



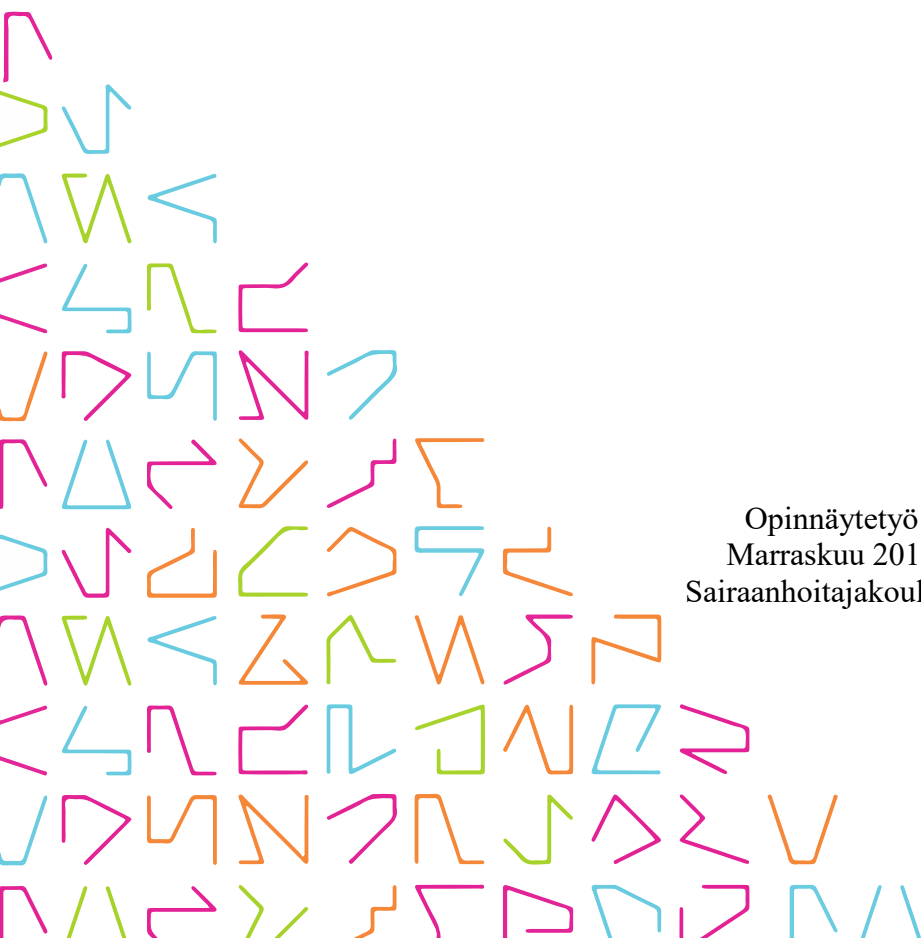
TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# TERVEYSKESKUSSAIRAALAN JA KOTIHOI- DON YHTEISTYÖN SEKÄ TOIMINTATAPO- JEN TARKASTELU POTILAAN KOTIUTUS- PROSESSISSA

Elina Suokas

Katariina Pajunen

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

SUOKAS, ELINA & PAJUNEN, KATARIINA

Terveyskeskussairaalan ja kotihoidon yhteistyön sekä toimintatapojen tarkastelu potilaan kotiutusprosessissa

Opinnäytetyö 35 sivua, joista liitteitä 3 sivua  
Marraskuu 2018

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja tarkastella kotiuttamiseen liittyviä käytänteitä sekä kehittämistarpeita potilaan kotiutusprosessissa Pirkkalan terveystieteiden keskuksen ja kotihoidon hoitajien näkökulmasta. Tehtävänä oli selvittää kotiutumisen käytänteitä, ongelmia sekä kehittämistarpeita. Lisäksi selvitettiin tiedonkulun ja yhteistyön toimivuutta kotiutusprosessissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda selkeyttä ja uusia työkaluja potilaan kotiuttamisprosessiin.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin kahdella puolistrukturoidulla ryhmähaastattelulla. Haastateltavat olivat terveydenhuollon ammattilaisia Pirkkalan terveystieteiden keskuksessa ja kotihoidon yksiköissä. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Toimivista käytänteistä nousee esille kotiutushoitajan rooli, jonka koetaan selkeyttäneen ja rauhoittaneen kotiutusprosessia. Kotiutusprosessissa ilmenneitä ongelmia ovat esimerkiksi muutokset potilaan/asiakkaan lääkehoidossa, sekä ajantasaisten lääkelistojen puuttuminen. Tiedonkulku yksiköiden välillä koetaan toimivaksi, koska merkittäviä tiedonkulun katkoksia ilmennyt. Yhteistyötä tarkasteltaessa nousivat tärkeinä esille moniammatilliset kotiutuspalaverit sekä kotiutushoitajan rooli yhteyshenkilönä. Henkilökunta kokee kotiutusprosessin toimivaksi, kehitystarpeita nousi kuitenkin esille potilaan/asiakkaan tietojen päivittämisessä.

Pirkkalan terveystieteiden keskuksessa ja kotihoidossa oli ennen opinnäytetyön prosessin aloitusta tehty muutoksia potilaan kotiutusprosessissa. Keskeisin muutos oli kotiutushoitajien käyttö, joka koettiin molemmissa yksiköissä toimivaksi ja tärkeäksi. Opinnäytetyön tulosten pohjalta ehdotetaan tarkistuslistojen käyttöä kotiutumisen yhteydessä. Lisäksi ehdotetaan, että lääkehoidon käytänteitä tulisi selkeyttää.

---

Asiasanat: Kotiutus, kotiuttaminen, kotiutushoitaja, tiedonkulku, yhteistyö, potilasturvallisuus

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and health Care Nursing

SUOKAS, ELINA & PAJUNEN, KATARIINA

A study of the co-operation between health centers and home care as well as the related practices in patients' discharge process

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 3 pages  
November 2018

---

The purpose of the thesis was to study the discharge conventions and related development needs in patients' discharge process from the point view of Pirkkala Health Care Center and Home Care Nurses. The task was to find out about the methods of discharging, the related problems and the development needs, as well to assess how the information and co-operation was handled in the discharge process. In particular, the aim of the thesis was to shed light on the challenges commonly met in the discharging process among the discharging professionals and create new tools for this process. The research approach of the study was qualitative, and the data was collected among the discharge professionals of Pirkkala Health Care Center and Home Care nurses by two semi-structured focus group interviews.

The results suggest that the discharge professionals, from their part, have clarified and calmed down the discharge process. The main problems faced in the process were, for example, those related to the changes in the patient's drug treatment. The information flow between the units was felt as efficient. The participants of the study emphasized the important role of the discharge professional provider as a contact person. Some development needs emerged, for example, regarding the need to update patient data.

Key Words: Discharge, discharge process, discharging professional, patient safety

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Kotihoito .....	8
	3.2 Terveyskeskussairaala .....	9
	3.3 Potilasturvallisuus.....	9
	3.4 Tiedonkulku .....	12
	3.5 Kotiutuminen-kotiuttaminen.....	14
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	17
	4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	17
	4.2 Aineiston keruu.....	18
	4.3 Aineiston analyysi.....	20
5	TULOKSET .....	23
	5.1 Toimivia käytänteitä kotiutusprosessissa.....	23
	5.2 Ongelmat kotiutuksessa .....	25
	5.3 Yhteistyö ja tiedonkulku .....	26
	5.4 Kotiutusprosessin kehittäminen .....	27
6	POHDINTA.....	29
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	29
	6.2 Luotettavuus.....	31
	6.3 Eettisyys.....	32
	6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	34
7	LÄHTEET .....	36
	LIITTEET .....	39
	<b>Liite 1.</b> Tutkimuskysymysten teemat.....	39
	Liite 1/2. Tietoinen suostumus .....	40
	Liite 2/2 .....	41

## 1 JOHDANTO

Tehokkaan terveyden- ja sosiaalihuollon määritelmänä voidaan pitää asiakkaan hoitamista oikeassa paikassa ja siirtymistä hoitopaikasta toiseen oikea aikaisesti. Iäkkäiden henkilöiden hoidon painopiste on siirtynyt enemmän laitoshoidosta kotihoitoon, mikä luo haasteita toiminnan kehittämiseksi. Sairaalasta kotiutumista on kehitetty jo vuosia, mutta ongelmia ilmenee edelleen. Erityisen haastavaksi on koettu hoito- ja palvelukokonaisuuksien hallitseminen palveluiden rajapinnoissa, esimerkiksi silloin kun asiakas siirtyy sairaalasta kotihoitoon. (Hammar 2008 17–18.)

Mitä huonokuntoisemmasta kotiutujasta on kyse, sitä enemmän hän tarvitsee palveluita ja tukea selviytyäkseen kotona. Perusterveydenhuollon tehtävänä on suunnitella potilaan kanssa palvelukokonaisuus ja ylläpitää sitä. Olennaista sujuvassa kotiuttamisessa on hoitosuunnitelman ja yksilöllisesti suunniteltujen palveluiden toteutuminen sekä kotihoidon joustavuus. Kaikki potilaat, erityisesti iäkkäät tarvitsevat valmistautumista sairaalasta kotiutumiseen. (Koponen 2003, 6-8.)

Opinnäytetyön aiheena oli potilaan kotiutusprosessin tarkastelu ja kehittäminen siihen osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Opinnäytetyöprosessi käynnistyi keväällä 2018 aihevalinnalla. Tarjolla oli valmiiksi paljon mielenkiintoisia ja ajankohtaisia aiheita. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui Pirkkalan terveyskeskussairaalan ja kotihoidon yhteistoimintaa käsittelevä aihe. Valinta perustui pitkälti aiempien työkokemusten sekä mielenkiinnon pohjalta tärkeänä koettuun aiheeseen, hyvään kotiuttamiseen.

Aihe valinnan jälkeen oli edessä työelämän palaveri. Kuitenkin ennen tätä palaveria tutustuttiin jonkin verran aihetta käsittelevään kirjallisuuteen, sekä pohdittiin mikä olisi paras aineistonkeruumenetelmä. Alusta alkaen oli selvää, että opinnäytetyöhön haluttiin kerätä kokemukseräistä tietoa, jolloin aineiston keruu toteutettaisiin kvalitatiivisena tutkimuksena.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää nykyisiä kotiutumiseen liittyviä käytänteitä sekä niiden kehittämistarpeita terveyskeskussairaalassa ja kotihoidossa hoitajien kokemustensa pohjalta. Opinnäytetyössä pyrittiin myös selvittämään ja ymmärtämään hoitajien kokemuksia sujuvasta kotiutumisprosessista, heidän kohtaamistaan haasteista ja heidän näkemyksiään prosessin kehittämisestä.

Tämän opinnäytetyön tehtävät olivat:

- Mitkä käytänteet toimivat kotiuttamisessa?
- Mitä ongelmia kotiutumisprosessissa on sekä terveyskeskussairaalan että kotihoidon kannalta tarkasteltuna?
- Mitä tiedonkulun välineitä käytetään kotiutusprosessissa kummassakin yksikössä?
- Kuinka potilaan kotiutumisprosessia voidaan kehittää parempaan suuntaan?
- Millaista yhteistyötä on tällä hetkellä yksiköiden välillä kotiutusprosessissa?

