

Rimpiläinen Minna ja Väätäinen Katariina

Moniammatillisuus kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa

Kajaanin

ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Syksy 2018



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijät: Rimpiläinen Minna ja Väätäinen Katariina

Työn nimi: Moniammatillisuus kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), Hoitotyön koulutusohjelma

Asiasanat: moniammatillisuus, kotihoito, hoidon suunnittelu

Opinnäytetyön aiheena oli moniammatillisuus kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa. Tarkoituksena oli kuvailla moniammatillista yhteistyötä yhdessä Kainuun sotien kotihoidon työyksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimusprosessin mukaan. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua yksilöhaastattelua. Haastattelimme viittä eri ammattiryhmän edustajaa yhdestä Kainuun sotien kotihoidon työyksiköstä. Tutkimus aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Vaikka opinnäytetyössä tutkittiin moniammatillisuutta vain kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa, tutkimustulokset osoittivat, että moniammatillisuus toteutuu hyvin asiakkaan kaikessa hoidossa henkilöstön kokemana. Kotihoidossa tiimityöskentely ja vuorovaikutus onnistuvat hyvin ja asiakkaan hoitoon osallistuu monipuolisesti eri ammattilaisia.

Moniammatilliseen yhteistyöhön löytyi kehittämistarpeita koskien tiimityöskentelyä, palautteen antamista, ajankäyttöä, tiedonkulkua ja asiakkaan tietojen ajantasaisuutta ja tietojen päivitystä. Tiimityöskentelystä toivottiin tiiviimpää. Rakentavaa ja myös positiivista palautetta omasta työstä haluttiin enemmän. Ajankäyttöä työtehtävien hoitamiseen ja tiedonkulkua voisi kehittää. Asiakkaan tiedot ja hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmat pitäisi päivittää ajan tasalle säännöllisesti. Suunnitelmat tulisi tehdä tiiminä, niin että siinä olisi tekemässä ainakin lähihoitaja ja sairaanhoitaja yhdessä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla, että mitä erilaisia keinoja olisi kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa. Mielenkiintoista olisi myös tietää, millä tavalla moniammatillinen työskentely näkyy kotihoidon asiakkaan elämässä.

Abstract

Authors: Rimpiläinen Minna & Väättäinen Katariina

Title of the Publication: Multiprofessional Cooperation in the Planning of Home Care Clients' Care

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: multiprofessional cooperation, home care, planning of care

The subject of this thesis is multiprofessional cooperation in the planning of care for home care clients. The thesis describes multiprofessional cooperation in one home care unit of Kainuu Social and Health Care Joint Authority. The aim of this thesis was to provide information about multiprofessional cooperation in home care.

This thesis uses the qualitative research method. The material was collected from half structured individual interviews with one member of each of the five different occupational groups working in one home care unit of Kainuu Social and Health Care Joint Authority. The material was analysed using qualitative content analysis.

Although this thesis studied multiprofessional cooperation specifically in the planning of care for home care clients, the results showed that multiprofessional cooperation worked well throughout patient care. In home care, team work and communication worked well and different professionals participated in patient care diversely.

However, there were certain needs for development in multiprofessional cooperation such as team work, giving feedback, time management, flow of information and updating patient information and keeping patient information up to date. Team work was hoped to be closer. The interviewees hoped for more constructive and positive feedback regarding their performance. Time management in completing work tasks and flow of information could be improved. Patient information and plans for care, service and rehabilitation should be updated regularly. These plans should be made in teams consisting at least of a registered nurse and a practical nurse.

Ideas for further studies include the different ways in which to improve multiprofessional cooperation in home care. It would also be interesting to see how multiprofessional cooperation presents to clients.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Moniammatillisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	3
2.1	Moniammatillisuus kotihoidossa	4
2.2	Tutkimuksia moniammatillisuudesta	5
3	Kotihoito	7
3.1	Kotona asumista tukevat palvelut	7
3.2	Kotihoito Kainuun sotessa	8
4	Kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelu	10
4.1	Kotihoidon asiakkaaksi	10
4.2	Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma	11
5	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	13
6	Laadullinen tutkimus	14
6.1	Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu.....	14
6.2	Aineiston hallinta	16
6.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	16
7	Opinnäytetyön tulokset.....	19
7.1	Moniammatillinen tiimityö	19
7.2	Toimiva vuorovaikutus.....	20
7.3	Tiedonkulku.....	20
7.4	Tietojen päivitys	21
8	Johtopäätökset ja pohdinta	23
8.1	Ammatillinen kehittyminen.....	27
8.2	Eettiset kysymykset.....	28
8.3	Luotettavuus	29
9	Lähteet.....	33

Liitteet

1 Johdanto

Yli 65 -vuotiaiden osuus väestöstä arvioidaan kasvavan 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Väestöennuste 2015). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt vuonna 2018 kyselyn vanhuspalveluiden tilasta. Kyselystä käy ilmi, että kotihoidon asiakkaiden määrä on kasvanut 4000 asiakkaalla viimeisen parin vuoden aikana. Mutta henkilöstöä on myös lisätty yli 1700 toimella. Kotihoitoon on palkattu enemmän lähihoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, sosiaaliohjaajia, geronomeja ja sosionomeja. (Kotihoidon ja ympäri- vuorokautisen hoidon asiakasmäärät, henkilöstä ja johtaminen 2018.) Ikääntyneiden kasvavan määrän ja ikääntyneiden laitoshoidon vähenemisen takia kotihoidon palveluja kehitetään ja kuntien on panostettava nimenomaan kotihoitoon. Iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeisiin vastaaminen tarvitsee monipuolista erityisosaamista. (Vanhuspalveluiden tila maakunnissa 2017.) Näin ollen moniammatillista yhteistyötä tarvitaan kotihoidossa, jotta asiakkaan hoito olisi mahdollisimman laadukasta ja turvallista sekä hänen omiin tarpeisiinsa perustuvaa.

Meillä molemmilla on pitkä työkokemus vanhuspuolelta ja kotihoidosta, joten kotihoitoon liittyvä opinnäytetyön aihe vaikutti kiinnostavalta. Yhdessä työelämän edustajan kanssa suunnittelimme aiheen liittyvän moniammatillisuuteen ja asiakkaan hoidon suunnitteluun. Moniammatillinen työskentely on ajankohtainen aihe ja sitä myös kehitetään koko ajan. Opinnäytetyön aiheeksi muodostui lopulta moniammatillisuus kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa. Toimeksiantajana toimi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kunta- yhtymä eli Kainuun sote. Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla moniammatillista yhteistyötä Kainuun soten kotihoidon yhdessä työyksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa. Tutkimuskysymykset olivat, 1. miten moniammatillisuus toteutuu kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa henkilöstön kokemana ja 2. mitä moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita ilmenee asiakkaan hoidon suunnittelussa henkilöstön kokemana?

Toteutimme puolistrukturoidun haastattelun viidelle eri ammattiryhmän edustajalle, jotka työskentelevät samassa kotihoidon yksikössä. Haastatteluista saadun aineiston käsitellessä käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyössä ilmiönä on moniam-

matillisuus kotihoidossa ja teorettinen viitekehys rajattiin moniammatillisuuteen, kotihoitoon ja hoidon suunnitteluun. Omat henkilökohtaiset tavoitteemme perustuivat sairaanhoitajan ammatillisiin osaamisalueisiin. Halusimme saada lisää tietoa moniammatillisesta ja asiakaslähtöisestä työskentelystä kotihoidossa. Lisäksi tavoitteena oli oppia laadullisen tutkimusprosessin vaiheet.

2 Moniammatillisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Jo 1980 -luvun loppupuolella moniammatillisen yhteistyön käsitettä on käytetty asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien yhteistyön kuvaamisessa. Suomessa käsite on vakiintunut 1990 -luvulla. Käsite on kuitenkin aika epämääräinen ja sillä voidaan kuvata hyvin monenlaisia asiantuntijoiden yhteistyön tapoja. Käsitettä voidaan myös tarkastella eri näkökulmista, koska se pitää sisällään monenlaisia yhteistyön muotoja. (Isoherranen 2008, 33 – 35.)

Katajamäen (2012, 26 – 28) mukaan moniammatillisuus on monien eri ammattilaisten ja eri ihmisten yhteistyötä. Ihmisyyteen liittyvät arvot, asenteet ja tunteet liittyvät moniammatilliseen toimintaan. Ennakkoluulottomuus ja myönteiset asenteet helpottavat sitoutumista yhteiseen toimintaan ja kantamaan omalta osaltaan vastuuta. Ihminen tulisi kohdata ihmisenä ja persoonana kaikissa tilanteissa ja yksilöllisyyttä tulisi varjella. Hoito on sitä laadukkaampaa ja monipuolisempaa, kun se toteutetaan yhdessä moniammatillisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ja potilaat tarvitsevat usein erilaisia hoitoja, joita useat eri alan ammattilaiset toteuttavat. Tämä mahdollistaa moniammatillisen työskentelyn osana potilaan tai asiakkaan hoitoa. Eri alan ammattilaiset työskentelevät yhdessä osana isoa tiimiä potilaan tai asiakkaan hoidon parhaaksi. (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010, 1.) Isoherranen (2008, 33 – 34) kirjoittaa, että moniammatillisessa yhteistyössä keskeistä on se, kuinka voidaan koota yhteen kaikki tarpeellinen tieto ja osaaminen, jotta saadaan mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys asiakkaan tilanteesta. Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä voidaan siis kuvata asiakaslähtöisenä työskentelyinä. Jokaiselle asiakkaalle rakennetaan hänen tilanteesta yhteinen tavoite. Mietitään yhdessä asiakkaan kanssa, mitä toimenpiteitä tarvitaan tai miten ongelmia ratkaistaan.

Olipa työympäristö minkälainen tahansa, moniammatillisessa yhteistyössä on huomioitava asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, yhteydet verkostoihin, vuorovaikutustaidot ja roolien muutokset (Isoherranen 2008, 33 – 35). Samoja asioita myös Linden (1999, 120) nostaa esille kirjoittaessaan moniammatillisuussuhteista. Palvelujen monimuotoistuksessa julkisella, yksityisellä ja vapaaehtoisella sektorilla, moniammatillisuussuhteita

on jouduttu miettimään yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Palveluja tulisi yhteensovittaa, luoda verkostoja ja kehittää yhteyssuhteita, tunnistaa ja hyväksyä erilaisuus yhteistyössä sekä muuttaa asiantuntijuutta asiakaslähtöiseksi. Erilaiset palvelut pitäisi organisoida mahdollisimman hyödyllisesti asiakkaiden tarpeisiin. Moniammatillisuus on tavallaan vaatimus laatutyöskentelylle.

2.1 Moniammatillisuus kotihoidossa

Kotihoidossa hoidetaan yhä toimintakyvyltään huonompi kuntoisia ihmisiä. Etenkin muistisairaana ihmisen kuntoutuminen ja toipuminen esimerkiksi sairaalahoidon jälkeen tarvitsee usein ulkopuolista apua, tukea ja neuvontaa. Kotihoidon työntekijät auttavat asiakasta selviytymään hänen arjessaan. Kotihoidon henkilöstöön kuuluu lähihoitajia, sairaanhoitajia, lääkäri, fysioterapeutti ja sosiaaliohjaaja. Lisäksi tiimiin kuuluu tarpeen mukaan esimerkiksi jalkahoitaja, suuhygienisti, pappi ja vapaaehtoistyöntekijät. (Finne - Soveri 2017.)

