

HOIDON JATKUVUUS KOTIHOIDON YÖPARTIOPALVELUSSA

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Terveystieteiden
koulutusohjelma, hallinnon
suuntautumisvaihtoehto
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2001
Päivi Porre

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

PORRE PÄIVI

Pro gradu -tutkielma:

Ohjaajat:

Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa

73 sivua

VTT, THT, dosentti Ritva Raatikainen, TtT Hilikka Laakso

Hoitotiede

Huhtikuu 2001

Tarkoituksena oli tutkia, miten hoidon jatkuvuus toteutuu kotihoidon yöpartiopalvelussa potilaiden näkökulmasta. Tutkimustehtävinä oli kuvata kotihoidon yöpartiopalvelun rakennetta ja organisointia, yöpartiotoinnin sisältöä ja yöpartiotilaiden kotona selviytymistä yöpartiopalvelujen avulla.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastattelujen pohjaksi laadittiin kymmenen teemaa sisältävä haastattelurunko, joka perustui aikaisempiin tutkimuksiin hoidon jatkuvuudesta. Haastattelurunko jäsenneltiin Donabedianin (1969) kehittämistoiminnan arviointimallin mukaisesti. Teemat pyrittiin luomaan avoimiksi. Tutkimukseen osallistui kymmenen yöpartiotilasta, jotka haastateltiin syyskuussa 2000. Ennen varsinaisia haastatteluja kolme potilasta esihaastateltiin. Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysiä.

Potilaiden mukaan oli hyvä asia, jos heitä hoitavat öisin samat, tutut hoitajat. Yöpartion potilaat pystyivät huolehtimaan asioistaan hyvin pitkälle itse ja saivat riittävästi apua tarpeeseensa nähden. Eri palveluista potilaat saivat tietoa eri lähteistä. Yöpartion työntekijät auttoivat potilaita fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Potilaat olivat erityisen tyytyväisiä hoitajien ammattitaitoon arvioida erilaisia potilaiden tilanteita. Yöpartiossa hoitosuhteet olivat pitkiä. Potilaiden mielestä vuorovaikutus oli sujuvaa ja hoitosuhde oli avoin, tasa-arvoinen ja luottamuksellinen. Hoito- ja palvelusuunnitelman ja kuntoutussuunnitelman tavoitteet jäivät epäselviksi lähes kaikille potilaille, eivätkä he ymmärtäneet hoitoneuvottelusta saatavaa hyötyä oman hoitonsa kannalta. Potilaat kokivat yöpartiolta saadun avun yksilölliseksi ja joustavaksi. He olivat tyytyväisiä siihen, että hoitajat kohtelivat heitä lämpimästi. Ympäri vuorokautinen hoito, jonka tärkeä osa on yöpartio, lisäsi potilaiden turvallisuutta. Myös erilaiset apuvälineet, erityisesti turvapuhelin, lisäsivät potilaiden turvallisuuden tunnetta. Potilaat olivat tyytymättömiä yöpartion käyntiaikoihin ja ylimääräisten käyntien saatavuuteen. Heidän mielestään parantamisen varaa oli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadussa ja nopeudessa sekä potilaiden kohtelussa. Vapaaehtoistyöntekijöitä oli vaikea saada. Kaikki haastateltavat halusivat asua kotona niin pitkään kuin mahdollista. He arvioivat itsenäisen elämän oman aikataulun mukaan onnistuvan huomattavasti paremmin omassa kodissa kuin laitoksessa. Sairauden tai vamman aiheuttama liikuntakyvyttömyys heikensi mielialaa ja sosiaalista elämää.

Johtopäätöksenä todetaan, että yöpartiotilaiden kotona selviytyminen perustuu riittävien, turvallisuutta tuovien, hoidon jatkuvuuden takaavien ympärivuorokautisten palvelujen saantiin, haluun asua kotona ja selviytyä erilaisista tilanteista mahdollisimman itsenäisesti.

Avainsanat: Hoidon jatkuvuus, kotihoidon yöpartiopalvelu, kotona selviytyminen

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of Nursing Science

PORRE PÄIVI Continuity of Patient Care in Home Care Night Patrol

Master`s Thesis: 73 pages

Supervisors: Ritva Raatikainen, DSocSc, PhD, Hilikka Laakso, PhD
Nursing Science
April 2001

The purpose of the study was to describe how the continuity of patient care is realized in home care night service from the patients' perspective. The research tasks were to describe the structure and the organization of home care night patrol, the content of home care night patrol and home care night patient's coping at home with the aid of home care night services.

The data were collected by themeinterview. Ten themes were handled in the interviews. The structure of analysis is operationalised on the basis the of previous knowledge of continuity of patient care. Interviews were analysed using Donabedian's (1969) developing model. The themes were unstructured. A sample of ten home care night patients was interviewed for the study in September 2000. Before the actual interviews, three patients were interviewed in advance. The data were interpreted using qualitative content analysis.

Patients liked to see the same, familiar regular district nurses at night. Usually patients could take care of their own affairs and they got enough help compared with their needs. Patients got information about different services from different sources. Patients got both physical, mental and social help from the workers. Patients were very satisfied with the nurses' professional skill in assessing their respective situations. Patient-nurse relationships were usually long. Patients thought that interaction was fluent and relations were open, equal and confidential. The aims of the care and service scheme and the rehabilitation scheme were unclear to almost every patient, and they did not understand the benefit of consultation. Patients reported that the help they got from home care night patrol nurses was individual and flexible. The patients were satisfied with the warm care from the nurses. Round-the-clock care, of which the home care night patrol is a part, added to the patients' safety. Things that improved the care, especially the telephone helpline added safety, too. Patients were dissatisfied with nurses' visiting times and that they could not get extra visits. Patients thought that social and health care services need better quality and quickness and patients need to be better treated. It was difficult to get voluntary workers. All patients interviewed wanted to live at home for as long as possible. They estimated that an independent life with their own schedule is much easier at home than in an institution. Impaired movement caused by sickness or injury considerably weakened mood and social life.

In conclusion, patients of the home care night patrol need services which are sufficient, safe, round-the-clock and continuous. They wish to remain at home and cope independently as far as possible.

Key words: continuity of patient care, home care night patrol, coping at home

ESIPUHE

Haluan kiittää lämpimästi THT, VTT, dosentti Ritva Raatikaista ja TtT Hilkka Laaksoa ohjauksesta ja kannustuksesta pro gradu -tutkielman eri vaiheissa.

Suurimmat kiitokset kuuluvat tutkimukseen osallistuneille yöpartiopotilaille, jotka mahdollistivat tutkimuksen onnistumisen suostumalla haastateltaviksi.

Kiitän Suomen Kulttuurirahastoa saamastani apurahasta. Se kannusti minua saamaan tutkielman loppuun ja innosti tutkielman aihetta koskevan artikkelin kirjoittamiseen.

Pro gradu -tutkielmaa tehdessäni olen osallistunut ikääntyvien hyvinvointipalvelujen tutkimusseminaariin (Kohtaamisia ikääntyneiden paikallisessa palvelujärjestelmässä). Seminaarissa sain ohjausta ja kannustusta työn tekemiseen.

Päivi Porre

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	4
3. KIRJALLISUUSKATSAUS	4
3.1. Hoidon jatkuvuus palvelujen organisoinnissa	4
3.2. Kotihoitopalvelujen sisältö	14
3.3. Kotihoidon potilaiden kotona selviytyminen	16
3.4. Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto	19
4. TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET	22
5. AINEISTO JA MENETELMÄT	24
5.1. Tutkimushenkilöiden valinta	24
5.2. Aineiston keruu	25
5.3. Teemahaastattelun runko	26
5.4. Aineiston käsittely ja analyysi	28
5.5. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	31
5.6. Eettiset kysymykset	33
6. TUTKIMUKSEN TULOKSET	34
6.1. Yöpartiopalvelun rakenne ja organisointi	34
6.1.1. Hoitajien vaihtuvuus	34
6.1.2. Yhteistyö	36
6.1.3. Palvelujen joustavuus	38
6.2. Yöpartiot toiminnan sisältö	40
6.2.1. Hoitotyön menetelmät	40
6.2.2. Hoitosuhde	43
6.2.3. Hoitosuunnitelma	44
6.2.4. Hoitotyön periaatteet	46
6.3. Yöpartiotilaaan kotona selviytyminen	47
6.3.1. Turvallisuus	48
6.3.2. Tyytyväisyys	50
6.3.3. Elämänlaatu	52
7. POHDINTA	55
7.1. Tutkimusmenetelmien tarkastelua	55
7.2. Tutkimustulosten tarkastelua	56
7.2.1. Yöpartiopalvelun rakenne ja organisointi	56
7.2.2. Yöpartiot toiminnan sisältö	61
7.2.3. Yöpartiotilaaan kotona selviytyminen	63
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS	67
LÄHTEET	69

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Vanhusten määrä on kasvamassa huomattavasti tulevaisuudessa suurten ikäluokkien tullessa eläkeikään. Nyholmin ja Suomisen (1999, 16) mukaan pienissä kunnissa vanhusten osuus on jo nyt suuri. Vanhusten osuus on Suomessa korkeampi kuin missään muussa EU-maassa tällä hetkellä. Väestöennusteen mukaan 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa koko maassa 27 % vuodesta 1997 vuoteen 2010 ja 54 % vuoteen 2020 mennessä. Tulevaisuudessa 85 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 32 % vuoteen 2010 ja 57 % vuoteen 2020 mennessä. Vanhusten kotihoitoa lisätään oletettavasti tulevaisuudessa. Sen onnistumisen edellytyksenä on, että palveluita ja hoitoa on saatavilla ympärivuorokautisesti, mikä puolestaan mahdollistaa hoidon jatkuvuuden toteutumista. Kotihoidon yöpartio on tärkeä palvelu monille vanhuksille ja vammaisille. Vammautuneet ihmiset ovat usein nuoria ja haluavat mieluummin asua kotona kuin laitoksessa. Kotihoidon yöpartiopalvelu on melko uutta toimintaa Suomessa. Ruotsissa sitä on ollut huomattavasti aikaisemmin. Läkartidningen -lehdessä on ollut artikkeli yöpartiotuiminnasta jo vuonna 1979 (Beck-Friis & Gustafsson 1979).

Emanuelssonin (1996) mukaan Vänerborgin kunnassa yöpartiotuiminta alkoi vuonna 1986. Yöpartion käynnit luokiteltiin ennalta sovittaviin kotikäynteihin, hälytysluonteisiin käynteihin sekä erilaisiin palvelutaloihin, vanhustentaloihin ja vanhainkoteihin tehtäviin käynteihin. Palvelun tavoitteena oli tarjota potilaan tarvetta vastaavaa hoitoa oikeaan aikaan. Yöpartion työntekijöiltä vaadittiin erityisesti joustavuutta, yhteistyökykyä ja hyvää ammattitaitoa. Hyvän yhteistyön avulla tiedonkulku parani ja työntekijöiden välinen luottamus, ymmärtämys, kunnioitus ja avoimuus lisääntyivät. Ternov, Fällman ja Pettersson (1988) tekivät Gällivaren kunnassa vuonna 1983 kartoituksen ilta- ja yöaikaisen avun tarpeesta. Kartoitus osoitti, että hoidon tarve oli suurta kello 19-07 välisenä aikana. Tarve jakaantui pääsääntöisesti sänkyyn auttamiseen, lääkkeiden antamiseen, WC-käynneissä avustamiseen, vaipanvaihtoon, asennon vaihtoon ja turvallisuussyistä tarkistuskäynteihin. Ilta- ja yöpartioita tarvittiin päivällä toimivan kotisairaanhoidon ja omaisten tueksi.

Suomessa yöpartiotuiminta on alkanut ensimmäisenä Turussa vuonna 1987 (Moilanen 1988). Kotkassa yöpartiokokeilu alkoi vuonna 1989 (Hotinen 1991). Helsingin ensimmäinen yöpartio alkoi Läntisen suurpiirin alueella 12.6.1990 ja nykyään yöpartiotuimintaa on Helsingin kaikissa suurpiireissä (Östergård 2000). Tampereella toiminta käynnistyi 24.2.1997 ja tällä hetkellä kaupungissa on kaksi yöpartiota (Asumaniemi 2000). Yöpartiotuimintaa on tänä

päivänä suurimmissa kaupungeissa, edellä mainittujen kaupunkien lisäksi esimerkiksi Jyväskylässä, Mikkelissä ja Seinäjoella. Klossnerin (1997) mukaan yöpartion potilaaksi pääsee ottamalla yhteyttä oman kotihoitopiirinsä terveydenhoitajaan tai kotipalveluohjaajaan. Hoitosuhteen perustana on potilaan hoidon tarpeesta kertova lähete, josta käy ilmi potilaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Yöpartion työntekijät kulkevat autolla ja heidän mukanaan on potilaiden avaimet, matkapuhelin, potilastiedot ja joitakin hoitovälineitä. Yöpartion potilailla pitäisi itsellään olla kotona tarvittavat hoitovälineet, lääkkeet ja apuvälineet.

Vanhuspalveluja koskevat säännökset sisältyvät pääosin sosiaalihoitolakiin (1984), kansanterveyslakiin (1972) ja vammaispalvelulakiin (1990). Kyseessä on puitelainsäädäntö, joka velvoittaa kunnat järjestämään palveluja, mutta päätös palvelujen laajuudesta ja lajeista on kunnan harkinnassa. Palvelutoiminnan linjaa määrittävät myös kansainväliset suositukset, jotka Suomi on hyväksynyt (esim. komiteamietintö) sekä kansalliset suositukset, jotka valtio antaa sosiaali- ja terveydenhuollon viisivuotissuunnitelmissa. Vanhusten hoivapalvelujen kannalta keskeisiä ovat myös palvelurakennetyöryhmän (STM 1992) ja sen työtä jatkaneiden selvitysmiesten suositukset. Norjasta, Ruotsista ja Tanskasta poiketen Suomella ei ole virallista, parlamentaarista vanhuspolitiikan ohjelmaa. Lainsäädännössä palvelutoiminnan tavoitteita ovat riittävien palvelujen järjestäminen kaikissa kunnissa, asiakkaan mielipiteen huomiointi ottaminen palveluja järjestettäessä, sosiaalipalveluissa kotona selviytymistä tukevan auttamisen ensisijaisuus ja laitoshoidon riittävyys. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain yleiset velvoitteet koskevat myös vanhusten terveyden- ja sairaanhoitoa. (Vaarama 1995, 125-126.)

Historiallisesti katsottuna hoidon jatkuvuutta on ollut se, että potilas on viettänyt pitkän ajan laitoshoidossa (Maslin-Prothero & Masterson 1998.) Hoidon jatkuvuuden toteutuessa potilaat saavat palveluita ympärivuorokautisesti, heillä käyvät mahdollisuuksien mukaan samat hoitajat ja he saavat riittävästi palveluita, joissa ei ole päällekkäisyyttä. Eustis ja Fischer (1991) esittävät, että hoitajat saavat pitkissä hoitosuhteissa paljon tietoa potilaasta. Hoitajilla on siten arvokasta ja kokonaisnäkemystä ja ymmärrystä potilaan elämästä. Kennien (1983) mukaan organisaatiokeskeinen hoito sekä potilaan ja häntä hoitavan henkilön hoitosuhteen katkeaminen aiheuttavat ongelmia hoidon jatkuvuuteen. Hoidon jatkuvuus lisää vanhusten ja vammaisten mahdollisuuksia selviytyä pidempään kotihoidossa, minkä seurauksena laitospaikkojen tarve vähenee ja yhteiskunta säästää hoitokustannuksissa. Valtakunnallinen vanhustenhuollon tavoite on, että mahdollisimman moni vanhus (90 %) voisi asua kotonaan tarvittavin

tukitoimin mahdollisimman pitkään (Nyholm & Suominen 1999, 13). Se ei kuitenkaan saa merkitä sitä, että vanhus jäisi vaille tarvitsemaansa hoitoa. Vanhuksella on oikeus päästä myös laitoshoitoon, silloin kun hän sitä tarvitsee. Kotihoidon lähtökohtina ovat vanhuksen tai vammaisen itsemääräämisoikeus, arkitoimista selviytyminen ja turvallisuuden tunteen säilyminen. Tedren (1999, 129) mukaan vanhukset haluavat asua kotonaan vielä silloinkin, kun koti on riisuttu laitosmaiseksi mahdollistamaan hoitotyö kotona. Koti on paikka, joka vaikuttaa potilaiden tunteisiin ja mielialoihin.

Zhanin (1992) ja Kingin (1994) mukaan elämänlaadun määrittelyssä korostetaan subjektiivisuutta. Ihminen itse on elämänlaadun paras arvioija. Aro ja Mähönen (1993) esittävät, että terveyteen liittyvä elämänlaatu on subjektiivinen kokemus omasta terveydentilasta ja siihen liittyvästä psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Uutelan ja Aron (1993) mukaan ihmisen kokemaan elämänlaatuun ja terveyteen vaikuttavat varsinaisen terveydentilan ja sen hoidon lisäksi monet seikat hänen taustassaan, elämäntilanteessaan ja tavoitteissaan. Tavallisesti ihminen pystyy määrittelemään terveyden puuttumista ilmaisevat oireet selvemmin, eritellymmin ja yleisemmin kuin hyvän terveyden, onnellisuuden tai tyytyväisyyden osatekijät. Aron, Aallon ja Mähösen (1993) mukaan elämänlaadun osatekijöiden tunnistaminen ja tarkka mittaaminen eivät riitä kroonisesti sairaan elämänlaadun parantamiseen. Potilaan hoidossa tarvitaan kokonaisuutta, yhteistyötä ja -vastuuta. Vanhuksen tai vammaisen hoitoihin valmistaminen, hoitosuhteen jatkuvuus ja psykososiaalinen tuki ovat merkittäviä tekijöitä. Sarvimäen (1998, 19) mukaan hoitotyön lopullisena tavoitteena voidaan pitää potilaan elämänlaadun parantamista, joka tarkoittaa terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. Jos elämänlaadun parantaminen ei ole mahdollista, tulee tavoitteeksi elämänlaadun ylläpitäminen vaikuttamalla muihin elämänlaatua edistäviin tekijöihin.

Vanhuksen kotona asuminen on merkittävä hyvinvoinnin osatekijä (Krach ym. 1996). Ilman yöpartiota vanhukset ja vammaiset joutuisivat selviytymään yöllä ilman julkista apua tai sitten he eivät selviytyisi kotona ja joutuisivat sen takia laitoshoitoon. Yöpartio antaa potilaille mahdollisuuden valita laitoshoidon sijaan kotihoito. Sosiaali- ja terveystalvelujen hoidon jatkuvuus on yksi tekijä, joka mahdollistaa vanhusten ja vammaisten hyvän hoidon ja elämänlaadun. Hoidettaessa yhä useampaa vanhusta ja vammaista kotona hoidon jatkuvuus ja yöpartiopalvelu osana kotihoitoa ovat ajankohtaisia tutkimusaiheita. Kotihoitopalvelujen kehittämistä varten on tärkeää tietää palvelujen käyttäjien mielipiteitä saamastaan hoidosta, koska silloin kehitetään hoidon laatua. Kotihoidon yöpartiopalvelusta on tehty aikaisemmin

vain vähän tutkimuksia. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten hoidon jatkuvuus toteutuu kotihoidon yöpartiopalvelussa potilaiden näkökulmasta.

2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimustehtävinä on potilaiden näkökulmasta kuvata:

1. kotihoidon yöpartiopalvelun rakennetta ja organisointia hoidon jatkuvuuden näkökulmasta.
2. kotihoidon yöpartiotoinnin sisältö.
3. kotihoidon yöpartiotilaiden kotona selviytymistä.

3. KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimukset on lukemisen helpottamiseksi kirjoitettu sisällöllisesti loogiseen järjestykseen. Ajallisesti tutkimukset eivät ole järjestyksessä. Kirjallisuuskatsaus koostuu kolmesta luvusta ja näiden yhteenvedosta. Lukuja on alaotsikoitu sisällön mukaan.

3.1. Hoidon jatkuvuus palvelujen organisoinnissa

Hoidon jatkuvuuden yhteys hoidon laatuun

Jonninen (1998) on tutkinut Rovaniemen kaupungin kotisairaanhoidossa kotisairaanhoidajan vaihtuvuutta ja potilaan kokemaa hoitoa. Mittarina käytettiin haastattelulomaketta, joka koostui 40 monivalintakysymyksestä sekä kahdesta avokysymyksestä. Tutkimukseen osallistui 50 kotisairaanhoidopotilasta. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Ne potilaat, joilla kävi pitkään sama kotisairaanhoidaja, saivat suunnitella hoitoaan paljon ja osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. He saivat sairauteen liittyvää tietoa hyvin ja luottivat hoitajaan. He myös kokivat useammin, että hoitaja oli ammattitaitoinen, hänellä oli enemmän aikaa kotikäynnillään ja hän kohteli potilaita ystävällisemmin. Hoitosuunnitelmasta tiedottaminen oli vähäistä työntekijän vaihtuvuudesta riippumatta. Hoitajan ollessa sama potilaat olivat sitä mieltä, että hän kunnioitti heitä persoonallisina ihmisinä, hoitotarpeita huomioitiin ja hoito vastasi odotuksia. Potilaat kokivat myös olonsa turvalliseksi. Omaiset osallistuivat potilaan hoitoon vähän. Omaisten yhteistyö saman hoitajan kanssa

oli aktiivisempaa ja hoitajan kohtelu, tiedottaminen ja tuki koettiin paremmaksi. Saman hoitajan käydessä potilaan luona potilaat kokivat hoitonsa paremmaksi ja arvostivat enemmän saamaansa hoitoa.

Raatikainen (1993) on tutkinut potilaiden avun tarvetta, heidän saamaansa apua ja palveluiden organisoitumista potilaiden omatoimisuuden näkökulmasta. Tutkimus kohdistui Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa hoidettaviin potilaisiin ja kotisairaanhoidohenkilöstöön. Kyselytutkimukseen valittiin tasavälisellä otannalla 178 potilasta. Hoitohenkilöstöstä otettiin mukaan kaikki hoitajat, lääkäreistä vain osa. Potilaiden vastausprosentti oli 72,5 ja hoitohenkilöstön 78. Lääkärien täyttämää lomakkeita palautui 22 (n = 50). Potilaiden vastauksia verrattiin henkilökunnan vastauksiin. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, khiin neliö -testiä, varianssianalyysiä ja askeltavaa regressioanalyysiä. Hyvä sosioekonominen tausta ja omaisilta saatu tuki olivat kotona selviytymisessä merkittäviä tekijöitä, jotka liittyivät myös hyvään oloon ja omatoimisuuteen. Potilaat arvioivat saamansa avun monessa seikassa vähäisemmäksi, kuin mikä oli henkilöstön käsitys. Työntekijät vastasivat informoineensa potilaita useammin kuin mikä oli potilaiden arvio. Apu ohjautui niille, jotka sitä tarvitsivat. Hoitosuhde koettiin erittäin persoonalliseksi. Ongelmia oli potilaiden omatoimisuuden vahvistamisessa ja omaisten hoitoon osallistumisen tukemisessa. Potilaista suurin osa (86 %) toivoi, että sama työntekijä hoitaisi heitä jatkuvasti. Puolet (48 %) vastasi, että työntekijä oli vaihtunut usein. Pieni määrä potilaista sai myös yöllä (1 %) ja viikonloppuisin (2 %) kotisairaanhoidon palveluja. Tämä oli huomattavasti vähemmän kuin potilaiden ilmaisema tarve (iltaisin 8 %, öisin 7 % ja viikonloppuisin 16 %). Hoitohenkilöstöstä kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että potilasta tulisi pitkän ajan hoitaa sama työntekijä. Noin kolmannes yhtyi väittämään, joka koski hoidon jatkuvuutta 24 tuntia vuorokaudessa. Suurin osa oli sitä mieltä, että kotipalvelun työntekijöiden tulee olla osa hoitotiimiä, eikä mitään rajoja saa olla avosairaanhoidon ja sairaalahoidon välillä.

Törnkvist, Gardulf ja Strender (2000) tutkivat potilaiden tyytyväisyyttä oman asuinalueensa hoitajien antamaan kotihoitoon sekä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa antamaan hoitoon ja neuvontaan Tukholmassa. Kyselytutkimukseen vastasi 168 (n = 272) kotihoidon potilasta ja 264 (n = 365) terveystieteiden tutkimuskeskuksen vastaanotolla käyvää potilasta. Tutkimuksessa käytettiin valmista "hoidon laatu potilaan näkökulmasta" -mittaria. Mittari oli jaettu neljään osatekijään: hoitajien lääketieteelliseen pätevyyteen, organisaation fyysisteknisiin edellytyksiin, hoitajien asenteeseen työtään kohtaan ja organisaation sosiokulttuuriseen ilmapiiriin. Analyysimene-

telminä käytettiin ristiintaulukointia, khiin neliö -testiä, Kruskal Wallisin testiä ja Wilcoxon signed rank -testiä. Molemmat potilasryhmät olivat tyytyväisiä hoitajien antamaan hoitoon. Kotihoitopotilaat olivat vanhempia, asuivat useammin yksin ja heillä oli huonompi fyysinen kunto kuin vastaanotolla käyvillä potilailla. Parantamisen varaa oli esimerkiksi kivun lievityksessä, kodin turvallisuustekijöissä, potilaiden mahdollisuudessa osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja siinä, että potilas kohtaisi aina saman hoitajan. Tutkijoiden mukaan hyvän ja turvallisen hoidon mahdollistamiseksi olisi hyödyllistä mitata potilaiden fyysistä terveydentilaa, koska tyytymättömillä potilailla oli heikompi fyysinen terveydentila verrattuna tyytyväisiin potilaisiin.

Hammar, Raatikainen ja Perälä (1999) ovat tutkineet, millaisia odotuksia ikääntyvillä on omasta terveydestään ja aktiivisuudestaan sekä sosiaali- ja terveystalvuluista 80-vuotiaana. Tutkimuksen perusjoukkona olivat kaikki Helsingissä vuonna 1994 asuneet 60 - 65-vuotiaat henkilöt, joista tutkittaviksi valittiin satunnaisotannalla 400 henkilöä. Mittari laadittiin aikaisemman aiheeseen liittyvän kirjallisuuden perusteella. Aineisto kerättiin strukturoituna postikyselynä, jonka vastausprosentti oli 67 (n = 267). Kaksi kolmasosa vastanneista oli naisia ja kolmasosa miehiä. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Vastaajat halusivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja säilyttää omat tapansa ja totumuksensa. Suurin osa vastaajista piti hoidon jatkuvuutta tärkeänä. Kolme neljäsosa halusi saada sosiaali- ja terveystalvulut 80-vuotiaana viiveettä samasta paikasta, eivätkä halunneet siirtyä hoitopaikasta toiseen. Vastaajista kaksi kolmasosa toivoi saavansa palveluja joka päivä ympärivuorokautisesti, mutta puolet vastaajista oletti voivansa odottaa avun saamista jonkin aikaa. Omalääkäri- ja omahoitajajärjestelmää pidettiin hyvänä ja hoitohenkilökunnan yhteistyö potilaan hoitamisessa koettiin tärkeäksi. Lukion käyneille hoidon jatkuvuus oli ensisijaisen tärkeää. Kansakoulun käyneille oli tärkeämpää se, että he ylipäättään saisivat palveluja. Tulevaisuudessa ikääntyneiden ihmisten vaatimukset kasvavat ja palveluiden odotetaan olevan ikääntyneiden ihmisten tarpeisiin räätälöityjä, omatoimisuutta tukevia ja hoidon jatkuvuutta ylläpitäviä palvelukokonaisuuksia.

