
ONNISTUNEEN KOTIUTUKSEN EDELLYTYKSET

Kotiutuksen kehittämishanke Valkeakoskella



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Valkeakoski, kevät 2016

Pasi Ahola

Laura Linnanmäki



VALKEAKOSKI
Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja

Tekijät	Pasi Ahola, Laura Linnanmäki	Vuosi 2016
Työn nimi	Onnistuneen kotiutuksen edellytykset	

TIIVISTELMÄ

Ikääntyvien määrän lisääntyminen ja käytettävissä olevien resurssien väheneminen asettavat potilaiden kotiutusprosessille haasteita nyt sekä tulevaisuudessa. Onnistunut kotiutusprosessi on edellytyksenä potilasturvallisuuden ja kustannustehokkuuden toteutumiselle. On tärkeää, että kotiuttamisprosessissa mukana olevien toimijoiden välinen yhteistyö toimii mahdollisimman sujuvasti.

Opinnäytetyö on osa kotiuttamisen kehittämishanketta Valkeakoskella. Opinnäytetyön ja hankkeen tavoitteena on kehittää kotiutusprosessia ja luoda uusia toimivia kotiutuskäytänteitä Valkeakosken eri terveydenhuollon toimintayksiköiden välille. Opinnäytetyössä selvitetään onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä ja kehittämistarpeita kirjallisuuskatsauksen sekä kehittämishankkeeseen sisältyvien työpajojen avulla.

Hankkeeseen liittyvät suunnittelu- ja työpajat toteutettiin Valkeakoskella. Työn tilaajana olivat hankkeeseen osallistuneet terveydenhuollon toimintayksiköt Valkeakoskelta. Aihe onnistuneen kotiutuksen edellytyksistä tuli hankkeen vetäjiltä.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka sisältää kirjallisuuskatsauksen ja osallistumisen kehittämishankkeeseen. Tutkimusaineisto kerättiin osallistumalla kahteen hankkeen työpajaan marraskuun 2015 - tammikuun 2016 välisenä aikana. Aineistoa kerättiin osallistuvan havainnoinnin tutkimusmenetelmällä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan onnistuneen kotiutusprosessin edellytyksenä on toimiva moniammatillinen yhteistyö, asiakaslähtöinen ohjaus sekä riittävän ajoissa aloitettu kotiuttaminen. Kotiutusprosessissa tehdyt aiemmat tutkimukset tukevat näitä havaintoja. Kehittämiskohteista nousi esille puutteellinen kirjaaminen, tiedonkulku sekä ennakoivan kotiuttamisen parempi toteuttaminen. Opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollon eri toimijoiden välisissä kotiutusprosesseissa.

Avainsanat onnistunut kotiutus, ennakoiva kotiutus, moniammatillisuus, potilasohjaus

Sivut 29 s.

VALKEAKOSKI

Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Pasi Ahola ja Laura Linnanmäki **Year** 2016

Subject of Bachelor's thesis

Preconditions of successful discharge

ABSTRACT

Increasing numbers of aged patients and decreasing available resources pose challenges to patient discharge processes now and in the future. The continuous development of the discharge process is a precondition of patient safety and cost efficiency. It is important that cooperation between various operators is made as smooth as possible.

The aim of this thesis is to contribute to the development of discharge procedures together with the operational units of public health care located in Valkeakoski. The planning and workshops related to the development of the discharge process were implemented at the Valkeakoski campus. The thesis was commissioned by the operational health care units participating in the development process. The topic, the preconditions of successful discharge, was suggested by the heads of the development work group. The aim of the thesis was to discover the preconditions of successful discharge and development needs therein based on both the workshops and a literature review.

The study was conducted using qualitative research methodology. The materials were collected using the participant observation method by taking part in two development work group workshops between November 2015 and January 2016. Notes were taken of the observations. The materials were analyzed using inductive content analysis.

According to the study results, preconditions for successful discharge are well-functioning multiprofessional cooperation, customer-oriented guidance and discharge process that is started early enough. Previous research on the discharge process supports these observations. The most important development targets were insufficient recording of the process, flow of information as well as better practical implementation of discharge. The results of the thesis can be used in discharge processes between various healthcare providers.

Keywords multiprofessionality, safe discharge, patient guidance, proactive discharge

Pages 29 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN KUVAUS.....	2
3	POTILAAN ONNISTUNUT KOTIUTTAMINEN.....	4
3.1	Onnistuneen kotiutuksen lähtökohdat.....	4
3.2	Laadulliset kotiuttamiskäytänteet.....	5
3.3	Kotiuttamisprosessin ongelmakohtia.....	8
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	9
4.1	Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla.....	10
4.2	Moniammatillisen yhteistyön edellytykset.....	11
5	OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	12
5.1	Ohjauksen merkitys ja ulottuvuudet.....	12
5.2	Potilaan ohjaus hoidon eri vaiheissa.....	13
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	14
7	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	15
7.1	Osallistuva havainnointi.....	16
7.2	Sisällön analyysi.....	17
8	OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	18
8.1	Suunnittelu.....	18
8.2	Toteutus.....	19
9	AINEISTON ANALYSOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	22
9.1	Kotiuttamisen vahvuudet Valkeakoskella.....	22
9.2	Kotiuttamisen kehittämiskohteet ja ennakoiva kotiuttaminen.....	23
9.3	Johtopäätökset.....	25
10	POHDINTA.....	26
10.1	Eettisyys.....	27
10.2	Luotettavuus.....	28
10.3	Kehittämisideat.....	28
	LÄHTEET.....	30

1 JOHDANTO

Potilaan kotiutuminen on monimuotoinen prosessi, johon vaikuttavat monet eri tekijät ja toimijat. Kotiutusprosessiin osallistuvat hoitajat, lääkärit, erityistyöntekijät, potilas ja hänen omaisensa. Haasteen kotiutusprosessiin tuovat usein eri osapuolten erilaiset näkemykset potilaan kotiutusvalmiuksista. On tärkeää, että kotiuttamisprosessissa mukana olevien toimijoiden välinen yhteistyö toimii mahdollisimman sujuvasti, ja kaikkia osapuolia kuullaan päätöksiä tehdessä. (Lämsä 2013.)

Olemme työskennelleet ja tehneet sairaanhoitajan opintoihin sisältyviä työharjoitteluita sairaaloiden eri osastoilla. Potilaiden kotiuttaminen kuuluu sairaanhoitajan päivittäisiin työtehtäviin. Olemme havainneet kotiuttamisprosessissa paljon puutteita ja kehitettävää, joten valitsimme opinnäytetyön aiheeksi tämän tärkeän ja ajankohtaisen aiheen.

Opinnäytetyönä osallistuimme kotiuttamisen kehittämishankkeeseen Valkeakoskella. Opinnäytetyön ja hankkeen tavoitteena on kehittää kotiutusprosessia ja luoda uusia, toimivia kotiutuskäytänteitä Valkeakosken eri terveydenhuollon toimintayksiköiden välille. Potilaan onnistunut kotiutus on edellytyksenä potilasturvallisuuden ja kustannustehokkuuden toteutumiselle. Väestön ikääntyminen ja samaan aikaan työssäkäyvien määrän väheneminen aiheuttaa haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille, sillä tulevaisuudessa samoilla resursseilla on pystyttävä tuottamaan entistä enemmän ja laadukkaampia palveluita. (Hammar 2008.)

Opinnäytetyön teoriaosuuden keräsimme kotiuttamisprosessiin liittyvistä aiemmista tieteellisistä tutkimuksista, artikkeleista ja kirjallisuudesta. Lisäksi osallistumme kehittämishankkeen kahteen työpajaan, joiden tavoitteina oli kehittää uusia, parempia käytänteitä kotiutusprosessiin. Hankkeen työpajoihin osallistuivat lisäksi Valkeakoskelta eri terveydenhuollon toimintayksiköt, kuten kotihoito, vanhuspalvelut, palveluasuntoyksikkö, terveyskeskussairaalan osastoista kuntoutus-, akuutti- ja geriatriaosastot sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva yksikkö. Työpajoissa tehtävänä oli kertoa osallistujille kotiuttamiseen liittyvästä ajankohtaisesta tutkimustiedosta. Lisäksi kerroimme kotiutusprosessiin liittyvistä käytännön kokemuksista työ- ja harjoittelupaikoistamme. Työpajatyöskentelystä keräsimme tutkimusaineistoa käyttämällä osallistuvan havainnoinnin menetelmää. Tutkimustehtäviksi valikoituivat seuraavat:

1. Millainen on onnistunut kotiutusprosessi?
2. Miten ennakoiva kotiutus palvelee onnistunutta kotiutusta?

2 KEHITTÄMISHANKKEEN KUVAUS

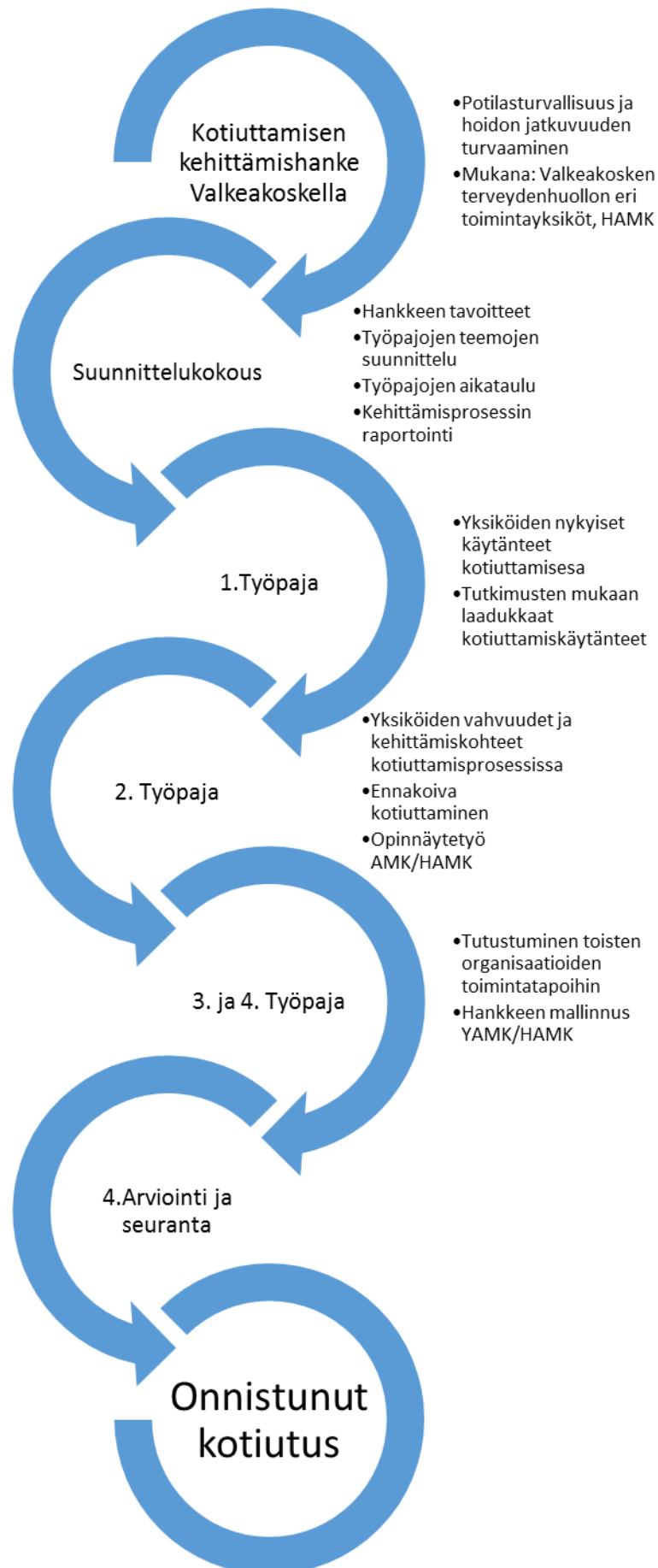
Opinnäytetyönä osallistuimme kotiuttamisen kehittämishankkeeseen Valkeakoskella, jonka tavoitteena on kehittää kotiutusprosessia Valkeakosken terveydenhuollon eri toimintayksiköissä. Hankkeen tarkoitus on luoda uusia, toimivia kotiutuskäytänteitä toimintayksiköiden välille. Tavoitteena on lisäksi käynnistää yhteistä keskustelua potilaan hoitoprosessista ja hoidon jatkuvuuden turvaamisesta. Mukana kehittämishankkeessa ovat lisäksämme Valkeakosken kotihoito, vanhuspalvelut, palveluasuntoyksikkö, terveyskeskussairaalan osastoista kuntoutus-, akuutti- ja geriatriaosastot, Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva yksikkö.

Kehittämishanke toteutetaan työpajoina, joissa hankkeeseen osallistuvat voivat tuoda esille omia näkemyksiään ja kokemuksiaan kotiutusprosessiin liittyen. Työpajoissa keskustellaan siitä, miten voidaan varmistaa potilaan turvallinen hoitopolku ja esteetön siirtyminen kotiin tai toiseen hoitolaitokseen. Tarkoituksena on selvittää eri yksiköiden kotiuttamiskäytänteitä ja kehittää yhteistyön sujuvuutta eri toimintayksiköiden välillä. Lisäksi tavoitteena on, että ennakoiva kotiuttaminen saataisiin juurrutettua Valkeakosken terveydenhuollon eri yksiköiden kotiuttamisen toimintatapoihin. Onnistuneen kotiutusprosessin kulmakiviksi on nykyisin monien tutkimusten mukaan nostettu kotiutusprosessin aloittaminen mahdollisimman nopeasti. Hammar & Perälä (2003) luoman PALKOmallin mukaan kotiutusprosessin tulisi käynnistyä jo kotona potilaan lähtiessä sairaalaan.