Moniammatillinen tiimityö on käsitteenä suppeampi kuin moniammatillisen työskentelyn käsite. Tiimit ovat kuitenkin tapa organisoida tällaista yhteistyötä. (Isoherranen 2008, 35.) Övretveit (1995, 119) mainitsee myös, että tiimi on tapa organisoida osa tai kaikki hoivan ja hoidon kokonaisjärjestelyprosessin vaiheet ja yleensä vielä useammalle asiakkaalle.

Kotihoidossa työskennellään usein tiimeissä. Tiimityö tarkoittaa työskentelyä pysyvässä tiimissä tai ryhmässä, jota yhdistää yhteinen tehtävä. Ryhmäksi kutsutaan usein kahden tai useamman ihmisen muodostamaa vuorovaikutuksellista yhteisöä tai joukkoa, jolla on yhteiset tavoitteet. Työelämässä voidaan perustaa ryhmiä ja tiimejä toteuttamaan jatkuvaa tehtävää tai vain jotain rajattua tehtävää varten. (Tiimityö, n.d.) Moniammatillinen tiimityö määritellään yleensä ryhmäksi, jossa on erilaisen koulutuksen saaneita ammattihenkilöitä. Ryhmä tapaa säännöllisesti ja koordinoi tehtävänsä palvellakseen asiakkaita tietyllä alueella. (Övretveit 1995, 29.)

Sulkavan kotihoidossa oli saatu hyviä tuloksia asiakkaan lääkehoidon moniammatillisesta yhteistyöstä. Asiakkaan lääkehoidon osalta yhteistyötä tekevät kotisairaanhoitaja, proviisori ja lääkäri. He käyvät yhdessä asiakkaan lääkityksen läpi. Lääkäri asettaa diagnoosin ja lääkityksen kohdilleen yhdessä sairaanhoitajan, proviisorin ja asiakkaan kanssa. Tästä lääkityksen moniammatillisella arvioinnista osa asiakkaista ovat hyötäneet niin paljon, että

kotisairaanhoidajan käynnit on voitu lopettaa toistaiseksi kokonaan sekä kotihoidon palveluita on voitu vähentää. (Räisänen, Auvinen, Hintsanen & Miettinen 2014, 38 – 39.)

2.2 Tutkimuksia moniammatillisuudesta

Moniammatillisesta työskentelystä on tehty useita tutkimuksia. Mainitsemme tässä muutamia, joiden tulokset koimme tärkeiksi oman opinnäytetyön aiheen kannalta. Pärnän (2012) väitöskirjassa tarkasteltiin *Lastensuojelullisen varhaiskuntoutuksen kehittäminen ja toteuttaminen* -kehittämishankkeessa saatuja kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen kehittämisestä. Tutkimustuloksena oli, että asiakaslähtöinen yhteistyötarve tulee tunnistaa, jotta yhteistyö käynnistyy. Luottamuksen syntyminen auttaa eri ammattikuntien rajoilla käytävää neuvottelua sekä mahdollistaa rajojen ylityksen. Yhteistyöprosessia ohjaa tavoitteiden monitasoisuuden ymmärtäminen ja tavoitteiden konkretisointi. Keskeinen tulos oli myös asiakastyön yhteistoiminnallisuuden merkityksen tunnistaminen. Moniammatillisen yhteistyön prosessi sisältää vastuun, osaamisen ja resurssien jakamista. Prosessin kehittäminen auttaa uusien yhteistyökäytäntöjen sisäistämistä ja juurruttamista työyhteisöjen organisaatiokulttuureihin.

Savolaisen (2016) opinnäytetyössä selvitettiin muun muassa, miten toimivaksi työntekijät kokevat yksikön moniammatillisen yhteistyön eräässä helsinkiläisessä palvelutalossa. Selkeät toimintatavat, riittävät aika- ja henkilöstöresurssit ja yhteistyökumppaneiden työnkuvien tunteminen edistivät moniammatillista yhteistyötä. Haasteina yhteistyölle olivat vuorovaikutukseen ja tiedonkulkuaan liittyvät asiat ja vähäiset aika- ja henkilöstöresurssit.

Moniammatillisesta työskentelystä on tehty myös kehittämistöinä toimintamalleja. Kuusiluoman (2017) kehittämistyön tavoitteena oli kehittää moniammatillista yhteistyötä ja työtapoja terveyskeskussairaalan akuuttiosaston ja kuntoutuksen henkilöstön välillä. Kehittämistyön tuloksista selvisi, että asiakaslähtöisen toiminnan toteuttamiseen tarvitaan yhteistyössä toimivaa moniammatillista tiimiä. Moniammatillisen tiimin vahvuuksiin kuuluu avoin vuorovaikutus, jota tulee kehittää sekä ylläpitää asiakaslähtöisen toiminnan turvaamiseksi. Myös eri ammattiryhmien välistä tiedonkulkua tulee kehittää. Tulosten pohjalta tehtiin asiakaslähtöinen kuntoutuksellinen moniammatillinen toimintamalli asiakkaan hoitopolusta terveyskeskussairaalan osastolla.

Kuusamossa Karjalaisen (2017) kehittämistyön tuloksena laadittiin toimintaohjeet asiakkaan moniammatillisesta kuntoutusjaksosta asiakkaan kotiutuessa akuutin sairastumisen jälkeen ja moniammatillisesta kuntouttavasta arviointijaksosta toimintakyvyn laskiessa, palvelutarpeen lisääntyessä tai ennen pysyvää palveluasumista. Toimintamallin mukaan työskenneltäessä arvioidaan järjestelmällisesti asiakkaan toimintakykyä ja otetaan huomioon hänen toimintakyvyn eri osa-alueet ja yhdenvertaiset mahdollisuudet palveluihin. Arviointiin osallistuvien kuntoutuksen ammattilaisten mukana olo edesauttaa toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen mahdollisuuksien havaitsemisen.

Savolaisen (2015) opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kotihoidon tiimityön käytäntöjä ja muodostaa käytännön tueksi tiimityön toimintatapamalli. Tiimityön kehittämisen kohteiksi nousivat tiedonkulku, työhyvinvointi, työn organisointi ja asiakaslähtöisyys. Kaikkia näitä voidaan kehittää vuorovaikutusta ja dialogisia taitoja parantamalla.

3 Kotihoito

Jokaisella ihmisellä on oma ainutkertainen elämänsa ja -tarinansa. Eettisesti hyvään hoitoon kuuluu, että se toteutetaan yksilöllisesti kuunnellen iäkkään henkilön omaa tarinaa ja toiveita. On tehtävä aktiivisesti työtä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa iäkkäiden hoito toteutuu ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä kunnioittaen. Hoitoa tulee tarkastella kokonaisuutena ja suunniteltujen hoitojen vaikutuksia elämänlaatuun tulee arvioida. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hoidon tarpeensa arvioiduksi. Tilanteen arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään terveystilanne, sosiaalinen ympäristö ja tilanteen ennuste. Lisäksi on arvioitava muisti, mieliala, elämänarvot, läheisverkosto, henkiset ja hengelliset tarpeet. Kokonaisvaltainen ja hyvä hoito sisältää iäkkään olemassa olevien fyysisten ja henkisten voimavarojen tukemista ja vahvistamista. Hyvinvointia ja toimintakykyä edistää muun muassa hyvä ravitsemus, arkipäiväiset askareet, liikunta, harrastukset sekä asunnon ja asuinympäristön esteettömyys. Kotona asumista tuetaan erilaisilla tukipalveluilla ja liikkumista helpottavilla apuvälineillä. Toimintakyvyn parantamiseksi tarvitaan usein myös lääkkeitä ja kuntoutusta. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa tarvittavan asiantuntemuksen sekä hyvät ja riittävät palvelut iäkkään hoidon suunnittelussa. Siinä on kuitenkin riskinsä, koska vaarana on pirstaleinen ja monen työntekijän huonosti koordinoitu hoito. Mutta kuitenkin yhteistyö eri ammattilaisten kesken luo mahdollisuuden hyvälle kokonaisvaltaiselle hoidolle ja on samalla myös kustannustehokasta toimintaa. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 7, 8, 17.)

3.1 Kotona asumista tukevat palvelut

Väestön ikärakenne muuttuu koko ajan. Tällä hetkellä 65 -vuotta täyttäneitä on väestöstä noin miljoona. Suurin osa heistä elää arkeaan itsenäisesti. Säännöllisesti kotiin annettuja palveluita saa noin 95 000 henkilöä. Yhteiskunnan on siis mukauduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–

2019. Siinä yksi keskeinen sisältöalue on turvata yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 - 2019, 10 – 15.)

Kotihoito on kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon yhteistä toimintaa. Määritelmänä kotihoito tarkoittaa kotipalvelujen, sairaanhoitopalvelujen ja tukipalveluiden palvelukokonaisuutta, jolla autetaan kotona asuvia ja eri-ikäisiä avun tarvitsijoita. Heidän toimintakykynsä voi olla pysyvästi tai tilapäisesti huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on, että asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa tuetaan niin, että kotona asuminen olisi turvallista mahdollisimman pitkään. (Ikonen 2015, 15 – 18.)

Kotipalvelulla tarkoitetaan esimerkiksi sosiaalihuoltolaissa (L 1301/2014) asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon ja toiminnan ylläpitämiseen sekä muuhun jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai avustamista. Kotipalvelua annetaan sairauden, synnytyksen, vamman tai muun toimintakykyä alentavan syyn takia. Kotipalvelua voidaan tehostaa tukipalveluiden avulla. Tukipalveluita ovat ateria-, siivous- ja vaahtehuoltopalvelut. Terveystuolilaissa (L 1326/ 2010) kotisairaanhoidon määrittelyssä, että se on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua.

3.2 Kotihoito Kainuun sotessa

Kainuun sote on seitsemän kunnan (Hyrnsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Suomusalmien) muodostama terveydenhuollon kuntayhtymä. Se hoitaa näiden kuntien kaikki sosiaali- ja terveystuot. (Kainuun sote - terveyttä vauvasta vauriin, n.d.) Kainuussa kuntayhtymä otettiin käyttöön vuonna 2005 (Tietoa meistä, n.d.). Työntekijöitä on yhteensä 3700 ja se on maakunnan suurin työllistäjä (Mikä Kainuun sote, n.d.).

Kainuun soten vanhuspalveluista vastaa vanhuspalvelujohtaja. Vanhuspalveluihin kuuluvat kotona asumista tukevat palvelut eli kotisairaanhoidon, kotipalvelut, sosiaalihuoltoasetuksen mukaiset tukipalvelut ja ympärivuorokautiset hoivapalvelut eli tehostettu palveluasuminen, lyhyt- ja pitkäaikainen laitoshoidon sekä vanhusten päivätoiminta, perhehoito ja omaishoidon tuki. (Kuntayhtymän hallinto ja johto, n.d.)

Kainuun Sotessa kotihoito tarkoittaa palveluita, jotka tukevat kotona asumista. Palvelut aloitetaan määräaikaisella arviointijaksolla. Arviointijakson aikana palveluiden avulla pyritään tukemaan ja kuntouttamaan asiakkaan toimintakykyä niin hyvin, että hän pärjäisi mahdollisimman omatoimisesti. Tukea on mahdollista saada mm. lääkehoitoon, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen ja toimintakyvyn ylläpitoon. Muita palveluja ovat esimerkiksi ateriapalvelu, turvapuhelin ja kuntouttava päivätoiminta. Kotihoito on harkinnanvaraista, asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa ja palvelun tarvetta arvioidaan säännöllisesti sekä muutetaan asiakkaan toimintakyvyn mukaiseksi. (Kotihoito Kainuun sote, n.d.)