Rissasen, Laitinen-Junkkarin, Hirvosen ja Sinkkosen (1999) tutkimuksen tavoitteina oli arvioida vanhusten kotihoidon laatua Kuopiossa suhteessa kotihoidon yhdistämislle asetettuihin laatutavoitteisiin sekä vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden odotuksiin. Tutkimukseen valittiin yli 65-vuotiaita, kaupungilta kotihoidon palveluja saavia vanhuksia, 77 vanhusta vuonna 1994 ja 81 vanhusta vuonna 1997. Omaisten kokonaisotos oli 86 vuonna 1994 ja 100 vuonna 1997. Satunnaisotoksella työntekijöiden määräksi tuli 105 vuonna 1994 ja 104

vuonna 1997. Aineistot koottiin vanhuksilta strukturoiduilla haastatteluilla sekä omaisilta ja kotihoidon työntekijöiltä kyselyillä. Vastausprosentit olivat vuonna 1997 matalampia kuin vuonna 1994. Tutkimustulokset avun ja hoidon tarpeenmukaisuudesta, vanhukselle annettavan ajan riittävydestä, ohjauksesta, neuvonnasta ja tiedotuksesta pohjautuvat faktorianalyyysiin. Avun ja hoidon riittävyys sekä hoidon jatkuvuus perustuivat yksittäisiin kysymyksiin. Vastaajat kritisoivat eniten saamansa avun riittävyttä keskustelussa ja kotona liikkumisessa. Vanhusasiakkaista 18 % vuonna 1994 ja 6 % vuonna 1997 oli hakenut kotihoidosta jotakin palvelua saamatta sitä. Kotisairaanhoidon työntekijät käyttivät vuonna 1997 enemmän aikaa keskusteluihin, hoitotoimenpiteisiin sekä kotona liikkumisessa ja ruokailussa avustamiseen kuin vuonna 1994. Kotipalvelun työntekijät käyttivät enemmän aikaa keskusteluihin, lääkahoitoon ja hoitotoimenpiteisiin sekä vähemmän ruokailussa avustamiseen. Vanhuksista 28 % ja omaisista 14 % totesi työntekijöiden tulevan vanhusasiakkaan toivomana aikana vuonna 1997. Työntekijöiden kyky tiedottaa eri palveluista ja niiden saatavuudesta oli vanhusten ja omaisten mielestä parempi vuonna 1994 kuin vuonna 1997. Sen sijaan työntekijät näkivät kykynsä tiedottaa vanhuksille muista palveluista, ohjata vanhusta itsehoidossa tai avustaa yhteydenpidossa toisiin parantuneen. Vuonna 1997 lähes puolet vanhusasiakkaista ja 1994 runsas kolmannes (35 %) totesi työntekijöiden vaihtuvan liian usein. Myös omaisista useampi (53 %) 1997 kuin 1994 (50 %) katsoi työntekijöiden vaihtuvan liian usein. Työntekijöistä noin kolmannes totesi asiakassuhteiden katkeavan liian usein sekä 1994 että 1997.

Tenkanen (1998) on tehnyt vertailututkimuksen kotipalvelun laatuominaisuuksista 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden näkökulmasta Järvenpäässä ja Valkeakoskella. Tavoitteena oli vertailla ja mitata, millaiseen tärkeysjärjestykseen vanhukset asettavat ominaisuudet ja miten ne eroavat kaupunkien välillä. Tavoitteena oli selvittää myös MAUT-tekniikan soveltuvuutta laatutekijöiden vertailuun ja tärkeysjärjestyksen mittaamiseen suomalaisessa kontekstissa. Ominaisuuksien määrittämiseksi tehtiin ensin laadullisia haastatteluja, joiden perusteella määriteltiin kotipalvelun tärkeimmät ominaispiirteet ja sen jälkeen niitä asetettiin tärkeysjärjestykseen teemahaastattelujen avulla. MAUT-tekniikalla toteutetuissa teemahaastatteluissa asiakkaita (n = 113) pyydettiin vertailemaan ja asettamaan tärkeysjärjestykseen keskeisiä laatuominaisuuksia. Mittaus tehtiin siten, että tärkein ominaisuus sai aina 100 pistettä ja seuraavat suhteessa siihen, esimerkiksi puoleksi yhtä tärkeä ominaisuus sai 50 pistettä jne. Laatuominaisuudet olivat turvallisuus, henkilöstön sopivuus, hoidon jatkuvuus, saatavuus ja vaikutusvalta. Esimerkiksi hoidon jatkuvuus luokiteltiin alaluokkiin: samat työntekijät, saman ryhmän työntekijät ja sama hoitoideologia. Analyysimenetelminä käytettiin lisäksi Friedma-

nin testiä ja Wilcoxon signed rank -testiä. Kotipalvelun saaminen oli ehdoton edellytys kotona asumiselle. Avunsaanti oli pääasiassa riittävää, mutta yhteyden saaminen työntekijöihin tai kotipalveluohjaajaan oli vaikeaa. Työntekijöitä pidettiin ammattitaitoisina (95 %). Asiakkaat toivoivat korkeintaan kolmea tai neljää työntekijää. Jos asiakkaiden luona kävi liian monia työntekijöitä, vanhukset eivät pystyneet tutustumaan heihin eikä jatkuvuutta ollut. Käyntiajoista oli sovittu aina etukäteen ja muutoksista ilmoitettiin hyvin. Asiakkaista puolet oli sitä mieltä, ettei työntekijöillä ollut riittävästi aikaa. Henkilökohtaiset suhteet työntekijöihin olivat lämpimät ja luottamukselliset (95 %). Turvallisuus oli tärkein laatuominaisuus, vaikutusvaltaa arvostettiin vähiten. Hoidon jatkuvuuteen kuuluvista alaluokista “saman ryhmän työntekijät“ oli tärkein.

Edebalk, Samuelsson ja Ingvad (1995) tutkivat myös kotipalvelun laatua. Asiakashaastattelussa 180 65-vuotta täyttäneitä ruotsalaista kotipalvelun asiakasta vertaili ja asetti tärkeysjärjestykseen etukäteen määritellyjä kotipalvelun laadun ominaispiirteitä. Analyysimenetelmänä oli MAUT-tekniikka. Tutkijoiden mukaan kotipalvelun prosessia seuraamalla voidaan asiakkaan kanssa eritellä työskentelyä ja tunnistaa esiintulevia ongelmia. Asiakashaastattelujen pohjalta tutkimuksen laatuominaisuuksiksi nousivat jatkuvuus, henkilöstön sopivuus, palvelujen saatavuus ja vaikuttavuus sekä henkilökohtaiset suhteet työntekijöihin. Jatkuvuus luokiteltiin henkilöstön ja hoidon jatkuvuuteen. Tärkeimmäksi laatuominaisuudeksi arvostettiin jatkuvuus, erityisesti henkilöstön jatkuvuus. Henkilöstön sopivuus ja henkilökohtaiset suhteet työntekijöihin koettiin myös tärkeiksi ominaisuuksiksi. Verrattuna suomalaiseen kotipalvelun tutkimukseen, tässä tutkimuksessa turvallisuus laatuominaisuutena puuttui kokonaan.

Malin (1997) on tutkinut vanhustenhuollon asiakkaiden palvelukokemuksia, -tarpeita ja tyytyväisyyttä Helsingin kolmessa suurpiirissä. Kyselyssä selvitettiin kotihoitopalveluiden laatua monivalintakysymyksinä ja avokysymyksinä. Postikysely lähetettiin kaikille yli 75-vuotiaille (n = 1544). Vastausprosentti oli 73. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Vuonna 1995 Malin oli tehnyt lisäksi 18 teemahaastattelua yli 65-vuotiaille kotihoitoon asiakkaille. Haastatteluista oli analysoitu tutkimuksen kannalta vain kiinnostavimmat kysymykset. Tutkittavien kokemukset vaihtelivat asiakkaana oloajan ja työntekijöiden mukaan. Vanhukset arvostivat työntekijöiden persoonaan liittyviä piirteitä ja kiireettömyyttä sekä työntekijöiden kykyä tehdä työ hyvin. Vakituksia hoitajia ja säännöllisiä käyntiaikoja, pidettiin hyvän kotihoitoon edellytyksinä ja ominaisuuksina. Sääntöihin vetoa-

minen, kiireen taakse meneminen sekä odottelu koettiin huonona palveluna. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisasiakkaat kokivat useammin kuin muut, että kotihoito virkisti ja mahdollisti kotona asumisen. Elämänlaadulla oli yhteyttä vanhuksen kokemaan tyytyväisyyteen. Ne, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi, itsensä yksinäisiksi ja tarpeettomiksi sekä olonsa kotona turvattomaksi, olivat usein samoja vanhuksia ja tyytymättömämpiä kotihoitoon kuin paremmin voivat. Kielteiset kotihoidon kokemukset liittyivät siihen, että sijaiset sekä kohtelivat vanhuksia että tekivät työnsä huonosti. Kotisairaanhoidon oltiin hieman tyytyväisempiä kuin kotipalveluun. Kotisairaanhoidon asiakkaat toivoivat useammin tiedotuksen parantamista ja kotihoidon apua virka-ajan ulkopuolella.

Hoidon jatkuvuus lääkäripalveluissa

Hjortdahl (1990) on tutkinut hoidon jatkuvuuden ideologista yhteyttä norjalaiseen omalääkäri- ja vastaanottoimintaan. Hän on luokitellut hoidon jatkuvuuden -käsitteen kronologiseen, laaja-alaiseen, henkilökohtaiseen ja vastuulliseen hoidon jatkuvuuteen. Kronologiseen hoidon jatkuvuuteen sisältyy aikaan liittyvä jatkuvuus, joka tarkoittaa, että palvelut ovat saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina ja viikon jokaisena päivänä. Laaja-alainen hoidon jatkuvuus sisältää kaikenlaisien terveysongelmien huomioon ottamisen perusterveydenhuollossa poikkitieteellisesti ja alueellisesti. Laaja-alainen hoidon jatkuvuus tarkoittaa osaltaan myös palvelujen kattavuutta. Henkilökohtainen hoidon jatkuvuuden komponentti sisältää pitkäaikaisen potilaan tuntemisen ja persoonallisen sitoutumisen potilaaseen. Vastuullinen hoidon jatkuvuus tarkoittaa pitkäkestoista vastuun ottamista potilaan erilaisista terveystarpeista. Hoidon jatkuvuus tarkoittaa myös palvelujen sujuvuutta ja joustavuutta potilaan vaihtaessa hoitoorganisaatiosta toiseen. Omalääkäreistä vastasi 207. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin keskiarvoja ja keskihajontoja, Wilcoxon signed rank -testiä, Kruskal Wallisin testiä ja askeltavaa regressioanalyysiä. Lääkäreistä 22 % oli sitä mieltä, että hoidon jatkuvuus on erittäin tärkeä ja 55 % piti hoidon jatkuvuutta tärkeänä. Vastaajista 9 % oli sitä mieltä, että hoidon jatkuvuudella on paljon tai hyvin paljon merkitystä omalääkäritoiminnan laatuun. Merkittävin vaikutus (53 %) hoidon jatkuvuudella arvioitiin olevan vastaanottoimintaan. Aikaan liittyvä komponentti antoi potilaille parhaan hyödyn. Lääkäreiden mukaan laaja-alaisuus oli merkityksettömin tekijä hoidon jatkuvuudessa. Hjortdahlin mukaan hallintoa kehittämällä potilaille voitaisiin mahdollistaa se, että samat työntekijät tekisivät kotikäyntejä samojen potilaiden luo.

Kekin (1982) tutkimuksen tavoitteena oli analysoida potilastiedostosta palvelujen sisältöä ja hoidon antajakohtaista jatkuvuutta sekä terveyskeskuspotilaiden läheteistä saatujen palautteiden osuutta eri hoitopaikkojen mukaan. Tutkimusotoksena oli 2361 asukasta sekä heidän terveyskeskuslääkärikäyntinsä vuonna 1977. Tutkimuksessa tarkasteltiin aluksi hoidon saataavuutta ja käyttöä, hoidon jatkuvuutta ja koordinaatiota sekä monipuolisuutta. Tämän jälkeen selvitettiin potilaiden hoidon ja sairauskertomuksen laatuun liittyviä näkökohtia ja lopuksi käsiteltiin lääkärien hoitokäytäntöön liittyviä vaihteluja. Mittareina käytettiin antajakohtaiseen jatkuvuuteen perustuvaa jatkuvuusindeksiä, läheteistä saatujen palautteiden yleisyyttä sekä kontrollikäyntien laiminlyönnin yleisyyttä. Tutkimustulosten mukaan tuhatta keskussairaalaan suunnattua päivystyslähettä kohti palaute terveyskeskukseen tuli yli puolessa tapauksista (58 %). Tuhatta ei-kiireellistä keskussairaalaalähettä kohti palautteita tuli lähes saman verran (56 %). Jos kontrollitarve oli merkitty potilaskorttiin, kolmasosa potilaista jätti tulematta kontrolliin. Tutkimustulokset viittasivat siihen, että hoidon jatkuvuudessa oli huomattavasti parantamisen varaa.

Työn organisoinnin yhteys hoidon jatkuvuuteen

Lohiniva (1991) on tutkinut, minkälainen käsitys terveydenhoitajilla on työnsä kehittämistarpeista ja väestövastuisesta työstä työnsä kehittämiskeinona sekä, miten väestövastuiseen työhön siirtyneet terveydenhoitajat ovat kokeneet muutoksen. Väestövastuu nähtiin sekä rakenteellisena toimintamallina että hoitoperiaatteena. Väestövastuiseksi työksi luokiteltiin työ, johon sisältyi vähintään kaksi toiminta-aluetta. Tutkimusaineisto koottiin kyselylomakkeella. Perusjoukon muodostivat Hämeen ja Lapin läänin terveyskeskusten terveydenhoitajat, joita oli 890. Tutkimusjoukkoon heistä valittiin joka toinen, joten otoksen määräksi tuli 445 hoitajaa. Vastausprosentti oli 93. Analyysimenetelminä käytettiin prosenttijakaumia, ristiintaulukointia, khiin neliö -testiä ja logistista regressiomallia. Avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisesti. Valtaosa terveydenhoitajista arvioi hoidon jatkuvuuden (71 %) ja kokonaisvaltaisuuden (71 %) toteutuvan ja yli puolet terveydenhoitajista koki myös hoidon palvelukykyisyyden (54 %) lisääntyvän väestövastuisessa työssä. Valtaosa terveydenhoitajista näki väestövastuisessa työssä monia etuja, jotka paransivat hoidon laatua, mutta rakenteellisena toimintamallina sen käytäntöön soveltaminen aiheutti monia ongelmia. Keskeisimpinä väestövastuisen työn toteuttamisen edellytyksinä pidettiin koulutusta, hyvää suunnittelua ja yhteistyötä sekä estävinä tekijöinä kielteisiä asenteita ja riittämätöntä ammattitaitoa. Yli puolet terveydenhoitajista arvioi, että heidän nykyinen koulutuksensa ei riitä väestövastuisen työn toteuttamiseen.

Koposen (1997) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata terveydenhoitajien työn kehittämisprosessiä väestövastuisessa perusterveydenhuollossa sekä tunnistaa työn keskeisten ominaispiirteiden välisiä suhteita. Tutkimukseen sisältyivät terveydenhoitajien rakenteellisten toimintamallien ja kokemusten sekä asiakkaiden kokemusten näkökulmat. Tutkimus toteutettiin kymmenessä väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilukunnan terveyskeskuksessa. Laadullinen tutkimusprosessi, jonka aineistona oli 18 terveydenhoitajan haastattelut, perustui fenomenologiseen lähestymistapaan ja etnografisiin metodeihin. Määrällisinä aineistoina olivat vuosilta 1989-1992 kerätyt aineistot terveydenhoitajien asiakaskäynneistä, toimintasektoreista ja toimintamalleista sekä kyselyt terveydenhoitajille ja väestöhaastattelut 16-79-vuotiaille. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, khiin neliö -testiä, varianssianalyysiä ja logistista regressiota. Terveydenhoitajien toimintamallien muutos oli väestövastuisen työn kehittämisen ydinprosessi. Toimintamallit laaja-alaistuivat sekä kokeilupaikkakunnilla että valtakunnallisesti. Hoidon jatkuvuus ja moniammatillinen yhteistyö asiakasasioissa paranivat projektin aikana ja olivat muita parempia laaja-alaisesti toimivilla terveydenhoitajilla ja maaseudulla. Noin kolmanneksella kokeilualueiden väestöstä oli terveyskeskuksessa omahoitaja, johon voitiin tarvittaessa ottaa yhteyttä. Tämä oli muita yleisempää maaseudulla ja niillä, jotka eivät olleet työssä kodin ulkopuolella. Enemmistö väestöstä (79 %) piti omahoitajia tarpeellisena.

Nyholmin ja Suomisen (1999) palveluverkossa yöpäivää -hankkeessa tutkittiin vanhusten kotona asumista ja kotihoidon verkostoitumista. Tutkimuskuntina olivat seitsemän kuntaa Pirkanmaalla. Aineisto koostui asiantuntijahaastatteluista, kenttäkäynneistä auttajien mukana vanhusten kotona, kuntien vanhus- ja vanhuspalveluselvityksistä sekä viidestä kuntaseminaarista. Verkoston kehittämistyössä ajatuksena oli yhdistää vanhuksen ja eri toimijoiden voimavarat. Tutkimustuloksena saatiin kotihoidon verkosto, joka muodostuu hoitoverkosta, palveluverkosta ja tietoverkosta. Hoitoverkossa omahoitajan tehtävänä on organisoida vanhuksen arkea ja hankkia hänelle apua kotiin. Hoitoverkon toimijoita ovat kaikki vanhuksen kotona asumista tukevat auttajat. Palveluverkossa palveluohjaajan tehtävänä on organisoida hoitoverkon toimintaedellytykset. Hän resurssoi auttajia ja suunnittelee työtä vanhuksen tarpeiden ja odotusten mukaan sekä neuvottelee organisaatioiden työntekijöiden kanssa. Palveluohjaaja on muutoksen organisoiija. Verkostossa annetaan itsenäinen asema tietoverkolle, koska eniten ongelmia palveluiden järjestämisessä ja käytännön työssä aiheutuu tiedonvälityksen puutteesta tai toimimattomuudesta. Ilman toimivaa tiedonkulkua ei viranomaisten, eri

toimijoiden ja vanhuksen välinen yhteistyö suju. Sujuva tiedonkulku lisää myös vanhuksen turvallisuuden tunnetta ja vähentää tarvetta pyrkiä muiden palvelujen piiriin. Vanhuksen palvelukokonaisuuden suunnittelun apuvälineeksi tarvitaan laajennettu hoito- ja palvelusuunnitelma.

Taulukko 1. Hoidon jatkuvuuteen sekä palvelujen rakenteeseen ja organisointiin kohdistuneet tutkimukset

TUTKIJA(T) JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	AINEISTO JA MENETELMÄT	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖS
Jonninen (1998) Tutkia Rovaniemen kaupungin valvotussa kotisairaanhoidossa olevien potilaiden käsityksiä kotisairaanhoidajan vaihtuvuudesta ja potilaan kokemasta hoidosta	50 kotisairaanhoidopotilaan loma-kehaastattelu. Mukana myös avoimia kysymyksiä. Ristiintaulukointi ja khiin neliö -testi.	Kotisairaanhoidajan vähäisellä vaihtuvuudella oli positiivinen yhteys potilaan hyväksi kokemaan hoitoon. Hoitosuunnitelmasta tiedottaminen oli vähäistä kotisairaanhoidajan vaihtuvuudesta riippumatta.
Raatikainen (1993) Tutkia potilaiden avun tarvetta, heidän saamaansa apua ja palveluiden organisoitumista omatoimisuuden näkökulmasta.	Tasavälisellä otannalla 178 potilasta. Vastausprosentti 72,5. Hoitajista kokonaisotos (n = 230). Vastausprosentti 78. Lääkäreistä (n = 50) 22 vastasi. Strukturoitu kyselytutkimus, joitakin avoimia kysymyksiä. Ristiintaulukointi, khiin neliö -testi, varianssianalyysi, askeltava regressioanalyysi.	Yksittäisen potilaan kokonaishoidon jatkumista pidettiin tärkeämpänä kuin tietyn alueen väestön laaja-alaisen terveyden- ja sairaanhoidon jatkumista. Potilaiden itse-tunto ja sosiaalinen tuki olivat yhteydessä heidän fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvään oloon ja omatoimisuuteen.
Törnkvist, Gardulf ja Strender (2000) Tutkia potilaiden tyytyväisyyttä oman asuinalueen hoitajien antamaan kotihoitoon ja heidän terveyskeskudessa antamaan hoitoon ja neuvontaan Tukholmassa.	168 kotihoidon ja 264 terveyskeskuksen vastaanotolla käyvää potilasta vastasi tutkimukseen. Kyse-lytutkimus. Ristiintaulukointi, khiin neliö -testi, Kruskal Wallisin testi, Wilcoxon signed rank -testi.	Parantamisen varaa oli kodin turvallisuustekijöissä ja siinä, että potilaat saivat kohdata aina saman hoitajan. Tyytymättömillä potilailla oli huonompi fyysinen terveys verrattuna tyytyväisiin potilaisiin.
Rissanen, Laitinen-Junkkari, Hirvonen ja Sinkkonen (1999) Tutkia kotihoidon laatua Kuopiossa suhteessa kotihoidon yhdistämiselle asetettuihin laatutavoitteisiin sekä vanhusasiakkaan omaisten ja työntekijöiden odotuksiin.	Kotihoidon palveluja saavat van- hukset, heidän omaisensa ja koti- hoidon työntekijät. Vanhuksille strukturoitu haastattelu, omaisille ja työntekijöille kysely. Faktori- analyysi, yksisuuntainen varianssi- analyysi, Pearsonin korrelaatioker- roin.	Suurin osa vanhuksista toivoi sa- man työntekijän käyvän luonaan. Suurimmat muutokset kotihoidon laadun arvioinneissa liittyivät tie- dottamiseen. Eniten kritisointiin avun riittävyyttä keskustelussa ja kotona liikkumisessa.
Tenkanen (1998) Tutkia kotipalvelun laatua 65 vuotta täyttäneiden kotipalvelun asiakkaiden näkökulmasta Valkeakoskella ja Järvenpäässä.	65 vuotta täyttäneet kotipalvelun asiakkaita. Laadulliset haastattelut ja MAUT-tekniikalla toteutetut puolistrukturoidut haastattelut. MAUT-tekniikan avulla pisteytys, Friedmanin testi, Wilcoxon signed rank -testi.	Laatuominaisuudet tärkeysjärjes- tyksessä: 1) turvallisuus 2) henki- löstön sopivuus 3) hoidon jatku- vuus 4) saatavuus 5) vaikutusvalta. Hoidon jatkuvuutta vähentäviä tekijöitä olivat tilapäiset työnteki- jät, työn organisointi ja toimintata- vat.

- Edebalk, Samuelsson ja Ingvad (1995)** Tutkia kotipalvelun laatua Ruotsissa 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden näkökulmasta. 180 kotipalvelun asiakkaan laadulliset haastattelut. MAUT-teknikka. Friedmanin testi, Kruskal-Wallis testi.
- Malin (1997)** Tutkia, mitä on kotihoidon laatu vanhusasiakkaan näkökulmasta ja mitä tyytymättömyyden aiheita ja parannusehdotuksia vanhuksilla on vanhustenhuollon rakennemuutoksen alussa. Kaikki yli 75 v. kotihoidon asiakkaat kolmessa helsinkiläisessä suurpiirissä (n = 1514). Postikysely. Vastausprosentti 73. Ristiintaulukointi ja khiin neliö -testi. Teemahaastattelu sattumanvaraisesti 18:lle yli 65-vuotiaalle. Haastatteluista vain mielenkiintoisimmat kysymykset analysoitiin.
- Hjortdahl (1990)** Tutkia hoidon jatkuvuuden ja sen komponenttien merkitystä norjalaiseen omalääkäritoimintaan. 207 norjalaista omalääkäriä. Postikysely, myös avoimia kysymyksiä. Keskiarvoja ja keskihajontoja, Wilcoxon signed rank -testi, Kruskal Wallisin testi, askeltava regressioanalyysi.
- Kekki (1982)** Tutkia potilastiedostosta lääkäripalvelujen käyttöä hoitopisoidittain sekä palvelujen sisältöä ja hoidon antajakohtaista jatkuvuutta. Tutkia terveyskeskuksen potilaiden lähetteisistä saatujen palauteiden osuutta eri hoitopaikkojen mukaan. 2361 Lapuan terveyskeskuspiirin asukasta ja heidän terveyskeskuslääkäriensä käyntinsä vuoden 1977 aikana. Keskiarvojen ja prosentiosuuksien laskeminen. Kvantitatiivista hypoteesien testausta. Hoidon koordinaatiossa ja jatkuvuudessa oli huomattavasti parantamisen varaa. Tuhatta keskussairaalaan suunnattua päivystyslähettä kohti palaute terveyskeskukseen tuli 58 %:sesti.
- Lohiniva (1991)** Tutkia, minkälainen käsitys terveydenhoitajilla on työnsä kehittämistarpeista ja väestövastuisesta työstä työnsä kehittämiskeinona. Hämeen ja Lapin läänien terveydenhoitajista postikyselytutkimukseen valittiin puolet (n = 445). Vastausprosentti 93. Prosenttijakaumat, ristiintaulukointi, khiin neliö -testi, logistinen regressiomalli. Avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisesti. Suurin osa terveydenhoitajista koki hoidon jatkuvuuden, kokonaisvaltaisuuden ja palvelukykyisyyden lisääntyvän väestövastuisessa työssä.
- Koponen (1997)** Tutkia terveydenhoitajien työn kehittämisprosesseja väestövastuisessa perusterveydenhuollossa sekä tunnistaa terveydenhoitajien työn keskeisten ominaispiirteiden välisiä suhteita. Terveydenhoitajien haastattelut (n = 18). Etnografia. Terveydenhoitajien asiakaskäynnit, terveydenhoitajien toimintasektoreista ja toimintamalleista kerätyt aineistot, kyselyt terveydenhoitajille ja väestöhaastattelut. Ristiintaulukointi, khiin neliö -testi, varianssianalyysi ja logistinen regressio. Hoidon jatkuvuus ja moniammatillinen yhteisyö asiakasasioissa paranivat projektin aikana ja olivat muita parempia laaja-alaisesti toimivilla terveydenhoitajilla ja maaseudulla.
- Nyholm ja Suominen (1999)** Tutkia vanhusten kotona asumista ja kotihoidon verkostoitumista. 7 Pirkanmaan kuntaa. Asiantuntijahaastattelut, kenttäkäynnit, kuntien vanhus- ja vanhuspalveluselvitykset, 5 kuntaseminaaria. Analyysimenetelmät eivät tulleet selkeästi esille. Hoitoverkossa omahoitaja organisoi arkea. Palveluverkossa palveluohjaaja suunnittelee ja resursoi. Tietoverkko on edellytys verkoston toimivuudelle.

3.2. Kotihoitopalvelujen sisältö

Taival (1998a; 1998b) on tutkinut kotisairaanhoidossa tapahtuvaa muutosta potilaiden mukautumisessa ja sen tukemisessa suunnitellun intervention jälkeen. Toimintatutkimuksen tavoitteena oli muuttaa käytännön hoitotyö Royn adaptaatiomalliin perustuvaksi. Muutosten mittaamista varten kerättiin tietoja ennen interventiota, intervention aikana ja vuosi intervention jälkeen vuosina 1992, 1993 ja 1994. Tutkimusaineisto hankittiin haastatteleamalla 100 kotisairaanhoidossa olevaa potilasta, havainnoimalla 30 kotisairaanhoidokäyntiä ja analysoimalla kotisairaanhoidohenkilökunnan kirjoittamia esseitä. Potilaiden haastatteluaineistot käsiteltiin pääasiassa tilastollisesti ja analysoitiin varianssianalyysillä. Avoimet kysymykset analysoitiin määrällisellä ja laadullisella sisällön analyysillä. Käyntien havainnointiaineisto käsiteltiin määrällisellä sisällön analyysillä ja henkilökunnan esseet määrällisellä ja laadullisella sisällön analyysillä. Potilailla oli adaptaatio-ongelmia, he eivät pitäneet itseään tärkeinä, eivätkä kokeneet täyttävänsä rooliodotuksia. Tulokset huononivat tutkimusajanjakson aikana. Riippuvuus- ja vuorovaikutussuhteissa potilaat kokivat antavansa yhä vähemmän läheisille ihmisille ja tukijärjestelmän jäsenille. Potilaiden minäkäsitys sekä tyytyväisyys itseensä ja elämänsaavutuksiinsa paranivat. Potilaiden vastausten ja käyntien havainnoinnin perusteella käyntien ilmapiiri oli turvallinen. Potilaiden kunnioitus ja yksilöllinen hoito lisääntyivät, mutta potilaiden kokonaisvaltainen hoito toteutui huonosti, eikä se parantunut tutkimusajanjakson aikana. Potilaiden psykososiaalinen puoli tuli enemmän esille, mutta edelleen auttaminen kohdistui potilaiden fyysiseen puoleen. Potilaita kuunneltiin ja rohkaistiin, mutta syvällinen pohdinta elämän kysymyksistä puuttui. Alle puolet potilaista koki, että hoitajat toimivat aina potilaskeskeisesti. Läheisen menettäneiden potilaiden mukautumisen tukemisessa potilaskeskeisyys parani tutkimusajanjakson aikana. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö sekä hoitotyön tarpeenmääritys paranivat ja menetelmät lisääntyivät. Kotisairaanhoidokäynnit muuttuivat myönteiseen suuntaan, mutta ne olivat sairaus- ja toimenpidekeskeisiä ja vuorovaikutukseltaan niukkoja.