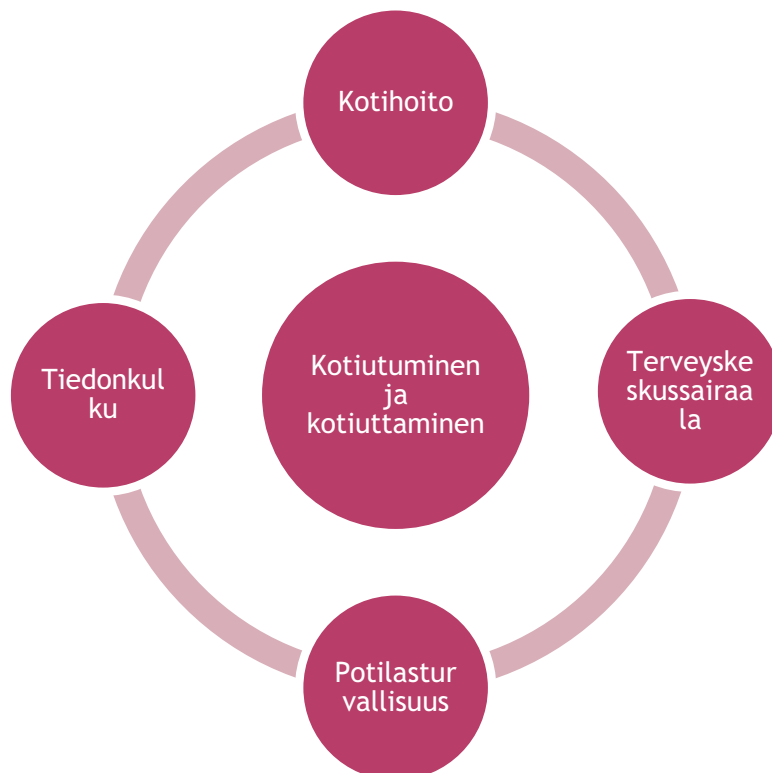
Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda selkeyttä ja uusia työkaluja potilaan kotiuttamisprosessiin asiakastytyväisyyden, asiakasturvallisuuden ja hoitajien työtyytyväisyyden parantamiseksi.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä käytetään sanoja potilas ja asiakas, riippuen siitä tarkastellaanko kotiutusta terveyskeskussairaalan vai kotihoiton näkökulmasta. Tähän ratkaisuun on päädytty, koska opinnäytetyön tekijät eivät kokeneet perustelluksi muuttaa yksiköiden itsensä käyttämiä termejä. Lisäksi tässä työssä käytetään termiä kotiutuminen, jota käytetään tarkastellessa asiaa potilaan/asiakkaan näkökulmasta sekä kotiutus, jolloin näkökulmaa tarkastellaan hoitajan kannalta katsottuna.

Turvallisen kotiuttamisen näkökulmasta tarkasteltavat keskeiset käsitteet potilaan kotiutusprosessissa ovat *kotihoito*, *terveyskeskussairaala*, *potilasturvallisuus*, *tiedonkulku*, *kotiutuminen ja kotiuttaminen*. Nämä teoreettiset lähtökohdat valittiin Pirkkalan terveyskeskussairaalassa pidetyssä opinnäytetyön aloituspalaverissa. Kuvio 1 näyttää opinnäytetyön keskeiset käsitteet potilaan kotiutusprosessissa.

Kuvio 1. Kuvio teoreettisista lähtökohdista.



### 3.1 Kotihoito

Kotihoidon määrittelemine on vaikeaa, sillä käsitteet ovat yleensä epäyhteneväisiä ja osittain myös puutteellisia. Kotihoidon sisältö ja siitä vastaavat toimijat vaihtelevat eri maiden sekä myös tutkimusten välillä. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee kotihoidon joukkona sosiaali- ja terveyspalveluita, joita tuotetaan ihmisen kotona. Palveluiden tarkoituksena on ehkäistä, hidastaa tai korvata laitoshoidon tarvetta. (Biros, Karsnac & Simsik 2013, 217–220.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), vastaa Suomessa kotona järjestettävien palveluiden lainsäädännöstä, ohjauksesta ja suunnittelusta (STM 2018a). Merkittävimmät kotihoitoa ohjaavat lait ja asetukset on määritelty sosiaalihuoltolaissa 2013/1301 ja terveydenhuoltolaissa 2010/1326. Lakien keskeisimpänä periaatteena on taata väestön oikeus riittäviin, laadukkaisiin ja yhdenvertaisiin palveluihin. Lakien tarkoituksena on myös muun muassa edistää asiakaskeskeisyyttä, osallisuutta ja potilasturvallisuutta.

STM on määritellyt kotihoidon kuuluvan sosiaalihuoltolain piiriin ja kotisairaanhoidon terveydenhuoltolain alaisuuteen. Kunnilla on kuitenkin mahdollisuus yhdistää nämä palvelut yhtenäiseksi kotihoidoksi. (STM 2018a.) Esimerkiksi Pirkkalan kunnassa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty yhtenäiseksi kotihoidoksi. Kotihoito tarjoaa palveluita kotona selviytymiseen henkilöille, joiden kotona asuminen on heikentynyt iän, sairauden tai vamman tuomien haasteiden vuoksi. (Pirkkalan kunta 2018.)

Maailman kehittyneimmissä maissa, etenkin länsimaissa kotihoitoa on kohdennettu entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisimmille asiakkaille (Biros, Karsnac & Simsik 2013, 217–220). Tyypillinen kotihoidon asiakas on iäkäs yksinasuva nainen, jolla on useita sairauksia ja toimintakyvyn alentumista (Hammar 2008, 5). Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna iäkkäällä tarkoitetaan 60-vuotiasta tai sitä vanhempaa henkilöä. Länsimaissa iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan yli 65 vuotiasta (WHO 2018). Martin ym. (1994) mukaan kotiutumisen tukemiseksi on joissain maissa otettu käyttöön kotiutumistiimejä, joiden tarkoituksena tukea kotiutumisen jälkeistä aikaa käytännöin avuin sekä arvioida kotiutumisen onnistumista ja ihmisen kotona selviytymistä. (Hammar 2008, 27).

Vanhuspalvelulain (2012/980) mukaan ihmisen hoito- ja huolenpito tulisi ensisijaisesti järjestää kotiin annettavilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Laitoshoidon



tulisi siirtyä, vain mikäli lääketieteelliset tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet täyttyvät. (Vanhuspalvelulaki 2012/980.) Tutkimusten mukaan kotona asuminen on myös iäkkäiden itsensä toive (Hammar 2008, 22). Iäkkäiden pitkäaikainen hoito- ja huolenpito toteutetaankin pääosin omassa kodissa tai kodin omaisessa ympäristössä. ”Vuonna 2017 säännöllisen kotihoidon piirissä oli noin 56700 75 vuotta täyttänyttä asiakasta, mikä oli noin 11 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä”. (THL 2018a.)

Kotihoidon jokaiselle asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa huomioidaan laaja-alaisesti asiakkaan elämäntilanne, elinympäristö ja toimintakyvyn eri ulottuvuudet. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee olla ajantasainen ja sitä tulee päivittää määräajoin tai hoidon tarpeen muuttuessa. Suunnitelma tulee tehdä yhdessä kunnan ja asiakkaan kanssa. (Vanhuspalvelulaki 2012/980.)

### **3.2 Terveyskeskussairaala**

STM:n määritelmän mukaan erikoissairaanhoidon ja aluesairaaloiden lisäksi myös terveyskeskusten vuodeosastoja voidaan kutsua sairaaloiksi ja niiden toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b). Vuonna 2015 keskimääräinen hoitoaika terveyskeskuksen vuodeosastolla oli 18 vuorokautta. Hoito jaksojen- ja päivien pituudessa, sekä potilasmäärissä on terveyskeskusten vuodeosastohoidoissa kuitenkin suuria aluekohtaisia eroja. (Tilastoraportti 2017, 1–2.)

Pirkkalan kunnassa toimii 28–32-paikkainen terveyskeskussairaalan yksikkö, jossa hoidetaan pääasiallisesti Pirkkalan kunnan ja Vesilahden yhteistoiminta-alueen asukkaita. Terveyskeskussairaalan potilasryhmät koostuvat akuuttia hoitoa ja kuntoutusta vaativista potilaista. Terveyskeskussairaalan hoidon tavoitteita ovat muun muassa potilaan kuntoutuminen ja sen myötä kotiutumisen mahdollistuminen ja pärjääminen mahdollisimman pitkään kotona. Osastolla annetaan lisäksi saattohoitoa kuoleville potilaille sekä katkaisuhoitoa päihdeongelmallisille. (Pirkkalan terveyskeskussairaala 2018).

### **3.3 Potilasturvallisuus**

STM:n laatimien asetusten mukaan terveydenhuollon organisaatioiden on taattava potilaalle se, että hänelle ei aiheudu hoidosta vahinkoa. Terveydenhuollon organisaatioiden periaatteiden ja toimintatapojen tulee siis olla järjestetty niin, että potilasturvallisen

hoidon määritelmät täyttyvät. (Helevuo ym. 2012, 13) Potilasturvallisen hoidon asetukset löytyvät terveydenhuoltolaista. Lain mukaan potilasturvallisuus suunnitelmasta tulee löytyä muun muassa potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta vastaavat henkilöt. Henkilökunta tulee perehdyttää laadukkaasti ja turvallisen toiminnan edellyttämällä tavalla ja heidän tulee voida osallistua potilasturvallisuuden kehittämiseen. Turvallisuusriskejä tulee pyrkiä tunnistamaan ja haittatapahtumista tulee ilmoittaa hoitoilmoitusjärjestelmään. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän alueella toimivien sosiaali- ja terveydenhuoltoyksiköiden tulee tehdä yhteistyötä laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanossa. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Potilaalla on oikeus saada turvallista ja vaikuttavaa hoitoa. Potilasturvallisuus voidaankin mieltää osana hoidon laatua. Potilasturvallisuus sisältää kaikki ne periaatteet ja toiminnot, joilla on tarkoitus varmistaa turvallinen hoito. (Helevuo ym. 2011,6.) Terveydenhuollossa tapahtuva työ on inhimillistä toimintaa ja kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy myös erehtymisen mahdollisuus. Potilasturvallisuuskartoituksia on tehty useissa maissa. Näiden pohjalta on arvioitu, että noin joka kymmenes potilas kokee hoidon seurauksena haittaa. (THL 2011.)

### **Potilasturvallisen hoidon tila**

Potilasturvallisuuden kannalta, erityisen riskialtista aikaa on potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeinen ajankohta. Tutkimusten mukaan lähes 20 prosenttia potilaista koki jonkinlaisen haittatapahtuman kolmen viikon sisällä kotiutumisesta. Näistä haittatapahtumista 75 prosenttia olisi ollut ehkäistävissä tai seurauksia olisi voitu lieventää. (Patient Safety Network 2018.)

Vuonna 2000 Yhdysvalloissa julkaistiin *Institute of Medicine* (IOM) asettaman työryhmän pohjalta raportti, jonka mukaan Yhdysvalloissa kuolee vuosittain jopa lähes 1000000 ihmistä potilasvahinkojen seurauksena. Raportti kulkee nimellä *To Err is Human* ja sen pohjalta tehtiin monia potilasturvallisuutta parantavia uudistuksia. Vaikka raporttia on sittemmin kyseenalaistettu erityisesti kuolemien määrän osalta, on se toiminut merkittävänä potilasturvallisuuden kehittäjänä. 15 vuotta raportin julkaisun jälkeen perustettiin työryhmä arvioimaan *To Err is Human* raportin vaikutuksia terveydenhuollon organisaatioissa. Todettiin että ongelmat potilasturvallisuuden alueilla olivat monimutkaisempia kuin alun perin luultiin. Vaikka kehitystä potilasturvallisuuden kaikilla osa-alueilla oli

tapahtunut, estettävissä olevia potilasvahinkoja tapahtui kuitenkin edelleen liikaa. Huolimatta siis kehityksestä viimeisen 15 vuoden aikana on potilasturvallisuus ongelmat edelleen kansanterveydenongelma. (National Patient Safety Foundation 2015, 10–14.)