Jos arviointijakson päättyessä todetaan asiakkaalla säännöllisen kotihoidon tarve, laaditaan hänelle hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelmaa päivitetään vähintään puolivuositain ja siihen on kirjattu asiakkaan omat tavoitteet ja toiveet sekä konkreettiset keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunnitelmassa on myös määritelty ne palvelut ja tukitoimet, joiden avulla tuetaan kotona selviytymistä. Kotihoidon henkilöstö koostuu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista ja he tekevät moniammatillista yhteistyötä muiden sotealan asiantuntijoiden kanssa. (Kotona asumista tukevien palveluiden sisältö ja myöntämisperusteet Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 1.1.2017 alkaen.)

4 Kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelu

Kerromme tässä luvussa, kuinka kotihoidon asiakkaaksi pääsee ja tarkemmin kotihoidon asiakkaille tehtävästä hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmasta. Asiakkaaksi tulo tarkoittaa tutustumisvaihetta, jossa tutustutaan perusteellisesti asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa sekä kartoitetaan ehkäisevän työn mahdollisuuksia ja hyödyntämistä (Päivärinta & Haverinen 2002, 36). Jotta asiakkaan tarpeisiin vastaaminen onnistuu, se edellyttää arviointivaiheessa oikeiden henkilöiden mukana oloa ja palvelun tarjoajien toiminnan koordinoimista hoito- ja hoivasuunnitelmien avulla (Övretveit 1995, 118).

4.1 Kotihoidon asiakkaaksi

Uudet asiakkaat tulevat kotihoitoon asiakasohjaajan tekemän palvelutarvearvion kautta. Asiakasohjaaja arvioi asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista kokonaisvaltaisesti yhdessä asiakkaan, tarvittaessa hänen omaisten ja/tai edunvalvojan kanssa. Palvelutarvearviossa otetaan huomioon ikäihmisen omat voimavarat ja miten hän selviytyy jokapäiväisistä toiminnoistaan. Palveluntarve arvioidaan kiireellisissä tilanteissa välittömästi tai viimeistään seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta. (Palvelutarpeen arviointi, n.d.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista toteaa, että iäkkäälle tulee laatia palvelusuunnitelma heti sen jälkeen, kun hänen palveluntarpeensa on arvioitu. Suunnitelmaan kirjataan, millaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita asiakas tarvitsee hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen sekä hyvän hoidon turvaamiseksi. (L 28.12.2012/ 980.)

Jos palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakas tarvitsee kotihoidon palveluita, hänellä alkaa määräaikainen kuntouttava arviointijakso. Jakson aikana pyritään tehostamaan asiakasta kuntouttamaan, tukemaan ja parantamaan hänen toimintakykyään, että hän selviytyy päivittäisistä askareista mahdollisimman hyvin itse. (Kotihoito, n.d.) Määräaikainen arviointijakso kestää maksimissaan neljä viikkoa. Tavoitteena on, että kuntouttavan arviointijakson aikana asiakkaan toimintakyky paranee niin, että hänen palvelun tarve vähenee.

(Kotona asumista tukevien palveluiden sisältö ja myöntämisperusteet Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 1.1.2017 alkaen.)

Arviointijakson jälkeen asiakasohjaaja tekee arviointikäynnin, jossa arvioidaan asiakkaan toimintakyky uudelleen ja päätetään, jatketaanko kotihoidon palveluja säännöllisenä palveluna vai ei. Kotihoito on harkinnanvaraista, asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähtevää henkilökohtaista hoivaa. Mikäli arviointijakson jälkeen asiakas jää kotihoidon asiakkaaksi, hänelle laaditaan hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma. (Kotona asumista tukevien palveluiden sisältö ja myöntämisperusteet Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 1.1.2017 alkaen.)

4.2 Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma

Kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa laaditaan hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelman tavoitteena on edistää ja tukea asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä. Suunnitelman laatimisen lähtökohtana on asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset. Hyvä hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma on lyhyt ja ytimekäs tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Suunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa. Kaikissa työvaiheissa on tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky. Suunnitelman laatiminen sekä toteuttaminen edellyttävät työntekijältä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä. Suunnitelma tulee tarkistaa aina, kun asiakkaan tarpeet ja käytettävissä olevat voimavarat muuttuvat. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5 – 17.)

Suunnitelma tulisi laatia, toteuttaa ja arvioida vaiheittain. Suunnitelman laadinta ja toteutus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: neuvottelu-, toiminta- ja arviointivaihe. Vaiheet voivat olla päällekkäisiä. Neuvotteluvaiheessa perehdytään asiakkaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin. Tarkoituksena on saada asiakkaan tilanteesta mahdollisimman tarkka kuva. Toimintavaiheessa asiakas ja työntekijä työskentelevät yhdessä yhteisen suunnitelman toteuttamiseksi. Säännöllisestä kirjaamisesta on jokaisen työntekijän huolehdittava. Toimintavaiheen jälkeen arviointivaihe toteutetaan asiakkaan kanssa ja sovitut muutokset kirjataan uuteen hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaan. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5 – 46.)

RAI-arviointijärjestelmä on osa hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman laadintaa. RAI-arviointijärjestelmässä selvitetään mm. asiakkaan arjesta suoriutuminen, psyykkinen tila ja kognitiiviset taidot, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi, terveydentila, kipu ja ravitsemus. RAI-arviointijärjestelmä antaa monipuolisen kuvan asiakkaan voinnista. Kotihoidon asiakkaan tarpeita tulee arvioida aina kun asiakkaan vointi merkittävästi muuttuu ja vähintään puolivuositain. (Tietoa RAI-järjestelmästä, n.d.)

Gainullina & Kolinin (2015) opinnäytetyössä selvitettiin, miten hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmassa näkyy asiakkaan voimavarat. Tutkimuksesta kävi ilmi, että asiakkaiden voimavaroja kirjoitetaan suunnitelmiin jonkin verran. Fyysiset voimavarat nousivat hyvin esiin ja myös sosiaaliset voimavarat oli mainittu. Psyykkiset voimavarat jäivät vähemmälle huomiolle. Tutkimuksesta todettiin, että asiakkaan omien voimavarojen kirjaaminen hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmiin antaa hoitajalle kokonaisvaltaisen kuvan asiakkaasta. Nämä voimavarojen muistiin kirjaamiset ja niiden hyödyntäminen pidentävät asiakkaiden kotona asumista.

Monet lait ja asetukset edellyttävät hoito- palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman tekemistä. Näitä lakeja ovat Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010), Vanhuspalvelulaki (L 980/2012), Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (L 298/2009), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (L 559/1994), Sosiaalihuoltolaki (L 1301/2014), Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000), Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (L 1987/380) ja Laki omaishoidon tuesta (L 2005/937).

Esimerkiksi laissa Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) säädetään, että hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma tulee laatia aina sosiaalihuoltoa toteuttaessa, ellei ole kyse tilapäisestä neuvonnasta ja ohjauksesta. Suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen mahdollisen laillisen edustajansa kanssa. Vanhuspalvelulaissa (L 980/2012) säädetään, että suunnitelma on laadittava heti sen jälkeen, kun asiakkaan palvelutarve on selvitetty.

5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla moniammatillista yhteistyötä Kainuun Soten kotihoiton yhdessä työyksikössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa ja kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa. Tutkimuksessamme moniammatillisuus on keskeistä, joten tutkimuskysymykset rakentuivat moniammatillisuuden ympärille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten moniammatillisuus toteutuu kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa henkilöstön kokemana?
2. Mitä moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita ilmenee asiakkaan hoidon suunnittelussa henkilöstön kokemana?

6 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyömme on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 85.) Joidenkin asioiden, kuten ihmisten suhtautumista ja asenteita, on helpoin kuvata laadullisin keinoin eli tekstinä (Kananen 2015, 71). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaus ja tutkittavaa ilmiötä tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tyypillisesti laadulliseen tutkimukseen kuuluvat muun muassa havainnointi ja keskustelut tutkittavien kanssa ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkittavat tapaukset käsitellään ainutlaatuisina. Tutkimussuunnitelma elää tutkimuksen edetessä eli suunnitelmaa muutetaan olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152 – 155.)

6.1 Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu

Haastattelun tavoitteena on kerätä tieto siitä, mitä tutkittavalla on mielessään. Se on eräänlaista keskustelua, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja on hänen johdateltavissaan. Haastattelun ideana on halu saada tietää jotain ihmisestä/tutkittavasta. Yksinkertaisimmillaan se on tilanne, jossa haastattelija esittää kysymyksiä haastateltavalle. Haastattelu on vuorovaikutusta, jossa osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Haastattelutilanteelle on tyypillistä, että se on ennalta suunniteltu ja haastattelijan alulle panema ja ohjaama. Haastattelija joutuu usein motivoimaan haastateltavaa ja pitämään haastattelua yllä. Molemmat tuntevat roolinsa (haastattelija ja haastateltava) sekä haastateltavan on luotettava, että hänen sanomisiaan käsitellään luottamuksella. (Eskola & Suoranta 2005, 85.)

Haastattelutyyppjä on useita. Yksi tapa erotella haastattelutyyppit toisistaan on jakaa kysymysten muotoilun kiinteyden aste ja miten paljon haastattelija jäsentää haastattelutilannetta. Tällä tapaa voidaan haastattelut jakaa neljään tyyppiin: strukturoitu-, puolistrukturoitu-, teema- ja avoin haastattelu. Strukturoidussa haastattelussa kysymyksien muoto ja järjestys ovat kaikissa haastatteluissa samat. Vaihtoehdot ovat kaikille haastateltaville myös samat. Puolistrukturoitu haastattelussa kysymykset ovat samat, mutta ei ole valmiita

vastausvaihtoehtoja kysymyksiin, jolloin haastateltava vastaa omin sanoin. Teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet on etukäteen määritetty. Haastattelija huomioi, että kaikki teemat käydään läpi haastateltavan kanssa. Haastattelijalla on tukilista käsiteltävistä asioista, mutta ei valmiita kysymyksiä. Avoin haastattelu muistuttaa eniten tavallista keskustelua. Haastattelija ja haastateltava keskustelevat tietyistä aiheista. (Eskola & Suoranta 2005, 86.)

Käytimme aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua haastattelua eli meillä oli valmiit kysymykset, joihin haastateltavat vastasivat omin sanoin. Keskustelimme haastateltavien määrästä ohjaavan opettajan ja kotihoidon työelämän edustajan kanssa ja päädyimme rajaamaan haastateltavien määrän viiteen ammattiryhmän edustajaan. Haastateltavien valintaan työelämän edustaja antoi ehdotuksia, mutta lopulliset haastateltavat valitsimme kuitenkin itse työkokemuksen sekä ammattiryhmän perusteella. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja saimme luvan haastatteluihin kaikilta niiltä työntekijöiltä, joita olimme ajatelleet haastateltaviksi. Haastattelimme viittä Kainuun soten yhdessä kotihoidon työyksikössä työskentelevää henkilöä eri ammattiryhmistä. Anonymiteetin suojaamiseksi emme kerro mitä ammattiryhmiä haastateltavat edustavat ja missä kotihoidon työyksikössä haastattelut on tehty. Lisäksi emme kysyneet haastatteluissa haastateltavien nimiä, ikää tai sukupuolta. Vaikka haastattelut eivät koskeneet koko kotihoidon henkilöstöä, saimme käsitystä siitä, miten moniammatillisuus toteutuu kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa ja mitä kehittämistarpeita haastateltavat toivat esille.

