



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

**ASIAKASPALAUTE ITSEMÄÄ-
RÄÄMISOIKEUDEN TOTEUTUMISESTA
TERVEYSKESKUKSEN VUODE-
OSASTON KOTIUTUSTILANTEESSA**

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyö
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
11/2012
Sari Kalpio
Hanna Parikka
Elina Rasikannas

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KALPIO, SARI & PARIKKA, HANNA & RASIKANNAS ELINA: Asiakaspalaute itsemääräämisoikeuden toteutumisesta terveystieteiden osaston kotiutustilanteessa

Sairaanhoitaja AMK opinnäytetyö, 59 sivua, 3 liitesivua

Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö käsittelee potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen toteutumista. Taustalla on Järnströmin väitöskirja ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”, joka on etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatriassa sairaalassa. Väitöskirjasta esiin nousivat itsemääräämisoikeuden näkökulmat: oikeus päättää omista asioista, tiedonsaanti kotiutustilanteessa, potilaan kuuleminen, potilaan osallistuminen hoitoon ja tasavertainen vuorovaikutus.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää itsemääräämisoikeuden toteutumista Orimattilan terveystieteiden osaston kotiutustilanteessa. Tarkoituksena oli lisätä tietoa osastolle potilaiden itsemääräämisoikeudesta kotiutustilanteessa. Kerätyn aineiston avulla mahdollistuu osaston toiminnan kehittäminen.

Tutkimus toteutettiin määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös yksi avoin kysymys. Tutkimus suoritettiin Orimattilan terveystieteiden osaston kahdella akuutin hoidon osastolla. Vastaajina olivat kotiutuksessa olleet potilaat. Potilaita ei valikoitu, eikä heiltä kerätty mitään taustatietoja. Kyselylomakkeita jätettiin osastolle 50 kappaletta ja vastauksia saatiin 34 kappaletta. Tutkimusaineisto analysoitiin Webropol-ohjelman avulla ja avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaat kokivat tulleensa kuulluksi ja asioista on puhuttu niin, että ne ovat ymmärrettävissä. Tiedonsaanti on koettu osittain puutteelliseksi. Potilaat kokivat tarvitsevänsä enemmän tietoa varsinkin lääkkeistä, henkisestä jaksamisesta sekä sosiaaliavustuksista ja –tuista kotiutustilanteissaan. Se, keneltä he tietoa saivat, sekä potilaan oma osallistuminen kotiutusta koskevaan päätöksentekoon koettiin hyvin vaihtelevana. Vapaamuotoista palautetta antaneiden kommentit olivat pääsääntöisesti kiittäviä.

Avainsanat: itsemääräämisoikeus, kotiutuminen, asiakaspalaute

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

KALPIO, SARI & PARIKKA, HANNA & RASIKANNAS ELINA: Patients'
feedback about discharging from the Health Centre's ward

Bachelor's Thesis in nursing 59 pages, 3 appendices

Autumn 2012

ABSTRACT

This study deals with the patient's self-determination and its implementation. In the background is Järnström thesis "I do not know what they think about my destiny," which is an ethnographic study about customer relationship and customer orientation in the geriatric hospital. The dissertation brought up some new aspects of self-determination: patients' right to decide on their own affairs, information about discharging from hospital, hearing the patient, patients' participation in treatment and equal interaction.

The objective of this thesis was to study the implementation of self-determination at Orimattila's health center in patients' discharging situations. The aim was to raise awareness of patients' self-determination during discharging situations from the ward. This data will help make possible the development activities of the ward.

The study was conducted using a quantitative research method. The data was collected using a structured questionnaire, which had one open-ended question. The study was conducted in two intensive care wards of Orimattila health centre. The respondents were patients about to be discharged. Patients were not selected, and no background information was collected from them. 50 questionnaires were left on the ward and 34 responses were received. The data were analyzed with a Webropol program, and the open questions with a content analysis.

Based on the results it can be concluded that the patients felt that they were heard and the issues have been discussed, so that they can be understood. Access to information has been considered partly deficient. Patients felt that they needed more information, particularly with drugs, mental well-being, and social assistance, and -support for discharging situations. From whom they received the information, as well as the patient's own participation in the decision-making during discharging was considered very changeable. The received free-form feedback comments were generally laudatory.