Suomessa ei ole tehty kansallisia tutkimuksia potilasvahinkojen määrästä, sillä on katsottu, että vertailukelpoisten maiden yhteneväiset tulokset kuvaavat myös Suomen tilannetta potilasvahinkojen osalta. Kansainvälisiin tutkimuksiin pohjaten on arvioitu, että jopa 700–1700 ihmistä kuolee Suomessa hoitoonsa liittyvän haittatapahtuman seurauksena. Haittatapahtumat voitaisiin tutkijoiden mukaan puolittaa muun muassa riskejä ennakoidamalla, toiminnan järjestämisellä ja seurannalla sekä haitta- ja vaaratapahtumista opimalla. (THL 2011b, 9–10.)

Potilasturvallisuustyöskentelyä arvioidessa ei tule kiinnittää huomiota pelkästään kuolleisuuteen, sillä se sisältää myös sairastuvuuden, vammautumisen sekä hienovaraisemmat muodot kuten arvokkuuden ja kunnioituksen menettämisen. Potilasturvallisuustyöskentely ei myöskään ole pelkästään sairaalassa tapahtuvaa työtä, vaan se käsittää potilaan turvallisen hoidon kaikissa hoitopaikoissa. Potilasturvallisuuden saavuttaminen on usean tekijän summa. Siihen vaikuttavat läpinäkyvyys, viestintä, tiimityö, inhimilliset tekijät, potilaan sitoutuminen ja organisaation turvallisuus kulttuuri. (National Patient Safety Foundations 2015, 15.)

### **Lääkehoito osana potilasturvallisuutta**

Potilasturvallisuus kattaa hoidon, laiteturvallisuuden ja turvallisen lääkehoidon. Lääkehoidon haittatapahtumissa voi olla kyse joko lääkkeen haitallisista vaikutuksista, jotka liittyvät lääkevalmisteeseen tai lääkehoidon poikkeamasta. Lisäksi tästä aiheutuu potilaalle haittaa tai hoito ei toteudu suunnitellusti. (Helevuo ym. 2011,13.)

Turvallinen lääkehoidon toteutuminen edellyttää sitä, että potilas tietää ja ymmärtää muun muassa lääkityksensä käyttötarkoituksen ja että lääkitys on ajantasaistettu. Lääkityksen ajantasaistaminen on prosessi, jonka tarkoituksena on varmistaa, että tarkat lääkitystiedot siirtyvät potilaan mukana hoitoketjussa eteenpäin sekä potilaan kotiutuessa. Tutkimusten valossa näin ei kuitenkaan aina tapahdu, vaan lääkitystiedossa on usein puutteita, eikä lääkelista vastaa esimerkiksi kotilääkitystä. Lääkityksen ajantasaistaminen

tulee tehdä potilaan tullessa sairaalaan sekä kotiutuessa, jotta potilaan lääkehoitoa voidaan optimoida ja vähentää lääkitysongelmia. Lääkehoidon ongelmien ratkaisemiseksi on ehdotettu kotiutumisvaiheen lääkityksen tarkistuslistaa, jota osastot voisivat hyödyntää kotiuttamisessa. (Mäkinieni ym. 2016, 262–275.)

Lääketurvallisuuden parantamiseksi on avoterveydenhuollon asiakkaille otettu Suomessa laajalti käyttöön koneellinen annosjakelupalvelu. Palvelu on suunnattu pääasiassa iäkkäille ja monia lääkkeitä käyttäville kotihoidon ja hoitokotien asiakkaille. Lääkkeet toimitetaan kahden viikon erissä joko annoskohtaisina pusseina tai kertakäyttöisiin annostelijoihin jaettuna. Lääketurvallisuuden parantamisen lisäksi, annosjakelulla on pyritty lisäämään hoitajien työaikaa sekä vähentämään kustannuksia. Sairaalaympäristössä tehdyn tutkimuksen mukaan annosjakelun käyttö on vähentänyt toimitus ja annostelupoikkeamia. Tutkimusta annosjakelu käytöstä on toistaiseksi kuitenkin vielä vähän, joten selviä päätelmiä annosjakelun hyödyistä ja haitoista ei voi tehdä. Oletukset hyödyistä ovat pitkälti perustuneet erilaisiin kokeiluihin ja julkaisemattomiin selvityksiin. (Airaksinen ym. 2013, 3014.)

### **3.4 Tiedonkulku**

Merkittävä potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä on tiedonkulku. Tiedonkulku vaikuttaa oleellisesti laadukkaan ja turvallisen hoidon toteuttamiseen. Tiedonkulun katkeamisen potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen on raportoitu olevan yksi yleisimmistä haittatapahtumien syistä. (Helevuo ym. 2012, 72.) Terveydenhuollon organisaation haittatapahtumista on jopa yli 65 prosentin arvioitu johtuvan ongelmista tiedonkulussa (Sahlstöm ym. 2018, 62–63). Arvioiden mukaan joka viides sairaalasta kotiutuminen viivästyy ilman lääketieteellistä syytä. Viivästymisien syitä olivat terveydenhuollon ammattilaisten riittämätön arviointi potilaan sosiaalisista suhteista, huono organisointi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä, kuljetuspalvelun myöhäinen varaaminen sekä kommunikaation puute sairaalan ja jatkohoidon välillä. (Goncalves-Bradley ym. 2016, 6.)

Hyvällä tiedonkululla kotiuttavan ja jatkohoidosta vastaavan organisaation välillä voidaan vähentää terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja hoitoon uudelleen hakeutumista (Palonen 2016, 74–77). Allen ym. (2012) mukaan potilaan toistuvat siirtymiset kodin ja terveydenhuollonorganisaatioiden välillä puolestaan lisäävät terveydellisiä ja sosiaalisia

riskejä, joille erityisesti iäkkäät ovat alttiita. Toistuvat siirtymiset terveydenhuollonorganisaatioiden välillä saattavat lisätä jopa kolmanneksella iäkkään kuolleisuusriskiä. (Palonen 2016, 27.)

Eräässä keskussairaalassa olivat tarkastelussa vaaratapahtumat, jotka liittyivät kotiutukseen tai siirtotilanteeseen. Vaaratapahtumia yhdistivät muun muassa kommunikoinnin ja tiedonkulun ongelmat sekä puutteet toimintatavoissa. Hyvä kotiutuminen vaatiikin yhteistyö tahojen välillä strukturoitua kommunikointia, jotta olennaiset lääkitystiedot, tutkimustulokset sekä jatkohoito-ohjeet tulisi varmasti huomioitua ja tarvittavat keskustelut käytyä ammattilaisten välillä. (Sahlström ym. 2018, 62–63).

Stakesin tekemän tutkimuksen mukaan lähes puolet kotihoidon henkilöstöstä koki, että asiakkaan tiedot eivät kulkeneet toivotulla tavalla sairaalasta kotihoitoon. Tämän vuoksi kotihoidon henkilöstö joutui työskentelemään puutteellisten tietojen pohjalta. Erityisesti tyytymättömiä kotihoidon henkilöstö oli sairaalasta saatujen tietojen vähyyteen. Tiedon puute liittyi muun muassa asiakkaan sairaalassa saamaan hoitoon, hoidon ja palvelun tarpeeseen kotona, asiakkaan sosiaali-etuksiin sekä mielialaan. (Perälä, Gröönroos & Sarvin 2006, 37).

Lyons ja Paterson (2009, 26–31) mukaan iäkkäille ihmisille yksi hyvän hoidon kriteeri on tiedon saanti, tiedon puute puolestaan luo epävarmuutta, siitä mitä tapahtuu (Palonen 2016, 32–33). Ammattilaisten tulisi nähdä tiedon jakaminen ja ohjaus siltana kotiin. Ohjaus voidaan mieltää myös huolenpitona, joka heijastuu ammattilaisen aitona kiinnostuksena potilaan asioita kohtaan. Riittävästi ohjausta saaneilla potilailla olivat paremmat kotiutumismahdollisuudet, kuin niillä potilailla, jotka eivät olleet tarpeeksi ohjausta. (Palonen 2016, 52–54.) Iäkkään kotiutuessa kotiutusohjaukseen tulisikin kiinnittää huomiota ja antaa potilaalle mahdollisuus esittää kysymyksiä, kertoa huolenaiheita sekä nostaa esiin mahdollisia epäselvyyksiä (Muurinen & Vesa 2016, 8–9). Potilaat kotiutuvat kuitenkin usein sairaalasta puutteellisin ohjeistuksin ja niin, että henkilökunta olisi varmistanut potilaan ymmärtäneen saamansa ohjeet (Palonen 2016, 58).

Tiedonkulun pohjana on hyvä dokumentointi, joka on hoitotyön ammattilaisten yksi keskeinen tehtävä (Helevuo ym. 2012, 72). Kirjallisten kotihoito-ohjeiden tulee olla selkeät ja kotiutumishetkellä annettavasta hoitotyönyhteenvedosta tulisi selvittää muun muassa

hoitoon hakeutumisen syy, hoitodiagnoosi ja jatkohoito suunnitelmat (Muurinen & Vesa 2016, 8–9).

Soong ym. (2013, 444) mukaan kotiutuminen sairaalasta on potilaalle haavoittuvaa aikaa. Viestinnän puutteet sairaalasta kotiutuessa ovat yleisiä. Tarkat tiedot tärkeistä sairaalatapahtumista eivät välity asianmukaisesti avohoitopalvelujen tarjoajille. Vuonna 2012 Ontarion maakunnan terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon ministeriö perusti asiantuntijaryhmän luomaan näyttöön perustuvat käytänteet, jotka varmistavat tehokkaan, turvallisen ja potilaskeskeisen hoidon siirtymät. Tämän pohjalta luotiin kotiutumisen tarkistuslista. Tarkistuslista kuvaa toimia, jotka ovat välttämättömiä turvallisen ja optimaalisen hoidon kannalta. Tarkistuslistan käyttö tulisi aloittaa potilaan tullessa sairaalaan. Listan tulisi sisältää muun muassa sairaalahoidon indikaatio, lääkehoidon turvallisuus, jatkohoito suunnitelmat, potilaan ohjaus ja viestintä avohoitopalvelujen tarjoajien kanssa.

### **3.5 Kotiutuminen-kotiuttaminen**

Käsitteenä kotiutuminen sairaalasta mielletään sairaalahoidon loppumisen. Potilas saa muun muassa tarvittavat jatkohoito-ohjeet, reseptit ja luvan kotiutua sairaalasta (Mäkinen ym. 2016, 264). Potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen siirtyy vastuu hänen hoidostaan osittain tai kokonaan yksittäiselle henkilölle tai ryhmälle joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Hoitovastuun siirtyminen saatetaan mieltää yksisuuntaiseksi tiedon välittämiseksi, vaikka kyseessä on monimutkainen tapahtuma, joka vaatii ennakoivaa valmistelua. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338–339.) Kotiutumista voidaan kuvata prosessiksi, johon kuuluvat toiminnan suunnittelu, tavoitteiden ja keinojen määrittäminen sekä toteutus ja arviointi (Hammar 2008, 24).

Hoitokustannusten kasvun ja lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi, kotiutumisen suunnittelu on noussut tärkeäksi puheenaiheeksi. Kotiutumisen suunnittelusta voidaan käyttää myös termejä hoidon koordinointi sekä hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Näillä kaikilla termeillä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisten toimia potilaan kotiuttamisen toteuttamiseksi. (Palonen 2016, 26 vrt. Holland & Harris 2007.)