Kotiuttamisen kehittämishanke aloitettiin suunnittelukokouksella, jossa tarkennettiin hankkeeseen osallistuvien yhteiset tavoitteet sekä sovittiin kehittämishankkeen raportoinnista. Suunnittelukokouksessa päätettiin työpajojen teemat ja aikataulu. Lisäksi valittiin eri yksiköistä henkilöt seuraamaan ja arvioimaan hankkeen etenemistä. Ensimmäisen työpajan aiheena oli yksiköiden kotiutusprosessien nykytilanteen kartoitus. Kevään 2016 työpajojen teemoiksi jäsenyi kotiuttamisprosessin tarkastelu kolmesta eri näkökulmasta: 1. potilaan sairaalaan lähteminen/saapuminen osastolle, 2. potilaan osastolla oleminen ja kotiuttamispäätös, 3. potilaan siirtyminen kotiin/jatkohoitoonpaikkaan. Tavoite oli, että työpajoissa tarkastellaan teemoja jokaisen yksikön omasta sekä yksiköiden yhteisestä näkökulmasta.

Kehittämishankkeen työpajoissa alustimme yhteistä keskustelua ajankohdaisella tutkimustiedolla onnistuneesta ja hyvin toimivasta kotiuttamisesta. Opinnäytetyössä raportoimme kehittämishankkeen työpajoista saatua tietoa. Hämeen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijat mallintavat kehittämishankkeen työpajoista nousseen tiedon käytäntöön eri yksiköiden tarpeen mukaan.

Kuvio 1. Kotiuttamisen kehittämishanke Valkeakoskella.



3 POTILAAN ONNISTUNUT KOTIUTTAMINEN

Lähtökohtana onnistuneelle kotiuttamiselle on turvata potilaan hyvä ja laadukas hoito. Hyvä hoito koostuu potilaan ja hänen läheistensä hyvästä ja asiallisesta kohtelusta, ohjaamisesta sekä hoitoon osallistumisen tukemisesta. Hyvän hoidon toteuttamisen lähtökohtia ovat terveydenhuollon eri yksiköissä sovitut yhteiset hoidon periaatteet, hoidon perustuminen tutkituun tietoon ja potilaslähtöisyys. Hoitotyön arvona on kunnioitus ihmistä ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kohtaan, mikä mahdollistaa potilaan oman päätöksen tekemisen hoidoistaan. Tavoitteena on potilaan terveydentilan lisääminen, tukeminen selviytymisessä ja voimavarojen vahvistaminen sekä mahdollisen parantumattoman terveydentilan muutoksen hyväksyminen osaksi elämää. (Mustajoki 2010, 456–457.)

Potilasturvallisuuden edistämisen perustana toimii keväällä 2011 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki (1326/2010), jonka 8 § käsittelee terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta. Potilasturvallinen ja laadukas hoito tarkoittaa parhaiten saavutettavissa olevien hoitotulosten varmistamista potilaille, hoidon haitallisten sivuvaikutusten välttämistä, potilaan ja hänen omaistensa huomioon ottamista sekä hoitotoimenpiteiden kirjaamista. Laatuvaatimuksia laadittaessa on tärkeää ottaa henkilökunnan lisäksi huomioon myös potilaiden näkemys ja kokemus asiasta. Hoidon laatu ja potilasturvallisuus terveydenhuollossa perustuvat terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamiseen. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan yhteiseksi sovitujen, tutkimukseen ja kehitykseen perustuvien käytänteiden soveltamista. (STM, 2009.) Potilasturvallisuudelle merkittävän riskin tuovat hoitopaikkojen muutos ja niihin liittyvät tiedonsiirrot. Riskejä voidaan ennaltaehkäistä hyvällä alueellisella yhteistyöllä. (Hammar, 2008.)

3.1 Onnistuneen kotiutuksen lähtökohdat

Potilaan hoito koostuu ja toteutuu hoitopolusta, jonka muodostaa eri toimijat. Tyypillisimmille potilasryhmille on laadittava näyttöön perustuva hoitopolku, joka määrittelee sen, kuinka kyseistä sairautta hoidetaan. Erityishuomiota tulee kiinnittää potilaan sairaalasiirtoihin liittyviin työvaiheisiin ja tiedonkulun varmistamiseen. Potilaan hoitokokonaisuus muodostuu käynneistä eri hoitopaikoissa. Hoitokäynnit kirjataan potilasasiakirjoihin, joihin sisältyy hoitokertomus, siihen liittyvät potilastiedot ja asiakirjat. Sähköinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa tiedon siirtymisen eri toimipaikkojen välillä ja yhdenmukaistaa potilaille annettavaa ohjausta. (Tanttu 2007, 116–121.) Hoidon jatkuvuuden kannalta kirjaamista on jatkuvasti kehitettävä ja yhdenmukaistettava. Hoidon jatkuvuus siirryttäessä laitoksesta toiseen voidaan varmistaa hyvällä kirjaamisella hoitotyön läheteeseen. Läheteestä on selvittävä hoidon tulosityy, hoidon tarpeet ja tavoitteet, tehdyt hoitotoiminnot ja niiden vaikutusten arviointi, potilaan nykytilanne ja jatkohoitosuunnitelma. (Kuusisto, Asikainen & Saranto 2014.)

Potilaan omahoidon tukeminen on tärkeää huomioida potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Ammattihenkilölähtöisyydestä ollaan siirtymässä potilaslähtöisyyteen, jossa ajatuksena on, että potilaat ovat itse oman sairautensa ja voimavarojensa parhaita asiantuntijoita. Kukin potilas tarvitsee

tietoa oman sairautensa lisäksi omahoidosta, palvelujen tarjoajista, hoitovaihtoehtoista, terveellisistä elintavoista, oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Potilaslähtöisessä hoidon suunnittelussa hoitajan tulee ottaa potilaan arkielämän tavat ja toiveet huomioon. Potilaan hoitoon sitoutuminen edellyttää osapuolilta toimivaa vuorovaikutusta. Potilaan hoitoon sitoutuminen tarkoittaa sitä, kuinka hyvin hän noudattaa terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä sovittuja oman elämänlaadun parantamiseen suunniteltuja toimia. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.)

Lämsä (2013) käyttää tutkimuksessaan neljää eri kriteeriä kotiuttamiselle: lääketieteellinen, toimintakyky-, elämäntilanne-, ja hallinnollinen peruste. Jokainen peruste pohjautuu omaan näkemysalaansa ja kriteereitä ohjaavat eri arvot. Lääketieteellisessä kotiuttamisperusteessa kotiuttamista perustellaan potilaan taudilla ja sen mitattavissa olevilla suureilla, kuten laboratorio- ja röntgentuloksilla. Lääkärit käyttävät yleisesti lääketieteellisestä kriteeriä arvioidessaan potilaan kotiuttamiskuntoisuutta. Tällöin potilas on kotiuttamiskuntoinen, jos potilaalta ei enää löydy mitään lääketieteellistä syytä olla sairaalassa, kuten esimerkiksi korjautuneet veriarterit sekä tulehduksen parantuminen. Toimintakykyperusteen kotiuttamiskriteerejä ovat esimerkiksi potilaan muistamattomuus, harhailu ja kyky nousta sängystä. Näitä kriteereitä arvioijat sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Nämä toimijat ovat potilaan kanssa tekemisissä eniten ja pystyvät näin parhaiten arvioimaan potilaan toimintakykyä. Kotiuttamisen peruste muodostuu tällöin potilaan tarpeista ja ongelmista eli on siis potilaslähtöinen. (Lämsä 2013.)

Lämsän (2013) mukaan kotiuttamisen elämäntilannekriteeriä käytetään silloin, kun ongelmat ja ratkaistavat asiat liittyvät potilaan sosiaalisiin turva-verkkoihin, elämäntapoihin sekä käytännön asioiden hoitamiseen. Elämäntilanne peruste on potilaslähtöinen ja huomioi potilaan henkilökohtaisen tilanteen ja ongelmat. Yleisesti ottaen tätä kriteeriä käyttävät potilaat itse sekä heidän lähiomaisensa, koska heillä on suurin tuntemus potilaan omasta henkilökohtaisesta elämäntilanteesta. Tätä kriteeriä käyttävät myös sairaanhoitajat, fysioterapeutit sekä toimintaterapeutit tietäessään laajasti potilaan sairauden tilanteesta sekä elämäntilanteesta. Organisaatiosta kumpuava peruste kotiuttamiselle on nimeltään hallinnollinen. Kriteeri pohjautuu tällöin organisaation tarpeisiin, mikä tarkoittaa osastoilla painetta olla tehokas ja minimoida osaston kustannuksia. Tämä voi tarkoittaa osastolla esimerkiksi tavoitetta hoitaa mahdollisimman monta potilasta lyhyessä ajanjaksossa. (Lämsä 2013, 110–112.)

3.2 Laadulliset kotiuttamiskäytänteet

Väestön ikääntymisen seurauksena kotihoitoa tarvitsevien potilaiden määrä on lisääntynyt, kun samalla potilaat ovat yhä huonokuntoisempia sekä enemmän apua tarvitsevia. Potilaan hoitopolussa kotiuttaminen on yksi kriittisimmistä vaiheista. Jotta potilaalle voidaan taata kokonaisuudessaan turvallinen ja laadukas hoitopolku, tulee työntekijöillä olla yhteinen näkemys potilaan hoidosta, yhteisesti sovittuja toimintaperiaatteita sekä saumaton viestinkulku. Tätä varten on luotu PALKOmalli, jonka tarkoituksena on sovittaa eri palveluita yhteen kotiutusprosessin kehittämiseksi. Sosiaali- ja

terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen vetämän PALKO-projektin tavoitteena on ollut kehittää potilaan sairaalasta kotiutumista ja kotihoitoa. (Hammar & Perälä 2003, Hammar 2008.)

Monen tutkimuksen mukaan laadukas ja turvallinen kotiutuminen alkaa hyvästä valmistautumisesta, suunnittelusta ja ennakoivasta kotiuttamisesta (Hammar 2008; Hammar & Perälä 2003; Lämsä 2013). Tutkimukset myös puoltavat laajan ja moniammatillisen työryhmän osallistumista kotiutuksen arviointiin ja suunnitteluun, jotta kotiutusta voitaisiin tarkastella eri näkökulmista (Lämsä 2013). Onnistuneen kotiutusprosessin kulmakiviksi on nykyisin monien tutkimusten mukaan nostettu kotiutusprosessin aloittaminen mahdollisimman nopeasti. PALKOmallin mukaan kotiutusprosessin tulisi käynnistyä jo kotona potilaan lähtiessä sairaalaan. (Hammar 2008.)

Laadukas kotiuttaminen lähtee siis käyntiin jo potilaan lähtiessä kotoa sairaalaan. Yhteisesti sovitut käytänteet kotihoidossa potilaan lähtiessä sairaalaan luovat turvallisuuden tunnetta, vähentävät hoidettavia asioita sekä helpottavat tiedonkulkua kotihoidon ja sairaalan välillä. Potilas ei ole aina kykenevä kertomaan omasta voinnistaan, kotilääkityksestään ja aikaisemmasta selviytymiskyvystään ennen sairastumistaan. Kotihoidosta saadut tiedot potilaasta hänen tullessaan sairaalaan ovat ensiarvoisen tärkeitä potilaan hoitoa ja jatkohoitoa ajatellen. Hoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen sekä kotihoidon suunnittelu sairaalassa helpottuu ja nopeutuu, jos potilaalla on mukana aikaisempaa hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat tai tiedot välitetään sähköisesti. Kiireellisissä tapauksissa puhelinsoitto päivystyksikköön voi korvata kirjalliset potilasasiakirjat. Yhteisten käytänteiden ansiosta myös tarpeelliset hoitovälineet, oleelliset lääkkeet sekä muut tarvikkeet siirtyvät potilaan mukana hoitopaikkaan. Yhteisesti suunniteltu hoitajälähete on selkiyttämässä lähettävän hoitajan toimintaa sekä toimii samalla muistilistana hoitajalle. Hoitajälahetteen ansiosta myös sairaalan henkilökunta saa arvokasta tietoa potilaasta ja hänen kotioloistaan. Hoitajälähete olisi tärkeää suunnitella yhdessä avohuollon sekä erikoissairaanhoidon työntekijöiden kanssa, jotta lähetteestä saatu informaatio palvelisi molempia osapuolia. (Hammar & Perälä 2003.)

Potilaan joutuessa sairaalan omasta tai omaisen toimesta tulee sairaalan henkilökunnan välittää viiveettä tieto sairaalassaolosta kotihoitoon. Tieto potilaan olinpaikasta vähentää kotihoidon työntekijöiden turhia kotikäyntejä sekä säästää aikaa potilaan tarpeettomalta etsimiseltä. Tiedon ansiosta kotihoidon työntekijät pystyvät keskeyttämään potilaan muut palvelut ja asiakasmaksut sairaalassaolon ajaksi. Osastolla kotiutumisprosessi alkaa jo potilaan tullessa sairaalaan. Kotiuttamispäätöksen tekee aina lääkäri. Mahdollisesta kotiuttamispäivästä olisi hyvä keskustella potilaan ja omaisten kanssa mahdollisimman varhain, jotta he voisivat henkisesti valmistautua kotiutukseen. Lääkäriin tulisi kirjoittaa reseptit, selkeät jatkohoito-ohjeet, epikriisi sekä muut asiakirjat hyvissä ajoin, jotta potilaalle voitaisiin taata paras mahdollinen palvelu. Kotiuttamispäätös olisi hyvä olla tehtynä muutamaa päivää ennen kotiutuspäivää, jotta hoitajat kykenisivät ilmoittamaan asiasta ajoissa jatkohoitopaikkaan sekä järjestämään muut tarvittavat asiat. (Hammar & Perälä 2003.)

