita sekä yhteistä koulutusta ja työnohjausta oli myös valtaosassa kuntia. Suurin osa kotihoidon ja terveystieteiden keskuksen vuodeosaston vastaajista piti yleistä, kotiutumisiin edellytyksiä luovaa yhteistyötä riittävänä. Myös tiedon vaihtoon oltiin tyytyväisiä. Vuodeosaston edustajat olivat tyytyväisempiä kuin kotisairaanhoidon edustajat. Kotipalvelu koki yhteistyön ja tiedottamisen hieman useammin riittämättömänä kuin kotisairaanhoito.*

Terveystieteiden keskuksen vuodeosaston edustajien mukaan asiakaskohtaista yhteistyötä oli useammin kuin kotihoidon edustajat arvioivat. Asiakaskohtaisia yhteistyökäytäntöjä oli vaihtelevasti. Asiakkaan tulevasta kotiutumisesta ilmoitettiin pääasiassa puhelimitse, mutta osin myös sopimalla ajankohta yhteisessä kokouksessa. Kotiutumisesta ilmoitettiin tavallisimmin 1–2 päivää aikaisemmin. Kotipalvelu sai tiedon kotiutumisesta jonkin verran aikaisemmin kuin kotisairaanhoito. Hoito- ja palvelusuunnitelmat välittyivät kotiutuessa vai pienessä osassa kuntia usein. Hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt toteutuivat pääosin melko usein. Terveystieteiden keskuksen vuodeosaston ja kotihoidon asiakaskohtaiseen yhteistyöhön oltiin molemmin puolin tyytyväisiä.

## Kotiutumisen/siirtymisen yhteistyökäytäntöjen yhteys kunnan kokoon ja sijaintiin

Kunnan koolla oli yhteyttä joidenkin yhteistyökäytäntöjen useuteen ja tiedon saannin riittävyyteen. Mitä pienempi kunta sitä riittävämpää oli terveyskeskuksen vuodeosastojen tiedon saaminen potilaasta ja potilaan sairaalahoidosta yliopistollisista ja keskussairaaloista. Sen sijaan kotisairaanhoidon toimipisteet saivat tietoa asiakkaan sairaalahoidosta yliopistollisista ja keskussairaaloista sitä riittävämmiin mitä suurempi kunta oli kyseessä. Kuntakoon suuretsa myös kotisairaanhoidon ja aluesairaaloiden asiakaskohtaisten yhteistyökäytäntöjen useus kasvoi.

Kotipalvelu sai riittävämmiin tietoa yliopistollisista ja keskussairaaloista koskien asiakkaan

tulevaa hoitoa kotona Itä-Suomen läänissä kuin Länsi-Suomen läänissä. Kotisairaanhoidon mukaan asiakaskohtainen yhteistyö yliopistollisista sairaaloista kotiuduttaessa oli Itä-Suomen läänissä yleisempää kuin Etelä-Suomen läänissä.

Sekä kotipalvelun että terveyskeskuksen vuodeosaston mukaan kotiutumisiin liittyvää yhteistyötä oli eniten Oulun ja Lapin läänissä. Kotipalvelun mukaan Etelä-Suomen läänissä ja Itä-Suomen läänissä sekä vuodeosaston mukaan Etelä-Suomen läänissä ja Länsi-Suomen läänissä yhteistyötä oli merkitsevästi Oulua ja Lappia vähemmän.

## Yhteistyökäytännöt kotihoidossa

Suurin osa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimipisteistä toimi kumpikin erillisenä yksikkönään ja vain noin seitsemäsosa oli yhdistettyjä kotihoidon toimipisteitä. Yli puolet kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimipisteistä toimi aluejaon pohjalta. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon aluerajat olivat yhtenäiset vain noin kolmasosassa kuntia. Vielä harvemmin alueryhmät oli yhdistetty kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisiksi alueryhmiksi. Yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä tämä oli tavallista.