#### **Kotiutumisen suunnittelu**

Kotiutumisen suunnittelu on rutiininomainen osa monien maiden terveydenhuoltojärjestelmiä. Yhdysvalloissa kotiutumisen suunnittelu osana potilaan hoitoa on pakollista sairaaloille, jotka toimivat *Medicare* ja *Medicaid* ohjelmien alla. Englannissa terveysministeriö on puolestaan julkaissut asiantuntijaryhmän tulosten pohjalta ohjeistuksen kotiutumisen suunnittelusta terveydenhuollon organisaatioissa. Asiantuntijaryhmien antamat kliiniset ohjeet korostavat kotiutumissuunnittelun aloittamista viivytyksettä potilaan tullessa sairaalaan (Goncalves-Bradley ym. 2016, 6.) Tutkimusten mukaan varhainen kotiutumisen suunnittelu lisää todennäköisyyttä potilaan onnistuneelle kotiutumiselle (Sahlström ym. 2018, 62–63).

Hyvällä kotiutumisen suunnittelulla voidaan lisätä potilaiden ja heidän läheistensä kotiutumisvalmiuksia. Huolellinen kotiutumisen suunnittelu parantaa potilastyytyväisyyttä, ehkäisee vaaratilanteita sekä tukee hoidon jatkuvuutta ja kotona selviytymistä. (Palonen 2016, 36–37.) Kotiutettavat potilaat ovat yhä iäkkäämpiä, huonokuntoisempia ja monisairaampia. Kotiuttaminen on monenlaisia järjestelyjä vaativa ja vaaratapahtumille altis tapahtumaketju. Potilaan kotona selviytymisen edellytykset, tarvittava kotiapu ja hoidon jatkuminen on turvattava ja mahdollinen jatkohoitopaikka järjestettävä. Kotiuttamiselle täytyy myös löytää sopiva ajankohta. (Sahlström ym. 2018, 62–63.)

Toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon tunnuspiirteinä voidaankin pitää potilaan kotiutumista oikeaan aikaan ja siirtymistä sujuvasti hoitopaikasta toiseen (Hammar 2008, 17). Kotiutumisen valmistelu tulee olla yhteistyötä potilaan, ammattilaisten sekä omaisten välillä (Terveydenhuoltolaki 326/2010). Ihminen on kokonaisuus ja osa perhettään läpi elämänkaaren, tästä syystä yhdeksi hyvän hoidon kriteeriksi voidaan mieltää läheisten huomioiminen (Palonen 2013, 36). Omaisten ottaminen mukaan kotiutukseen edistää onnistunutta kotiutusta ja luo turvallisuutta sekä vähentää sairaalaan uudelleen hakeutumista (Muurinen & Vesa 2016, 7). Tutkimuksen mukaan omaisten osallistaminen ja huomioiminen kotiutuksessa sekä sen suunnittelussa vähentää 25 prosenttia pyöröovi-ilmiötä eli vanhuksen joutumista suunnittelemattomasti takaisin sairaalaan (Pitkälä 2017, 2433).

Asiakkaan ja omaisten mielestä kotiutuminen on onnistunutta silloin kun he saavat yksilöllistä kohtelua ja mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon (Hammar 2008, 21). Mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan suunniteluun päätöksentekoon vahvistaa selviytymistä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Palonen 2016, 30.) Asiakkaalle ja omaisille on myös tärkeää, että asiat on esitetty vähitellen ja että kotiutuminen tapahtuu

rauhallisesti (Hammar 2008, 21). Usein tärkeän tiedon saaminen ja lääkitysneuvonta tapahtuu kuitenkin vain tunteja ennen kotiutumista (Soong ym. 2013, 448).

### **Kotiutumisvalmius**

Kotiutusvalmiuksien arvioiminen tulee perustua muuhunkin kuin lääketieteelliseen arvioon. Siinä tulee ottaa huomioon potilaan ja hänen läheistensä arvio kyvystä selviytyä kotona. Turvattomuus ja pelko kotona pärjäämisestä voi johtaa siihen, että potilas ei koe olevansa valmis kotiutumaan. (Palonen. 2016, 29–30 vrt. Rising ym. 2015) Turvattomuuden tunteella on katsottu olevan yhteys sairaalahoidon jälkeiseen masennukseen (Hammar 2008, 42). Iäkkään potilaan ja hänen läheisten kotiutusvalmiuteen vaikuttaa myös henkilökunnan kyky hoitaa kotiutumistilanteita. Kotiutumisvalmiuksien tukeminen onnistuu parhaiten osaamisalueeltaan tähän pätevoityneeltä hoitajalta, jonka tehtäviin kuuluu yksilöllisesti vastata kotiutumiseen liittyvistä haasteista sekä tiedostaa ja ennakoita mahdollisesti kotona ilmeneviä ongelmia. (Palonen 2016, 32. vrt. Rydeman & Törnkvist 2010.)

Yksittäisen potilaan ja hänen läheisensä on ollut vaikeaa hahmottaa hoitopalvelujen kokonaisuutta. Myös hoitajat ovat kokeneet palvelujen kokonaisuuden hahmottamisen vaikeaksi, mikä on hankaloittanut potilaan jatkohoidon suunnittelua. Tästä syystä jollain toimialueilla on siirrytty kotiutussairaanhoidajan käyttöön. Kotiutussairaanhoidajalla on ajantasainen tieto eri hoitopalveluista ja eri yksiköiden paikka- ja jono tilanteesta. Henkilökunta koki kotiutussairaanhoidajan käytön nopeuttaneen kotiutumisprosessia sekä helpottaneen hoitohenkilökunnan työtä. (Laasonen-Balk, Tamminen & Maijoinen 2008, 870–871.)



## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa kerrotaan, kuinka opinnäytetyö toteutettiin. Opinnäytetyön aihe antoi suuntaa menetelmälle, jonka mukaan se toteutettiin. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, sillä se sopi parhaiten menetelmäksi silloin kun haluttiin tutkia ihmisten kokemuksia. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluina sekä havainnoinnilla. Kokoon saatu aineisto analysoitiin induktiivisella aineiston analyysillä.

### 4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen opinnäytetyö kohdistuu laatuun, ei määrään, minkä vuoksi sen tavoitteena on ymmärtää tutkittavia ilmiöitä tutkittavien asioiden näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 173). Tämän kaltaisessa tutkimuksessa tutkija ei määrittele sitä mikä on tärkeää, vaan se määrittyy tutkimusaineiston tulosten mukaan (Hirsjärvi ym. 2014, 160).

Laadullinen tutkimusmenetelmä pyrkii ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia sekä erilaisia merkityksiä kokonaisvaltaisesti (Jyväskylän yliopisto 2015). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen ja ihmisten näkemysten kuvaus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 61). Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on todellisen elämän kuvaaminen sekä sen tutkiminen kokonaisvaltaisesti ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161).

Havainnointi on systemaattista tarkastelua, jossa saadaan tietoa yksilön, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta. Havainnointia voidaan käyttää silloin kun halutaan saada ennakkotietoa tutkittavasta aiheesta ja se mahdollistaa pääsyn tutkittavan kohteen todelliseen ympäristöön. Tutkijalla tulee olla aiheesta teoriapohjaista tausta tietoa, jonka mukaan hän kokoaa ennakko- oletuksia siitä, mitä havainnoitavassa ilmiössä tapahtuu. Näiden ennakkotietojen pohjalta tutkija rekisteröi tekemänsä havainnot. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Laadulliseen tutkimukseen päädyttiin siksi, että opinnäytetyössä haluttiin tutkia hoitohenkilöstön kokemuksia. Paras tapa selvittää todellisuus potilaan kotiutusprosessissa siihen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta oli havainnointi, sekä aineiston keruu haastatteluiden muodossa. Työelämänpalaverissa sovittiin ajankohta tutustumiskäynnille kotiutushoitajan luokse terveystieteiden keskus sairaalaan, jossa tutustuttiin kotiutushoitajan työhön kotiutusprosessissa. Lisäksi sovittiin, että aineiston keruuhaastattelut toteutettaisiin ryhmähaastatteluiden muodossa ja että ryhmähaastattelut pidettäisiin erikseen terveystieteiden keskus sairaalan- ja kotihoidon henkilökunnalle.

Toukokuussa 2018 tehtiin tutustumiskäynti Pirkkalan terveystieteiden keskus sairaalaan, jossa tutustuttiin työvuoron ajan kotiutushoitajan työhön kotiutusprosessissa. Kotiutushoitajan luokse tehdyn käynnin tarkoituksena oli tutustua yksikön hoitokulttuuriin, toimintatapoihin ja syventää havainnoimalla tietämystä kotiutusprosessista tässä kyseisessä yksikössä. Tämän tutustumisen aikana saadun tiedon pohjalta tarkennettiin kysymyksiä, joita esitettiin haastatteluissa.

## 4.2 Aineiston keruu

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa opinnäytetyössä ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisista dokumenteista koottu tieto. Haastattelu valitaan menetelmäksi silloin, kun halutaan tietää, miten ihminen kyseisessä tilanteessa toimii ja miksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83–84.) Puolistrukturoidussa haastattelussa edetään tiettyjen keskeisten, etukäteen valittujen kysymysten ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Puolistrukturoitu haastattelu on lomakehaastattelun sekä teemahaastattelun välimuoto. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006b.)

Ryhmähaastattelu on vuorovaikutteista keskustelua, jonka suuntaa haastattelija ohjaa. Haastattelija on perehtynyt teorian kautta käsiteltävään aiheeseen ja on luonut kysymykset näiden tietojen pohjalta. Haastattelija voi haastattelun aikana selventää ja tarkentaa vastauksia lisäkysymyksillä. (Hirsjärvi ym. 1997, 205–206.)

Haastattelussa haastateltava voi tuoda esille asioita laajemmalti oman kokemuksensa pohjalta. Lisäksi ryhmähaastattelun etuna on haastateltavien vuorovaikutus keskenään, jolloin myös ilmapiiri koetaan vapautuneemmaksi ja luontevammaksi. (Hirsjärvi ym.

2014, 211–212) Ryhmähaastattelu sopii yhteisön käsitysten tutkimiseen (Vilkkä 2015, 123).

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kahdessa puolistrukturoidussa haastattelussa terveydenhuollon ammattilaisille Pirkkalan terveyskeskussairaalassa ja kotihoidossa. Haastattelukutsut, tutkimuskysymysten teemat (liite 1) sekä tutkimussuostumukset (liite 2) lähetettiin haastateltaville etukäteen osastonhoitajan ja vastaavan sairaanhoitajan kautta kumpaankin yksikköön. Haastattelussa esitettiin avoimia kysymyksiä, joita haastattelun edessä tarkennettiin syventävillä kysymyksillä. Haastatteluiden tarkoituksena oli kerätä kokoon aineisto, joka vastasi opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Toukokuussa 2018 aloitettiin tutkimusaineiston kerääminen rekrytoimalla ryhmähaastatteluun osallistuvia henkilöitä. Tavoitteena oli saada 3–5 haastateltavaa molemmista yksiköistä. Haastatteluun osallistumisen haluttiin olevan mahdollista kaikille halukkaille, joten haastateltavien rajaaminen ei ollut perusteltua esimerkiksi heidän työkokemuksensa tai ammattikuntansa perusteella. Ainoa valintakriteeri joka haastateltaville asetettiin, oli se että heidän tulee työnkuvansa puitteissa osallistua potilaiden kotiuttamiseen tai kotiutumiseen. Lisäksi toiveena oli, että terveydenhuollon ammattilaiset osallistuvat haastatteluun vapaaehtoisesti ja omasta halustaan, mikä myös kertoi heidän motivaatiostaan asiaa kohtaan.