Poole ja Rowat (1994) tutkivat, minkälaisia asioita kotihoidon vanhuspotilaat liittivät kotisairaanhoidajaan ja missä yhteydessä he nämä asiat havaitsivat. Kotihoidon viidelle potilaalle tehtiin teemahaastattelu ja heitä havainnoitiin kotihoitokäyntien aikana. Aineisto kerättiin 2-5 kuukauden aikana ja se analysoitiin laadullisella vertailevalla menetelmällä. Jokainen potilas, sana, ajatus ja tunne luokiteltiin kategorioihin. Kotisairaanhoidajaan liittyen nousi kolme yhdistävää kategoriaa, jotka olivat hoitajan ominaisuudet sekä henkisen ja fyysisen tuen anta-

minen. Edellä mainittuja asioita havaittiin fyysisessä ja psykososiaalisessa terveydenhoidossa sekä potilas - hoitaja -suhteessa. Kotisairaanhoidajan ominaisuudet nousivat merkittävimmäksi asiaksi tutkimuksessa. Hoitajan toivottiin olevan hyväntuulinen, ymmärtäväinen, aito, kärsivällinen ja potilasta kunnioittava. Vuorovaikutuksen toivottiin olevan vastavuoroista ja potilas - hoitaja -suhteiden luottamuksellisia.

Taulukko 2. Kotihoitopalvelujen sisältöön kohdistunut tutkimus

TUTKIJA(T) JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	AINEISTO JA JA MENETELMÄT	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖS
Taival (1998a) Tutkia Royn adaptaatiomalliin perustuvaa hoitotyön prosessia ja sen vaikutusta potilaan mukautumisen tukemisessa kotisairaanhoidossa.	100 potilaan haastattelu, 30 kotisairaanhoidokäynnin havainnointi ja kotisairaanhoidon henkilökunnan esseet. Toimintatutkimus. Määrällinen ja laadullinen sisällön analyysi, yksi- ja kaksisuuntaiset varianssianalyysit.	Auttaminen kohdistui enimmäkseen potilaan fyysiseen puoleen ja sairauteen. Royn adaptaatiomalli sopi hoitajien mukaan hoitotyön prosessin viitekehyykseksi.
Taival (1998b) Artikkeli perustui tutkijan väitöskirjaan (Taival 1998a). Tarkoituksena oli kuvata tutkimustuloksia erityisesti kotisairaanhoidokäyntien osalta.	30 kotisairaanhoidokäynnin havainnointi. Määrällinen sisällön analyysi. Laadullisen sisällön analyysin tarkoituksena oli kuvata ja tulkita kotisairaanhoidotapahtumaa.	Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö parani tutkimusajanjakson aikana. Kotikäynnit muuttuivat myönteiseen suuntaan, mutta ne olivat sairaus- ja toimenpidekeksisiä ja vuorovaikutukseltaan niukkoja.
Poole ja Rowat (1994) Tutkia, minkälaisia asioita kotihoidon vanhuspotilaat liittivät kotisairaanhoidajaan ja missä yhteydessä he nämä asiat havaitsivat.	Viidelle kotihoidon potilaalle teemahaastattelu ja havainnointi kotikäyntien yhteydessä. Analyysimenetelmänä laadullinen vertaileva menetelmä.	Kotisairaanhoidajan ominaisuudet nousivat merkittävimmäksi asiaksi. Kotisairaanhoidajan toivottiin olevan hyväntuulinen, ymmärtäväinen, aito, kärsivällinen ja potilasta kunnioittava.

3.3. Kotihoidon potilaiden kotona selviytyminen

Palveluita käyttävien kotona selviytyminen

Tervon ja Pietilän (1995) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, minkälaista on yli 75-vuotiaiden kotona selviytyminen ja mitkä tekijät edistävät sitä. Tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisesti 20 omassa kodissaan Oulussa asuvaa vanhusta. Vanhuksista kymmenen kuului kotipalvelun tai muun ulkopuolisen tuen piiriin. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Analyysimenetelmänä oli laadullinen sisällön analyysi. Vanhusten kotona selviytyminen muodostui sosiaalisista kontakteista, päivittäisistä tapahtumista elämän sisältönä ja aikaisemmista elämän kokemuksista. Kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä olivat terveyden ylläpitäminen, tunne hyvästä olost, sosiaalinen verkosto ja turvattu toimeentulo. Tulosten

perusteella tutkijat olettavat, että tukemalla vanhusten arkielämässä selviytymistä voidaan vahvistaa vanhusten turvallisuuden ja hyvän olon kokemista ja sitä kautta elämänlaatua.

Mäkinen ja Kekki (1989) ovat tutkineet vuonna 1986 Joensuun terveyskeskuksen valvotun kotisairaanhoidon potilaiden sosiaalisia oloja, sairastavuutta, muistihäiriöitä, avun tarvetta ja kotisairaanhoidon arvioimaa optimaalista sijoitusta. Aineiston muodostivat 460 potilasta. Kotisairaanhoidon henkilökunta haastatteli havainnoivasti potilaat ja lääkäri kokosi tiedot heidän pitkäaikaissairauksistaan. Haastattelun toteutusprosentti oli 99,6. Toimintakykyä kartoitettiin muistitestillä ja työntekijöiden subjektiivisen arvion perusteella. Muut tiedot kerättiin potilailta ja omaisilta havainnoivasti haastattelemalla ja tilastoista. Tulokset esitetään prosenttijakaumina. Päivittäisissä toiminnoissa potilaista 65 % kykeni käyttämään puhelinta itsenäisesti, viidennes kykeni tekemään itsenäisesti ostoksensa ja viidennes kykeni huolehtimaan itsenäisesti ruokailustaan. Lisäksi 28 % kykeni valmistamaan ateriat toisen toimittamista tarvikkeista, 18 % tekemään kotitaloustyönsä avutta ja 19 % pesemään pyykkinsä. Noin puolet potilaista oli kyvyttömiä liikkumaan asuntonsa ulkopuolella ilman avustajaa ja 3 % siirtymään vuoteeseen ilman avustajaa. Yli puolet potilaista (55 %) pystyi huolehtimaan lääkityksestään avutta, vajaa neljännes otti lääkkeitä avustajan viikottain täyttämästä annostelijasta ja viidenneksen lääkkeenottoa jouduttiin valvomaan tai avustamaan jatkuvasti. WC:ssä käynneissä apua tarvitsi noin 9 % potilaista, vuoteesta nousussa 3 %, ruokailussa 8 %, kokovartalopesussa 62 % ja pukeutumisessa noin viidennes. Kotona asuvista potilaista (n = 440) 81,7 %:lle koti oli kotisairaanhoidajan arvion mukaan oikea paikka. Tutkijoiden mukaan kotisairaanhoidon kehittämisen suurimpia haasteita olivat toimivan yhteistyön kehittäminen potilaan, valvotun kotisairaanhoidon, kotiavun sekä potilasta avustavien omaisten ja muiden yksityisten välillä.

Palveluita käyttämättömien kotona selviytyminen

Virjo (1996) on tutkinut vuosina 1988-90 sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömiä yli 75-vuotiaita Kurulaisia ja Ylöjärveläisiä (n = 871). Tavoitteena oli määrittää palveluita käyttämättömien osuus. Toisena tavoitteena oli selvittää, mitkä yksilöä, hänen sosiaalista verkostoaan ja lähiympäristöään sekä palveluita kuvaavat tekijät liittyvät siihen, ettei hän käytä palveluita. Kolmantena tavoitteena oli selvittää, missä määrin tutkimuksessa kehitetyn teoreettisen mallin avulla voidaan ennustaa palveluiden käyttämättömyyttä. Tutkimusväestöön kuuluville tehtiin haastattelu ja kliininen tutkimus. Tutkimukseen kutsuttiin 748 henkilöä, joista 87 % osallistui. Lääkäri haastatteli henkilöt kliinisen tutkimuksen lomakkeen

mukaisesti ja sairaanhoitaja teki vastaavat tutkimukset kuudelle henkilölle. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden käyttötiedot kerättiin rekistereistä ja arkistoista. Myös tutkittavien tukihenkilöille lähetettiin postikysely. Tilastollisina menetelminä käytettiin suoria jakaumia, ristiintaulukointia, khiin neliö -testiä, ei-parametristä Mann Whitneyn U-testiä, faktorianalyysiä sekä logistista regressiota. Palveluita käyttämättömien osuus vaihteli 8-99 %:n välillä riippuen siitä, mistä palveluista oli kyse. Tutkimukseen kutsutuista 12 % ei käyttänyt mitään julkisia sosiaali- tai terveydenhuoltopalveluita vuonna 1988. Kotona asuvista tutkituista 10 % ei käyttänyt julkisia eikä yksityisiä palveluita samana aikana. Palveluita käyttämättömät olivat usealla mittarilla mitattuna terveempiä kuin palveluita käyttäneet, heillä oli vähemmän oireita, heidän mielialansa oli parempi ja heillä oli suurempi elämänhalu. Palveluita käyttämättömillä oli useampia asuinkumppaneita ja he olivat asuneet nykyisessä, varustetasoltaan huonommassa asunnossaan kauemmin. Heillä oli myös negatiivisempi käsitys sosiaalihuollon työntekijöistä. Logistinen regressioanalyysi poimi lopulliseen malliin kuusi selittäjää: vanhusten sairauksien hoitoon liittyvä asenne, oireiden summamuuttuja, vireystaso, Zungin depressiotesti, asuinkumppanien lukumäärä ja asumisaika nykyisessä asunnossa. Saatu kuuden selittäjän malli ennusti kaikista palveluita käyttämättömistä ja palveluita käyttäneistä oikein 91 %.

Roine, Kaunonen ja Tarkka (2000) tutkivat säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytymistä. Tutkimukseen osallistui 198 vanhusta (n = 200), jotka eivät käyttäneet kunnallisen kotiavun tai kotisairaanhoidon palveluita säännöllisesti. Aineisto kerättiin strukturoidulla lomakehaastattelulla ja se kuvattiin yksiulotteisina frekvenssi- ja prosenttijakaumina. Tutkimuksessa käytettiin myös ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Noin puolet haastatelluista asui yksin. Omaisen kanssa asuminen saattoi mahdollistaa kotona selviytymisen. Melkein kaikki haastatellut pitivät terveydentilaansa hyvänä ja lähes kaikki selviytyivät melko hyvin jokapäiväisistä toiminnoistaan. Vanhusten elämän voimavaroja olivat positiivinen elämänasenne, uskonto, terveys ja perhe. Lähes kaikki olivat yhteydessä omaisiinsa ja ystäviinsä viikottain. Vanhukset osallistuivat monenlaiseen sosiaaliseen toimintaan.

Elämänlaatu

Kinnunen, Kyngäs ja Nikkonen (1999) ovat tutkineet psoriasista sairastavan elämänlaatua. Fyysisellä ja psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitettiin terveyttä, jolloin ihmisen fyysiset ja psyykkiset perustarpeet ovat tyydyttyneitä, hänellä ei ole oireita ja hänen tunne-elämänsä on

tasa-painossa. Sosiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitettiin sitä, että ihmisellä on riittävästi sosiaalisia suhteita ja ne ovat tyydyttäviä. Kyselytutkimuksessa käytettiin elämänlaatumittaria. Analyysissä oli mukana 254 psoriaatikon vastaukset. Vastausprosentti oli 63. Analyysimenetelminä olivat ristiintaulukointi, khiin neliö -testi ja Cronbachin alfakerroin. Fyysinen hyvinvointi oli 26 %:lla vastaajista hyvä, 45 %:lla se oli kohtalainen ja 29 %:lla heikko. Psykykinen hyvinvointi oli 24 %:lla hyvä, 41 %:lla se oli kohtalainen ja 35 %:lla heikko. Niillä, joilla sairaus oli vaikeampi, psyykinen ja sosiaalinen pahoinvointi lisääntyivät. Sairauden vaikeusasteen ja psyykkisen sekä sosiaalisen pahoinvoinnin välillä oli yhteyttä ($p = 0.001$). Psoriaatikoista 32 % oli erittäin tyytyväisiä, 49 % oli tyytyväisiä ja 19 % tyytymättömiä elämänsä. Tyytymättömyys elämään oli yhteydessä sairauden vaikeusasteeseen ($p < 0.01$).

Taulukko 3. Potilaiden kotona selviytymiseen ja elämänlaatuun kohdistuneet tutkimukset

TUTKIJA(T) JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	AINEISTO JA MENETELMÄT	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖS
Tervo ja Pietilä (1995) Tutkia, minkälaista on yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen ja minkälaiset tekijät edistävät yli 75-vuotiaiden kotona selviytymistä.	Teemahaastattelu 20:lle harkinnanvaraisesti valitulle kotona asuvalle vanhukselle. Laadullinen sisällön analyysi.	Kotona selviytyminen muodostui sosiaalisista kontakteista, päivittäisistä tapahtumista elämän sisältönä ja aikaisemmista elämäkokemuksista.
Mäkinen ja Kekki (1989) Tutkia Joensuun terveyskeskuksen valvotun kotisairaanhoidon potilaiden ikärakennetta, sosiaalisia oloja, sairastavuutta, muistihäiriöitä, avun tarvetta, saattoapua ja kotisairaanhoidon arvioimaa optimaalista sijoitusta.	Kaikki valvotun kotisairaanhoidon potilaat 1.1.1986 (n = 460). Potilaiden ja omaisten haastattelut havainnoivasti. Potilaiden haastattelujen toteutusprosentti 99,6. Toimintakyvyn kartoitus, muistitesti, tilastot. Tulokset esitetään prosenttijakaumina.	Kotisairaanhoidon kehittämisen suurimpia haasteita on toimivan yhteistyön kehittäminen potilaan, valvotun kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja potilasta avustavien omaisten ja muiden yksityisten välille.
Virjo (1996) Tutkia, mitkä yksilöä, hänen sosiaalista verkostoaan sekä palveluita kuvaavat tekijät liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttämättömyyteen 75-vuotiailla. Tutkia, missä määrin tutkimuksen. Yhteydessä kehitetyn teoreettisen mallin avulla voidaan kuvata ja ennustaa palveluiden käyttämättömyyttä.	Vuonna 1913 tai aikaisemmin syntyneet henkilöt (n = 871). Osallisuusprosentti 87. Lääkärin ja sairaanhoitajan haastattelut ja kliiniset tutkimukset. Kyselyt vanhuksille ja tukihenkilöille, tietorekistereiden hyödyntäminen. Suorat jakautumat, ristiintaulukointi, khiin neliö -testi, ei-parametrinen Mann-Whitneyn U-testi, faktorianalyysi ja logistinen regressio.	Palveluita käyttämättömien osuus vaihteli 8-99 % riippuen siitä, mistä palvelusta oli kyse. Palveluita käyttämättömät olivat terveempiä kuin palveluita käyttäneet. He myös voivat melko hyvin ja osaavat todennäköisesti tarvitessaan hakea palveluita.
Roine, Kaunonen ja Tarkka (2000) Tutkia, millaisia eroja vanhusten kotona selviytymisessä on iän, sukupuolen tai asumismuodon välillä ja	198 erään etelä-pohjalaisen kaupungin yli 75-vuotiaita vanhusta (n = 200) haastateltiin strukturoitua kyselylomaketta apuna käyttäen.	Vanhusten kotona selviytymistä tuki tiivis yhteydenpito omaisiin ja ystäviin. Vanhusten voimavaroja lisäsivät positiivinen elämänsä-

mitkä tekijät tukevat vanhuksen kotona selviytymistä.	Yksiulotteiset frekvenssi- ja prosenttijakaumat, ristiintaulukointi, khiin neliö -testi.	ne, uskonto, hyvä terveys, perhe sekä aktiivisuus harrastus- ja kerhotoiminnassa.
Kinnunen, Kyngäs ja Nikkonen (1999) Tutkia psoriasista sairastavien elämänlaatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa suomalaisten aikuisten vähintään 5 vuotta psoriasista sairastavien henkilöiden elämänlaadusta.	Analyysissä 254:n psoriaatikon vastaukset. Vastausprosentti 63. Strukturoitu kyselytutkimus. Ristiintaulukointi, khiin neliö -testi, Cronbachin alfakerroin.	Psoriasiksen vaikeusasteen ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin välillä oli yhteyttä. Keskeinen haaste hoitotyölle on vastata entistä paremmin psoriaattikkojen psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin.

3.4. Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Sisällöllinen yhteenveto

Hoidon jatkuvuus palvelujen organisoinnissa -luvussa nousi korostuneesti esille hoitajien vaihtuvuuden merkitys potilaiden hoitoon. Tutkitut henkilöt toivoivat saavansa palveluja päivittäin ympärivuorokautisesti mahdollisuuksien mukaan samasta paikasta. Sujuva tiedonkulku ja hyvä yhteistyö potilaan ja kaikkien hoitoon osallistuvien kesken nousivat myös tärkeiksi tekijöiksi. Kotihoitopalvelujen laatua ja palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä oli tutkittu useassa eri tutkimuksessa eri menetelmillä. Tutkimusten mukaan hoidon jatkuvuus parani yksilö- ja väestövastuisessa työssä.

Kotihoitopalvelujen sisältö -lukuun löytyi vain kaksi tutkimusta. Taival (1998) oli soveltanut Royn adaptaatiomallia kotisairaanhoidon onnistuneesti. Hoitajien ominaisuudet olivat tutkittavien mukaan erittäin tärkeitä. Potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa oli parantamisen varaa, fyysisen avun lisäksi potilaat tarvitsivat myös henkistä ja sosiaalista tukea.

Kotihoidon potilaiden kotona selviytyminen -luvussa nousi esiin tyytymättömyys huonoon tiedottamiseen sosiaali- ja terveystalouksista ja niiden muutoksista. Palveluja käyttäviä ja käyttämättömiä henkilöitä oli tutkittu erikseen. Virjon (1996) mukaan palveluita käyttämättömät vanukset voivat melko hyvin ja osaavat todennäköisesti tarvitessaan hakea palveluita. Tämän perusteella viranomaisten ei tarvitse suunnitella erityistoimenpiteitä palveluita käyttämättömille vanhuksille. Lähes kaikki tutkittavat henkilöt halusivat asua omassa kodissaan loppuelämänsä. Kotona selviytyminen vahvisti tutkimusten mukaan selvästi potilaiden turvallisuuden ja hyvän olon kokemista ja sitä kautta elämänlaatua.

Hoidon jatkuvuuden osatekijöistä ympärivuorokautisia palveluita ja niiden merkitystä potilaan hoidossa käsiteltiin niukasti. Sen sijaan työntekijä -jatkuvuutta oli käsitelty useissa eri tutkimuksissa. Tutkimuksissa tarkasteltiin asioita eri näkökulmista, pääasiassa tutkimukset käsittelivät vanhusten kotihoidon ongelmia ja laatutekijöitä. Useiden tutkimusten tavoitteena oli etsiä tekijöitä, jotka auttavat potilaita selviytymään kotihoidossa.

Menetelmällinen yhteenveto

Suurin osa tutkimuksista oli kvantitatiivisia, mutta mukana oli myös kvalitatiivisia tutkimuksia. Useassa tutkimuksessa oli käytetty joko tutkimusaineistoon liittyvää, metodologista tai analyysiin liittyvää triangulaatiota (Leino-Kilpi 1997, 225-226). Tutkimusjoukot olivat hyvin erilaisia ja otoksien koko vaihteli suuresti. Kahdessatoista tutkimuksessa ainakin yhtenä aineiston keruumenetelmänä oli käytetty haastattelua, niistä neljässä teemahaastattelua. Suurin osa tutkimuksista oli kyselytutkimuksia. Kahdessa tutkimuksessa analyysimenetelmänä oli käytetty laadullista sisällön analyysiä. Analyysimenetelmistä ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä oli käytetty eniten.

Tutkimuksen luotettavuutta selviteltiin useissa tutkimuksissa hyvin heikosti, joissakin tutkimuksissa luotettavuutta ei käsitelty lainkaan. Jonnisen (1998) tutkimuksessa haastateltujen määrä oli pieni ja tutkimus antoi tietoa vain tutkimuspaikan potilaiden käsityksistä. Hammarin ym. (1999) tutkimuksessa, jossa tutkimushenkilöt oli valittu satunnaisotoksella, helsinkiläiset erosivat muista suomalaisista koulutuksen ja varallisuuden suhteen. Joillekin vastaajille saattoi olla hankalaa kuvitella olevansa 80-vuotias ja ajatella, minkälaisia palveluja silloin olettaa tarvitsevänsä ja saavansa. Hammarin ym. tutkimuksessa otos oli satunnaistettu ulkoisen validiteetin parantamiseksi. Joissakin vanhustutkimuksissa tutkittavien huonokuntoisuus veloitti vastaamishalukkuutta ja -kyvykkyyttä, joten tutkimukseen osallistuneet potilaat saattoivat olla jossakin määrin paremmassa kunnossa kuin perusjoukkoon kuuluneet potilaat keskimäärin. Tutkimukset saattoivat siten antaa todellisuutta positiivisemmän kuvan eri tilanteista. Raatikaisen (1993) tutkimuksessa potilaiden ja henkilökunnan kyselylomakkeet eivät täysin vastanneet toisiaan, minkä takia potilaiden vastauksien vertaaminen henkilökunnan vastauksiin oli ongelmallista. Hammarin ym. tutkimuksessa joidenkin väittämien moniulotteisuus saattoi vaikeuttaa vastaamista. Jonnisen (1998) tutkimuksessa mittarin luotettavuutta ei ollut testattu aikaisemmissa tutkimuksissa. Kinnusen ym. (1999) tutkimuksessa summuuttajien hyvät Cronbachin alfa-kertoimet osoittivat mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Tutkimuksen peruskäsitteiden abstraktisuus ja niiden operationaalistamisen vaikeus saattoi-

vat kuitenkin heikentää mittarin rakennevaliditeettia. Edebalkin ym. (1995) ja Tenkasen (1998) tutkimuksissa MAUT-tekniikka antoi mahdollisuuden syvälle meneviin analyysihin. Virjon (1996) tutkimuksessa teoreettisen mallin kyky ennustaa sitä, käyttikö henkilö palveluita vai ei, oli hyvä. Tervon ja Pietilän (1995) tutkimuksessa tutkijat olivat keskustelleet tutkimustuloksista ja siitä, miten tulokset vastaavat vanhusten hoitotyön todellisuutta vanhustyössä työskentelevien kanssa. Tällä tavalla arvioitiin aineiston vastaavuutta empiiriseen todellisuuteen. Tutkimusten eettisiä kysymyksiä oli käsitelty erittäin vähän. Tutkimuseettiset kysymykset liittyivät tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan sekä tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26).

Kirjallisuuskatsauksen arviointi ja hyödynnettävyys

Kotihoidon yöpartiopalvelusta en löytänyt yhtään empiiristä tutkimusta. Palvelun sisältöä, erityisesti kotihoidon sisältöä koskevia empiirisiä tutkimuksia oli muutenkin niukasti. Hoidon jatkuvuudesta, vanhusten kotihoitopalveluista ja niiden organisoinnista sekä kotona selviytymisestä löytyi sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia. Yksilö- ja väestövastuista työtä koskevia tutkimuksia pystyi hyödyntämään hoidon jatkuvuuden osalta. Lähteet olivat tarkoituksenmukaisia, koska yöpartiopalvelua tarkasteltaessa on huomioitava avoterveydenhuollon ja kotihoidon kokonaisuus. Aiheen laajempi tarkastelu auttaa ymmärtämään, mihin tarpeeseen yöpartiopalvelu on kehitetty ja mikä sen merkitys on ympärivuorokautisten kotihoitopalveluiden kokonaisuudessa.

Käytin alkuperäislähteitä, jotka olivat pääosin 1990-luvun lopulta. Kekin (1982) ja Hjortdahlin (1990) tutkimukset olivat vanhempia, koska hoidon jatkuvuudesta ei löytynyt tuoreempia tutkimuksia. Pyrin käyttämään tieteellisesti korkeatasoisia lähteitä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset järjestettiin sisällöllisesti loogisesti, jotta lukijan olisi helpompi hahmottaa asiakokonaisuudet. Tutkimukset kohdistuivat enemmän vanhuksiin kuin vammaisiin, mutta vanhustenhuollon tutkimuksia pystyi soveltamaan myös vammaisiin, koska osa vammaisista on vanhuksia ja molemmilla potilasryhmillä on samanlaisia ongelmia. Tutkimukset käsittelivät kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua sekä omina organisaatioinaan että yhdistettynä kotihoitona. Hoitotieteen klassisia filosofioita, käsitteellisiä malleja tai teorioita ei ollut mahdollista hyödyntää tässä tutkimuksessa. Taival (1998) oli käyttänyt Royn adaptaatiomallia kotisairaanhoidotutkimuksessaan. Aikaisempia tutkimuksia pystyi hyödyntämään erityisesti haastatteluteemojen muodostamisessa. Hyödynsin kirjallisuuskatsausta mahdollisuuksien mukaan myös aineiston keruussa ja analysoinnissa.

4. TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET

Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan eri palveluorganisaatioiden välistä hyvää yhteistyötä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi ja voimavarojen hyödyntämiseksi. Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan myös sitä, että potilaita hoitavat mahdollisuuksien mukaan samat hoitajat ja, että potilaat saavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ympärivuorokautisesti. (Hjortdahl 1990; Jackson 1994; Klossner 1997; Holland ym. 1998.)

Hoidon jatkuvuus palveluorganisaation sisällä ja organisaatioiden välillä tarkoittaa sitä, että potilas saa tarkoituksenmukaiset ja sujuvat palvelut, joissa ei ole päällekkäisyyttä. Eri palveluista pitäisi muodostua toiminnallinen kokonaisuus. (Kennie 1983; Mäkinen & Kekki 1989.) Tiedon jatkuvuus on osa hoidon jatkuvuutta ja se tarkoittaa potilaasta kootun tiedon välittämistä eri hoidonantajille organisaation sisällä ja organisaatioiden välillä (Hagman & Johansson 1985).

Hoidon jatkuvuus työntekijä -jatkuvuutena tarkoittaa sitä, että potilaita hoitavat mahdollisuuksien mukaan samat hoitajat. Kotihoidossa tämä vaatii sitä, että työntekijöillä on sama työpiste ja alueen samat potilaat hoidettavanaan pitkän ajan. Koska työntekijöille kerääntyy tällä tavalla paljon tietoa potilaista, he pystyvät antamaan näille yksilöllisiä palveluja. Potilaan ei tarvitse jännittää tai selvittää omia tapojaan kovin pitkään, jos hänellä käyvät samat työntekijät. (Kekki 1982; Hjortdahl 1990; Anderson & Helms 1995; Malin 1997.) Hagman ja Johansson (1985) puhuvat antajakohtaisesta hoidon jatkuvuudesta, joka liittyy hoidonantajaan henkilönä, aikaan ja paikkaan. Hennenin (1975) mukaan sama hoitaja voi antaa hoitoa potilaille eri paikoissa, esimerkiksi vastaanotolla ja potilaiden kodeissa. Hoitotiimin jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että potilas tapaa hoitokontakteissaan jatkuvasti samaa hoitoryhmää.

Hoidon jatkuvuus ympärivuorokautisen hoitotyön näkökulmasta tarkoittaa sitä, että potilas saa hoitoa tarvitsemansa määrän jokaisena viikonpäivänä ja kaikkina vuorokaudenaikoina. Ympärivuorokautisen hoitotyön tärkeä ominaispiirre on potilaan hoidon säännöllisyys. Hoidon ympärivuorokautisen toteuttamisen ja hoidon säännöllisyyden edellytyksenä on, että organisaatio järjestää riittävästi palveluita sekä päivällä, illalla että yöllä. Riittävien palvelui-

den järjestämisen edellytyksenä on, että organisaatiossa on avun tarvetta vastaava määrä auttamaan kykeneviä työntekijöitä. Potilaalle tästä seuraa ennen kaikkea turvallisuuden tunnetta. Säännöllinen hoito takaa sen, että potilas tulee autetuksi hänen tarpeidensa mukaisesti, esimerkiksi hän tulee autetuksi wc:hen joka yö. (Klossner 1997; Malin 1997.)