Jokaiselle haastateltavalle annettiin kirjallinen tiedoksianto opinnäytetyöstä ja pyydettiin kirjallinen lupa haastatteluihin ja niiden äänittämiseen (Liite 1). Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Niistä neljä toteutettiin kotihoidon tiloissa ja yksi haastateltavan omassa kodissa. Haastattelut kestivät kerrallaan viidestä viiteentoista minuuttiin. Emme kirjoittaneet mitään ylös haastatteluiden aikana, koska silloin pystyimme paremmin keskittymään itse tilanteeseen.

Haastatteluissa käytimme omaa haastattelupohjaa, jossa esitimme viisitoista avointa kysymystä ilman valmiita vastausvaihtoehtoja (Liite 2). Tutustuimme kolmen eri laadullisen tutkimuksen havainnointi/haastattelu pohjiin, että saisimme ideoita omien kysymysten muodostamiseen. Nämä tutkimukset olivat Moniammatillisuus palvelutarpeen arvioinnissa Kontinkankaan hyvinvointikeskuksessa, SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuus ja Tii-

mityö toimintamallina – työntekijöiden kokemuksia tiimityöstä ja sen kehittamisestä kotihoidossa. Omat haastattelukysymykset suunnittelimme vastaamaan mahdollisimman hyvin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä.

6.2 Aineiston hallinta

Aineisto dokumentoitiin niin, että siitä ei voi tunnistaa ketään yksittäistä ihmistä. Haastatteluiden äänitiedostot siirrettiin omista puhelimistamme tietokoneillemme ja samalla postimme tiedostot puhelimistamme. Tallensimme äänitiedostot ja tekstimuotoon muutetut haastattelut tietokoneillemme ja OneDrive pilvipalveluun. Aineistoon pääsee käsiksi vain opinnäytetyön tekijät. Tietokoneet ja pilvipalvelu ovat salasanojen takana ja tietokoneet suojattu asianmukaisella viruksentorjuntaohjelmalla. Äänitiedostot ja tekstimuotoon muutetut haastattelut säilytämme opinnäytetyön valmistumiseen asti. Tämän jälkeen poistamme tiedostot tietokoneiltamme ja pilvipalvelusta. Tulostetut tekstimuotoiset haastatteluaineistot olemme säilyttäneet lukitussa kaapissa ja tuhoamme ne silppurilla tai polttamalla. Opinnäytetyö tulee julkiseksi verkkoon ja siitä on mahdollista tehdä jatkotutkimuksia. Aineistonhallintasuunnitelma löytyy Liitteestä 3.

6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa perusanalyysimenetelmänä. Sitä voidaan pitää yhtenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka kyetään yhdistämään erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Laadullinen analyysi voidaan jakaa induktiiviseen (yksityisestä yleiseen) ja deduktiiviseen (yleisestä yksityiseen) analyysiin. (Tuomi & Sara-järvi 2012, 91 – 95.)

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus ytimekkäässä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia ja siinä etsitään tekstin merkitystä. Analyysin tarkoituksena on luoda hajanaisesta aineistosta mielekäs, selkeä ja yhtenäinen informaatio. Sillä luodaan selkeyttä aineistoon, jolloin aineistosta voidaan vetää selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Aineisto puretaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen eri tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysiä tehdään laadullisen tutkimuksen joka vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 108.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen osaan: 1) aineiston pelkistämiseen, 2) aineiston ryhmittelyyn ja 3) abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen (Tuomi & Sara-järvi 2012, 101 – 109). Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen. Aineistoa pelkistetään jättämällä kaikki epäolennaiset asiat pois. Pelkistämisen jälkeen tulee aineiston ryhmittely, jossa pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään ilmaisujen yhtenäisyyden ja erilaisuuden mukaan. Etsitään siis samanlaisia ilmaisuja ja yhdistetään ne samanlaisiksi alaluokiksi. Viimeisenä vaiheena on abstrahointi, jolloin saman sisältöiset luokat yhdistetään yläluokaksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28 – 29.)

Käytimme haastattelumateriaalin käsittelyssä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Haastatteluiden äänitiedostot kirjoitettiin auki eli litteroitiin tekstimuotoon sanasta sanaan Microsoft Word ohjelmalla. Tekstiä tuli yhteensä 18 sivua fontilla 11 ja rivivälillä 1,5. Luimme haastattelut useaan kertaan läpi, jotta saimme käsityksen niiden sisällöstä. Seuraavaksi etsimme tekstistä pelkistettyjä ilmauksia ja alleviivasimme ne. Pelkistetyistä ilmauksista etsimme samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ryhmittelimme pelkistetyt ilmaukset niiden asiasisällön mukaan ja muodostimme niistä alaluokkia. Syntyneistä alaluokista yhdistelimme yläluokkia. Yläluokiksi tulivat moniammatillinen tiimityö, toimiva vuorovaikutus, tiedonkulku ja tietojen päivittäminen. Taulukossa 1 on esitetty esimerkki tekemästämme sisällönanalyysistä. Yläluokista emme yhdistäneet pääluokkia, koska aineiston sisällön näkökulmasta ei enää ollut mahdollista muodostaa pääluokkia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114).

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p><i>"...jos niinku aatellaan et on jottain erityisongelmaa. On mielenterveyspuolella tai vaikka päihdepuolella, niin sitten meidän yhteistyötohothan on myöskin siellä. Et siinä kootaan tämmönen porukka, joka...joka sitten miettii yhdessä niitä asioita."</i></p> <p><i>"Että mehän konsultoidaan paljo eri ammattiryhmien edustajia sairaanhoitajia, lääkäreitä ja fysioterapeutteja."</i></p>	<p>-Tarvittaessa yhteistyö muiden tahojen kanssa</p> <p>- Konsultoidaan eri ammattiryhmien edustajia</p>	YHTEISTYÖ ERI AMMATTIRYHMIIEN KESKEN	MONIAMMATILLINEN TIIMITYÖ
<p><i>"...niinku tämä tiimityö, et se ois tiiviimpää."</i></p> <p><i>"No ne hoitosuunnitelmat pitäs tehdä yhdessä, ainaki nii että on useempi työntekijä tekemässä sitä."</i></p> <p><i>"...että ehkä se vois olla selkeämpääkin se vastuunjako, että ois niinku ihan selkeästi määritelty ne ihmiset, ketkä ja mitä heidän vastualueeseen kuuluu."</i></p>	<p>-Tiiviimpi tiimityö</p> <p>-Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä</p> <p>-Selkeämpi vastuunjako</p>	TIIMITYÖN KEHITTÄMINEN	
<p><i>"...siis nykysin ei oo raporttiaikaa semmosta, et se etittää ite se tieto jostaki."</i></p>	<p>-Ajan puute työasioiden hoitamiseen</p>	AJANKÄYTÖN KEHITTÄMINEN	

7 Opinnäytetyön tulokset

Tässä luvussa kerromme sisällönanalyysin avulla saamamme tulokset. Tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston käsittelyä ja tuloksien purkamista. Haastatteluille tekemämme aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaan yläluokiksi muodostuivat moniammatillinen tiimityö, toimiva vuorovaikutus, tiedonkulku ja tietojen päivitys.

7.1 Moniammatillinen tiimityö

Moniammatillinen tiimityö sisälsi kolme alaluokkaa, joita olivat *yhteistyö eri ammattiryhmien kesken, tiimityön kehittäminen ja ajankäytön kehittäminen*. *Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken* kotihoidossa toteutuu haastateltavien mielestä kokonaisuudessaan hyvin. Eniten yhteistyötä on sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla, mutta yhteistyötä tehdään kotihoidossa paljon myös muiden ammattiryhmien kanssa kuten fysioterapeutin, muistihoitajan ja lääkärin kanssa. Tarvittaessa tehdään myös yhteistyötä mielenterveys- tai päihdepuolen kanssa. Kokemuksena oli, että asiakkaan asioissa konsultoidaan muita ammattiryhmiä ja saadaan helposti mukaan niitä ihmisiä, joita tarvitaan asiakkaan hoidossa.

...mut sitte asiakkaan asioissa kuitenkin käytetään muutoin hyväksi sitä moniammatillista työyhteisöä. Että mehän konsultoidaan paljo eri ammattiryhmien edustajia sairaanhoitajia, lääkäreitä ja fysioterapeutteja...

Tiimityön kehittäminen näkyi toiveissa tiiviimmästä tiimityöskentelystä kotihoidossa. Asiakkaan asioita halutaan miettiä yhdessä tiiminä ja tietyt asiat voisivat pysyä vain tiimikohtaisina. Asiakkaiden hoitosuunnitelmat olisi hyvä päivittää yhdessä. Vielä enemmän toivottiin yhteistyötä muiden tahojen kanssa, esimerkiksi lääkärin tai toimintaterapeutin kanssa. Lisäksi toiveena oli vastuualueiden selkeyttäminen.

...no ne hoitosuunnitelmat pitäis tehdä yhdessä, ainaki nii, että on usseempi työntekijä tekemässä sitä. Vähintäänki se sairaanhoitaja ja lähihoitaja...

Ajankäytön kehittämisessä tärkeää olisi mahdollisuus tutustua asiakkaan asioihin raporteilla ja keskustelemalla yhdessä muiden työntekijöiden kanssa sekä lukemalla tietojärjestelmästä. Työlistamuutoksiin tutustuminen työvuoron aluksi koettiin myös tärkeäksi, mutta ajallisesti haastavaksi toteuttaa.

7.2 Toimiva vuorovaikutus

Toimiva vuorovaikutus muodostui kahdesta alaluokasta, joita olivat *tuen antaminen ja vuorovaikutus* sekä *palautteen antamisen merkitys*. *Tuen antaminen ja vuorovaikutus* onnistuvat työntekijöiden välillä hyvin henkilöstön kokemana. Tukea ja neuvoa annetaan toisille ja omaa ammatillista osaamista ollaan valmiita jakamaan. Vuorovaikutukseen vaikuttaa se, kuinka itse lähtee mukaan vuorovaikutustilanteeseen. Tärkeää on pystyä keskustelemaan asiakkaiden asioista ja toimimaan tiimissä.

...minun mielestä vuorovaikutus kyllä on onnistunut ihan hyvin. Et siinä ei oo mitään ongelmaa, että...että tuota tietysti se riippuu aina siitä, että miten vastavuoroista se on se vuorovaikutus ja miten itse niinku lähdet tähän vuorovaikutustilanteeseen...

Palautteen antamisen merkityksessä korostui rakentavan palautteen antaminen. Sitä voisi saada enemmän kuin myös positiivista palautetta. Rakentava palaute auttaa kehittymään omassa työssään ja positiivinen palaute kannustaa. Eniten palautetta sai suoraan asiakkailta ja lähimmiltä työkavereilta. Alaisilta tai esimiehiltä palautetta toivottiin vielä enemmän.