Potilaan siirtyessä sairaalasta jatkohoitopaikkaan tulee tieto siirtymisestä tai kotiuttamisesta toimittaa mahdollisimman varhain kotiutettavaan hoitoyksikköön tai kotihoitoon. Jatkohoitopaikkaa auttaa jo ennakoiva ilmoittaminen mahdollisesta kotiutuspäivästä, jotta potilaan kuntoutuminen ja hoito jatkuisivat saumattomasti. Ennakoivan ilmoituksen ansiosta jatkohoitopaikka voi aloittaa jo valmistelevat toimenpiteet potilaan jatkohoidon turvaamiseksi. Kotihoidossa työntekijät voivat avata potilaalle palvelut valmiiksi. Potilaan kotiutuspäivän siirtyessä on palveluiden peruminen helpompaa kuin niiden avaaminen liian nopeassa kotiutuksessa. Kiireellinenkin kotiutus voidaan hoitaa mallikkaasti, jos potilaan jatkohoito turvataan yhteisesti sovitulla periaatteilla. Kotiuttamisprosessia helpottaa, jos potilaalla on sairaalasta lähtiessä mukana seuraavien päivien lääkkeet ja erikoishoitotarvikkeet, hyvät jatkohoito-ohjeet hoidosta ja lääkityksestä, mahdolliset apuvälineet sekä tarvittaessa ruokapaketti. (Hammar & Perälä 2003.)

Hammar (2008) on tutkinut väitöskirjassaan PALKOmallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Tutkimuksen mukaan PALKOmallilla on ollut positiivista vaikutusta asiakkaiden elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen, myös omaisten kuormittavuutta on pystytty vähentämään. Lisäksi moniammatillisen tiimityöskentelyn avulla kotihoitoa saavien asiakkaiden kotonaoloaika ennen pysyvään laitoshoidon joutumista on kyetty pidentämään. Tutkimuksen mukaan PALKOmallin avulla voitaisiin saada pitkällä aikavälillä myös kustannussäästöjä. (Hammar 2008.)

WHO:n potilasturvallisuusliitto Waps loi tarkistuslistan leikkaussalitoimintaa varten vuonna 2007. Tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen leikkauksesta aiheutuneet komplikaatiot ovat vähentyneet merkittävästi. Tämän jälkeen tarkistuslistan käyttöä on laajennettu myös muihin hoitotyön työvaiheisiin, jotka ovat alttiita haittatapahtumille. Kotiutusprosessi on monivaiheinen ja mutkikas, joten selkeän ja toimivan tarkistuslistan käyttö on tutkimusten mukaan edesauttanut sujuvaa kotiuttamista. Tarkistuslista on tarkoitettu työvälineeksi, jonka avulla voidaan toimia samalla tavalla ja systemaattisesti riippumatta siitä keitä hoitotiimissä työskentelee. Sen tarkoituksena on toimia muistilistana, jotta kotiuttamisvaihetta voitaisiin nopeuttaa. Uuden käytännön sisäänajo aiheuttaa lähes aina muutosta työyhteisössä, joten tarkistuslistan käyttöönotto on hyvä perustella, jotta sen käyttämiseen motivoiduttaisiin. (Duodecim, 2015b.)

Potilaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen tai avohoitoon on erityisen tärkeää huolehtia toimivasta informaatiosta. Siirrettäessä hoitovastuu toiselle taholle on erityisen tärkeää, että informaatio on riittävää ja selkeää, jotta hoitovastuun ottava taho kykenee suunnittelemaan mahdollisimman hyvin potilaan laadukkaan hoidon. (Rosenström 2013.) Hyvän ja laadukkaan hoitotyön yhteenvedon laatiminen sekä jatkohoitoon lähettäminen on tutkitusti parantanut potilaan hoidon turvallista jatkumista. Sähköiset potilaan asiakirjat ovat edistäneet hoitotyöyhteenvedon laatua. (Kuusisto ym. 2014.) Kuusisto ym. (2014) on myös tutkinut väitöskirjassaan hoitotyöyhteenvedon vaikuttavuutta potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tutkimuksessa laitoshuollon työntekijät saivat kirjallisen hoitotyöyhteenvedon toisin kuin avohuollon työn-

tekijät. Tutkimuksen mukaan hoitotyönyhteenvedon saaneet kokivat organisaatioiden välisen tiedonkulun hyvänä verraten niihin organisaatioihin joihin hoitotyönyhteenvedoa ei toimitettu. Tämä tuli erityisesti näkyviin laitoshoidossa työskentelevien ja avohoidossa työtätekevien välillä. Tiedonkulkuun sekä hoidon tuloksiin oltiin tyytyväisempiä laitoshoidossa kuin avohoidossa. (Kuusisto ym. 2014.) Hyvän hoidon takaamiseksi on tärkeää, että tieto on oikeassa paikassa ajallaan ja tiedon siirtyminen hoitolaitoksesta toiseen on sujuvaa.

Hoitajilla ja lääkäreillä tulee olla selkeä työnjako kotiuttamisen eri vaiheista. Erityishuomiota vaativat tilanteet, joissa potilas on uusi asiakas avoterveydenhuollossa tai hänen terveydentila tai sosiaalinen tilanne ovat osastohoitoaikana oleellisesti huonontuneet. Pitkään jatkunut olo osastolla, kuntoutumisen keskeneräisyys sekä saattohoito vaativat myös laajempaa huomiointia kotiutustilanteessa. (Sairaanhoitajan käsikirja 2010.) Lämsä (2013) pohtii tutkimuksessaan, tulisiko sairaalaan luoda yhteiset ja yhteneväiset pelisäännöt kotiuttamisprosessin kehittämiseksi. Kotiutuskriteerit voisivat olla Lämsän mukaan koko sairaalan tai osaston kattavat yhteiset toimintaohjeet.

3.3 Kotiuttamisprosessin ongelmakohtia

Nykyisin kotiutettava potilas on yhä useammin iäkäs, huonokuntoinen ja monisairas. Tällöin on olennaista pohtia potilaan heikentyneen kunnon vuoksi hänen kotona pärjäämistään, mahdollista jatkohoitopaikkaa, kotiutuksen ajankohtaa sekä kotiapujen määrää. Kotiutuksesta muodostuu usein ongelmallinen ja monivaiheinen prosessi, joka hyvästä yrityksestä huolimatta välillä sisältää myös harha-askelia. Lämsän (2013) tutkimuksen mukaan kotiutusprosessi on erityisen vaativa prosessi osastoilla, koska kotiuttamiseen vaikuttavia tekijöitä on monia. Prosessia hidastaa asioista neuvottelemisen ja pohtimisen siitä, mikä kotiuttamisperuste nostetaan vaikutukseltaan tärkeimmäksi kotiuttamisen kannalta. Kotiuttamistilannetta vaikeuttaa, jos eri alan asiantuntijoilla on eriävät mielipiteet potilaan selviytymisestä kotona. Lääkäri on tutkimuksen mukaan tässä prosessissa hankalimmassa osassa, koska hän joutuu olemaan ylemmän hallinnon vaatimusten sekä käytännön paineiden puristuksessa. Hoitajien on helpompi tukeutua yhteen kriteeriin kotiutusta mietittäessä, koska heidän ei tarvitse vastata kotiutusprosessista ylemmille toimihenkilöille.

Kotiuttamisessa ongelmana on myös kiihtynyt työtahti sekä paine kotiuttaa potilaat mahdollisimman nopeasti, jotta saadaan vapaita paikkoja saapuville potilaille erikoissairaanhoidon sakkopaikoilta. Tästä seuraa huono-kuntoisten potilaiden liian aikainen kotiuttaminen. Potilaan laadukkaan ja turvallisen hoitamisen takaamiseksi on potilaan kotiuttamisesta tullut kriittinen piste hyvän hoidon onnistumiselle. Painetta entisestään ovat kasvattamassa erilaiset sakkojärjestelmät, joissa kunta joutuu maksamaan peti-paikasta korkeampaa hintaa, jos potilasta ei voida kolmen vuorokauden kuluessa siirtää erikoissairaanhoidosta kunnan omistamiin perusterveydenhuollon yksiköihin. (Lämsä 2013, 108–109.)

Kotiuttaminen vaatii yhteistyötä monen eri tekijän kanssa. Potilaan kotiutukseen osallistuvat hoitohenkilökunta, potilas, omaiset ja jatkohoitopaikan henkilökunta. Ongelmia kotiuttamiseen lisäävät erilaiset kommunikaatio-ongelmat eri terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoiden välillä. Palvelujärjestelmien ja hoitoprosessien hajanaisuus vaikeuttaa potilaskeskeisen ja turvallisen hoidon toteutumista. (Hammar 2008.) Tiedonkulkuongelmat eri hoitoyhteistyökumppaneiden välillä lisäävät erityisesti haasteita potilasturvallisuudelle. Lisäksi nykypäivänä kamppaillaan niukan henkilöstövoimavaran kanssa ja myös työntekijöiden vaihtuvuus on liiankin nopeaa. Kaikkia uusia työntekijöitä ei ehditä perehdyttämään työpaikan käytäntöihin riittävä hyvin, mikä vaikeuttaa turvallisen hoitotyön toteutumista. (THL 2011, 9.)

Kotiuttamisen tapahduttua liian nopeasti sekä liian huonokuntoisen potilaan kotiin lähettäminen johtaa yleensä siihen, että potilas joutuu takaisin sairaalahoitoon. Tätä ilmiötä kutsutaan pyöröovi-ilmiöksi (revolving door phenomenon), jossa potilaan sairaalajakso uusiutuu. (Lämsä 2013.) Niskanen (2012) nostaa kotiutuksen kehittäminen tutkimuksessaan esille puutteet kirjaamisessa, tiedonkulussa sekä työvuorosuunnittelussa, jossa työnjohdon pitäisi paremmin kohdentaa vuorot tarpeiden mukaisiksi. Lääkärikierroilla sovittuja kotiutusaikoja ja suunnitelmia ei aina muisteta kirjoittaa potilaan jatkohoitotietoihin, jolloin seuraavaa vuoroa tekevä hoitaja ei pysty tarkistamaan tietoista, mitä on sovittu. Pelkkä suullisesti kerrottu ei riitä, sillä informaatiota on niin paljon, ettei kaikkea voi jättää pelkän muistin varaan. Puutteellinen tiedonkulku jatkohoitopaikkaan vaikeuttaa vastaanottavan yksikön toimintaa ja vaarantaa potilasturvallisuutta.

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Moniammatillisen yhteistyön käsite (multiprofessional collaboration/teamwork) tuli suomalaisten keskusteluun 1980-luvun loppupuolella, mutta yleistyi ja vakiintui 1990-luvulla laajemmin eri työyhteisöjen ja ammattikuntien keskuudessa. Nykyään sillä viitataan varsin laajasti kaikenlaisiin eri yhteistyön muotoihin, usein jopa varsin epämääräisesti. (Isoherranen 2005, 13.) Isoherranen (2012, 19) pohtii tutkimuksessaan, että sosiaali- ja terveysalalle moniammatillisesta yhteistyöstä on muodostunut eräänlainen sateenvarjokäsite, joka pitää sisällään monenlaisia määritelmiä sekä viitekehyksiä riippuen määrittelijän suuntautumisesta. Isoherranen (2012, 19) kirjoittaa, että moniammatillisen yhteistyökäsitteen avaaminen ja sen merkityksen ymmärryksen lisääminen auttaa ammattilaisia kehittämään työskentelyä yhteistyön suuntaan. Käsitteen perusteellinen avaaminen on tärkeää, jotta vältetään väärinymmärryksiä ja ennakoasenteilta joita moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen saattaa liittyä.

Terpstra, Best, Abrams & Moor (2010, 509) kirjoittavat, että vaikka viime vuosisadalla terveysalalla on saavutettu merkittäviä edistyksiä muun muassa sairauksien voittamisessa, ihmisten elintapojen muuttumisessa sekä teknologian ja tieteiden kehittämisessä, niin kuitenkin tärkein opittu asia on oivaltaminen, että terveys on monisyinen ilmiö ja syy-seurauspolut eivät ole ainoastaan biologisia. Tepstran ym. (2010) mukaan paradigman ja terveys-

tutkimuksen muutos viimeisimmän 50 vuoden aikana on johtanut käsitteellisten mallien muuttumiseen lineaarisesta, vuorovaikutteisen kautta systeemiseen paradigmaan, joka helpottaa terveysalan monimutkaisten ongelmien ratkaisussa eri tieteenalojen välillä.

Pärna (2012, 53) pohtii tutkimuksessaan, että moniammatillinen yhteistyö viittaa eri ammattikuntien väliseen yhteistyöhön, joka toteutuu organisaatioiden sisällä tai eri organisaatioiden välillä. Moniammatillista yhteistyötä on tutkittu paljon myös hoitotyön viitekehyksessä ja siitä on tuotettu paljon myös kirjallisuutta, joissa käsitteelle on luotu monenlaisia määritelmiä.