Key words: self-determination, discharging, customer feedback

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS TERVEYDENHUOLLOSSA	4
2.1	Itsemääräämisoikeuden käsite ja lainsäädäntö terveydenhuollossa	4
2.2	Itsemääräämisoikeuteen liittyviä ongelmia ja haasteita terveydenhuollossa	7
3	POTILAAN KOTIUTUSTILANNE	8
3.1	Potilaan kotiuttaminen	8
3.2	Potilaan kotiutustilanne terveyskeskuksen vuodeosastolla	10
4	HAASTEET ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN TOTEUTUMISESSA KOTIUTUSTILANTEESSA	13
4.1	Oikeus päättää omista asioista	13
4.2	Tiedonsaanti kotiutustilanteessa	14
4.3	Potilaan kuuleminen	15
4.4	Potilaan osallistuminen hoitoon	16
4.5	Tasavertainen vuorovaikutus	17
5	ASIAKASPALAUTE HOIDON LAADUN KEHITTÄJÄNÄ	18
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
7.1	Tutkimusmenetelmä	22
7.2	Aineiston hankinta	23
7.3	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusympäristö	25
7.4	Kyselyn toteutus	26
7.5	Aineiston analysointi	26
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
8.1	Oikeus päättää omista asioista	29
8.2	Tiedonsaanti kotiutustilanteessa	30
8.3	Potilaan kuuleminen	38
8.4	Potilaan osallistuminen hoitoon	40
8.5	Tasavertainen vuorovaikutus	41
8.6	Vapaamuotoinen palaute	41
9	ASIAKASPALAUTTEIDEN TARKASTELUA	43

10	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	48
11	POHDINTA	52
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuvan potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu kotiutustilanteissa. Päämääränä oli kehittää kotiutustilanteita keräämällä kotiutettavilta potilailta asiakaspalaute kotiutumistilanteen onnistumisesta ja kuvaamalla asiakkaiden keskeiset mielipiteet. Aineisto itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kerättiin asiakaspalautelomakkeella, jonka hoitajat antoivat jokaiselle potilaalle kotiutuksen yhteydessä. Kerätty aineisto analysoitiin ja tulokset luovutetaan osaston käyttöön, jotta osaston laadun parantaminen mahdollistuu tällä osa-alueella.

Otimme yhteyttä joulukuussa 2011 Orimattilan terveyskeskuksen akuuttivuodeosastojen osastonhoitajaan Riitta Karjalaiseen tiedustellaksemme opinnäytetyöhön aiheita. Saimme häneltä aiheeksi lähteä selvittämään potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista terveyskeskuksissa. Hän oli tutustunut Tampereen yliopiston Sanna Järnströmin (2011) kirjoittamaan väitöskirjaan ” En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni ”, joka on etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Kyseinen väitöskirja oli herättänyt osastojen henkilökunnassa keskustelua ja pohdintaa siitä, kuka lopulta päättää potilaan kotiutuksesta.

Väitöskirjassa nousi esiin itsemääräämisoikeuden toteutumisen viisi näkökulmaa, joita ovat tiedonsaanti, osallistuminen hoitoon, kuulluksi tuleminen, tasavertainen vuorovaikutus ja mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Järnströmin (2011) mukaan asiakaslähtöisyyden ydin on itsemääräämisoikeudessa, jonka toteutumiseen vaikuttavat oleellisella tavalla osallistumisen, tasavertaisen vuorovaikutuksen ja tiedonsaannin kysymykset. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen potilaan hoidossa vaatii tiedonsaannin hyvän toteutuksen, koska potilas ei voi päättää omista asioistaan saamatta tarpeeksi häntä koskevaa tietoa. Tiedonsaanti on edellytys aktiiviselle osallistumiselle ja potilaille on annettava kaikki heitä koskeva tieto (Järnström 2011). Osallistumisessa on keskeistä se, että potilaat pääsevät osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kuulluksi tulemisella tarkoitetaan potilaan omien mielipiteiden kuulemistä hoidostaan, ja että he määritte-

levät itse omat ongelmansa ja tavoitteensa. Tasavertainen vuorovaikutus tarkoittaa potilaan oman näkökulman kunnioittamista ja perehtymistä potilaan näkemyksiin. Mahdollisuudella vaikuttaa omaan hoitoonsa potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu, kun hän voi itse vaikuttaa päätöksentekoon, suunnitteluun ja hoidon toteuttamiseen. Näitä näkökulmia käytetään perustana tässä tutkimuksessa.