...mutta enempiä sitä sais olla, niin että pystys miettimään niitä asioita yhdessä. Ja jos...jos niinku ja erilaisia työskentelytapoja ja mitenkä johonki tavoitteeseen niinku parhaiten pääsis ja tämmösistä...

7.3 Tiedonkulku

Tiedonkulku sisälsi alaluokat *tiedonkulun kehittäminen*, *raportoinnin välineet ja työasioihin perehtyminen*. *Tiedonkulun kehittämisessä* ongelmaksi koettiin se, ettei tieto kulje aina

niin kuin pitäisi. Vaikka asiat kirjataan tietojärjestelmään, niitä ei välttämättä käydä luke-massa. Mobiilisovelluksesta ei saa välttämättä kaikkea tietoa, mitä tarvitsisi asiakkaan hoidossa. Tiedonkulkua myös joutuu jonkun verran varmistelemaan. Palavereista ei tieto aina välity eteenpäin tai esimiehiltä tieto ei tule suoraan tai kaikille työntekijöille. Tiedon haluttiin välittyvän helpommin ja ettei tiedonkulku takkuaisi.

...ainahan sitä on kehitettävää siinäkin. Että miten me saatasiin kaikki tietosiksi tietyistä asioista ja mikä taas kuuluu kaikille ja mikä kuuluu vain tietylle ryhmälle tai tarviiko kaikkia jakaa kaikkien kanssa...

Raportoinnin välineitä oli runsaasti erilaisia ja niitä myös käytettiin. Päivittäin käytössä on esimerkiksi puhelimet, tietokoneet, suulliset raportit ja konsultaatiot. Käytössä on myös paperikalenterit, kirjeet, vihkot ja pikkulaput. Tiimipalavereita pidetään säännöllisesti. Jotkut käyttävät raportoinnissa Isbar tyyliä. *Työasioihin perehtymisessä* koettiin vastuun olevan itsellä. Osallistumalla työneuvotteluihin, tiimipalavereihin, lukemalla muistioita ja Kai-man sivuja pystyi parhaiten perehtymään työasioihin. Tarvittaessa kysytään työkavereilta ja ollaan valmiita opastamaan myös muita. Koulutuksia järjestetään paljon erilaisia ja niihin voi osallistua, jos on kiinnostunut oppimaan uutta ja ottamaan haasteita vastaan. Uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytys koettiin tärkeäksi.

7.4 Tietojen päivitys

Tietojen päivitykseen kuuluivat alaluokat *hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman päivittäminen ja asiakkaan tietojen ajantasaisuus*. *Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman päivittäminen* tapahtuu usein lähihoitajapainotteisesti, vaikka siinä tulisi olla myös sairaanhoitaja mukana tekemässä. Joskus mukana on asiakas ja omainenkin. Omalta tiimiltä saa apua tarvittaessa. Jonkun verran myös fysioterapeutti on ollut mukana suunnitelman tekemisessä. Suunnitelmat tehdään aina RAI:n yhteydessä ja RAI:n pohjalta ja asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Suunnitelmia ei päivitetä aina asiakkaan voinnin muuttuessa, mutta yleensä se tehdään viimeistään puolen vuoden välein. Ajatuksena oli, että suunnitelman säännöllinen tarkistus auttaa ennakoimaan asiakkaan tilannetta ja ennaltaehkäisemään tilanteen huononemista.

...varmaan kuuvan kuukauven välein päivitetään, mutta ehkä sitte ku se vointi muuttuu, nii se saattaa jäähä sillo päivittämättä...

Asiakkaan tietojen ajantasaisuutta parantaisi se, että kaikki asiakkaan tiedot kirjattaisiin ylös ja päivitetäisiin vanhat tiedot ja asiakkaan toimintakyvyn muutokset. Asiakkaalle tutujen hoitajien ajateltiin olevan luotettavimpia päivittämään tietoja.

...ainaki se, että ne kaikki asiat kirjattaisiin sinne asiakkaan tietoihin ja sit ne vanhat, tai ne piettäis ajantasalla, et ne vanhat tiedot poistettas sieltä...

8 Johtopäätökset ja pohdinta

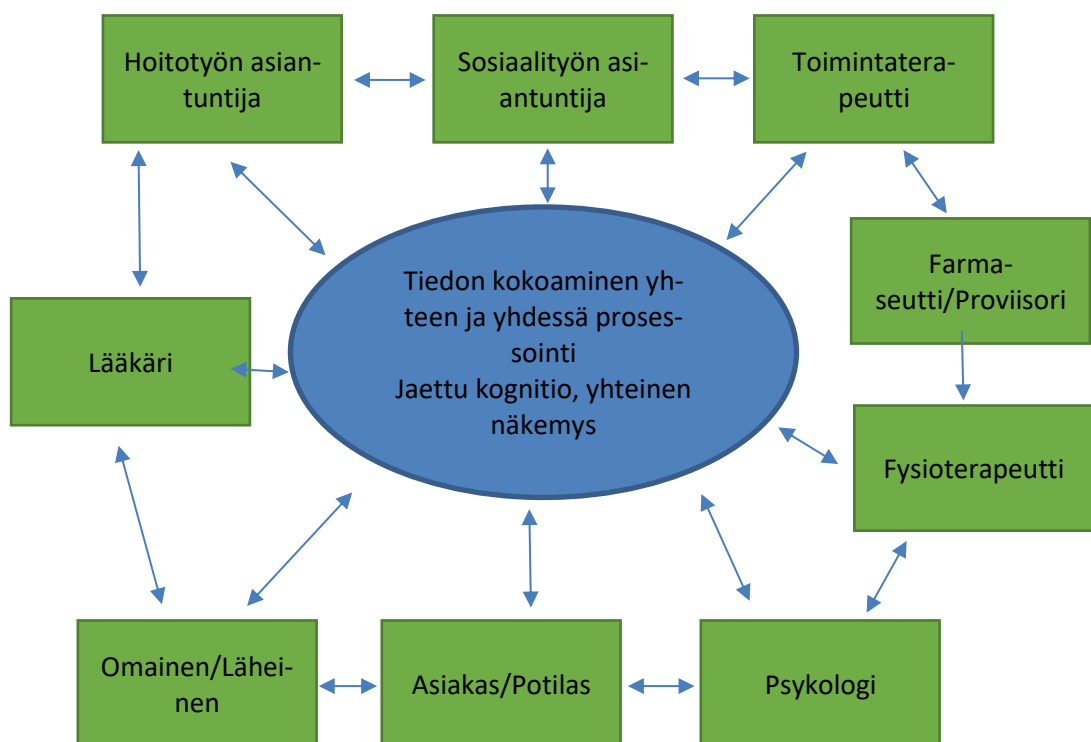
Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat, miten moniammatillisuus toteutuu kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa ja mitä moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeita ilmenee asiakkaan hoidon suunnittelussa henkilöstön kokemana. Mielestämme saimme vastauksia tutkimuskysymyksiin. Vaikka opinnäytetyössä haastattelimme vain viittä eri ammattiryhmän edustajaa koko kotihoidon henkilöstön sijaan, saimme hieman käsitystä siitä, miten moniammatillisuus toteutuu ja mitä kehittämistarpeita siihen liittyen on. Tutkimuskysymykset liittyivät ainoastaan asiakkaan hoidon suunnitteluun, mutta johtopäätöksenä voidaan todeta, että moniammatillisuus toteutuu henkilöstön kokemana kokonaisuudessaan hyvin asiakkaan kaikessa hoidossa. Vuorovaikutus ja tiimityöskentely onnistuvat kotihoidossa hyvin ja asiakkaan hoitoon osallistuu eri ammattiryhmiä tilanteen mukaan. Moniammatilliseen yhteistyöhön löytyi kehittämistarpeita koskien tiimityöskentelyä, palautteen antamista, ajankäyttöä, tiedonkulkua ja asiakkaan tietojen ajantasaisuutta ja tietojen päivitystä. Tiimityöskentelystä toivottiin tiiviimpää. Rakentavaa ja myös positiivista palautetta omasta työstä haluttiin enemmän. Ajankäyttöä työtehtävien hoitamiseen ja tiedonkulkua voisi kehittää. Asiakkaan tiedot ja hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmat pitäisi päivittää ajan tasalle säännöllisesti. Suunnitelmat tulisi tehdä tiiminä, niin että siinä olisi tekemässä ainakin lähihoitaja ja sairaanhoitaja yhdessä.

Tuloksien perusteella kotihoidossa tehdään paljon yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa asiakkaan hoidossa. Jos kotihoidon asiakkaalla on esimerkiksi mielenterveysongelmia, niin konsultoidaan mielenterveyspuolen ammattihenkilöä. Hoidonhan pitää perustua asiakkaan tarpeisiin. Yllätyksenä ei tullut, että eniten yhteistyötä on lähihoitajilla ja sairaanhoitajilla, mutta vastauksissa mainittiin myös fysioterapeutti, muistihoitaja ja lääkäri. Muita ammattiryhmiä ei nimellisesti tuotu esille, vaikka moniammatilliseen tiimityöhön kuuluu kotihoidossa paljon muitakin ammattilaisia esimerkiksi sosiaaliohjaaja, kotiutuskoordinaattori, jalkahoitaja tai suuhygienisti.

Jotta asiakkaan hoidon suunnittelu ja itse hoito olisi kokonaisvaltaista ja tarpeisiin perustuvaa, siinä tarvitaan ammatillista osaamista eri tahoilta. Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaan tapauksessa tarvittavaa tietoa voi olla paljon. Joissakin yhteistyömalleissa yksi tai

useampi tiimin jäsen tapaa asiakkaan ja vie saadun tiedon käsiteltäväksi koko asiantuntijatiimin kesken. Toimintaympäristöstä riippuu, miten tiedot kerätään ja jaetaan ja miten muodostetaan yhteinen kokonaisnäkemys. Pelkistetty kuvio 1 havainnollistaa tiedon moninaisuutta, jota joskus täytyy koota yhteen. (Isoherranen 2008, 40.)

Kuvio 1. Ratkaisuja tehdessä verkoston edustajien tieto kootaan yhteen asiakkaan tarpeiden mukaisesti (mukaillen Isoherranen 2008)



Tiimityöhön ilmeni myös kehittämistarpeita. Yhdessä tiiminä työskentely koettiin tärkeäksi ja se voisi olla vielä tiiviimpää. Koettiin, että asiakkaan asioita yhdessä pohtimalla löytyy paremmin ideoita ja ratkaisuja, esimerkiksi hoitosuunnitelman tekemiseen. Selkeitä ehdotuksia ei tullut siitä, millä tavalla tiimityötä voisi vielä kehittää. Kuitenkin esille tuotiin vastualueiden selkeyttäminen, joten mietimme, voisiko se olla yksi keino. Vaikka yhteistyötä kotihoidossa tehdään paljon muiden ammattiryhmien kanssa, toivottiin vielä lisää lääkäripanostusta tai esimerkiksi toimintaterapeuttia. Lääkärillä on usein laaja potilasjoukko vas-

tuullaan, joten voi olla ajallisesti haasteellista toteuttaa vielä tiiviimpää yhteistyötä. Ajankäytön kehittämisen ajattelimme myös liittyvän moniammatilliseen tiimityöhön, koska siinä korostuu mahdollisuus tutustua asiakkaan asioihin paremmin esimerkiksi keskustelemalla muiden työntekijöiden kanssa. Pohdimme, että ajankäyttöä voisi kehittää esimerkiksi organisoimalla hyvin työtehtävät ja mahdollistamalla suulliset raportit.