Ensimmäinen haastattelu järjestettiin terveyskeskuksen henkilöstölle. Terveyskeskussairaalan osastonhoitajan kanssa sovittiin, että työ esitellään osasto tunnilla ja näin tavoitettaisiin parhaiten aiheesta ja haastattelusta kiinnostuneita henkilöitä. Toukokuussa 2018 aihe esiteltiin osasto tunnilla. Pian tämän jälkeen viisi henkilöä ilmoittautui halukkaaksi osallistua ryhmähaastatteluun. Haastattelu saatiin suunniteltua ja toteutettua tämän jälkeen nopealla aikataululla. Haastatteluihin oli varattu aikaa noin kaksi tuntia ja työnantajan suostumuksella työntekijät saivat osallistua haastatteluihin työajan puitteissa.

Kotihoitoon kohdennettu ryhmähaastattelu venyi kesän 2018 loppupuolelle, työelämän kesälomien vuoksi. Toiseen haastatteluun valikoitui neljä työelämän keskenään sopimaa henkilöä.

Molemmat haastattelu nauhoitettiin. Nauhoitteet olivat kestoaltaan 1 tunti 20 minuuttia ja 40 minuuttia. Nauhoitusten litteroinnin eli auki kirjoittamisen sana sanalta aloitimme heti haastattelujen jälkeen. Litteroimalla syntyi 42 sivua puhtaaksi kirjoitettua tekstiä. Litterointi oli ajallisesti työläs vaihe, ja auki kirjoittamiseen menikin opinnäytetyön tekijöiltä huomattava määrä aikaa.

### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, jolloin analysointivaiheessa on edetty aineistolähtöisesti. Tätä aineistolähtöistä analyysiä kuvataan kolmi-vaiheiseksi. Vaiheet ovat 1. Aineiston pelkistäminen, 2. Aineiston ryhmittely ja niiden pohjalta 3. Teoreettisten käsitteiden luominen.

Tuomen & Sarajärven (2018) mukaan pelkistämällä eli redusoinnilla tarkoitetaan sitä, että sanasta sanaan kirjoitetusta aineistosta, tässä tapauksessa haastatteluista, etsitään alkuperäisilmaisuja, jotka vastaavat tutkimustehtävään. Samalla aineistosta karsiutuu pois tutkimukselle tarpeeton tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-124.)

Pelkistyksessä hyödynnettiin värikoodeja, jolloin aukikirjoitetusta aineistosta alleviivattiin samalla värillä samaa kuvaavat ilmaisut. Näin pysyttiin paremmin perillä siitä, mikä kohta tekstistä vastaa kulloinkin tiettyyn tutkimuskysymykseen. Pelkistetyt ilmaukset laitettiin posti-it lapuille. Post-it lappuja oli viittä väriä, jolloin yksi väri vastasi aina yhtä neljästä tutkimuskysymyksestä. Tämä helpotti aineiston hallintaa ja merkityssuhteiden ymmärtämistä. Pelkistettyjä ilmaisuja kertyi lopulta yhteensä 107.

Pelkistämistä seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi, jossa tarkasti läpi käydyistä pelkistyksistä haetaan samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jotka ryhmitellään. Nämä samankaltaisuuksia sisältävät ryhmät kokoamalla syntyvät analyysin alaluokat. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 124–125.) Alaluokkia muodostui yhteensä 27. Alaluokkia yhdistämällä muodostui 16 yläluokkaa ja lopuksi viisi pääluokkaa, jotka olivat käytänteet kotiutusprosessissa, ongelmat kotiutuksessa, tiedonkulku yksiköiden välillä, yhteistyö kotiutusprosessissa sekä kotiutusprosessin kehittäminen. Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan klusterointi on osa abstrahointia, joka taas tarkoittaa käsitteellistämistä. Abstrahoinnissa edetään kootuista alkuperäisilmaisuista luokitellen dataa teoreettisiin lähtökohtiin. (Tuomi

& Sarajärvi 2018, 125–126.) Alla oleva taulukko 1. selkeyttää analyysin vaiheita ja taulukko 2. on esimerkki analyysin luokittelusta.

Taulukko 1. Analyysin eteneminen vaiheittain.



Taulukko 2. Esimerkki pelkistysten ryhmittelystä pääluokkiin.

PELKISTYKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Hoitokertomuksen pitäminen ajan tasalla	Kirjallinen ohjeistus kotiuttamisen yhteydessä	Ohjeistus kotiutusprosessissa	Kotiutusprosessin kehittäminen
Palvelutarpeen arvioinnin tekeminen ja sen lakisääteinen päivittäminen			
Potilaalla viimeisin lääkelista mukana osastolle saapuessaan			
Potilaalla olisi selkeä jatkohoito-ohje sekä kontrollit kotiutuessaan			
Kotiuttajalle kotiutusta koskeva tarkistuslista	Ohjeet kotiuttajalle		
Palaute kotihoidolta osastolle kotiutumisen onnistumisesta on tärkeä	Yhteistyö yksiköiden välillä	Yhteistyö	
Asiakasohjaajan kutsuminen hoitoneuvotteluihin			

## 5 TULOKSET

Tässä luvussa kerrotaan opinnäytetyön keskeiset tulokset. Aineiston analysoinnissa syntyi viisi pääluokkaa, jotka olivat *Toimivat käytänteet kotiutusprosessissa*, *Ongelmat kotiutuksessa*, *Tiedonkulku*, *Yhteistyö yksiköiden välillä kotiutusprosessissa* ja *Kotiutusprosessin kehittäminen*. Toimivat käytänteet kotiutusprosessissa vastasi ensimmäiseen opinnäytetyön tehtävän kysymykseen, joka oli terveydenhuollon ammattilaisten näkemys toimivista käytänteistä potilaan kotiutusprosessissa Pirkkalan terveyskeskussairaalan ja kotihoiton yhteistyössä. Toisena haluttiin selvittää ilmenneitä ongelmia kotiutusprosessissa kummankin yksikön näkökulmasta. Seuraavien kahden tehtäväkysymysten vastauksista eli tiedonkulku yksiköiden välillä sekä yhteistyöstä kotiutusprosessissa löytyi paljon samankaltaisuuksia, joten yhdistimme nämä pääluokat. Kotiutusprosessin kehittäminen oli viides tehtäväkysymys, johon haimme näkökulmaa hoitotyön ammattilaisilta itseltään.

### 5.1 Toimivia käytänteitä kotiutusprosessissa

Molemmissa haastatteluissa selvisi se kuinka suuri merkitys oli osaston kotiutushoitajalla sekä kotihoiton kotiutuksesta vastaavalla henkilöllä. Päävastuu kotiutuksen toteutumisesta on terveyskeskussairaalan kotiutushoitajalla, joka hoitaa kotihoiton asiakkaiden kotiuttamisen yhteistyössä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kotiutushoitajan toimi oli aloitettu vuoden 2017 aikana kokeilumuotoisena. Toimea päätettiin jatkaa vuoden 2018 loppuun hyvien kokemusten ja onnistuneiden kotiuttamisten pohjalta.

Kotiutushoitajan työnkuvaan kuului kartoittaa potilaan avuntarve ja tilanne kotona. Lisäksi kotiutushoitaja oli yhteyshenkilönä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tarpeen mukaan kotiutuksen onnistumiseksi. Terveyskeskussairaalan kotiutushoitaja järjesti lisäksi osastolle tulossa olevien potilaiden jonon puhelimitse tai sähköisen tietojärjestelmän kautta.

Haastateltavat kokivat, että terveyskeskussairaalan kotiutushoitaja selkeytti ja rauhoitti kotiutusprosessia, koska prosessi oli keskitetty yhdelle henkilölle ja hänen kahdelle sijaiselleen. Yhteys muihin yksiköihin tapahtui yhden henkilön kautta, joten ylimääräiset ja päällekkäiset yhteydenotot olivat jääneet pois. Nämä yhteydenotot olivat vieneet aiemmin paljon osastolla työskentelevien hoitajien työaika.

*Kun tää kotiutushoitaja on tullu, nii kyllähän se huomattavasti rauhoittaa tätä kotiutumisprosessia siltä kannalta, et on yks ihminen, joka kokoo asiat ja tietää niistä asioista.*

Kotiutushoitaja hoiti myös kotiutuvalle tarpeen mukaan ateriapalvelut, kartoitti potilaan sosiaalisen puolen tarpeet, selvitti kotihoidolle potilaan ajantasaisen lääkityksen ja oli yhteydessä kotihoidon kotiutumisesta vastaavaan henkilöön ja omaisiin. Lisäksi haastattelussa ilmeni, että omaisilta oli saatu hyvää palautetta siitä, että heilläkin oli yksi yhteyshenkilö, joka tiesi potilaan asiat.

Kotiutusprosessi pyrittiin aloittamaan potilaan saapuessa osastolle. Kotiutuksen ajankohdan päättivät kuitenkin lääkäri ja omahoitaja osaston kierrolla. Osaston kotiutushoitajan rooli oli mahdollistaa kotiutuminen ja ennakoita tarpeet tulevalle kotiutukselle.

Potilaiden kotikuntoisuutta, jatkohoitoja sekä jatkohoitopaikan tarvetta arvioitiin sekä käsiteltiin keskiviikkoisin osastolla tapahtuneissa moniammatillisissa palavereissa. Tähän osallistuvat osaston lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, kotiutushoitaja, omahoitaja ja kotihoidon kotiutuksesta vastaava henkilö.

*Periaatteessa sehän pitäisi mennä niin, että potilas tulee osastolle, niin täytyis olla niin, ku jo vähän suuntaviivoja siitä, että kotiutuuko mahdollisesti kyseinen potilas vai onko niinku sit mietinnässä joku jatkohoitopaikka.*

Terveyskeskussairaalan osastolla käytettiin vuorokohtaista omahoitaja menetelmää, jolloin hoitovastuu potilaasta pysyy vuorokohtaisesti yhdellä hoitajalla. Omahoitajan rooli kotiutusprosessissa on informoida kotiutushoitajaa potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

*Konkreettisesti me nähdään mikä on hänen vointi ja kunto ja sit informoidaan siitä kotiutushoitajaa.*

Omahoitaja tekee potilaasta tulo tiedot ja osallistuu hoitoneuvotteluihin sekä tekee potilaasta loppuarvion, josta ilmenee esimerkiksi haavanhoito-ohjeet sekä vatsantoiminta ja peseytyminen osastolla. Tiedot annetaan potilaalle mukaan kotiutuksessa.

Kotiuttaminen oli moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuivat myös osaston fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Fysioterapeutti huolehti tarvittaessa potilaan kodin muutostöistä, ohjeisti potilasta liikkumisessa ja teki tarvittaessa kotikäynnin joko potilaan tai omaisen kanssa. Sosiaalityöntekijä pääasiassa kartoitti potilaan palveluita kotiin ja kysyi potilaalta tarvittavat luvat yhteistoiminnan käynnistämiseksi.



Kotihoidon kotiutuksesta vastaava henkilö sekä osaston kotiutushoitaja tekivät yhteistyötä ja jakoivat tehtävät kotiuttamisen sujumiseksi. Kotihoidon kotiutuksesta vastaava henkilö oli nimetty tehtäväänsä kesällä 2017 ja hänet koettiin myös haastatteluissa tärkeäksi linkiksi, yhteyshenkilöksi sekä vastuun kantajaksi kotihoidossa asiakkaan kotiutuksessa.