Vuonna 1993 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tämä laki muutti potilaan asemaa. Merkittävä muutos potilaan asemassa oli se, että lääkärin ja potilaan suhteesta tuli vuorovaikutteinen. Ennen potilas oli ollut vain hoidon kohde. (Aranko & Iharvaara 2000. 365–366.) Toukokuun 1. päivä vuonna 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) on myös lisännyt kansalaisten valinnanvapautta niin hoitopaikan kuin hoitohenkilökunnankin suhteen. Sen mukaan asiakas voi itse valita häntä hoitavan terveydenhuollon yksikön. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Sairaanhoitajaliitto on määritellyt sairaanhoitajan eettiset ohjeet, joiden mukaan sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitajan tulee pyrkiä järjestämään potilaalle mahdollisuus osallistua päätöksentekoon, joka koskee hänen hoitoaan. (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Opinnäytetyömme punaisena lankana käytimme Järnströmin (2011) tutkimusta. Tutkimuksessaan Järnström tuo esille, kuinka vanhus on työskentelyn keskiössä, mutta subjektin sijaan toiminnan kohteena. Vanhukset eivät voi määrittellä hoidon tavoitteita, he eivät voi osallistua asioihinsa, itsemääräämisoikeus ei toteudu ja erityisesti tilanteissa, joissa heidän näkemyksensä on henkilökunnan näkemysten vastainen, he eivät voi vaikuttaa asioihinsa. (Järnström 2011, 256–257.)

Osastonhoitaja Riitta Karjalainen (2012b) toivoi, että tutkimus kohdennettaisiin Orimattilan terveyskeskuksen akuuttivuodeosastoille, jotta nähtäisiin miten potilaat ovat kokeneet kotiutumistilanteet hänen osastoillaan. Kotiutuksesta päättävä SAS-työryhmä, eli työryhmä, joka koordinoi terveyskeskusten, vanhainkotien ja palveluasuntojen käyttöä, sekä osastolla toimiva henkilökunta voivat hyödyntää opinnäytetyötämme kehittäessään omaa työtään. Lisäksi aihe on ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Koska vanhusväestö lisääntyy huomattavasti tulevien vuosien

aikana, on vanhuksia koskevien tutkimusten tekeminen tärkeää (Einiö 2010, 7–8). Suurin osa tutkimuksemme potilaista on iäkkäitä, joten käsitelimme teoriaosuudessaamme kotiutumista koskevia asioita enimmäkseen vanhusnäkökulmasta.

2 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Itsemääräämisoikeuden käsite ja lainsäädäntö terveydenhuollossa

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia, keskeisiä, eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavara-lähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Välimäen (1998) mukaan itsemääräämisoikeuden käsite on monimerkityksellinen, eikä yksiselitteistä määritelmää sille ole (Löfman 2006, 23).

Pahlman (2003) kuitenkin määrittelee itsemääräämisoikeuden ihmisoikeussopimusten ja perusoikeuksien keskeiseksi käsitteeksi ja oikeudeksi, jolle monet muut oikeudet rakentuvat. Oikeus vapautteen ja tasa-arvoon ja kielto syrjityksi tulemisesta sisältyy tähän käsitteeseen. Siihen sisältyy myös oikeus yksityisyyteen, koskemattomuuteen ja oikeus kompetenssiin eli asiantuntijuuteen. Kun puhutaan itsemääräämisoikeudesta, puhutaan heikomman suojasta. Heikompana nähdään yleensä potilasryhmät, jotka eivät pysty huolehtimaan itsestään ja oikeuksistaan. (Pahlman 2003 182–183.) Kotisaaren ja Kukkolan (2012) mukaan hoitotyössä potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamista on pidetty keskeisenä arvona. Nykyisin siitä löytyy kirjauksia toimintayksiköiden eettisistä ohjeista, potilaille jaettavista oppaista ja toiminnallisista suunnitelmista. Näiden tarkoitus on turvata potilaiden oikeus päättää omista asioistaan niin kauan kuin hän siihen pystyy. Potilas tulisi nähdä subjektina, jolla on oma tahto, eikä hoidon kohteena, objektina. (Kotisaari & Kukkola, 2012, 85–86.)