Kotihoidon yöpartiopalvelu on yksi kotihoidon (kotisairaanhoito ja kotipalvelu) palvelumuoto, joka on yksi osa kotihoidossa olevan potilaan hoitoketjua. Yöpartion työntekijät hoitavat öisin samoja potilaita kuin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät päivisin ja iltapartion työntekijät iltaisin. Kotihoidon yöpartiopalvelun potilaat tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa selviytyäkseen kotihoidossa. (Klossner 1997.)

Yöpartiopalvelun rakenteen ja organisoinnin tarkoituksena on luoda hyvät toimintaedellytykset yöpartiot toiminnalle, jotta yöpartion työntekijät pystyvät antamaan hyvää hoitoa ja palvelua yöpartiotilaille. Yöpartiopalvelun palvelutekijöitä ovat kattavuus, integroituneisuus ja suunnittelu. Yöpartiopalvelun organisaatiotekijät koskevat esimerkiksi työnjakoa, yhteistyötä ja tiedonvälitystä. Hoidon jatkuvuus on suurelta osin hyvän rakenteen ja organisoinnin tulosta. (Donabedian 1969; Raatikainen 1991.)

Yöpartiot toiminnan tarkoituksena on mahdollistaa vanhuksille ja vammaisille turvallinen elämä kotona riittävien sairaanhoitopalvelujen turvin kaikkina vuorokaudenaikoina. Yöpartiot toiminnalla pyritään ehkäisemään potilaiden pysyvään laitoshoitoon joutumista ja toisaalta edistämään vanhusten ja vammaisten kotiuttamista laitoshoidosta. Yöpartiot toiminnalla turvataan kotihoitopotilaiden hoidon jatkuvuutta. (Klossner 1997.)

Kotona selviytyminen tarkoittaa sitä, miten vanhus tai vammaisen ihminen tulee toimeen arkielämässä. Selviytyminen tuottaa vanhuksille hyvän olon tunteen. Hyvän olon kokemuksiinsa vanukset liittävät turvallisuuden ja sisäisen tasapainon tunteen. (Koskiahho 1988, 86-87; Liukkonen & Nores 1994, 252-253.)

5. AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1. Tutkimushenkilöiden valinta

Tutkimukseen pyydettiin haastateltaviksi 14 kotihoidon yöpartion potilasta, joista yksi potilas kieltäytyi. Näistä kolmestatoista tutkimukseen lupautuneesta potilaasta esihaastattelin kolme potilasta ja valitsin kymmenen potilasta varsinaiseen tutkimukseen. Haastateltavien valintakriteerinä oli, että he muistivat asioita ja pystyivät ilmaisemaan niitä selkeästi sekä olivat olleet vähintään kaksi kuukautta yöpartion potilaina. Haastateltavista kahdeksan oli naisia ja kaksi miestä. Heidän ikänsä vaihteli 23-78 vuoden välillä ja puolet haastateltavista oli 65 vuotta täyttäneitä. Kaksi haastateltavaa asui palvelutalossa, kaksi kerrostalon inva-asunnossa ja kuusi tavallisessa kerros- tai rivitaloasunnossa. Yksi haastateltava asui yhdessä omaisensa kanssa, mutta omainen ei toiminut omaishoitajana. Muut haastateltavat asuivat yksin. Viidellä haastateltavalla oli päivisin henkilökohtainen avustaja apuna. Neljällä haastateltavalla omaiset osallistuivat säännöllisesti potilaan hoitoon tai potilaan asioiden hoitamiseen. Kaikki haastateltavat olivat tarvinneet ulkopuolista kodinhoito- ja/tai kotisairaanhoidoapua useita vuosia. Haastateltavat olivat olleet yöpartion potilaina keskimäärin kaksi vuotta ja viisi kuukautta. Pisin potilaana oloaika oli kolme vuotta ja seitsemän kuukautta ja lyhin viisi kuukautta. Yöpartion työntekijät tekivät haastateltavien luo yhden tai kaksi kotikäyntiä yössä. Viidellä haastateltavalla oli MS-tauti, kahdella reuma, yhdellä CP-vamma, yhdellä poliohalvaus ja yhdellä neliraajahalvaus.

5.2. Aineiston keruu

Kävin jokaisen haastateltavan luona etukäteen, jolloin jokainen tutkittava sai tiedotteen tutkimuksesta ja samalla kerroin tutkimuksen aiheesta, tarkoituksesta ja haastatteluaineiston käytöstä sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Tällä tapaamiskerralla haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja haastattelun nauhoittamisesta. Varsinaiset haastatteluajankohdat sovin myöhemmin puhelimitse. Itse haastattelutilanteessa kerroin vielä lyhyesti tutkimuksen lähtökohdista ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Hirsjärven ja Hurmeen (1988, 41-42) mukaan valittujen teemojen tulisi olla niin väljiä, että se moninainen rikkaus, joka tutkittavaan ilmiöön todellisuudessa sisältyy, mahdollisimman hyvin myös paljastuu. Puoliavoimen menetelmän etuna on, että kysymyksiä voi täsmentää ja syventää haastattelun aikana (Hirsjärvi & Hurme 1988, 90-91; Sorrell & Redmond 1995). Esihaastattelujen tarkoituksena oli kokeilla haastattelurungon toimivuutta, aihepiirien järjestystä ja kysymysten muotoilua (Hirsjärvi & Hurme 1988, 57). Esihaastatteluista saamieni

kokemusten perusteella tarkensin teemoja. Esihaastattelut osoittivat myös, että haastateltaville esitettävät kysymykset täytyy muotoilla selkeiksi ja hyvin ymmärrettäviksi. Haastattelin itse kaikki potilaat heidän kotonaan kello 10 ja kello 19 välisenä aikana. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli yksi tunti. Pisin haastattelu kesti yhden tunnin ja 45 minuuttia ja lyhin 40 minuuttia. Haastattelin korkeintaan kaksi potilasta päivässä. Nauhoitin haastateltavien suostumuksella kaikki haastattelut. Haastattelujen tallentuminen nauhoille lisäsi mahdollisuksiani keskittyä haastatteluihin.

Haastattelua tiedonkeruumenetelmänä käytettäessä samoja henkilöitä joudutaan tavallisesti haastattelemaan useita kertoja, jotta he vapautuvat kertomaan kokemuksistaan monipuolisesti. Teemahaastattelun avulla sain esille niitä asioita, joita yöpartiopotilaat pitivät tärkeinä. Haastateltavilla oli tilaisuus kertoa kysytyjen asioiden lisäksi muitakin aiheeseen liittyviä ajatuksiaan ja näkemyksiään. Tässä tutkimuksessa haastattelin yöpartiopotilaat vain kerran. Tutkimuksen tarkoitus ja aineiston keruutapa vaikuttavat siihen, kuinka monta tutkittavaa henkilöä tarvitaan. Jos tiedonkeruun kuluessa tapahtuu saturaatiota eli samat asiat toistuvat eri henkilöiden kuvauksissa, voidaan todeta, että tutkimuksessa on riittävästi tiedonantajia. Varmuus kategorioiden todellisesta kylläntymisestä jää tutkijan arvioitavaksi, koska muiden on melko mahdotonta määrittellä kriteerit aineiston kylläntymiselle. Laadullisten haastattelujen tavoitteena on saada syvää tietoa vähästä. (Pyörälä 1994; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152-156; Molander 1999, 235.)

Kirjoitin jokaisesta haastattelutilanteesta tutkimuspäiväkirjaa heti haastattelun jälkeen. Kirjasin subjektiiviset kokemukseni ja haastattelutilanteeseen liittyvät olosuhteet ja tunnelmat. Lisäksi käytin päiväkirjaa tutkimustulosten analysoinnin yhteydessä. Haastateltavat suhtautuivat tutkimukseen ja haastatteluun myönteisesti. Osa haastateltavista tuntui alussa jännittävän haastattelutilannetta ja nauhuria. Vapaamuotoisen keskustelun avulla alkujännitys väheni. Haastattelujen mielenkiinnon lisäämiseksi ne aloitettiin laajoilla ja helpoilla kysymyksillä, joihin haastateltavat kokivat osaavansa vastata (Hirsjärvi & Hurme 1988, 87).

5.3. Teemahaastattelun runko

Hirsjärven ja Hurmeen (1988, 40-41) mukaan haastattelujen avulla pyritään keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Suunnitteluvaiheessa tutkijan on kuitenkin päätettävä, millaisia päätelmiä hän aineis-

tostaan aikoo tehdä. Tutkittavat ilmiöt ja niitä kuvaavat peruskäsitteet hahmottuvat perehdyttäessä teoriaan ja tutkimustietoon. Ilmiöiden pääluokkia kuvaavat nimitykset ovat samalla tutkimuksen teoreettisia peruskäsitteitä.

Suunnittelin ja toteutin teemahaastattelut Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 67) mallin mukaisesti. Laadin teemahaastattelujen pohjaksi kymmenen teemaa sisältävän haastattelurungon, joka perustui aikaisempiin tutkimuksiin hoidon jatkuvuudesta. Teemat jätettiin avoimiksi, joten kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuivat. Haastattelurunko jäsenneltiin Donabedianin (1969) kehittämistoiminnan arviointimallin mukaisesti. Tutkimustehtävät, jotka ovat myös ilmiöiden pääluokkia, tulevat Donabedianin mallista. Kehittämistoiminnan arviointi sisältää rakenne-, prosessi- ja tulosarvioinnin. Rakenteella tarkoitetaan toiminnan edellytyksiä hoitotyössä. Palvelutekijöistä tarkastellaan kattavuutta, integroituneisuutta, jatkuvuutta ja suunnittelua. Organisaatiotekijät koskevat työnjakoa, yhteistyötä ja tiedonvälitystä. Prosessiarviointi kohdistuu toimintaan, jolla tulos saadaan aikaan. Siihen kuuluvat hoitomenetelmien laatu, hoitosuhde, hoitosuunnitelma ja toiminnasta heijastuvat periaatteet. Tuloksella tarkoitetaan tavoitteen saavuttamista hoitotyössä. Tulosarviointi kohdistuu muun muassa terveydentilaan, toimintakykyyn, koettuun hyvään oloon ja yhteisölliseen osallisuuteen. Oikea hoitotyön organisoituminen ja hoitotoiminta takaavat potilaille hyviä ja arvokkaita asioita, toisin sanoen hyvää hoitoa ja hyvää oloa. (Donabedian 1969; Raatikainen 1991.)

Raatikaisen (1995; 1997) esittämä hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus sisältää biofyysisen, persoonallisen ja yhteisöllisen hoitotyön mallin, joka pohjautuu van Maanenin hoitotyön kehitysmalliin ja Rauhalan ihmiskäsitykseen. Raatikaisen mukaan terveydenhuollossa on havaittavissa potilaan hoitamisen laajeneminen kehittyneimpään eli yhteisölliseen suuntaan. Yhteisöllisen hoitotyön mallin rakenneosassa korostetaan muun muassa hoidon erityyppistä jatkuvuutta, palveluiden joustavuutta ja niiden integroitumista. Organisaatioiden tulisi rakentua siten, ettei minkään ryhmien tai organisaatioiden välillä ole "seiniä". Palvelujen organisoinnin olisi perustuttava alueen väestöön eikä hoito-organisaatiotyyppiin (kotihoito-laitoshoito). Organisaatitasolla monitieteellisen tiimin yhteistyö ja eri sektoreiden välinen yhteistyö korostuvat.

Tässä tutkimuksessa ilmiöiden pääluokat ovat yöpartiopalvelun rakenne ja organisointi, yöpartiotoiminnan sisältö ja yöpartiotilaan kotona selviytyminen. Yöpartiopalvelun rakentamiseen ja organisointiin liittyvät teemat käsittelivät hoitajien vaihtuvuutta, yhteistyötä ja palve-

lujen joustavuutta. Yöpartio toiminnan sisältöön liittyvät teemat olivat hoitotyön menetelmät, hoitosuhde, hoitosuunnitelma ja hoitotyön periaatteet. Yöpartiotilaaan kotona selviytymiseen liittyvät teemat käsittelivät turvallisuutta, tyytyväisyyttä ja elämänlaatua. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Tutkimuksessa käytetty temahaastattelun runko

TUTKIMUS- ONGELMA	ILMIÖIDEN PÄÄLUOKAT	TEEMA-ALUEET
	Yöpartio palvelun rakenne ja organisointi	Samat/eri hoitajat Yhteistyö Palvelujen joustavuus
Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartio palvelussa	Yöpartio toiminnan sisältö	Hoitotyön menetelmät Hoitosuhde Hoitosuunnitelma Hoitotyön periaatteet
	Yöpartiotilaaan kotona selviytyminen	Turvallisuus Tyytyväisyys/tyytymättömyys Elämänlaatu

5.4. Aineiston käsittely ja analyysi

Haastatteluaineiston käsittely eteni vaiheittain. Kirjoitin nauhoitetut haastattelut sana sanalta tekstiksi. Huomioin tekstissä tauot ja naurahdukset, mutta en huokauksia ja äänenpainoja. Numeroin litteroidut tekstit siten, että ääninauhalla ja siitä kirjoitetulla tekstillä oli sama numero. Kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 156 sivua. Tiedot kerättiin antamalla tutkimukseen osallistuvien kertoa omilla ilmaisutavoillaan tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön liittyvistä

kokemuksistaan. Yöpartiopalvelun tarkastelu perustui yöpartiotilaiden omiin kokemuksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 140.)

Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sekä induktiivisen että deduktiivisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi ja samalla sille tehdään tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä. Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysiä aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä. Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata teema, käsittekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti etsitään sopivia asioita aineistosta. Analyysirunko voi tutkimuksen tarkoituksen mukaan olla väljä tai strukturoitu, mutta voidaan käyttää myös valmista analyysirunkoa. Väljän analyysirungon sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. Valmista analyysirunkoa käytettäessä voidaan aineistosta poimia ne asiat, jotka sopivat luokitusrunkoon tai siitä voidaan poimia myös niitä asioita, jotka eivät ole luokitusrunkon mukaisia. Tällöin asioista, jotka eivät ole luokitusrunkon mukaisia, voidaan muodostaa oma luokka induktiivisen sisällön analyysin periaatteiden mukaisesti. Valitsin tutkimuksen analyysitavaksi pääosiltaan deduktiivisen sisällön analyysin, koska tutkimusta tehdessäni käytin luokitusta, joka perustui aikaisempaan aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Ennen analyysin aloittamista päätin analysoida aineistosta ne asiat, jotka sopivat luokitusrunkoon. Analyysiyksikkönä olivat tekstin sanat ja lauseet. Koska analyysirunko oli väljä, muodostin aineistosta alakategorioita induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Induktiivinen analyysiprosessi muodostuu kolmesta peräkkäisestä vaiheesta, aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Esimerkiksi sivun marginaaliin kerätään asiat, jotka löytyvät aineistosta vastaukseksi tutkimuskysymyksiin. Ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Jälkikäteen ajateltuna olisin voinut jättää tekstisivuihin isommat marginaalit, jotta olisin mahtunut kirjaamaan niihin enemmän asioita. Pelkistetyt ilmaisut kerätään listoiksi. Tämä on kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe. Aineiston ryhmittely tarkoittaa sitä, että tutkija yh-

distää pelkistetyistä asioista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Tarkoituksena on siis etsiä ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen tarkoittaa sitä, että yläkäsitteiden avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. Samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa ja niistä muodostetaan yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä. Kategorioita muodostetaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä. Abstrahointi aloitetaan osittain jo ryhmittelyvaiheessa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Aineiston analyysi on tehty käsin, koska tunsin aineiston perinpohjaisesti. Luin haastattelut läpi moneen otteeseen ja samalla alleviivasin teemoihin liittyviä ilmauksia eri väreillä. Aluksi sama ilmaus tuntui kuuluvan useaan eri teemaan. Analyysin edetessä selveni, mihin teemaan ilmaukset tarkalleen ottaen kuuluivat. Alleviivauksien jälkeen kirjoitin samaan teemaan kuuluvat ilmaukset erillisille papereille ja annoin jokaiselle ilmaukselle koodin, jotta ilmaukset löytyvät helpommin alkuperäisestä aineistosta. Erillisiltä papereilta samaan teemaan liittyviä ilmauksia oli helpompi pelkistää, luokitella ja abstrahoida. Analyysiprosessin aikana palasin useaan kertaan alkuperäiseen aineistoon. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999; Molander 1999, 33.)

Koodausesimerkki:

V: *“Mun mielestä yöpartio ei ole se työpaikka, missä kuvitellaan, että on perushoitajan tehtävät ja terveydenhoitajan tehtävät, vaan siinä menee tehtävät limittäin, kumpikin tekee kummankin töitä tahansa ja työt jaetaan, koska muuten yhdelle tulee ihan mahdoton työmäärä. Vaikka illat yöt mulla on lähes poikkeuksetta samanlaisia, niin kuitenkin niihin rutiineihin ei saa jäädä kiinni. Se on yksi mun henkilökohtainen mittari siinä, onko ihminen ammattitaitoinen vai ei, että osaako se toimia erilaisissa olosuhteissa. Ne ei ole niitä rutiinihommia. Olen tässä vaiheessa astunut kolme askelta tuonne päin ja kaksi sivulle, teen sen taas.”*
(10/12)

Edellä oleva haastateltavan kommentti pelkistettiin ilmaisulla: työntekijöiden joustavuus. Tulkitsin haastateltavan puheesta ja muista ei kielellisistä viesteistä, että hän edellyttää työntekijöiltä monenlaista joustavuutta. Tämä ilmaus luokiteltiin yhdessä muiden samankaltaisten ilmaisujen kanssa alakategoriaan “Joustava hoitotoiminta“. Tämä alakategoria asetui puolestaan yläkategoriaan “Hoitotyön periaatteet“. Se asetui kolmen muun yläkategorian kanssa

niitä yhdistävään kategoriaan eli pääluokkaan “Yöpartio toiminnan sisältö”. Merkintä 10/12 on koodi, jolla pystyin helposti palaamaan alkuperäiseen aineistoon. Ensimmäinen numero tarkoittaa haastateltavaa ja toinen numero kertoo, miltä sivulta kommentti löytyy.

Koodausesimerkkejä alakategorian “joustava hoitotoiminta” muista ajatuskokonaisuuksista:

V: *“Nousen yleensä puoli kahdeksalta, rupeaa olemaan jo aika rikki, väsynyt silloin yöllä, että haluaa ajoissa nukkumaan, että kerkiää nukkumaan tarpeeksi. Se on aika tärkeä se ajan pitäminen. Nyt se on parantunut. Sitten, jos jotakin satunnaisia viivästyksiä tulee, niin ne on pakko ymmärtää ja toisaalta niin kauan, kun yöpartio joustaa mun kohdalla, niin en mä voi edellyttää, että ne on joka yö ajallaan.”* (10/10) Pelkistetty ilmaus: joustaminen yksilöllisten tarpeiden mukaan.

V: *“Jos olen esittänyt esimerkiksi toivomuksen, että yöpartio tulisi normaalista poikkeavaan aikaan, niin kyllä yöpartion hoitajat ovat joustaneet. Joskus tehdään jotakin normaalista poikkeavaa.”* (6/10) Pelkistetty ilmaus: joustaminen kotikäyntien ajoissa.

Tutkimuksen tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriataulukko. Muodostin ilmiöiden pääluokista pääluokkia eli yhdistäviä kategorioita ja teemoista yläkategorioita. Alakategoriat nousivat aineistosta. Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää pystyä osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. Muodostetuilla kategorioilla pitää olla yhteys aineistoon ja niiden pitää liittyä järkevästi luotuun käsitejärjestelmään. Kategorioiden muodostaminen on jatkuvaa vuoropuhelua aineiston ja muodostumassa olevien kategorioiden välillä. Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulokset vastaavat aineistoa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tutkimuksen tulokset esitetään sekä sanallisesti että taulukoina. Tutkimustulosten esittämisessä olen käyttänyt mallia, joka perustuu Molanderin (1999, 83, 85) väitöskirjaan. Molander käyttää tutkimuksessaan kategoriakarttaa, jonka idea on sama kuin Kyngäksen ja Vanhasen (1999) sisällön analyysissä. Molanderin kategoriakarttojen yläkategoriat käsitellään yksi kerrallaan vasemmalta oikealle ja alakategoriat ylhäältä alas. Kyngäs ja Vanhanen ovat puolestaan abstrahoineet kategoriat horisontaalisesti etenevänä mallina. Tässä tutkimuksessa taulukoita on pääluokkien mukaan kolme. Taulukossa ylimpänä on kuvattu pääluokka. Sen alapuolella on vaakasuorasti kuvattu yläkategoriat, joita on kussakin pääluokassa kolme tai neljä. Yläkategorioiden alla olevat ilmaukset kuvaavat alakategorioita, joiden määrä vaihtelee. Sanalliseen tulosten esittelyyn on valittu mukaan esimerkeiksi suoria lainauksia, jotka konk-

retisoivat tuloksia. Suorat lainaukset, jotka on lukemisen helpottamiseksi kursivoitu, on sijoitettu samaan kappaleeseen kuin niitä koskevat tulkinnat.

5.5. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksen keskeinen tutkimusväline. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tärkeää, miten hyvin tutkija on kyennyt kuvaamaan tutkimusprosessiaan eli miten hyvin tutkimus on rekonstruoitavissa. (Mäkelä 1990, 53; Eskola & Suoranta 1998, 211-213.) Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusprosessin kaikkia vaiheita siten, että lukijalla olisi mahdollisuus seurata ja arvioida ratkaisujani, tulkintojani ja päätelmiäni mahdollisimman hyvin.

Niemisen (1997, 215-221) mukaan laadullisessa tutkimuksessa validiteetilla arvioidaan tutkimuskysymysten ja tutkimusaineiston vastaavuutta sekä tutkimusaineiston keräämistä ja edustavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty varmistamaan aineiston huolellisella keruulla ja analyysillä siten, että tutkimus vastaisi vanhusten ja vammaisten kuvauksia kotihoiton yöpartiopalvelusta ja sen organisoinnista sekä yöpartio toiminnan vaikutuksesta heidän kotona selviytymiseensä.

Haastatteluteemat ja kysymykset muotoilin aikaisempiin tutkimuksiin pohjautuen. Tutkimushenkilöiden valinnassa käytin tarkoituksenmukaisuusperiaatetta, koska laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien ei tarvitse edustaa perusjoukkoa. Haastateltaviksi valitsin lähes kaikki kaupungin yöpartiotilat, jotka ymmärsivät kysymykset ja kykenivät ilmaisemaan käsityksensä asiasta. Haastattelin vanhukset ja vammaiset kerran heidän kotonaan tutussa ympäristössä. Haastatteluissa kysyin haastateltavilta heille tuttuja asioita ja vältin vaikeiden käsitteiden käyttöä, jotta keskustelu oli helpompaa. Keskusteluilmapiirissä pyrin mahdollisimman avoimeen kommunikointiin. Useampi haastattelu- ja tiedonkeruukerta olisi saattanut tuottaa lisää tietoa. Haastattelujen nauhoitus helpotti vuorovaikutusta haastateltavien kanssa. Molanderin (1999, 238) mukaan tutkijan persoona vaikuttaa haastattelutilanteeseen ja siihen, mitä tutkittavat haluavat itsestään kertoa, koska kyse on "henkilökemiasta". Tutkimuspäiväkirjamerkinnät palauttivat haastattelutilanteet mieleeni analyysiä tehdessäni. Analyysivaiheessa tarkastelin aineistoa kriittisesti.

Niemisen (1997, 215-221) mukaan laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla arvioidaan aineiston analyysin aikana tehtyjä koodauksia ja tulkintoja. Tutkimuksen alhainen reliabiliteetti vaikuttaa myös tutkimuksen validiteettiin heikentävästi. Tutkimusraportissa tutkijan tulkinta on hänen persoonallinen näkemyksensä tutkimusaineistosta, mukana ovat myös hänen tunteensa ja intuitionsa. Tulkintaa ei voi toistaa tai siirtää toiseen kontekstiin. Pyrin mahdollisimman rehelliseen ja objektiiviseen tutkimuksen tulkintaan yrittäen näin välttää omien ennakkokäsitysteni liiallista vaikutusta. Tarkoitukseni oli myös muodostaa johdonmukaisesti käsitteitä ja tehdä johtopäätöksiä. Käsitteiden muodostamisessa ja johtopäätösten teossa hyödynsin aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia.

Aineiston uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten totuus on muotoutunut tutkijan ja haastateltavien välillä. Tutkimuksen tekemistä helpotti se, että olin työskennellyt kotihoidossa ja minulla oli kokemusta myös yöpartiossa työskentelystä. Siinä yhteydessä minulla oli mahdollisuus havainnoida kotikäyntejä. Tässä tutkimuksessa en kuitenkaan käyttänyt havainnointia tutkimusmenetelmänä, vaikka tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio olisi ollutkin mahdollista. Aiemmasta asiaan perehtyneisyydestäni huolimatta en halunnut viestittää haastateltaville mitään omia odotuksiani keskustelujen sisällöstä, vaan pyrin antamaan heille vapauden puhua omista kokemuksistaan. Molanderin (1999, 239) mukaan tutkijan persoonallisuus, asenteet ja odotukset vaikuttavat jollakin tavalla haastateltavien käyttäytymiseen. Siinä mielessä tutkija ja hänen menetelmänsä ovat osa tutkimustulosta. Tulosten todeksi vahvistettavuus tarkoittaa, että tutkimustulosten on perustuttava aineistoon ja empiriaan eikä vain tutkijan käsityksiin. Tämän tutkimuksen vahvistettavuutta voivat parhaiten arvioida tutkimukseen osallistujat ja yöpartiopotilaita hoitava henkilökunta. (Leino-Kilpi 1997, 225; Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994; Nikkonen 1997, 146-148.)

5.6. Eettiset kysymykset

Organisaation sosiaali- ja terveystoimen eettinen toimikunta käsitteli tutkimussuunnitelman ja antoi siitä hyväksynnän. Tätä ennen palvelualueiden ylihoitajat olivat antaneet tutkimusluvan. Eettiset kysymykset liittyivät haastateltavien vapaaehtoiseen tutkimukseen osallistumiseen, haastateltavien anonymiteetin säilymiseen ja tutkimusaineiston luottamukselliseen käsittelyyn. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelu ei ollut kovin syvälinen, joten en keskustellut haastateltavien kanssa kovin arkaluonteisista tai tunneherkistä asioista. Ääninauhojen ja tutkimuspäiväkirjan merkinnät tein numerokodeilla tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi.

si. Haastateltavien nimiä en käyttänyt tutkimusaineistossa missään vaiheessa. Tutkimustulosten yhteydessä olevat suorat lainaukset valitsin siten, ettei lainausten kertojien henkilöllisyys tule niistä ilmi. Yöpartion työntekijät eivät joutuneet epäsuosiolliseen asemaan missään tutkimuksen vaiheessa. Haastateltavien tietosuojaan säilymisen vuoksi aineisto on ollut ainoastaan omassa käytössäni ja olen sitoutunut hävittämään sen asianmukaisesti. (Holm & Llewellyn 1986, 234; Vehviläinen-Julkunen 1997, 28-30.)

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1. Yöpartiopalvelun rakenne ja organisointi

Yöpartiopalvelun rakenne ja organisointi -pääluokka kuvasi selkeimmin hoidon jatkuvuuden osatekijöitä. Rakennetekijöiden ja organisoinnin avulla pyritään luomaan hyvät toimintaedellytykset yöpartiot toiminnalle, jotta yöpartion työntekijöillä olisi mahdollisuus antaa potilaille yksilöllisesti parasta mahdollista hoitoa. Hoitajien vaihtuvuus oli yhteydessä siihen, miten potilaat kokivat saamansa hoidon. Moniammatillinen tiimi hoiti omaisten kanssa yhteistyössä yöpartion potilaita. Yöpartiopalvelu oli yksi tärkeä osa potilaiden ympärivuorokautista kokonaishoitoa. Tutkimuksen perusteella potilaat olivat kokeneet siirtymisen koti- ja laitoshoidon välillä sujuvaksi. (Taulukko 5.)