Isoherrasen (2005) mukaan ”moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa työskentelyä asiakas- ja työlähtöisesti niin, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa pyrkivät mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon” (Isoherranen 2005, takakansiteksti). Määttä (2007) korostaa synteisimäistä ajattelutapaa, jonka mukaan moniammatillisessa yhteistyössä pyritään tietojen, taitojen, kokemusten ja toimivallan jakamisella johonkin yhteiseen päämäärään. Moniammatillisessa tiimissä tehdyt päätökset ovat pääsääntöisesti parempilaatuisia kuin ne, jotka tehdään ainoastaan yhden ammattiryhmän kesken tai jopa itsenäisesti (West, Dawson, Glasby & Hardy 2012, 11).

Moniammatillinen työryhmä tekee tavoitteellista, suunnitelmallista ja säännöllistä yhteistyötä. Näiden vaatimusten täyttyminen edellyttää että ryhmän jokainen jäsen kantaa konkreettisesti vastuuta omasta osaamisalastaan ja osallistuu päätöksentekoon. Jokaisen jäsenen asiantuntemus on tuotava esille, jotta esillä olevasta asiasta pystytään luomaan kokonaiskuva ja näin ollen saadaan asetetut tavoitteet toteutettua. (Jauhiainen 2004, 5.) Pärnan (2012, 6) mukaan moniammatillinen yhteistyö on prosessi, joka sisältää resurssien, osaamisen ja vastuun jakamista. Prosessin kehittämisessä on yhteistyö tärkeää, jotta uudet käytänteet saadaan paremmin juurrutettua organisaation työskentelytapoihin.

4.1 Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla

Nykyisin kohdataan yhä monimutkaisempia ongelmia myös sosiaali- ja terveysalalla. Sairauksista tiedetään enemmän ja niitä myös diagnosoidaan enemmän kuin ennen. Ihmiset elävät pidempään ja ovat usein elämän loppupuolella varsin monisairaita, jolloin he tarvitsevat paljon erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamia palveluita. Moninaisten ja monimutkaisten ongelmien selvittelyssä ammattilaiset ovat yhä enemmän riippuvaisia toisistaan. Mikäli ammattilaisten kesken työskentelytapoja ei ole kunnolla organisoitu, tästä seuraa usein ristiriitoja ja päällekkäisyyksiä, jotka johtavat tehotomaan työskentelyyn. Lisäksi potilaat ja heidän omaisensa ovat sähköisten tietojärjestelmien kehittymisen myötä nykyään tietoisempia oikeuksistaan ja vaativat entistä enemmän mahdollisuutta osallistua hoitoon liittyvien ratkaisujen tekemiseen. Kehityksen suunta on, että potilas on yhä enemmän toiminnan keskiössä. (Tanttu 2007.) Suomessa potilaan toimintamahdollisuuksia määrittelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tämä laki asettaa raamit myös ammattihenkilöiden toiminnalle. Tiedon ja erikoisalojen lisääntymisen myötä kustannukset ovat nousseet terveydenhuollossa huomattavasti. Teknologisen kehityksen

myötä tiedon määrä on lisääntynyt ja on yhä useamman saatavilla. Lisäntyneen tiedon kokoamiseen ja siirtämiseen löytyy teknologisen kehityksen myötä välineitä, kunhan ne saadaan joustavasti kaikkien tarvitsijoiden käyttöön. Moniammatillinen yhteistyö nähdään tässä tapauksessa tienä laadukkaampaan ja tehokkaampaan hoitoon. (Terpstra ym. 2010, 508–515.)

Moniammatillista tiimityötä sosiaali- ja terveydenhuollossa on tutkittu paljon ja tulokset ovat pääasiassa positiivisia. Tutkimustulosten mukaan asiakkaat ovat kokeneet saavansa asiantuntevampaa ja yksilöllisempää palvelua, henkilöstö on kokenut työmotivaation paremmaksi sekä työnjaon ja vastuunoton onnistuneemmaksi. Aiemmissa tutkimustuloksissa korostuvat myös henkilöstön paremmat oppimis- ja kehittymismahdollisuudet. (Sannerma 2009, 107.)

4.2 Moniammatillisen yhteistyön edellytykset

Moniammatillisessa yhteistyössä tiimin jäsenten sitoutuminen, keskinäinen luottamus, työnjako ja vuorovaikutus ovat onnistuneen toiminnan edellytykset. Isoherranen (2012, 31) kirjoittaa tutkimuksessaan, että tiimi on moniammatillisen yhteistyön ydinkäsite ja sitä käytetään sosiaali- ja terveysalalla yleisesti samassa merkityksessä moniammatillisen yhteistyön kanssa.

Katajamäen (2010, 26) mukaan moniammatillinen osaaminen ei ole kuitenkaan sama kuin moniammatillisen tiimin toiminta, vaikka tiimimäistä toimintaa voidaan käyttää moniammatillisen osaamisen kehittämisessä. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä yhteistyö ja siihen sitoutuminen on kuitenkin tärkeää. Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan toimiva moniammatillinen yhteistyö edellyttää hyvää johtajuutta, resursseja, koulutusta, sitoutumista, joustavuutta, vuorovaikutustaitoja, koordinointia, oman substanssin osaamista sekä työprosessin hallintaa.

Kemppainen, Paasivaara & Wiikin (2012) mukaan sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kuntoutusaloilla on puutteelliset tiedot ja taidot toimia yhteistyössä. Tämän vuoksi tarvitaan paikkoja, joissa voi oppia uudenlaisia työntekemisen tapoja. (Eloranta & Kuusela, 2011.) Oppimisessa olennaista on erilaisuuden kunnioittaminen, motivaatio sekä mahdollisuuden antaminen yhteisölliselle ja moniammatillisuuden oppimiselle. Ohjaus ja arviointi ovat myös tärkeitä. Ytimessä on kuitenkin se, kuinka arvot näkyvät omassa toiminnassa. (Katajamäki 2010.) Moniammatillisen työn yhteydessä puhutaan myös verkosto-osaamisesta, joka on taitoa hakea tietoa ja käsitellä sitä yhteistyössä, ei tietää itse. Verkosto-osaaminen vaatii tietynlaista valppautta, hereillä olemista ja uteliaisuutta ympäristöä kohtaan sekä vuorovaikutusta muiden verkoston jäsenten kanssa (Elinkenoelämän keskusliitto, 2011.)

Käsite multiprofessionaalinen sisältää ajatuksen siitä, että jotakin asiaa tarkastellaan sekä oman, että toisen ammatin lähtökohdista, jolloin on mahdollista oppia kaikilta ryhmän jäseniltä. Moniammatillisessa oppimisessa tiettyä teemaa tarkastellaan vain kunkin ammatin näkökulmasta. Transprofessional-käsite viittaa todellisen elämän kokemuksiin perustuvaan moniammatilliseen oppimiseen ja työskentelyyn, jolloin asiantuntijat voivat rikkoa asiakaslähtöisesti rooli- tai toimintarajojaan. (Katajamäki 2010, 25.)

Kempainen ym. (2012) kirjoittavat, että moniammatillisessa oppimisessa oma osaaminen laajenee moniammatilliseksi ja yhteistyötaidot ammattiryhmien kesken parantuvat. Yhteisellä koulutuksella pyritään vähentämään ennakko- ja yhteistyöosaamista. Katiskon, Kolkan & Vuokila-Oikkosen (2014) raportin mukaan yhteistyö osaamisen kontekstina pidetään työelämää, mutta konteksti voi olla laajempi ja ulottua myös yhteiskunnan muihin alueisiin kuten vapaaehtoistyöhön ja kansalaistoiminnan eri muotoihin.

5 OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Ohjaus-käsite on hoitotyössä erittäin yleinen. Kääriäinen ja Kyngäs (2014) kirjoittavat artikkelissaan ohjauksen käsitteestä hoitotyössä. Artikkelissa kuvataan tutkimusten pohjalta ohjauksen olevan osa hoito- tai opetustyön prosessia tai osana hoitotyön ammatillista toimintaa. Heidän mukaansa Karlstenin (1997) näkemys ohjauksesta ammatillisena toimintana on tavoitteellista keskustelua potilaan tilanteesta ja niihin liittyvistä asioista (Kääriäinen & Kyngäs 2014). Kääriäinen ja Kyngäs kuvaavat myös Phillipsin (1999) ja Soohbanyn (1999) näkemyksen ohjausprosessista tavoitteellisena ongelmanratkaisuna, ongelmien erittelemisenä ja niistä oppimisena.

Ohjaus-käsitteen käyttäminen on ongelmallista, koska sen käyttöä vaikeuttaa monet eri lähikäsitteet joita käytetään hoitotyössä (Kääriäinen & Kyngäs 2014). Lähikäsitteitä ovat Eloranta & Virkin (2011) mukaan neuvonta, tiedonanto ja opetus. Näiden käsitteiden välillä on kuitenkin eroavaisuuksia. Ohjaustilanteessa korostuu keskustelijoiden tasavertaisuus. Ohjauksen päämääränä on, että ohjattava itse löytää omat ongelmansa sekä ohjaaja kannustaa ohjattavaa auttamaan itse itseään. Potilaan oman aktiivisuuden löytäminen on ohjauksen yksi päätavoite. (Eloranta & Virkki 2011, 19.)

Ohjaaminen ja sen kuuluminen hoitohenkilökunnan toimintaan tunnistettiin jo 1800-luvun puolivälissä Florence Nightingalen ansiosta. Nightingale painotti ohjauksen merkitystä lähinnä potilaiden perushoitamisessa. 1900-luvun alussa ohjaus painottui enemmän ennaltaehkäistävien sairauksien hoitamiseen. (Kääriäinen 2007.) Nykyisin ohjaaminen on yksi keskeisimmistä hoitotyön osa-alueista (Kääriäinen 2007; Eloranta & Virkki 2011). Ohjauksen perustana ovat lukuiset lait ja suositukset. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 artiklan 5 mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus terveydentilastaan, hoidon vaikutuksista ja hoitovaihtoehdoista siten, että hän ymmärtää niiden sisällön. Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors (2007) kirjoittavat kirjassaan suositusten merkityksestä potilasohjauksessa. Heidän mukaan ohjaukselle ei ole varsinaista suositusta vaan lukuisat terveydenhuollon suositukset antavat suuntaa ohjauksen toiminnalle ja sen kehittämiseksi.

5.1 Ohjauksen merkitys ja ulottuvuudet

Ohjaamisen merkitys korostuu erityisesti nykypäivän hoitotyössä, koska potilaat osallistuvat yhä enenevässä määrin itsensä hoitamiseensa ja heidän tulee olla yhä enemmän vastuussa omasta terveydestään (Eloranta & Vinkki

2011; Kyngäs ym. 2007; Lipponen 2014). Haasteita ohjaukselle ja ohjauksen tarpeelle luovat potilaiden lyhentyneet hoitoajat, hoitajien vähyys (Kyngäs ym. 2007; Eloranta & Virkki 2011, 8) sekä nopeasti muuttuvat toimintaympäristöt ja käytänteet (Eloranta & Virkki 2011, 8). Hyvällä potilasohjauksella voidaan tutkimusten mukaan saada potilas sitoutumaan hoitoonsa paremmin (Näntä-Salonen & Ruusu 2007), mahdollistaa potilaan itsehoito (Peltoniemi 2007) ja turvata hoidon jatkuvuus. (Heino 2005).

Elorannan ja Virkin mukaan ohjaaminen on potilaan ja hoitajan välistä vuoropuhelua, jossa kumpikin osapuoli on tasavertaisena mukana. Ohjaamisen tarkoituksena on rakentaa mahdollisuudet selviytymiselle yhteisen tiedon ja taidon avulla (Eloranta & Vinkki 2011, 8). Tavoitteena on löytää potilaan omat voimavarat sekä ohjata häntä käyttämään niitä. (Kyngäs ym. 2007.) Ohjaaminen ei ole Kyngäksen ym. (2007) mukaan vain tiedon antamista vaan ohjaaminen käsittää myös sosiaalisen tukemisen. Sosiaaliseen tukemiseen katsotaan kuuluvan emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja tulkintatuki. Emotionaalisen tukemiseen kuuluu myönteisten tunteiden, arvostuksen ja hyväksynnän ilmaiseminen. Käytännön tuki sisältää tarvikkeet, joita hän tarvitsee sairauden hoitamiseensa. Tiedollinen tuki mahdollistaa potilaan saamaan kaiken tarpeellisen tiedon ja tulkintatuki auttaa potilasta ymmärtämään oman tilanteensa. (Kyngäs ym. 2007.)

Eloranta & Virkin (2001, 21) mukaan neuvonta on tilanne, jossa hyödynnetään hoitajan tietotaito ja kokemus potilaan tilanteen kartoittamiseksi ja tavoitteen saavuttamiseksi. Neuvonnassakin on lähtökohtana potilaan tarpeet ja lähtökohdat. Tiedon antaminen poikkeaa muista lähikäsitteistä ja ohjauksesta siten, että vuorovaikutus on vähäisempää. Siinä korostuu enemmän asiasisältö ja usein se onkin tukemassa ohjausta ja neuvontaa esimerkiksi kirjallisen hoito-ohjeen muodossa. (Kyngäs & Kääriäinen 2014; Eloranta & Virkki 2011, 21.)