Neljässä viidestä kunnasta oli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisiä, vähintään puolivuositain kokoontuvia pysyviä työryhmiä. Yhteiset projektiluontoiset hankkeet olivat harvinaisempia, kuitenkin kolmasosassa kuntia oli meneillään kuukausittain tai useammin kokoontuva suunnittelu- tai kehittämishanke. Yhteistä koulutusta tai työnohjausta oli hieman yli puolella kunnista vähintään puolivuositain.

Valtaosa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstöistä piti yhteyttä toisiinsa puhelimitse päivittäin. Yli puolessa kunnista kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät viestittivät toisilleen päivittäin kirjallisesti asiakkaiden luona olevien viestivihkojen avulla. Osassa kuntia työntekijät tapasivat toisiaan päivittäin sattumanvaraisesti yhteisissä tiloissa tai asiakkaan luona. Pienessä osassa kuntia myös sovitut yhteydenotot asiakkaiden puolesta sekä suunnitellut tapaamiset, neuvottelut ja puhelinkontaktit olivat päivittäisiä. Yli 90 % vastaajista piti kotisairaanhoidon että kotipalvelun välistä asiakaskohtaista yhteistyötä ja tiedottamista riittävänä. Myös ei-asiakaskohtaista yhteistyötä suurin osa piti riittävänä.

Hoito- ja palvelusuunnitelmat oli yleensä laadittu yhteisesti kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kesken. Asiakas tai omainen ei ollut läheskään aina ollut läsnä suunnitelmien laatimistilanteissa. Hoito- ja palvelusuunnitelmien



ajantasaisuus vaihteli alle viidesosan ilmoitassa kaikkien olevan ajan tasalla. Neljäsosassa kuntia hoito- ja palvelusuunnitelmille ei ollut

nimetty niiden päivytyksestä vastaavia henkilöitä.

## Kotihoidon yhteistyökäytäntöjen yhteys kunnan kokoon, sijaintiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneisyyteen

Kunnan koolla oli yhteyttä useisiin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välisiin tiedon saantiin ja yhteistyökäytäntöihin liittyviin seikkoihin. Kotisairaanhoidon vastausten mukaan hallinnolliseen tai muuhun ei-asiakaskohtaiseen yhteistyöhön kokoontumisten useus kasvoi kuntakoon kasvaessa. Samoin asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt yleistyivät kuntakoon kasvaessa sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman toimivuutta kuvaavan summamuuttujan (taulukossa osiot 1, 2, 5–11) arvot paranivat kuntakoon kasvaessa sekä kotisairaanhoidon mukaan että kotipalvelun mukaan. Henkilöstöön ja tiloihin liittyvien tekijöiden kotisairaanhoidon hyvälle hoidolle aiheuttama haitta pieneni kuntakoon kasvaessa.

Kunnan sijainnilla oli yhteyttä ainoastaan asiakaskohtaiseen yhteistyöhön. Etelä-Suomen läänissä hallinnolliseen ja muuhun ei-asiakaskohtaiseen yhteistyöhön kokoonnuttiiin useimmin. Harvimmin kokoonnuttiiin kotisairaanhoidon

mukaan Länsi-Suomen läänissä ja kotipalvelun mukaan Itä-Suomen läänissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneisyys vaikutti myönteisesti moniin asioihin. Kunnissa, joissa sosiaali- ja terveyslautakunnat oli yhdistetty, hallinnolliseen ja muuhun ei-asiakaskohtaiseen yhteistyöhön kokoonnuttiiin useammin kuin kunnissa, joissa lautakunnat oli erilliset sekä kotisairaanhoidon mukaan että kotipalvelun mukaan. Sama vaikutus oli sosiaali- ja terveystarastojen yhdistämisellä molempien vastaajaryhmien mukaan. Kotisairaanhoidon mukaan sosiaali- ja terveyslautakunnat yhdistäneissä kunnissa myös asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt olivat yleisempiä. Kotipalvelun vastausten mukaan sosiaali- ja terveystarastojen yhdistämisellä oli vastaava vaikutus. Kotisairaanhoidon mukaan sosiaali- ja terveystarastot yhdistäneissä kunnissa hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuus oli parempi kuin ei-yhdistäneissä.