6.1.1. Hoitajien vaihtuvuus

Hoitajien vaihtuvuus -yläkategoriassa potilaat olivat sitä mieltä, että työntekijöiden pysyvyys oli merkittävä asia heille. Hoitajat tulivat potilaille tutummiksi ja hoitosuhteet muuttuivat luottamuksellisemmaksi, kun hoitajat vaihtuivat harvoin. Pitkän ajan kuluessa potilaat oppivat myös organisaation normit ja työntekijöiden työnkuvan. Potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että sijaishoitajat olivat jonkin verran tietoisia potilaista ja työtehtävistään, ennen kuin he tulivat ensimmäistä kertaa kotikäynnille. Myös työntekijöiden työskentely pareittain oli potilaille myönteinen asia. Nykyinen yöpartion järjestely hoitajien vaihtuvuuden osalta oli potilaiden mukaan onnistunut ja hoitajakohtainen jatkuvuus pysyi heidän mielestään korkealla tasolla. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Hoidon jatkuvuus yöpartiopalvelun rakenteessa ja organisoinnissa potilaiden mukaan

YÖPARTIOPALVELUN RAKENNE JA ORGANISOINTI

HOITAJIEN VAIHTUVUUS	YHTEISTYÖ	PALVELUJEN JOUSTAVUUS
Tutut yöhoitajat	Asioiden itsenäinen hoitaminen	Palvelujen riittävä tarjonta
Pieni vaihtuvuus	Riittävän tiedon hyvä kulku	Laitokseen pääsy tarvittaessa
Luottamus hoitajiin	Hoitoneuvottelun huono hyödynnettävyys	Tieto palveluista eri lähteistä
Uusien hoitajien perehdytys	Omaisten osallistumismahdollisuus	

Tutut yöhoitajat

Potilaiden puheesta nousi esille tyytyväisyys siihen, että yöllä työskentelivät samat, tutut hoitajat. Hoitajat kykenivät tuntemaan potilaiden tavat ja tottumukset sekä tunnistamaan heidän avuntarpeensa ja potilaat oppivat vuorostaan tuntemaan työntekijät. *“Kyllähän tietysti hyvä on, kun oppii tuntemaan. Se on mukavampi niin. Hoitajat osaavat hoitaa ehkä paremmin, kun he tuntevat potilaan.”* Työntekijöiden tuntiessa potilaat he osasivat haastateltavien mukaan myös paremmin arvioida potilaiden vaihtuvat tilanteet, eivätkä esimerkiksi lähettäneet potilaita hätköiden sairaalaan. *“Tässä systeemissä seuraavakin tietää jo mitä on tehty, jos on tehty jotakin isompia juttuja, niin se on mun mielestä ihan hyvä näin.”* Uusien hoitajien kohtaaminen aiheutti jännitystä ja ennakkoluuloja joissakin potilaissa. *“Kyllähän se aina tuntuu, kun tulee joku uusi ja outo hoitaja, että minkähänlainen se on.”*

Pieni vaihtuvuus

Potilaiden mukaan nykyinen järjestely, jossa yöpartion työntekijät tekivät vain yövuoroja, oli heidän kannaltaan parempi ja mukavampi. *“En haluaisi kolmivuorosysteemiä, siinä joutuisi aina kaikille kertomaan erikseen, vaikka ei nyt hirveesti tarvitse itsestään kertoa, kun ei ole niin hirveästi näitä sairaanhoidollisia toimenpiteitä iltaisin, mutta kuitenkin...”* Potilaat olivat kuitenkin sitä mieltä, että ajan myötä uusiinkin järjestelyihin ja muutoksiin tottuu. *“En mä tykkäisi, että jatkuvasti vaihtuisi, mutta kai siihenkin tottuu.”*

Luottamus hoitajiin

Hoitajien pienen vaihtuvuuden ja tuttuuden takia luottamus potilaiden ja hoitajien välillä vahvistui. *“... enhän puhuisi mitään sitten, jos en luottaisi.”* Potilaiden puheesta kävi ilmi, että hoitajat tulivat kotikäynnille yleensä sovittuna aikana *“...tulevat hyvään aikaan”* ja he olivat varanneet riittävästi aikaa työn tekemiseen *“...olen iloinen, etteivät ne pidä mitään kiirettä, eikä ne ainakaan kovin näytä sitä, että on kiire”*. Potilaat tiesivät, että kaikki yöpartion työntekijät olivat saaneet terveydenhuoltoalan koulutuksen ja heitä sitoi vaitiolovelvollisuus. *“Tosiaan, kun kaikki yöpartion työntekijät ovat ammatti-ihmisiä, niin sekin on vielä jollakin lailla auttanut.”*

Uusien hoitajien perehdytys

Potilaat kertoivat haastatteluissa, ettei heidän tarvinnut kertoa itsestään ja hoidostaan jatkuvasti hoitajille, koska yöpartion hoitajat vaihtuivat harvoin. *“Ei mun oo kovinkaan paljon tarvinnut kertoa, jotta aivan hyvin hoitajat tietävät. En ole kyllästynyt selittämiseen. Siihen on tottunut, että aina joutuu jotakin selittämään, että pääsee siihen systeemiin sisälle ja että hoitajat osaavat tehdä työnsä oikein.”* Potilaat olivat huomanneet, että uudet sijaishoitajat olivat saaneet perehdytystä vakituisilta hoitajilta, ennen kuin he tulivat ensimmäistä kertaa kotikäynnille. *“Työtoverit on jotain kertonu, toinen työntekijä opastaa toista. Kyllä se vähän auttaa, ettei kaikki ole minun varassani.”* Potilaat olivat jonkin verran väsyneet asioidensa selvittämiseen työntekijöille, mutta he kertoivat niistä kuitenkin mielellään, koska he uskoivat asioiden selviävän parhaiten, kun he kertovat ne itse. *“Oma kuntoni on kuitenkin huonontunut, enkä enää jaksa niin neuvoa...”*

6.1.2. Yhteistyö

Yhteistyö -yläkategoriassa potilaiden kannalta oli tärkeää, että heillä itsellään ja kaikilla hoitoon osallistuvilla henkilöillä oli sama käsitys työstä ja samat tavoitteet potilaan hoidossa.

Potilaista halusivat olla itse yhteyshenkilönä hoitajien ja omaisten välillä. Oli erittäin tärkeää, että kaikki tieto kulki potilaan kautta. Hoitoneuvottelu oli yksi tapa tehdä yhteistyötä potilaan, omaisten ja hoitajien kesken, mutta tämän tutkimuksen perusteella potilaat eivät omasta mielestään juurikaan hyötäneet hoitoneuvotteluista. Tutkimus osoitti, että potilaiden henkilökohtaiset avustajat olivat tärkeitä ihmisiä hoitotiimissä, vaikka heillä ei olisi ollutkaan sosi-aali- tai terveydenhuoltoalan koulutusta. (Taulukko 5.)

Asioiden itsenäinen hoitaminen

Potilaat kertoivat pystyvänsä hoitamaan asioitaan ainakin jonkin verran itsenäisesti. Sillä oli myönteinen vaikutus heidän itsetuntoonsa. *“...yleensä pyrkii itse hoitamaan mahdollisimman pitkälle, niin että asiat todellakin selviävät. Olen saanut hoidettua kaikki asiat.”* Omaiset tai hoitohenkilökunta auttoivat ja tarvittaessa huolehtivat sellaisten asioiden hoitamisesta, joista potilaat eivät itse suoriutuneet. *“Sisareni tekee kauppareissut ja tekee mulle ruuat ja kaikki. Kodinhoitajat eivät muuta kuin lämmitä vain ruokaa.”*

Riittävän tiedon hyvä kulku

Potilaiden kertoman mukaan tieto oli yöpartiossa tähän asti kulkenut riittävän hyvin potilaiden, hoitajien ja omaisten välillä. Potilaat huolehtivat lähes aina itse tiedon välittämisestä *“...osaan itse kertoa asioistani ja hoidostani”*, mutta olivat kiitollisia hoitohenkilökunnalle ja omaisille, jos he auttoivat joidenkin asioiden eteenpäin viennissä *“...sitten, jos on jotakin epäselvää, niin sitten soittaa ja kysyy”*. Tiedon katkoksia tuli esiin vain vähän. *“Oikeastaan koskaan ei ole tullut mitään tiedon katkoksia.”* Potilaat halusivat erottaa viralliset hoitoon liittyvät asiat ja tiedot sekä epäviralliset asiat toisistaan. *“Sellaiset asiat, asia-asiat, joita kaikkien tulee tietää, tulee hoidetuksi. Olen tyytyväinen, että sellainen informaatio pelaa, joka on tarpeen ja taas sitten voi puhua omista asioistaan.”*

Hoitoneuvottelun huono hyödynnettävyys

Potilaat eivät kokeneet hoitoneuvottelua tarpeelliseksi, koska he pystyivät itse puhumaan asioistaan ja hoidontarpeestaan *“...ollaan kaikkien kanssa jo keskusteltu täällä, että mä en näe sitä henkilökohtaisesti itse tarpeelliseksi”* ja halusivat itse olla vastuussa hoidostaan *“mä hoidan itse omat asiani ja olen ehdottomasti sitä mieltä, että niin kauan kuin mä itse olen vastuussa itsestäni, niin kaikki, missä mun asioitani käsitellään, niin mä olen niissä mukana”*. He kokivat hoitoneuvottelun uhkaksi itsemääräämisoikeudelleen, varsinkin jos aloite hoitoneuvottelusta oli tullut hoitohenkilökunnan tai omaisten taholta. Lääkärin kotikäynnit he

kuitenkin kokivat tärkeiksi tilanteiksi, joissa pystyttiin puhumaan sen hetkisestä elämäntilanteesta ja hoidontarpeesta laajemminkin. *“Silloin, kun lääkäri tulee jonkun asian takia, niin sitten puhutaan.”*

Omaisten osallistumismahdollisuus

Potilaat asuivat yleensä yksin *“siis asun ihan itekseni, omaiset ja sukulaiset asuvat kaikki toisella paikkakunnalla, eivät osallistu mitenkään hoitooni. Joskus vierailevat luonani”*. Potilaiden omaiset osallistuivat harvoin potilaiden hoitoon tai asioiden hoitamiseen *“...omainen hoitaa enemmänkin erilaisia asioita ja huolehtii taloudesta...”*. Haastateltavat kertoivat olevansa tyytyväisiä ja kiitollisia omaisilta saamaansa apuun ja osa niistä potilaista, jotka eivät omaisiltaan juuri apua tai tukea saaneet, toivoivat sitä enemmän. *“Mua askarruttaa se, että äiti on ainoa, joka kysyy, mitä sulle kuuluu ja iloitsee, kun mulla on ollut paremmin. Sisarusset ovat hyvin vähän kiinnostuneita siitä, että mitä mulle kuuluu.”*

6.1.3. Palvelujen joustavuus

Palvelujen joustavuus -yläkategoriassa potilaat kertoivat saaneensa riittävästi apua tarpeeseensa nähden. He olivat tyytyväisiä palveluiden määrään riippumatta siitä, kuinka paljon he niitä käyttivät. Potilaat käyttivät palveluita määrällisesti eri tavalla. Laitokseen meno oli epämiellyttävää potilaille. Terveydellisen kokonaistilanteen takia laitokseen meno oli ajoittain kuitenkin välttämätöntä heille. Laitokseen meno oli helpompaa, jos potilas pääsi samalle osastolle ja vastassa oli ennestään tuttu henkilökunta. Tällaisessa tilanteessa hoidon jatkuvuutta oli ajateltu erityisesti potilaan ja hänen hoitonsa kannalta. Potilaat olivat saaneet tietoa palveluista eri lähteistä. Joskus oli ollut kuitenkin tilanteita, jolloin tietoa ei ollut potilaiden mukaan saanut riittävästi tai sitä ei ollut osannut kysyä. (Taulukko 5.)

Palvelujen riittävä tarjonta

Potilaat olivat olleet tyytyväisiä saamaansa apuun, joka oli ollut riittävä kotona selviytymisen kannalta. *“Kyllä mä aika tyytyväinen olen siihen, mitä mä olen saanut.”* Potilaat kertoivat, että he olivat yleensä saaneet ne palvelut, joita he olivat tarvinneet ja pyytäneet sekä mitä heille oli luvattu. *“Kyllä mä olen saanut kohtuuden rajoissa, kun ei nyt ihan mitä tahansa vaadi.”* Haastatellut potilaat olivat sitä mieltä, että heidän oli ollut helppo ottaa yöpartiopalvelu vastaan. Heillä ei ollut vahvoja ennakkoluuloja uutta palvelua kohtaan. *“Asenteita ei ollut. Ensin olin kielteinen, mutta se johtui ihan siitä, että miten pystyy järjestämään avusta-*

jatunnit, koska mulla oli ollut avustajia sitä ennen vajaa vuoden päivät aamusta yöhön. Sen systeemin muuttaminen piti ensin ratkaista, ennen kuin voi miettiä sitä, voiko yöpartiosta olla hyötyä. “Eräs haastateltava kuvasi saamaansa uutta saunapalvelua näin: *“kevällä aloin käydä palvelutalolla saunassa kerran viikossa, tykkään käydä siellä. Taksi vie ja hakee minut.*” Potilaat olisivat voineet saada apua jopa enemmän, esimerkiksi lyhytaikaishoitoa laitoksessa, mutta he eivät kokeneet sitä tarvitsevansa. *“Terveystenhoitaja on yrittänyt mua kauheasti sairaalaan lyhytaikaisjaksoille, mutta minä en ole halunnut mennä sinne. Sanoin, että tulen paremmin toimeen, kun saan olla yksin täällä kotona.*”

Laitokseen pääsy tarvittaessa

Tässä tutkimuksessa laitoshoidolla tarkoitetaan akuuttisairaanhoidoa, lyhytaikaishoitoa tai laitostuntoutusta. Haastatellut potilaat kävivät erilaisilla kuntoutusjaksoilla ja lyhytaikaishoitojaksoilla sairaaloissa tai kuntoutuslaitoksissa. He olivat tyytyväisiä kuntoutuksen laatuun ja määrään. *“Käyn laitostuntoutuksessa kerran vuodessa, kolme neljä viikkoa kerrallaan. Ihan hyvin olen päässyt, riippuu miten mä ite haluan.*” Joissakin tilanteissa potilailla olisi ollut mahdollisuus mennä kuntoutukseen, mutta he eivät halunneet mennä, vaikka olivat aikaisemmin käyneet useamman kerran kuntoutuksessa. *“...se kuntoutus ei ollut mulle oikein sopivaa.*” Potilaat kokivat, että kuntoutus lisäsi heidän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään ja jaksamistaan kotona. *“...käyn kuntoutuksessa, jotta mä saisin pidettyä aisoissa tämän sairauteni.*” Äkillinen hoitoon pääsy oli onnistunut hyvin. Potilaista pääsivät mahdollisuuksien mukaan sairaalan samalle osastolle hoitoon. *“Keskussairaalassa olen päässyt 75 %:sesti samalle osastolle riippuen siitä, kuinka täynnä osasto on. Koen hyväksi, että pääsen samalle osastolle.*”

Tieto palveluista eri lähteistä

Potilaat kertoivat saaneensa tietoa yöpartiopalvelusta eri lähteistä. Hoidon tarpeen havainneet koti- tai laitoshoidon työntekijät olivat tiedottaneet palveluista ja tarjonneet niitä, myös yöpartiopalvelua potilaille. *“...jotain kautta otettiin yhteyttä kotipalveluun ja kodinhoitajat alkoivat käydä. Terveystenhoitaja tai kotipalveluohjaaja varmaan hankkivat minulle yöpartion.*” Potilaat olivat kuulleet palvelusta tiedotusvälineistä, jossa oli kerrottu oman paikkakunnan tai jonkin muun paikkakunnan yöpartioiminnasta. *“Jostain tiedotusvälineestä, olisko ollut televisio, radio tai lehti, ei mistään muualta.*” Myös potilaiden omaiset olivat olleet aktiivisia ja tiedustelleet palvelua hoitohenkilökunnalta. *“Siskoni senkin hommasi. Se kuuli joltakin ihmiseltä, että semmoinen on ja se soitti sitten siitä.*”

Potilaat olivat yleensä saaneet tarpeeksi tietoa erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista *“onhan aina tullut yllätyksiä, että tän ja tänkin olis voinut saada eikä aina ole osannut edes kysyä. Jos osaa kysyä, niin sitten saa tietoa. Kyllä mä oon itte ainakin saanut hyvin, mitä mä olen tarvinnut”*. Potilaat saivat tietoa eri lähteistä, esimerkiksi *“suoraan sosiaalityöntekijältä kysymällä”* tai *“...mä näen televisiosta kuule kaikki”*. Potilaat kertoivat käyttävänsä myös internet -palvelua apuna tiedon hankinnassa: *“Lehteä minulle ei tule, mutta luen tietoa internetistä.”* Tähän tutkimukseen osallistuneilla potilailla ei ollut mitään yhtä hyvää tietolähdettä, esimerkiksi vihkosta, josta he olisivat saaneet tietoa eri palveluista kattavasti.

6.2. Yöpartiotoiminnan sisältö

Hoidon jatkuvuutta oli vaikea kuvata suoraan yöpartiotoiminnan sisältö -pääluokassa, mutta hoidon jatkuvuus näytti olevan hyvän hoitotoiminnan tärkeä taustatekijä. Yöpartiotoiminnalla huolehdittiin potilaiden ilta- ja yöaikaisesta hoidosta. Potilaat kykenivät arvioimaan yöpartiotoimintaa selkeästi ja omakohtaisesti, mutta niukasti. Konkreettinen toiminta oli se osa yöpartiopalvelun kokonaisuudesta, jonka potilaat kohtasivat omassa elämässään joka ilta tai yö. Potilaiden antama arvio yöpartiotoiminnasta oli hyvin myönteinen. Heidän mukaansa yöpartion työntekijät vastasivat monipuolisesti ja joustavasti heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa. (Taulukko 6.)

6.2.1. Hoitotyön menetelmät

Hoitotyön menetelmät -yläkategoriassa potilaiden mukaan yöpartiolta saatu apu oli ollut heidän tarpeisiinsa sopivaa. Hoitajilla oli potilaiden mielestä selkeät työtehtävät, mutta tarpeen vaatiessa hoitajien ammattitaito oli riittänyt erilaisten vaativienkin hoitotyön menetelmien toteuttamiseen. Potilaat olivat saaneet yöpartiolta fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista apua. Erityisen tyytyväisiä potilaat olivat siihen, että hoitajat osasivat arvioida potilaiden vaihtuvia kokonaistilanteita ammattitaitoisesti. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Yöpartiotoiminnan sisältö potilaiden mukaan

YÖPARTIOTOIMINNAN SISÄLTÖ

HOITOTYÖN MENETELMÄT	HOITOSUHDE	HOITOSUUNNITELMA	HOITOTYÖN PERIAATTEET
Perus- ja sairaanhoidolliset tehtävät	Avoin suhde yöpartion työntekijöihin	Hoito- ja kuntoutussuunnitelmat	Yksilöllinen hoito
Henkisen tuen antaminen	Sujuva vuorovaikutus	Epäselvä hoidon tavoite	Joustava hoitotoiminta
Sosiaalisen tuen antaminen	Luottamuksellinen ja tasa-arvoinen suhde	Hoitoneuvottelun tarkoituksen heikko ymmärtäminen	Lämmin suhtautuminen potilaisiin
Selkeät työtehtävät		Potilaan vaikuttamismahdollisuudet suunnitelmavaiheessa	
Tilanteiden arviointi			

Perus- ja sairaanhoidolliset tehtävät

Potilaiden vastausten mukaan yöpartion työntekijöiden työhön kuului sekä perus- että sairaanhoidollisia tehtäviä. *“Mä laitan ensin kahvinkeitTIMEN päälle. Yöpartio kaataa mulle kahvin mukiin ja mä juon sen. Sitten pestään hampaat ja sitten mennään nukkumaan. Minut katetroidaan sängyssä ja minulle laitetaan silmätippoja. Vaatteita vaihdetaan tarvittaessa. Yöpartion hoitaja kirjoittaa lopuksi viestivihkoon.”* Asentohoito oli potilaille tärkeää, koska illat ja yöt olivat pitkiä ja huonossa asennossa ei saanut edes nukkuttua. *“...toisella käynnillä korjataan asentoa, kun en saa liikuteltua mitään.”* Työtehtävät olivat potilaiden mielestä illasta ja yöstä toiseen samantapaisia. Potilaiden kunto oli yleensä pysynyt samanlaisena pitemmän aikaa ja samat hoitajat olivat auttaneet samoissa asioissa jo pitkään, *“hoitajilla on aika selvät työt ja tiedän ne.”*

Henkisen tuen antaminen

Yöpartiotilaat tunsivat tarvitsevansa ja saavansa henkistä tukea yöpartion hoitajilta, mistä heille seurasi muun muassa turvallisuuden tunnetta. *“...tuohan se turvallisuutta, kun tietää, että joku tulee kuitenkin illalla kattomaan, vaikka ei olisikaan mitään hätää.”* Potilaat rinnastivat osittain henkisen ja hengellisen tuen. Seuraavan päivän tapahtumat ja ikävät asiat pyörivät potilaiden mielessä iltaisin ja öisin ja vaikeuttivat unen saantia sekä häiritsivät unta. *“Henkinen kestäkykykin on monesti lujilla. Toisen ihmisen pelkkä läsnäolokin jo antaa voi-*

maa ja rauhoittaa.“ Keskustelu ja se, että joku tulee käymään illalla ja yölläkin, rauhoitti potilaita. *“Heidän kanssaan voi jutella ja murheitakin voi purkaa.”*

Sosiaalisen tuen antaminen

Haastateltavat potilaat kertoivat asuvansa yleensä yksin, joten he kaipasivat välillä seuraa ja juttukaveria. *“Siinä työn ohessa yöpartion hoitajat kyselevät vähän kuulumisia, vointia, saa jonkun sanan vaihtaa. Yksinäisyys on monesti yksin asuvalle paha peikko.”* Yöpartion hoitajat olivat tulleet ajan myötä potilaille tutuiksi, joten heille oli helppoa puhua erilaisista asioista. Potilaiden mukaan tuttujen hoitajien kanssa keskustelu oli vapaampaa ja arkaluonteisistakin asioista oli helpompi puhua. *“...täällä käyvät yleensä samat ihmiset ja he ovat tulleet tutuiksi. Voin puhua heidän kanssaan mistä vain, eikä vain siihen tyliin, että mulla on nyt pissahätä tai muuta sellaista. Sosiaaliset kontaktini jäävät vähiin.* Haastateltavat kokivat saaneensa sosiaalista tukea yöpartion hoitajilta. Työntekijöiden kiire rajoitti kuitenkin keskusteluun jäävää aikaa ja sosiaalisen tuen antamista. *“Ne on vaan niin kiireisiä, ettei ne paljon kerkiä juttelemaan.”* tai *“...meillä piisaa sitä puhetta vaikka kuinka paljon, mutta kun aika loppuu aina kesken.”*

Selkeät työtehtävät

Pitkissä potilas - hoitaja -suhteissa työtehtävät tulivat tutuiksi *“työntekijät ovat jo etukäteen sopineet työnjaosta”* ja ne tuntuivat selkeiltä, varsinkin jos samat tehtävät toistuivat illasta, yöstä ja kotikäynnistä toiseen *“...molemmat käynnit ovat aika lailla samansisältöiset.”* Yöpartion potilaat kokivat olevansa hyvin selvillä omasta hoidontarpeestaan *“iltakäynnillä yöpartio avustaa minua vessaan ja sänkyyn ja laittaa vaipan, ihan ne rutiinitoimenpiteet, mitä nyt jokainen tekee illalla”* ja osasivat tarvittaessa pyytää apua sellaisiin asioihin, jotka eivät kuuluneet jokailtaisiin ja -öisiin rutiineihin *“joskus tehdään jotakin normaalista poikkeavaa.”*

Tilanteiden arviointi

Potilaat olivat sitä mieltä, että yötyöntekijöiden on pystyttävä toimimaan itsenäisemmin kuin päivätyöntekijöiden. Heidän mukaansa pitkään yöpartiossa työskennelleet hoitajat tunsivat potilaat hyvin ja osasivat arvioida potilaiden tilanteita yksilöllisesti ja ammattitaitoisesti. *“Se luo sitä turvallisuutta, kun voi luottaa siihen, että hoitajat osaavat arvioida tilanteen, niin*

kuin viime viikonloppunakin kävi. “ Potilaat kertoivat olevansa tyytyväisiä siihen, että työntekijöiden koulutus ja kokemus mahdollistivat tällaisten arviointien tekemisen. “...jos on vaikka nuha tai jotain vakavampaa, niin hoitajat tietävät jotakin lääkkeistä ja tietävät, miten tulee toimia. Kyllä se tietyn turvallisuuden sekin luo. “

6.2.2. Hoitosuhde

Hoitaminen on ihmissuhdetyötä, siksi hoitosuhteen laatu oli potilaiden mukaan tärkeää työn onnistumisen ja lopputuloksen kannalta. Hoitosuhde -yläkategoriassa hoitosuhteet olivat potilaiden mukaan pitkään jatkuvia, avoimia, tasa-arvoisia ja luottamuksellisia. Vuorovaikutuksen merkitys korostui erityisesti pitkien hoitosuhteiden vuoksi. Vuorovaikutus oli potilaiden mukaan ollut sujuvaa ja vastavuoroista. Yöpartiotyöntekijöiden kohtaaminen oli potilaille helppoa ja mieluisaa ja hoidon kannalta myös välttämätöntä. (Taulukko 6.)

Avoin suhde yöpartion työntekijöihin

Potilaiden mukaan pitkään jatkuneet luottamukselliset hoitosuhteet muuttuivat ajan myötä avoimiksi. *“Aivan ihanat hoitajat on ja meillä synkkaa hyvin. Enemmänkin olen hoitajien kanssa ystävä, suhteet eivät ole ollenkaan viralliset. “* Potilaat eivät kokeneet olevansa avuttomia hoidettavia, vaan yrittivät selviytyä itse niin pitkälle kuin mahdollista ja pyysivät apua vain sellaisiin asioihin, joista eivät itse selviytyneet. *“No, musta se on sellaista avointa ja välitöntä, semmoista kuin se nyt vaan voi olla. Se ei ole liian sellaista hoidollista, niin että olis ihan avuttomana ja toiset vaan tekee. Minusta se päinvastoin rohkaisee yrittämään ja se on ihan positiivinen juttu. “* Sekä potilaat että hoitajat ymmärsivät huumoria. *“Joskus laskeetaan leikkiä ja nauretaankin, ei se aina mene niin järjestelmällisesti. Molemmin puolin on mukavaa. “*

Sujuva vuorovaikutus

Haastateltavien mukaan vuorovaikutus oli toiminut sillä tavalla hyvin, että potilaat ja työntekijät olivat ymmärtäneet toisiaan ja kaikki asiat olivat tulleet selvitettyä ja hoidettua. *“Ainakin tähän asti vuorovaikutus on ollut sujuvaa ja ihan luontevaa, hoitajat ovat olleet asiallisia. “* Epäselvät ja ongelmalliset tilanteet oli pystytty selvittämään puhumalla. *“Se, että voi puhua asiallisesti ja toinen ymmärtää sen... “* Mitään vakavia ristiriitatilanteita potilaiden ja

työntekijöiden välillä ei haastatteluissa noussut esiin. Potilaat kertoivat huomaavansa ja ymmärtävänsäkin, jos työntekijöillä oli kiire tai muuten huono yö. Silloin hoidettiin vain ruutiiniasiat ja jätettiin pidemmät keskustelut toiseen iltaan tai yöhön. Potilaiden mukaan työntekijät olivat kuunnelleet heidän iloiset asiansa sekä huolet ja murheet ja yrittäneet myöskin auttaa parhaansa mukaan.

Luottamuksellinen ja tasa-arvoinen suhde

Haastateltavat kertoivat olevansa erityisen tarkkoja siitä, etteivät vaitiolovelvollisuuden piiriin kuuluvat asiat mene eteenpäin. Potilaat yleensä kuitenkin luottivat yöpartion työntekijöihin ja yöpartion toimintaan yleensä. *“Luotan, etteivät asiani mene eteenpäin.”* Eräs haastateltava oli sitä mieltä, ettei hän voinut luottaa yöpartioon, koska se on kaupungin hierarkkisen organisaation osa. Epäluottamus ei hänen kohdallaan ollut henkilöistä kiinni, vaan organisaatiojärjestelmästä. Hän ei luottanut esimerkiksi vaitiolon säilymiseen. Eräs haastateltava toi esiin yhteyden luottamuksellisuuden ja työntekijöiden kiireen välillä: *“Hoitajilla on niin paljon työtä, etteivät he ehdi juoruamaan.”*

Potilaat kokivat olevansa tasa-arvoisia hoitajien kanssa. *“Tunnen olevani tasa-arvoinen hoitajien kanssa.”* Eräs haastateltava ei ollut koskaan ajatellut suhdetta hoitajien kanssa tasa-arvoiseksi ja toisen haastateltavan mielestä hoitajien käyttäytyminen esti tasa-arvoisen suhteen syntymisen. Potilaat kokivat tasa-arvoiset suhteet lähes ystävyysuhteiksi.