5.2 Potilaan ohjaus hoidon eri vaiheissa

Ohjaaminen on hoitotyössä tilanne, jossa potilas saa tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Jotta ohjaaminen pystytään kohdentamaan oikein, vaaditaan hoitajalta potilaan tiedontarpeen tunnistamista, suunnitelmallisuutta ja riittävää tiedollista osaamista. (Montin, L 2008.) Hoitotyössä ohjausta käyttävät monet eri terveydenhuollon työntekijät erilaisissa toimintayksiköissä esimerkiksi sairaalan osastoilla, perusterveydenhuollon vastaanotossa, kotihoidossa ja kouluissa. Hyvän ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan selviytymiskykyä kotona sekä vähentää uusintakäyntejä ja yhteydenottoja hoitojakson jälkeen. (Kyngäs ym. 2007.)

Eloranta & Virkki (2011) kuvaavat kirjassaan Ohjaus hoitotyössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tuotetun potilasohjauksen mallin. Tässä mallissa käsitellään päivystyspotilaan ohjaamista ja tiedonsaantia sairaalan tulo-, osasto- ja kotiutumisasiheissa. Mallissa ohjaustilanteet on jaettu kolmeen eri vaiheeseen: tulovaihe, osastovaihe ja sairaalasta lähtövaihe. Suurin osa päivystyspotilaista kotiutuu saman tien, joka asettaa ohjaajalle haasteita koota nopeasti käsitys potilaasta sekä hänen kyvystään ottaa tietoa vastaan ja käsitellä sitä. (Eloranta & Virkki 2011.)

Mallin mukaan tulovaiheessa on tärkeintä kerätä kaikki mahdollinen tieto, mikä vaikuttaa tilanteeseen sekä rauhoittaa tilanne. Ohjauksen tavoitteena on tällöin turvallisen hoidon toteuttaminen. Tämän jälkeen seuraa ensitietovaiheen ohjaus, jossa käydään läpi tuleva hoito, jotta potilas kykenee osallistumaan päätöksentekoon sekä hoitamiseensa. Osastovaiheessa käydään potilaan ja omaisten kanssa kolmivaiheisesti läpi sairauden kulku. Akuuttivaiheessa ohjataan potilasta ymmärtämään tilanne ja tuetaan asian läpikäymisessä sekä tilanteesta eteenpäin pääsemisessä. Oireiden ja sairauden syyn selvitysvaiheessa potilasta ohjataan tuleviin toimenpiteisiin ja pyritään turvaamaan tutkimusten ja toimenpiteiden asianmukainen sujuminen. Kolmantena vaiheena on selviytymisen ja muuttuneen elämäntilanteen tukeminen. Tällöin ohjauksella pyritään vahvistamaan potilaan oma-hoitovalmiuksia. (Eloranta & Virkki 2011, 39–43.)

Sairaalasta lähtövaihe tarkoittaa potilaan kotiutumista ja jatkohoitoa. Lyhyet hoitoajat asettavat haasteita kotiuttamisvaiheen ohjaukselle. Ohjaus tulee olemaan viimeinen lenkki potilaan sairaalahoidossa, jonka jälkeen potilaan tulisi pärjätä kotona. Ohjauksen tukena voidaan käyttää kirjallisia ohjeita, hyödyntää avohuollon eri organisaatioita sekä potilasjärjestöjä. Ohjauksen tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus sekä kotona pärjääminen. Kotiuttamisvaiheessa tulee hoitajan sisällyttää ohjaukseensa tiedot vertaistuen mahdollisuudesta, selvittää epäselvät asiat, varmistaa ja huolehtia potilaan hoidon turvallinen jatkuvuus sekä arvioida yhdessä potilaan kanssa ohjauksen onnistuminen. (Eloranta & Virkki 2011.)

Lipponen (2014) on tutkinut väitöskirjassaan potilasohjauksen toimivuutta kirurgisella osastolla sekä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan taidot ohjaamisessa olivat kohtalaisen hyvät ja väitöskirjan mukaan myös muut tutkimukset puolsivat asiaa. Kuitenkin potilaan hyvinvoinnin edistäminen ja ohjaaminen vertaistuen käyttöön olivat vähäistä, tätäkin tulosta tukivat aikaisemmat tutkimustulokset. Hoidon jatkuvuuden kannalta olisi kuitenkin tärkeää ohjata potilasta vertaistuen piiriin, jotta potilas kykenisi motivoitumaan kuntoutukseen heti ja itseohjautuvuus lähtisi alusta lähtien käyntiin. Tutkimus vahvisti ohjauksen merkittävyyttä potilaan hoidon laadun takaamiseksi. Hyvän ohjauksen varmistamisen kaikissa hoitoprosessin vaiheissa tuo myös kustannussäästöjä. Henkilökunnan koulutus, hyvä yhteistyö, hoito-ohjeet ja suositukset vahvistavat hoitajien ohjaustaitoja. (Lipponen, 2014.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Potilaan kotiutuminen on monimuotoinen prosessi, johon vaikuttavat monet eri tekijät ja toimijat. Kotiutusprosessiin osallistuvat hoitajat, lääkärit, erityistyöntekijät, potilas ja hänen omaisensa. Tiedonpuute, eriävät käytänteet sekä yhteistyön ongelmat voivat olla vaarantamassa potilaan turvallisen hoidon jatkuvuutta. (Lämsä 2013.) Tutkimusten mukaan ennakoivan kotiuttamisen jalkauttaminen kotiuttamisprosessiin osallistuvien toimintatapoihin toisi positiivista vaikutusta potilaiden elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen sekä pitkällä aikavälillä myös kustannussäästöjä. (Hammar 2008.)

Olemme työskennelleet ja tehneet sairaanhoitajan opintoihin sisältyviä työharjoitteluita sairaaloiden eri osastoilla. Olemme havainneet kotiuttamisprosesseissa paljon puutteita ja kehitettävää, joten valitsimme opinnäytetyön aiheeksi tämän tärkeän ja ajankohtaisen aiheen.

Opinnäytetyönä osallistuimme kotiuttamisen kehittämishankkeeseen Valkeakoskella. Opinnäytetyön ja hankkeen tavoitteena on kehittää kotiutusprosessia ja luoda uusia, toimivia kotiutuskäytänteitä Valkeakosken eri terveydenhuollon toimintayksiköiden välille.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Valkeakoskella toimivien eri terveydenhuollon toimintayksiköiden kotiutusprosessiin liittyviä kokemuksia, käytänteitä sekä yhteistyön toimivuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää työpajoista osallistuvan havainnoinnin avulla saatua tietoa ja raportoida saatu tieto osana opinnäytetyötä. Tavoitteena on tuottaa tietoa yhteistyön ja kotiuttamisprosessin kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena on tarkastella kotiuttamisprosessin kehittämistä ennakoivan kotiuttamisen näkökulmasta.

7 TUTKIMUSMENETELMÄ

Hoitotieteessä tutkimuksen lähestymistapana käytetään kvantitatiivista (määrällinen) tai kvalitatiivista (laadullinen) tutkimusasetelmaa. Kvantitatiivinen lähestymistapa soveltuu moniin erityyppisiin tutkimusasetelmiin. Kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan usein kiinnostuneita erilaisista luokitteluista syy- ja seuraussuhteista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvan ilmiön selittämisestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55–59.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen lähestymistapaa valittaessa tulee pohtia, mikä menetelmä sopii parhaiten kyseiseen tutkimusilmiöön tai tehtäviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Laadullisen tutkimuksen avulla keskitytään yleensä pienen aineiston analysointiin mahdollisimman tarkasti. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin asioista. Laadullinen tutkimus on hyvä menetelmä, kun halutaan tutkia vaihtoehtoja, selvittää ongelmia tai kehittää toimintaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Laadullisen tutkimuksen suomenkielisissä tutkimusraporteissa käytetään synonyymeinä laadullinen, kvalitatiivinen, pehmeä, ymmärtävä ja ihmistutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20). Laadullisia tutkimusmenetelmiä on useita, kuten etnografia, grounded theory ja fenomenologia. Etnografisessa menetelmässä keskeistä on kenttätyöskentely eli se, että tutkija viettää aikaa tutkimansa yhteisön jäsenenä. Etnografisessa menetelmässä tavoitellaan aineistoa kuvaavia käsitteitä ja yhteisiä lainalaisuuksia. (Kankkunen & Veh-

viläinen-Julkunen 2013, 68–69.) Yllä mainituista kolmesta tutkimusmenetelmästä etnografia sopi parhaiten meidän opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen menetelmäksi, koska me tutkijoina olimme tutkimamme yhteisön jäseniä ja vietimme siellä aikaa osallistumalla työpajoihin.

Laadullisen tutkimuksen määritelmään löytyy useita erilaisia versioita, riippuen siitä mitä lähteitä käytetään ja kuinka niitä tulkitsee. Tuomi & Sarajärvi (2009, 17–21) pohtivat kirjassaan, että peruskysymykseksi muodostuu laadullisen tutkimuksen suhde teoriaan ja teoreettiseen tietoon. Tähän pohdintaan sisältyy kaksi toisiinsa liittyvää kysymystä: tarvitaanko laadullisessa tutkimuksessa teoriaa ja edustaako laadullinen tutkimus teoreettista vai empiiristä analyysiä? Teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on ilmeinen, ja siksi sitä tarvitaan välttämättä. Teorialla tarkoitetaan tutkimuksen viitekehystä eli tutkimuksen niin sanottua teoreettista osuutta. Tutkimuksessa tarvitaan teoriaa myös metodien, tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden hahmottamiseen. Empiirisessä analyysissä korostuvat aineiston keräämis- ja analyysimetodit. Ei voida ajatella empiiristä tutkimusta, jossa ei olisi selostettu aineiston keräämis- ja analyysi metodia. Näiden kuvailu antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimusta ja on oleellinen osa tulosten uskottavuutta. Laadullinen tutkimus on empiiristä, ja laadullisessa tutkimuksessa on kyse empiirisen analyysin tavasta tarkastella havaintoaineistoja ja argumentoida.

7.1 Osallistuva havainnointi

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui osallistuva havainnointi (participant observation). Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on itse läsnä tilanteessa, Anttilan (1998) mukaan tutkijan lähtökohta on *“Mitä tässä tapahtuu?”*, *“Mikä on tärkeää ja olennaista tässä tilanteessa?”*, *“Miten läsnäolijat itse kuvaavat tilannettaan, ja miten he itse sen ilmaisevat?”* Hirsjärvi ym. (2007) avaa kirjassaan Tutki ja kirjoita muiden tutkimusten avulla havainnointia. Tutkimusten mukaan tieteellinen havainnointi ei ole vain näkemistä vaan siihen liittyy myös tarkkaileminen. Tieteelliselle havainnoinnille voidaan asettaa vaatimuksia toisin kuin arki-päivän tarkkailemiselle. Hirsjärven ym. (2007) mukaan havainnoinnin avulla voidaan saada nopeasti suoraa tietoa eri toimijoiden ja organisaatioiden toiminnasta. Havainnoinnin etuna voidaan pitää myös sen yhteyttä todelliseen elämään. Tämän vuoksi havainnointi on yksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmistä. (Hirsjärvi ym. 2007.) Työpajoissa tavataan monia eri toimijoita, joilla on omat kotiuttamiskäytänteet. Osallistuvan havainnoinnin avulla on mahdollisuus saada nopeasti selkeä kokonaiskuva eri toimijoiden toimintaperiaatteista, niiden samankaltaisuuksista ja eroavaisuuksista.

Havainnoinnin haittapuolena pidetään sen vaikuttamista tutkimuksen kulkuun. Hirsjärvi ym. (2007) kertovat kirjassaan luokkahuonetutkimuksesta, jonka kulkuun tutkijan läsnäolo on vaikuttanut. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tutkijan saapuessa luokkahuoneeseen oli sillä negatiivinen vaikutus tutkittavien keskittymiseen ja tutkimuksen kulkuun. Tutkijan sitoutuminen emotionaalisesti tutkittavaan tietoon haittaa myös tutkimuksen objektiivisuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 212.)

Anttilan (1998) mukaan osallistuva havainnointi voi olla joko passiivista tai aktiivista. Passiivisessa osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on yksi tutkittavan ryhmän jäsenistä vaikuttamatta ryhmän dynamiikkaan. Toisin kuin passiivisessa, aktiivisessa osallistuvassa havainnoinnissa tutkija pyrkii tarkoituksenhakuisesti vaikuttamaan tutkittavaan ilmiöön. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tulee tarkoin eritellä oma rooli ja raportoida sen mahdollinen vaikutus. (Anttila 1998.)

7.2 Sisällön analyysi

Laadullisessa tutkimusprosessissa aineistojen analyysi on usein erittäin haasteellinen osa, sillä kritiikki laadullista tutkimusta kohtaan on korostanut analyysien epäselvyyttä ja näkymättömyyttä sekä sitä, mistä ja millaisten prosessien kautta tulokset ovat muodostuneet. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään tiettyjä samankaltaisia perustekniikoita aineistojen analyysissa. Tekniikat sisältävät muun muassa koodauksen, reflektiiviset muistiinpanot, marginaalimerkinnät, päiväkirjat ja väittämien muodostamisen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 16).

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää useissa eri laadullisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Menetelmää on käytetty niin psykologiassa, liiketaloustieteessä, sosiologiassa kuin hoitotieteessäkin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165.)

Catanzarron (1988) mukaan sisällön analyysin prosessista erotetaan seuraavat vaiheet:

- analyysiyksikön valinta
- aineistoon tutustuminen
- aineiston pelkistäminen
- aineiston luokittelu ja tulkinta
- luotettavuuden arviointi.