Sanna Järnströmin (2011) väitöskirjassa pohdittiin paljon asiakaslähtöisyyttä, tässä tutkimuksessa paneudutaan enemmän itsemääräämisoikeuteen ja sen toteutumiseen. Järnströmin väitöskirja on etnografinen tutkimus, joka tarkoittaa aineiston keruun ja käytön tapaa, jossa tutkija meni kentälle ja osallistui ihmisten päivittäiseen elämään (Järnström, 2012, 78). Järnström haastatteli vanhuksia ja työntekijöitä, tarkasteli potilastietojärjestelmään kirjoitettuja tekstejä ja havainnoi geriatriksen osaston arkea. Näin nousi esiin näkökulmia vanhusten itsemääräämisoikeu-

den toteutumisessa. Toimeksiantajan puolelta toivottiin, että tarkastelemme itsemääräämisoikeuden toteutumista kotiutuksen yhteydessä. Kotiutuksen yhteyteen liitettävät näkökulmat väitöskirjassa olivat: oikeus päättää omista asioista, tiedonsaanti, potilaan kuuleminen, potilaan osallistuminen hoitoon ja tasavertainen vuorovaikutus. Väitöskirjassa muita itsemääräämisoikeuden toteutumisen näkökulmia, joita emme tässä tutkimuksessa ottaneet huomioon, olivat: liikkumisen vapauden rajoittaminen, avuntarpeen huomiotta jättäminen tai sen viivästyminen ja puolesta tekeminen (Järnström, 2011, 6.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee luvun 2, pykälässä 6, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tahdosta riippumatta annettava hoito on määritelty tartuntatautilaissa, mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetusta laissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Lain tuoma merkittävin muutos potilaan asemassa oli se, että lääkärin ja potilaan suhteesta tuli vuorovaikutteinen. Ennen potilas oli vain hoidon kohteena. Lääkärillä ei ollut velvollisuutta kertoa hoitoon liittyvistä asioista ja lääkäri teki myös hoitoon liittyvät ratkaisut. Laki on maailmassa ainutlaatuinen ja se edellyttää neuvottelua potilaan kanssa. Erilaisista hoitomahdollisuuksista keskustellaan ja ratkaisuihin pyritään yhdessä potilaan kanssa. Hoidon edellytyksenä on potilaan suostumus. (Aranko & Iharvaara 2000, 365–366.)

Myös laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) puhutaan itsemääräämisestä. Toteutettaessa sosiaalihuoltoa asiakkaan toivomukset ja mielipide on otettava huomioon. Asiakkaalla on oltava mahdollisuus vaikuttaa palveluidensa toteuttamiseen. Asiakasta koskevat asiat on käsiteltävä niin, että otetaan huomioon hänen etunsa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812).

Häggin ym (2007) mukaan potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan, että potilaan suostumus vaaditaan hoitoon. Aloitustakin hoidosta on potilaan mahdollisuus kieltäytyä, jolloin tulee miettiä jokin muu lääketieteellisesti hyväksytty keino hoitaa häntä. Jos potilas ei ole itse kykenevä päättämään hoidostaan, on

hoitomuodoista keskusteltava sellaisen henkilön kanssa, jolla on valtuudet osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Jos potilas on aiemmin ilmaissut toiveensa hoitoon, tätä noudatetaan, ellei ole syytä uskoa hänen kantansa muuttuneen. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela. 2007, 155–157.)

Toukokuun 1. päivä vuonna 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki on myös lisännyt kansalaisten valinnanvapautta niin hoitopaikan kuin hoitohenkilökunnankin suhteen. Sen mukaan asiakas voi itse valita häntä hoitavan terveydenhuollon yksikön. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Uusi laki osaltaan velvoittaa terveydenhuoltoa tiiviiseen yhteistyöhön eri toimijoiden kesken sekä kehittämään uudenlaisia palvelumuotoja, jotta terveydenhuolto selviäisi tehtävästään. (Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) on olemassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus- työryhmä, jonka tehtävänä on valmistella säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoittamisesta. Yksi alatyöryhmä tästä työryhmästä käsittelee henkilöitä joiden kognitiivinen toimintakyky on alentunut. Näihin kuuluu myös muistisairaat ihmiset. Alatyöryhmän alustavan ehdotuksen mukaan näiden ihmisten hoito perustuisi vapaaehtoisuuteen, mutta heihin voitaisiin kohdistaa tietyissä tilanteissa rajoittavia toimenpiteitä silloin, jos muita keinoja ei ole hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi. Näitä säädöksiä ehdotetaan sovellettavaksi mm. laitoshoidossa, kotihoidossa ja kotisairaanhoidossa. (STM, 2012.)