6.2.3. Hoitosuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma oli laadittu kaikille yöpartion potilaille ja melkein kaikille oli tehty myös kuntoutussuunnitelma. Ne toimivat hoidon ja kuntoutuksen tukena ja niihin potilas sekä kaikki hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvat sitoutuivat. Hoitosuunnitelma -yläkategoriassa potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että he olivat saaneet vaikuttaa suunnitelmiensa sisältöön niiden tekovaiheessa. Haastatteluissa kuntoutussuunnitelma nousi huomattavasti korostuneemmin esille. Hoidon tavoite oli jäänyt epäselväksi haastateltaville. He eivät täysin ymmärtäneet hoitoneuvottelun merkitystä ja hyötyä oman hoitonsa kannalta. Sen takia he olivat sitä mieltä, ettei hoitoneuvotteluita kannattanut järjestää. (Taulukko 6.)

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmat

Potilaat eivät muistaneet kovinkaan hyvin niitä tilanteita, jolloin heille oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelma tai kuntoutussuunnitelma. *“On varmaan joskus, mutta en enää muista. En muista sellaista tilannetta, siitä on jo niin kauan.”* Kuntoutussuunnitelman tekeminen oli yleensä paremmin mielessä kuin hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen. *“On mulle tehty joka vuosi kuntoutussuunnitelma.”* Suunnitelmia oli tehty eri kokoonpanoilla. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa oli potilaan kanssa yleensä ollut tekemässä terveydenhoitaja ja/tai kotipalveluohjaaja. Omaiset olivat olleet hyvin harvoin mukana. *“Siellä oli kotipalveluohjaaja, sitten oli kotisairaanhoidon terveydenhoitaja ja fysioterapeutti ja sitten oli mun sukulaisia.”* Potilaat muistivat tilanteita, jolloin hoito- ja palvelusuunnitelmaan oli tehty muutoksia, esimerkiksi yöpartion käyntimäärä oli vaihdettu yhdestä käynnistä kahteen käyntiin yössä. *“Kyllä joku on tainnut käydä tuolta kotisairaanhoidosta. Yöpartionkin käyntimäärä vaihdettiin yhdestä kahteen.”*

Epäselvä hoidon tavoite

Potilaat muistivat huonosti hoito- ja palvelu- sekä kuntoutussuunnitelmien tavoitteet. *“Ei kai sitä ole määriteltykään. Kai se on lähinnä kunnan ylläpitämistä.”* tai *“Pystyn asumaan kotona, se kai sen tavoite on.”* He muistivat joko vain toisen suunnitelman tavoitteen tai sitten he eivät muistaneet kumpaakaan. *“Muistan kuntoutussuunnitelman tavoitteen. Se on lähinnä sitä, että pitää kuntoansa yllä ja tietty liikkuvuus esimerkiksi nivelissä säilyy sun muuta. Että pysyn mahdollisimman hyvässä kunnossa.”*

Hoitoneuvottelun tarkoituksen heikko ymmärtäminen

Potilaat eivät ymmärtäneet hoitoneuvottelun tarkoitusta oman hoitonsa kannalta. Heillä oli huonoja kokemuksia hoitoneuvotteluista *“mulla on karmeita kokemuksia hoitoneuvotteluista, esimerkiksi siellä entisessä hoitopaikassa kotikunnan edustajat kävivät ja kaikki neljä työnteekijää, jotka olivat töissä silloin, haukkuivat, kuinka kamala mä oon”* ja he olivat sitä mieltä, että asiat voitiin hoitaa muillakin tavoilla *“viestivihkoon kaikki kirjoittavat puhelinnumeronsa yhteydenottoja varten”*. Potilaille oli pelkoja ja asenteita hoitoneuvottelutilanteita kohtaan, koska he eivät mielestään pystyneet hallitsemaan niitä tarpeeksi hyvin eikä heidän mielipiteitään kuunneltu tarpeeksi. *“Minusta se on sen merkki, etten enää pystyisi itse hoitamaan asioita. Tulee sellainen tunne, ettei enää itse ymmärrä. Minulle tulee aika herkästi sellainen tunne.”*

Potilaan vaikuttamismahdollisuudet suunnitelmavaiheessa

Potilaat kokivat, että he saivat vaikuttaa tarpeeksi hoito- ja palvelusuunnitelman sekä kuntoutussuunnitelman tekemiseen *“kotipalveluohjaajan kanssa olen sopinut saamastani hoidosta ja olen kertonut, mitä hoitoa tarvitsen”*, vaikka he eivät olisikaan olleet läsnä niiden tekotilanteessa tai eivät muistaneet niistä juuri mitään *“jos nyt ihan en ole ollut siinä tilanteessa läsnä, niin sitten minun kanssani on etukäteen puhuttu, olen voinut ilman muuta vaikuttaa niiden sisältöön”*. Eräs potilas kertoi, että hänen kanssaan oli keskusteltu kotona tarvittavasta hoidosta jo hyvissä ajoin ennen kotiutumista pitkästä laitoshoidojaksosta. *“Kyllä tuolla palvelutalossa kysyttiin multa, että mitä hoitoa mä tarvitsen.”*

6.2.4. Hoitotyön periaatteet

Kolme asiaa tai periaatetta, yksilöllisyys, joustavuus ja lämmin suhtautuminen korostuivat erityisesti yöpartiopalvelussa. Potilaiden mielestä ne olivat tärkeimmät asiat, jotka hoitajien tulisi työssään muistaa. Omassa kodissaan potilaat halusivat olla *“emäntiä”* ja *“isäntiä”*, hoitajat vain vierailivat heidän luonaan. Hoitajat olivat kuitenkin tervetulleita vierailijoita, heidän käyntinsä oli yksi osa potilaiden jokapäiväistä elämää. Hoitotyön periaatteet -yläkategoriassa potilaat toivoivat hoitajien kunnioittavan heidän yksilöllisyyttään ja yksityisyyttään. (Taulukko 6.)

Yksilöllinen hoito

Potilaat olivat sitä mieltä, että heitä hoidettiin yksilöllisesti ja kunnioitettiin ihmisinä riittävästi. *“Hoitajat yrittävät omistaa ajan sen hetkiselle asiakkaalle. Hoito on yksilöllistä.”* Potilaat kokivat yksilöllisen hoidon ennen kaikkea hoitajien joustavana toimintana ja potilaiden toiveiden huomioonottamisena. *“Jos olen esittänyt esimerkiksi toivomuksen, että yöpartio tulisi normaalista poikkeavaan aikaan, niin kyllä yöpartion hoitajat ovat joustaneet.”*

Joustava hoitotoiminta

Potilaat olivat sitä mieltä, että yöpartiopalvelun on oltava joustavaa, jotta se palvelee tarkoitustaan. Heidän mukaansa yöaikaan myös työntekijöiden olisi hyvä olla joustavia. Potilaiden mukaan työntekijät olivat yleensä huomioineet potilaiden tarpeet ja aikataulut. Työntekijöille oli pystynyt esittämään toivomuksia, jotka koskivat esimerkiksi käyntiaikoja ja normaalista poikkeavia työtehtäviä. *“Voin kuitenkin esittää tarvittaessa pyynnön, että yöpartio riisuisi minut myöhemmin, jos minulle tulee esimerkiksi vieraita illalla.”* Potilaat ymmärsivät kuitenkin, ettei joustaminen aina ollut samalla tavalla mahdollista. *“Jousto on toiminut suht hyvin.”*

Sitten ajoissa, jos mulla on menoa, etten halua mennä nukkumaan vielä puoli yhdeltä, niin niissä on aika hyvin joustoa. Kyllä väittäisin, että joustoa löytyy tuollaisissa asioissa aika hyvin, mutta mielestäni se on yksi yöpartion tehtäväkin, että sieltä löytyy joustoa. Se on kuitenkin erikoisempaa työtä kuin se päivittäinen kotisairaanhoido. Sitten, jos jotakin satunnaisia viivästyksiä tulee, niin ne on pakko ymmärtää ja toisaalta niin kauan, kuin yöpartio joustaa mun kohdalla ajoissa, niin en mä voi edellyttää, että ne on joka yö omalla ajallaan.“

Lämmin suhtautuminen potilaisiin

Potilaiden mielestä yöpartion työntekijät suhtautuivat heihin lämpimästi ja myönteisesti. *“En kuvaile sitä ainakaan viralliseksi, suhtautuminen on ihan tavallista, lämmintä ja myönteistä.“* Pitkissä hoitosuhteissa kanssakäyminen ei voinut olla kovin virallista, vaan se oli potilaiden mielestä ihan tavallista ihmisten välistä kommunikointia. *“Se vaihtelee tietysti sen mukaan, kenestä hoitajasta on kysymys. Yöpartion hoitajat suhtautuvat ihan myönteisesti.“* Potilaiden mukaan uudet hoitajat saattoivat alussa olla virallisempia, koska he yleensä vähän jännittivät, eivätkä tunteneet potilaita tarkemmin. *“Joskus sitten saattaa joku uusi tulla, joka jännittää ja on virallisempi.“*

6.3. Yöpartiotiltaan kotona selviytyminen

Hoidon jatkuvuuden toteutumista oli vaikeaa kuvata suoraan tässäkin pääluokassa. Haastattelujen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että yöpartiotiltaan kotona selviytyminen oli osaltaan tulosta hoidon jatkuvuuden toteutumisesta, hyvästä yöpartiopalvelun rakenteesta ja organisoinnista sekä yöpartio toiminnan sisällöstä. Elämänlaatu koostui potilailla yksilöllisesti monista erilaisista sisäisistä tekijöistä, kuten toimintakyvystä ja ulkoisista tekijöistä, esimerkiksi sosiaalista suhteista. Palvelujen riittävällä saamisella kotiin ja sillä, että pystyi hallitsemaan omaa elämäänsä oli selvä yhteys potilaan kokemaan elämänlaatuun. Sosiaalisen ympäristön kaventuessa myös elämänlaatu koettiin huonommaksi. Turvallisuuden ja turvattomuuden tunteet olivat yhteydessä potilaiden kokemaan elämänlaatuun. (Taulukko 7.)

6.3.1. Turvallisuus

Turvallisuus oli potilaiden mukaan ennen kaikkea tiivistä vuorovaikutusta heidän ja hoitoon osallistujien kesken. Turvallisuus -yläkategoriassa potilaat olivat sitä mieltä, että hyvä tiedonkulku, arvostuksen saaminen sekä luottamus avun ja palvelujen saantiin lisäsivät heidän

kokemaansa turvallisuuden tunnetta. Erilaiset apuvälineet olivat myös tärkeä osa potilaiden turvallisuutta, vaikka ne eivät haastateltavien mukaan korvanneetkaan aikaisemmin mainittuja asioita. Tekniikka nopeutti potilaiden avun saantia, mutta siitä ei ollut hyötyä kaikissa tilanteissa, eikä se poistanut esimerkiksi kaikkia pelkoja. Apuvälineiden avulla potilaat kertoivat kuitenkin selviytyvänsä joistakin asioista itsenäisesti ilman kenenkään ihmisen apua ja se oli myönteinen asia potilaille. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Yöpartiotilaiden kokemus selviytymisestään kotihoidossa

YÖPARTIOPOTILAAN KOTONA SELVIITYMINEN		
TURVALLISUUS	TYTYTYVÄISYYS	ELÄMÄNLAATU
Yöpartion lisäämä turvallisuus	Tyytyväisyys työntekijöiden ammattitaitoon ja koulutukseen	Tilanteen hyväksyminen
Ympärivuorokautisen hoidon lisäämä turvallisuus	Tyytymättömyys käyntiaikoihin ja ylimääräisten käyntien saatavuuteen	Liikuntakyvyttömyyden aiheuttama elämänlaadun aleneminen
Turvapuhelimen ja muiden apuvälineiden lisäämä turvallisuus	Tyytymättömyys palvelujen laatuun ja nopeuteen sekä kohteluun	Mielialojen vaihtelu
	Tyytymättömyys vapaaehtoisavun saantiin	Sosiaalisen elämän rajoittuminen Itsenäinen elämä omassa kodissa

Yöpartion lisäämä turvallisuus

Potilaat olivat asuneet aikaisemmin kotona huonokuntoisena ilman yöpartion työntekijöiden apua, mutta kokemukset olivat olleet huonoja. Eräs potilas kertoi öistään ennen yöpartion käyntejä seuraavasti: *“Silloin, kun olin ilman yöpartiota, niin kyllä se aika rankkaa oli. Se kysyi paljon henkisiä voimavaroja. Ilman yöpartiota en kyllä enää pärjäisi.”* Toinen potilas kertoi illoistaan seuraavasti: *“Kyllä yöpartio on melkein ehdoton edellytys pärjätä nyt näissä puitteissa, mitkä täällä on. Kun ei voi oikein multakaan vaatia, että mä menen ennen kahdeksaa sänkyyn, ennen kuin avustaja lähtee. Sängyssä mä en pysty oikein mitään muuta kuin vain makaamaan.”* Yöpartion potilaille tehtiin yksi tai kaksi kotikäyntiä yössä. Käyntimää-

rän lisääminen oli potilaiden mukaan turvallisuutta entisestään lisäävä tekijä. *“Toinen käynti on tärkeä minulle, kun ajattelee, että paha olo vain lisääntyy, jos on esimerkiksi huono asento. En olisi oikeastaan pärjännytkään yhdellä käynnillä. Jos ihan rehellisesti sanon, niin olisi ollut kyllä aika vaikeaa, olisi tullut pitkä yö. Kun en saa jalkaani, enkä mitään siirrettyä, niin kyllä se yöpartion käynti on antanut minulle turvallisuuden.”*

Ympäri vuorokautisen hoidon lisäämä turvallisuus

Ilman riittävää illalla ja yöllä kotiin saatavaa apua potilaat olisivat joutuneet kertomansa mukaan laitoshoitoon. *“Yöpartion merkitys on tärkeä, en muuten pystyisi olemaan kotona. Mä joutuisin muuten olemaan laitoksessa. Pääsin kotiin sen jälkeen, kun yöpartio aloitti toimintansa.”* Eräs potilas vertasi ympärivuorokautista hoitoa kotona ja palvelutalossa seuraavasti: *“...öistä olen huomannut sen, että kun se apu ei ole saatavissa niin kuin palvelutalossa, että se olisi maksimissaan puolen tunnin päässä, niin olen herkempi heräämään yöllä jokaiseen risahdukseen ja räjähdykseen ja yksin se, että asuu maan tasalla.”*

Turvapuhelimen ja muiden apuvälineiden lisäämä turvallisuus

Erilaiset apuvälineet, erityisesti turvapuhelin, loivat turvallisuuden tunnetta ongelmatilanteissa ja sellaisina aikoina, kun potilaat olivat yksin. *“Mulla on toi turvapuhelin, jos mä jonkinlaista apua tarvitsen. Ei mun usein tarvitse turvapuhelinta soittaa, joskus kun mä jään jumiin. Joskus saattaa silloin, kun tulee vessahätä. Kyllä ne tulee aika äkkiä. Mä pyydän aina kaksi tyttöä. Jos mä jumiin jään, niin sitten mä pyydän vain yhtä.”* Turvapuhelimestakaan ei aina ole hyötyä: *“Turva-auttaja on sanonut, että parvekkeelta soittaminen ei onnistu, koska laite ei ota vastaan hälytystä.”* Yöpartion käynneistä huolimatta illat ja yöt tulivat potilaille pitkiksi ja aiheuttivat turvattomuuden tunnetta. Eräällä potilaalla ei ollut turvapuhelinta, mutta hänellä oli kolme puhelinta, joista ainakin yksi oli aina käden ulottuvilla. Turvapuhelimen lisäksi puhelin, joka oli lähietäisyydellä, koettiin turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. *“Varmaan suurin apuväline turvallisuuden kannalta on kännykkä. Mulla on yöllä kaksi puhelinta käden ulottuvilla ja lisäksi turvapuhelin. SPR päivystää 24 tuntia vuorokaudessa, viive saattaa olla tunti, kaksi. Viimeksi oli noin puoli tuntia, silloin meinasin tippua tuolista. Se tuntuu pitkältä ajalta, mutta parempi se, kun ei mitään vois sanoa.”* Apuvälineet oli valittu yksilöllisesti potilaille. Potilaat olivat tyytyväisiä senhetkisiin apuvälineisiin, vaikka niitä olisi ollut mahdollisuus saada lisää. *“Pyörätuoli, sähköpyörätuoli, suihkutuoli ja seisomateline. Tällä hetkellä mulla on riittävästi apuvälineitä, enää ei kyllä mahtuiskaan tänne.”*

6.3.2. Tyytyväisyys

Potilaat arvostivat työntekijöiden ammattitaitoa ja he toivat tyytyväisyys -yläkategoriassa esille myös sen, että työntekijät osasivat tehdä työnsä hyvin. Potilaat kertoivat olevansa tyytymättömiä yöpartion käyntiaikoihin ja ylimääräisten käyntien saatavuuteen. Haastateltavien mukaan yöpartiolta saatu apu oli luotettavampaa kuin turvapuhelinpalvelusta saatu apu, koska yöpartiotyöntekijät olivat yleensä ammattitaitoisempia ja he liikkuivat aina pareittain. Potilaiden kertoman mukaan turvapuhelinpalvelusta tuli yleensä yksi ihminen, joka vaihtui usein, eikä aina hallinnut kaikkia hoitotoimenpiteitä. Potilaat olivat tyytymättömiä sosiaali- ja terveystalvelujen laatuun ja nopeuteen sekä saamaansa kohteluun. Ongelmia oli ollut myös vapaaehtoisavun saannissa. (Taulukko 7.)

Tyytyväisyys työntekijöiden ammattitaitoon ja koulutukseen

Potilaiden mielestä työntekijöiden koulutus ja työkokemuksen myötä kertyvä ammattitaito lisäsivät hoidon luotettavuutta. *“Kyllä on tärkeää, että on edes jonkin verran sairaanhoidollista tietämystä ja kokemustakin. Se luo sitä turvallisuutta, kun voi luottaa siihen, että hoitajat osaavat arvioida tilanteen.”* Hoidollisissa erityistilanteissa työntekijät osasivat potilaiden mukaan toimia paremmin, koska heillä oli tehtävässä vaadittava terveydenhuoltoalan koulutus. *“Olen kyllä huomannut, että pidemmän koulutuksen omaava hoitaja osaa paremmin ottaa huomioon eri asioita, esimerkiksi puhtautta katetroinnissa.”* Työntekijöiltä potilaat olivat saaneet ohjausta ja tietoa esimerkiksi terveyteen, sairauksiin ja lääkkeisiin liittyvissä asioissa. Hoitajilta oli potilaiden mukaan helppo kysyä asiasta kuin asiasta. *“Yöpartion hoitajilta voi saada vähän vihjettä ja heiltä voi kysyä jotakin sairauteen liittyviä asioita. Lääkkeistäänkin terveydenhoitajat ja perushoitajat tietävät enemmän kuin kodinhoitajat ja kotiavustajat.”*

Tyytymättömyys käyntiaikoihin ja ylimääräisten käyntien saatavuuteen

Potilaat kertoivat olevansa tyytymättömiä yöpartion vaihteleviin käyntiaikoihin ja ylimääräisten käyntien saatavuuteen. Haastateltavat toivoivat, että heille ilmoitettaisiin aina puhelimitse, jos yöpartion työntekijät olivat edellä tai jäljessä tavanomaisesta aikataulustaan. Sen tiedon avulla potilaat pystyivät suunnittelemaan illan ohjelmaansa eri tavalla, eikä aika tullut niin pitkäksi yöpartiota odotellessa. *“Esimerkiksi just toi ilmoittaminen on mun mielestä yksi yöpartion erityispiirre ainakin mun kohdallani. Sanotaan, että mulla on töitä tai opiskelua, jotakin tehtäviä, mä rupean lopettelemaan niitä siihen, että olen valmis menemään sänkyyn puoli yhdeltä ja yöpartio tulee joskus yhden jälkeen. Mä olisin ihan hyvin voinut käyttää sen*

ajan siinä välissä tehdäkseen niitä hommia. Kun ei kuulu mitään ilmoitusta, niin se ei ole loppuun asti ajateltua, jos se ei toimi molemmin puolin.“ Joskus potilaille saattoi myöhäisen illan tai yön aikana tulla yllättäviä tilanteita tai tarpeita, jolloin he olisivat tarvinneet äkillistä yöpartion hoitajien apua. Heillä oli mahdollisuus soittaa yöpartion puhelimeen ja kysyä, voiko yöpartio tulla normaalista poikkeavaan aikaan tai tehdä ylimääräisen käynnin. Aina tällaiset käynnit eivät olleet aikataulusta johtuvien tekijöiden takia onnistuneet ja tähän asiaan potilaat olivat tyytymättömiä. *“Jos aamuyöllä ei pysty sitä katetrointia hoitamaan, se on tekijä, joka ei lisää sitä turvallisuutta. Turvattomuutta on nimenomaan se, jos ei pysty luottamaan tai jos ei koskaan onnistu äkilliset käynnit yöpartiolta.“*

Tyytymättömyys palvelujen laatuun ja nopeuteen sekä kohteluun

Potilaiden mielestä he olivat saaneet riittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarpeeseensa nähden, mutta ne eivät aina ole olleet laadukkaita ja niitä oli joutunut odottamaan joskus pitkäänkin. *“Jos tohon kysymykseen täytyy vastata suoraan, niin kyllä olen saanut kaikki palvelut, mutta jos siihen liittyy sen, onko se laadukasta, niin siihen sanon, että ei.“* Myöskään kohtelu ei aina ole ollut potilaiden mielestä asiallista ja palveluultista. Seuraava esimerkki kuvaa päivällä tapahtunutta tilannetta: *“Mulle tuli ensimmäistä kertaa vastaan sellainen asia, että joku toinen ihminen voi sanoa minulle, että kun mulla niin monta kertaa käydään, mä voin saman tien mennä vaikka sairaalaan sitten jo. Lääkäri soitti sairaalasta mulle paikkaa ja sitten se kysyi siltä terveydenhoitajalta, että montako kertaa täällä käydään. Niin mä ajattelin, että olenko mä nyt niillä lukemilla, että mun pannaan menee sillä lailla sairaalaan, vaikka mä en olisikaan kipeä. Terveydenhoitaja nousi ylös ja sanoi, että sua ei täällä keritä hoitamaan. Silloin minä päätin, että enpähän minä lähdekään, koska mä en ollut mistään kipeä ja mä olin ollut siellä osastolla seitsemän kuukautta aikaisemmin.“* Potilaat kertoivat loukkaantuneensa esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa heitä ei ollut huomioitu tarpeeksi. *“Mulla on lukuisia kokemuksia sairaaloista ja tämmöisistä paikoista. Useampi hoitaja yhtä aikaa, he keskustelevat keskenään, eivätkä kuuntele mua eli mitä pitäisi tehdä. Luut on herkät ja nivelet paukkuu, he saattavat saada vahinkoa aikaan. Yöpartiossa sitä ongelmaa ei ole, on esiintynyt aina aika ajoin, mutta se on sellainen tilanne, johon tulee puuttuttua saman tien.“* Haastateltavien mielestä heitä ei aina ole kuunneltu tai heitä oli kohdeltu välinpitämättömästi. *“Sellainen negatiivinen asia oli, kun sain invavessan eli pönttöön korotuksen. Kotipalveluohjaaja otti sen takia iltäkäynnin pois. Sanoin kotipalveluohjaajalle, ettei se WC-pöntön korotus laita mulle kyllä yöpaitaa päälle. Mulle vaan ilmoitettiin ykskaks, että mulla ei enää käy iltahoitaja.“*

Tyytymättömyys vapaaehtoisavun saatavuuteen

Haastateltavien mukaan vapaaehtoistyöntekijät esimerkiksi seurustelivat, ulkoiluttivat ja kävivät potilaiden kanssa asioilla. Tällä tavoin he auttoivat potilaita jaksamaan päivästä toiseen henkisesti ja sosiaalisesti. *“Vapaaehtoistyöntekijää en ole saanut avukseni, vaikka olen kysynyt kahdesta eri paikasta. Olen kysynyt ystävää, joka ulkoilisi kanssani. Haluaisin yhdessä vapaaehtoistyöntekijän kanssa mennä johonkin kauppaan tai kahvilaan. Enemmänkin kappaan seuraa.”* Potilaiden mukaan vapaaehtoisapua oli aikaisemmin ollut paremmin saatavilla verrattuna haastatteluajankohtana vallinneeseen tilanteeseen. *“Mulla on ollut vapaaehtoistyöntekijöitä, mutta monet ovat saaneet työtä. Nyt on vaikea saada vapaaehtoistyöntekijöitä. Terveyskeskuksen ulkoiluttajiakin on tällä hetkellä vain yksi, aikaisemmin oli enemmän.”*

6.3.3. Elämänlaatu

Elämänlaatu -yläkategoriassa potilaat kertoivat hyväksyneensä vammansa tai sairautensa jotenkin. Merkittävin elämänlaatua alentava tekijä oli potilaiden liikuntakyvyttömyys ja siitä aiheutuvat ongelmat. Potilaiden mukaan vammasta tai sairaudesta aiheutui myös mielialojen vaihtelua ja sosiaalisen elämän rajoittumista. Jokapäiväisellä arjesta selviytymisellä ja mielialoilla oli potilaiden mukaan suurin merkitys heidän kokemaansa elämänlaatuun. Toisaalta vamman tai sairauden paheneminen aiheutti lähes poikkeuksetta potilailla elämänlaadun alenemista. Heidän mukaansa itsenäinen elämä oman aikataulun mukaan mahdollistui kotona huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. (Taulukko 7.)

Tilanteen hyväksyminen

Potilaat olivat joko vammautuneita tai heillä oli vaikea pitkäaikaissairaus. He kertoivat hyväksyneensä tilanteen jollakin tavalla, mutta vammaan ja sairauteen sopeutumisessa oli eroja. *“Sopeutunut ja sopeutunut. Mä olen kans yrittänyt miettiä, että mä en ole ihan täysin hyväksynyt itseäni vieläkään, mutta tietysti jollain lailla kuitenkin, että kyllähän se surettaa aina välillä...”* tai *“Ei se ollut niin kamalaa, kun tauti todettiin. Ajattelin, että tämä on mun elämäni ja mä elän nyt näin päivä kerrallaan.”* Haastateltavat eivät kuitenkaan pystyneet hyväksymään tilannetta kokonaan. *“Ei siihen sopeudu ikinä. Mulla on mennyt koko ajan kunto huonommaksi. Kyllä tämä aika pahalta tuntuu.”* Potilaiden tilanne oli helpottunut henkisesti, kun aikaa oli kulunut vamman tai sairauden toteamisesta ja alkujärkytyksestä. *“Kyllä se sai-*

rauden hyväksyminen alussa otti lujille. Mutta nyt mä olen sen hyväksynyt. En mä pidä tätä enää minään. Täytyy vaan sanoa, että hyvä, että näinkin. Pahemminkin vois olla.“

Liikuntakyvyttömyyden aiheuttama elämänlaadun aleneminen

Potilaat olivat olleet liikuntakyvyttömiä syntymästään saakka tai sitten he olivat joutuneet sairastumisen tai vammautumisen takia liikuntakyvyttömäksi vasta myöhemmin. He olivat joutuneet vähentämään liikkumistaan. *“Ainahan sitä toivoo, että pääsisin liikkumaan, mutta ei mulle uusia jalkoja saa.“* Kävelyä he olivat jääneet erityisesti kaipaamaan. *“Liikuntakyvyttömyyteen en ole koskaan sopeutunut, enkä tule sopeutumaankin. Kun on kerran kävellyt, niin sitä kaippaa.“* Liikuntakyvyttömyyden myötä on mennyt mahdollisuus vapaaseen liikkumiseen, koska pyörätuolin tai muun apuvälineen avulla ei pääse läheskään joka paikkaan. *“Kai se rajoittaa, eikä niin vähääkään normaalia elämää. Ennen sairastumistani olin kova kävelemään. Ei ollut harvinaista, että kävelin päivittäin kymmenen kilometriä.“*

Mielialojen vaihtelu

Sairauden tai vamman takia potilaat olivat joutuneet rajoittamaan elinpiiriään ja elämäänsä yleensä. Haastateltavilla elämän sisältö ei ollut enää samanlainen kuin aikaisemmin. He olivat joutunut jäämään sairaseläkkeelle ansiotyöstään jo nuorena ja harrastusmahdollisuudet olivat vähentyneet. *“Tautini on vaikuttanut minuun henkisesti. Kai se tietysti masentaa, kun ei pysty enää tekemään. Mielialat vaihtelevat enemmän.“* Haastateltavien mielialat vaihtelivat ja he kärsivät ajoittaisesta masennuksesta. *“Sekin on niin päiväkohtainen, että miltä asiat tuntuu, kun nousee sängystä. Kyllä päällisin puolin olen tyytyväinen. Mielialani vaihtelevat yllättävänkin paljon, välillä on paremmin ja välillä taas vähän huonommin ja taas mennään siinä keskellä, ettei oikein tiedä...“* tai *“Kyllä kai se mielialaan vaikuttaa, kun ympyrät pienenee, niin se vaikuttaa.“*

Sosiaalisen elämän rajoittuminen

Sosiaalinen elämä oli potilailla rajoittunutta, koska työelämä oli jäänyt ja harrastukset sekä erilaiset ihmissuhteet olivat vähentyneet. Terveenä haastateltavat olisivat käyneet enemmän kylässä ja heidänkin luonaan olisi käynyt enemmän vieraita. *“Kävisin enemmän esimerkiksi kirjastossa ja täällä kävisi enemmän vieraita, jos olisin terve.“* Haastateltavilla hoitajien ja avustajien työajat rajoittivat huomattavasti päivän ohjelmaa ja erilaisia menoja. He tarvitsivat apua sekä kodista lähdettäessä että kotiin tultaessa. Toisaalta kotona oli oltava silloin, kun apua oli saatavilla ja nukkumaan oli mentävä silloin, kun hoitajat olivat paikalla auttamassa.