Asiakkaan kotiuduttua, kotona pärjäämistä pyrittiin tarvittaessa tukemaan tehostetun kotihoidon tiimin eli TEHKO-tiimin avulla. Kotiutumisen alussa TEHKO-tiimi teki arvioivan noin kahden viikon mittaisen jakson, jonka aikana arvioitiin asiakkaan päivittäiset tarpeet ja palvelut. Tiimissä toimii kolme terveydenhuollon ammattilaista ja heidän käynneilleen oli varattu pidemmät ajat, joidenka tavoitteina olivat kotiutumisen sujuminen ja tukeminen, sekä pyrkimys estää asiakkaan palautuminen osastolle. TEHKO-tiimin käyttö koettiin hyväksi ja toimivaksi molemmissa yksiköissä.

Lisäksi kotiutushoitajalla oli käytössä potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä tarkastuslista, jonka avulla voidaan tarkistaa, että kaikki asiat on otettu huomioon. Tämän kyseisen listan päivittäminen oli suunnitteilla haastattelun aikoihin.

## 5.2 Ongelmat kotiutuksessa

Sekä terveyskeskussairaalan että kotihoidon hoitajat kokivat kotihoidossa käytössä olevan Anja-annosjakelun sekä toimivaksi että hankalaksi ja työlääksi. Hankalaksi lääkehoidon teki se, että ajan tasalla olevia lääkelistoja ei ole ollut aina saatavilla, jolloin viimeisintä lääkitystä voitu tarkistaa. Annosjakelun viimeisintä lääkelistaa ei ollut aina saatavilla kummassakaan yksikössä, niin terveyskeskuksessa kuin kotihoidossakaan. Lisäksi yksityisen lääkärin tekemät lääkemuutokset eivät näkyneet sähköisessä potilastietojärjestelmässä.

*Jos aatellaan näitä ongelmia, ni ne ei o välttämättä niistä tekijöistä kiinni vaan ne on niin ku tähän järjestelmään liittyviä. Eli yks on tää ku nykyään on tää annosjakelu, ni se on aika mutkikas.*

Kotihoidon ongelmaksi muodostui osastolla tehtyjen lääkemuutosten toteuttaminen viikonloppua varten perjantain iltavuoroissa. Lääkkeiden tunnistaminen ja saatavuus koettiin vaikeaksi, työlääksi ja aikaa vieväksi. Annosjakelussa lääkkeet toimitettiin

asiakkaalle kahden viikon erissä, joten lääkemuutosten yhteydessä saattoi lisäksi syntyä merkittävän paljon lääkehukkaa.

*Se on se hankaluus annosjakelun, nii, ku tietäminen, et mitä siellä varmasti menee.*

Haastatteluissa ilmeni, että sairaala jaksolla potilaalla todetun pitkäaikaisen ja pysyvän vamman takia kotiin tehtäviä muutostöitä joutui kotiin palaava potilas odottamaan pitkään. Tämä siksi, että vammaispalvelun kautta tehtyjen muutostöitä koskevien päätösten teko oli byrokraattista ja kesti kauan. Potilaalla ei kuitenkaan olisi ollut enää sairaanhoitollista syytä olla osastolla, vaan hän joutui odottamaan osastolla pääsyä kotiin. Kotihoidossa ei ollut yö käyntejä, joidenka turvin asiakas olisi pärjännyt kotona. Pitkä sairaalassa olo saattoi myös aiheuttaa potilaalle laitostumista, mikä taas omalta osaltaan vaikeuttaa kotona selviytymistä. Lisäksi kotihoito koki perjantaina tapahtuvat kotiutukset hankaliksi, koska kotiutuvan asiakkaan luona menee enemmän aikaa kuin normaalikäynnillä.

*Kotihoidolle on tosi ongelmainen perjantai-illan kotiuttaminen, koska ilta-  
vuoro on aika hektinen.*

*Ihminen saapuu kotiin niin kyl siellä se on tunti minimissään kun ihmisen  
kanssa menee kun hän saapuu kotiin ja katotaan kaikki asiat.*

Hankaluutta ja lisäselvittelyä kotiutuksessa vaativat myös toisinaan päivittämättä jääneet hoito- ja palvelusuunnitelmat. Asiakkaan toimintakyky ja tämän myötä avuntarpeet kotiin olivat saattaneet muuttua, mutta muutokset eivät näkyneet sähköisessä järjestelmässä. Erilaisia tukipalveluita, kuten esimerkiksi turvapuhelin ja ateriapalvelu jouduttiin varmistelemaan useammasta paikasta.

### **5.3 Yhteistyö ja tiedonkulku**

Yhteistyön mahdollistamiseksi potilailta pyydettiin tarvittavat luvat, esimerkiksi yhteistoimintasuostumus, joka tarkoittaa tietojen välitystä sosiaalitoimen tai avopuolen ja terveyskeskussairaalan välillä. Näistä luvista vastaa pääsääntöisesti sosiaalityöntekijä, mutta joskus myös kotiutushoitaja. Yhteinen potilastietojärjestelmä on merkittävä yhteistyön väline yksiköiden välillä, mikä korostaa sen ajantasaisuuden merkitystä.

Terveyskeskussairaalaista ja kotihoidosta lähtöisin oleva toiminta piti sisällään yksiköissä järjestetyt palaverit ja neuvottelut. Yhteistyön sujuvuudessa korostui myös moniammatillinen kotiutuspalaveri, jonka avulla pystyttiin muun muassa ennakoimaan mahdollisia ongelmia kotona. Yksiköt eivät kokeneet tiedonkulussa olevan merkittäviä katkoksia potilaan kotiutusprosessissa. Tiedonkulku yksiköiden välillä tapahtui pitkälti puhelimitse. Terveyskeskussairaalan kotiutushoitajalla oli tässäkin asiassa suuri merkitys ja päävastuu yhteyshenkilönä.

*Niin et ei oo tämmöstä, et ois tiedonkulku katkennu johonkin.*

Sähköinen viestintä tapahtui pääsääntöisesti yhteisen potilastietojärjestelmän kautta, josta kumpikin yksikkö näki potilaan hoitoon liittyvät kirjaukset. Tämä korosti ajantasaisten potilastietojen tärkeyttä, mikä taas osaltaan vähensi puhelimen kautta tehtäviä varmistuksia. Sähköpostia käytettiin lähinnä tapaamisten sopimisessa terveydenhuollon ammattilaisten välillä.

Suullinen viestintä koostui hoitoneuvotteluista ja moniammatillisista kotiutuspalaverista. Näissä tapaamisissa arvioitiin potilaan kotiutuksen ajankohta sekä jaettiin tehtävät terveydenhuollon ammattilaisten kesken kotiutuksen sujumiseksi.

Kirjallinen viestintä sisälsi kotiutuksen yhteydessä potilaalle mukaan annettavan kattavaksi koetun hoitotyönyhteenvedon. Tämä sisälsi viimeisimmän lääkelistan, jatko suunnitelman, hoito-ohjeet ja fysioterapeutin tekemän ohjeistuksen.

*Kun kotihoito menee sinne kotiin, niin siellä on valmiina kaikki ne ohjeet.*

*Siitä tulee tosi hyvä paketti, kun potilas kotiutuu.*

#### **5.4 Kotiutusprosessin kehittäminen**

Haastateltavat kokivat kehittämisen kohteeksi muun muassa tarkistuslistan käytön kotiuttamisen yhteydessä. Tämän listan käyttö tekisi kotiuttamisista yhtenäisempiä ja selkeämpiä. Muita kirjallisiin ohjeisiin liittyviä kehitysehdotuksia olivat se, että potilaalla tulisi olla mukana ajantasainen lääkelista sairaalaan saapuessa ja että lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmien tulisi olla ajan tasalla. Potilaalla olisi myös selkeät jatkohoito-ohjeet ja tulevien kontrollikäyntien ajankohta tiedossa.

*Check-in lista ois varmasti jokaisen kohdalla ihan se hyvä, vaikka olis ihan paperisena.*

Yhteistyön lisäämiseksi ehdotettiin hoitajien tutustumista toiseen yksikköön. Se lisäisi tietoisuutta toisen yksikön työstä. Esimerkiksi järjestettäisiin mahdollisuus osallistua työvuoroon toisessa yksikössä. Palaute kotihoidolta osastolle kotiutumisen onnistumisesta koettiin myös tärkeänä. Yhteistyön lisäämisessä ehdotettiin myös palveluohjaajien kutsumista hoitoneuvotteluihin.

Ideaalitilanne olisi, että kotiutusta suunniteltaisiin jo sairaalaan tullessa. Jos esimerkiksi potilaan toimintakyvyn heikkenemisestä johtuva liikkuminen kotona vaatisi kodin muutostöitä, olisi ne hyvä aloittaa aikaisessa vaiheessa.

Asiakkaan kotona pärjäämistä lisäävistä tekijöistä tuli esille yö partion käynnit. Toisinaan potilas voisi kotiutua, jos kotona kävisi myös yöaikaan hoitaja, mikä auttaisi asiakkaan kokemaan turvattomuuteen ja pelkoihin. Lisäksi öiset wc-käynnit ja esimerkiksi runsaasti tuottavan avanteen tyhjentäminen on nykyisillä resursseilla vaikea toteuttaa kotona.

*Pirkkalassa tulee kuitenkin se eteen, että kun yöllä ei tuu kukaan. Jos ois yöpartio, niin jonkun kohdalla se vois auttaa kotona oloa.*

## 6 POHDINTA

Tässä luvussa käsitellään keskeisimpien tulosten vertailua ja tulosten pohjalta syntyneitä jatko tutkimusehdotuksia hoitotyölle. Luvussa käsitellään ja arvioidaan myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta.

Opinnäytetyön alkuperäinen suunnitelma sisälsi vain kehittämisen kotiutusprosessissa. Haastattelun ja aineiston keruun myötä kuitenkin selvisi, että prosessin kehittämisen jää vain pieneksi osaksi tuloksia. Tulosten pohjalta opinnäytetyön suunta muuttui kotiutusprosessin tarkasteluun, joka sisältää yhtenä osana terveydenhuollon ammattilaisten näemyksen kehittämistarpeista kotiutusprosessissa. Opinnäytetyön tarkoitus oli siis tarkastella potilaan kotiutusprosessia Pirkkalan terveyskeskussairaalan ja kotihoidon yhteistyössä. Tuloksia vertailtiin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaiset kokivat kotiutushoitajan käytön hyödyntävän kotiuttamisprosessia. Kotiuttamisen keskittämisen yhdelle henkilölle koettiin selkeyttävän ja rauhoittavan kotiutumispöcessia. Tutkimukset kotiutushoitajan käytöstä antavat myös samansuuntaisia tuloksia. Kansainvälisten tutkimusten mukaan kotiutushoitajan käyttö edisti potilaan hoidon jatkuvuutta ja kommunikatiota organisaatioiden välillä. Kotiutusorganisaattorin käyttö saattoi vähentää kotiutumisen jälkeisiä ongelmia ja takaisin sairaalaan joutumisia. Kotiutushoitajan käytöllä saattoi olla myös myönteistä vaikutusta potilastyytyväisyyteen. Suomessa on toistaiseksi tehty vähän kansallista tutkimusta kotiutushoitajan käytöstä, vaikka kokemusta käytöstä onkin. Kokemusten pohjalta on todettu kuitenkin, että kotiutushoitaja toiminta on parantanut erityisesti, paljon apua tarvitsevien potilaiden kotiutusta. (Koponen 2003, 24–25.)

Gonsavles-Bradley ym. julkaisivat vuonna 2016 tutkimuksen kotiutumisen suunnittelusta, joka antoi samansuuntaisia tuloksia. Tutkimuksen mukaan yksilöllinen kotiutus suunnitelma paransi potilastyytyväisyyttä ja terveydenhuollon henkilökunnan tyytyväisyyttä. Kotiutussuunnittelu saattoi joissain tapauksissa lyhentää sairaalassa oloaikaa ja ennakoimattomia takaisin palautumisia sairaalaan. Kustannusten vähentämiseksi ei kuitenkaan tutkimuksissa saatu luotettavaa näyttöä. (Gonsavles-Bradley ym. 2016, 16–19.)