Toimiva vuorovaikutus on tärkeää moniammatillisessa työskentelyssä. Isoherranen (2008, 36) kirjoittaa, että moniammatillisen yhteistyön aikaansaamiseksi tarvitaan vuorovaikutuskulttuurin tunnistamista ja pyrkimistä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa on mahdollista koota tieto ja eri näkökulmat yhteen. Kuusiluoman (2017) kehittämistyön tuloksissa selvisi, että avoin vuorovaikutus on yksi moniammatillisen tiimin vahvuuksia ja sitä tulee kehittää sekä ylläpitää asiakaslähtöisen toiminnan turvaamiseksi. Kotihoidossa koettiin vuorovaikutuksen toimivan hyvin. Omaa ammatillista osaamista jaetaan mielellään. Tukea ja neuvoa saa tarvittaessa toisilta työntekijöiltä. Toimiva vuorovaikutus vaikuttaa työn mielekkyyteen, mahdollistaa hyvän tiimityöskentelyn ja sitä kautta vaikuttaa positiivisesti asiakkaan hoitoon. Olisi hyvä pohtia myös sitä, miten itse lähtee vuorovaikutustilanteisiin, koska sillä voi olla suuri merkitys koko tiimityöskentelyyn.

Palautetta jokainen haastateltava koki saavansa jonkin verran. Asiakkailta ja lähimmiltä työkavereilta sai eniten palautetta. Oman ammatillisen kehittymisen kannalta rakentava palaute on ensiarvoisen tärkeää ja kannustava palaute saa arvostamaan omaa työtään. Rakentava palaute pitäisi antaa niin, ettei se loukkaa saajaansa. Positiivisen palautteen saaminen taas lisää työn mielekkyyttä. Palautteen antaminen voidaan kuitenkin kokea hankalaksi antaa tai se unohtuu työn lomassa. Tuloksien mukaan omasta työstä haluttiin vielä enemmän palautetta lähimmiltä työkavereilta, mutta myös alaisilta ja esimiehiltä.

Tiedonkulkua tapahtuu kotihoidossa useilla erilaisilla keinoilla. Raportoinnin välineinä varmasti eniten käytössä ovat tietokone ja puhelin sekä suulliset raportit ja konsultaatiot. Tiimipalavereita ja työneuvotteluita pidetään säännöllisesti, mutta niihin eivät välttämättä kaikki pääse osallistumaan. Kehittämistarpeiksi nousikin tiedonkulun katkokset ja ettei tieto välity sellaisena kuin pitäisi. Tiedonkulkua joutuu varmistelemaan ja palavereista tieto ei välttämättä välity kaikille. Toiveena oli, että tieto välittyisi helpommin ja kaikille työntekijöille. Ainakin raportoinnissa jotkut työntekijät käyttävät Isbar -menetelmää. Isbar -menetelmällä olennaisin informaatio on selkeässä ja tiiviissä muodossa sekä se mahdollistaa yhtenäisen ja johdonmukaisen kommunikaation (Potilasturvallisuus 2014). Pohdimme

sitä, voisiko Isbar olla kaikkien työntekijöiden käytössä raportoinnissa ja näin siis parantaisi tiedonkulkua. Haastateltavat ehdottivat tiedonkulun kehittämiseksi myös, että kaikki osallistuisivat palavereihin ja työneuvotteluihin. Tämä voi olla kuitenkin haasteellista toteuttaa. Jokaisella on myös vastuu perehtyä työhön liittyviin asioihin. Työasioihin perehtyminen voisi ajatella vahvistavan siten tiedonkulkua. Tietojärjestelmiin ja mobiiliin tulisi kirjata kaikki asiakkaan hoidossa tarvittava tieto ja kaikilla on vastuu käydä lukemassa kirjatut tiedot. Perehtymistä työasioihin lisää myös erilaiset koulutukset, Kainuun soten intran eli Kaiman nettisivujen lukeminen sekä muilta työntekijöiltä saatu tieto. Hyvä perehtyys uusille työntekijöille ja opiskelijoille parantaa myös tiedonkulkua työyhteisössä.

Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmat tehdään kotihoidossa aina RAI:n pohjalta ja vastaamaan asiakkaan omia tarpeita. Mutta suunnitelman päivitys koettiin olevan usein lähihoitajan yksin tekemä. Tämä oli yksi kehittämistarpeista, että lähihoitaja ja sairaanhoitaja pystyisivät aina yhdessä päivittämään suunnitelmat. Suunnitelmien teossa ja päivittäyksessä pitäisi mukana olla myös asiakas itse ja mahdollisuuksien mukaan omainen, mutta se ei toteudu läheskään aina. Tässä haasteena on varmasti yhteisen ajan löytäminen kaikkien kesken. Asiakaan toimintakyky voi myös olla sellainen, ettei kykene enää itse tuomaan esille omia tarpeita ja toiveita. Omaisiakaan ei välttämättä ole asiakkaalla kertomassa asioita hänen puolestaan.

Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman päivittämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, että se tulisi tehtyä aina asiakkaan voinnin muuttuessa ja viimeistään puolivuositain. Päivärinta & Haverisen (2002, 29) mukaan asiakaslähtöinen ja tarkistettu suunnitelma antaa aina ajantasaista palautetietoa palveluista sekä työyhteisön toteuttamista työskentelytavoista. Yhteinen palautteen sekä tulosten käsittely ja huomioiminen työskentelyssä on osa työyhteisöjen ja palvelujen asiakaslähtöisyyden kokoaikaista arviointia ja kehittämistä.

Osa haastateltavista mainitsi, että säännöllinen suunnitelman päivittäminen auttaa ennalta koimaan asiakkaan tilannetta ja ennaltaehkäisemään tilanteen huononemista. Kehittämistä olisi myös asiakkaan tietojen ajantasaisuudessa, koska tiedot voivat olla puutteellisia ja siellä voi esiintyä vanhaa tietoa. Ajantasaiset tiedot asiakkaasta parantaisivat esimerkiksi potilasturvallisuutta, tiedonkulkua ja tiimityön sujuvuutta. Haastateltavat ehdottivat, että asiakkaan tuntevat hoitajat voisivat päivittää tiedot, koska heillä voi olla sellaista tietoa asiakkaasta, jota muilla työntekijöillä ei ole. Alamäki ym. (2017, 12) mainitsevat, että hoitotyöntekijöillä, jotka työskentelevät pitkäaikaishoidossa, on yleensä laajin tieto

asiakkaan/potilaan arjesta ja sen sujumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tiedon esille tuominen olisi hyvin tärkeää, että voitaisiin välttyä potilasta kuormittavilta tai jopa vahingoittavilta hoito- ja palvelusuunnitelmilta.

8.1 Ammatillinen kehittyminen

Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen koostuu yhdeksästä eri osaamisalueesta. Näitä ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtamistaidot, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta, ohjaus ja opetus osaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja sen laatu ja turvallisuus. Sairaanhoitajan työ on asiakaslähtöistä ja asiakas on aina oman elämänsä paras asiantuntija. Hoitotyön eettisyyteen ja ammatillisuuteen liittyy muun muassa se, että kykenee tuottamaan ja hyödyntämään asiantuntijuutta monialaisissa tiimeissä ja verkostoissa. Hyvät työyhteisötaidot ja toimiminen erilaisissa muuttuvissa terveysalan toimintaympäristöissä kuuluvat sairaanhoitajan osaamisalueisiin. Hoitotyö kokonaisuudessaan ja hoitotyön päätöksentekoprosessit ovat näyttöön perustuvaa toimintaa ja siihen liittyy myös tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaaminen. Lisäksi sairaanhoitajan tulee toimia terveyttä ja toimintakykyä edistävästi sekä huolehtia hoitotyön laadusta ja turvallisuudesta. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35 – 46.)

Omat henkilökohtaiset tavoitteemme perustuivat sairaanhoitajan osaamisalueisiin. Halusimme saada lisää tietoa moniammatillisesta ja asiakaslähtöisestä työskentelystä, jossa toimintaympäristönä oli kotihoito. Sairaanhoitajan työhön kuuluu usein moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien edustajien kanssa. Asiakkaan hoidossa ja hoidon suunnittelussa tarvitaan tiivistä moniammatillista yhteistyötä ja sairaanhoitajan on myös hyvä tietää, mistä eri tahoilta ja ammattilaisilta voi pyytää apua ja neuvoa tarvittaessa. Näin potilasturvallisuus ja hoidon laatu sekä turvallisuus paranevat. Opinnäytetyön tuloksista voi myös päätellä, että työyhteisötaidoilla on merkitystä ja ne kuuluvatkin sairaanhoitajan osaamisalueisiin. Kotihoidossa hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus näkyvät esimerkiksi siinä, että sairaanhoitaja hyödyntää omaa asiantuntijuuttaan tiimeissä ja usein sairaanhoitaja on myös tiimivastaavana. Näyttöön perustuvaa tietoa olemme etsineet opinnäytetyön teoriaosuuksiin ja samalla opimme, mitä tarkoittaa tiedonlähteen kriittinen tarkastelu.

Opinnäytetyötä tehdessä laadullisen tutkimusprosessin eri vaiheet tulivat opiskeltua useaan kertaan läpi. Välillä työn eteneminen kuitenkin tuotti paljon haasteita. Joidenkin tutkimusprosessin vaiheiden ymmärtäminen ei ollut niin itsestään selvää. Työtä teimme tasaapuolisesti ja molemmat ottivat osaltaan vastuuta opinnäytetyön valmistumiseksi. Kirjoitimme opinnäytetyötä yhdessä ja erikseen. Apuna käytettiin muistioita ja tehtävälisteriä sekä koulun tietokantoja, jotta pysyimme perillä siitä, mitä milloinkin pitää tehdä. Ohjeistusta ja apua saimme työelämäohjaajalta, ohjaavalta opettajalta, informaattikolta ja vertaisilta kuin myös luokkakavereilta. Pohdimme myös jatkotutkimusaiheita ja yksi sellainen voisi olla, että mitä erilaisia keinoja olisi kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa tai millä tavalla moniammatillinen työskentely näkyy kotihoidon asiakkaan elämässä.

8.2 Eettiset kysymykset

Tutkimuksessa on tärkeää tehdä tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuskohteen valinnassa tulee miettiä, keneltä aihe on peräisin ja miksi tutkimus tehdään aiheesta. Aiheen tulisi olla tärkeä ja merkityksellinen. Tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä tulee informoida tutkimuksesta, pyytää suostumus ja tutkijan tulee miettiä, mitä tietoa antaa tutkittaville tutkimuksesta. Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä, esimerkiksi ei saa plagioida ketään ja tutkimusryhmän muut jäsenet sekä heidän työnsä tulee tuoda ilmi. Tutkimuksen tuloksia tulee tarkastella kriittisesti ja raportointi tulee olla tarkkaa eikä se saa olla puutteellista. (Hirsjärvi ym. 2004, 26 – 28.)