Eräs potilas kertoi ongelmistaan tähän tapaan: *“Avustajien työaikajärjestelyt ovat ne, jotka rajoittavat. Ennen yöpartiota ne rajoittivat vielä enemmän. Suunnittelemattomat, yhtäkkiset menot tässä asumismuodossa voivat olla hankalia. On lukuisia paikkoja, joihin en pääse pyörätuolilla“*. Potilaista kertoivat luovuttaneensa vähän liikaakin sairautensa tai vammansa takia. Elämänilo ja positiivinen asenne olivat välillä kadoksissa. *“Olen kyllä luovuttanut, etten ole käynyt missään oikeastaan.“*

Itsenäinen elämä omassa kodissa

Potilaat kertoivat asuneensa aikaisemmin muun muassa palvelutalossa, mutta haastatteluhetkellä he selviytyivät kotona ympärivuorokautisten palvelujen avulla. *“Siinäpä se, arvostanko enemmän kodinomaisuutta vai ympärivuorokautista hoitoa. Jos mä invalidien palvelutaloon palaan, niin mä menetän tämän kodinomaisuuden, mikä on täällä.“* Yöpartion potilaat näkivät selkeän eron oman kodin ja palveluasunnon välillä. Vaikka koti ei ollutkaan täydellinen, se oli kuitenkin kaikkien mielestä parempi ja miellyttävämpi vaihtoehto. *“Olen asunut yhdeksän vuotta kolmessa eri palvelutalossa ja vaikka tämä systeemi ei ole paras, niin tämä on parempi. Tämä on valovuosia edellä palvelutalosta ja lähinnä juuri itsemääräämisoikeuden kannalta.“* Potilaat kokivat pystyvänsä elämään kotonaan yksityisemmin ja itsenäisemmin oman aikataulunsa mukaan. He halusivat määrätä itse omasta elämästään niin paljon kuin mahdollista. Eräs potilas kertoi kokemuksistaan laitoshoidossa tähän tapaan: *“Mun mielestä laitoksessa menee kaikki itsenäisyys, kaikki“*. Potilaat halusivat asua kotona niin pitkään kuin mahdollista. He toivat esiin toivomuksen siitä, että he saisivat kotiin lisää apua kunnon huonontuessa tulevaisuudessa. Eräs potilas kiteytti ajatuksensa kotona asumisesta näin: *“Kyllä oma koti on aina koti. Saa toimia oman aikataulunsa mukaan.“*

7. POHDINTA

7.1. Tutkimusmenetelmien tarkastelua

Aineiston keruumenetelmänä oli teemahaastattelu, koska tutkittavien määrä oli rajallinen ja yöpartiopalvelusta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa. Tutkittavien määrä ei olisi riittänyt luotettavan kvantitatiivisen kyselyn tekemiseen, vaikka se muuten olisi sopinut hyvin aiheen tutkimusmenetelmäksi, koska tutkittavilta kysyttiin pääasiassa selkeitä ja konkreettisia asioita. Tutkimuksen olisi voinut tehdä myös lomakehaastatteluna siten, että olisin haastatel-

lut potilaat valmiiden monivalinta- ja avokysymysten avulla. Siinäkin tutkittavien määrä olisi jäänyt liian pieneksi ja toisaalta kaikki haastatteleman potilaat eivät välttämättä olisi jaksaneet ja ymmärtäneet vastata monivalintakysymyksiin. Haastattelu oli kyselyyn verrattuna kevyempi vaihtoehto tutkittaville. Teemahaastattelun etuna oli se, että haastatteleman potilaat jaksoivat käydä kaikki kymmenen teemaa haastattelun aikana läpi. Yksi haastateltava tarvitsi pienen tauon välillä, jonka jälkeen haastattelu voitiin jatkaa loppuun. Haastatteluissa pyrin hyvään ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen. Haastattelut etenivät haastateltavien mukaan, mutta haastattelijana pyrin välttämään liiallista kiirehtimistä teemasta toiseen. Hoidon jatkuvuuden kannalta haastateltavien oli helpointa vastata samoja hoitajia koskeviin kysymyksiin, koska hoitajien vaihtuvuus oli konkreettisesti läsnä jokapäiväisessä hoidossa. Ympärivuorokautista hoitoa ja palveluiden joustavuutta koskeviin kysymyksiin heidän oli vaikeampi vastata, koska harvalla potilaalla oli omien kokemusten perusteella kattava ja selkeä käsitys kaikista hoidon jatkuvuuden osatekijöistä ja niiden toimivuudesta. Haastateltavien oli myös vaikea erottaa, puhuvatko he pelkästään yöpartiopalvelusta vai sosiaali- ja terveystalouksista yleensä. Yritin kuitenkin laatia teemat ja kysymykset konkreettisiksi ja lähelle jokaisen kokemusmaailmaa, jotta keskustelu ja vastaaminen oli helpompaa. Keräämäni aineisto antoi hyvin vastauksia tutkimustehtäviin, joten sillä perusteella teemahaastattelun avulla pystyttiin saamaan tutkimukseen sopiva ja informatiivinen aineisto.

Laadullinen sisällön analyysi sopi hyvin aineiston analyysimenetelmäksi, koska sillä pystyttiin analysoimaan puoliavoimet haastattelut systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston analyysi oli aikaa vievä ja paljon pohdintaa vaativa vaihe tutkimuksen tekemisessä. Se oli limittäinen vaihe tutkimuksen suunnittelun, aineiston keruun ja raportoinnin kanssa. Jouduin palaamaan aineistoon jatkuvasti vielä raportointivaiheessa. Tutkimuksen analyysimenetelmänä oli pääosiltaan deduktiivinen sisällön analyysi, koska tutkimusta tehtäessä käytettiin valmista luokitusta. Sen avulla saatiin tietoa yöpartiopalvelusta ja siitä, miten se potilaiden kokemusten mukaan toimii. Valmiin luokitusrungon avulla tutkimustehtävien käsittely oli selkeää. Alakategoriat nousivat aineistosta induktiivisen sisällön analyysin avulla, jolla saatiin rikastuttavaa tietoa potilaiden subjektiivisista kokemuksista, erityisesti siitä, miltä tuntui olla yöpartiotilas ja miten potilaat kokivat kotona selviytymisensä. Kategoriakarttojen tarkoitus oli helpottaa lukijan orientoitumista tekstiin, jossa puolestaan oli esimerkkejä haastateltavien puheesta (Molander 1999, 234.)

Haastateltavat toivat esiin vain vähän kielteisiä asioita yöpartiopalvelusta tai parannusehdotuksia sen kehittämiseksi. Kielteisiä asioita oli varmasti vaikea arvioida ja tuoda esille. Taus-

talla saattoi vaikuttaa myös huoli leimautumisesta. Ei haluttu valittaa itselle tärkeästä palvelusta, vaan oltiin tyytyväisiä siihen, mitä saatiin. Suuri osa potilaista oli kuitenkin täysin riippuvaisia hoitajista ja heiltä saamastaan hoidosta. Kritiikkiä oli ehkä helpompi esittää organisaatiotekijöitä kuin työntekijöitä kohtaan (vrt. Raatikainen 1993, 50, 60). Potilaat toivat esiin myönteisiä asioita yöpartiopalvelusta, joten he olivat ainakin jollakin tavalla tyytyväisiä siihen. Kehittämistä uudessa palvelutoiminnassa varmasti kuitenkin riittää jatkossa. Kehittämistyö on työnjohdon, työntekijöiden ja potilaiden yhteistyötä ja se edellyttää palvelun rehellistä arviointia kaikilta osapuolilta.

7.2. Tutkimustulosten tarkastelua

7.2.1. Yöpartiopalvelun rakenne ja organisointi

Hoitajien vaihtuvuus

Kotihoidon yöpartiopalvelussa hoitajia oli pieni määrä ja he vaihtuivat harvoin. Potilaiden mukaan se oli hyvä asia, koska vuorovaikutus oli helpompaa tuttujen hoitajien kanssa. Luotamuksellinen potilassuhde näytti edellyttävän suhteellisen pysyviä työntekijöitä, vaikkakaan potilaat eivät edellyttäneet, että yksi työntekijä pelkästään kävisi heidän luonaan. Hoidon antajakohtainen jatkuvuus korostui useassa tutkimuksessa (vrt. Jonninen 1998; Raatikainen 1993; Hammar ym. 1999; Rissanen ym. 1999; Tenkanen 1998; Hjortdahl 1990; Malin 1997; Lohiniva 1991 ja Koponen 1997). Yöpartion hoitajien pieni määrä voi muuttua kuitenkin suureksikin, jos hoitajat vaihtuvat usein. Kotihoidossa hoidon antajakohtainen jatkuvuus pysyy hyvänä, jos työntekijöillä on sama työpiste ja alueen samat potilaat hoidettavanaan pitkän ajan. Työssä viihtyvyyteen vaikuttavat monet asiat, muun muassa organisaatioon liittyvät seikat ja työntekijän henkilökohtainen elämäntilanne. Potilaat pitivät hyvänä asiana, että yöpartion työntekijät tekivät vain yövuoroja. Tulevaisuudessa kolmivuorotyö saattaa kuitenkin olla arkea myös kotihoidossa, siitäkkin huolimatta, että potilaat eivät pidä sitä tämän tutkimuksen perusteella hyvänä työnjakomallina omalta kannaltaan. Hoidon jatkuvuuden kannalta kolmivuorotyössä kotihoitoalueiden tulisi olla pieniä, koska silloin työntekijämäärät aluetta kohti olisivat kohtuullisia.

Potilaille tuli tilanteita, jolloin työntekijä vaihtui joko kokonaan tai tilapäisesti. Tutkimuksen mukaan potilaiden oli helpompi kohdata uudet hoitajat, jos he olivat saaneet etukäteen perehdytystä. Malinin (1997) mukaan kielteiset kotihoidon kokemukset liittyivät usein siihen, että

sijaiset sekä kohtelivat vanhuksia että tekivät työnsä huonosti. Sijaisia oli helpompi arvostella, koska potilaat eivät olleet niin riippuvaisia heistä ja vakiotyöntekijöihin verrattuna heihin oli helpompi pitää emotionaalista etäisyyttä. Nämä olivat vanhusten kokemuksia sijaisista, vaikka sijaiset olisivat todellisuudessa tehneetkin työnsä hyvin ja ammattitaitoisesti. Työntekijä voi jäädä lomalle tai eläkkeelle, vaihtaa työpaikkaa tai yksinkertaisesti väsyä potilaaseen. On myös mahdollista, ettei potilas pidä tietystä työntekijästä ja haluaa sen takia vaihtaa hoitajaa. Tällaisissa tilanteissa tarvitaan joustavuutta kaikilta osapuolilta. Joissakin tilanteissa potilaan on vain totuteltava uuteen työntekijään ja työntekijän potilaaseen. Organisaation johdon tehtävänä on huolehtia siitä, ettei työntekijöitä vaihdettaisi liian usein. Haitallista on myös se, jos potilaan ja työntekijän välille muodostuu niin kiinteä suhde, ettei potilas hyväksy ketään muuta hoitajaa vakituiseen hoitajan tilalle. Tällaisia tilanteita syntyy helposti ja niistä seuraa helposti ongelmia. Vakituisten työntekijöiden olisi hyvä antaa sijaishoitajista myönteinen kuva, jotta vuorovaikutus potilaan ja sijaistenkin välillä onnistuisi molempia osapuolia tyydyttävällä tavalla.

Yhteistyö

Tutkimuksen mukaan potilaat halusivat hoitaa asiansa mahdollisimman pitkälle itse ja säilyttää itsemääräämisoikeutensa. Nyholmin ja Suomisen (1999, 40) mukaan kotihoitopotilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että ihmiselle annetaan tilaa ja mahdollisuus itsenäisyyteen. Potilaan on saatava osallistua vähintään sellaiseen päätöksentekoon, joka koskee häntä itseään. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu arjen hallinta ja valintojen tekeminen sekä itsekontrolli ja -tietoisuus. Itsemääräämisoikeus voidaan tulkita vanhuksen tai vammaisen toimintakyvyn mukaan pieninä mahdollisuuksina valintoihin ja hallintaan. Tervon ja Pietilän (1996) tutkimuksen mukaan iäkkäillä oli positiivinen asenne elämään ja halu selviytyä itse tai lähisuvun auttamana. Potilaan hoidon laatua ja jatkuvuutta parantaa se, että potilas on itse tehnyt aloitteen hoitoon pääsystä ja ymmärtää tarvitsevansa hoitoa. Arvioimisen kohteeksi nouseekin usein se, missä kulkee hoidon kannalta raja, jolloin potilaalle ei kotihoidossa pystytä turvaamaan tarvittavaa hoitoa huolimatta hänen halustaan asua kotona.

Omaisten osallistuminen potilaiden hoitoon tai asioiden ajamiseen oli vähäistä. Omaiset luovuttivat helposti huolenpidon ja vastuun potilaasta hoitajille. Jonnisen (1998, 62) olettaa potilaan tarrautuvan helposti liikaa hoitajiin, jos hoitajat ovat potilaan ainoita sosiaalisia kontakteja. Omaiset saattavat osallistua potilaan hoitoon kuitenkin aktiivisemmin, jos potilaan

luona käyvät samat, tutut hoitajat, joiden kanssa on helppo tehdä yhteistyötä. Omaiset ottavat todennäköisesti helpommin yhteyttä hoitajiin, jos he tietävät, keneen kannattaa ottaa yhteyttä sekä milloin ja mistä työntekijän saa kiinni. Yhteistyötä on varmasti mielekkäämpää tehdä vain yhden henkilön kanssa kuin aina vaihtuvien henkilöiden kanssa. Yhteistyön avulla saadaan laajempi näkemys potilaan elämänpiiristä ja hoidon tarvetta on helpompi arvioida. Hoitajien on helpompi tukea omaisia potilaan hoitamisessa sekä osoittaa arvostusta ja tunnustusta heidän tekemälleen työlle, jos omaisten ja hoitajien välinen vuorovaikutus on aktiivista. Kotisairaanhoidossa päivätyöntekijät yleensä hoitavat yhteydenpidon omaisiin ja välittävät tiedon sitten ilta- ja yötyöntekijöille. Hankalissa tilanteissa ilta- ja yötyöntekijöiden kannattaa kuitenkin pitää yhteyttä suoraan omaisiin, jotta potilaiden hoito kyettäisiin järjestämään parhaalla mahdollisella tavalla.

Palvelujen joustavuus

Potilaiden laitokseen pääsy onnistui yleensä ilman suuria ongelmia ja lyhytaikaishoitoa olisi ollut tarjolla jopa enemmän kuin potilaat halusivat sitä käyttää. Virjon (1996, 68-69, 120-123) tutkimuksessa todettiin yhteys vanhusten palvelutarpeiden ja lähiympäristön sekä palvelutarpeiden ja sosiaalisen verkoston välillä. Palveluiden laatu ja saatavuus sekä tietoisuus palveluista vaikuttivat siten, että vanhusten palvelutarve ja palveluihin hakeutuminen lisääntyivät. Koetulla terveydentilalla ja oireilla oli myös yhteyttä siihen, miten vanhukset kokivat tarvitsevansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Palveluita käyttämättömät ilmoittivat vähemmän oireita kuin palveluita käyttäneet. Yöpartiopotilaille laitokseen meno oli epämiellyttävää. Sairaalaan joutuminen tarkoitti sitä, että kunto oli huonontunut niin paljon, ettei kotona pystynyt enää olemaan. Potilaat kokivat kuntoutusjaksot hyödyllisiksi ja miellyttäväiksi, mutta eivät aikaisempien huonojen kokemusten takia halunnut mennä kuntoutukseen. Haluttomuutta aiheuttivat laitosten rutiinit ja se, että kaikkien piti osallistua samoihin tilaisuuksiin, esimerkiksi askarteluun, kiinnostuksesta välittämättä. Laitokseen meno aiheutti jännitystä potilaille, mutta he pystyivät kuitenkin löytämään laitoshoidojaksoista positiivisia asioita.

Tutkimuksen mukaan yöpartion potilaat pääsivät mahdollisuuksien mukaan sairaalan samalle osastolle hoitoon. Potilaat kokivat sen hyväksi palveluksi. Laitoshoidossa hoidon jatkuvuus toteutuu paremmin, jos potilas, lääkäri ja hoitajat tuntevat toisensa aikaisemmilta hoitojaksoilta. Outisen ja Pohjankallion (1997) mukaan niin kutsuttua yhteyshoitajaa on käytetty laitoshoidon ja kotihoidon välisessä yhteistyössä. Hänen tehtävänä on kehittää potilaiden ko-

tiutusta ja luoda samanaikaisesti kotihoitoon yksilöllisempiä ja laadukkaampia palveluita. Yhteyshoitaja, joka on kuitenkin yksi ylimääräinen välikäsi potilaan palveluketjussa tekee laitoksessa työskentelevän omahoitajan ja kotisairaanhoidajan tehtäviä. Moniammatillinen organisaatioiden välinen yhteistyö on välttämätöntä hoidon jatkuvuuden kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö, samoin kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö auttavat esimerkiksi siihen, että hoito on potilaan kokonaistilanteen huomioonottavaa. Yhteisiin tavoitteisiin sitoutuminen ja vastuista sopiminen parantavat potilaiden hoidon jatkuvuutta ja kattavuutta.

Tämän tutkimuksen perusteella potilailla ei ollut yhtä hyvää tietolähdettä, esimerkiksi vihkosta, josta he olisivat saaneet tietoa eri palveluista kattavasti. Yleensä tietoa oli kuitenkin tarjolla riittävästi. Tiedon jatkuvuus liittyy jollakin tavalla kaikkiin hoidon jatkuvuuden osatekijöihin. Ajan tasalla olevan tiedon sujuva kulku työntekijältä toiselle sekä potilaille on hyvän hoitotyön edellytys. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksesta sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Potilaalla tulee olla mahdollisuus saada tietoa kielellä, joka ei vaadi ammattisanaston tuntemista. Nyholmin ja Suomisen (1999, 37, 50) mukaan tiedon kulun paraneminen on yksi parhaiten turvallisuutta lisäävistä tekijöistä. Tiedonkulun toimivuus tarkoittaa tiedottamista, tiedon ymmärtämisen varmistamista ja vastavuoroista kommunikaatiota, jossa potilas voi ilmaista oman näkemyksensä. Nyholmin ja Suomisen (1999, 50) tutkimuksessa vanhukset kokivat, etteivät he saa riittävästi tietoa palvelu- ja hoitovaihtoehtoista. Huono tiedonkulku ja yhteisten hoitotavoitteiden puuttuminen koti- ja laitoshoidon välillä olivat ongelmia. Asiakaslähtöisiä palveluita kehitettäessä herää kysymys, miten ja mitä kanavia myöten sosiaali- ja terveystoimen palveluista tiedottaminen onnistuisi parhaiten? Suurin ongelma ei aina ole tiedon antamisen puute vaan se, ettei tietoa saada oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Päätösten ja valintojen tekemiseen potilas tarvitsee tietoa, jotta hän pystyy arvioimaan päätöksensä seurauksia.

Yöpartiopalvelussa ei ollut omahoitajajärjestelmää, mutta vakituisia hoitajia ei ollut monta. Hoitajat oppivat tuntemaan potilaat hyvin, koska hoitajat vaihtuivat harvoin ja hoitosuhteet olivat pitkiä. Hoidon jatkuvuus on ominaista yksilö- ja väestövastuisten hoitotyön mallien mukaisessa toiminnassa. Perälän (1990) mukaan yksilövastuisessa hoitotyössä potilas, omahoitaja ja lääkäri muodostavat ydinryhmän, moniammatillisen tiimin, jolla on ensikäden tieto

potilaasta. Tämä ydinryhmä vastaa potilaan hoidosta sekä sen koordinoinnista jatkuvaksi ja kattavaksi. Raatikaisen (1995) mukaan yhteisöllisen mallin mukaan toimiva hoitaja työskentelee vastuullisena muiden terveyden edistäjien yhteistyökumppanina. Yksilöstä, perheestä tai yhteisöstä on ensisijaisesti vastuussa moniammatillinen tiimi, jonka jäsenten yhteistyö parantaa integroituneen yhteisvaikutuksensa vuoksi potilaan hoitoa kokonaisuudessaan. Väestövastuisella työllä pyritään myös potilaiden hoidon jatkuvuuteen. Osa terveydenhoitajista tekee väestövastuista työtä päivisin, mutta yöllä sen tekeminen on mahdotonta. Yöllä yhteistyön tekeminen muiden potilaan hoidosta vastaavien työntekijöiden kanssa on vaikeaa, mutta siitä huolimatta yöllä tehtävällä hoitotyöllä on oltava samansuuntaiset tavoitteet kuin päivällä ja illalla tehtävällä hoitotyöllä. Yhteistyön edellytyksenä on toimiva tiedonkulku potilaan hoitoon liittyvissä asioissa.

7.2.2. Yöpartiotoininnan sisältö

Hoitotyön menetelmät

Yöpartiotilaat olivat riippuvaisia hoitajien antamasta päivittäisestä fyysisestä avusta. Malinin (1997) mukaan riippuvuus avusta saattaa merkitä jonkinasteista itsemääräämisoikeuden menettämistä. Avuttomuuden tunnustaminen merkitsee haavoittuvuuden lisääntymistä ja pelkoa joutumisesta toisten armoille. Hoitajien odotetaan kuitenkin toimivan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja kunnioittavan hänen oikeuttaan itse päättää hoidostaan (laki 785/1992). Potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että heitä auttoivat ammattitaitoiset ja joustavat työntekijät, joilla oli aikaisempaa terveydenhuoltoalan kokemusta. Potilaiden luottamus hoitajiin vähensi heidän haavoittuvuuttaan ja pelkoja, millä oli vaikutusta myös kotona viihtymiseen ja selviytymiseen. Potilaat olivat melko hyvin hyväksyneet tilanteensa ja sen, etteivät he pärjänneet ilman ulkopuolista apua.

Sosiaalisen tuen antaminen korostui yöpartion hoitajien työssä. Työntekijöiden ajoittainen kiire kuitenkin rajoitti keskusteluun jäävää aikaa ja sosiaalisen tuen antamista. Rissasen ym. (1999) tutkimuksessa tutkittavat kritisoiivat erityisesti työntekijöiden kiireisyyttä ja avun tai hoidon riittävyttä. Tenkasen (1998) mukaan kiireinen kotihoidon työntekijä merkitsee potilaille turvattomuuden kokemusta. Turvattomuus ja yksinäisyys ovat asioita, jotka helposti nopeuttavat potilaiden laitoshoidon siirtymistä. Toiset potilaat tarvitsevat enemmän hoitajien aikaa kuin toiset ja tilanteet vaihtelevat paljon samallakin potilaalla. Hoitajien ammattitaitoa

on havaita potilaiden erilaiset tarpeet. Joissakin tilanteissa hoitajien on hyvä antaa aikaa normaalia enemmän kiireestä huolimatta. Joskus kuunteleminenkin saattaa helpottaa potilaan tilannetta ja estää potilaan kannalta tilannetta sekoittavia turhia laitosjaksoja. Hyvin toteutunut hoidon jatkuvuus auttaa potilasta tuntemaan ennen kaikkea turvallisuutta.

Hoitosuhde ja hoitotyön periaatteet

Yöpartiossa hoitosuhteet olivat yleensä pitkiä. Potilaiden mukaan vuorovaikutus oli ollut sujuvaa ja hoitajien kanssa oli avoin, tasa-arvoinen ja luottamuksellinen suhde. Potilaiden mielestä hoitajat olivat kohdelleet heitä yksilöllisesti, joustavasti ja lämpimästi. Hoitotyön projektiryhmän (1997, 34) mukaan toiminta hoitotyössä perustuu tasavertaiseen ja avoimeen vuorovaikutukseen potilaiden ja auttavien henkilöiden välillä. Toimiva vuorovaikutussuhde on yksi edellytys potilaan hoidon onnistumiselle. Aito tasavertainen yhteistyösuhde perustuu vastavuoroisuuteen sekä ihmisen vapauden ja itsenäisyyden kunnioittamiseen. Tämä mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoonsa ja vastuunottamisen omasta terveydestään. Malinin (1997) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden toivottiin olevan ennen kaikkea ystävällisiä, avuliaita ja kiireettömiä. Tenkasen (1998) mukaan hyvässä asiakassuhteessa toteutuu potilaan vaikutusvalta, johon liittyy potilaan itsemääräämisoikeus. Raatikaisen (1993) tutkimuksessa hoitosuhteen persoonallinen laatu oli hyvä. Valtaosalle potilaista osoitettiin kunnioitusta ja ymmärtämystä. Eustis ja Fisher (1991) esittävät, että potilas - hoitaja -suhteen laadulla on vaikutusta myös hoidon laatuun. Vuorovaikutus yötyössä on hieman erilaista kuin päivätyössä. On potilaita, jotka haluavat nukkua rauhassa, eivätkä välitä seurustelusta keskellä yötä. Heille riittää, että työntekijät tekevät työnsä, esimerkiksi kääntävät kylkeä ja lähtevät sitten seuraavan potilaan luo. On myös potilaita, jotka voivat loukkaantua siitä, ettei heidän kanssaan ehditä keskustelemaan riittävästi. Hoitajien tuleminen saattaa olla heille päivän kohokohta ja he odottavat vuorovaikutukselta paljon. Hoitajilla on tällaisissa tilanteissa mahdollisuus käytöksellään joko piristää potilaiden päivää tai sitten masentaa sitä entisestään. Kokemuksen myötä hoitajat oppivat tuntemaan potilaiden tarpeita ja potilaat oppivat tuntemaan hoitajien työskentelytavan. Tuntemisen avulla vuorovaikutus muuttuu luontevaksi ja potilaan elämä ja hoitajan toiminta helpottuvat.

Hoitosuunnitelma

Tämän tutkimuksen perusteella hoidon tavoitteet hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä kuntoutussuunnitelmassa jäivät epäselviksi potilaille. Nyholmin ja Suomisen (1999, 82) tutkimus osoitti, että hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ei ollut kiinnitetty tarpeeksi huomiota.