Naukkarisen (2008) tutkimuksessa käsitetään itsemäärääminen yksilön ja hänen kanssaan vuorovaikutuksessa olevien toimintaa ohjaavaksi tavoitteeksi. Itsemääräävä henkilö voi vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja ilmaisee vapaasti mielipiteitä. Itsemääräävä henkilö voi suostua, antaa luvan tai kieltäytyä ja tehdä itseään koskevia päätöksiä (Naukkarinen, 2008, 19–20.)

2.2 Itsemääräämisoikeuteen liittyviä ongelmia ja haasteita terveydenhuollossa

Ikääntyneen ja pitkäaikaissairaana väestön lisääntyessä on tullut yhä tärkeämmäksi yhteiskunnallisesti tukea potilaiden omahoitovalmiuksia. Vanhustenhoidossa on valtakunnallisesti tavoitteena vanhusten asuminen kotona. Moni ikääntyneistä toivoisikin asuvansa mahdollisimman pitkään kotona, jos saisi itse määrätä. Tätä tuetaan nopeasti saatavilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla painottamalla kotihoidon ensisijaisuutta ja pitämällä laitoshoidoa viimeisenä vaihtoehtona. (Järnström 2011, 25–26.)

Kuitenkin kotihoidon resurssit ovat riittämättömät eikä apu kohdistu kuin kaikkien sairaimmille ja heikkokuntoisimmille potilaille. Omaisten osallistuminen vanhusten hoitoon on ensiarvoisen tärkeää. Suomen vanhustenhuollon palvelujärjestelmän laatu on todettu huonoksi eikä se tuota tarpeeksi oikeanlaisia palveluita vastatakseen vanhusten tarpeisiin. Yksityisyyden vähäisyys, virikkeettömyys ja valinnanvapauden ja itsemääräämisen puuttuminen ovat syitä vanhustenhuollon huonoon laatuun. (Järnström 2011, 25–26.) Palvelujärjestelmän haasteita ovat varsinkin palveluiden rahoitukseen liittyvät kysymykset, ikääntyneiden palveluiden turvaaminen ja esteettömän ympäristön mahdollistaminen (Holma, 2003, 7).

Sanna Tuominen (2006) toteaa kirjoittamassaan väitöskirjassa, ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä”, että palvelujärjestelmä ei edelleenkään toimi käytännön tasolla vaan asiakas putoaa helposti sen kyydistä. Hänen mukaansa vanhusten rooli asiakaslähtöisyydessä on kyllä keskeinen, mutta järjestelmä ei joustu niin kuin pitäisi. Myös Kinni (2005) tuo tutkielmassaan Oma arki kotona – riittävä apu laitoksessa, esiin kuinka vanhusten hoito yleensä on kokonaisvaltaista, mutta ei lähde vanhuksen omista näkemyksistä. Ensisijaisessa asemassa ei ole vanhuksen kokema hyvä, vaan instituution ja resurssien kannalta paras ratkaisu. Hoitohenkilökunnan ja vanhuksen hyvä eivät aina ole sama asia. (Kinni 2005, 51.)

Tuominen (2006) toteaa tutkimuksessaan, että vanhuksen rooli on olla asiantuntijoiden alapuolella, heistä riippuvaisia ja heidän armoillaan. Vanhuksilla ei näytä olevan erityisesti vaikutusmahdollisuuksia. (Tuominen 2006, 95.)

3 POTILAAN KOTIUTUSTILANNE

3.1 Potilaan kotiuttaminen

Kotiutusprosessi alkaa potilaan liikunta- ja toimintakyvyn kartoittamisesta, jatkuen apuvälinetarpeen, kodin muutostöiden, tukipalvelujen ja jatkokuntoutustarpeen arvioimisella ja käynnistämällä. Arvio potilaan kotiuttamisen ajankohdasta ilmoitetaan potilaalle ja hänen läheisilleen tai jatkohoitopaikalle mahdollisimman pian. Mikäli päätöksen jatkohoitopaikkaan siirtymisestä on tehnyt lääkäri, ilmoitetaan ennakkoilmoitus heti. (Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2009.)