## Kehittämistarpeet ja -ehdotukset

Eniten tyytymättömyyttä olivat aiheuttaneet liian pikaiset kotiutukset lyhyellä varoitusaajalla. Toiseksi eniten oli ilmaistu tyytymättömyyttä tiedottamiseen ja hoito-ohjeiden puutteellisuuteen. Myös yleinen huoli ja pelko selviytymisestä kotiutumisen jälkeen oli jäänyt useille. Omaiset olivat ilmaisseet tyytymättömyyttä kotiutuksiin, toivoen mieluummin laitoshoidon

paikkaa tai muuta vastaavaa. Myös kotiin saatavien palveluiden puutteellisuudesta oli valittu.

Kotihoidon hyvää hoitoa häittäsi liian myöhäinen tiedottaminen sairaaloista: yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että myöhäinen tiedottaminen häittäsi erittäin tai melko paljon. Terveystarastuksen vuodeosaston vastaajia



oli haitannut paljon kotihoidon henkilöstön vaikea tavoitettavuus yli kolmasosan mukaan ja liian vähäinen yhteistyö melkein kolmasosan mukaan. Sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun mukaan kotihoidon toiminnan yhteensovittamisen suhteen eniten haittaa aiheutui kotisairaanhoidon ja kotipalvelun erillisestä ammattikulttuurista ja toiseksi eniten sosiaali- ja terveystoimen hallinnollisesta erillisyydestä. Myös toimipisteiden erillisestä sijainnista oli haittaa samoin kuin työnjaon epäselvyydestä. Huomattava osa kotihoidon vastaajista piti henkilökunnan vähyyttä erittäin tai melko paljon haittaa aiheuttavana. Seuraavaksi eniten toimipisteen resurssisiin liittyvää haittaa aiheutui kotisairaanhoidon toimipisteissä henkilöstön riittämättömistä tai vaihtelevista ammatillisista valmiuksista ja kotipalvelun toimipisteissä henkilökunnan vaihtuvuudesta. Myös henkilökunnan vaihtuvuus aiheutti haittaa. Myös vuodeosaston vastaajien mukaan eniten haittaa aiheutti henkilökunnan vähäys.

Kotihoidon esittämät kehittämisalueet olivat 1) yhteisistä periaatteista, tavoitteista ja hoitokäytännöistä sopiminen sekä käytäntöjen arviointi ja seuranta, 2) enemmän ja oleellisempaa tietoa kaikille hoitaville tahoille (tasapuolisesti) ja 3) toisten tunteminen ja arvostaminen, ammatillisten raja-aitojen unohtaminen, yhteinen hoitoideologia. Kotisairaanhoidon vastauksissa kehittämiskeinoista tuotiin eniten esille osaston henkilöstön kotikäynti tai kotisairaanhoidon osastokäynti potilaan luona. Seuraavaksi eniten toivottiin aikaisempaa tiedottamista sairaalasta sekä kotiutumisen suunnittelua ja valmistelua varhaisemmassa vaiheessa. Kotipalvelun vastauksissa tärkeimpänä pidettiin enemmän ja oleellisemmän tiedon saantia. Toiseksi eniten nostettiin esille tiedottamisen, yhteistyön ja suunnittelun aikaistaminen sekä etukäteisvalmistelujen parantaminen samoin kuin asiakaskohtaiset kokoukset, neuvottelut ja palaverit.