Tulosten ja tutkimusten pohjalta voidaan arvioida, että Pirkkalan kunnassa on tehty paljon hyviä toimia kotiuttamisprosessin kehittämiseksi.

Tulosten pohjalta toimivana käytänteenä nostettiin esille tehostetun kotiutumisen tiimi, josta käytettiin lyhennettä TEHKO-tiimi. TEHKO-tiimin tarkoituksen oli vähentää muun muassa ennakoimattomia sairaalan takaisin joutumisia ja tukea siirtymisvaiheen kotiutumista. Tutkimusten mukaan siirtymävaiheen tehostetuista kotihoidon malleista on raportoitu lupaavia tutkimustuloksia. Eräässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin yli 65-vuotiaiden tehostettua ja tavallista kotiuttamista. Tehostetun kotiuttamisen kesto oli neljästä vuorokaudesta kuukauteen. Keston lisäksi myös lisä tuen sisältö ja toteuttajat saattoivat vaihdella. Katsauksen mukaan tehostettu kotiuttaminen, tuki potilaiden kotona selviämistä seuraavan vuoden aikana. Tuki-invertaation vaikutus ennakoimattomiin sairaalaan palautumisiin jäi kuitenkin katsauksessa epäselväksi. Tehostettua kotiutumista on tutkittu myös sairausrhmäkohtaisesti, jolloin todettiin intervaation vähentävän sairaalaan takaisin joutumista. (Koponen 2003, 23–24.)

Kotihoidon asiakkaila oli käytössä koneellinen annosjakelu. Tulosten perusteella kokemukset koneellisen annosjakelun käytöstä oli osittain ristiriitaisia. Toisaalta Annosjakelun koettiin lisäävän potilasturvallisuutta, mutta toisaalta se koettiin myös työlääksi ja hankalaksi Airaksisen ym. (2013) mukaan, sairaalaympäristössä tehdyt tutkimukset tulokset viittaavat siihen, että annosjakelu on vähentänyt lääke- ja toimituspoikkeamia. Tutkimusta koneellisen annosjakelun käytöstä on kuitenkin vähän ja tästä syystä palvelun hyödyistä ja haitoista ei voi tehdä selviä päätelmiä. Vaikka palvelu on ollut käytössä jo vuosia, liittyy siihen edelleen käytännöllisiä sekä järjestelmä tason ongelmia, joita ei ole saatu ratkaistua. (Airaksinen ym. 2013, 3017.) Tulokset ja tutkimukset olivat yhteneväiset siltä osin, että annosjakelun koettiin lisäävän potilasturvallisuutta, mutta siihen koettiin liittyvän myös käytännöllisiä ja järjestelmä tason ongelmia.

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta lääkehoidon ongelmaksi nousi ajantasaisen lääkitystietojen puuttuminen sairaalaan tullessa. Käytössä oleva potilastietojärjestelmä ei tukenut kaikilta osin ajantasaisen lääkitystiedon saatavuutta. Lääkitystietojen ajantasaisuutta koskevassa tutkimuksessa todettiin samankaltaisia puutteita. Tiihonen ym. (2016) mukaan yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden kotilääkitystä verrattiin terveydenhuollon potilastietojärjestelmien lääkitystietoihin. Tulosten mukaan 87 prosentilla

tutkittavista oli kotilääkekortilla vähintään yksi lääkepoikkeama, verrattuna lääkitystietoihin järjestelmässä. (Metsävainio ym. 2016, 271.)

Opinnäytetyön tulosten ja aiempien tutkimusten välillä todettiin olevan eroavaisuuksia, koskien tiedonkulkua ja yhteistyötä. Tiedonkulku ja yhteistyö koettiin pääsääntöisesti aineistosta saaduissa tuloksissa paremmiksi kuin mitä vastaavat tutkimustulokset kertovat. Tulosten mukaan yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä kotiutumisprosessissa koettiin hyvänä. Tieto potilaan kotiutumisesta saapui yleensä hyvissä ajoin kotihoitoon ja merkittäviä tiedonkulun katkoksia ei koettu syntyneen.

Gröönroosin ym. (2006) toteuttivat kyselytutkimuksen kotihoiton henkilöstölle. Tutkimuksen mukaan yli puolet kotiutumisista sisälsi jonkinlaisia ongelmia. Tieto asiakkaan kotiutumisesta saapui kotihoitoon yli kolmasosassa tapauksia, joko samana tai seuraavana päivänä asiakkaan kotiuduttua. Vain joka kolmas kotihoiton henkilöstöstä koki tiedonvaihdon ja yhteistyön kotiutumisprosessissa riittäväksi ja 62 prosenttia tutkimukseen osallistuneista koki sairaalasta saatujen tietojen asiakasta koskien olevan ajantasaisia. (Gröönroos ym. 2006, 3, 27.) Opinnäytetyön aineistosta saatujen tuloksien mukaan lisäksi ennakoimattomat sairaalaan takaisin joutumiset koettiin vähäisiksi. Hesselinkin ym. (2014) tekemän tutkimuksen mukaan kuukauden kuluttua kotiutumisesta 13–20 prosenttia potilaista joutuu kuitenkin palaamaan takaisin sairaalaan. Kotiutumiset, jotka johtivat potilaan sairaalaan takaisinottoon, johtuivat huonosta tiedonkulusta sekä huonosta koordinoinnista hoidon tarjoajan ja jatkohoitoyksikön välillä. (Hesselink ym. 2014, 4.)

## 6.2 Luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään virheiden välttämiseen, joten tästä syystä jokaisen yksittäisen tutkimuksen luotettavuutta on myös arvioitava. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole yksiselitteistä ohjetta. (Tuomi 2018, 158–163.) Ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat aina ainutlaatuisia ja yksilöllisiä, joten tästä syystä perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arviointimenetelmät eivät tule kysymykseen (Hirsijärvi ym. 2010, 232).

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, otoksen valintaan, analyysiin ja sen tulkintaan sekä eettisiin

näkökulmiin ja tutkimuksen relevanssiin. Nämä nousevat esiin erityisesti aineiston ja tulosten kuvauksessa sekä analysoinnin ja sen etenemisen seikkaperäisessä esiin tuomisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,160–166.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan pyrkiä lisäämään myös esittämällä suoria lainauksia haastateluista. Tämä antaa lukijalle myös mahdollisuuden pohtia aineiston keruun etenemistä. (Hirsjärvi & Remes.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kaksi. Työ koottiin, pohdittiin ja tehtiin yhteisymmärryksessä, jolloin päästiin lopputulokseen, johon kumpikin tekijä on ollut tyytyväinen. Tässä opinnäytetyössä on pyritty selkeästi ja tarkasti kertomaan analyysin ja aineiston keruun vaiheet ja eteneminen. Analyysin vaiheita ja etenemistä on pyritty selventämään myös taulukoiden avulla. Työssä on käytetty suoria lainauksia haastateluista, kuitenkin niin että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa. Näillä keinoin olemme pyrkineet lisäämään tutkimuksen uskottavuutta sekä luotettavuutta.

Luotettavuuden kohentamiseksi tulisivat haastattelumenetelmää käytettäessä tutkijan arvioida itse haastattelutilanne ja mahdolliset virhetulkinnat haastattelussa. Haastatteluun saattaa sisältyä useita virhelähteitä, jotka voivat liittyä haastateltaviin, tilanteeseen tai haastattelijoihin. Haastattelijan rooli on haastava ja kouluttautuminen tähän rooliin viekin aikaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014,23 –232.) Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä, millä voi olla vaikutusta haastattelun luotettavuuteen. Tekijät kuitenkin kokivat haastatteluiden sujuneen hyvin. Vuorovaikutus oli avointa ja kaikilla haastateltavilla oli mahdollisuus ilmaista näkemyksiään. Haastattelut nauhoitettiin, jotta pystyimme tekemään huolellisen analyysin. Haastateltavia informoitiin nauhurin käytöstä ja sillä ei ollut haastattelijoiden mielestä vaikutusta haastattelun dynamiikkaan

### 6.3 Eettisyys

Etiikan peruskysymykset pitävät sisällään kysymykset oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta. Arkielämässä näihin ei ole aina yhtä oikeaa vastausta vaan ihmiset voivat usein olla eri mieltä mikä on hyvää ja pahaa, mikä on sallittua ja mihin on suorastaan velvollisuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 23.) Tieteen ja etiikan välinen yhteys syntyy tutkimustulosten vaikutuksesta eettisiin ratkaisuihin ja tutkijan eettisten kantojen vaikutuksesta tieteellisessä työssä tehtyihin päätöksiin. Näistä jälkimmäistä tieteen ja etiikan



yhteyttä kutsutaan varsinaiseksi tieteen etiikaksi (Tuomi & Sarajärvi 2018,147.) Tieteen etiikka käsittää sen suhteen tutkimus kohteeseen, tavoitteisiin, yhteiskuntaan ja tutkimuksen tekemiseen. Tieteen etiikka pitää sisällään eettiset ja moraaliset kysymykset sekä tieteen eetoksen. (Eriksson ym. 2012, 28.)

Tieteen autonomialla pyritään turvaamaan tutkimusyhteisön oikeus päättää omista asioistaan, niin että tutkimusta ei pystytä ulkoisten tekijöiden kuten talouden tai politiikan taholta rajoittamaan tai määrittelemään. Legimiteetillä tarkoitetaan tieteen tunnustamista tiedeyhteisössä, mikä mahdollistaa sen, että tieteellinen tieto saa äänensä kuuluviin. Tieteen etiikka ei luo pelkästään vapauksia vaan se sisältää myös vastuuta ja velvollisuuksia tuottaa tieto tarkoituksen mukaisesti eli palvelemaan yhteiskuntaa (Eriksson ym. 2012, 28.)

Tutkimusaiheen valinta on jo tutkijan tekemä eettinen ratkaisu, jolloin hänen tulee pohtia aiheen yhteiskunnallista merkitystä, sekä tutkimuksen vaikutusta siihen osallistuviin henkilöihin. Tutkimuseettinen lähtökohta on, että tutkimuksen tulee olla hyödyllinen, jotta sitä voidaan pitää oikeutettuna. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.) Opinnäytetyön aihe tuli työelämästä, jolloin voidaan olettaa, että aiheen hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta on pohdittu jo aihetta tarjottaessa. Aihe valintaamme johdattelikin ajatus siitä, että työelämä hyötyy tehdystä opinnäytetyöstä.

Hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen on eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys. Käytäntöjen asettamista ja noudattamista varten on Suomessa perustettu erillisiä julkisia toimijoita. Tutkimuseettinen neuvottelukunta Etene on asettanut ohjeistuksen hyvistä tieteellisen tutkimuksen käytännöistä ja menettelytavoista. (Hirsijärvi ym. 2010, 23.) Hyvän tutkimuksen lähtökohtana voidaan pitää ihmisarvon kunnioittamista, joka pitää sisällään myös kunnioituksen itsemääräämisoikeutta kohtaan. (Hirsijärvi ym. 2010, 25.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua aidosti vapaaehtoisuuteen ja tutkittavilla tulee olla oikeus kieltäytyä tutkimuksesta sen kaikissa vaiheissa. Vapaaehtoisuutta voidaan käsitellä myös siltä kannalta, että osallistumattomuudesta ei saa aiheutua uhkaa eikä osallistumista saa millään tavoin palkita. Tämä pyritään varmistamaan muun muassa neutraalilla ja asiallisella saate kirjeellä. Useissa tilanteissa tutkija voi käyttää valmista suostumuslomake pohjaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Käytimme haastattelukutsuissa Tampereen ammattikorkeakoulun valmista saate kirjettä (liite 1) ja suostumuslomake pohjaa (liite 2), jossa käsitellään työn vaiheet, sekä

eettisyyden ja anonymiteetin varmistaminen. Ennen haastattelujen aloitusta kävimme vielä suullisesti haastateltavien kanssa läpi heidän oikeutensa tutkimuksen kaikissa vaiheissa sekä anonymiteetin varmistamisen.