Tavoitteena menetelmässä on ilmiön mahdollisimman laaja, mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy malleja, käsiteluoituksia tai käsittekarttoja. Sisällön analyysiin liittyy monia vahvuuksia ja sitä onkin viime vuosina paljon käytetty hoitotieteen tutkimuksissa. Menetelmän vahvuutena on pidetty muun muassa sisällöllistä sensitiivisyyttä ja tutkimusasetelman joustavuutta. Sisällönanalyysi on myös yksinkertainen tekniikka, jota pidetään niin vahvuutena kuin heikkoutenakin. Kritiikki sisällönanalyysia kohtaan liittyy siihen, että se ei johda tilastollisten analyysien mahdollisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Laadullisen analyysin toteuttamisen yhteydessä puhutaan usein induktiivisesta tai deduktiivisesta tavasta. Induktiivinen (aineistolähtöinen) sisällönanalyysi on ollut hoitotieteessä enemmän käytössä kuin deduktiivinen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella ja se perustuu lähinnä induktiiviseen päättelyyn eli induktioon. Induktio on päättelymuoto, joka lähtee liikkeelle yksittäisestä havaintojoukosta ja muodostaa niistä yleistyksen tai teorian (Korkman &

Yrjönsuuri-2008). Induktiivisessa analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, niin etteivät aikaisemmat havainnot, teorit tai tiedot ohjaa analyysia. Analyysissa edetään vaiheittain eli ensin aineisto pelkistetään ja ryhmitellään sekä lopuksi abstrahoidaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Deduktiivisen päättelyn yhteydessä puhutaan teorialähtöisestä analyysistä, joka tarkoittaa että lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Deduktiivisessa sisällön analyysissa ilmiön määrittelyyn käytetään aikaisemman tiedon perusteella laadittua teoreettista lähtökohtaa. Toisin kuin induktiivisessa analyysissä, aineiston analyysia ohjaa aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167–168.) Kirjallisuuden perusteella saa käsityksen että deduktiivisessa analyysissä aineiston luokittelu tehdään hiukan strukturoidummin kuin induktiivisessa analyysissä. Tämän opinnäytetyön laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysinä käytettiin induktiivista analyysin muotoa.

8 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2015 opinnäytetyön ohjaavan opettajan pyynnöstä osallistua kotiuttamisprosessin kehittämishankkeeseen Valkeakoskella. Pidimme aiheesta osastotunnin keväällä 2015 Valkeakoskella, joten meillä oli jo valmiiksi tutkittua tietoa aiheesta. Opettajamme toimii kehittämishankkeen vetäjänä ja koollekutsujana.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus alkoi Valkeakoskella 21.9.2015 kehittämishankkeen suunnittelukokouksella. Paikalla olivat kehittämishankkeen eri toimintayksiköiden edustajat: Valkeakosken aluesairaalan opetushoitaja sekä osasto kolmosen osastonhoitaja, Valkeakosken vanhuspalvelujohtaja, terveyskeskussairaalan kuntoutus-, ja akuuttiosaston osastonhoitajat sekä kotihoito. Lisäksi paikalla olivat Hämeen ammattikorkeakoulusta opinnäytetyön tekijät sekä opinnäytetyön ohjaaja, joka toimi myös suunnittelukokouksen sihteerinä.

8.1 Suunnittelu

Suunnittelukokouksessa tarkennettiin kotiutuksen kehittämisprosessin tavoitteita. Tavoitteiksi muodostui kotiutusprosessin selkiyttäminen Valkeakosken eri toimintayksiköiden välillä sekä yhteisen keskustelun käynnistäminen potilaan hoitoprosessista. Lisäksi yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi asetettiin potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Näiden jälkeen suunniteltiin työpajojen teemat. Päätettiin, että ensimmäisenä teemana on kotiutusprosessin nykytilanteen kartoitus. Sovittiin, että kaikki yksiköt tahollaan keskustelevat keskenään ja ensimmäisessä työpajassa yksiköt esittelevät omat kotiuttamiskäytänteensä muille toimijoille. Toisen työpajan aihe käsitteli kotiutustoimenpiteitä potilaan saapuessa osastolle. Jokainen toimija pohti kotiuttamisen vaiheita sekä yksikön sisäisen että yksiköiden välisen yhteistyön näkökulmista.

Suunnittelukokouksessa käytiin myös läpi kehittämisprosessin raportointi, siitä vastaavat toimijat sekä tulevien työpajojen aikataulut. Opinnäytetyöntekijöiden osuudeksi sovittiin osallistuminen kahteen ensimmäiseen työpajaan tuoden niihin tietoa onnistuneen kotiutuksen käytänteistä sekä ennakkoivasta kotiuttamisesta. Lisäksi päätettiin, että opinnäytetyöntekijät raportoivat ja avaavat työpajojen sisällön sekä työpajoista saadun tiedon opinnäytetöissään. Ensimmäinen työpaja sovittiin pidettäväksi 25.11.2015 ja toinen työpaja 20.1.2016. Opinnäytetyön tavoite on olla valmiina huhtikuun 2016 alussa.

8.2 Toteutus

Opinnäytetyömme tutkimustehtäviksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Millainen on onnistunut kotiutusprosessi?
2. Miten ennakoiva kotiutus palvelee onnistunutta kotiutusta?

Kehittämishankkeen suunnittelukokouksen jälkeen aloitettiin tutkimuksen tiedonhakuosuus Hirsjärvi ym. (2007, 65) kirjan mukaisesti. Tietoa kerättiin kotiuttamisprosessiin liittyvistä aiemmista tieteellisistä tutkimuksista, artikkeleista ja kirjallisuudesta. Suomalaisissa tietokannoissa käytimme seuraavia hakusanoja: kotiutuminen, kotiutusprosessi, turvallinen kotiuttaminen, moniammatillinen hoitotyö, moniammatillisuus, ohjaaminen, ohjaus hoitotyössä. Ulkomaisissa tietokannoissa käytettiin hakutermejä patient discharge, discharge, patient safety, checklist, counsel. Hakusanoilla saatiin runsaasti erilaisia lähteitä, joista valikoituivat aineistot otsikon, tiivistelmän tai koko tekstin perusteella. Valintakriteereinä olivat tiedon laatu, ajantasaisuus, luotettavuus ja sen käytettävyys opinnäytetyössä. Käytännön kokemuksista saatiin tietoa lisäksi erään aluesairaalan geriatriselta lääkäriltä ja hoitohenkilökunnalta.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin työpajoissa. Ensimmäiseen työpajaan toimme ajankohtaista tutkimustietoa onnistuneesta kotiuttamisesta PowerPoint-esityksenä. Työpajassa osallistuimme keskusteluun eri yksiköiden kotiuttamiskäytänteistä. Tietoa kerättiin osallistuvan havainnoinnin menetelmällä. PowerPoint-esityksen päätteeksi esitimme kysymykset onnistunutta kotiutusta koskien. Kysymykset olivat: Mitä epäkohtia löytyy omalta osastoltanne kotiutuksen suhteen? Mitä asioita voisi kehittää? Mitä asioita tulisi paremmin huomioida? Mitkä asiat ovat hyvin potilaan turvallisessa kotiuttamisessa osastollanne? Mitä vahvuuksianne olisi hyvä vahvistaa ja korostaa? Minkälaiset käytänteet ovat osoittautuneet hyväiksi? Työpajan jälkeen kehittämishankkeen toimijoiden tuli kysymysten perusteella pohtia omia kotiutuskäytänteitä, niiden vahvuuksia ja kehittämiskohteita sekä tuoda niistä tieto seuraavaan työpajaan.

Toinen työpajatyöskentely painottui ennakoivan kotiuttamisen tarkasteluun. Toimme työpajaan osallistuville tutkimustietoa ennakoivan kotiuttamisen mahdollisuuksista ajatellen onnistunutta kotiuttamista. Tieto esitettiin jälleen PowerPoint-esityksenä. Esityksen jälkeen kerättiin jokaisen yksikön kotiuttamisen vahvuudet sekä kehittämiskohteet erillisille papereille.

Tämän materiaalin saimme analysoidavaksi opinnäytetyötä varten. Lisäksi työpajassa käytiin keskustelua kehittämideoista ja yhteisistä tavoitteista. Toisen työpajan jälkeen kehittämishankkeen osallistujien tuli pohtia minkä hankkeeseen osallistuvan toimintayksikön toimintaan kukin haluaisi tutustua ja miksi.

Työpajojen jälkeen alkoi työpajojen auki kirjoittaminen ja työpajoista saadun tiedon analysointi. Tietoa keräsimme työpajoista osallistuvan havainnoin menetelmällä, päiväkirjaa kirjoittamalla sekä saimme käyttöömmme toisen työpajan aikana työstetyn kirjallisen materiaalin. Ensimmäisestä ja toisesta työpajasta saatu materiaali avattiin käyttäen sisällön analyysiä ja sen induktiivista muotoa. Työskentely aloitettiin ensimmäisenä pelkistämällä aineisto. Aineisto pelkistettiin selkeään muotoon, jotta aineiston ryhmittely voisi onnistua. Pyrkimyksenä oli saada tutkimusteksteistä esille olennaiset aiheet. Pelkistämisen eli redusoinnin tarkoituksena oli löytää ja erotella tutkimustehtävien kannalta olennaiset asiat. Pelkistämisen jälkeen aineisto jaettiin eri ryhmiin ja näin saatiin aineistosta koottua suuntaa-antavat päätökset sekä väliotsikot. Klusteroinnin eli ryhmittelyn tavoitteena oli löytää tekstiaineiston samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Samaa tarkoittavat asiat luokiteltiin omaksi ryhmäksi, jonka jälkeen aineisto voitiin luokitella ja saatiin kullekin luokitteluryhmälle sisältöä kuvaava nimike. Lopuksi aineisto abstrahoitettiin eli erotettiin tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Näin saatiin aineiston analysointia varten muodostettua teoreettinen käsitteistö, jonka avulla kuvattiin tutkimustehtäviä ja verrattiin sitä teorian tietoon. (Hirsjärvi ym. 2007.)

Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessi

OPINNÄYTETYÖPROSESSI		
SUUNNITTELUVAIHE	Syyskuu 2015→	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheen saaminen - Ideapaperin esitys - Kehittämishankkeen suunnittelukokous
	Lokakuu 2015→	<ul style="list-style-type: none"> - Aineiston keruu - PowerPoint esityksen laatiminen 1. työpajaan
TOTEUTUSVAIHE	Marraskuu 2015→	<ul style="list-style-type: none"> - 1. Työpaja - Teoriaosuuden työstämistä tutkimussuunnitelmaa varten
	Joulukuu 2015→	<ul style="list-style-type: none"> - Teoriaosuuden työstämistä - PowerPoint esityksen laatiminen 2. työpajaan
	Tammikuu 2016→	<ul style="list-style-type: none"> - 2. Työpaja - Tutkimusluvan saanti Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä - Tutkimusluvan saanti Valkeakosken vanhustyön johtajalta
	Helmikuu 2016→	<ul style="list-style-type: none"> - Väliseminaari
	ARVIOINTI-VIIMEISTELYVAIHE	JA Helmikuu 2016→
	Maaliskuu 2016→	<ul style="list-style-type: none"> - Opinnäytetyön viimeistely - Opinnäytetyön jättö esitarkastukseen
	Huhtikuu 2016→	<ul style="list-style-type: none"> - Loppuseminaari - Tiedottaminen opinnäytetyöstä

9 AINEISTON ANALYYSOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Keskustelu työpajoissa oli vilkasta ja osallistujat toivat esille runsaasti tietoa kotiutusprosessiin liittyvistä kokemuksista ja käytänteistä. Yhteistä keskustelua käytiin vahvuuksien ja kehittämiskohteiden näkökulmista. Esille tuli kotiutusprosessiin liittyviä vahvuuksia, kehitettäviä asioita ja kehitysideoita. Keskusteluissa huomio pyrittiin kohdistamaan kehitettäviin asioihin.

Kehitettäviä asioita nousi esille paljon, eikä näiden kaikkien käsitteleminen ole mahdollista yhdessä opinnäytetyössä. Tämän vuoksi rajasimme osan tiedosta ja keskityimme tutkimusten kannalta olennaisiin kehittämiskohteisiin. Pääpainopisteemme oli selvittää mahdolliset vahvuudet ja kehittämisskohteet ajatellen ennakoivaa kotiuttamista.

9.1 Kotiuttamisen vahvuudet Valkeakoskella

Hyvä ohjaus on tutkitusti parantamassa hoidon laatua ja potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamista (Lipponen, 2014). Hyvän ohjauksen tavoitteena on tukea potilaan selviytymiskykyä kotona sekä vähentää uusintakäyntejä ja yhteydenottoja hoitajakson jälkeen (Kyngäs ym. 2007). Kehittämishankkeessa tuli ilmi, että potilasohjaus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikössä toimii yksikön mielestä hyvin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikössä työntekijät kokivat onnistuneensa potilaan ohjauksessa kotiuttamistilanteissa. Valkeakosken kotihoidon työntekijät sekä terveyskeskussairaalan työntekijät olivat tyytyväisiä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaalan yksiköiden lähettämiin kirjallisiin hoito-ohjeisiin sekä pitivät myös hyvinä ja kattavina lääkäreiden epikriisejä. Ohjaaminen on hoitotyössä tilanne, jossa potilas saa tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Jotta ohjaaminen pystytään kohdentamaan oikein, vaaditaan hoitajalta potilaan tiedontarpeen tunnistamista, suunnitelmallisuutta ja riittävää tiedollista osaamista. (Montin, L 2008.) Vahvuudeksi koettiin myös kaikkien toimijoiden vahva ammattitaito, mikä tutkimusten mukaan onkin tukevana perustana laadukkaalle potilasohjaukselle.