## 6 Pohdinta

*Tutkimusaineisto oli kattava: tutkimuksessa oli mukana kaksi kolmasosaa Suomen kunnista ja tutkimuskuntien yhteenlaskettu asukasmäärä oli 3 723 098 eli noin kolme neljäsosaa Suomen väestöstä. Myös vastausprosentit olivat korkeita. Toisaalta kunnan vastaukset perustuvat muutamien vastaajan antamiin tietoihin: Tutkimukseen vastasi vain yksi edustaja kultakin toimialalta kunnasta. Tutkimuslomakkeet olivat vastaajille informatiivisia ja antoivat hyvän käsityksen asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi olemassa olevista toimintakäytännöistä. Tutkimustulokset antavat käytännön työn päätöksenteossa tarvittavaa tietoa.*

Kotihoidon asiakkaan kotiutuminen tulisi valmistella yhteistyössä asiakkaan, omaisten, kotihoiton henkilöstön ja sairaalan henkilöstön kesken. Suurimmassa osassa kuntia sairaaloista otettiin yhteyttä kotihoitoon ennen kotiutuspäätöstä, mikä onkin edellytys hyvälle yhteistyölle. Kauimpana toisistaan sijaitsevien toimipisteiden välisessä yhteistyössä tapaamista vaativat käytännöt olivat erittäin harvinaisia. Näiden käytäntöjen vähäisyys saattaa olla yhteydessä useiden vastaajien ilmaisemaan resurssipulaan: päivittäisestä hoitotyöstä ja sovituisista kotikäynneistä ei voida irrottautua ja lähteä muualle tapaamiseen tai neuvotteluun. Yhteiset tapaamiset olisivat todellisen yhteistyön vähimmäisedellytys. Toistuvilla tapaamisilla asiakkaiden kotiutumisten tiimoilla kotihoidon ja sairaaloiden henkilöstö voisi vähitellen yltää myös todelliseen yhteistoiminnalliseen työhön (vrt. Pohjola 1991, 118, 119). Myös vastaajat ovat tiedostaneet asian merkityksen työssään; koti- tai osastokäynnit asiakkaiden luo ja yhteiset asiakasneuvottelut sairaalan henkilöstön kanssa olivat vastaajien mainitsemia kehittämishdotuksia.

Tiedottamisessa ongelmat painoutuivat eiläketieteelliseen tietoon. Kotipalvelun tiedon saanti vaikutti puutteelliselta, koska kotipalve-

luun ei yleensä lähetetty lääkärin epikriisiä eikä hoitotyön yhteenvetoa. Toisaalta nämä eivät varmasti parhaalla mahdollisella tavalla palvelisikaan kotipalvelun tarpeita, vaan kotipalvelun olisi kehitettävä tiedotteita omia tarpeitaan vastaavaksi. Kotipalveluun tiedottajana toimi erikoissairaanhoidon sairaalasta käsin usein sosiaalihoitaja. Mielenkiintoista oli, että tieto kotiutumisesta tuli erikoissairaanhoidosta nopeammin kotipalveluun kuin kotisairaanhoidon, jonne tiedottajana toimi omahoitaja tai osaston vastaava hoitaja.

Asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja kokonaisuuden hallinnan kannalta olisi oleellista, että hänen terveystietonsa ja tietonsa palveluiden käytöstä olisivat tarvittaessa häntä hoitavien henkilöiden saatavilla (STM 1998, 38). Hoito- ja palvelusuunnitelmat on kehitetty juuri tätä tarkoitusta varten. Ne kuitenkin toimivat vain, jos niitä pidetään jatkuvasti ajan tasalla. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät tutkimushetkellä vielä palvelleet tarkoitustaan, sillä ne eivät kulkeneet asiakkaiden mukana hoitopaikasta toiseen.

Koska yhteisiä hoitoneuvotteluja oli vain vähän, asiakkaiden kotiutumisesta ilmoitettiin pääosin puhelimitse. Joistakin yliopistollisista ja keskussairaaloista ja jossain määrin myös aluesairaaloista kotiutumisesta ilmoitettiin tavallisimmin kirjallisesti. Pelkässä kirjallisessa ilmoituksessa on vaarana, että sanoma ei pääse perille (vrt. Wiio 1994, 122). Pahimmassa tapauksessa asiakas voi olla kotona ilman hoitoa, koska kotihoito ei tiedä kotiutumisesta.