Hyvään lopputulokseen pääsemiseksi ja sitoutumisen helpottamiseksi hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet tulee määritellä selkeästi yhteistyössä potilaan, kotihoitotiimin ja potilaan omaisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman säännöllisellä tarkistamisella voidaan taata, että potilaat saavat tarvitsemansa avun. Kennie (1983) on korostanut, että kotisairaanhoidosuunnitelma, jossa otetaan huomioon potilaan kokonaisvaltainen elämäntilanne ja joka sisältää selkeän kuntoutustavoitteen, ylläpitää toteutuessaan potilaan toimintakykyä ja omatoimisuutta. Raatikaisen (1993) tutkimuksen mukaan ongelmia oli havaittavissa tavoitteellisessa hoitosuhteessa, joka tarkoitti potilaiden rohkaisemista omatoimisuuteen, omaisten hoitoon osallistumisen tukemista ja sairautta koskevaa informointia. Jos potilaat ja omaiset saavat alusta lähtien osallistua hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, on mahdollista, että potilaiden itsemääräämisoikeus ja hoidon jatkuvuus toteutuvat paremmin ja sitä kautta luodaan hyvä alku yhteistyölle. Potilaat ja omaiset voivat tuntea olonsa turvatomaksi, jos he eivät tiedä tarpeeksi hyvin, miten hoito on kokonaisuutena suunniteltu. Zarlen (1989) mukaan hoidon jatkuvuus on merkittävää hoitotyössä potilaan tilanteen kartoituksessa, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Tutkimuksen perusteella potilaat eivät ymmärtäneet hoitoneuvottelujen merkitystä oman hoitonsa kannalta. Potilaat kokivat, etteivät he hyödy hoitoneuvottelusta oikeastaan millään tavalla. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että hoitoneuvotteluita aletaan järjestää siinä vaiheessa, kun potilas ei enää itse pysty huolehtimaan asioistaan. Hoitoneuvottelut koettiin epämiellyttäväiksi tilanteiksi. Klossnerin (1997) mukaan Helsingissä hoitoneuvottelu järjestetään potilaan ja/tai hänen omaistensa kanssa potilaan kotiutuessa sairaalasta tai tilanteessa, jolloin potilas alkaa tarvita kotihoitopalveluja myös öisin. Nyholmin ja Suomisen (1999, 41) mukaan potilaiden mielipiteet on aina kuunneltava ja huomioitava hoitoa suunniteltaessa, jotta hoitoneuvotteluista saataisiin potilaiden kannalta miellyttävämpiä tilanteita. Potilailla on oikeus tietää, miksi hoitoneuvottelu järjestetään ja mitä hyötyä siitä on heille. Näin toimittaessa potilaat kiinnostuvat enemmän hoidostaan ja kokevat samalla, että heitä arvostetaan. Joustavien organisatoristen muutosten avulla nykyiset positiiviset asiat, esimerkiksi pitkät hoitosuhteet pystytään säilyttämään.

7.2.3. Yöpartiotilaan kotona selviytyminen

Tutkimuksen mukaan potilaat selviytyivät omasta mielestään kotona hyvin tai melko hyvin. Yöpartiotilaan kotona selviytyminen ja potilaan hyvä olo ovat yöpartipalvelun rakennete-

kijöiden ja organisoinnin sekä yöpartiotoiminnan sisällön tulosta (Donabedian 1969). Jos potilaan selviytymisessä ilmenee ongelmia, siihen voidaan etsiä perusteita osittain rakenteesta, organisoinnista ja toiminnasta. Selviytyminen koostuu erilaisista organisoinnin ja toiminnan tekijöistä, mutta esimerkiksi potilaan elämäntilanteella on myös yhteyttä siihen. Potilaan selviytyminen voi olla välillä parempaa ja välillä heikompaa, koska siihen ovat yhteydessä monet potilaan toimintakykyyn vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Organisointi ja palvelutoiminta ovat tärkeitä potilaan selviytymiseen liittyviä asioita, joihin potilas itse voi vaikuttaa kuitenkin vain rajallisesti.

Turvallisuus

Potilaat kokivat olonsa melko turvalliseksi. Erityisesti riittävän ympärivuorokautisen avun saannin koettiin lisäävän turvallisuuden tunteen kokemista. Erilaiset apuvälineet auttoivat potilaita ja hoitajia hoidossa ja joissakin tilanteissa ne mahdollistivat potilaan itsenäisen selviytymisen. Kenenkään ei tarvinnut pelätä omassa kodissa asumista, vaikka potilaat tiedostivatkin erilaisten riskitekijöiden olemassaolon. Tervon ja Pietilän (1995) tutkimuksessa vanhuksille oli tärkeää turvallisuuden kokeminen ja yksinäisyyden torjumiseksi toisten ihmisten seura. Malinin (1996) tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista joka viides koki olonsa turvattomaksi. Eniten turvattomuutta aiheuttivat huono kunto, yksinäisyys ja pelko siitä, ettei saa apua sairaskohtauksen hetkellä. Vanhuksen turvallisuuden kokemusta heikensi yksinäisyys. Yöpartiopalvelu koettiin hyödylliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi palveluksi. Lehdon ja Päivärinnan (1998, 30) mukaan luottamus palvelujärjestelmän joustavuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen on keskeinen vanhuksen ja hänen omaistensa valintoja ohjaava tekijä. Kotona on helpompaa olla, jos voi luottaa siihen, että palveluja saa riittävästi ja ne ovat tarkoituksenmukaisia.

Tyytyväisyys

Potilaat olivat tyytymättömiä yöpartion käyntiaikoihin ja ylimääräisten käyntien saatavuuteen. Tämä on pohjimmiltaan resurssiongelma. Raatikaisen (1991) mukaan palvelujen saatavuus, tasa-arvoisuus sekä potilaan tuntemisen tärkeyden korostaminen, muun muassa yksilöllisten palvelujen ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, edellyttää alueellistettuja palveluja. Nyholmin ja Suomisen (1999, 82) mukaan kotihoidon yöpartiotoimintaa voisi Tampereella kehittää alueellisesti, kuten muitakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Östergårdin (2000) mukaan Helsingissä on kaikilla palvelualueilla omat yöpartionsa. Aluksi alu-

eelliseen toimintaan ei uskottu, mutta tällä hetkellä se on välttämätöntä, koska vanhukset ja vammaiset haluavat asua kotona yhä pidempään ja sen vuoksi palvelun kysyntä on kasvanut. Selvää on, että mitä enemmän palvelua tarjotaan, sitä paremmin pystytään vastaamaan potilaiden erilaisiin tarpeisiin.

Potilaat olivat havainneet parantamisen varaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadussa ja nopeudessa sekä kohtelussa. He olivat kokeneet, ettei heitä ollut huomioitu tarpeeksi tai heitä oli kohdeltu välinpitämättömästi. Välitön puuttuminen ongelmallisiin asioihin oli koettu myönteisesti esimerkiksi kohtelussa. Myös potilaiden omaiset olivat ottaneet yhteyttä palveluita järjestäviin viranomaisiin ja kertoneet epäkohdista. Hoitotyön projektiryhmän (1997, 34) mukaan tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä hoitoon perustellaan eniten juuri vuorovaikutuksella ja kohtelulla. Tutkimukseen haastatellut potilaat tarvitsivat useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joiden määrään he olivat tyytyväisiä. Potilailla on oikeus vaatia, että heidän käyttämänsä palvelut ovat korkealaatuisia ja kohtelu on asianmukaista. Haastattelussa tuli selvästi esille kahdentyyppisiä potilaita. Osa potilaista vaati hyviä palveluita ja he osasivat myös valittaa saamastaan huonosta palvelusta tai kohtelusta, mutta osa potilaista otti nöyränä ja kiittolisena vastaan kaiken sen, mitä heille tarjottiin. Tulevaisuudessa koulutustason noustessa potilaiden vaatimukset tulevat varmasti kasvamaan ja palveluiden odotetaan olevan kunkin potilaan yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltuja kokonaisuuksia (vrt. Hammar ym. 1999).

Potilaat olivat pahoillaan siitä, että vapaaehtoistyöntekijöitä oli vaikea saada. Heillä oli hyviä kokemuksia vapaaehtoistyöntekijöistä, jotka auttoivat asioinnissa ja ulkoilussa. Vapaaehtoistyöntekijät piristivät erityisesti yksinäisiä potilaita. Nyholmin ja Suomisen (1999, 60) mukaan vapaaehtoisten antama apu auttoi vanhuksia kotona selviytymisessä. Kotihoidon ja yöpartion työntekijöiden resurssit ja voimavarat ovat rajalliset, joten omaisia ja vapaaehtoisia auttajia tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän. Omaisten kokonaan puuttuessa erilaisten tukijärjestöjen ja vapaaehtoisavun osuus potilaiden sosiaalisen hyvinvoinnin kehittämisessä on merkittävä, etteivät potilaat jäisi yksin oman kotinsa vangeiksi.

Elämänlaatu

Liikuntakyvyttömyys nousi elämänlaatuun eniten vaikuttavaksi tekijäksi. Koetulla elämänlaadulla ja kotona selviytymisellä on selvä yhteys keskenään, vaikka nykyään liikuntakyvyttömillä ihmisillä on mahdollisuus turvalliseen kodinomaiseen asumiseen ympärivuoro-

kautisten palvelujen avulla. Sarvimäen (1998, 15) mukaan vakavan sairastumisen tai toimintakyvyn heikentymisen takia potilaiden elämänarvot muuttuvat ja arki täytyy järjestää uudelleen. Siinä tilanteessa on tärkeää, että potilaat pystyvät mahdollisimman hyvin säilyttämään kohtuullisen hyvän olon sekä mielekkyyden ja omanarvon tunteet. Niinistön (1987, 138) mukaan pysyvään laitoshoitoon joutumisen ennustaviksi tekijöiksi todettiin vanhusten henkisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, perheen antaman sosiaalisen tuen puute ja alhainen sosiaalinen asema. Fyysistä toimintakykyä voidaan ylläpitää esimerkiksi kuntoutuksen, kuntouttavan työotteen ja erilaisten apuvälineiden avulla. Kotia ei useinkaan ole suunniteltu hoitoympäristöksi, mikä asettaa haasteita hoitajien toiminnalle (Hoitotyön projektiryhmä 1997, 39). Hoitajien velvollisuutena on kuitenkin käyttää erilaisia hoitoa helpottavia apuvälineitä hyväkseen potilaiden auttamisessa ja selviytymisen tukemisessa. Kotona selviytyminen edellyttää, että potilas haluaa ottaa vastaan kuntoutusta ja hoitoa sekä erilaisia apuvälineitä, jotka saattavat muuttaa kodin laitosmaiseksi. Tutkimuksessa tuli esille, että jotkut potilaat olisivat saaneet lisää apuvälineitä, mutta he eivät halunneet ottaa niitä vastaan. Joskus potilaille voi tulla vaikeakin valintatilanne: ollako kotona ja ottaa lisää apuvälineitä vai mennäkö laitokseen? Osa kotihoitopotilaista on niin huonokuntoisia, etteivät hoitajat pysty hoitamaan heitä turvallisesti ilman asianmukaisia apuvälineitä. Huonokuntoisten potilaiden kotihoidon lisääntyessä tulevaisuudessa apuvälineiden hyödyntämisen merkitys kasvaa ja potilaiden kodeissa joudutaan tekemään muutostöitä hoidon mahdollistamiseksi.

Haastateltavat halusivat asua kotona niin pitkään kuin mahdollista. Itsenäinen elämä oman aikataulun mukaan onnistui potilaiden mukaan huomattavasti paremmin omassa kodissa kuin laitoksessa. Tutkimus osoitti, että ympärivuorokautinen hoitotyö voi olla korkealaatuista myös kotihoidossa. Vastaavanlaisia tuloksia saatiin useissa tutkimuksissa (esim. Roine ym. 2000). Potilaat kokivat, että he itse tiesivät parhaiten, millainen heidän terveydentilansa oli. Kotona asumisen mahdollistuminen edellytti erilaisten palvelujen saamista ja potilaat toivoivatkin, että he tulevaisuudessa tarpeen kasvaessa saisivat lisää apua. Hammarin ym. (1999) mukaan palvelujen riittävä saaminen oikeaan aikaan edesauttaa asiakkaan selviytymistä kotona. Vaaraman (1992, 64, 66) mukaan yksilö itse määrittelee koetut tarpeensa. Vanhukset ja vammaiset tarvitsevat eniten erilaisia kotona selviytymistä tukevia palveluita, joiden suorittamiseen oma toimintakyky ei enää riitä. Eniten apua tarvitaan raskaissa kotitöissä. Koettu tarve ei yksinään riitä kuvaamaan palvelujen tarvetta, sillä ihmiset voivat esimerkiksi olla tietämättömiä palveluista, eivät osaa määritellä palvelutarpeitaan voimassa olevalla terministöllä tai voivat liioitella palvelujen tarvettaan. Kuntien velvollisuus on tarjota sellaisia

palveluita, joita potilaat tarvitsevat. Tervon ja Pietilän (1996) tutkimuksen mukaan iäkkäät olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja heillä oli varmuus siitä, että he saavat lisää apua tarvittaessa. Potilaan kannalta olisi hyvä, jos hänellä olisi mahdollisuus saada ja hän suostuisi vastaanottamaan yöpartiopalvelua heti ilta- tai yöhoidon tarpeen ilmaannuttua. Tällä tavoin potilas voisi välttyä turhilta laitosjaksoilta ja niiden aiheuttamalta laitostumiselta. Päivätyöntekijöiden ja omaisten vastuu nousee suureksi, jos heidän informoinnillaan ja perusteluillaan on vaikutusta potilaan yöpartiopalvelun aloittamiseen. Yleensä potilaat olivat valmiita ottamaan palvelun vastaan, mutta joukossa oli myös sellaisia avun tarpeessa olevia, joilla oli joi-takin ennakkoluuloja ja asenteita palvelua kohtaan. Kaikille ihmisille ei ole yhtä helppoa antaa avaintaan ja päästää vieraita hoitajia yöllä kotiinsa.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS

Tutkimuksen keskeiset tulokset olivat seuraavat

1. Yöpartiopalvelu on yksi merkittävä osa kotihoidon ympärivuorokautisten palvelujen kokonaisuutta.
2. Hoidon jatkuvuuden osatekijät toteutuivat hyvin yöpartiotilaiden hoidossa. Potilaita hoitivat samat, tutut hoitajat, he saivat hoitoa ympärivuorokautisesti ja heillä oli hyvät mahdollisuudet päästä tarvittaessa laitoshoitoon.
3. Tavoitteellisen hoidon ja yhteistyön puute potilaan, kotihoidon työntekijöiden ja omaisten kesken nousi esiin yöpartiotilaiden hoidossa.
4. Yöpartion luottamukselliset potilassuhteet ja potilaiden tyytyväisyys yöpartiopalveluun perustuivat hoitajien tuttuuteen sekä potilaiden ja hoitajien väliseen toimivaan vuorovaikutukseen.
5. Yöpartiopalvelu mahdollisti potilaiden kotona asumisen, antoi heille turvallisuuden tunnetta ja lisäsi elämänlaatua.

Johtopäätöksenä todetaan, että yöpartiotilaiden kotona selviytyminen perustuu riittävien, turvallisuutta tuovien, hoidon jatkuvuuden takaavien ympärivuorokautisten palveluiden saantiin. Se perustuu myös potilaiden haluun asua kotona ja selviytyä erilaisista tilanteista mahdollisimman itsenäisesti. Turvattomuuden kokeminen kotona nopeuttaa kuitenkin potilaiden siirtymistä laitoshoitoon, vaikka he muuten selviytyisivätkin kotihoidossa.

Kotihoitopotilaat hyötyisivät hoidossaan hoito- ja palvelusuunnitelman sekä hoitoneuvottelutilanteiden kehittämistä ja niiden kehittämisellä olisi myönteisiä ja selkiyttäviä vaikutuksia myös hoitajien ja omaisten työhön. Kotihoidon monipuolinen kehittäminen ja uusien palveluratkaisujen etsiminen ovat haasteita hoitotyölle tulevaisuudessa. Haaste on moniammatillinen, koska kotihoito on ensisijaisesti terveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyötä.

Jatkotutkimuksella olisi mielenkiintoista tutkia yöpartiopotilaiden kokemuksia turvallisuuden ja turvattomuuden tunteiden kokemisesta kotihoidossa. Tutkimus olisi tärkeä, koska esimerkiksi vanhainkotien pitkäaikaispaikoille päätyy huomattava määrä vanhuksia nimenomaan kotihoidossa koetun turvattomuuden takia. Siinä tutkimuksessa potilaat voisi syvähaastatella useaan kertaan. Toisaalta olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin, mitkä tekijät ovat yhteydessä potilaiden elämänlaatuun ja mitkä elämänlaadun osatekijät vaikuttavat eniten huonokuntoisten potilaiden kotona selviytymisessä. Kotihoitopotilaiden mielipiteitä elämänlaadusta voisi verrata laitoshoidossa olevien potilaiden mielipiteisiin.

Tutkimuksen perusteella yöpartiopalvelua on tarkoituksenmukaista ja mielekästä kehittää tulevaisuutta ajatellen. Potilaiden kokemusten perusteella he haluavat käyttää tätä palvelua jatkossakin niin pitkään, kuin kotona asuminen on mahdollista. Tulevaisuudessa yöpartiopalvelua tarvitsevien ihmisten määrä todennäköisesti kasvaa senkin takia, että kaikki ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevat potilaat eivät potilaspaikkojen vähyyden vuoksi pääse, eivätkä haluakaan laitoshoitoon. Yöpartiopalvelu ei kuitenkaan yksin mahdollista potilaiden kotona selviytymistä, vaan tulevaisuudessa on kiinnitettävä enemmän huomiota kotihoidon kokonaisuuteen, tavoitteelliseen hoitotyöhön ja työntekijöiden väliseen yhteistyöhön ja vuorovaihtukseen. Yöpartiopalvelu on uutta palvelua, josta kaikki hoitoa tarvitsevat ihmiset eivät varmastikaan tiedä vielä tarpeeksi. Yksi tulevaisuuden haaste onkin markkinoida palvelua positiivisella tavalla oikealle kohderyhmälle, koska palvelua ei pystytä antamaan kovin suurelle potilasjoukolle.

LÄHTEET

- Anderson, M.A. & Helms, L.B. (1995) Communication between Continuing Care Organizations. *Research in Nursing and Health* 18:49-57.
- Aro, A.R., Aalto, A-M. & Mähönen, M. (1993) Elämänlaadun mittaaminen eri sairauksissa. *Duodecim* 109:1512-1519.
- Aro, A. R. & Mähönen, M. (1993) Sanoista tekoihin elämänlaadun mittaamisessa. *Duodecim* 109:1501-1503.
- Beck-Friis, B. & Gustafsson, G. (1979) Nattpatrull kan ge terminal vård hemma. *Läkartidningen* 76:16:1509-1511.
- Donabedian, A. (1969) Some Issues In Evaluating the Quality of Nursing Care. *American Journal of Public Health* 59:10:1833-1836.
- Edebalk, P.G., Samuelsson, G. & Ingvad, B. (1995) How Elderly People Rank-Order the Quality Characteristics of Home Services. *Ageing and Society* 15:1:83-102.
- Emanuelsson, L. (1996) Samarbete mellan nattpersonal och nattpatrull. En kartläggning inom nörra/södra distriktet, Vänerborgs kommun. *Socialmedicinskt tidskrift* 73:4:166-170.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Eustis, N. N. & Fischer, L. R. (1991) Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care. *The Gerontologist* 31:4:447-456.
- Hagman, E. & Johansson, M. (1985) Hoidon jatkuvuus -käsitteen sisältö. *Suomen lääkärilehti* 40:21:2006-2008.
- Hammar, T., Raatikainen, R. & Perälä, M-L. (1999) Sosiaali- ja terveystalvet tulevaisuudessa: 60 - 65-vuotiaiden odotukset palveluista 80-vuotiaana. *Gerontologia* 13:4:189-199.
- Hennen, B. K. (1975) Continuity of Care in Family Practice. Part 1: Dimensions of Continuity. *Journal of Family Practice* 2:5:371-372.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1988) Teemahaastattelu. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

- Hjortdahl, P. (1990) Ideology and Reality of Continuity of Care. *Family Medicine* 22:5:361-364.
- Hoitotyön projektiryhmä, Perälä, M-L. (toim.) (1997) Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. STAKES. Gummerus, Jyväskylä.
- Holland, D.E., Hansen D.C., Matt-Hensrud, N.N., Severson, M.A. & Wenninger, C.R. (1998) Continuity of Care: A Nursing Needs Assessment Instrument. *Geriatric Nursing* 19:6:331-334.
- Holm, K. & Llewellyn, J.G. (1986) *Nursing Research for Nursing Practice*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Hotinen, O. (1991) Yöpartiokokeilu tuonut Kotkalle miljoonasäästöt. *Suomen kunnallislehti* 76:18:10-11.
- Jackson, M. F. (1994) Discharge Planning: Issues and Challenges for Gerontological Nursing. A Critique of the Literature. *Journal of Advanced Nursing* 19:3:492-502.
- Jonninen, S. (1998) Kotisairaanhoidajan vaihtuvuus ja potilaan kokema hoito - haastattelu kotisairaanhoidopotilaille. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsinki.
- Kekki, P. (1982) Terveyskeskuksen lääkäripalvelu - käyttö, sisältö ja hoidon jatkuvuus. *Suomen lääkirlehti* 37:23:2021-2027.
- Kennie, D.C. (1983) Good Health Care for the Aged. *Journal of the American Medical Association* 249:6:770-773.
- King, I. (1994) Quality of Life and Goal Attainment. *Nursing Science Quaterly* 7:29-32.
- Kinnunen, M-L., Kyngäs, H. & Nikkonen, M. (1999) Psoriaasista sairastavan elämänlaatu. *Hoitotiede* 11:3:128-137.
- Klossner, P. (1997) Mahdollisuus sairastaa kotona turvallisesti. Ympäri vuorokautinen kotihoito tukena. *Sairaanhoitaja* 70:8:10-11.
- Koponen, P. (1997) Public Health Nursing in Primary Health Care Based on the Population Responsibility Principle. *Acta Universitatis Tamperensis* 581. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Koskiahho, B. (1988) Yhteiskunnallistettu vanhuskysymys. *Sosiaalihuollon julkaisuja* 11/1988. VAPK, Helsinki.
- Krach P., Devaney S. & Zink, M.H. (1996) Functional Status of the Oldest-Old in a Home Setting. *Journal of Advanced Nursing* 24:3:456-464.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11:1:3-12.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

- Lehto, J. & Päivärinta, E. (1998) Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut Tampereella. Arviointia palvelujärjestelmän rakenteesta, toimivuudesta ja taloudellisuudesta. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, Tampere.
- Leino-Kilpi, H. (1997) Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus - yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Liukkonen, A. & Nores, T. (1994) Vanhusten ja hoitohenkilöstön kokemukset laitoksessa. Teoksessa Uutela, A. & Ruth, J-E. (toim.) Muuttuva vanhuus. Gaudeamus, Helsinki.
- Liukkonen, A. & Åstedt-Kurki, P. (1994) Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä. Hoitotiede 6:2:51-57.
- Lohiniva, V. (1991) Väestövastuinen työ terveydenhoitajan työn kehittämiskeinona. Hoitotiede 3:1:8-14.
- Malin, M. (1996) Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 7/1996.
- Malin, M. (1997) "He ovat minulle kuin enkeleitä." Hyvä suhde työntekijään ja luottamus avunsaantiin laatua vanhusasiakkaalle kotihoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 34:2:150-164.
- Maslin-Prothero, S. & Masterson, A. (1998) Continuing Care: Developing a Policy Analysis for Nursing. Journal of Advanced Nursing 28:3:548-553.
- Moilanen, M. (1988) Uusia työmuotoja: omahoitajat, henkilöstön yhteiskäyttö, yöpartiointi. Sosiaaliturva 76:13:620-623.
- Molander, G. (1999) Askel lyhenee, maa kutsuu. Yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa. Suomen Mielenterveysseura, SMS-julkaisut, Helsinki.
- Mäkelä, K. (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki.
- Mäkinen, E. & Kekki, P. (1989) Valvotun kotisairaanhoidon analyysi. Suomen lääkärilehti 44:8:784-789.
- Nieminen, H. (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Niinistö, L. (1987) Kotona asuvien ja pysyvästi laitoshoidossa olevien vanhusten eroavuudet. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 46/1987. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Nikkonen, M. (1997) Etnografinen malli. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Nyholm, M-L. & Suominen, H. (1999) Palveluverkossa yötäpäivää. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, numero 18. Kunnallisan kehittämissäätiö, Helsinki.

- Outinen, I. & Pohjankallio, L. (1997) Hoitoketjut sujuviksi. Kokemuksia yhteishoitajan toiminnasta. *Sairaanhoitaja* 70:8:6-8.
- Perälä, M-L. (1990) Muutos ja yksilövastuinen hoitotyö. *Hoitotiede* 2:1:98-104.
- Poole, G. & Rowat, K. (1994) Elderly Clients' Perceptions of Caring of a Home-Care Nurse. *Journal of Advanced Nursing* 20:3:422-429.
- Pyörälä, E. (1994) Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31:1:4-14.
- Raatikainen, R. (1991) Kehittämistoiminnan perusteita terveydenhuollossa. *Sairaanhoitaja* 64:1:28-30.
- Raatikainen, R. (1993) Omatoimisuus kotisairaanhoidossa. Potilaiden avun tarve ja saama apu Helsingin kotisairaanhoidossa. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja 77/1993, sarja B.
- Raatikainen, R. (1995) Hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus. *Sairaanhoitaja* 68:9:31-34.
- Raatikainen, R. (1997) Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa Parviainen, T. & Pelkonen, M. (toim.) *Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen*. STAKES, raportteja 217. Helsinki.
- Rissanen, S., Laitinen-Junkkari, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S. (1999) Vanhusten kotihoiton laatu Kuopiossa 1994 ja 1997. Arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksista kotihoiton laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Gerontologia* 13:2:71-81.
- Roine, K., Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. (2000) Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. *Hoitotiede* 12:6:312-321.
- Sarvimäki, A. (1998) Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Teoksessa Parviainen, T. (toim.) *Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön*. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Sorrell, J. & Redmond, G. (1995) Interviews in Qualitative Nursing Research: Differing Approaches for Ethnographic and Phenomenological Studies. *Journal of Advanced Nursing*.
- Taival, A. (1998a) The Older Person's Adaptation and the Promotion of Adaptation in Home Nursing Care. *Acta Universitatis Tamperensis* 589. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Taival, A. (1998b) Vanhan ihmisen mukautuminen ja sen tukeminen kotisairaanhoidossa. *Sairaanhoitaja* 71:8:22-23.
- Tedre, S. (1999) Hoivan sanattomat sopimukset. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, nro 40. Joensuun yliopisto, Joensuu.
- Tenkanen, R. (1998) Vanhusten kotipalvelun laatu. MAUT-tekniikalla toteutettu vertailu kotipalvelun laatuominaisuuksista. *Gerontologia* 12:4:183-194.

Ternov, S., Fällman, L. & Pettersson, K. (1988) Hjälpbehov bland äldre i Gällivare kommun. Hjälpbehov för hemsjukvårdspatienter kvällar och nätter. *Allmän Medicin* 9:1:11-13.

Tervo, A. & Pietilä, A-M. (1995) Vanhusten kotona selviytyminen. "Hyvä olo ihan jokapäiväisistä asioista..." *Hoitotiede* 7:5:214-222.

Tervo, A. & Pietilä, A-M. (1996) "Positiivisella asenteellahan sitä täytyy yrittää..." Iäkkäiden kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä ja näkemyksiä tulevaisuudesta. *Gerontologia* 10:1:27-36.

Törnkvist, L., Gardulf, A. & Strender, L-E. (2000) Patients' Satisfaction with the Care Given by District Nurses at Home and at Primary Health Care Centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14:2:67-74.

Uutela, A. & Aro, A.R. (1993) Koettu ja havaittu elämänlaatu - toisiaan täydentävät näkökulmat. *Duodecim* 109:1507-1511.

Vaarama, M. (1992) Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen. *Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 48*. VAPK-kustannus, Helsinki.

Vaarama, M. (1995) Vanhusten julkisrahoitteiset hoivapalvelut. Teoksessa Uusitalo, H., Kontinen, M. & Staff, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. STAKES, raportteja 173. Gummerus, Jyväskylä.

Vehviläinen-Julkunen, K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva.

Virjo, I. (1996) Terveystalouden ja sosiaalihoiton palveluita käyttämättömät 75 vuotta täyttäneet. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 480*. Tampereen yliopisto. Tampere.

Zarle, N.C. (1989) Continuity of Care. *Nursing Clinics of North America* 24:3:697-705.

Zhan, L. (1992) Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing* 17:7:795-800.

Åstedt-kurki, P. & Nieminen, H. (1997) Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva.

HAASTATTELUT

Asumaniemi, H., ylihoitaja, Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi. Haastattelut 4.11.1999 ja 14.4.2000.

Östergård, I., johtava ylihoitaja, Helsingin kaupunki, Läntinen suurpiiri. Haastattelu 7.1.2000.