Moniammatillisissa tiimissä tehdyt päätökset ovat pääsääntöisesti parempilaatuisia kuin ne, jotka tehdään ainoastaan yhden ammattiryhmän kesken tai jopa itsenäisesti (West ym. 2012). Yhdeksi tärkeäksi vahvuudeksi Valkeakosken terveydenhuollon eri toimijoiden kotiuttamisen kehittämishankkeessa nousi moniammatillisuus. Yhteistyö koettiin erityisen hyvänä ja kaikki osapuolet arvostivat sujuvaa ja joustavaa organisaatorajojen ylittävää toimintaa. Pidettiin tärkeänä sitä, että jokainen terveydenhuollon yksikkö sijaitisi fyysisesti lähellä Valkeakosken kampusalueella. Fyysinen läheisyys auttaa toisten toimintatapojen tuntemisessa, ja toisten työn tuntemisesta oltiin erityisen kiinnostuneita. Fyysinen läheisyys mahdollistaa tutustumisen toisen organisaation toimintatapoihin helposti ja vaivattomasti, mikä koettiin erityisen tärkeäksi asiaksi.

Moninaisten ja monimutkaisten ongelmien selvittelyssä ammattilaiset ovat yhä enemmän riippuvaisia toisistaan. Mikäli ammattilaisten kesken työkentelytapoja ei ole kunnolla organisoitu, tästä seuraa usein ristiriitoja ja

päällekkäisyyksiä, jotka johtavat tehottamaan työskentelyyn. (Tepstra, 2010.) Moniammatillisessa yhteistyössä tiimin jäsenten sitoutuminen, keskinäinen luottamus, työnjako ja vuorovaikutus ovat onnistuneen toiminnan edellytykset. (Jauhiainen 2004, 5.) Kehitysmuotoisuus työpajoissa oli ihailtavaa. Työpajoissa ilmeni kaikkien osapuolten vahva sitoutuminen, hyvä vuorovaikutus sekä innostuneisuus viedä yhdessä eteenpäin kotiuttamisprosessin kehittämistä potilaan parasta ajatellen.

Monen tutkimuksen mukaan laadukas ja turvallinen kotiutuminen alkaa hyvästä valmistautumisesta, suunnittelusta ja ennakoivasta kotiuttamisesta (Hammar 2008; Hammar & Perälä 2003; Lämsä 2013). Ennakoiva kotiuttaminen on tutkimusten mukaan onnistuneen kotiuttamisen lähes tärkein kulmakivi. Kehittämishankkeen toimijat kokivat osittain jo toteuttavan ennakoivaa kotiuttamista. Esille nousi sairaalan ”myrskyvaroitus”-puhelu vastaanottavaan organisaatioon, esimerkiksi kotihoitoon. Ennakoiva puhelu oli käytössä jo osin joissakin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksiköissä sekä terveyskeskussairaalan yksiköissä. Kotihoidon työntekijöiden mukaan ennakoiva puhelu paransi heidän valmiuksiaan ja koettiin, että vaikka kotiutusta ei tapahtuisikaan, palvelut on helpompi perua jälkikäteen kuin avata kiireellisesti. Myös Hammar ja Perälä (2003) tutkimuksessaan puoltavat ennakoivan puhelun tärkeyttä.

Kotiympäristön ja muutostöiden huomiointi ja ennakointi koettiin myös vahvuudeksi Valkeakosken kotihoitossa. Olli Karonen kirjoittaa artikkelissaan, että olisi hyvä, jos kodin muutostyöt voitaisiin käydä arvioimassa jo potilaan ollessa sairaalassa. Toimintaterapeutin ja muutostöiden tekijän olisi hyvä arvioida ja toteuttaa muutostyöt ja saada koti esteettömäksi, ennen kuin potilas kotiutuu sairaalasta. Näin kotiutuvalla potilaalla olisi valmiina turvallinen kotiympäristö ja voitaisiin välttyä uudelleen sairaalaan joutumiselta. (Karonen 2015.)

9.2 Kotiuttamisen kehittämiskohteet ja ennakoiva kotiuttaminen

Tutkimusten mukaan kotiuttamisen yksi yleisimpiä ongelmia on puutteellinen ulkoinen ja sisäinen tiedonkulku (Hammar 2008, 18). Myös Valkeakosken kotiuttamisen kehittämishankkeen toimijoiden mukaan tiedonkulku oli puutteellista niin sisäisesti kuin ulkoisestikin. Tiedonkulkuongelmia oli lähettävän organisaation sekä vastaanottavan organisaation kesken. Lisäksi tiedon siirtymistä hankaloittivat eri potilastietojärjestelmät, jotka eivät toimi keskenään. Kehittämishankkeessa terveyskeskussairaalan työntekijät kokivat hyvänä, että nykyisin kotihoitossa on vain yksi puhelinnumero, johon voi ottaa yhteyttä kotiutuksia tehdessä. Tämä koettiin myös kotihoidon puolella hyvänä käytäntönä. Tällöin yhdellä henkilöllä on ”ohjat käsissä” ja tiedonkulku on hallittavampaa.

Kotihoidon työntekijöiden mukaan kotiutusprosessia vaikeutti hoitotyönyhteenvedon puuttuminen kotiutustilanteessa, jolloin tiedot potilaan sairaalajaksoista tulivat liian viiveellä. Kuusisto ym. (2014) ovat tutkineet eri organisaatioiden välistä tiedonkulkua ja tutkimuksen mukaan hoitotyönyhteenvedon vastaanottaneet kokivat tiedonkulun parempana kuin ne organisaa-

tiot, jotka eivät sitä vastaanottaneet. Tutkimuksen mukaan laitoshoidon työntekijät olivat tyytyväisempiä yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kanssa kuin avohoidossa työskentelevät hoitajat. Kuusiston ym. (2014) mukaan hyvä hoitotyönyhteenveto parantaa tiedonkulkua sekä edistää yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

Työpajoissa tuli ilmi, ettei ennakoiva kotiuttaminen ole vielä kehittynyt tutkimuksissa toivotulle tasolle. Tutkimusten mukaan kotihoidontiiimissä tulisi olla yhteinen selkeä linja ja toimintapa potilaan sairaalaan lähettämistä. (Hammar&Perälä 2003; Hammar 2008.) Kotiuttamisprosessin alkaminen jo kotoa oli vielä vieraantuntuinen ajatus kotihoidon työntekijöille. PALKOmallin mukaan kotihoidon työntekijöillä voisi olla yhteisesti laadittu hoitotiedotepaperi, joka selkeyttäisi hoitajien toimintaa potilaan sairaalaan lähettämistilanteessa. Työpajoissa tuli ilmi, että kotihoidon hoitajalähete sairaalaan oli jo kerran tehty ja suunniteltu yhdessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikön kanssa. Tämä ei ollut kuitenkaan juurtunut kotihoidon työntekijöiden toimintatapaan. Näin ollen kehittämishankkeen yhtenä päämääränä voisi olla tällaisen hoitajaläheteen laatiminen kotihoidontyöntekijöille heidän lähettäessään potilasta sairaalaan sekä sen juurruttaminen työntekijöiden toimintatapaan. Lisäksi lääkehoidon toteutumisen puutteellisuutta voitaisiin parantaa liittämällä ajantasainen lääkelista hoitajaläheteeseen.

Työpajoissa tuli myös esille, että eri toimijoiden kesken ei ollut yhteistä selkeää linjaa kotiutusprosessista, mikä on tutkimusten kannalta oleellinen osa onnistunutta kotiutusta. Esille nousi huoli kenen vastuulla potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen on. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja siitä vastuunkantaminen koettiin kaikkien tehtäväksi. Työpajoissa tuli ilmi, että on epäselvyyttä ja tietämättömyyttä siitä, minkälaisia eri vaihtoehtoja ja hoitopaikkoja on tarjolla potilaille. Tämä koettiin erittäin ajankohtaiseksi aiheeksi. Pohdittiin, pysähtyykö kukaan oikeasti miettimään kysymystä, mihin tämä potilas kuuluu vai siirrelläänkö potilasta paikasta toiseen kantamatta itse vastuuta tilanteesta. PALKOmallin yhtenä tavoitteena on luoda yhteiset toimintatavat eri organisaatioiden välille. Työpajat ovat olleet erityisen tärkeitä ajatellen yhteisten käytänteiden luomista sekä tutustumista eri organisaatioiden toimintatapoihin ja toimintakulttuureihin. Kehittämishankkeen yksi tavoite on ollut yhteisen keskustelun käynnistäminen potilaan hoitoprosessista, mikä on toteutunut kahden työpajan aikana. Hankkeen edetessä on tärkeää miettiä, miten saadaan juurrutettua jokaisen toimijan ajattelutapaan potilaan kokonaisvaltaisen kotiuttamisketjun hahmottaminen sekä ajattelutavan siirtäminen käytännön hoitotyöhön ja kotiuttamishetkeen. Kaikkien työntekijöiden olisi tärkeää tiedostaa potilaan hoitoketjun kokonaisuus.

Kehittämishankkeen toisessa työpajassa nousi esille hoitajien ammattitaito. Työpajassa pohdittiin, miten voitaisiin lisätä kotihoitajien osaamista, jotta vältettäisiin potilaiden turhat sairaalaan lähettämiset. Olisiko hyvä järjestää koulutusta ja perehdyttämistä potilaan sairaalaan lähettämistä? Miten lisätään hoitajien tietotaitoa, jotta heillä olisi selvä käsitys siitä milloin potilas tulee lähettää sairaalaan? PALKOmallin mukaan kotihoidon hoitajat voisivat tarvittaessa konsultoida kotisairaanhoidon selvittääkseen potilaan sairaal-

laan lähtemisen tarvetta. Kehittämispajoissa nousi esille myös huonokuntoisten potilaiden nestehoito kotona sekä kotisairaanhoidon osaamisen hyödyntäminen tavallisimmissa tautitapauksissa. (Hammar & Perälä, 2003.)

9.3 Johtopäätökset

Kotiuttamisprosessin eri osa-alueet toimivat osittain hyvin Valkeakosken terveydenhuollon eri toimintayksiköissä. Vahvuuksia ovat sujuva moniammatillinen yhteistyö, kehitysmuutoskyky, osittain ennakoiva kotiuttaminen, toisten toimintayksiköiden työn osittainen tunteminen sekä kodin muutosten oikea-aikaisuus.

Kotiutusprosessiin liittyviä kehitettäviä asioita tuli esille useita. Yhdeksi tärkeimmäksi kehitettäväksi asiaksi nousi ennakoivan kotiuttamisen kehittäminen. Vaikka ennakoiva kotiuttaminen toimi osittain jo hyvin, on siinä vielä paljon kehitettävää ja parannettavaa. Työpajoissa nousseen tiedon mukaan kehitettävää on ainakin kotihoidon työntekijöiden yhteisten pelisääntöjen luomisessa potilaan sairaalaan lähettämisestä. Hoitajalähetteen pilotointi ja juurruttaminen työntekijöiden toimintatapaan on yksi keskeisistä kehittämiskohteista. Lisäksi nousi esille, saavatko kotihoidon työntekijät riittävän ajoissa reaaliaikaista tietoa potilaista kotiuttamistilanteessa. Ajoittain hoitotyönyhteenveto tuli liian viiveellä, mikä vaikeutti potilaan hoidon tarpeen arviointia.

Työpajoissa nousi esille yhteisten käytänteiden ja pelisääntöjen puuttuminen yli organisaatorajojen. Yhdessä pohdittiin kuka kantaa vastuun potilaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta ja miten välttyttäisiin potilaan turhilta siirtämisiltä hoitolaitoksista toisiin. Yhteinen keskustelu on käynnistynyt hienosti kahden ensimmäisen työpajan aikana ja toisten toimintatapoja on varmasti opittu tuntemaan jo paremmin. Yhteisten käytänteiden luominen on lähtenyt edistyksellisesti käyntiin, minkä kehittäminen varmasti jatkuu seuraavissa työpajoissa.

Puutteellinen tiedonkulku koettiin kotiutusprosessia vaikeuttavana tekijänä. Yhtenä syynä tähän on potilastietojärjestelmien keskinäinen sopimattomuus. Tutkimukset vahvistavat, että ongelmat tiedonkulussa ovat yksi merkittävimmistä tekijöistä epäonnistuneessa kotiutuksessa.

Työpajoissa herättivät keskustelua myös lääkelistat, jotka eivät ole ajantasaisia. Tämä aiheuttaa merkittävän potilasturvallisuusriskin tapaamamme geriatriin mukaan. Osittain tämä johtuu siitä, että potilaat käyvät usealla eri lääkäriä, jotka toisistaan tietämättä saattavat määrätä sellaisia lääkkeitä joiden yhteensopivuudesta voi aiheutua potilaalle haittaa. Tulevaisuudessa tämä ongelma poistuu, kun terveystietoja aletaan tallentamaan valtakunnalliseen sähköiseen omakanta-potilastietoarkistoon, johon tulevaisuudessa tallentuu sekä yksityisten että julkisen puolen terveydenhuollon toimintayksiköiden määräämät reseptit.

Hankkeeseen osallistuneet olivat sitä mieltä, että kotiutusprosessin kehittäminen on erityisen tärkeää onnistuneen kotiutuksen ja paremman potilas-

turvallisuuden toteutumisen vuoksi. Lisäksi osallistujat kokivat kotiutusprosessin kehittämisen selkiyttävän omaa työtä sekä lisäävän organisaatioiden näkökulmasta toiminnan kustannustehokkuutta.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tekemisen mielekkyyden kannalta on tärkeää, että aihe on kiinnostava ja ajankohtainen, siitä on hyötyä toimeksiantajalle ja sitä voidaan käyttää työelämän kehittämiseen. Osallistumalla kotiutuksen kehittämishankkeeseen koimme, että pääsimme aidosti osallistumaan työelämän kehittämiseen tavalla, johon opiskelijana useasti ei tule mahdollisuutta. Tämä innosti ja lisäsi motivaatiota sekä määrätietoisuutta opinnäytetyön tekemiseen.