Tieto asiakkaan kotiutumisesta saatiin kotihoitoon suurimmassa osassa kuntia tavallisimmin 1–2 päivää ennen kotiutumista. Aluesairaaloiden sekä yliopistollisten ja keskussairaaloiden osalta noin kolmasosassa kuntia tieto saatiin tavallisimmin vasta kotiutumispäivänä tai sen jälkeen. Jos kotihoidon henkilöstö ei saa tietoa asiakkaan kotiutumisesta riittävän

ajoissa, kaikkia asiakkaan tarvitsemia palveluita ei ehkä pystytty järjestämään heti kotiutumispäivästä lähtien. Kuitenkin juuri ensimmäisinä päivinä ja öinä kotiutunut asiakas tarvitsi eniten tukea (Noro ym. 1992, 28).

Todellinen yhteistyö, yhteistoiminnallinen työ, kahden erillisen toimipisteen välillä edellyttää jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta yhteisessä toiminnassa (ks. Pohjola 1991, 120–123). Pysyvät yhteistyöryhmät ja yhteiset projektit voivat luoda todellista yhteistyötä toimipisteiden välille. Terveyskeskuksen (tai kunnan) sisällä erilaiset asiakaskohtaiset yhteistyöryhmät (SAS-ryhmät) olivat tavallisia ja usein koontuvia. Aluesairaalan sekä yliopistollisen ja keskussairaalan kanssa kotihoidolla oli vastavänlaisiä ryhmiä vain harvoissa kunnissa. Ei-asiakaskohtaisesti asioita käsitteleviä yhteistyöryhmien osalta suuntaus sairaaloiden välillä oli sama. Kotiutumistilanteiden yhteistyön ja tiedon kulun edellytykset olivat siten heikommat asiakkaan kotiutuessa muualta kuin terveyskeskuksen sairaalasta.

Potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä kotiutumistilanteisiin voitiin tässä tutkimukses-

sa tiedustella vain henkilöstöltä, mikä on ”toisen käden tietoa”. Muun muassa tyytymättömyys pikaisiin kotiutuspäätöksiin ja omaisten potilaita kriittisempi suhtautuminen tuli kuitenkin selvästi esille. ”Pyörövilike” on aikaisemmissa tutkimuksissa raportoitu ongelma, joka aiheuttaa huolta potilaille ja omaisille ja turhaa työtä monelle taholle sekä tekee tyhjäksi pikaisista kotiutuksista aiheutuneet kustannussäästöt.

Kotihoidon toimintaa haittasi vuodeosastoja enemmän henkilöstön vähyys ja riittämättömät ammatilliset valmiudet. Jotkut organisaatioiden välisen yhteistyön ongelmat tulivat esille pienissä kunnissa. Yhteydet menivät kuitenkin monilta osin ristiin, eikä selviä johtopäätöksiä tältä osin voi tehdä. Kotihoidon keskinäinen yhteistyö ja tiedottaminen oli riittävämpää kuin kotihoidon ja sairaaloiden välinen. Kotihoidon yhteistyötä tehtiin enemmän sosiaali- ja terveysvirastonsa ja/tai -lautakuntansa yhdistäneissä kunnissa ja isoissa kunnissa. Myös hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttö oli kattavampaa ja laatimisessa toteutuivat suositellut asiat useammin.