Opinnäytetyö on tehty eettisten periaatteiden mukaisesti. Kainuun sotelta on haettu lupa opinnäytetyölle. Luvan saatuaamme toteutettiin aineistonkeruu eli haastattelut. Työelämän edustaja antoi ehdotuksia haastateltavista, mutta lopulta valitsimme itse haastateltavat työkokemuksen ja ammattiryhmän perusteella. Eettisinä kysymyksinä mietimme esimerkiksi sitä, olisiko haastateltavat voineet valita eri tavalla tai olisiko heitä voinut olla enemmän. Päädyimme rajaamaan haastateltavien määrän viiteen, koska silloin työn määrä pysyi kohtuullisena. Työkokemus valintaperusteena oli siksi, että useamman vuoden kotihoidossa töissä olleelle työntekijälle on kertynyt jo kokemusta ja ajatuksia työstä. Tarkoituksena oli saada esille kotihoidon eri ammattiryhmien kokemuksia, vaikkakaan haastateltavana ei ollut kaikkia kotihoidossa työskenteleviä ammattiryhmiä. Eettistä pohdintaa teimme myös siitä, olisiko koko työyhteisö voinut osallistua tutkimukseen ja olisiko haas-

tateltavien valinta voinut vaikuttaa tuloksiin. Kotihoidossa työskentelee esimerkiksi lähihoitajia määrällisesti enemmän kuin muita ammattiryhmän edustajia. Tämä olisi voinut vaikuttaa opinnäytetyön tuloksiin, jos haastattelut olisi toteutettu koko työyhteisölle. Tulokset saattaisivat olla myös hieman erilaiset, jos olisimme haastatelleet kaikkia kotihoidon eri ammattiryhmiä.

Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltavien anonymiteetti suojattiin niin, ettei heitä voi tunnistaa. Emme kerro haastateltavien ammattinimikkeitä, nimiä, ikää tai sukupuolta. Lisäksi emme kerro, missä kotihoidon työyksikössä haastattelut on tehty. Haastattelumateriaali käsiteltiin luottamuksellisesti ja kenenkään henkilötietoja ei ole tuotu julki missään vaiheessa. Tiedotimme haastateltavia siitä, mitä aineistoa opinnäytetyöhön kerätään ja miten. Pyysimme jokaiselta haastateltavalta kirjallisen luvan haastattelun toteuttamiseen ja äänittämiseen (Liite 1). Tuloksia pyrimme käsittelemään kriittisesti ja selostamaan opinnäytetyön eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Aineiston hallinta on kerrottu luvussa 6.2 ja lisäksi liitteenä on opinnäytetyön aineiston hallintasuunnitelma (Liite 3).

Haastattelukysymyksiä emme esitettäneet. Jos haastattelukysymykset olisi esitetty, ne olisi voinut tarkentaa vielä enemmän tutkimuskysymyksiin vastaaviksi. Pohdimme, onko sillä vaikutusta, että toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee Kainuun sotien kotihoidossa. Päädyimme siihen, että työskentely Kainuun sotien kotihoidossa ei vaikuta työmme tulokseen, koska selvitämme kotihoidon henkilökunnan ajatuksia moniammatillisuudesta ja sen kehittämistarpeista. Mutta ovatko haastateltavat uskaltaneet kertoa avoimesti mielipiteitään haastatteluissa? Pyrimme luomaan haastattelutilanteista avoimia, luottamuksellisia ja luonnollisia tilanteita. Haastateltavat saivat kaikessa rauhassa vastata kysymyksiin. Haastateltaville oli tiedotettu, että heidän anonymiteettinsä suojataan koko tutkimusprosessin ajan sekä valmiissa opinnäytetyössä.

8.3 Luotettavuus

Tutkimuskirjallisuudessa luotettavuudesta nousee esiin kaksi termiä. Ne ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Nämä termit ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piiristä ja ne luetaan yleensä määrällisen tutkimuksen termeiksi. Mutta laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa ei ole olemassa tiettyä ohjetta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136 – 140.)

Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa tutkimusmenetelmien luotettavuus eli validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti eli vastaako mittari siihen kysymykseen, mitä halutaan tutkia ja reliabiliteetti eli voiko tuloksia toistaa (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136). Validiteetti opinnäytetyössämme tarkoittaa siis, onko tutkimuksessa tutkittu moniammatillisuutta kotihoitoon asiakkaan hoidon suunnittelussa. Jos joku muu tutkisi samaa henkilökuntaa ja päätyisi samoihin tuloksiin kuin me, opinnäytetyötä voitaisiin pitää reliabelina.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2004, 217 - 218) kirjoittavat, että kaikkien tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä tulee pystyä arvioimaan. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen vaiheista ja toteuttamisesta. Olisikin tärkeää, että tutkija kertoo tarkasti jokaisesta tutkimuksen vaiheesta. On huomioitava myös mahdolliset häiriötekijät ja virhetulkinnat haastattelussa sekä tehdä omat itsearviointit haastattelutilanteesta. On kerrottava, mistä analyysivaiheessa tulleet luokittelut ovat syntyneet ja millä perusteella ne on luokiteltu. Haastattelutilanteen häiriötekijöitä voivat olla esimerkiksi puhelinten soiminen, kysymysten vähyys ja osallistujien määrä. Opinnäytetyömme luotettavuutta parantaa tarkasti selostetut tutkimuksen eri osa-alueet eli haastattelut, aineiston analysointi ja tulosten purkaminen. Tuomen & Sarajärven (2002, 135 – 138) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään muun muassa myös seuraavia asioita, kuten tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset, aineistonkeruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto ja raportointi.

Eskola & Suoranta (1998, 212 – 213, 217) määrittelevät taas laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi uskottavuuden, varmuuden, kyllästyneisyys, vahvistuvuuden, siirrettävyyden ja toistettavuuden. Uskottavuus näkyy siinä, että tutkijan tulee tarkastaa vastaavatko tutkijan omat käsitteellistyksensä ja tehdyt tulkinnat tutkittavien käsityksiä. Tulosten siirrettävyys on mahdollista vain tietyin ehdoin, vaikka yleensä katsotaan, että yleistyksiset laadullisen tutkimuksen tuloksista ei ole mahdollisia. Vahvistettavuus näkyy tutkimuksessa siinä, että tekemämme tulkinnat ovat saaneet tukea toisista tutkimuksista. Toistettavuuden kriteeri näkyy analyysivaiheessa. Luokittelu- ja tulkintasäännöt olemme esittäneet niin yksinkertaisesti kuin mahdollista.

Uskottavuutta opinnäytetyössämme ja sen tuloksissa vahvistaa se, että olemme olleet asian kanssa tekemisissä riittävän pitkän ajan, melkein vuoden. Todeksi vahvistettavuus näkyy työssämme aineiston ja tutkimusprosessin tarkkana kirjaamisena. Kyllästyneisyyttä

olemme lisänneet aineiston läpi käymisellä, jolloin olemme saaneet aineistosta kaiken oleellisen irti.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2017, jolloin valitsimme aiheen Kainuun soten aihepankista. Halusimme tehdä laadullisen tutkimuksen ja valitsimme kotihoitoon liittyvän opinnäytetyöaiheen, koska molemmilla oli paljon työkokemusta vanhuspuolelta ja iäkkäitä hoidetaan nykyisin kotiin laitosasumisen sijasta. Toimeksiantajana toimi Kainuun sote ja tiedonantajana oli työelämän edustaja Kainuun soten kotihoidosta. Häneen pidimme yhteyttä sähköpostitse sekä kasvotusten, ja saimme neuvoja ja opastusta opinnäytetyöhömmä. Meidän ja tiedonantajansuhde on toiminut hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Lopullinen opinnäytetyön aihe ja tutkimusmuoto rajautuivat keskusteltuamme työelämän edustajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla moniammatillista yhteistyötä Kainuun Soten kotihoidon yhdessä työyksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa. Aineistonkeruun menetelmänä käytimme haastattelua.

Alkuvuosi 2018 meni tutkimussuunnitelman tekemiseen. Kun tutkimussuunnitelma oli valmis, se esitettiin koululla esitysseminaarissa. Esitystilanteessa olivat mukana koordinoiva opettaja, informaattikko, ohjaava opettaja, työelämäohjaaja, vertaiset ja yleisö. Saimme palautetta ja ohjeita, miten suunnitelmaa voisi vielä parantaa. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme Kainuun sotelta tutkimuslupaa, joka saatiin kesällä 2018. Kesällä työn eteneminen pysähtyi joksikin aikaa, koska molemmilla oli omat työt hoidettavanaan, joten aikaa ei tahtonut löytyä opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimusluvan saatuamme toteutimme yksilöhaastattelut elo- ja syyskuun aikana. Syys-lokakuun aikana teimme sisälönanalyysin haastatteluaineistolle ja kasasimme tulokset, johtopäätökset ja pohdinnan. Lopuksi kirjoitimme johdannon, tiivistelmän ja tarkistimme liitteet, työn ulkoasun, lähdeviitteet ja -luettelon.

Aineistonkeruu toteutettiin puolistrukturoituna yksilöhaastatteluna, jotka äänitettiin omilla puhelimillamme. Kohderyhmänä oli viisi eri ammattiryhmän edustajaa kotihoidosta. Viidestä haastattelutilanteesta kolme olivat rauhallisia, mutta kahdessa muussa tilanteessa haastateltavan puhelin soi. Yksi haastattelu toteutettiin haastateltavan kotona ja hänen

lapsi oli myös paikalla, joten haastattelutilanne jouduttiin keskeyttämään muutaman kerran. Mutta koemme kuitenkin, että nämä keskeytykset eivät vaikuttaneet haastatteluun. Jatkoimme haastattelua keskeytyksen jälkeen samasta kohdasta, mihin olimme jääneet.

Haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin sanasta sanaan tekstitiedostoiksi. Myös murre sanat kirjoitettiin niin, kuinka haastateltavat sanoivat ne. Tekstistä etsimme pelkistettyjä ilmauksia ja alleviivasimme ne. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samanlaisia/-kaltaisia ilmaisuja ja lauseita, joista yhdistelimme alaluokkia. Syntyneistä alaluokista yhdistelimme yläluokkia. Luokittelun aikana palasimme useita kertoja alkuperäiseen aineistoon varmistaen, että ymmärsimme haastateltavien ilmaisut varmasti oikein.

Olemme pyrkineet huolellisuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Opinnäytetyön jokainen vaihe on raportoitu mahdollisimman tarkasti. Emme ole plagioineet toisten tutkijoiden tekstejä, vaan muokanneet ne omaan suuhun sopivaksi ja laittaneet lähdeviitteet tekstiin. Erilaisia lähteitä on pyritty käyttämään monipuolisesti ja samalla olemme tehneet lähdekritiikkiä. Lisäksi olemme tehneet opinnäytetyötä vastuullisesti ja kertoneet avoimesti sen jokaisesta vaiheesta. Työn etenemisestä olemme raportoineet ohjaavaa opettajaa ja työelämän edustajaa säännöllisesti.

Kainuun sotelta pyydettyssä tutkimuslupahakemuksessa kysyttiin opinnäytetyön oikeuksia ja ne pysyvät opinnäytetyön tekijöillä. Vain opinnäytetyön tekijät ovat päässeet käsiksi aineistoon. Haastatteluaineisto ja koko opinnäytetyö ovat tallennettu omille tietokoneillemme ja pilvipalveluun, jotka ovat suojattu salasanoilla. Lisäksi tietokoneissa on ajantasaiset viruksentorjuntaohjelmat ja päivitykset, jotka myös parantavat tietosuojaa. Haastatteluaineistot hävitämme opinnäytetyön valmistumisen jälkeen poistamalla ja ylikirjoittamalla tietokoneiltamme ja pilvipalvelusta. Tulostetut tekstimuotoiset haastatteluaineistot tuhoamme silppurilla tai polttamalla. Haastatteluiden äänitiedostot poistimme puhelimista siirrettyämme ne tietokoneille.

Jos tutkimuksella on rahoittajia tai merkittäviä sidonnaisuuksia, ne tulee kertoa ja raportoida tuloksia julkaistaessa (Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6 – 7). Tässä opinnäytetyössä ei ole ollut rahoittajia eikä sidonnaisuuksia. Ainoat kustannukset opinnäytetyön teossa olivat matkakulut liikkuessamme autolla haastatteluihin, koululle tai kirjastoon. Kainuun sotelle ei ole koitunut kustannuksia opinnäytetyöstä.

9 Lähteet

Alamäki, A., Kangasniemi, M., Kela, T., Kuosmanen, L., Kurtti, J., Siipi, H. & Sillanpää K. 2017. Ammattina hyvä hoito ja palvelu. Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta. Tehyn eettinen toimikunta. (toim.) Kangasniemi M. Tehyn julkaisusarja F: 2/2017. Vantaa: Grano Oy.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Porvoo: Bookwell Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Finne - Soveri, H. 2017. Vanhuksen kotihoito on tiimityötä – yksi tiimin jäsenistä on omainen. Yleislääkäri 5/2017, 29 – 32.

Gainullina, G. & Kolin P. 2015. Asiakkaiden voimavarojen näkyminen kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201503042742>

Haanpää, K. & Päätaalo, K. 2017. Moniammatillisuus palvelutarpeen arvioinnissa Kontinkankaan hyvinvointikeskuksessa. Oulun ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201705107299>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 20.10.2018 <https://docplayer.fi/79174-Hyva-tieteellinen-kaytanto-ja-sen-loukkausepailyjen-kasitleminen-suomessa.html>

Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Edita.

Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. (toim.) Tähtiö R. 2008. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Juoperi, P. & Wacklin, H. 2016. Tiimityö toimintamallina – työntekijöiden kokemuksia tiimityöstä ja sen kehittämisestä kotihoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016092614538>

Kainuun sote - terveyttä ja hyvinvointia vauvasta vaariin. N.d. Viitattu 4.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/node/1>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202.

Karjalainen, J. 2017. Moniammatillisen yhteistyön toimintamallien kehittäminen ikääntyneen asiakkaan palvelu- kuntoutustarpeen arvioinnissa. Kuusamon ikäihmistien palvelut. Oulun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201703062973>

Katajamäki E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Teoksessa Suomen sairaanhoitajaliitto ry (toim.) Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoito-työn vuosikirja 2012. Porvoo. 25 – 36.

Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärät, henkilöstö ja johtaminen 2018. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.10.2018 <https://www.sli-deshare.net/THLfi/kotihoidon-ja-ympri- vuorokautisen-hoidon-asiakasmrt-henkilst-ja-johtaminen-2018>

Kotihoito. N.d. Kainuun sote. Viitattu 6.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/kotihoito>

Kotihoito. 2017. Kuntaliitto. Viitattu 19.11.2018 <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>

Kotona asumista tukevien palveluiden sisältö ja myöntämisperusteet Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 1.1.2017 alkaen. Kainuun sote. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallitus. 7.12.2016. Viitattu 1.4.2018 ja 20.10.2018

https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-01/Kotona%20asumista%20tukevien%20palveluiden%20sisältö%20ja%20myöntämisperusteet%201.1.2017%20alkaen_0.pdf

Kuntayhtymän hallinto ja johto. N.d. Kainuun sote. Viitattu 8.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/palvelut/kuntayhtymän-hallinto-ja-johto>

Kuusiluoma, R. 2017. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen terveyskeskussairaalassa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen ylempi AMK. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123686/kuusiluoma_riikka.pdf?sequence=1

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 - 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki. Viitattu 8.1.2018 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositus_julkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 9.1.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

L 980/2012 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 9.1.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 6.1.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P20>

L 1326/2010. Terveystieteidenhuoltolaki. Viitattu 6.1.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. (toim.) Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Helsinki: WSOY. 21 – 43.

Linden, M. 1999. Terveystieteidenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Teoksessa Konttinen, M., Eriksson, E., Hentilä, J., Karjalainen, J., Kaukonen, O., Keskimäki, I., Rautavaara, A. & Tuori, T. Stakes (toim.) Raportteja 234. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikä Kainuun sote. N.d. Kainuun sote. Viitattu 4.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/mika-kainuun-sote>

Palvelutarpeen arviointi. N.d. Kainuun sote. Viitattu 20.10.2018 <https://sote.kainuu.fi/palvelutarpeen-arviointi>

Potilasturvallisuus. 2014. Sairaanhoidajat. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 24.11.2018 <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina - Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Yliopistollinen väitöskirja.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S & Zwarenstein, M. 2010. Intersprofessional Teamwork for Health and Social Care. United Kingdom. Wiley-blackwell.

Romppainen, K. & Ylitalo, E. 2013. SAS-ryhmän toiminnan vaikuttavuus. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121020702>

Räisänen, J., Auvinen, K., Hintsanen, S. & Miettunen, R. 2014. Sulkavan kotisairaanhoidon potilaat hyötyvät lääkehoidon moniammatillisesta arvioinnista. SIC! Lääketietoa Fimeasta 4/2014. 38 – 40.

Savolainen, P. 2016. Moniammatillisen yhteistyön rajapintojen kartoittaminen eräässä Helsingin kaupungin palvelutalossa. Laurea ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Sosiaali- ja rikosseuraamusalan kehittäminen ja johtaminen ylempi AMK. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114125/Savolainen_Pauliina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Savolainen, T. J. 2015. Tiimityön kehittäminen kotihoidossa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015120118781>

Tietoa meistä. N.d. Kainuun sote. Viitattu 4.1.2018 <https://sote.kainuu.fi/tietoa-meista>

Tietoa RAI-järjestelmästä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 16.6.2017. Viitattu 20.10.2018 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Tiimityö. N.d. Tilastokeskus. Viitattu 20.10.2018 <https://www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vanhuspalveluiden tila maakunnissa. 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.12.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila/vanhuspalvelujen-tila-maakunnissa>

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE raportti. 2. painos. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Väestöennuste. 2015. Tilastokeskus. Viitattu 29.12.2017 https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Övretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Suom. H. Hausen, T. Oininen, K. Ranta-Aho & L. Ritanen. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

SAATEKIRJE

Hei kotihoidon työntekijä!

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Valmistumme keväällä 2019. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on moniammatillisuus asiakkaan hoidon suunnittelussa Kainuun soten kotihoidossa. Tarkoituksena on kuvailla moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa ja kehittää moniammatillista yhteistyötä kotihoidossa.

Pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseemme. Osallistuminen on vapaaehtoista, saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja henkilötietojanne ei tuoda julki missään vaiheessa. Haastatteluaineisto hävitetään asiaankuuluvalla tavalla aineiston purkamisen ja analysoinnin jälkeen. Haastattelemme kotihoidon työntekijöitä eri ammattikunnista ja äänitämme jokaisen haastattelun. Emme äänitä, jos haastateltava tämän kieltää.

Olemme todella kiitollisia osallistumisestanne!

Tarvittaessa vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Minna Rimpiläinen
Sairaanhoitajaopiskelija
puh. 040 xxx xxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx@kamk.fi

Katariina Väätäinen
Sairaanhoitajaopiskelija
puh. 044 xxx xxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx@kamk.fi

Lupa opinnäytetyön haastatteluun ja haastattelun äänittämiseen

Osallistujan nimi: _____

Osallistun ()

En osallistu ()

opinnäytetyöhön Moniammatillisuus kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa.

Paikka ja aika _____

allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastattelupohja

1. Mikä on ammattinimikkeesi, toimenkuvasi ja kauanko olet työskennellyt tämänhetkessä toimenkuvassa?
2. Millaisia tiedonkulun menetelmiä käytätte toistenne välillä työyhteisössä?
3. Miten koette vastuunjaon selkeyden työyhteisössä? Onko asioita, joista vastuuta ei ole jaettu kenellekään?
4. Onko mielestäsi työyhteisössä yhteiset tavoitteet ja päämäärät?
5. Miten kuvailisitte tiedonkulun ja vuorovaikutuksen onnistumisia työyhteisössä?
6. Miten kehittäisitte tiedonkulkua ja yhteistyötä eri ammattilaisten kesken kotihoidossa?
7. Miten koette voivanne jakaa omaa ammatillista osaamista muiden työntekijöiden kesken?
8. Oletteko saaneet koulutusta moniammatilliseen työskentelyyn? Missä? Oliko koulutus riittävä omasta mielestäsi?
9. Miten päivitätte tietonne ajan tasalle työhön kuuluvista muutoksista?
10. Koetko palautteen saamisen ja antamisen tärkeäksi? Koetko saavasi palautetta työstäsi?
11. Miten asiakkaan palvelutarve arvioidaan ja kuinka monipuolisesti asiakkaan avun tarvetta on arvioitu?
12. Onko hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman teossa ja arvioinnissa huomioitu asiakkaan omat tavoitteet, tarpeet ja toiveet?
13. Millä tavalla hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen tapahtuu? Minkälaisella kokoonpanolla? Päivitetäänkö suunnitelmaa tarpeeksi usein?
14. Toteutuuko mielestäsi moniammatillinen yhteistyö asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa? Kuinka se näkyy käytännön työssä?
15. Mitä kehittämistarpeita olisi moniammatilliseen työskentelyyn liittyen asiakkaan hoidon suunnittelussa?

Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Tutkimusaineisto kerätään haastattelulomakkeelle ja äänitämme haastattelut omilla puhelimillamme.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Dokumentoimme aineiston niin, että siitä ei voi tunnistaa ketään yksittäistä ihmistä. Haastattelun kohteena olevien anonymiteetistä huolehdimme siten, että emme ota ylös ammattinimikkeitä, nimiä, sukupuolta tai ikää. Emme kerro myöskään sitä, missä kotihoidon työyksikössä haastattelut on tehty. Äänitiedostot siirretään puhelimesta omille tietokoneillemme, joissa ne puretaan tekstitiedostoiksi ja samalla niistä poistetaan tutkittavien tunnistetiedot.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Äänitiedostot tallennetaan omille puhelimillemme ja siirretään niistä omille tietokoneillemme. Otamme varmuuskopiot kaikista haastattelumateriaaleista One Drive pilvipalveluun. Tietokoneet, puhelimet ja pilvipalvelu ovat salasanojen takana ja suojattu asianmukaisella viruksentorjunta ohjelmilla. Tulostetut tekstimuotoiset haastatteluaineistot säilytämme lukitussa kaapissa.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysymykset

Aineistoon ei pääse käsiksi muut kuin opinnäytetyön tekijät. Aineisto säilytetään sähköisessä muodossa suojatuilla tietokoneillamme ja pilvipalvelussa. Äänitiedostot poistetaan omista puhelimista heti tietokoneelle siirtämisen jälkeen. Kun opinnäytetyö on valmis, tuhoamme kaiken haastatteluaineiston ylikirjoittamalla ja poistamalla tietokoneilta ja pilvipalvelusta. Tulostetut tekstimuotoiset haastatteluaineistot tuhoamme silppurilla tai polttamalla.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Opinnäytetyö tulee julkiseksi verkkoon ja siitä on mahdollista tehdä jatkotutkimuksia.