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut merkittävästi ammatti-identiteettiämme ja ammatillista kasvuamme hoitotyön ammattilaisina. Kirjallisuuden tutustuminen, valittujen aiheiden kriittinen tarkasteleminen ja niistä keskusteleminen sekä tutkimustulosten peilaaminen käytännön työelämään on lisännyt tietoja ja taitoja sekä tuonut uusia näkökulmia hoitotyöhön.

Yhteistyö-, vuorovaikutus- ja viestintätaidot ovat merkittävä osa sairaanhoitajan työtä ja ammattitaitoa. Koemme, että myös nämä taidot ovat kehittyneet opinnäytetyön tekemisen myötä. Näitä taitoja kehittivät etenkin yhteydenpito opinnäytetyön yhteistyökumppaneihin, ohjaajaan ja opiskelijakollegoihin. Muiden sairaanhoitajaopiskelijoiden kanssa käydyt keskustelut toimivat hyvänä vertaistukena ja siitä sai uusia näkökulmia opinnäytetyön tekemiseen. Viestintä- ja kirjoittamistaidot kehittyivät myös opinnäytetyötä kirjoittaessa ja omaa työtä arvioidessa.

Opinnäytetyössä olemme saaneet harjoittaa yhteistyötaitoja ja tutustua lähemmin Valkeakoskella toimiviin terveydenhuollon eri yksiköihin. Koemme tärkeäksi sen, että sairaanhoitajana työskennellessä tuntee myös yhteistyökumppaneiden työnkuvaa ja toimintatapoja siltä osin, että se tukee omaa työskentelyä, sujuvoittaa yhteistyötä sekä tukee hyvän ja onnistuneen hoidon toteuttamista.

Valkeakoskella eri yksiköiden fyysinen läheisyys mahdollistaa tutustumisen toisen organisaation toimintatapoihin helposti ja vaivattomasti, mikä koettiin erityisen tärkeäksi asiaksi Valkeakosken eri toimintayksiköissä. Mielestämme työntekijöiden tutustuminen eri yksiköiden toimintatapoihin olisi tärkeä ottaa mukaan esimerkiksi uuden työntekijän perehdyttämiseen.

Keskinäinen yhteistyömme sekä aikataulujen yhteen sovittaminen on sujunut hyvin, vaikka työn, opiskelun ja perheen yhteensovittaminen on ollut haastavaa. Keskinäisissä tapaamisissa kävimme opinnäytetyötä läpi, vaihdimme ideoita ja sovimme työnjaosta. Opinnäytetyön kautta olemme oppineet paljon uutta laajemman kirjallisuuden tekemisestä sekä sen aihealueesta ja saaneet arvokasta kokemusta oman työn ja työskentelyn arvioinnista läpi opinnäytetyöprosessin.

10.1 Eettisyys

Suomessa tieteellistä tutkimusta ohjaavat eettiset ohjeet ja lainsäädäntö. Helsingin julistus (1964) on alun perin laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarkoituksiin, mutta se sopii myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Julistuksessa muun muassa määritellään miten tutkimussuunnitelma tulee laatia ja mitä siinä tulee ottaa huomioon, jotta eettiset näkökohdat tulee otettua huomioon. Vuonna 1991 perustetun tutkimuseettinen neuvottelukunnan tehtävänä on eettisten kysymysten pohdinnan lisäksi edistää tutkimusetiikkaa. Myös valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (Etene) käsittelee periaatteelliselta kannalta terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–217.)

Kaikessa tieteellisessä toiminnassa tutkimusetiikka on otettava huomioon jo heti tutkimuksen suunnitelmavaiheesta alkaen. Tutkimusaiheen valinta on myös eettinen kysymys, jossa tulee pohtia kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimukseen osallistumisen on oltava aidosti vapaaehtoista ja sen pitää perustua tietoiseen suostumukseen, mikä tarkoittaa että tutkimukseen osallistujan on tarkalleen tiedettävä mikä on tutkimuksen luonne. Osallistujille on myös selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät sekä tutkimuksen raportoinnin aikataulu. Lisäksi kaikkien tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti on otettava huomioon tutkimustyössä. Anonymiteetin huomioimisessa tulee ottaa huomioon, ettei tutkimustietoja joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127–131.)

Tämän opinnäytetyön aihe tuli ohjaavalta opettajaltamme, joka oli päävastuussa kotiutusprosessin kehittämishankkeen vetämisessä ja toimeenpanemisessa, joten pystyimme olemaan luottavaisia aiheemme eettisestä kestävydestä. Heti ensimmäisellä kerralla kokoontuessamme Valkeakosken kampusalueen auditorioon kaikille hankkeeseen osallistujille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet, menetelmät ja etenemisen aikataulu sekä osallistujien että työpajoissa tuotettujen materiaalien anonymiteetin huomioiminen.

Hyvän tutkimuksen kriteerinä pidetään tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta, joka konkretisoituu siinä miten ja millaisia lähteitä käyttää argumentaatioissa. Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on riittävän laadukas, tutkimusasetelma on tarkoituksenmukainen ja raportointi on hyvin tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Tutkimusta tehdessämme olemme pyrkineet olemaan kriittisiä arvioidessamme tuottamaamme tietoa sekä käyttämiämme lähteitä kohtaan. Lähteistä pyrimme valitsemaan sellaisia, jotka olivat mahdollisimman ajan-tasaisia ja luotettavia. Tutkimussuunnitelman laadukkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta miettiessämme käytimme asiantuntijoiden arvioita apuna.

10.2 Luotettavuus

Eettisyyden lisäksi tutkijan täytyy arvioida tutkimuksen luotettavuus. Luotettavuuspohdinnoissa tulee nopeasti esiin kysymykset tiedon totuudesta ja objektiivisuudesta. Voidaan pohtia ovatko tehdyt havainnot luotettavia ja onko niitä tarkasteltu puolueettomasti? Vaikka tutkimuksen tekijän omat aikaisemmat tiedot, asenne, mieltymykset eivät saisi vaikuttaa tutkimukseen, näin voi kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa käydä sillä tutkija luo tutkimusasetelman ja toimii tulkitsejana. Tiedon totuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että tieto jonka tutkittava antaa, on vain hänen näkemyksensä asiasta, ei absoluuttinen totuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–136.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioimisen helpottamiseksi on tärkeää, että raportissa kerrotaan yksityiskohtaisesti kuinka tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu sekä miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. Lisäksi arvioinnissa tulee huomioida myös tutkimuksen tiedonantajat, heidän määränsä sekä se, millä perusteella heidät valittiin. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimukseen käytetty aika, aineiston analyysimenetelmät sekä tutkijoiden huolellinen panostaminen tutkimuksen analysointiin ja raportointiin. Luotettavuutta parantaa myös tutkimusprosessin julkisuus, jolla tarkoitetaan, että tutkija raportoi tuotostaan yksityiskohtaisesti, myös sitä että muut aiheen asiantuntijat tai tutkija kollegat arvioivat prosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–143.)

Opinnäytetyöprosessissamme pyrimme ottamaan tutkimuksen luotettavuusaspektin huomioon käyttämällä aineiston keräämiseen, analysointiin ja raportointiin riittävästi aikaa, sekä kertomalla tutkimuksen etenemisestä mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta lukijat pystyvät arvioimaan prosessin luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan myös sen perusteella kuinka lopputuote vastaa alkuperäiseen tavoitteeseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 213.) Otimme tämän huomioon opinnäytetyömme viimeistelyvaiheessa konsultoimalla asiantuntijoita sekä tutkijakollegoita.

10.3 Kehittämisideat

Kehittämisideoita ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita tuli esille opinnäytetyöprosessin yhteydessä useita. Tärkeimpinä ideoina ja aiheina pidämme seuraavia:

Mitä asioita kotihoidon työntekijöiden tulisi ottaa huomioon lähettäessään potilasta sairaalaan? Voisiko kotihoidolla olla yhteiset pelisäännöt potilaan sairaalaan lähettämisestä? Mitkä asiat palvelisivat ennakoivaa kotiuttamista jo kotihoidossa? Mitkä asiat olisivat sairaalassa ennakoivan kotiutuksen kulmakiviä? Onko sairaalassa jo käytössä kotiutuksen tarkistuslista? Tutkimuksissa tuli ilmi, että henkilökohtaisen kotiutussuunnitelman laatiminen tehostaisi kotiuttamista. Mitä asioita tulisi tehdä, kun potilas on juuri kotiutunut? Vähentäisikö kotiuttamisen jälkeinen aktiivinen seuranta potilaiden uudelleen sairaalaan palaamista? Voisiko kotiutusprosessiin osallistuvissa yksiköissä olla lyhyet tiivistelmät yhteystietoineen jokaisesta yhteistyökysiköstä? Helpottaisiko toisiin yksiköihin tehdyt tutustumiskäynnit kotiutusprosessin sujuvuutta?

Vaikka kotiutusprosessin kehittämisestä on tehty useita tutkimuksia, löytyy yllä esittelemästämme jatkotutkimus- ja kehittämisidealuetelosta vielä useita aiheita, joihin tulevaisuudessa voidaan tutkimuksen keinoin hakea vastauksia.

LÄHTEET

- Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Osallistuva havainnointi. Asiantuntijaviestintä opintojakson verkkoaineisto. Hämeen ammattikorkeakoulu, Moodle. Viitattu 17.12.2015. www.hamk.moodle.fi
- Catanzaro, M. 1998. Using qualitative analytical techniques. Teoksessa P. Woods & M. Catanzaro (toim.) Nursing research: Theory and Practice. St. Lois, New York: C.V Mosby Company.
- Duodecim. 2015a. Geriatrisen potilaan palveluketju. Viitattu 10.05.2015. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01124&p_haku=kotiutus
- Duodecim. 2015b. Kotiutumisen tarkistuslistat eri palvelutasoilla. Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto. Viitattu 17.12.2015. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01124&p_haku=kotiutus
- Elinkeinoelämän keskusliitto. 2011. Oivallus. Loppuraportti. Viitattu 16.03.2016. http://www.ril.fi/media/files/vaikuttaminen/a3_2011_ek_oivallus-loppuraportti.pdf
- Eloranta, S & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – Katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Tutkiva Hoitotyö 9 (3), 4-12.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hammar, T. & Perälä M-L. 2003. PALKOmalli –Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Hammar 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Terveystaloustiede - Health economics. Viitattu 16.03.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheen näkökulmasta. Acta Universitatis Tamperensis 1077. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita.13. uud.p. Helsinki: Tammi.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö – Välineitä koulutukseen ja työyhteisön kehittämiseen. Sanoma Pro Oy.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Luhtasaari, M. 2015 Sairaanhoidajan käsikirja. Vanhuksen kotiutus. Viitattu 17.12.2015.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeliksi=shk02250&p_haku=Vanhuksen%20kotiutus

Lämsä, R. & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Potilaskertomus. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino.

Montin L. (toim.) 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A55/2008. Turku: Uniprint Turku.

Mustajoki, Marianne. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Määttä, M. 2007. Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 252. Kopijyvä Kuopio.

Niskanen, B. 2012. Kotiuttamisen kehittäminen Limingan terveyskeskussairaalassa. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ylemmän amk:n opinnäytetyö.

Näntö-Salonen, K. & Ruusu, P. 2007. Nuoren diabeetikon komplianssi haastaa hoitoyksikön. Diabetes ja lääkäri 36(5), 7–12.

Peltoniemi, A. 2007. Terveystieteiden henkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Acta Universitatis Ouluensis. Sarja D, osa 912. Oulun yliopisto, Oulu.

Pärna, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina – lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Rosenström, M. 2013. Arviointi- ja kuntoutusyksiköiden asiakkaiden kokemuksia kotiutumistilanteesta. Jyväskylän yliopisto. Gerontologia ja kansanterveys. Terveystieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. Potilaan omahoidon tukeminen. 2009. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009;125(21):2351-9. Viitattu 16.03.2016.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=omahoito&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98401

Salonoja M. 2015. Geriatriinen päivystyspotilas. Akuuttihoito-opas. Viitattu 10.05.2015.

[http://www.terveysportti.fi/ezproxy.hamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkelin_aho01800&p_haku=Vanhuksen%20kotiutus](http://www terveystoiminta.fi/ezproxy.hamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkelin_aho01800&p_haku=Vanhuksen%20kotiutus)

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3, 2009 –2013. Viitattu 16.03.2016.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Acta Wasaensia No 176. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Viitattu 16.03.2016.

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf

Terpsta, J.L., Best, A., Abrams, D.B., Moor, G. (2010). Health sciences and health services. Teoksessa Frodeman, R., Klein, J.T., Mitcham, C., Holbrook, J.B. (ed.) The oxford handbook of interdisciplinarity, 508-519. Oxford University Press.

Terveystoiminta (1326/2010) 8 §. Viitattu 16.03.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 16.03.2016.

<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

West, M., Dawson, J., Glasby, J. & Hardy, G. 2012. Effectiveness of multiprofessional team working in health care. National institute for health research. October. 2012.

Ylä-Mononen s, Palonen M, Koivisto A-M, Åstedt-Kurki P. 2014. Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 26 (4), 299-309.