Anonymiteetin varmistaminen kuuluu keskeisenä osana tutkimusprosessiin. Tämä pitää sisällään esimerkiksi sen, että tutkimustietoja ei missään tutkimuksen vaiheessa luovuteta ulkopuolisille tahoille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Anonymiteetin varmistamiseksi haastateltavien tulee myös nimettöminä ja tiedot raportoinnissa tulee järjestää niin että nimettömyys taataan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 156). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein alkuperäisilmauksia tulkittaessa tutkimustuloksia. Tällöin tulee myös ajankohtaiseksi miettiä esimerkiksi murrekielisten alkuperäisilmauksien muuttamista yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–178.)

Tulosten raportoinnissa olemme huolehtineet, että haastateltaviemme anonymiteetti säilyy ja kukaan haastateltavista ei ole tunnistettavissa. Murrekieliset ilmaukset olemme tarvittaessa muuttaneet yleiskielelle. Aineiston säilyttämisen ja lopulta hävittämisen huolehdittiin asiaan kuuluvalla tavalla. Lisäksi työelämäpalaverissa sovittiin, että opinnäytetyöhön osallistuvien organisaatioiden nimet saa näkyä raportoinnissa. Anonymiteettiä voidaan tarkastella myös organisaatio tasoisesti, jolloin tutkimuslupaa hakiessa tulee selvittää, saako tutkittavan organisaation ja sen yksiköiden nimeä mainita raportissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,).

Tutkimukseen osallistuvien tulee voida luottaa tutkijoiden vastuuntuntoon; siihen että tutkijat noudattavat luvattuja sopimuksia ja että, tutkimuksen rehellisyyttä vaaranneta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 156). Opinnäytetyönprosessissa noudatettiin hyviä tutkimuksen käytänteitä ja eettisiä ohjeita läpi prosessin, aina aihe valinnasta, tiedon keruuseen ja raportointiin asti. Tämä opinnäytetyö kestää eettisen tarkastelun ja arvioinnin kaikissa sen vaiheissa.

#### **6.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Väestön ikääntyessä ja hoidon painoutuessa yhä enemmän laitoshoidosta kotihoitoon, korostuu tehokkaan ja turvallisen kotiutumisen merkitys. Aineistosta saatujen tulosten perusteella kotiutusohitajan toimella pystyttiin vastaamaan näihin haasteisiin.

Opinnäytetyömme tuloksiin nojaten voimmekin suositella kotiutushoitajan käyttöä vastaavanlaisissa yksiköissä. Tutkimusten mukaan kotiutumisen tarkistuslistoilla pystytään vaikuttamaan potilasturvalliseen työskentelyyn ja yhtenäistämään kotiutumisen käytäntöjä. Kotiutumiskäytäntöjen yhtenäistämiseksi suosittelemme kotiutumisen sekä lääketyksen tarkistuslistojen käyttöä potilaan kotiutumisprosessissa.

Potilaita saatetaan siirtää paikkatilanteiden vuoksi ympäristökuntiin hoitoon. Tämä luo haasteita kotiutumisprosessille. Käytänteet kotiutumisissa vaihtelevat toimipisteiden mukaan. Yhteneväinen potilastietojärjestelmä puuttuu toimialueiden väliltä muihin kuntiin, mikä luo uudenlaisia haasteita kotiutumisprosessissa. Näin ollen arvioisimmekin, että valtakunnallisen potilastietojärjestelmän hyödyn ja vaikuttavuuden tutkimisesta olisi hoidotyölle hyötyä.

Opinnäytetyön tulokset saatiin terveydenhuollonammattilaisilta. Kotiutumista olisi hyvä myös tarkastella potilaan ja asiakkaan näkökulmasta esimerkiksi opinnäytetyön pohjalta.

## 7 LÄHTEET

Allen, J. Ottman, G & Roberts, G. 2012. Multi-professional communication for older people in transnational care. *International journal of the American association of nurse practioners* 25(4), 186–194.

Airaksinen, M., Blom, M., Isojärvi, J., Mäntylä, A. & Sihvo, S. 2013. Lääkkeiden koneellisen annosjakelun kehittämistarpeet avoterveydenhuollossa. *Suomen lääkirilehti. Kirjallisuuskatsaus* (46) vsk 68. 3014–3018

Biroš, O., Karchňák, J. & Šimšík, D. Multiagent Approach in Home Care Based on Open Architecture. *American Journal of Mechanical Engineering* 1.7 (2013), 217–220.

Erikson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede. Uudistettu painos* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

STM 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (782/2014) kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Luettu 18.11.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>

Goncalves-Bradley, D. C., Lanin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D. & Shepperd, S. 2016. Discharge planning from hospital to home. *US Nationl library of medicinen* (4).

Hammar, T. 2008. *Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa*. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Helevuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K & Pennanen, P., 2012. *Potilasturvallisuus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hesselink, G., Zegers, M., Vernooji-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Öhlen, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Sunol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven, L. & Wollersheim, H. 2014. Improving patient discharge and reducing hospital readmission by using intervention mapping. *Health services research*. 14:389, 1–11.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajajärvi, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Karisto oy.

Holland, D. & Harris, M. 2007. Discharge planning, transitional care, cordination of care and continuity of care. Clarifying consepts and terms from the hospital perspective. *Home health care services quarterly* 26(4), 3–19.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koponen, L. 2003. *Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä*. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

- Laasonen-Balk, T., Tamminen, R. & Maijainen, V. 2008. Kotiutussairaanhoidaja suunnittelee psykiatrisen potilaan jatkohoidon. *Lääkärilehti* 9 (63). 870–871.
- Vanhuspalvelulaki 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lyson, I. & Paterson, R. 2009. Experiences of older people in emergency care settings. *emergency nurse* 16(10), 26–31.
- Muurinen, H., Vesa, N. & Hupli, M. 2016. Lähdössä kotiin, eväitä iäkkään onnistuneeseen kotiutumiseen. *Poliklinikka*. 7–9.
- Mäkinieniemi, E., Koljonen, M., Ojala, R. & Laitinen, K. 2016. Lääkineuvonta ja lääkityslistan ajantasaisuuden varmistaminen sairaalasta kotiutettaessa. *Dosis. Farmaseuttinen aikakauskirja*. Vol 33(4). 262–275.
- National patient safety foundation. 2015. Free from harm. Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Report of an expert panel convened by the patient safety foundation.
- Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Perälä, M-L., Gröönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Pitkälä, K. 2017. Omainen kannattaa ottaa mukaan vanhuksen kotiutukseen. *Lääkäri-lehti* 43 (72). 2432–2433.
- Pirkkalan kunta. 2018a. Terveyskeskussairaala. Palvelut. Luettu 14.3.2018.  
<https://www.pirkkala.fi/palvelut/terveyspalvelut/terveyskeskussairaala/>
- Pirkkalan kunta. 2018b. Kotihoito. Viitattu 14.3.2018. <https://www.pirkkala.fi/palvelut/vanhusten-palvelut/kotihoito-ja-tukipalvelut/>
- Rising, K., Padrez, K., O'Brien, A., Hollander, J., Carr, B. & Shea, J. 2015. Return visits to the emergency department. The patient perspective. *Annals of emergency medicine* 65(4), 337–386.
- Rydeman, I. & Törnkvist, L. 2010. Getting prepared for life at home in the discharge process from the perspective of the older persons and their relatives. *International journal of older people nursing* 5 (4), 254–264.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_4.html)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html)

Sahlström, M., Liukka, M., Roine, R. Aaltonen L-M. & Kinnunen, M. 2018. Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja. *Lääkärilehti* 73 (1-2), 62–63.

Soong, C., Daub, S., Lee, J., Majewski, C., Musing, E., Nord, P., Wyman, R., Baker, R., Zacharopoulos, N. & Bell, C. 2013. Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *Journal of hospital medicine* (8). 444–449.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 13.3.2018. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b. Sairaalat ja erikoissairaanhoito. Luettu 13.3.2018. <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. 30.12.2014.

Tilastoraportti 2017. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016. Luettu 10.11.2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle>

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 2015. 48 (4), 338–343.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslain-säädännön ja strategian toimeenpanon tueksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marras-kuussa 2017. Luettu 18.11.2018. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikäntyneiden.../kotihoiton>

Tiihonen, M., Nykänen, I., Ahonen, R., Hartikainen, S. 2016. Discrepancies between in-home interviews and electronic medical records on regularly used drugs among home care clients. *pharmacoepidemiol drugs saf* 25, 100–5.

WHO, World Health Organisation. 2018. Definition of an older elderly person. *Health Statistics and information systems*. Luettu 15.11.2018. [www.who.int/helthinfo/survey/ageingdefnolder/en](http://www.who.int/helthinfo/survey/ageingdefnolder/en)

## LIITTEET

### Liite 1. Tutkimuskysymysten teemat

#### HAASTATTELURUNKO

1. Lämmittelykysymyksiä ja keskustelua

2. Pääkysymykset:

- Mitkä ovat yksikkönne tämän hetkiset toimintatavat kotiutumisprosessissa?
- Mitä ongelmia kotiutumisprosessissa on kummankin yksikön kannalta tarkasteltuna?
- Mitä konkreettisia tiedonkulun välineitä käytätte kotiutusprosessissa yksikössänne?
- Minkälaista yhteistyötä teette tällä hetkellä kotiutusprosessissa muiden yksiköiden kanssa?
- Onko teillä kehittämissuunnitelmia potilaan kotiutusprosessiin?
- Mikä yksikössä toimii hyvin potilaan kotiutusprosessissa?

## Liite 1/2. Tietoinen suostumus

### Hyvä hoitotyön ammattilainen !

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on terveyskeskussairaalan ja kotihoidon yhteistyön sekä toimintatapojen kehittäminen potilaan kotiutusprosessissa.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkkalan terveyskeskussairaalaasta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan kahtena ryhmähaastatteluna. Haastattelemme Pirkkalan terveyskeskussairaalan osaston hoitajia sekä Pirkkalan kotihoidon hoitajia. Kumpaankin haastateltavaan ryhmään pyydämme neljä sairaanhoitajaa /lähihoitajaa ja haastattelut toteutetaan Pirkkalan terveyskeskussairaalan neuvottelutiloissa. Haastattelussa esitämme kysymyksiä koskien potilaan/asiakkaan kotiutusprosessia, esimerkiksi tiedonkulusta eri yksiköiden välillä. Haastattelujen kesto on noin kaksi tuntia, jotta avoimelle keskustelulle jää aikaa. Haastattelu toteutetaan työajallanne.

Haastattelu nauhoitetaan. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esille tutkimuksessa ja haastattelijat ovat vaitiolovelvollisia esille nousseista asioista.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa, ellei Pirkkalan terveyskeskussairaalan kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Elina Suokas  
Sairaanhoitajaopiskelija AMK  
Tampereen ammattikorkeakoulu

Katariina Pajunen  
Sairaanhoitajaopiskelija AMK  
Tampereen ammattikorkeakoulu



**Liite 2/2****SUOSTUMUS****Opinnäytetyön nimi**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on terveyskeskussairaalan ja kotihoidon yhteistyön sekä toimintatapojen kehittäminen potilaan kotiutusprosessissa, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys