

Birgitta Niskanen

**KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMINEN LIMINGAN  
TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA**

**KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMINEN LIMINGAN  
TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA**

Birgitta Niskanen  
Opinnäytetyö  
Kevät 2012  
Sosiaali- ja terveysalan  
kehittäminen ja johtaminen  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto: Sosiaali- ja terveysalan  
kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

---

Tekijä: Birgitta Niskanen

Nimi: KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMINEN LIMINGAN  
TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Helena Heikka, Yliopettaja TtT Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Kevät 2012

Sivumäärä: 68 + 0 liitesivuja

---

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on kuvailla Limingan terveyskeskussairaalan vuodeosastolta tapahtuvaa potilaan kotiuttamista, siihen liittyviä ongelmia ja kehittämishaasteita osaston henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimana. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää potilaan kotiuttamista saumattomaksi yhteistyöksi eri toimijoiden välillä niin, että potilaan hoito muodostaa katkeamattoman ketjun. Työn tarkoituksena on ollut löytää kotiuttamisen ongelmakohdat ja muodostaa niihin kehittämisehdotuksia.

Hyvin sujuvan kotiuttamisen teoria muodostettiin kirjallisuudesta, aikaisemmista tutkimuksista ja eri lehtien artikkeleista. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja sen aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasivat Limingan terveyskeskussairaalan sairaanhoitajat, joista kysymyksiin 14:sta vastasi 10. Yhteistyökumppaneista kysely lähetettiin seitsemälle, joista kaikki vastasivat kyselyyn. Yhteistyökumppaneilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin terveydenhuollon ammattilaisia, jotka vastaavat potilaan jatkohoidosta. Aikaisemmat tutkimukset tukivat tämän tutkimuksen tuloksia ja kotiutuksen ongelmakohdiksi muodostuivat kirjaamisen ja tiedonkulun puutteet sekä osaston henkilökunnan että yhteistyökumppaneiden arvioimina. Myös työn tekemisen resursseissa mm. työvuorosunnittelussa, oli puutteita, mitkä heijastuvat kotiutuksen sujuvuuteen.

Tutkimustuloksista muodostettujen johtopäätösten perusteella monia asioita kotiuttamisessa voidaan muuttaa, mutta isoimpia muutoksia tuli olemaan kotiuttamishoitajan työtehtävän kehittäminen osastolle. Osana kehittämistehtävää tuotettiin myös potilaankotiutusohje, jonka avulla hoitajilla on mahdollisuus kotiuttaa potilas mahdollisimman sujuvasti. Kotiutusohje on viety potilastietojärjestelmä efficaan ja sen testaaminen työyhteisössä on aloitettu. Kotiutusohjetta voidaan päivittää ja muokata tarpeen mukaan.

---

Avainsanat: Kotiuttaminen, tiedonkulku, yhteistyö, turvallisuus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

---

Author: Birgitta Niskanen

Title of thesis: Development of Patient Discharge Process in Liminka Health Centre Hospital

Supervisors: Helena Heikka, Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012

Number of pages: 68

---

The purpose of this study was to improve patient discharge process in Liminka Health Centre Hospital. This is extremely important part of good health care. The researcher's, her colleagues' and doctors' experiences gave rise to the topic of the study. Also the co-operation partners who were responsible for the future treatment of the patients expressed their need of the study concerning patient discharge.

The aim of this study was to develop the patient discharge so that it would be a continuous chain between all operators during the treatment. The second aim was to recognize all problematic issues and find development paths. The third aim was to create instructions for patient discharge.

The theory part for good patient discharge was collected from literature, previous studies and articles. The study was completed by using the quantitative survey method. The survey was done using structured questionnaires in the first part. The second part was done by using open-ended questionnaires. The questionnaires were sent to 14 nurses of Liminka Health Centre Hospital and seven co-operation partners. Ten nurses and 7 co-operation partners answered the questionnaires.

The results supported the results of previous studies. The study pointed out that the problematic parts of patient discharge were lack of documentation and information exchange. These problematic issues were pointed out by both groups of informants. Also lack of manpower resources had its influence on patient discharge.

On the basis of this study many minor issues in the patient discharge process can be changed. The biggest improvement was to create a work description for a Discharge Nurse. Written instructions were planned to make patient discharge as flexible as possible. These instructions will be installed into the patient information system Effica. Testing of this system will start shortly. The system allows instructions to be modified and updated whenever it is needed in the future.

Keywords: Patient discharge, information exchange, co-operation, patient safety

TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	7
2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN YHTEYS KUNTASEKTORIN LAATUSUOSITUKSIIN.....	9
2.1 Limingan kunta .....	9
2.2 Kuntasektorin terveydenedistämisen laatusuositukset, uusi terveydenhuoltolaki ja Paras -hanke .....	10
3 KOTIUTTAMINEN .....	16
3.1 Potilaiden kotiuttamisprosessi .....	16
3.2 Potilaiden kotiuttamista koskevat aikaisemmat tutkimukset .....	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	27
5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT .....	28
5.1 Tutkimukseen osallistujat .....	29
5.2 Tutkimuksen tiedonkeruu menetelmät .....	30
5.3 Aineiston analyysi .....	31
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	34
6.1 Kotiuttamisen perusteet .....	36
6.2 Kotiuttamisen kirjaaminen.....	39
6.3 Tiedonkulku kotiuttamisessa .....	41
6.4 Potilaan kotiuttamiseen liittyvä ammattitaito .....	45
6.5 Vastaajien saamat resurssit työnsä tekemiseen.....	47
6.6 Moniammatillinen yhteistyö .....	48
6.7 Palaute työstä .....	50
6.8 Kehittämideoita henkilökunnalta ja yhteistyökumppaneilta .....	50
7 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	52
7.1 Kirjaaminen .....	53
7.2 Tiedonkulku kotiuttamisessa .....	53
7.3 Ammattitaito kotiuttamisessa.....	54
7.4 Moni ammatillinen yhteistyö .....	54
7.5 Tärkeimmät kotiuttamisen sujuvuutta lisäävät kehittämisideat.....	55

8 POHDINTA .....	57
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen .....	57
8.2 Tutkimuksen toteutuminen .....	58
8.3 Tutkimusetiikka .....	59
8.4 Tutkimuksen luotettavuus, reliabiliteetti ja validiteetti .....	60
9 LÄHTEET .....	63

# 1 JOHDANTO

Yksi suurimpia haasteita nykypäivän johtajille on kehittää uusia toimintatapoja, jotka edistävät eettistä johtamista, henkilöstön hyvinvointia, kestävyyttä ja sosiaalista vastuuta kuitenkin vaarantamatta tuottavuutta ja tuloksen tekemistä. (Leiviskä 2011, 135.)

Oltuani muutamia viikkoja osastolla töissä, havaitsin selkeän epäkohdan, jota useat eri tahot toivat esille. Tuo ongelmaksi koettu alue on potilaan kotiuttaminen. Kotiuttamisen ongelmista kertoivat osastonlääkäri, osaston sairaanhoitajat sekä kotisairaanhoitajat. Työyhteisöissä moni ammatillinen yhteistyö luo toimijoiden välille yhteyden ja antaa kokemuksen yhteisestä päämäärästä. Työn tekeminen ja suoritustapa hyvässä yhteistyössä eri toimijoiden kesken mahdollistaa ammatillisen avunannon ja -saannin erilaisissa työn haasteissa ja kehittämisessä (Leiviskä 2011, 96-99). Tutkimukseni tein palvelemaan työyhteisön tarpeita, etsimällä kotiuttamisen ongelmat ja vastaamalla niihin kehittämisideoiden muodossa.

Yhteistyöllä tarkoitetaan saumatonta tiedon vaihtoa. Yhteistyötä tapahtuu monella tasolla, asiakkaiden kanssa, omien työtovereiden kanssa ja organisaatorajojen yli. Yhteistyöllä tarkoitetaan avun ja tiedon saamista muilta tai se voi olla em. antamista muille. Yhteistyötä tapahtuu oman ammattiryhmän kesken, työyksiköiden tai pienryhmien kesken. (Kalliomäki-Levanto & Elovainio & Kivimäki 1997, 48-52.) Hoitohenkilökunnan tärkein tehtävä on ylläpitää hoitajan, omaisten, potilaan ja yhteistyökumppaneiden välistä vuorovaikutusta. (Carroll & Brue 1993, 177.)

Työyhteisölähtöinen kehittäminen perustuu työssä ja työyhteisössä tunnistettuihin tarpeisiin ja haasteisiin. Se on työtoiminnan kehittämistä tavoitteiden ja visioiden saavuttamiseksi. Työyhteisön kehittäminen suuntautuu kiinteäksi osaksi päivittäistä ammattityötä. Työyhteisön kehittämisellä pyritään myös laadun parantamiseen. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2010; Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 7.)

Työyhteisössä tarvitsemme käytäntöjä, joilla voimme tukea ihmisiä ottamaan vastuuta itsestään, työstään, osaamisestaan sekä työyhteisön toiminnasta. Positiivinen työskentelytapa näkyy työyhteisöissä, jotka vaalivat itsenäisyyttä, luottamusta, yhteenkuuluvuutta, tukea, innovatiivisuutta ja uusia ideoita sekä reilua johtamista, toimintatavoissa ja prosesseissa. Työyhteisön kehittämisen näkökulmasta on keskeistä muuttaa työ kulttuuria siten, että työntekijät voivat työprosessin kautta tuntea olevansa osa laajempaa kokonaisuutta ja heidän on helpompi tuntea yhteenkuuluvuutta toisten kanssa. (Leiviskä 2011, 90-92.) Yhteenkuuluvuuden ja omaan työhön vaikuttamisen mahdollisuutta osaston henkilökunnalle pyrin luomaan keräämällä aineiston heidän keskuudestaan ja uskomalla siihen, että he ovat kotiuttamisen todellisia asiantuntijoita.

Potilaiden kotiutumisesta sairaalasta ovat usein kriittisiä vaiheita, joiden onnistuminen vaikuttaa potilaan hyvinvointiin ja hoitotoiminnan vaikuttavuuteen. Sairaalahoido-aikojen lyheneminen on aiheuttanut sen, että potilaat kotiutuvat entistä huonokuntoisempina, jolloin kotiutumiseen saatavan tuen merkitys on noussut. Huonosti suunniteltu potilaan kotiuttaminen vaarantaa hoidon jatkuvuuden, jolloin hoitajakson uusiutuminen sairaalassa -riski kasvaa. (Pöyry & Perälä 2003, 9,13.)

Potilaiden kotiuttamisessa hyvän suunnittelun merkitys näkyy yhä useammassa kotiutuksessa. Puutteita edelleen esiintyy tiedonkulussa sekä avo- että laitoshoidon omaisten ja henkilökunnan välillä. Akuutisairaaloissa tilanne on vaikein, lyhentyvien hoitajakojen vuoksi. Henkilökunnalta vaaditaan nopeaa tilanteen arviointikykyä ja kotiutuksen suunnittelun aloittamista, heti kun se on mahdollista sairaanhoidon alkuvaiheessa. (Karppinen, P 1997, 3.)

## **2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN YHTEYS KUNTASEKTORIN LAATUSUOSITUKSIIN**

Limingan kuntastrategian, vuosille 2012 - 2015, lähtökohtana kunnan toimintojen kehittämisessä on tarjota asukkaille lakisääteiset ja kuntastrategian mukaiset palvelut siten, että kunnan talous pysyy pitkällä aikavälillä tasapainossa ja kuntalaisten verorasitus kohtuullisena. Tämä edellyttää palvelujen tuotantoprosessien ja palveluverkon arviointia ja kehittämistä. Toimintamenojen kasvun hillitseminen on mahdollista vain rakenteisiin puuttamalla ja toimintatapoja kehittämällä. Tuloksellisuuden parantaminen on keskeinen johtamisen ja suunnittelun tavoite. (Limingan kunnan strategia vuosille 2012 - 2015.) Opinnäytetyöni tarkoitus on tukea em. kuntastrategiaa kehittämällä potilaan kotiuttamisen toimintatapaa ja saada säästöä tehokkaasta kotiuttamisesta, jolloin potilaan osastolla olo aika on mahdollisimman lyhyt lääketieteellisen hoidontarpeen lakkaamisen jälkeen.

### **2.1 Limingan kunta**

Limingan kunnan ikärakenne on hyvä. Limingassa asuu runsaasti nuorta, työikäistä väestöä. Lasten osuus on suuri verrattuna koko maahan. Limingan väestön keski-ikä (30,2 vuotta) on maan nuorin (koko maan keskiarvo 41,4 vuotta). Vuonna 2010 0-14 -vuotiaiden osuus oli Limingassa 35 % ja koko maassa 16,5 %. Alle 7-vuotiaita oli 18,1 % väestöstä, koko maan luvun ollessa 7,8 %. Vanhusten osuus on puolestaan alhainen. Yli 64-vuotiaiden osuus oli 7,9 % ja koko maassa 17,5 %. (Limingan kunta.Hakupäivä 1.1.2012)

Limingan kunnan vanhustyön strategiset tavoitteet vuodelle 2012 on vastata jatkuvaan ja säännölliseen kotihoidon tarpeeseen 2-3 vuorokauden sisällä hoidon tarpeen esiintulosta. Tavoitteena on myös kotihoidon asiakaskäyntien nostaminen edellisestä vuodesta sekä pitkäaikaisen laitoshoidon määrän vähentäminen, kotona asumisen tukeminen. (Ruottinen 2012 , 2.1.2012.)

Limingan terveyskeskussairaalan vuodeosastolla on 31 vuodepaikkaa, joista pitkäaikaishoitopaikkoja on viisi ja niistä käytössä on kolme. Vuodeosasto on akuuttia sairaanhoitoa tarjoava hoitoyksikkö, johon potilaita saapuu mm. kunnan omasta päivystyksestä, Oulun yhteispäivystyksestä, naapuri sairaaloista. Potilaiden osastolle tulo syyt ovat yleisimmin sydänperäiset syyt, keuhkokuumeet, infektiot, leikkausten jälkeisen kuntoutuksen tarve ja heidän hoitoaikansa keskimäärin on 5 vuorokautta. (Limingan kunta vanhustyön palvelut 2012)

## **2.2 Kuntasektorin terveydenedistämisen laatusuositukset, uusi terveydenhuoltolaki ja Paras -hanke**

Terveyden edistämisen laatusuositukset on laadittu jäsentämään terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää. Niiden tarkoituksena on tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä. Laatusuositusten tavoitteeksi on asetettu kaikissa kunnissa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen nostaminen yhdeksi toiminnan painopistealueeksi sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Tavoitteeseen pääsemiseksi tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ennalta ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuraamista ja arviointia. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 11-12.) Opinnäytetyöni tukee omaa ammatillista kasvuani esimiehen roolissa siihen suuntaan, että hyvinvointi ja osaaminen vuodeosastolla kehittyvät, kun potilaiden kotiuttamista kehitetään sujuvammaksi. Kunnalle mahdollisesti tulevaa taloudellista säästöä saadaan toiminnan seuraamisen ja arvioinnin kohdalla, kehittämällä kustannus tehokkain toimintatapa potilaan kotiuttamisessa.

Kansalliset terveystavoitteet on linjattu valtioneuvoston vuonna 2011 hyväksymään Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan. Terveyden edistämisen laatusuositukset tukevat osaltaan Terveys 2015 -ohjelman toteutusta kunnissa. Laatusuositukset on tarkoitettu työvälineeksi terveydenhuollolle, kunnan eri hallinnonaloille, päättäjille ja työntekijöille. Suositukset antavat työvälineitä terveyden edistämisen johtamiseen, toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen, yhteistyöhön ja työnjakoon ja terveyttä edistävään toimintaan ja osaamisen arviointiin. (Terveyden

edistämisen laatusuositus 2006, 13-14.) Opinnäytetyöni merkitys korostuu yhteistyön kehittämisessä potilaan kotiuttamisen kanssa työskentelevien kesken.

Kuntalain mukaan kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta. Valitessaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kunnan strategiseksi painopisteeksi ja hyväksyessään sitä koskevat tavoitteet toiminta- ja taloussuunnitelmassaan valtuusto vahvistaa terveyden edistämisen toimintasuunnan. Väestön tarpeista lähtevä toiminta haastaa hallinnonalat yhteistyöhön. Terveyttä edistävässä johtamisessa tarvitaan hallinnonaloja ylittävää johtamista, monialaista osaamista, hajautetun vastuun ja eri toimijoiden välisen toiminnan yhteensovittamisen osaamista. Toiminnan lähtökohtana on paikallisen terveyden ja hyvinvoinnin tilan ja olosuhteiden tuntemus, yhdistettynä terveyden edistämisen ohjelmien tavoitteisiin sekä voimavarojen oikeanlainen suuntaaminen. Laatu suositusten mukaan kunnan tulisi tehdä itselleen tavoitteet niin, että niihin pääsyä voidaan seurata ja arvioida. Sen tulisi luoda hyvinvointistrategia, hyvinvointikertomus, jaettava johtaminen ja vastuualueet, verkostoiduttava yhteistyöhön alueen muiden toimijoiden kanssa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 19-20.) Limingan kunta on myös tehnyt päätöksen uuden terveyskeskuksen rakentamisesta ja sen tulisi olla valmis syksyllä 2013. Uuteen sairaalaan saadaan toimivammat tilat, kun potilas huoneet ovat pienemmät ja näin mm. infektioiden leviämistä ehkäisemällä potilaiden kotiuttaminen on nopeammin ajankohtaista. Yhteistyö kotiuttamisessa toimivien kesken ja yhteisten tavoitteiden kautta tapahtuvan yhteistyön kehittämien on osa potilaan kotiuttamisen kehittämisen tavoitettani kuntatasolla.

Yhteistyö ja osallistuminen tukevat yksilöiden ja erilaisten yhteisöjen terveyttä ja hyvinvointia. Kunta voi kehittää hallintoaan ja päätöksentekoaan siten, että erialojen välinen yhteistyö ja osallistumien terveyttä edistävään toimintaan ja suunniteluun tulee mahdolliseksi. Laatu suosituksissa puhutaan yhteistyöstä, yhteisöllisyydestä, osallistumisesta sekä terveysviestinnästä. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 22-23.) Yhteistyön merkitys korostuu usein hoitoalalla. Työ on moni ammatillista osaamista eri toimijoiden kesken, unohtamatta potilasta, hänen omaisia ja yhteistyökumppaneita.

Henkilöstön katsotaan olevan kuntien tärkein voimavara. Henkilöstön osaamisen vahvistaminen on terveyden edistämisen taitojen, tietojen ja toimintakäytäntöjen kehittämisen strategisella ja ammatillisella tasolla. Henkilöstölle tulee tarjota perus-, jatko- ja lisäkoulutusta, jotta tietojen ja taitojen lisääminen antaisi paremmat mahdollisuudet tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Laatusuosituksissa puhutaan tietopohjasta, valmennuksesta ja kehittämisestä, verkostoitumisesta, koulutuksesta ja neuvonnasta ja ohjauksesta. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 23-24.) Opinnäytetyöni tavoitteena on tukea työn ymmärtämistä, antaa syvempää ymmärrystä kotiuttamiseen liittyvistä asioista ja tukee hoitajien ammatillisen osaamisen syventämistä.

Kuntalaisten terveyden edistäminen tulee ottaa huomioon kaikilla kunnan toimi- ja hallinnonaloilla. Palveluilla tulee olla yhteiset strategiset tavoitteet sekä tavoitteiden seurantaan helpottavat indikaattorit. Terveyspalveluiden laatusuosituksissa puhutaan palvelutarpeista, voimavaroista ja osaamisesta, suunnittelusta ja tiedonkeruusta, terveyserojen kaventamisesta, terveyden aihealueista. Hyvin toimivien terveyspalveluiden lähtökohtana on moni ammatillinen yhteistyö ja riittävät ehkäisevän työn voimavarat. Suositukset kohdentuvat työmenetelmien kehittämiseen ja osaamisen välittämiseen, koulutukseen ja työnohjaukseen, palautteeseen ja sen hyödyntämiseen, päätöksentekoon osallistumiseen ja sen kehittämiseen ja edistävän hoitokulttuurin luomiseen. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 24-29.) Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää työyhteisömme toimintaa ja luoda yhteiset tavoitteet, toimintamalli sujuvaan potilaan kotiuttamiseen niin, että myös henkilökunta kokee ammatillisen osaamisen kasvua.

Sosiaalipalveluiden erityisenä tehtävänä on tukea kuntalaisten selviytymistä arjessa elinkaaren kaikissa vaiheissa sekä vahvistaa kunnan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Sosiaalisen hyvinvoinnin suosituksiin lukeutuu voimavarojen tukeminen, ehkäisevä työote, varhaiskasvatus, sosiaalinen raportointi ja sen kehittäminen, syrjäytyminen ja sen uhat ja vaikuttavuuden arviointi. Teknisen ja ympäristöpalveluiden erityisenä tehtävänä on turvata terveyttä ja hyvinvointia edistävät elin- ja toimintaympäristöt kuntalaisille. Suosituksissa käsitellään hyvän ympäristön kriteerejä, kevyttä liikennettä, osallistumista, asuinalueiden kehittämistä ja esteettömyyttä.

(Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 24-29.) Opinnäytetyöni tavoitteena on löytää ne työmenetelmät, joilla sujuvan kotiuttamisen tavoitteet saavutetaan ja eri toimijoiden välinen yhteistyö korostuu. Hyvällä, turvallisella ja ammattitaitoisella kotiuttamisella voimme yrittää ehkäistä potilaiden syrjäytymistä sairauden aiheuttamien haittojen minimoimiseksi mm. avuvälineiden avulla.

Kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintaa ja sen vaikutuksia seurataan ja arvioidaan. Niiden tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten kunnan toiminta eri rakenteissa ja käytännössä on muuttunut terveyttä ja hyvinvointia edistäväksi. Ja onko asetettuihin tavoitteisiin päästy. Suosituksissa puhutaan arviointikulttuurin luomisesta, tiedon keruusta ja sen hyödyntämisestä sekä tavoitteiden toteutumisen arvioinnista. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 29.) Opinnäytetyöni avulla voidaan potilaan kotiuttamista kehittää kuntarakenteet paremmin huomioon ottavaan suuntaan. Opinnäytetyöni avulla voidaan kehittää vuodeosaston resurssien käyttöä kustannus tehokkaaseen ja hyvinvointia lisäävään suuntaan.

Terveydenhuoltolain kehittämisen lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan palvelujen tarve. Uusi terveydenhuolto laki sisältää kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain. Lain tarkoituksena on tukea ja vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja parantaa terveyspalveluiden saatavuutta, tehostaa niiden tuottavuutta että kehittämistä. Lailla pyritään vahvistamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008, 55.) Opinnäytetyöni tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon saatavuutta potilaan kotiuttamisen näkökulmasta yhteistyötä kehittämällä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tapahtuvaa yhteistyötä voidaan myös kehittää toimivammalla tiedonkululla ja yhteistyöllä.

Paras -hankkeen keskeinen tavoite on sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen tulevaisuudessa. Uudistuksen tarkoituksena on muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä niin että, edellytykset uusien työmenetelmien käyttöönotolle että tietopohjan kehittämiseksi toteutuvat. Muutoksen tavoitteena on hyvä johtaminen ja toimenpiteet, joilla turvataan riittävä henkilöstörakenne ja henkilöstön jaksaminen muutoksessa. Tavoitteena on vähentää väestöryhmien ja alueellisten terveyserojen

välisiä eroja. Terveysthuoltolain uudistuksen yhtenä tavoitteena on toteuttaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras -hanke) tavoitteita. Eli terveydenhuollon erityislainsäädäntöä tarkistetaan niin, että kunnat voivat aloittaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen tuomat velvoitteet. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma 2008, 17-19.)

Lain tavoitteena on tuoda sosiaali- ja terveydenhuollon puolelle järjestelmäkakeskeisyyttä niin, että eri hallintojen väliset rajat palveluiden tuottamisessa vähenisivät. Alueellista yhteistyötä ja työnjakoa lisäävät yhteistyö mahdollisuudet on arvioitavina myös sosiaalipuolen kanssa. Tavoitteena on kuitenkin säilyttää selvä vastuujaako ja toimivaltasuhteet. Johtamisen kannalta samalla olisi kuitenkin huolehdittava selkeästä vastuun jaosta ja toimivaltasuhteista. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma 2008, 55.) Johtajan tulee vastata oman toimialansa ja organisaationsa kehittämisestä ja strategian konkretisoimisesta selviksi toimintasuunnitelmiksi. Johtamisessa on tuotava esiin selvät tavoitteet ja pelisäännöt sekä analysoitava toimintaympäristö (Leiviskä 2011, 136-136). Opinnäytetyöni avulla pyrin vastaamaan oman organisaation työn kehittämisestä tehostamalla potilaan kotiuttamista, tutkimalla mistä mahdolliset ongelmat kotiuttamisessa johtuvat ja miten niihin voi tuoda muutosta.

Palvelurakennemuutoksen toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa, sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Kansalaisten yhdenvertaisuutta pyritään turvaamaan vahvistamalla palveluiden käyttäjien oikeuksia. Kansalaisille annetaan lisää omaan hoitoon liittyvää valinnanvapautta, helpottamalla asiointia kuntarajojen yli. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma 2008, 55.) Kuntarajojen yli rakentuva yhteistyö on nyt toistaiseksi lopetettu, kun Lakeuden yhteistoiminta alue –hanke loppui marraskuussa 2011. Jokainen kunta hoitaa omat potilaansa niin kuin tähänkin asti. Tyrnävän ja Lumijoen kunnat ostavat Limingan kunnalta terveyskeskussairaalan vuodeosaston palvelun. Resurssien mukaan vuodeosastolla tapahtuvaa hoitoa myydään myös muille naapurikunnille.

Toiminnan ja palveluiden laadun ja vaikuttavuuden arviointia sekä palveluiden valvontaa ja ohjausta tehostetaan. Myös potilasturvallisuutta pyritään parantamaan. Hoitotakuun toimivuutta arvioidaan ja tarvittavia muutoksia tehdään niin aikarajoihin

kuin toimintamalleihin. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008,55.)

Kaste-ohjelmassa määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Ohjelma antaa kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta että nostaa esiin keskeisimmät toimenpiteet, joihin suunnataan Stakesin, kansanterveyslaitoksen, työterveyslaitoksen ja lääninhallituksen työpanosta sekä muita kehittämistoiminnan resursseja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008, 20-22.)

### **3 KOTIUTTAMINEN**

Kotiuttaminen on prosessi, joka alkaa potilaan sairaalaan tulosta ja päättyy sairaalasta lähtöön. Kotiuttamisprosessilla tarkoitetaan sairaalahoidon aikana tapahtuvaa kotiuttamisen suunnittelua, toteuttamista ja arviointia. Kotiuttaminen tapahtuu yhteistyössä potilaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa. (Ryhänen, Koponen & Laukkanen 2000, 39; Linnosaari 2001, 2.)

#### **3.1 Potilaiden kotiuttamisprosessi**

Päätöksen potilaan kotiuttamisesta tekee lääkäri, keskusteltuaan potilaan ja /tai hänen läheistensä ja potilasta hoitavan tiimin kanssa. Päätöksenteon tulisi tapahtua muutamaa päivää ennen potilaan suunniteltua kotiuttamista. Hyvä kotiuttamisen valmistelu alkaa jo heti potilaan sairaalaan tulon jälkeen. Lääkäri kirjoittaa hyvissä ajoin valmiiksi epikriisin, reseptit, hoitotarvikelähteet sekä muut tarvittavat asiakirjat. Selkeät jatkohoito-ohjeet (kotilääkitys, hoitotoimenpiteet, suunniteltu jälkitarkastus, laboratorionkontrollit ym.) turvaavat hoidon jatkuvuutta ja tuovat toimintaan joustavuutta. (Perälä & Hammar 2003, 25.) Hoitajien tekemä hoitotyö on palvelutehtävä, jossa hoitaja toteuttaa lääkärin suunnittelemaa hoitoa ja näin edesauttaa potilaiden hoidon sujuvuutta. (Kalkas & Sarvimäki 1995, 80; Nightingale 1964, 166.)

Potilaan kotiuttamisesta keskustellaan lääkärinkierrolla, käytäväkeskusteluissa ja henkilökunnan raporteilla. Keskustelut koskevat potilaan sairaalasta kotiutumisen ajankohtaa ja paikkaa. Potilaan kotiuttamista arvioidaan useista lähtökohdista ja perusteita kotiuttamiselle haetaan lääketieteellisistä perusteluista, sairaalan tehokkuus vaatimuksista, potilaan toimintakyvystä ja elämäntilanteesta. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2555-2557.)

Potilaiden kotiutumiset sairaalasta ovat usein kriittisiä vaiheita, joiden onnistuminen vaikuttaa potilaan hyvinvointiin ja hoitotoiminnan vaikuttavuuteen. Sairaalahoitoaikojen lyheneminen on aiheuttanut sen, että potilaat kotiutuvat entistä huonokuntoisempina, jolloin kotiutumiseen saatavan tuen merkitys on noussut.

Huonosti suunniteltu potilaan kotiuttaminen vaarantaa hoidon jatkuvuuden, jolloin hoitajakson uusiutuminen sairaalassa -riski kasvaa. (Pöyry & Perälä 2003, 9,13.)

Sairaalassa omahoitaja tai työvuorossa oleva hoitaja ilmoittaa yhteistyökumppaneille, kuten sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja muille erityisammattiryhmille potilaan kotiuttamispäivän. Näin eri ammattiryhmät ehtivät hoitaa potilasta koskevia asioita kuntoon omilta osiltaan. Potilaan kotiutuspäivä ilmoitetaan myös viiveettä kotihoitoon ja omaisille. Tavoitteena on, että tieto ilmoitetaan vaan yhdelle kotipalvelun tai kotisairaanhoidon työntekijälle, joka ilmoittaa asiasta muille. (Perälä & Hammar 2003, 30.)

Yhteistyöllä tarkoitetaan saumatonta tiedon vaihtoa. Yhteistyötä tapahtuu monella tasolla, asiakkaiden kanssa, omien työtovereiden kanssa ja organisaatorajojen yli. Yhteistyöllä tarkoitetaan avun ja tiedon saamista muilta tai se voi olla em. antamista muille. Yhteistyötä tapahtuu oman ammattiryhmän kesken, työyksiköiden tai pienryhmien kesken. (Kalliomäki-Levanto & Elovainio & Kivimäki 1997, 48-52.) Hoitohenkilökunnan tärkein tehtävä on ylläpitää hoitajan, omaisten, potilaan ja yhteistyökumppaneiden välistä vuorovaikutusta. (Carroll & Brue 1993, 177.)

Ihmisten välinen yhteys vaatii vuorovaikutusta. Toisten ajatukset saadaan selville kun puhutaan ja kysellään. Vuorovaikutuksen kautta meillä on mahdollisuus kasvattaa tietoisuutta asioista ja se mahdollistaa yhteisymmärryksen luomisen. Ihmisten välisen vuorovaikutuksen on oltava riittävää ja laadukasta, jotta yhteistyö toimisi. Palautekulttuurin katsotaan olevan yksi vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttava seikka. Hyvällä palautteen antamisella tarkoitetaan ihmisten kehittymistä ja oppimista inspiroivaa, tukevaa ja ohjaavaa toimintaa, se ei ole ihmisten arvostelua. Työyhteisön kulttuuri joko rohkaisee tai ehkäisee palautteen antamista. (Leiviskä 2011, 101.) Rakentavan palautteen avulla voimme kehittää työtämme mm. potilaan kotiuttamisessa.

Hoitotyön tekijän käyttäytyminen vaikuttaa potilaan reaktioihin, terveyteen, erilaisiin vaivoihin eli hoitotyön vaikuttamiskeinot ovat suhteessa tuloksiin. Vaikuttamiskeinot yhteistyötilanteessa pohjautuvat työntekijän erilaisiin taitoihin, joiden avulla työntekijä auttaa, opettaa, ohjaa ja tukee potilasta, saavuttamaan hoitotyön tavoitteet. Hoitotyön

tekijä pyrkii varmistamaan, että potilas selviytyy erilaisista tilanteista parhaimmillaan palautuen aikaisemmalle toiminnantasolle tai mukautumalla sairauden tuomiin rajoituksiin. (Lauri 1986,42-43; Koponen 2003, 117.)

Vuorovaikutus on tärkein hoito- ja asiakastyön menetelmä. Vuorovaikutukseen kuuluu verbaalisen eli kielellisen kommunikoinnin lisäksi kuunteleminen sekä ilmein, elein ja kosketuksen avulla tapahtuva toiseen ihmiseen vaikuttaminen. Vuorovaikutukseen ja sen onnistumiseen työntekijän ja potilaan välillä vaikuttaa henkilöiden persoonallisuus ja tilanteessa vaikuttavat ulkopuoliset tekijät, kuten ympäristö. Potilas ja hoitaja kokevat ajan eri tavalla. Kiireen/kiireettömyyden potilas aistii hoitajan olemuksesta. (Korkiakoski 1991, 34-35; Heikkinen & Lauri 1997, 137; Lämsä & Mäkelä 2009, 2553.)

Hoitotyön tekijän empaattinen herkkyys potilasta kohtaan edellyttää avoimuutta hoitajan omia tunteita kohtaan: toisen huomioiminen perustuu aktiiviseen kuunteluun. Hoitotyön tekijän työ perustuu hyvän tuottamiselle toisille, muodostaa kypsä, vaativa empatia perustan sairaanhoitajan eettiselle vahvuudelle. Hoidettavien suuri määrä asettaa empatiakyvylle lisävaatimuksia, sillä sairaanhoitaja kohtaa työssään ainakin aluksi tuntemattomia potilaita ja potilaat ovat voineet tulla aivan erilaisista oloista, kuin hoitotyöntekijä itse. Kypsän empaattisen kohtaamisen edellytys on hoitajan minän kypsyys. Hoitotyön tekijän täytyy säilyttää oma itsenäisyytensä ja yksilöllisyytensä hoitaessaan potilasta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 93-97.) Pätevyyden tunne syntyy työntekijän käsityksestä hyvästä ja oikeasta toimintatavasta. (Helin 1999, 119.)

Organisaatioiden välinen yhteistyö ja tietojen vaihtaminen luo edellytyksiä ja jatkuvuutta asiakaskohtaiselle yhteistyölle, kun henkilöstö on tutustunut toisiinsa ja saanut tietoa toisten toiminnasta. Kotiuttamistilanteessa yhteistyötä eri toimijoiden kesken ovat esimerkiksi SAS (Selvitä- Arvioi- Sijoita) -ryhmät, joissa suunnitellaan potilaiden sijoittamista oikeisiin ja tarpeenmukaisiin hoitopaikkoihin tai palveluiden järjestämistä. Kaikissa kunnissa ryhmä ei käsittele sairaalasta kotiin siirtyvien potilaiden palveluiden järjestämistä. (Pöyry & Perälä 2003,15.) Potilaiden oikea-aikainen ja -paikkainen kotiuttaminen vaatii entistä enemmän toimijoiden välistä tiimityötä ja

potilaan yksilöllisen elämäkokonaisuuden huomioimista. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2551.)

Toimiva tiimi tai hedelmällinen yhteistyö ryhmässä ei synny hetkessä. Yhteistyö vaatii vuosien hioutumisen kehittyäkseen. Tiimien vaarana on luiskahtaa pois perustehtävästään, mikä näkyy siinä, että tiimien väliset kohtaamiset voivat olla lyhyitä ja aikaa tällöin käytetään huulenheittoon ja hauskanpitoon. Tämän on kuitenkin nähty kiinteyttävän yhteistyötä. (Järvinen 2000, 33-34.)

Potilaiden kotiuttamisessa hyvän suunnittelun merkitys näkyy yhä useammassa kotiutuksessa. Puutteita edelleen esiintyy tiedonkulussa sekä avo- että laitoshoidon omaisten ja henkilökunnan välillä. Akuutisairaaloissa tilanne on vaikein, lyhentyvien hoitoaikojen vuoksi. Henkilökunnalta vaaditaan nopeaa tilanteen arviointikykyä ja kotiutuksen suunnittelun aloittamista, heti kun se on mahdollista sairaanhoidon alkuvaiheessa. (Karppinen, P 1997, 3.)

Kotiuttaminen on osa potilaan palveluketjua, jossa ammattilaisten ja asiakkaan vuorovaikutuksella ja verkostoituneella yhteistyöllä on keskeinen rooli. Tarvittavat palvelut ja hoito muodostavat asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden, johon ajan, paikan tai toteuttamisorganisaation ei tulisi vaikuttaa. Kotiuttaminen vaatii potilas keskeiseen palveluketjuun kuuluvien prosessien tunnistamisen ja saumattoman yhteistyön organisaatioiden ja eri ammattiryhmien välillä. (Ruotsalainen 2000, 15-18.)

Sairaalasta kotiuttaminen on kuntien terveyskeskusten ja kotihoidon työntekijöiden arkipäivää, jossa sairaalan ja kentän yhteistyö sekä osaaminen näkyvät päivittäin. Useimmiten kotiuttaminen onnistuu, mutta yksikin epäonnistuminen on liikaa ja aiheuttaa turhaa syytelyä, epävarmuutta ja turvattomuuden tunnetta potilaan, omaisten ja työntekijöiden keskuudessa. (Valtonen 2000, 7.) Kinnaman & Bleich (2004, 315) toteavat, että samassa organisaatiossa toimivien yhteistyön mahdollistaa organisaation johto, joka osaa ja ymmärtää nähdä yhteis-työn edut ja hyödyt. Johto myös toimii yhteistyön mahdollistajana luomalla yhteistyölle mahdollisuuden ja rakenteet.

### 3.2 Potilaiden kotiuttamista koskevat aikaisemmat tutkimukset

Rantasalon pro gradu – tutkielma (2007,8-9) käsittelee potilaan sairaalasta kotiin kotiutumista potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata ja analysoida potilaan kokemuksia kotiutumisesta, hänen siirryttyään erikoissairaanhoidosta kotiin perusterveydenhuollon palveluiden piiriin. Tutkimuksella on haluttu saada tietoa, jonka perusteella voidaan löytää asiakkaan näkökulmasta kotiutumiseen liittyviä ongelmakohtia ja -tilanteita.

Rantasalon tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisiä kotiinlähdon valmisteluihin sairaalassa. Tässä tutkimuksessa oltiin erityisen tyytyväisiä kotiutushoitajan toimintaan. Sosiaaliavustuksiin ja henkiseen jaksamiseen potilaat olisivat kaivanneet enemmän tukea. Epävarmuus kotona selviytymisestä, turvattomuuden tunne ja yksinäisyys lisäsivät kotiutumisen onnistumisen riskiä. (Rantasalo 2007, 48-49.) Kulttuurierotkin voivat vaikuttaa siihen, miten ihmiset saavat sosiaalista tukea sukulaisiltaan. Jossain kulttuureissa vanhuksia arvostetaan heidän viisautensa ja elämäkokemuksensa myötä. Länsimaisessa kulttuurissa vanhuksia pidetään yleensä taakkana yhteiskunnalle eikä heitä arvosteta. (Pickin & St Leger 1994, 205-206.)

Hoidon jatkuvuus oli turvattu, vaikkakin kotiutus tieto tuli kotiutumispäivänä tai päivää ennen. Vastaajat olivat arvioineet kotiutumisen epäonnistuneeksi, jos kotiutus tapahtui liian aikaisin potilaan kuntoon nähden tai kotiapua ei ollut järjestetty tai kodin muutostyöt olivat tekemättä. (Rantasalo2007,47-50.)

Potilaille hoitopaikkojen välinen siirtyminen merkitsee uuteen toimintaympäristöön sopeutumista, tutustumista uusiin ihmisiin ja epävarmuutta hoidon jatkuvuudesta. Ikääntyvillä sopeutuminen vaatii enemmän aikaa ja voimia, kuin nuorelta ja toimintakykyiseltä. Pitkä laitoshoido rajoittaa usein potilaan toimintakykyä ja laitoshoidon aikana toimintakyky on voinut huonontua sairauden tai vamman myötä, jolloin omassa kodissa eläminen vaatii sopeutumista ja kotiutumisesta lähtien tapahtuvaa tarkoituksen mukaista ja riittävää palveluiden tarjontaa. Yksin asuvat saattavat tuntea kotiutumisen vielä vaikeammaksi, kun kotona ei ole ketään. (Pöyry & Perälä 2003, 13.)

Turvallisuudella tarkoitetaan ulkoista ja sisäistä turvallisuutta. Ulkoisista turvallisuustekijöistä tärkeimpiä ovat suhteet muihin ihmisiin, tieto siitä, että voi luottaa läheisiin ihmisiin, materiaallinen turvallisuus, turvallinen ympäristö ja tieto siitä, että saa jatkuvasti tietoa omasta sairaudesta ja hoitomenetelmistä. Tieto siitä, että joku huolehtii ja hoitaa tarpeentullen asioita, lisää potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta. Auttajia on perinteisesti pidetty asiantuntijoina, jotka pystyvät kartoittamaan ja ratkaisemaan potilaan ongelmia paremmin kuin tämä itse. (Korkiakoski 1991, 79; Aadland 1996, 29; Lämsä & Mäkelä 2009, 2553.)

Turvallisen ympäristön kokemukseen vaikuttaa myös potilaiden tarvitsemien apuvälineiden tarpeen arviointi ja saatavuus. Aina arviointi prosessi ei johda apuvälineiden hankintaa. Apuvälineiden tarpeen arviointi on osa potilaan hoito- ja kuntoutusprosessia. Apuvälineiden arviointiprosessiin osallistuu monia eri toimijoita fysioterapeutista omaisiin. Moninainen apuvälinekäytäntö ja alan monitoimijakoisuus aiheuttavat sen, että hyvällä yhteistyöllä, yhteisillä tavoitteilla ja yhteisellä käsityksellä apuvälinepalveluista kaikkien toimijoiden kesken on suuri merkitys. (Salminen 2003, 57-58.)

Ihmisen sisäinen turvallisuus alkaa kehittyä jo lapsuudessa ja sen kehittymiseen vaikuttavat myönteiset elämäkokemukset. Sisäinen turvallisuus on luottamista toisiin ihmisiin. Elämän aikana ihmisen läpi käy useita vastoinkäymisiä ja kriisejä, myönteisesti päättyneet vastoinkäymiset kypsyttävät ihmistä ja valmistavat kokemaan uusia kriisejä. Sisäinen turvallisuuden tunne vahvistuu voitetuista vastoinkäymisistä. (Korkiakoski 1991, 81; Rissanen 1999, 73.) Turvallisuuden tunnetta lisääviä asioita on hoitajan ammattitaitoinen toiminta, kohtaamistilanteissa tapahtunut pysähtyminen, jolloin potilaalle oli tullut tunnehoitajan antamasta ajasta. (Heikkinen & Laine 1997, 67-69.) Työntekijöiden kokema kiire ja työtahdin lisääntyminen on voimakkaasti lisääntynyt 1990 luvun jälkeen. Työntekijöiden poissaolot ja sairastuvuus on lisääntynyt aloilla, joissa henkilökuntaa on vähennetty. (Rahkonen & Lahelma 1998, 157-159.) Iän karttuessa työntekijöiden on tärkeää osata omatoimisesti huoltaa omaa terveyttä. (Suominen, Kannus, Käyhty, Ahvo, Rahikainen & ym. 2001, 360.)

Toiminnan tehostaminen sairaaloissa on lisännyt tarvetta saumattomaan kotiuttamisen kehittämiseen eri toimijoiden kesken. Hoitoajat ovat lyhentyneet säästötoimien seurauksena ja aika kotiuttamispäätöksen tekemiseen on usein lyhyt jatkohoidon ja palveluiden järjestämisen kannalta. Potilaat ja omaiset ovat kokeneet tiedon saannin ja ohjauksen olevan usein puutteellista. (Pöyry & Perälä 2003, 13.) Potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta lisää mahdollisimman varhainen tieto kotiutusajankohdasta. (Ryhänen, Koponen & Laukkanen 2000, 33; Lämsä & Mäkelä 2009, 2553.)

Karvinen & Louhivaara (2009, 34-36) kuvaavat sairaanhoitaja lehdessä, Järvenpäässä aloitettua kotiuttamistiimin toimintaa. Järvenpäässä on samoin kuin Limingassa yli 65 -vuotiaita runsas kymmenen prosenttia, mikä on koko Suomen mittakaavassa reilusti alle keskiarvon. Tiimin tehtävänä on auttaa potilasta turvalliseen ja asiantuntevaan kotiutumiseen. Ennen potilaan kotiuttamistoiminnan aloittamista hoitajat olivat havainneet potilaiden pelkäävän yksinäisyyttä ja epäilevän selviämistään kotona. Kotihoidon resurssien ei nähty olevan riittäviä kattamaan kaikkia potilaiden tarpeita.

Moniammatillinen tiimi on potilaan käytettävissä ympäri vuorokauden, kunnes akuuttivaihe on ohitettu, yleensä 13 vuorokautta. Tiimi käy esittäytymässä potilaalle jo sairaalajakson loppuvaiheessa. Tiimi ratkoo asiakkaan arkisia pulmia, järjestää palveluita ja tarvittavia etuuksia. Tehokas kotiuttaminen on edistänyt vanhusten kuntoutumista ja kotona asumista. Omaiset ovat tärkeä yhteistyölenkki. Omaisten on koettu monesti olevan kriittisempiä ja huolestuneempia omaisensa selviämisestä, kuin potilas itse. Omaiset kutsutaan aina mukaan palaveriin ja luottamus kotiuttamistiimiin kasvaa vähitellen. (Karvinen & Louhivaara 2009, 34-36.)

Järvenpäässä kotiutustiimin työn on koettu tukevan ihmisten kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen, kun heidän arkiset asiat on saatu järjestykseen. Kotiuttamistiimillä on arvioiva ja määräaikainen tehtävä. Se kartoittaa potilaan tilanteen terveyden, hoidon ja sosiaalisen selviytymisen näkökulmista. Kotiutustiimi myös neuvottelee potilaan ja asiantuntijoiden että omaisten kanssa. Tiimi suunnittelee ja järjestee kotiutumisen ja sovittaa tarvittavat palvelut yhteen. (Karvinen & Louhivaara 2009, 34-36.)

Järvenpäässä potilas saatetaan kotiuttaa kokeiluluontoisesti muutamaksi päiväksi, ilman että hän menettää sairaalapaikkansa, jos kotiuttaminen tuntuu hankalalta. Kotiuttamistiimi osallistuu kaupungin vanhuspalveluiden kehittämiseen. Tehostettu kotiuttamistyö maksaa, mutta sen on koettu edistävän potilaan kuntoutumista ja sopeutumista uuteen tilanteeseen. Toiminnan on havaittu heijastuvan hoitoketjun muihin osiin ja keventävän niissä tapahtuvaa työtä. Osastojen henkilökunta on kokenut tyytyväisyyttä, kun potilaan tiedetään olevan hyvissä käsissä. ( Karvinen & Louhivaara 2009, 34-36.)

Lappeenrannassa 2000 luvulla tapahtunut sosiaali- ja terveystalouden budjetin ylittäminen sai aikaan sen, että alettiin selvittää miten sosiaali- ja terveystoimen talous, toiminta ja palveluiden saatavuus saataisiin kuriin. Lappeenrantaan perustettiin SAS – toimisto, jonne kaikki jatkohoitoa jonottavat potilaat ilmoitetaan. Hoitopaikkojen valinnassa pyritään siihen, että kuhunkin hoitopaikkaan ohjautuu sinne parhaiten soveltuva potilas. Hoitotyöntekijät, potilas ja hänen omaiset osallistuvat hoitopaikan arviointiin ja esitetyt toiveet pyritään ottamaan huomioon. (Paajanen, Saikko & Tepponen 2007, 32.)

Lappeenrannassa niin ikään kotiuttamishoitajien työn tehostamiseksi aloitettiin tehostetun kotiutusryhmän (TeHoSa) toiminta. Läninhallituksen myöntettyä hankkeelle rahoitusta, toimintaa kehitettiin niin, että TeHoSa:ssa työskentelee sairaanhoitajia kahdessa vuorossa kello 8-21 seitsemänä päivänä viikossa potilaan kotiuttamiseen liittyvien asioiden parissa. (Paajanen, Saikko & Tepponen 2007, 33.)

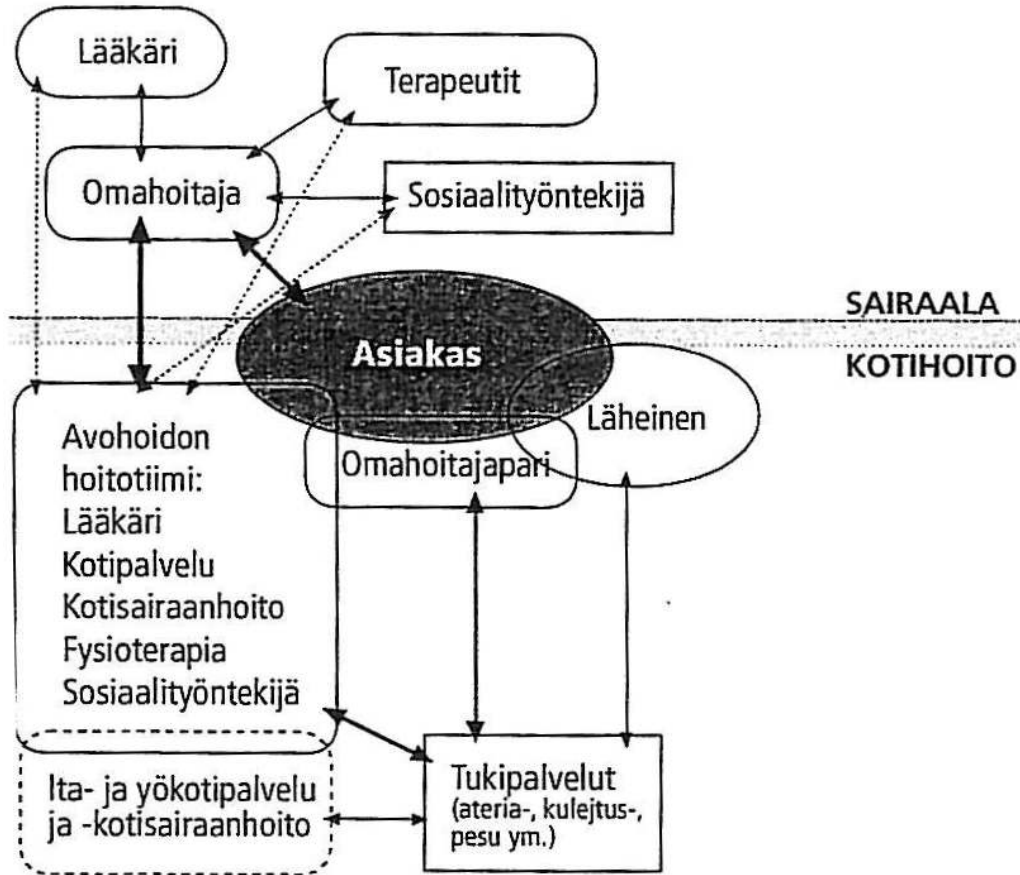
Potilaan kotiuttaminen edellyttää aina suunnitelmallisuutta, tapahtuipa kotiutus erikoissairaanhoidosta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta. Lappeenrannassa toimivassa kotiuttamistiimissä ja TeHosa:ssa huomiota kiinnitetään neljään oleelliseen kohtaan potilaan kotiuttamisessa. Suunnitelmallinen kotiutus edellyttää potilaan ja hänen kotiolosuhteidensa hyvää tuntemusta. Kotiuttamisen valmistelu tulee aloittaa siinä vaiheessa, kun potilaan lääketieteellinen tilanne on vakiintunut. Kotiutuksen lähestyessä hoitopaikasta otetaan yhteyttä kotiutusta tukevaan hoitotiimiin. Päätös potilaan kotiuttamisesta, jolloin kotiolosuhteet ovat valmiina tai järjestettävissä potilaan kotiuttamista edellyttävällä tavalla. Tehostetun kotiutusryhmän työntekijöiltä kerätyn

palautteen kautta nähtiin toiminta merkittävänä parannuksena terveyskeskussairaalan potilaspaikkojen tehokkaammassa käytössä. Potilaiden jonotus terveyskeskussairaalaan lyheni, kotiutus parani ja hoidon porrastus tehostui. (Paajanen, Saikko & Tepponen 2007, 33.)

Turvallisesti kotiin (Ahlroth & Huotari 2011, 2) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö käsittelee projektia, jonka tavoitteena on ollut saada toimiva kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalan ja Oulun kaupungin kotihoidon välille. Projektin välillinen tavoite on ollut tukea henkilöstön hyvinvointia. Tutkimuksen mukaan potilaan hyvää kotiuttamista tukevia tekijöitä ovat potilaslähtöisyys, hoidon suunnittelu ja moni ammatillinen yhteistyö. Kotiutuksiin liittyvät haasteet ovat näkyneet tiedonkulussa ja kirjaamisessa.

Oululaisten ikääntyvien kokemuksia kotiutushoitajalta saamistaan palveluista on tehty ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Opinnäytetyössä on kuvattu kotiutushoitajan palveluita käyttäneiden potilaiden kokemuksia saamastaan palvelusta. Opinnäytetyön tavoitteena on ollut kotiuttamishoitajan työn kehittäminen. (Haarala 2011, 2.) Kotiuttamishoitajan nähdään parantavan vuodeosaston ja kotihoidon yhteistyötä potilaan kotiuttamisen hyväksi. (Myllymäki 2011, 66.)

Stakesin teettämässä PALKO (palveluiden yhteen sovittava kotiuttaminen ja kotihoito) -hankkeessa kehitettiin ja arvioitiin kotiuttamisen ja kotihoidon yhteensovittamisen toimintamallia. Tutkimuksen tavoite ryhmänä olivat yli 65 -vuotiaat, joiden kotiuttamista tai hoitopaikan vaihtamista haluttiin kehittää. Tutkimustuloksista pääteltiin, että yhteistyökäytäntöjä terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välillä oli vaihtelevasti. Tutkimustuloksissa tyytymättömyyttä vuodeosaston henkilökunnalle aiheuttivat liian pikaiset kotiuttamiset, kotihoidon henkilökunnan vaikea tavoitettavuus ja vähäinen yhteistyö eri toimijoiden kesken. (Pöyry & Perälä 2003 19-21, 42-45.)



KUVIO 1. PALKO –malli. Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta (Perälä – Hammar 2003: 29)

Opinnäytetyössä, joka käsitteli vanhuspotilaiden kotiuttamista, aineistoa kerättiin havainnoimalla hoitohenkilökunnan toimintaa kotiuttamistilanteessa, näkyi hoitajien kunnioittava asenne ja empaattisuus potilaita kohtaan. Hoitohenkilökunnan käytös oli ollut tasa-arvoista suhteessa potilaaseen, rehellistä ja potilaan itsemääräämisoikeus oli näkynyt toiminnassa. Tutkimustuloksissa hoitohenkilökunnasta ulospäin näkynyt kiire, oli häirinnyt kotiutustilannetta. Häiriöitä oli aiheuttanut myös potilashuoneissa tapahtuva kotiuttaminen, missä melu ja ympäristön aiheuttamat häiriötekijät haittasivat kotiutustapahtumaa. Kehitysehdotuksena oli ajateltu kotiuttamiseen omaa rauhallista tilaa, kotiuttamishuonetta. (Härkönen & Kuivasniemi 2011, 23, 30-31.)

Terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmässä ammattikorkeakoulu opinnäytetyössä potilaan kotiuttamista on tarkasteltu potilaan, henkilökunnan ja

kotihoidon näkökulmista. Henkilökunnan näkemyksen mukaan tiedonkulku ja moni ammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä kotiuttamisen kannalta. Luottamus eri toimijoiden välillä on myös tärkeää. Osa hoitohenkilökunnan tärkeää ammatillista osaamista on, osata arvioida potilaan toimintakykyä ja voimavaroja. Jatkohoidon ohjaus ja opetus koettiin tärkeiksi samoin kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen, suullisten lisäksi. Hoitohenkilökunta koki kotiuttamiseen sitoutumista koko henkilökunnan ja eri ammattiryhmien välillä tärkeäksi. (Keskinen 2008, 24-27.)

Yhteistyökumppanin eli kotiutushoitajan näkökulmasta kotiuttamista on tutkittu opinnäytetyössä, joka käsittelee mm. kotiutushoitajan tehtävänkuvaa. Opinnäytetyön mukaan kotiutushoitajan mukaan paras ajankohta potilaan kotiuttamiselle on alkuvuikko. Mukana potilaalla tulisi olla mm. tarvittavat reseptit, lääkelistat, marevan - kortti, seuraavat verikoe ajankohdat, haavanhoito-ohjeet, hoitotarvikkeet ensimmäiselle käynnille. Kotiuttamisen sujuvuutta parantaa, kun yhteydenotto tapahtuu useita vuorokausia aikaisemmin ennen suunniteltua kotiuttamista. (Leppänen, P. 2006, 32-33.)

Kotihoito perustuu kansanterveyslakiin (67/1972) ja sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983). Kotisairaanhoidon tarkoittaa kansanterveislain (67/1972) mukaan terveyskeskuslääkärin, sairaanhoitajan ja perushoitajan antamaa hoitoa ja palvelua henkilölle, joka kykenee sairaudestaan huolimatta asumaan kotona.

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla Limingan terveystieteiden keskuslaitoksen vuodeosastolta tapahtuvaa potilaan kotiuttamista, siihen liittyviä ongelmia ja kehittämishaasteita osaston henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimana. Aihe on lopulta valikoitunut minun itseni valitsevan aiheen pohjalta ja uskon aiheen olevan ajankohtainen työyhteisössä ja sen olosuhteissa (Claurkeburn & Mustajoki 2007, 53-54). Kotiuttamisessa tapahtuviin ongelmiin on työyhteisössämme haluttu muutosta. Tämän opinnäytetyön avulla tulee esille, mitä ongelmia kotiuttamiseen liittyy ja miten todettuihin ongelmiin voidaan vaikuttaa. Kotiuttamisessa yhteistyötä tehdään potilaan, omaisten ja kaikkien eri ammattiryhmien kanssa (Rantasalo 2007, 17). Tutkimukseni lopullisena tavoitteena oli kuvailla miten kotiuttamista voidaan kehittää ja luoda kotiuttamista varten kotiutusohje.

Tutkimuksessa haetaan vastausta kolmeen ongelmaan.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miten potilaan kotiuttaminen onnistuu Limingan terveystieteiden keskuslaitoksen vuodeosastolta henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimina?

2. Mitä ongelmia potilaan kotiuttamiseen liittyy Limingan terveystieteiden keskuslaitoksen vuodeosastolla henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimina?

3. Miten potilaan kotiuttamistapahtumaa voidaan kehittää Limingan terveystieteiden keskuslaitoksen vuodeosastolla henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimina?

## 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimusmetodina käytetään kuvailevaa tutkimusta. Kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on esittää tai luonnehtia tarkasti ja järjestelmällisesti tapahtuma, ilmiö, tilanne, toiminta henkilö- tai asiakaskeisyys näkyvimmit tai kiinnostavimmat piirteet. (Hirjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 129; Vilka 2007,20.) Kuvailen potilaan kotiuttamiseen liittyvää ongelmaa Limingan terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Tutkin ongelmaa vuodeosaston henkilökunnan ja yhteistyö kumppaneiden näkökulmista.

Kvantitatiivisen tutkimuksen juuret ovat luonnontieteissä ja sitä käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Kvantitatiivisen tutkimuksen taustalla on ns. realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todennettavista todellisista asioista. Ajattelutapa on synnyttänyt filosofisen suuntauksen, jota kutsutaan loogiseksi positivismiksi. Ajattelutapa korostaa kaiken tiedon tulevan aistihavainnoista ja loogisesta päättelystä, jota aistihavainnot tukevat. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 130.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle keskeisiä piirteitä ovat aiemmista tutkimuksista tulevat johtopäätökset, aiemmat teoriat, hypoteesin esittäminen, käsitteiden määrittely. Teorioiden ohella käsitteet ovat välttämättömiä tieteen ja tutkimuksen apuvälineitä (Pihlaja 2001,42).

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on saada aikaan teoria. Teoria käsite on alun perin tarkoittanut katselemista ja tarkastelemista. Tieteellisessä tarkoituksessa teorialle voidaan antaa tarkka merkitys. Teoriat syntyvät inhimillisen toiminnan tuloksina ja niitä voidaan arvioida. Teorianmuodostuksen tavoitteena on yksinkertaisuus, selvyys, yleisyys ja totuus. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 133-134.) Systemaattinen kirjallisuus katsaus auttoi teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa. Hakuja tein sanoilla kotiuttaminen, turvallisuus, yhteistyö, turvallisuus ja näiden yhdistelmillä. Englannin kieliset haut tein sanoilla Discharge and experience and caring at home. Perinteisimmät tiedon haku keinot ovat kirjaston hakukoneet (Järventausta & Moisala &

Toivakka 1999, 31). Hakuja tein mm. Lindasta, Leevistä, Nelliportaalista ja theseuksesta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää hypoteeseja, jolloin asetettuun ongelmaan voidaan yrittää ennakoida ratkaisuja ja selityksiä. Hypoteesit ilmoitetaan väitteiden muodossa, jotka tulee olla perusteltuja, koska kyseessä on tieteellinen tutkimus. Tavallisimmin perustelut löytyvät teoriasta, teoreettisista malleista tai aiemmista tutkimuksista. Hypoteesin voi myös jättää asettamatta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 149.) Opinnäytetyöni on kuvaileva tutkimus ja yleinen käytäntö on, että selittävässä ja vertailevassa tutkimuksessa käytetään hypoteeseja (emt; Vilka 2007, 174.) Hypoteesin on sovittava yhteen havaintoaineiston kanssa, jotta yhteys syntyy. (Niskanen 1994,76.) Tässä kehittämistehtävässä ei ole asetettu hypoteesia.

Keskeiset käsitteet: kotiuttaminen, yhteistyö, tiedonkulku, turvallisuus

## **5.1 Tutkimukseen osallistujat**

Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluu perusjoukon määrittely, johon tulokset ovat pätevät sekä perusjoukosta tehtävä otos. Tutkimukseen osallistuvat kaikki ne henkilöt, jotka ovat osallisina potilaan kotiuttamisprosessissa eli kyseessä on kokonaisotanta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 131; Soininen 1995, 69.) Perusjoukkoni on kaikki Limingan terveyskeskussairaalan vuodeosaston sairaanhoitajat 14. Myös osaston perushoitajille tarjottiin mahdollisuus osallistua tutkimukseen, vaikka heidän työtehtäviin ei suoranaisesti kuulu potilaiden kotiuttaminen, mutta ajattelin, että heillä voisi olla kotiuttamisen kehittämiseen liittyviä ajatuksia. Aineiston keräämisen jälkeen, analysoituani vastauksia, olen tiputtanut kolmen lähi- tai perushoitajan vastaukset pois aineiston analyysistä. Koulutustaustan ja muutamien vastausten perusteella heidän antamansa aineisto oli helppo poistaa. Kriittinen tutkija, joka tuntee hyvin tutkimansa perusjoukon, kykenee havaitsemaan eri vaiheissa muodostuneet virheet vielä analyysivaiheessakin (Vilka 2007, 114). Opinnäytetyöni yhteistyökumppanit, joilta aineistoa kerättiin, ovat hoitotyön ammattilaisia, joiden työtehtävien hoitamiseen kuuluu potilaan kotiuttamiseen liittyvä yhteistyö vuodeosaston henkilökunnan kanssa. Näitä yhteistyöhenkilöitä ovat Limingan kunnassa työskentelevät vanhainkodin

osastonhoitaja, asumispalveluyksikön vastaavaohoitaja, kotisairaanhoitajat, kotiuttamishoitaja sekä yhteistyötä viikoittain tekevät Tyrnävän kotiuttamishoitaja ja vanhainkodin vastaavaohoitaja.

## **5.2 Tutkimuksen tiedonkeruu menetelmät**

Kvantitatiiviseen tutkimukseen tyypillisesti kuuluu aineiston keruu suunnitelma, joka soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa aineisto kerätään tavallisimmin strukturoidulla kyselylomakkeella, jonka avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 131; Soininen 1995, 69.) Kyselylomakkeet muodostin itse teoreettisen viitekehysten pohjalta. Määrällisessä tutkimuksessa lomakkeella oleva asia voidaan kysyä monivalintakysymyksillä, avoimilla kysymyksillä ja sekamuotoisilla kysymyksillä. Avointen kysymysten tavoitteena oli saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä. (Vilka 2007, 67-68.)

Teoriaan tutustuminen antoi ymmärryksen siitä, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan sujuvaan kotiuttamiseen, millaisia asioita henkilökunnan tulisi kotiuttamisprosessissa huomioida. Kyselylomake tutkimuksissa on pyrittävä tutkimusongelman kannalta kokonaisvaltaiseen, mutta samalla yksinkertaiseen ja helppotajuiseen kysymyksenasetteluun. Kyselyssä vastaajien tulee ymmärtää kysymykset mahdollisimman samalla tavalla, mikä edellyttää yksinkertaista, tarkoituksenmukaista ja täsmällistä kieltä kysymysten asettelussa. Kyselylomake sisälsi sekä avoimia että strukturoituja monivalintakysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 186-189.)

Opinnäytetyötä koskevan aineiston keräsin kyselyillä, joka on survey – tutkimuksen keskeinen menetelmä. Survey -tutkimuksessa aineisto muodostuu kyselyn, havainnoinnin tai haastattelun avulla ja aineisto kerätään standardoidusti. Strukturoidut tutkimusasetelmat ovat samanlaisia, mutta ohjaavat tiukemmin tiedonkeruuta. Kyselytutkimuksen etuna on mahdollisuus kerätä laaja tutkimusaineisto ja voidaan kysyä monenlaisia asioita. Kyselylomake säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Huolellisella lomakkeen suunnittelulla aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 184.)

Jaoin kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osalle vuodeosaston henkilökuntaa eli kyseessä oli kontrolloitu kysely ja osalle jätin kyselylomakkeet vuodeosaston kanslian pöydälle. Yhteistyökumppaneille lähetin lomakkeet postissa (postikysely). (Hirsjärvi ym. 168-169.) Kyselylomakkeen täyttämiseksi en järjestänyt aikaa, vaan henkilökunta vastasi siihen työpäivän aikana itselle sopivimpaan aikaan. Palautusta varten sijoitin palautuslaatikon osaston kanslian pöydälle. Varustin yhteistyökumppaneiden postikyselyn takaisin lähettämistä varten postimerkillä ja osoitetiedoilla varustetun vastauskuoren. Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Kyselylomakkeet sisälsivät asiatyylillä kirjoitetun saatekirjeen, jossa annettiin tietoa tutkimuksesta. (Vilka 2007, 65.)

### **5.3 Aineiston analyysi**

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Se on tutkimuksen aloittamisen tavoite. Analyysillä tutkija selvittää, millaisia vastauksia tutkimusongelmaan saadaan. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 209.)

Aineiston analyysia aletaan tehdä kvantitatiivisessa tutkimuksessa heti, kun aineisto on kerätty. Analyysitapa valitaan sen mukaan, mikä tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan. Kuvailevassa tutkimuksessa käytetään usein tilastollista analyysiä ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 211-212.) Tutkimukseen vastasivat 14:sta osaston sairaanhoitajasta 10 eli 71%. Henkilökunta vastaajien kato oli 4 vastaajaa eli 29%. Yhteistyökumppaneita, joilta aineistoa kerättiin oli yhteensä 7, joista kyselyyn vastasivat kaikki 7 eli 100%. Katoa ei siis tullut. Koko tutkimuksen osallistujien  $N=21$   $n=17$ .

Otokseni on niin pieni, että käsittelin aineiston excel taulukon avulla. Suurten aineistojen käsittelyyn tarkoitettulla SPSS -ohjelmasta ei ollut minulle apua. Tein taulukoinnit excel taulukko-ohjelman avulla. Muodostin kaksi taulukkoa, toiseen kokosin henkilökunnan vastaukset ja toiseen yhteistyökumppaneiden vastaukset. Laskin taulukkoon vastanneiden antamat vastausnumerot kohta kohdalta ja yhdistelin samat vastaukset.

Kerätyn aineiston ensimmäinen työstämisen vaihe on aineiston tietojen tarkistus, jossa tarkistetaan sisältyykö aineistoon virheitä tai puuttuuko tietoja. Omassa kyselylomakkeessani oli selkeä virhe kysymyksessä kenelle kotiutuvan potilaan asiakirjojen tekeminen kuuluu. Kyselylomakkeessa ohjeistettiin numeroimaan vain oikein vastausvaihtoehto. Kotiutuvan potilaan asiakirjojen tekeminen kuuluu sekä lääkärille että sairaanhoitajille, näin on vaikea valita vain yhtä vaihtoehtoa, mikä näkyy vastauksissa. Toisessa vaiheessa voidaan täydentää puuttuvia tietoja, mikä omassa tutkimuksessani voi tarkoittaa täytettyjen kyselylomakkeiden pyytämistä takaisin. Sain aineistoni takaisin sovituksessa vastausajassa. Lähetin sähköpostia kaikille vastaajille, jossa muistutin kyselyyn vastaamisesta, viikkoa ennen vastausajan loppumista. (Vilka 2007, 87.)

Kolmannessa vaiheessa aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyysia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Koodaamisella tarkoitetaan sitä, että jokaiselle kyselylomakkeen kohdalle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2004, 210.) Lajittelin aineiston vastaajien perusteella osaston sairaanhoitajiin ja yhteistyökumppaneihin. Numeroin jokaisen kyselylomakkeen excel- taulukoinnin yhteydessä, jotta pystyin helposti palaamaan tarkistamaan vastauksia. (Vilka 2007, 111.) Kyselylomakkeen avoimet kysymykset tallensin word- ohjelmalla numeroitujen kohtien mukaiseen järjestykseen jakaen ne henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden vastauksiin. (Vilka 2007, 68).

Muuttujista tulee muodostaa taulukot ja aineistosta tilastollisesti käsiteltävä muoto. Riippumaton muuttuja on muuttuja, jota tutkimuksen tekijä voi mitata, manipuloida tai valioda suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Riippuva muuttuja on tutkimuksen kohteena oleva ilmiö tai tekijä, jota tarkkaillaan ja mitataan määrättäessä riippumattoman muuttujan vaikutuksia. Päätelmät tehdään havaintoaineistosta tilastollisen analysoinnin avulla, perustaen tulosten kuvailut prosenttiluokiksi. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 131; Soininen 1995, 69.)

Avoimista kysymyksistä tullut aineiston käsittelin deduktiivisesti eli teoriasta lähtevän sisällönanalyysin avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-11.) Luin tutkimusaineiston

useita kertoja läpi excel -taulukoinnin ja avoimien kysymysten auki purkamisen jälkeen. Tulostin aineiston ja koodasin vastaukset väritusseilla ja jaoin ne asettamieni tutkimusongelmien mukaan. Jaoin aineiston kotiuttamisen teoriasta kehittämiini kyselylomakkeen mukaisiin luokkiin (mittarit):

1. Perustiedot vastaajasta koulutus, työvuodet, ikä jne. yhteistyökumppaneilla kysymyslomakkeen numerot 1-5 ja henkilökunnalla kysymyslomakkeen numerot 1-6.
2. Kotiuttamisen perusasioita, kuten päätöksen tekeminen, suunnittelu jne. mittasi yhteistyökumppaneiden kysymyslomakkeen numerot 6-10 ja henkilökunnan kyselylomakkeen numerot 7-10.
3. Kirjaamista mitattasi yhteistyökumppaneiden kyselylomakkeessa numerot 14, 16,18, 20-21 ja henkilökunnan kyselylomakkeen numerot 11-12, 15, 20-21.
4. Tiedonkulkua mittasi yhteistyökumppaneiden kyselylomakkeessa numerot 11-13, 15,17, 19 ja henkilökunnan kyselylomakkeessa numerot 13-14, 16-20.
5. Ammattitaitoa mittasi yhteistyökumppaneiden kyselylomakkeessa numerot 25-27 ja henkilökunnan kyselylomakkeessa numerot 26-28.
6. Resursseja työn tekemiseen mittasi yhteistyökumppaneiden kyselylomakkeessa numerot 22-24 ja henkilökunnan kyselylomakkeessa numerot 23-25, 32.
7. Yhteistyötä mittasi yhteistyökumppaneiden kyselylomakkeessa numerot 28-30 ja henkilökunnan kyselylomakkeessa numerot 29-31.
8. Palautteen antamista mittasi yhteistyökumppaneiden kyselylomakkeessa numerot 31-33 ja henkilökunnan kyselylomakkeessa numero 32.

Molemmissa sekä yhteistyökumppaneiden että henkilökunnan kyselylomakkeessa avoimilla kysymyksillä numerot 34-35 haluttiin selvittää miten potilaan kotiuttamista voitaisiin kehittää Limingan terveystieteiden keskus sairaalassa.

Jokaiselle ryhmälle oli oma suuri paperi. Ryhmän sisällä olevat vastaukset asettelin empiirisesti eli yhtenevien vastausten mukaan allekkain teippaamalla ne papereihin, koska aineisto oli helpompi analysoida pienempinä kokonaisuuksina.( Eskola & Suoranta 1998, 159.) Kyselylomakkeen ohjekentässä ohjattiin valitsemaan oikein/sopivin vaihtoehto ja siinä ei ollut tarkennettu, että vain yksi, on osassa vastauksista valittu useita vaihtoehtoja, jotka näkyvät tutkimustuloksissa taulukoinnissa

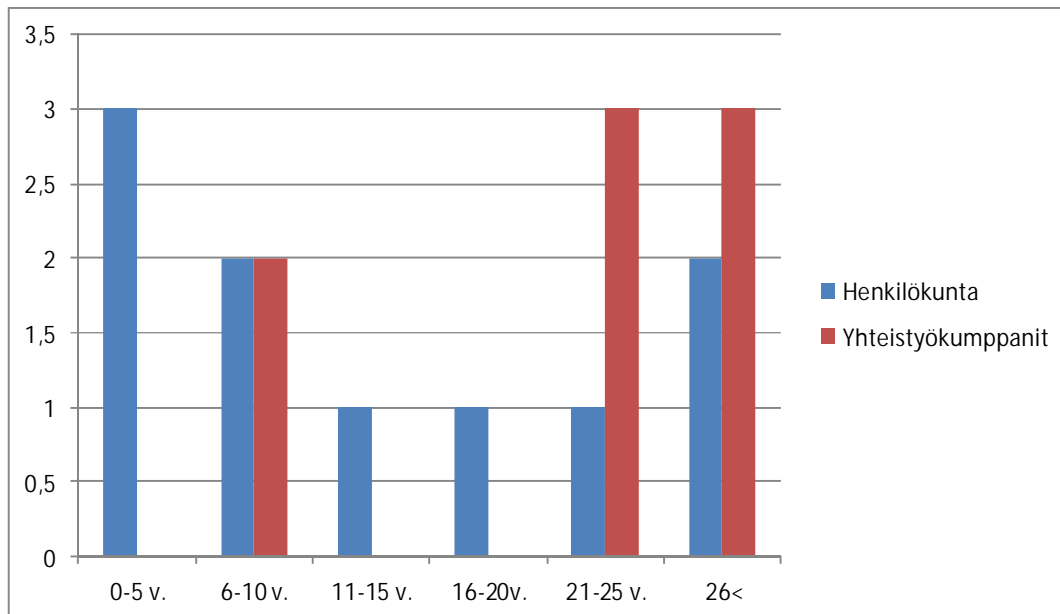
omina pylväinä. Tutkijana olisin voinut tarkentaa ohjeistusta niin, että tulkinnan varaisuus olisi jäänyt pois. Esitestauksessa ei ko. ongelma tullut esille. Kysymysten muotoilu pitäisi olla sellaista, että yhdessä kysymyksessä ei kysytä kahta asiaa. (Vilka 2007, 71,78.)

Tutkimus ei ole valmis, kun tulokset on analysoitu. Tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä johtopäätöksiä. Aineiston analyysissä tulkinnalla nostetaan esiin merkityksiä ja pyritään niiden selkiyttämiseen ja pohdintaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 213-214.) Määrällisessä tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysi tapa valitaan sen mukaan ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa tai kahden ja useamman muuttujan välistä riippuvuutta. Tulokset kuvattiin pylväskuvioilla eli pylväsdiagrammeilla, jotka esittävät havaintojen määrää. Pylväskuvio soveltuu kuvaamaan muuttujien frekvenssijakaumia. (Vilka 2007, 118-123. 139.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tuloksissa henkilökunnalla tarkoitetaan osaston 10 sairaanhoitajaa, jotka vastasivat kyselyyn ja heistä käytetään lyhennettä hk. Yhteistyökumppaneilla tarkoitetaan yhtä vanhainkodin osastonhoitajaa, yhtä palvelukodin vastaavaa hoitajaa, kahta kotisairaanhoitajaa, kahta kotiuttamishoitajaa, yhtä vanhainkodin vastaavaa hoitajaa ja heistä käytetään lyhennettä yk. Tulokset on esitetty graafisesti, käyttäen pylväsdiagrammeja. Pylväsdiagrammit osoittavat vastaajien antamat vastausvaihtoehdot kappalemäärinä. Prosentuaaliset osuudet ovat luettavissa tekstiosioissa. Tuloksissa mukana on kappaleita kotiuttamisen teoriasta.

Vastaajista henkilökunnasta ja yhteistyökumppaneista kaikki 17 ovat sukupuoleltaan naisia. Yhteistyökumppaneista suurin osa neljä (57%) kuuluu ikäluokkaan 50-59 vuotta ja henkilökunnasta kuusi (60%) kuuluu ikäluokkiin 40-49 tai 50-59 vuotta. Osaston henkilökunnasta kahdeksan (80%) on valmistunut ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajaksi. Yhteistyökumppaneista yhdellä (14%) on ylempi korkeakoulututkinto ja neljällä (57%) ammattikorkeakoulu tutkinto. Työvuodet terveysalalla selviää seuraavasta kuviosta.



Kuvio1. Työvuodet terveysalalla osaston henkilökunta ja yhteistyökumppanit (f).

Limingan terveystieteiden keskuksessa on vastaajista työskennellyt yli 21 vuotta yksi (10%) sairaanhoitaja, yksi (10%) on työskennellyt yli 16 vuotta, yksi (10%) yli 11 vuotta, kaksi (20%) yli 6 vuotta ja neljä (40%) alle 5 vuotta.

## 6.1 Kotiuttamisen perusteet

Päätöksen potilaan kotiuttamisesta tekee lääkäri keskusteltuaan potilaan ja /tai hänen läheistensä ja potilasta hoitavan tiimin kanssa. Päätöksenteon tulisi tapahtua muutamaa päivää ennen potilaan suunniteltua kotiuttamista. (Perälä & Hammar 2003, 25.) Hoitajien tekemä hoitotyö palvelutehtävä, jossa hoitaja toteuttaa lääkärin suunnittelemaa hoitoa ja näin edesauttaa potilaiden hoidon sujuvuutta. (Kalkas & Sarvimäki 1995, 80; Nightingale 1964, 166.) Hyvä kotiuttamisen valmistelu alkaa jo heti potilaan sairaalaan tulon jälkeen. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Osaston henkilökunnasta seitsemän (70%) ja yhteistyökumppaneista kaikki (100%) tietää, että potilaan kotiuttamisen päätöksen tekee lääkäri. Avoimissa vastauksissa selvennetään, että lääkäri kuuntelee hoitajien mielipidettä ja omaisia. Kotiutuspäätökseen voi joskus vaikuttaa myös potilas itse. Hän voi allekirjoittaa hoidosta kieltäytymisen ilmoituksen ja poistua osastolta ilman lääkärin lupaa.

*”Hoitaja voi ehdotella, kuka kotiutuu tai sopimuskunnasta voidaan kysellä jo potilaita kotiin”(hk)*

*”Läketieteellisin perustein. Tarvitsee ympärilleen osaavan ammatillisen henkilöstön.”(yk)*

*”Lääkäri ei ole paikalla iltaisin ja viikonloppuisin.”(yk)*

Potilaan kotiutumisen suunnittelu aloitetaan, henkilökunnasta neljän (40%) arvioimana ja yhteistyökumppaneista kolmen (43%) arvioimana, kaksi tai kolme päivää ennen kotiutusta. Yhden (14%) yhteistyökumppanin arvioimana kotiutusta aletaan suunnitella heti, kun potilas on saapunut osastolle. Henkilökunnan arvioimana kotiutuksen suunnitteluun vaikuttaa se, mistä potilas on osastolle saapunut eli jos hän on vanhainkodin asiakas, voidaan kotiutusilmoitus antaa samana päivänä. Mikäli potilas

on kotisairaanhoidon tai kotipalvelun asiakas kotiutuksen suunnittelu aloitetaan viimeistään päivää ennen kotiutumista. Jos potilas tarvitsee esimerkiksi turvapuhelinta, voi kotiutukseen mennä kauemmin.

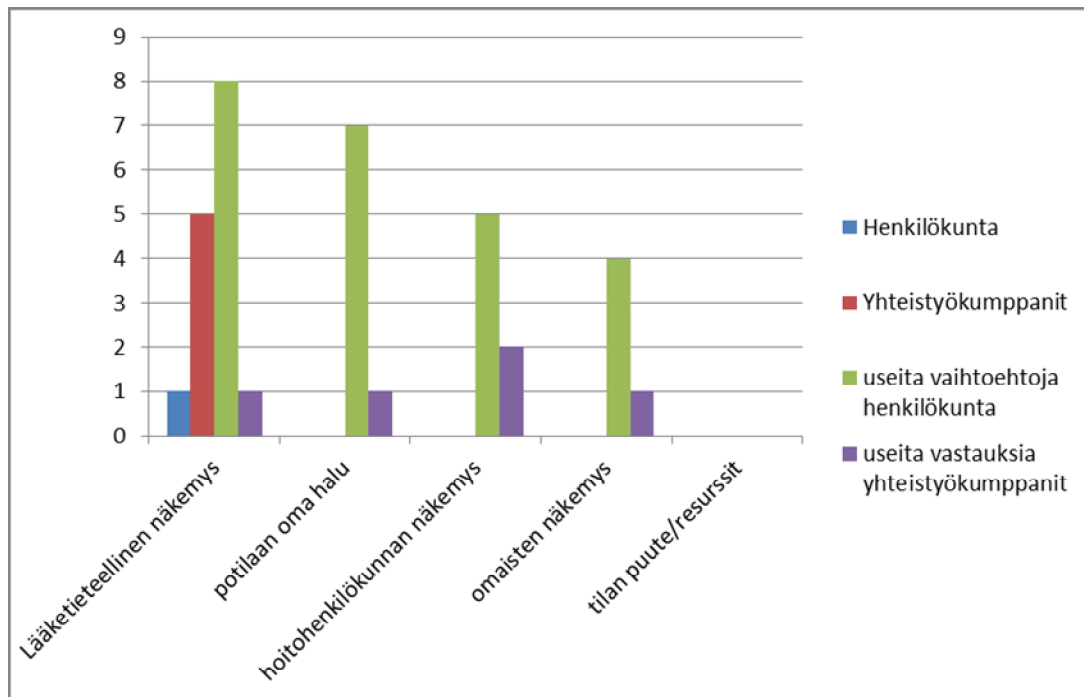
*”Potilas, joka asuu kotipalvelun turvin, tarvitsee suunnitteluun muutaman päivän, etenkin jos ei ole aiemmin ollut asiakkaana.”(hk)*

*”Sairaalajaksot mahdollisimman lyhyet, kustannukset”(yk)*

*”On tilanteita, että kotiutuksesta ilmoitetaan samana päivänä”(hk,yk)*

Potilaan kotiuttamista arvioidaan useista lähtökohdista ja perusteita kotiuttamiselle haetaan lääketieteellisistä perusteluista, sairaalan tehokkuus vaatimuksista, potilaan toimintakyvystä ja elämäntilanteesta. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2555-2557.)

Kotiutuspäätökseen vaikuttaa henkilökunnasta neljän (40%) mielestä ja yhteistyökumppaneita viiden (72%) mielestä lääketieteellisen hoidon tarpeen lakkaaminen. Muut vastaajat olivat valinneet monta vaihtoehtoa.

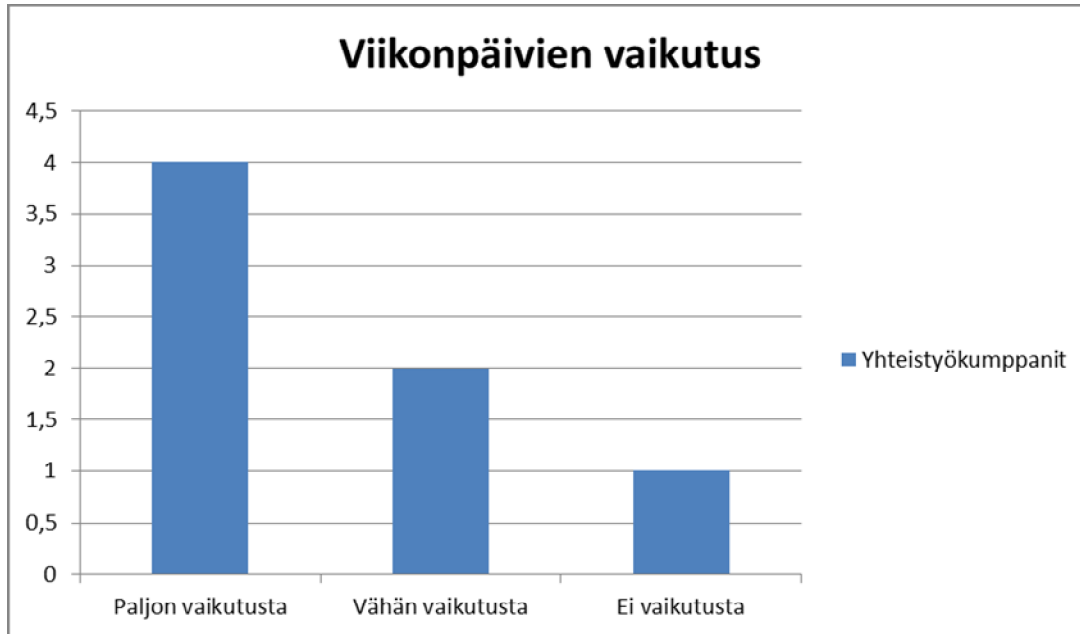


Kuvio 2. Potilaan kotiuttamispäätökseen vaikuttavia asioita henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimina (f).

Paras ajankohta potilaan kotiuttamiselle on alkuviikko. Mukana potilaalla tulisi olla mm. tarvittavat reseptit, lääkelistat, marevan -kortti, seuraavat verikoe ajankohdat, haavanhoito-ohjeet, hoitotarvikkeet ensimmäiselle käynnille. Kotiuttamisen sujuvuutta parantaa, kun yhteydenotto tapahtuu useita vuorokausia aikaisemmin ennen suunniteltua kotiuttamista. (Leppänen, P. 2006, 32-33.)

Kotiuttamisen sujuvuutta yhteistyökumppaneiden mielestä lisäksi mahdollisimman aikainen kotiuttamisen suunnittelu, jolloin yhteistyökumppanit ehtisivät laittaa potilaan asioita kuntoon mm. ruoka ostokset, apteekki asiat, lääkkeenjako. Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa on etukäteen suunnitellut työlistat ja samana päivänä tuleva kotiutusilmoitus aiheuttaa hankaluuksia. Yhteistyökumppanit kokevat ongelmaksi osastolla vaihtuvan lääkärin. Perjantaisin tapahtuvat kotiutukset hankalia, henkilökunnan työajan lyhennysten ja vapaapäivien vuoksi ongelmallisia. Osalle yhteistyökumppaneita liian myöhään iltpäivisin tapahtuvat kotiutukset koetaan hankalina, koska paikalla ei enää välttämättä ole sairaanhoitajaa toteuttamassa potilaan lääkehoitoa ym.

Osaston henkilökunnan vastaajien mielestä kotiutukset sujuvat pääsääntöisesti hyvin. Jatkohoitopaikkojen puute voi estää potilaan kotiutumisen pitkäksikin aikaa. Monta samana päivänä tapahtuvaa kotiutusta kuormittaa henkilökuntaa ja voi aiheuttaa puuttuvia asiakirjoja. Henkilökunta tietää, että loppuviikosta erityisesti perjantaisin yhteistyökumppaneilla vaikeaa vastaanottaa osastolta kotiutuvia potilaita.



Kuvio 3. Viikonpäivien vaikutus potilaan kotiuttamiseen yhteistyökumppaneiden näkökulmasta (f).

## 6.2 Kotiuttamisen kirjaaminen

Lääkäri kirjoittaa hyvissä ajoin valmiiksi epikriisin, reseptit, hoitotarvikelähetteet sekä muut tarvittavat asiakirjat. Selkeät jatkohoito-ohjeet (kotilääkitys, hoitotoimenpiteet, suunniteltu jälkitarkastus, laboratoriokontrollit ym.) turvaavat hoidon jatkuvuutta ja tuovat toimintaan joustavuutta. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

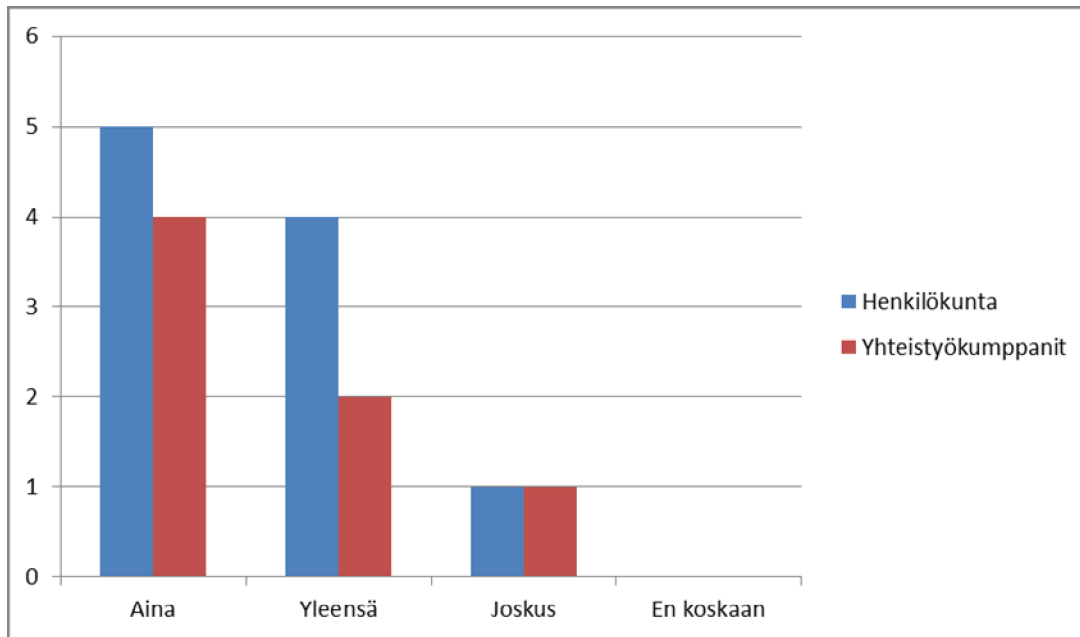
Tiedon potilaan kotiutumisesta kirjaa osaston henkilökunnasta kolmen (30%) näkemyksen mukaan lääkäri ja yhden (10%) mielestä hoitaja, muut kuusi (60%) kokivat sen kuuluvan sekä lääkärille että hoitajille. Henkilökunnasta kahdeksan (80%) kirjaa tiedon heti, kierron päätteeksi potilaan papereihin. Kaiken potilaan kotiuttamista koskevan tiedon kirjaa osaston henkilökunnasta 5 (50%). Yhteistyökumppaneista tiedon potilaan kotiutumisesta kirjaa 4 (57%).

*”Lääkäri kirjaa lämä lehdelle kotiutumisen”(hk)*

*”Kun tieto laitettu ylös voidaan kotiuttamista alkaa suunnittelemaan hyvissä ajoin”(hk)*

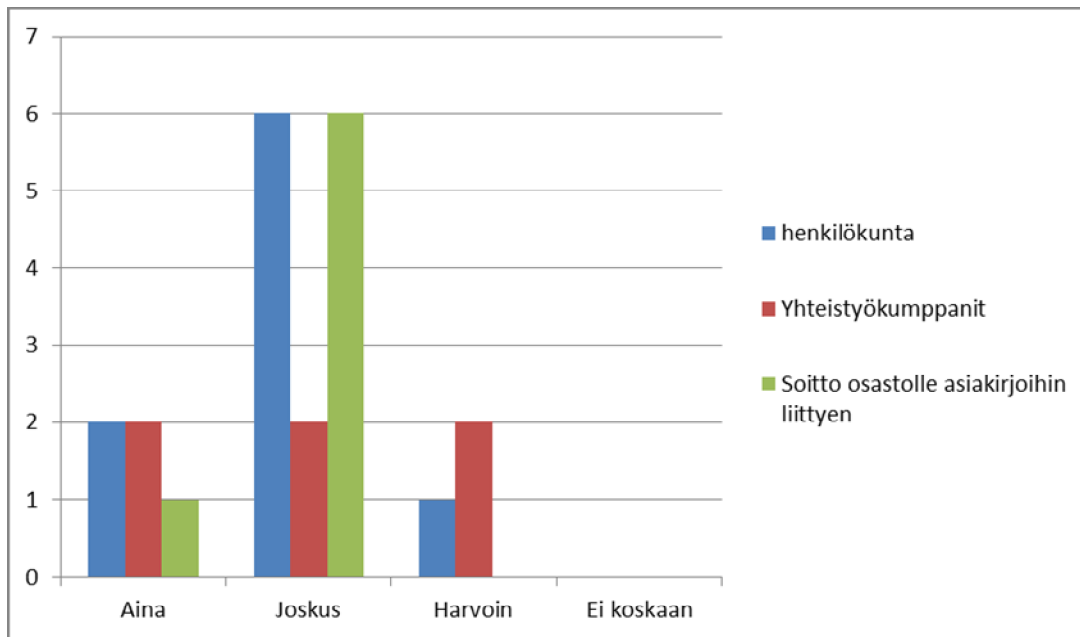
*”Monien potilaiden kohdalla ei kirjata ollenkaan”(hk)*

*”Tiedotan palaverissa henkilöstölle ja kotiutuksen tapahduttua kirjaan efficaan” (yk)*



Kuvio 4. Vastaajat kirjaavat kaiken potilaan kotiuttamista koskevan tiedon (f).

Kotiuttamisasiakirjojen tekeminen henkilökunnan mielestä kuuluu kahden (20%) mielestä hoitajalle ja kahdeksan (80%) mielestä lääkärille ja hoitajalle. Yhteistyökumppaneiden mielestä asiakirjojen tekeminen kuuluu yhden (14%) mielestä lääkärille, yhden (14%) mielestä hoitajalle ja viiden (72%) mielestä molemmille. Hoitohenkilökunnan mielestä asiakirjat ovat aina valmiita ennen kotiutusta kahden (20 %) hoitajan mielestä. Yhteistyökumppaneiden mielestä näin on kahden (29%) mielestä. Yhteistyökumppanit joutuvat olevan kotiutuneen potilaan papereihin liittyvissä asioissa yhteydessä osastolle yhden (14%) arvioimana aina ja kuuden (86%) arvioimana joskus. Yleisin puuttuva asiakirja on epikriisi.



Kuvio 5. Potilaan kotiuttamisen asiakirjat ovat valmiina ennen kotiutusta/ yhteistyökumppanit soittavat puuttuvia asiakirjoja (f).

### 6.3 Tiedonkulku kotiuttamisessa

Tiedonkulku ja moni ammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä kotiuttamisen kannalta. Luottamus eri toimijoiden välillä on myös tärkeää. Jatkohoidon ohjaus ja opetus koettiin tärkeiksi samoin kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen, suullisten lisäksi. Kotiuttamiseen sitoutumista koko henkilökunnan ja eri ammattiryhmien välillä pidetään tärkeänä osana sujuvaa kotiuttamista. (Keskinen 2008, 24-27.)

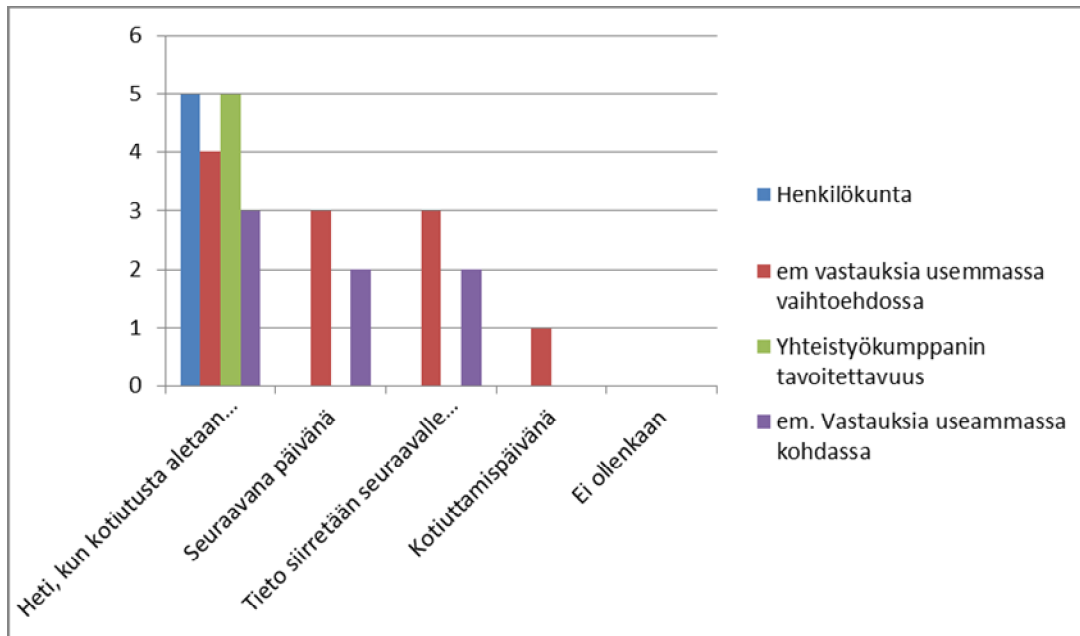
Osastolla toimivat hoitajat soittavat tiedon potilaan kotiuttamisesta yhteistyökumppanille viiden (50%) arvioimana heti, kun potilaan kotiuttamista aletaan suunnitella. Vastauksissa hajonta oli runsasta ja useita vaihtoehtoja oli valittu. Osaston henkilökunnan arviot yhteistyökumppaneiden tavoitettavuudesta puhelimitse vaihteli myös. Viisi (50%) vastaajaa arvioi tavoittavansa yhteistyökumppanin puhelimitse heti, kun kotiuttamista aletaan suunnitella. Potilaan kotiuttamiseen liittyviä puheluita osastonhenkilökunta joutuu soittamaan yleensä useita, yleensä vähintään yhteistyökumppanille ja omaisille.

*”Yleensä yhteistyökumppaneihin ollaan yhteydessä mahdollisimman pian.”(hk)*

*”Yleensä yhteistyökumppani on heti tavoitettavissa.”(hk)*

*”Tarvittaessa tieto annetaan seuraavassa työvuorossa, jos samana päivänä ei ehditä tiedottaa.”(hk)*

*”Jos potilaalla jatkuu samat ”avut” ilmoitus saatetaan tehdä vasta kotiutuspäivänä.”(hk)*



Kuvio 6. Henkilökunnan yhteydenotto yhteistyökumppaniin potilaan kotiuttamisen tiedon tullessa ja yhteistyökumppaneiden tavoitettavuus henkilökunnan arvioimana (f).

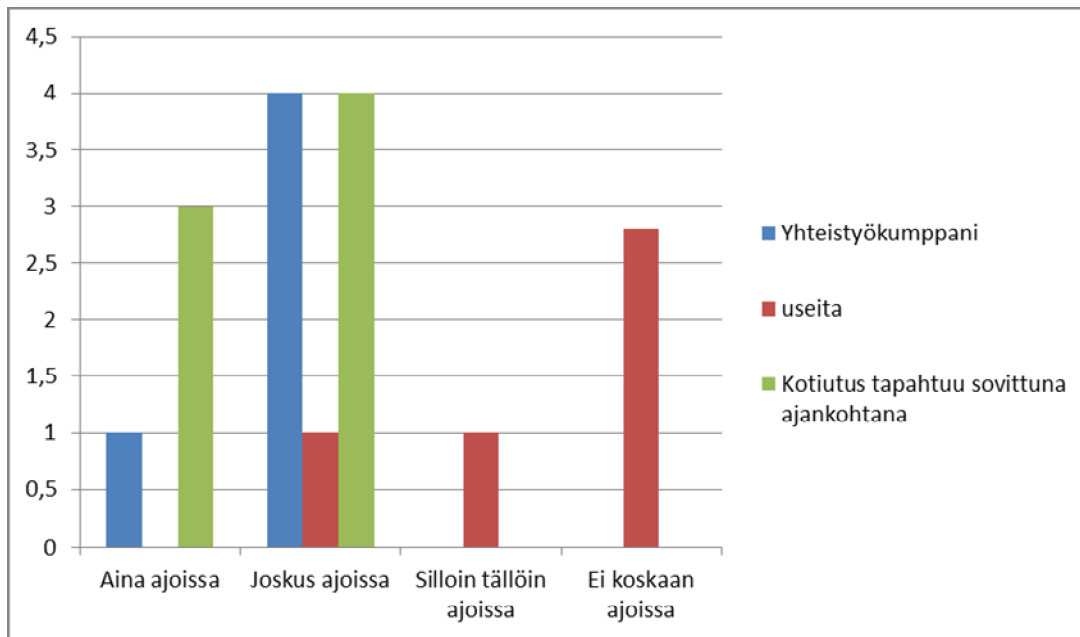
Yhteistyökumppaneista tiedon potilaan kotiutumisesta arvioi saavansa aina ajoissa yksi (14%) ja joskus ajoissa neljä (57%). Kotiuttaminen osastolta tapahtuu sovittuna ajankohtana yhteistyökumppaneiden arvioimina kolmen (43%) mielestä aina ajallaan.

*”Aikatauluun vaikuttaa myös kuljetuksen saatavuus, vastaanottajat.”*

*”Joskus ei ole ilmoitettu lainkaan, vaan asiakas on soittanut itse.”*

*”Ajankohdissa nykyisin pysytty paremmin.”*

*”Ongelmana työskentelyni ma-ke toivonkin yhteydenottoa heti alkuviikosta”*



Kuvio 7. Yhteistyökumppani saa tiedon puhelimitse potilaan kotiuttamisesta ja kotiutus tapahtuu sovittuna ajankohtana (f).

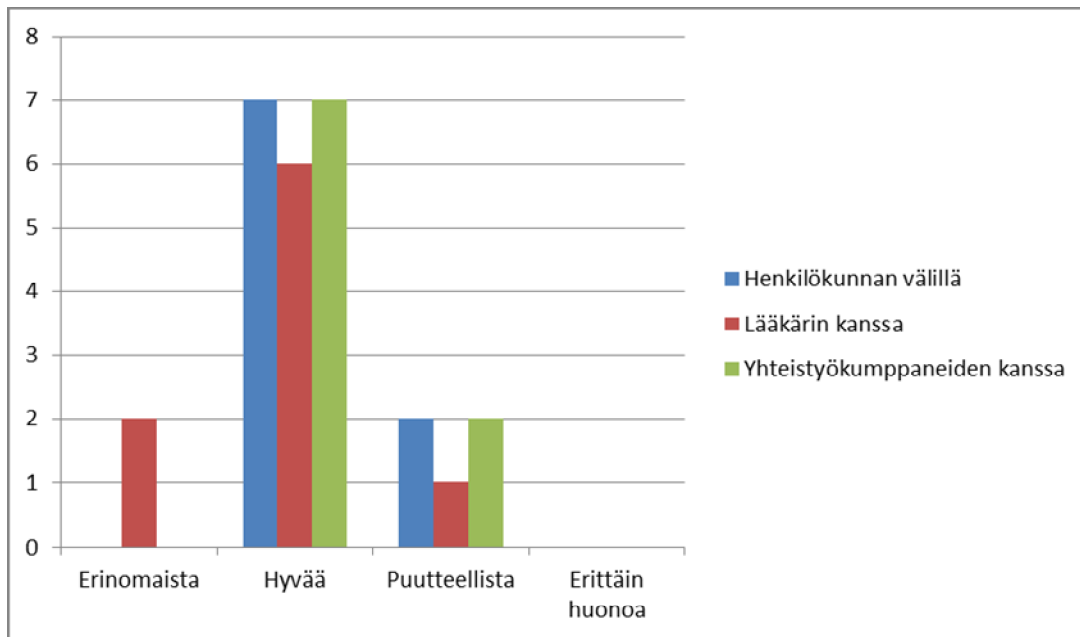
Tiedonkulku potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa osaston henkilökunnan välillä sujuu hyvin seitsemän (70%) vastaajan mielestä ja puutteellisesti kahden (20%) mielestä. Tiedonkulku osaston lääkärin kanssa potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa sujuu henkilökunnan arvioimana kahden (20%) mielestä erinomaisesti ja kuuden (60%) mielestä hyvin ja yhden (10%) mielestä puutteellisesti. Tiedonkulku yhteistyökumppaneiden kanssa henkilökunnan arvioimana sujui seitsemän (70%) mielestä hyvin ja kahden (20%) mielestä puutteellisesti.

*”Yhteistyökumppaneiden kanssa neuvotellaan kotiutusasiat mahdollisimman aukottomiksi”*

*”Lääkärin kanssa neuvotellaan kotiuttamisesta..”*

*”Kirjaamista pitäisi tehostaa..”*

*”Meiltä puuttuu käytäntö hoitotyön kirjallisesta yhteenvedosta”*



Kuvio 8. Tiedonkulku henkilökunnan arvioimana eri toimijoiden välillä (f).

Yhteistyökumppanit kokevat potilaan kotiuttamiseen liittyvän tiedonkulun osaston henkilökunnan kanssa sujuvan hyvin neljän (57%) mielestä ja puutteellisesti kolmen (43%) mielestä. Suullisen kotiutumisen raportin osaston henkilökunnalta yhteistyökumppanit arvioivat saavansa aina kolme (43%), yleensä kolme (43%) ja joskus yksi (14%). Tiedonkulku lääkärin kanssa kotiutumiseen liittyvissä asioissa sujui neljän (57%) yhteistyökumppanin arvioimana hyvin, kahden (29%) mielestä puutteellisesti ja kaksi (29%) vastaajaa ei ole yhteydessä lääkäriin ollenkaan.

*”Soitellessa kotiutettavan henkilön asioista, joutuu ”pompoteltavaksi” hoitajalta toiselle..”*

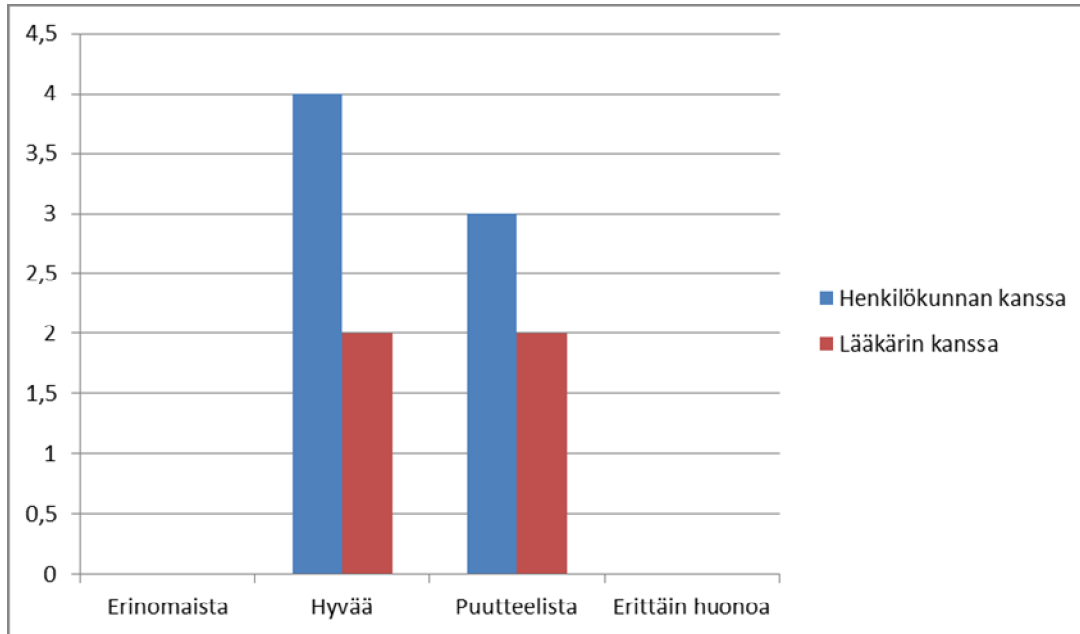
*”...sen antaisi hoitaja, joka tietää potilaan asiat..”*

*”Selvittämättä jatkohoito-ohjeet..”*

*”Suurin ongelma yle -tekstin puute..”*

*”Osa sairaanhoitajista aina, osa joskus, osalta jää kokonaan raportoimatta”*

*”Lääkeasiat, mahdolliset antibioottikuurit,...että saadaan hommattua..”*



Kuvio 9. Tiedonkulku yhteistyökumppaneiden arvioimina (f).

#### 6.4 Potilaan kotiuttamiseen liittyvä ammattitaito

Auttajia on perinteisesti pidetty asiantuntijoina, jotka pystyvät kartoittamaan ja ratkaisemaan potilaan ongelmia paremmin kuin tämä itse. (Korkiakoski 1991, 79; Aadland 1996, 29; Lämsä & Mäkelä 2009, 2553.)

Henkilökunnasta kahdeksan (80%) arvioi osaavansa ohjata potilasta kotiuttamiseen liittyvissä asioissa yleensä ja kaksi aina. Henkilökunnasta yksi (10%) osasi aina arvioida potilaan kotona selviytymisessä tarvitsemia apuvälineitä, neljä (40%) yleensä ja kolme (30%) joskus. Henkilökunnasta seitsemän (70%) tunnistaa potilaan kotona selviytymiseen liittyviä ongelmia.

*”Fysioterapeutti arvioi yleensä apuvälineiden tarpeen..”*

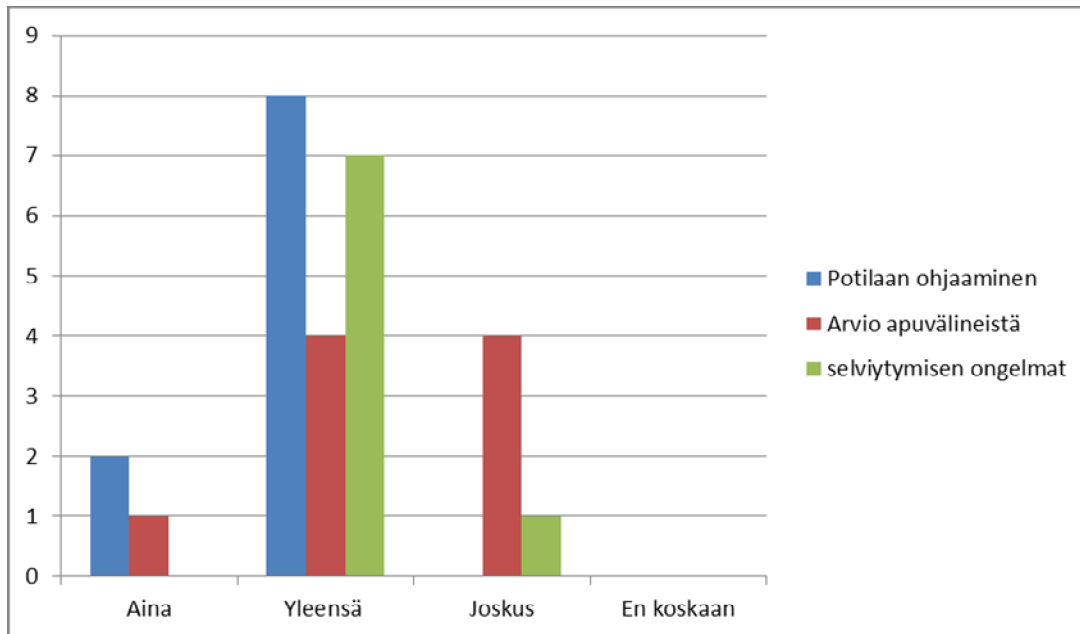
*”Potilaita hoidetaan yleensä useampia päiviä...jolloin he ovat sen verran tuttuja..”*

*”Jos en jotakin asiaa tiedä, selvitän sen voidakseni ohjata potilasta.”*

*”Omaisista haastattelemalla saa yleensä arvokasta tietoa.”*

*”...voidaan testata osastolla..”*

*”..hoitoneuvottelut..”*



Kuvio 10. Henkilökunnan arviot omasta osaamisestaan kotiutuvan potilaan ohjaamisessa, apuvälineiden tarpeen tunnistamisessa ja selviytymisen ongelmien tunnistamisessa (f).

Turvallisen ympäristön kokemukseen vaikuttaa myös potilaiden tarvitsemien apuvälineiden tarpeen arviointi ja saatavuus. Aina arviointi prosessi ei johda apuvälineiden hankintaa. Apuvälineiden tarpeen arviointi on osa potilaan hoito- ja kuntoutusprosessia. Apuvälineiden arviointiprosessiin osallistuu monia eri toimijoita fysioterapeutista omaisiin. Moninainen apuvälinekäytäntö ja alan monitoimijakoisuus aiheuttavat sen, että hyvällä yhteistyöllä, yhteisillä tavoitteilla ja yhteisellä käsityksellä apuvälinepalveluista kaikkien toimijoiden kesken on suuri merkitys. (Salminen 2003, 57-58.)

Yhteistyökumppaneista potilasta kotiutumiseen liittyvissä asioissa arvioi osaavansa aina ohjata kolme (43%) ja yleensä kolme (43%). Apuvälineiden tarpeen tunnisti aina kaksi (29%) ja yleensä neljä (57%). Kotona selviytymisen ongelmat yhteistyökumppaneista arvioi tunnistavansa aina yksi (14%), yleensä neljä (57%) ja joskus yksi (14%).

*”Perusasiat hallinnassa, mutta kotiutettavan toiveet pitää ottaa huomioon realistisesti.”*

*”Uuden kotiutettavan kohdalla kyselen päivittäiset toiminnot..”*

*”Potilaat yleensä pitemmältä ajalta tuttuja..”*

*”Informaation varassa..”*

*”Moniammatillinen tiimityö.”*

*”Informaatio sairaalle on annostella oikein ja pieninä palasina.”*

## **6.5 Vastaaajien saamat resurssit työnsä tekemiseen**

Työntekijöiden kokema kiire ja työtahdin lisääntyminen on voimakkaasti lisääntynyt 1990 luvun jälkeen. Työntekijöiden poissaolot ja sairastuvuus on lisääntynyt aloilla, joissa henkilökuntaa on vähennetty. (Rahkonen & Lahelma 1998, 157-159.) Iän karttuessa työntekijöiden on tärkeää osata omatoimisesti huoltaa omaa terveyttä. (Suominen, Kannus, Käyhty, Ahvo, Rahikainen & ym. 2001, 360.)

Henkilökunnasta kuusi (60%) koki, että töissä on yleensä kiire ja kolmen (30%) mielestä joskus. Potilaan kotiuttamiseen liittyvään kuuntelemiseen riittävästi aikaa arvioi pystyvänsä käyttämään yleensä seitsemän (70%) ja joskus kolme (30%). Potilaan ohjaamiseen arvioi pystyvänsä käyttämään yleensä riittävästi aikaa kaikki kymmenen (100%). Osaston henkilökunnasta vapaapäivinä ehtii palautua töistä yleensä yhdeksän (90%). Yhden päivän vapaat arvioitiin huonoiksi.

*”Kotiutustilanteissa on useimmiten kiire. Kierrolla olleen sairaanhoitajan työpäivä on hektinen ja työntäyteinen.”*

*”Usein tuntuu, että tietokoneella työskentely vie pääosan työajasta.”*

*”Toisinaan puhelinliikenne ja omaisten yhteydenotot vievät myös paljon aikaa ja keskeyttävät..”*

*”Mikäli kotiutumisia on useita, täytyy hoitajan olla näppärä..”*

*”Huomioida potilaan ymmärrys..”*

Yhteistyökumppaneiden arvioimana kotiutustilanteessa on yleensä kiire kahden (29%) arvioimana, joskus kolmen (43%) arvioimana ja ei koskaan yhden (14%) arvioimana. Aikaa henkilökunnan kuuntelemiseen kolmella (43%) oli aina, kolmella (43%) yleensä

ja joskus yhdellä (14%). Aikaa potilaan ohjaamiseen yhteistyökumppaneilla aina oli kahdella (29%) ja yleensä neljällä (57%).

*”Joskus voi olla kiinni jossain toimenpiteessä ja hankala puhua puhelimeen..”*

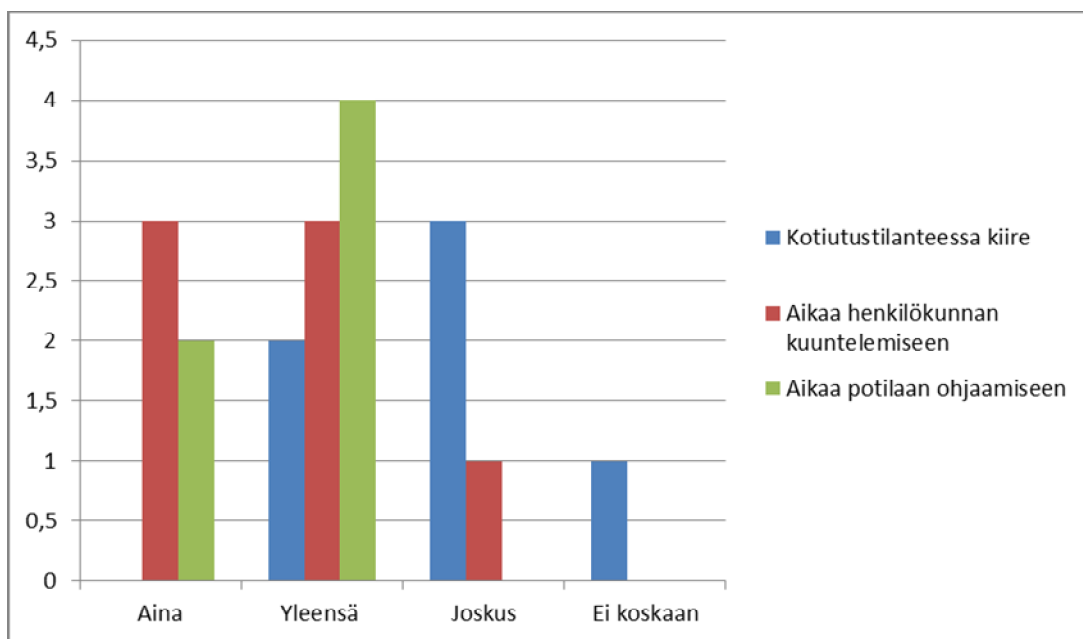
*”usein soitetaan, kun olen kotikäynnillä, vaikea keskustella toisesta asiakkaasta.”*

*”Jos kiertokäynti, soitonsiirto ym. puolin ja toisin kehitettävää..”*

*”Teen myös muut työt...pysytyn kyllä järjestämään aikaa..”*

*”Osastolla täyttä, kiire saada tyhjiä paikkoja.”*

*”Useimmiten kotiutujalla kiire.”*



Kuvio 11. Yhteistyökumppaneiden arvio kiireestä/resursseista (f).

## 6.6 Moniammatillinen yhteistyö

Kotiuttamistilanteessa yhteistyötä eri toimijoiden kesken ovat esimerkiksi SAS (Selvitä-Arvioi- Sijoita) -ryhmät, joissa suunnitellaan potilaiden sijoittamista oikeisiin ja tarpeenmukaisiin hoitopaikkoihin tai palveluiden järjestämistä. (Pöyry & Perälä 2003,15.)

Henkilökunnasta potilaan koekotiuttamisen yleensä tärkeäksi arvioi kolme (30%) ja joskus tärkeäksi neljä (40%). Yhteistyökumppaneista koekoetutuksen aina tärkeäksi arvioi kolme (43%), yleensä tärkeäksi kaksi (29%) ja joskus tärkeäksi yksi (14%). Henkilökunnasta potilaiden kotiuttamiseen liittyvät hoitoneuvottelut aina tärkeiksi arvioi neljä (40%), yleensä tärkeiksi kolme (30%) ja joskus tärkeiksi kolme (30%). Yhteistyökumppaneista hoitoneuvottelut tärkeiksi aina arvioi kaksi (29%), yleensä tärkeiksi kaksi (29%) ja joskus tärkeiksi kaksi (29%). SAS neuvottelut henkilökunnasta aina tärkeiksi arvioi kaksi (20%), yleensä tärkeiksi neljä (40%) ja joskus tärkeiksi neljä (40%). Yhteistyökumppaneista SAS neuvottelut aina tärkeiksi arvioi viisi (72%), ja yleensä tärkeiksi yksi (14%).

*”Jos taustalla pitkä sairaalahoito.”*

*”Onneksi hoitoneuvotteluja toivotaan harvoin, työllistää yhden hoitajan..”*

*”Joillekin potilaille se luo turvallisuutta, jos lupa tulla takaisin osastolle..”*

*”Joillakin potilailla epärealistinen käsitys selviytymisestään.”*

*”Hyviä kokemuksia..”*

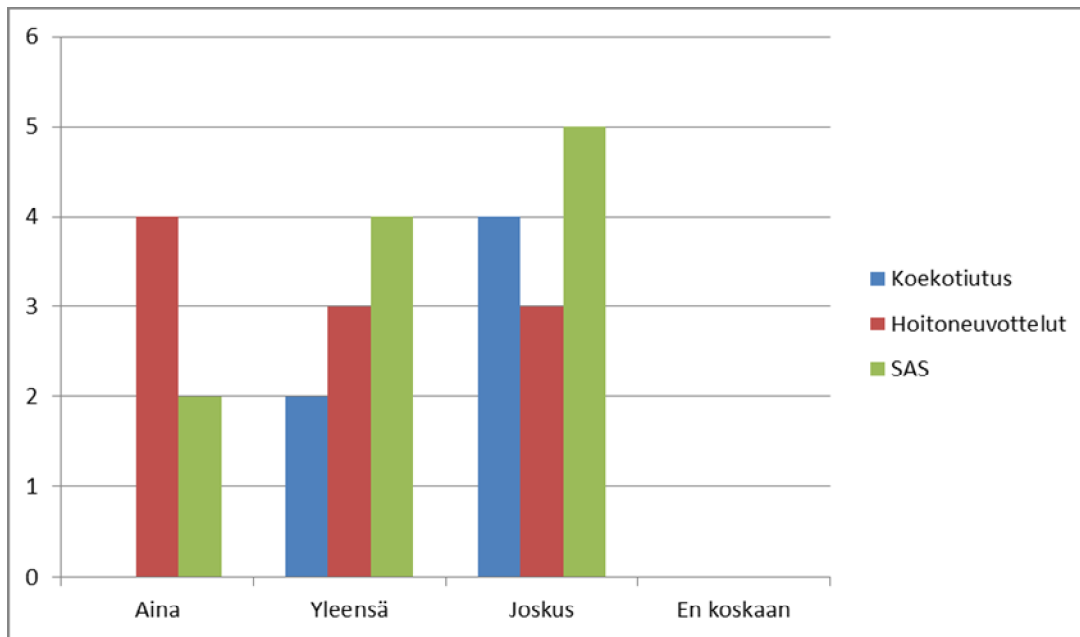
*”Selviää potilaan voimavarat..”*

*”Kotiutushoitajaa ei kutsuta SAS neuvotteluihin..”*

*”Potilaalla paljon hoidollisia ongelmia...tai uusi asiakas..”*

*”Paikkatilanne kunnassa...”*

*”Moniammatillinen työryhmä pohtii..”*



Kuvio 12. Moni ammatillisten työryhmien tärkeys henkilökunnan arvioimina (f).

## 6.7 Palaute työstä

Palautekulttuurin katsotaan olevan yksi vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttava seikka. Hyvällä palautteen antamisella tarkoitetaan ihmisten kehittymistä ja oppimista inspiroivaa, tukevaa ja ohjaavaa toimintaa, se ei ole ihmisten arvostelua. Työyhteisön kulttuuri joko rohkaisee tai ehkäisee palautteen antamista. (Leiviskä 2011, 101.)

Osaston henkilökunnasta palautetta työstään arvioi saavansa joskus yhdeksän (90%). Palautetta arvioitiin saatavan potilaalta ja omaisilta. Negatiivinen palaute annetaan herkemmin kuin positiivinen. Yhteistyökumppaneista palautetta potilaan kotiuttamisen sujumisesta vuodeosaston henkilökunnalle arvioi aina antavansa yksi (14%), yleensä antavansa yksi (14%) ja joskus antavansa viisi (72%). Henkilökunnalta palautetta kotiutuksen sujumisesta arvioi yhteistyökumppaneista saavansa kolme (43%) joskus ja neljä (57%) ei koskaan.

## 6.8 Kehittämisideoita henkilökunnalta ja yhteistyökumppaneilta

Henkilökunnan kotiuttamisen kehittämisideat:

- ”Kierrolla olija saisi hoitaa sen asian eikä tarvitsisi hypätä puhelimessa...”*
- ”...nopeuttaa, potilaat voivat olla osastolla viikkokausia...vanhainkodin paikkatilanne vaikuttaa..”*
- ”Kotiutushoitaja”*
- ”Työpari”*
- ”Selkeä ohje”*
- ”Hajauttaa kotiutuksia, ei kaikki maanantaille...”*
- ”Reseptejä ym. voisi tehdä etukäteen...”*
- ”Monesti on epäselvää mitkä/mitkä lääkkeet alitettu ko. hoitajaksolla”*
- ”Tietopaketti osastolle eri hoitopaikoista ja palveluista...”*

Yhteistyökumppaneiden kotiuttamisen kehittämisideat:

- ”Tarkistaa onko potilas laitos vai vuokrapaikalla kuljetuksen osalta. Laitospaikan kyydin maksaa vanhainkoti.”*
- ”Ei kimppakyytejä”*
- ”Erilaiset potilastietojärjestelmät osalla yhteistyökumppaneita”*
- ”Asiakirjat ja soitto hyvissä ajoin”*
- ”Hoitoneuvottelut, jos avuntarve oleellisesti muuttuu..”*
- ”Selkeät ohjeet*
- ”Puhdas potilas”*
- ”Avopuolen kotiutushoitajan esittäytyminen”*
- ”Dokumentit ajoissa valmiiksi”*
- ”Yhteenvedo arjessa selviytymisestä..”*
- ”Hoitotiedotteet kotiutujille..”*
- ”Tiedonkulku ja yhteistyö..”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voi tehdä sen johtopäätöksen, että vastaajat tietävät lääkärin tekevän päätöksen potilaan kotiuttamisesta ja kun lääkäri tekee päätöksen se tarkoittaa lääketieteellisen hoidontarpeen lakkaamista. Asia ei aina kuitenkaan ole osastolla näin, vaan potilaat saattavat joutua odottamaan jatkohoitopaikkaa osastolla pitkiäkin aikoja ilman lääketieteellistä hoidon tarvetta. Limingan kunnassa laitoshoitopaikoille on jonoa.

Tutkimustulosten perusteella on nähtävissä ongelmia potilaiden kotiuttamisessa Limingan terveyskeskussairaalassa. Ongelmia esiintyy niin henkilökunnan kuin yhteistyökumppaneiden arvioimina. Kotiuttamisen ongelmat liittyvät perusasioissa työnjohdollisiin asioihin mm. työvuorosuunnitteluun, joka vaikeuttaa potilaiden kotiutumista loppuviikosta. Yhteistyökumppanit toivat esille, että perjantaisin on monesti työajanlyhennyksiä ja vapaapäiviä, jolloin potilaan vastaanottaminen on vaikeaa. Yhteistyökumppaneille ongelmia aiheuttivat myös liian illasta tapahtuvat kotiutukset, jolloin paikalla ei ole enää välttämättä sairaanhoitajaa toteuttamassa potilaan lääkehoitoa. Toisaalta taas osastolla potilaan asiakirjojen valmiiksi saattaminen voi venyttää kotiutumista. Ongelmaan ratkaisu voisi olla antaa potilaalle osastolta seuraavan vuorokauden lääkkeet mukaan. Samoin Limingan avopuolen kotiutushoitaja työskentelee vain maanantaista keskiviikkoon, vaikka tarvetta olisi kokoaikaiselle kotiuttamishoitajalle. Kotiutushoitaja on vastaikään aloittanut ja hänen työnkuva on osastolla epäselvä ja tähän vastataan järjestämällä esittäytyminen.

Vastaajien mielestä olisi kotiutumisen kannalta parempi, mikäli osastonlääkäri ei aina vaihtuisi, vaan osastolla olisi oma pysyvä lääkäri. Samoin kotiutumiseen joustavuutta toisi se, että paikalla olisi lääkäri myös iltaisin, mutta erityisesti viikonloppuisin. Nyt viikonloppuisin potilaita ei kotiuteta lainkaan, mikä kuormittaa maanantaipäivää kotiuttamisessa. Tuo kuormitus näkyy kiireenä ja kiire heijastuu mm. puuttuviin asiakirjoihin niin lääkärin kuin hoitajien toimesta.

## **7.1 Kirjaaminen**

Yksi tärkeä hoitotyön ja kotiuttamisen työväline on kirjaaminen. Osastolla esiintyy ongelmia kirjaamisessa. Pääsääntöisesti potilaan papereihin kirjataan tieto kotiutumisesta kierron päätteeksi. Mutta muutama vastaaja voi jättää kirjaamisen seuraavaan päivään tai seuraavalle työntekijälle, mikä heti heijastuu kotiutumisen onnistumisessa. Ongelmia kirjaamisessa näkyy myös siinä, että hoitajat eivät kirjaa kaikkea saamaansa tietoa liittyen potilaan kotiuttamiseen. Jatkavassa vuorossa oleva hoitaja ei näin saa tietoa tai voi ainakaan tarkistaa tietoa koneelta. Sujuvuutta yhteistyökumppaneitakin kohtaan toisi se, että vuorossa oleva hoitaja voisi tarkistaa koneelta mitä kotiuttamiseen liittyviä asioita on selvitetty. Tämä vähentäisi yhteistyökumppaneiden kokemaa ”pompottelua” hoitajalta toiselle.

Yhteistyökumppanit eivät useinkaan kirjaa osastolta saamaansa tietoa potilaan kotiuttamisesta. Heidän työnkuvansa on tietenkin sellainen, että aina ei ole konetta saatavilla, mutta muistin päälle jäävät asiat voivat joskus unohtua ja heijastua kotiutukseen.

Puuttuvat asiakirjat, joka useimmin on epikriisi työllistävät yhteistyökumppaneita. Kotiuttamisasiakirjojen mahdollisimman aikainen, päiviä ennen kotiutusta, tekeminen toisi helpotusta kotiutuspäivään. Ongelmia asiakirjojen saamiseen aiheuttaa joidenkin yhteistyökumppaneiden eri potilastietojärjestelmät. Tietosuojalaki vaikuttaa asiakirjojen liikuttamista tietokoneen välityksellä, mutta osaston faxia pitäisi hyödyntää enemmän.

## **7.2 Tiedonkulku kotiuttamisessa**

Tiedonkulkuun ongelmia toi se, että yhteistyökumppanille ei useinkaan anneta ennakkoilmoitusta potilaan suunnitellusta kotiutuspäivästä. Ongelmia esiintyi myös puhelinliikenteessä. Yhteistyökumppanit eivät aina pystyneet vastaamaan tai, jos vastasi saattoivat olla hoitotoimissa kiinni tai toisen asiakkaan luona ja puhuminen oli hankalaa. Osa osaston henkilökunnasta arvioi, ettei yhteistyökumppanille tarvitse etukäteen ilmoittaa potilaan kotiutumisesta, mikäli avuntarve ei ole muuttunut.

Yhteistyökumppanit kuitenkin suunnittelevat työpäivänsä etukäteen ja ”yllättävät” muutokset päivässä pistävät aikataulut uusiksi.

Tiedonkulku osaston henkilökunnan välillä sujui useimpien vastaavien arvioimana hyvin, samoin lääkärin ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Mutta yhteistyökumppaneiden mielestä tiedonkulku osaston henkilökunnan kanssa sujui osan mielestä hyvin ja melkein yhtä monen mielestä puutteellisesti. Puutteellisuutta tiedonkulkuun toi usein se, että hoitaja ei ”tuntenut” potilasta. Aukottoman kirjaamisen avulla asiat voisi sujuvasti tarkistaa potilaan papereista.

### **7.3 Ammattitaito kotiuttamisessa**

Henkilökunta arvioi osaavansa ohjata potilasta kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Potilaan kotona selviytymistä tukevien apuvälineiden tunnistamisessa luotettiin fysioterapeutin ammattitaitoon. Henkilökunta arvioi osaavansa tunnistaa potilaan kotiutumiseen liittyviä ongelmia, varsinkin jos potilas oli ollut useamman päivän hoidossa. Yhteistyökumppanit hyötyisivät potilaan kotiutumisvaiheessa, jos osastolla olisi arvioitu kotiutuvan potilaan päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä.

Henkilökunta koki, että heillä oli yleensä riittävästi aikaa potilaan ohjaamiseen kotiuttamiseen liittyvissä asioissa, mutta aikaa ei niinkään ollut potilaan kuuntelemiseen. Hyvällä kahdenvälisellä vuorovaikutuksella, ohjaus tilannetta voitaisiin muuttua niin, että potilasta ehditään samalla kuuntelemaan. Kotiutustilanteissa sekä yhteistyökumppanit että henkilökunta kokivat yleensä kiirettä. Kiireen tunnetta aiheuttivat kasautuvat työt ja kotiutustilanteeseen ulkoapäin tulevat häiriötilanteet.

### **7.4 Moni ammatillinen yhteistyö**

Moni ammatillinen yhteistyö, jota tehdään potilaiden hoitoneuvotteluissa ja SAS ryhmissä nähdään tärkeäksi kaikkien vastaajien mielestä. Yhteispalavereissa voidaan helpommin kartoittaa potilaan kokonaistilanne ja sopia asioista monien toimijoiden kesken samanaikaisesti. Vastaajien mielestä pitäisi enemmän hyödyntää myös

potilaiden koekotiuttamista osastolta, jolloin todellisena hyödynsaajana olisi kotiutuva potilas.

## **7.5 Tärkeimmät kotiuttamisen sujuvuutta lisäävät kehittämisideat**

1. Osastolle tarvitaan oma kotiuttamishoitaja, jonka työtehtäviin kuuluu sellaisten potilaiden kotiutuksen suunnittelu, jotka asuvat kotona palveluiden turvin tai ovat laitoshoidossa. Tämä järjestely toisi kierrolla olevalle hoitajalle enemmän työrauhaa.
2. Osastolla aletaan testaamaan kehitystehtävänä tekemääni kotiutumisen ohjetta potilaille, joka tarvitsee kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai asuu laitoksessa. Lomake ohjaa kotiuttajaa antamalla vaihtoehtoja kotiutumiseen liittyen. Lomakkeeseen sisältyy myös potilaan päivittäisten toimintojen sujuvuuden arviointi.
3. Osastolle kootaan yhteistyökumppaneita koskevat tietopaketit, joista selviää perusasioiden lisäksi erityispiirteet. Osaston henkilökunta osallistuu tähän ja tekee tutustumiskäynnit hoitopaikkoihin.
4. Potilas asiakirjat pyritään saamaan valmiiksi mahdollisuuksien mukaan päivää ennen kotiutusta.

## KOTIUTTAMISENOHJE LIMINGAN TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

### TARVITSEEKO POTILAS?

	Päivämäärä, nimikirjaimet	Osallistujat, ilmoitettu +/-
HOITONEUVOTTELU		
SAS		
KOEKOTIUTUS		

SUUNNITELTU KOTIUTUSPÄIVÄ (Kirjaa) \_\_\_\_\_

YHTEISTYÖKUMPPANI \_\_\_\_\_

Palvelun tarve/ vuorokausi \_\_\_\_\_

	Päivämäärä, nimikirjaimet	Sovitut asiat
ENNAKKOILMOITUS		
OMAISET (Hakevatko, auttavatko, jne.)		
RESEPTIT (Lääkemuutokset ym.)		
KOTIUTUS ASIAKIRJAT (Valmiit, puuttuvat)		

### Päivittäisten toimintojen avuntarve:

Puhtaus:

Ruoka/Ruokailu:

Lääkkeet:

Liikkuminen:

Aistit:

Muisti:

Apuvälineet:

Omaisat (yhteystiedot):

## 8 POHDINTA

Opinnäytetöiden merkitys vaihtelee. Osa opinnäytetöistä on selvityksiä, joissa ratkaistaan jokin ongelma, mutta työllä ei ole merkitystä toimeksiantajalle tai työyhteisöön. Kun taas opinnäytetyöksi löytyy sellainen aihe, jolla on merkitystä työn kehittämiseksi, se luo tutkijalle innovatiivisuutta ja määrätietoisuutta. (Kananen 2011, 143.) Tämän opinnäytetyön tekemisessä on ollut suuri määrä määrätietoisuutta. Analyysiä tehdessäni minulla on ollut paljon innovatiivisuutta kehittää kotiuttamistoimintaa Limingan terveystieteiden keskuksessa. On ollut mukavaa huomata, miten oma ajattelu on kehittynyt ja pelkkä kirjallisuuteen tutustuminen antoi monia hyviä, kokeilemisen arvoisia kotiuttamisen kehittämisajatuksia. Tämän työn tuloksilla ja teoriaan tutustumisella voidaan varmasti tehdä potilaiden kotiuttamisesta sujuvampaa niin osaston henkilökunnan, potilaan ja hänen omaisten kuin yhteistyökumppaneiden mielestä.

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelua aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen

Tutkimusta tehdessäni ja aineistoa purkaessani havaitsin omissa tutkimustuloksissani selvän yhteyden aikaisempiin tutkimuksiin. Kotiuttamisen teoriaan tutustuminen oli hyvin avartava kokemus. Teoriaan tutustuessa havaitsin jo monia asioita, jotka voisi tehdä paremmin meidän osaston kotiuttamisessa. Samoin teoriaan tutustuessa havaitsin monia asioita, joita koko Limingan kunnassa potilaiden kotiuttamiseen liittyen.

Aikaisempien tutkimusten perusteella arvioin, että kotiuttamisen ongelmakohtia ovat tiedonkulku ja kirjaaminen ja kyselylomaketta rakentaessani kiinnitin tähän huomiota. Toisaalta koulutuksen myötä kiinnitin huomiota johtamisen kautta ammattitaitoon ja tietenkin työntekijöille annettuihin resursseihin tehdä työnsä niin hyvin kuin haluavat.

Kotiuttamisesta löytyy paljon tietoa, mutta suoraan tutkimusta, jossa olisi tarkasteltu asiaa henkilökunnan kokemana, en löytänyt. Toisaalta kotiuttaminen ilmiönä on niin kokonaisvaltainen, että kaikki siihen liittyvät asiat peilautuvat koko kotiuttamiseen, katsonta kannasta huolimatta.

## 8.2 Tutkimuksen toteutuminen

Tutkimuksen tekeminen on ollut todellinen haaste aikataulujen kanssa. Vaihdoin työpaikkaa marraskuussa 2011 ja hylkäsin jo aloittamani kehittämistehtävän. Halusin tehdä kehittämistyöni uudelle työnantajalle, koska se tuntui enemmän motivoivalta. Olisi ollut todennäköisesti työn tekemisen motivaation kanssa ongelmia olla töissä toisaalla ja tehdä kehittämistyötä paikkaan, jossa ei enää työskentele. Ratkaisu on osoittautunut hyväksi. Ratkaisu on osoittautunut hyväksi ja motivaatio työn tekemiseen on ollut hyvä ja ajanut työtä eteenpäin.

Toinen alkuvaiheen haaste oli toteuttaa tutkimus kvantitatiivisesti, koska se tuntui minusta vieraalle. Olin tehnyt aiemman ammattikorkeakoulun opinnäytetyön kvalitatiivisesti ja se olisi ollut mieleisempi tapa toteuttaa tutkimus. Tutkittavaan ilmiöön sopi paremmin kvantitatiivinen eli määrällinen aineiston keruu tapa ja näin ollen, jouduin tutustumaan metodi kirjallisuuteen ensin.

Luulin löytäväni valmiin kyselylomakkeen potilaan kotiuttamiseen liittyen, mutta sellaista ei ollutkaan saatavilla. Jos aikataulu ei olisi ollut näin tiukka, olisin kyselylomakkeen kanssa voinut viettää enemmän suunnittelutunteja ja näin olisin voinut tarkentaa kysymyksiä niin, ettei niihin olisi voinut vastata kuin yhden oikean vastauksen. Mittari olisi tietenkin silloin mitannut henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden kotiuttamisprosessin tuntemusta.

Rakensin itselleni aikataulutuksen työn tekemiseen ja olen siinä aika hyvin pysynyt. Kevään aikana olen hyvin määrätietoisesti ja tavoitteellisesti tehnyt opinnäytetyötä. Viikonloput ovat olleet paljon kuormitettuja aamusta iltaan, mutta kun motivaatio ja työn mielenkiinto on ollut hyviä, ei kuormitus ole tuntunut kohtuuttomalta.

Tutkimussuunnitelman valmistuttua hain tutkimusluvan työnantajaedustajalta esimieheltäni hoito- ja hoivatyönjohtaja Riitta Ruottiselta. Opinnäytetyötäni ohjaavilla opettajilla oli sellainen työnjako, että opettaja Pirkko Sandelin ohjaa opinnäytetyön valmistumista ja opettaja Helena Heikka arvioi valmiin tuotoksen. Opettaja Pirkko Sandelin on ollut loistava ohjaaja, hän palautti valmistuvan työn nopeasti rakentavien

korjausehdotusten kanssa. Ilman hänen eteenpäin työntävää positiivista asennetta ja asiantuntijuutta, en todennäköisesti olisi saanut työtä valmiiksi tässä aikataulussa. Työnantajalta en ole työn tekemiseen pyytänyt resursseja, koska perustyössäni on ollut lukuisia muitakin samanaikaisia kehittämistehtäviä, joita olen joutunut tekemään.

Tietotekninen osaaminen on ollut oma haasteensa minulle. Osa syynä tähän on ollut työn tekemiseen käyttämäni ns. miniläppäri, jonka kapasiteettiin ei kuulu mm. sisällysluettelon tekeminen ja vasta viimeisellä koulun lähiopetuspäivillä tämä selvisi opiskelijatovereiden avustamana. Olin myös alun perin suunnitellut tekeväni kehittämistehtävänä kotiuttamisen kartan, mutta tietotekninen osaamiseni rajoitti osaamistani ja jouduin luopumaan yritysten jälkeen ajatuksesta ja loin kotiuttamisen ohjeen.

### **8.3 Tutkimusetiikka**

Kvantitatiivisen tutkimuksen aihe määrittelee pitkälti, millaisia eettisiä kysymyksiä tutkimusprosessin aikana kohdataan (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 141). Työnantajan pitäisi antaa työntekijälle aikaa vastata kyselyyn työaikana. Omassa tutkimuksessani jätin tämän asian jokaisen työntekijän oman harkinnan varaan, jolloin keskeytyksetöntä vastausaikaa ei voitu taata ja tiedän osan henkilökunnasta täyttäneen lomakkeen kotona. Yhteistyökumppaneiden ajankäyttöä en tietenkään voinut suunnitella, mutta olen saanut viestiä yhdeltä vastaajalta, että kyselyyn vastaaminen ei ollut nopeaa. (Vilka 2007, 90.)

Eettistä pohdintaa tein aineiston analyysi vaiheessa, koska kerättävän aineiston vastaaja ryhmät oli pieniä ja kyselylomakkeessa avoimia kysymyksiä, olisin pystynyt helposti selvittämään, kenen kyselylomake oli kyseessä. Toisaalta yhteistyökumppaneista osa oli kirjoittanut loppuun tervehdyksen ja oman nimensä. Uskon, että luottamus minuun tutkijana oli suuri ja vastaajien halu kehittää kotiuttamista näkyi. Vastaajat olivat luottavaisia ja avoimia. (Vilka 2007, 92,95.)

Eettistä pohdintaa kävin myös siitä, vastasivatko osastolla työskentelevät sairaanhoitajat, niin kuin asiat tällä hetkellä ovat vai vastasivatko he niin kuin asioiden

pitäisi olla. Analyysi vaihe paljasti, että vastattu oli niin kuin kotiuttamisen asiat tällä hetkellä ovat ja asettamani hypoteesi vahvistui. Tutkimusta tehdessäni en ole suorittanut piilohavainnointia kotiuttamiseen liittyen. (Vilka 2007, 93.)

#### **8.4 Tutkimuksen luotettavuus, reliabiliteetti ja validiteetti**

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mikä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja aiheuttavat vaihtelua pätevydessä. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittatulosten toistettavuutta. Reliabiliteetti mittaa ei -sattumanvaraisia tuloksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on erilaisia tilastollisia menetelmiä, joilla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Mittarin luotettavuutta tässä tutkimuksessa parantaa se, että kyselylomakkeen kysymys kohdat on pystytty luokittelemaan alaluokkiin peilaten vastaavuutta tutkimuskysymyksiin. (Vilka 2007, 117.)

Reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen toistettavuutta, ei sattumanvaraisuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että aineiston on kuvattava todellisuutta riippumatta siitä, missä ja milloin se on hankittu. Tutkimus on pystyttävä toistamaan samanlaisena. Tutkimuksessani samaa asiaa kysyttiin useammalla kysymyksellä, mikä lisää luotettavuutta. (Field & Morse 1998, 133; Krause & Kiikkala 1996, 70.) Tutkimus on menetelmällisesti toistettavissa. Otos oli kokonaisotanta henkilökunnasta ja vastaajien määrä 71%. Yhteistyökumppaneiden vastausprosentti oli 100%. Hyvät vastausprosentit tukevat tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen toteuttaminen on sujunut hyvin tekemäni perusteellisen tutkimussuunnitelman mukaan. Tutkimuskohteen tuntemus ja perusjoukon määrittely ovat olleet sopuissa. Kyselylomakkeen kysymykset oli laadittu vain tätä tutkittavaa kohdetta tutkimaan, eikä ne sovellu muiden ilmiöiden tutkimiseen. Vastaajien määrä oli hyvä ja näin mittaria voidaan pitää onnistuneena. Tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä on saatu vastaus tutkimusongelmaan. (Vilka 2007, 97-101; Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1995,98.)

Validius tutkimuksessa tarkoittaa pätevyyttä. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Ongelmia voi aiheuttaa esimerkiksi kyselylomaketta käytettäessä se, että vastaajat ovat saattaneet käsittää kysymykset erilailla, kuin tutkija oli ajatellut. Jos tutkija ei muuta saatuja vieheellisesti käsitettyjä tuloksia omasta alkuperäisestä ajattelumallista eroaviksi, ei tuloksia voida pitää tosina tai pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.) Tein kyselylomakkeen esitestauksen sairaanhoitaja ystävilläni, jotka katsoivat kysymykset läpi ennen niiden jakamista. Kyselylomaketta ei tarvinnut muuttaa mahdollisten virhetulkintojen vuoksi. Aineiston analyysi vaihe, kuitenkin paljasti puutteita kysymysten asettelussa ja ohjeistuksessa.

Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Mielestäni onnistuin ymmärtämään kotiuttamisen sujuvuuden kulmakohdat ja sain ydinajatukset rakennettua kyselylomakkeelle. Kyselylomake mittasi juuri niitä ominaisuuksia mitä halusinkin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että olen kyennyt koodaamaan kysymykset numeroittain, mihin teoriasta nostamaani kohtaan hain vastausta. Kyselylomakkeessa joissakin kysymyksissä oli epätarkkuutta, ei niinkään kysymyksen ymmärtämisessä, vaan se ei tukenut yhden vastausvaihtoehdon valitsemista.

Määrällisessä tutkimuksessa voidaan tutkimuksen validiutta tarkentaa käyttämällä triangulaatiota, joka tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuu useita tutkijoita aineistonkerääjinä ja tulosten analyysoijina ja tulkitsijoina. (Hirsjärvi ym. 2004, 218.) Trianguatio on syntynyt Yhdysvaltalaisen laadullisen tutkimuksen traditiossa (Tuomi & Sarajärvi 2004, 145). Minulla ei ole mahdollisuutta saada toista tutkijaa aineistoa käsittelemään, koska teen opinnäytetyön yksin.

Aineistojen tietojen syöttämisessä olin hyvin tarkka ja tarkastin taulukoimani tulokset useita kertoja, virhesyöttöjen poissulkemiseksi. Kyselylomakkeessa oli huonosti laadittuja kysymyksiä, joihin ei yhtä ainoaa oikeaa vastausta pystynyt antamaan. Samoin kyselylomakkeen ohjeistuksessa olisi voinut terävöittää, että saa vastata vain yhteen vaihtoehtoon. (Vilka 2007, 149-150; Erätuuli, Leino, Yli-Luoma 1995,99.)

Johtopäätökset ovat luotettavia, jos ne ovat aitoja ja relevantteja. Aitoudella tarkoitetaan sitä, että johtopäätökset vastaavat henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden tarkoittamia arvioita. Relevantilla tarkoitetaan merkitysten vastaavuutta tutkimuksen teoriaan. Ihmistieteissä todellisuus ei pysy vakiona, vaan ongelmakentät muuttuvat jatkuvasti. Tästä seuraa, että teorit eivät myöskään voi pysyä muuttumattomina, mutta tämä tutkimus on relevantti tässä ajassa. Kyselylomakkeesta muodostin tutkimustulokset ja johtopäätökset tein tutkimustulosten perusteella. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994,152-154; Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1995,99. )

Kirjallisuutta tutkimukseen lähdin etsimään systemaattisen kirjallisuushaun avulla. Löysin muutamia hyviä väitöskirjoja, aikaisempia tutkimuksia ja lehtiartikkeleita. Kirjallisuutta on käytetty monipuolisesti ja lähdekirjallisuutta on paljon. Kirjallisuus on suurimmalta osalta alle 10 vuotta vanhaa. Haluan tuoda kaikkiin tekemiini tehtäviin lähteeksi aina, kun se on mahdollista, hoitotyön äidin Florence Nightingalen kirjan sairaanhoidosta vuodelta 1964.

## 9 LÄHTEET

Aadland, E. 1996. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Ahlroth, M. & Huotari, J. 2011. Turvallisesti kotiin. Theseus kirjaston tietokanta leevi.amkit.fi. Haettu 27.1.2012

Caroll, M. & Brue, L.J. 1993. Vanhusten hoidon opas. Hämeenlinna; Karisto Oy.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, I. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1995. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

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

Field, P.A. & Morse, J.M. 1988. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.

Haarala, A-M. 2011. Oululaisten ikääntyvien kokemuksia kotiutushoitajalta saamistaan palveluista. Theseus kirjaston tietokanta leevi.amkit.fi

Hallamaa, J. & Launis, V. & Lötjönen, S & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy.

Heikkinen, R-L & Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Tampere; Tammer-Paino Oy.

Helin, K. 1999. Yhdessä menestymisen taito. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Hirjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Härkönen, M. & Kuivasniemi, M. 2011. Yksilöllisyyden huomioiminen ja asiakaslähtöisyys vanhusasiakkaan kotiutuksessa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Järventausta, H. & Moisala, M. & Toivakka, S. 1999. Tutkimalla oppii. Porvoo: WSOY- Kirjapainoyksikkö.

Järvinen, P. 2000. Esimiestyö ongelmatilanteissa. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kakkuri-Knuutila, M-L. & Heinlahti, K. 2006. Mitä on tutkimus? Tampere: Tammer-Paino.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1995. Hoitotyön etiikka. Vammala:Kirjapaino Oy.

Kalliomäki-Levanto, T., Elovainio, M., Kivimäki, M. 1997. Yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen alueellisessa tai väestövastuisessa työssä henkilöstön kokemana. Stakes, tutkimuksia 79. Helsinki. Stakesin monistamo.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivien opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Yliopistopaino Oy.

Kansanterveyslaki 67/1972.

Karppinen, P. 1997. Yli 65 –vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaasta potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro – gradu tutkielma.

Karvinen, M. & Louhivaara, L. 2009. Sairaanhoidaja lehti nro8.(14.8.)

Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiuttaminen terveystieteiden sairaalasta –katkeamaton hoitoketju. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Terveystieteen kehittäminen ja johtaminen, Yamk. Opinnäytetyö.

Kinnaman, M.L. & Bleich, M.R. 2004. Collaboration: Aligning Resources to Create and Sustain Partnerships. Journal of Professional Nursing, 20, 310-322.

Korkiakoski, L. 1991. kotisairaanhoidon. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Otava.

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

Krause, K. & Kiiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-11.

Lauri, S. 1986. Hoitotyön ammatillinen päätöksenteko. Vaasa. Sirkka Lauri ja Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Leiviskä, E. 2011. Työ täynnä elämää. Tallinna: AS Parkett.

Liminka kuntastrategia vuosille 2012-2015.

Limingan kunnan vanhustyön palvelut 2012.

Linnosaari, U. 2001. Vanhuspotilaan sairaalasta kotiuttaminen potilaan ja omaisen kokemana. Helsinki: Kuntokallio vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus.

Leppänen, P. 2006. Kotiutushoitajan tehtäväkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveystieteiden, Yamk. Opinnäytetyö.

- Lämsä, R. & Mäkelä, L. 2009. ”En olisi vielä kotiin lähdössä.” Lääkärilehti numero 33.
- Nightingale, F. 1964. Sairaanhoidosta. Porvoo:Werner söderström osakeyhtiö.
- Myllymäki, I. 2011. ”Vedettäis niinku yhtäköyttä.” Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Yamk. Opinnäytetyö.
- Niskanen, V. 1994. Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Paajanen, R., Saikko, R. & Tepponen, M. 2007. Sairaanhoidaja lehti nro 12.
- Pickin, C & St Leger, S. Terveystarpeet ja elämänkaari. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Pihlaja, J. 2001. Tutkielmaa tekemään. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Perälä, M-L & Hammar, T. 2003. PALKOmalli –Palveluiden yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes aiheita 29. Helsinki:Stakesin monistamo.
- Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa.Stakesin aiheita numero 18. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Rahkonen, O. & Lahelma, E. 1998. Elämänkaari ja terveys. Tampere; tammer-Paino Oy.
- Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin –Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.  
Pro gradu –tutkielma,
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Oulun yliopisto ja Yleislääketieteen yksikkö. Hoitotieteen- ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 7-32.

Ruottinen, R. 2012. Vanhustyön palvelut. Limingan kunta.

Ryhänen, A., Koponen, M. & Laukkanen, U. 2000. Kirurgisen potilaan kotiuttaminen. Laatuvaatimuksen tuloskriteerien mittaaminen. Pohjois- Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja numero 24.

Salminen, A-L. 2003. Apuvälinekirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on -luennot. Oulun Amk.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Painosalama Oy.

Sosiaalihuoltoasetus 697/1983.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Helsinki: Yliopistopaino.

Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, M., Berg, T., Salmelin, M., & Jalkanen-Mayer, A. 2001. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtonen, L.2000. Vanhuspotilaan onnistunut kotiuttaminen. Artkkeli. Vanhustyö 2000:3.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi.