## LÄHTEET

- Ahonen, S., Käyhty, M., Ahvo, L. (2002) Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, s. 128–132. Opas laatuun. Stakes, Oppaita 49. Helsinki.
- Ala-Nikkola, M., Valokivi, H. (1997) Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes, Raportteja 215. Helsinki.
- Armitage, S. K., Kavanagh, K. M. (1996) The discharge liaison nurse at the interface of hospital and community nursing services. *International Journal of Nursing Practice* 2: 215–221.
- Autio, A. (1996) Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma. Pro gradu-tutkielma, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Bruce, N. (1980) Teamwork for preventive care. Research studies press. A division of John Wiley & Sons Ltd., Chichester.
- Closs, S. J., Stewart, L. S. P., Brand, E., Currie C. T. (1995) A scheme of early supported discharge for elderly trauma patients: the views of patients, carers and community staff. *British Journal of Occupational Therapy* 58: 373–376.
- Corkery, E. (1989) Discharge planning and home health care: What every staff nurse should know. *Orthopaedic Nursing* 6: 18–27.
- Dukkers, D. M., Ros, W. J. G., Berns, M. P. H. (1999) Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 30: 1186–1194.
- Engeström, Y. (1994) Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi. Teoksessa Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin (Simoila, Harlamov, Launis, Engeström, Saarelma, Kokkinen-Jussila), s. 123 0150151. Stakes, Raportteja 80. Helsinki.
- Farren, E. A. (1991) Effects of early discharge planning on length of hospital stay. *Nursing Economics* 9: 25–30, 63.
- Haddock, K. S. (1991) Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 17: 10–14.
- Hansen, F. R., Spedtsberg, K., Schroll, M. (1992) Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 21: 445–450.
- Harding, J., Modell, M. (1989) Elderly peoples' experiences of discharge from hospital. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, January: 17–20.
- Henderson, A., Phillips, S. (1996) Surgical patients' information needs on discharge: Are they being met? *International Journal of Nursing Practice* 2: 229–235.
- Hogan, D. B., Fox, R. A. (1990) A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age and Ageing* 19: 107–113.
- Holma, T., Virnes, E. (1999) Laadunhallinta vanhusten koti-hoidossa ja asumispalveluissa. Toimintamalleja ja työvälineitä tueksi laatutyöhön. Lasso – Suomen kuntaliiton laatuprojekti, Helsinki.
- Jackson, M. F. (1994) Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 19: 492–502.
- Jewell, S. E. (1993) Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18: 1288–1296.
- Jones, D., Lester, C. (1994) Hospital care and discharge: Patients' and carers' opinions. *Age and Ageing* 23: 91–96.
- Kalliomäki-Levanto, T., Elovainio, M., Kivimäki, M. (1997) Yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen alueellisessa tai väestövastuisessa työssä henkilöstön kokemana. Teoksessa Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa (Elovainio, Kalliomäki-Levanto, Kivimäki), s. 45–85. Stakes, Tutkimuksia 79. Helsinki.
- Kaasalainen, M. (1991) Yhteistyön monta mahdollisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston selvityksiä 1991:5, Helsinki.
- Kauppinen, S. (1998) Kotihoito 1997. Stakes, Tilastoraportti 32/1998. Helsinki.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S., Päivärinta, E. (1998) Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto, Jyväskylä.
- Kravitz, R. L., Reuben, D. B., Davis, J. W., Mitchell, A., Hemmerling, K., Kington, R. S., Siu, A. L. (1994) Geriatric home assessment after hospital discharge. *Journal of the American Geriatrics Society* 42: 1229–1234.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Launis, K. (1994a) Päiväkirjojen käyttö työyksikön työn tutkimiseksi, esimerkkinä terveyskeskuksen työterveydenhuolto. Teoksessa Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin (Simoila, Harlamov, Launis, Engeström, Saarelma, Kokkinen-Jussila), s. 57–122. Stakes, Raportteja 80. Helsinki.
- Laitinen, P., Taskinen, H., Hyvärinen, S., Jalava, E.-L., Sinkkonen, S. (1995) Koti- ja laitoshoidon työntekijöiden välinen tiedonkulku ja kotihoidon organisointi Kuopiossa 1994. Teoksessa Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994 (toim. Sinkkonen S.), s. 93–114. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopio.
- Martin, F., Oyewole, A., Moloney A. (1994) A randomized controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. *Age and Ageing* 23: 228–234.
- Mustonen, A., Sinkkonen, S., Niiranen V. (1993) Vanhustyö sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueena kunnissa: Yhdistettyjen ja erillisten hallintokuntien henkilöstön käsityksiä ja kokemuksia yhteistyöstä ja hallintokuntien yhdistämisestä. Teoksessa Hallinnon uudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa (toim. Sinkkonen, S.), s. 38–114. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9. Kuopio.
- Mutikainen, S. (1992) Terveyskeskuksen viestintäilmasto ja työntekijöiden viestintäyhteydet organisaation ulkopuolelle. Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.
- Naylor, M. (1990) Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: A pilot study. *Nursing Research* 39: 156–161.
- Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., Pauly, M. (1994) Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Annals of Internal Medicine* 120: 999–1006.
- Noro, A., Aro, S., Jylhä, M., Pohjolainen, P., Ruth, J. E. (1992) Vanhuksen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 71. Helsinki.
- Nyholm, M.-L., Suominen, H. (1999) Palveluverkossa yötäpäivää. Kunnallissalan kehittämissäätö, tutkimusjulkaisu, nro 18. Vammala.

- Nylander, O., Nenonen, M. (2000). Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000 (toim. Uusitalo, Parpo, Hakkarainen), s. 185–192. Stakes, Raportteja 250. Helsinki.
- Outinen, I., Pohjakallio, L. (1997) Hoitoketjut sujuviksi. Kokemuksia yhteishoitajan toiminnasta. Sairaanhoidaja 70: 6–8.
- Perälä, M.-L., Hammar-Mikkonen, T., Noro, A., Pöyry, P., Rissanen, P., Teperi, J. (1997) Palveluja integroiva kotiutumiskäytäntö: Potilaslähtöisen mallin kehittäminen ja arviointi. Tutkimussuunnitelma. Stakes. Julkaisematon asiakirja.
- Pihlaja, R. (1990) Avohuollon ja laitoshuollon yhteistyö vanhustyössä. Työkirja. Suomen Kaupunkiliitto, Sairaala-liitto, Suomen Kunnallislitto, Jyväskylä.
- Pitkämäki, T. (1988) Terveyskeskuksen toiminta: Kotisairaanhoido. Teoksessa Perusterveydenhuolto (toim. Tamminen, T.), s. 113–116. WSOY, SHKS, Porvoo.
- Pohjola, A. (1991) Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Teoksessa Palvelutilkuista yhteiseen työhön. Kemijärven hyvinvointipalvelujen osaraportti (Hokkanen, Kinnunen, Pohjola, Urponen, Väärälä), s. 111–126. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 32.
- Päiväranta, E., Haverinen, R. (2002) Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes, Oppaita 52. Helsinki.
- Pöyry, P., Perälä, M.-L., Hammar-Mikkonen, T., Noro, A., Rissanen, P., Teperi, J. (1998) Discharge practices for hip fracture and stroke patients in Finland. WENR Conference proceedings 3: 1266–1269.
- Pöyry, P. (1999) Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Schneider, J. K., Hornberger, S., Booker, J., Davis, A., Kralicek, R. (1993) A medication discharge planning program. Measuring the effects on readmissions. Clinical Nursing Research 2: 41–53.
- Simoila, R., Harlamov, A. (1994) Terveystieteiden jännitteet. Analyysi neljän terveyskeskuksessa toimivan terveydenhoitajan ajattelu- ja toimintamalleista. Teoksessa Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin (Simoila, Harlamov, Launus, Engeström, Saarela, Kokkinen-Jussila), s. 3–56. Stakes, Raportteja 80. Helsinki.
- Sinkkonen, S. (1993) Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa – Tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa (toim. Sinkkonen, S.), s. 15–35. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9, Kuopio.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1999) Vanhusbarometri (Vaarama, Hakkarainen, Laaksonen). Selvityksiä 1999:3, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1998) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa 1, Saumaton hoito- ja palveluketju, Asiakaskortti. Työryhmämuistioita 1998:8, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003) Saumattoman palveluketjun ja sitä tukevien tietohallintoratkaisujen ohjausryhmä. Suosituksia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:18, Helsinki.
- Styrborn, K., Larsson, Å., Drettner, G. (1994) Outcomes of geriatric discharge planning: A quality assurance study from a geriatric rehabilitation ward. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 26: 167–176.
- Turner, D. (1996) Can telephone follow-up improve post-discharge outcomes? British Journal of Nursing 5: 1361–1365.
- Turunen, A. (1998) Terveyskeskuksessa vai erikoissairaanhoidossa? Muutokset sairaanhoidon porrastuksessa 1990-luvulla. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 152. Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Kuopio.
- Victor, C. R., Vetter, N. J. (1988) Preparing the elderly for discharge from hospital: a neglected aspect of patient care? Age and Ageing 17: 155–163.
- Warrick, L. H., Netting, F. E., Christianson, J. B., Williams, F. G. (1992) Hospital-based case management. Results from a demonstration. The Gerontologist 32: 781–788.
- Waters, K. R. (1987) Discharge planning: an exploratory study of the process of discharge planning on geriatric wards. Journal of Advanced Nursing 12: 71–83.
- Wiio, O. A. (1994) Johdatus viestintään. Weilin+Göös, Porvoo.

## LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. Tutkimuksen summamuuttujat ja niiden Cronbachin alfat (1)

SUMMAMUUTTUJA	OSIOT	ALPHA	
		Tk:n vuodeosasto AS	YS
Siirtymisille edellytyksiä luovat yhteistyökäytännöt	2,3,4	0.47	0.61
Tiedon saannin riittävyys eri osa-alueilla potilaan siirtyessä	1,2,3,4 5,6,7,8	0.78 0.72	0.78 0.73

AS = Aluesairaala

YS = Yliopistollinen tai keskussairaala

LIITETAULUKKO 2. Tutkimuksen summamuuttujat ja niiden Cronbachin alfat (2)

SUMMAMUUTTUJA	OSIOT	ALPHA							
		Kotisairaahoito			Kotipalvelu			Tk:n vuodeosasto	
		TK	AS	YS	TK	AS	YS	KSH	KP
Kotiutumisille edellytyksiä luovat yhteistyökäytännöt	2,3,4	0.72	0.74	0.60	0.70	0.60	0.59	0.66	0.63
Yhteistyökäytännöt kotiutumistilanteissa	2,3,4,5,6,7	0.59	0.58	0.55	0.69	0.74	0.60	0.60	0.66
Tiedon saannin riittävyys eri osa-alueilla potilaan kotiutuessa	1,2,3,4 5,6,7,8 9,10,11,12	0.82 0.85 0.76	0.75 0.78 0.70	0.79 0.82 0.74	0.86 0.90 0.84	0.87 0.92 0.91	0.90 0.93 0.90	*	*
Hoidon jatkuvuutta tukevat käytännöt	1,2,3,4,5 7,8,9	0.51	0.60	0.53	0.55	0.70	0.69		0.64

TK = Terveyskeskuksen sairaala

AS = Aluesairaala

YS = Yliopistollinen tai keskussairaala

\* ei kysytty

LIITETAULUKKO 3. Tutkimuksen summamuuttujat ja niiden Cronbachin alfat (3)

SUMMAMUUTTUJA	OSIOT	ALPHA	
		Kotisairaahoito	Kotipalvelu
Hallinnolliset ja muut ei-asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt kotihoidossa	1,2,3	0.64	0.64
Asiakaskohtaiset yhteistyökäytännöt kotihoidossa	1,2,3,4,5	0.59	0.60
Hoito- ja palvelusuunnitelma	1,2,3,4,7,8,9,10,11	0.71	0.74
Hyvää hoitoa haittaavat tekijät			
- kotihoidon ja sairaalan välillä	1,2,3,4,5,6	0.84	0.86
- ksh:n ja kp:n välillä	- " -	0.90	0.93
- toimipisteen sisällä	7,8,9,10,11	0.78	0.83
	12,13,14,15	0.62	0.45