Potilaan kotiuttamisella tarkoitetaan muutakin, kuin potilaan siirtymistä sairaalasta kotiin. Kotiutus on siirtymävaihe, jossa potilas siirtyy yhdeltä hoidon tasolta toiselle. Siirtymävaiheessa potilas siirtyy kotiin tai toiseen hoitoyksikköön (Grönroos & Perälä 2006, 28–31.)

Terveyskeskuksen vuodeosastolla kotiuttamista ryhdytään toteuttamaan, kun potilaan vointi joko kohenee, eikä hän näin ollen tarvitse enää sairaalahoitoa, tai vastaavasti heikkenee ja tarvitsee tehokkaampaa hoitoa. Kotiutustilanne on osa potilaan hoitotyön suunnitelmaa. Hoitotyön suunnitelmassa pyritään aina mahdollisimman lyhyeen osastohoitojaksoon ja pikaiseen kuntoutumiseen sekä potilaan kotiutumiseen.

Kotiuttaminen on moniammatillista yhteistyötä. Potilaan ja hänen läheistensä kanssa työskentelevät yleensä lääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti, mahdollisesta kotisairaanhoidosta vastaava työntekijä, mahdollisen jatkohoitopaikan työntekijä ja sosiaalityöntekijä tai avopalveluohjaaja. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2008, 128.)

Potilasta valmistellaan tulevaan kotiutumiseen vähitellen sairaalajakson aikana. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tekemän hyvän kotiuttamisen mallin mukaan kotiutustilanteen prosessi alkaa jo etukäteen ennen potilaan saapumista osastolle ennakkotietojen perusteella tai viimeistään potilaan ensimmäisenä hoitopäivänä (Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2009.)

Mikäli on tarpeellista, pidetään erikseen hoitoneuvottelu, johon kutsutaan potilaan asioista huolehtivat eri tahot. Hoitoneuvottelussa paikalla voi olla tilanteen mukaan lääkäri, kotihoidon työntekijä, omaisia, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä tai muita potilaan asioista huolehtivia ihmisiä. Hoitoneuvottelussa on tarkoitus järjestää potilaalle joustava ja yhdenmukainen hoitoverkosto, joka kattaa potilaan hoidon kokonaisvaltaisesti (Hammar & Perälä, 2003.) Joissain terveyskeskuksissa on käytössä kotiutushoitajat, jotka hoitavat kotiutustilanteisiin liittyvät asiat. Näin muille hoitajille jää aikaa enemmän keskittyä muuhun hoitotyöhön.

Hyksin yhtenäisen kotiuttamisen malli (2009) toteuttaa Bull ja Robertsin (2001) tekemää tutkimusta hyvän kotiuttamisen prosessista, jonka mukaan kotiuttamisprosessi sisältää neljä eri vaihetta ja kolme kommunikaatiokehää. Prosessin ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan potilaaseen ja luodaan hyvä kommunikaatio potilaan, hoitajan ja tiimin välille. Toisessa vaiheessa kotiutumispäivästä tehdään alustava suunnitelma, tässäkin tärkeää on hyvä tiedonvälitys ja kommunikaatio potilaan, omaisten ja tiimin välillä. Kolmannessa vaiheessa valmistaudutaan kotiutumiseen, tässä tärkeintä on onnistunut kommunikaatio hoidonantajatiimin ja kotihoidon välillä. Neljännessä vaiheessa potilas kotiutuu ja luo kommunikaatiosuhteen kotihoidon hoitajien kanssa. Prosessin perustana tehty tutkimus on toteutettu geriatriassa sairaalassa ja kotiutusmalli painottuu erityisesti iäkkäiden ihmisten hyvään kotiuttamiseen. (Valtonen 2000.)

Leena Kopsen (2003) väitöskirjan mukaan kotiutumisen onnistumiseen liittyviä tekijöitä ja varsinkin iäkkäiden potilaiden tyytyväisyyden kokemiseen vaikuttavia asioita ovat potilaan kokemus valmiudesta kotiutua, potilaan oma osallistuminen kotiutumisensa suunnitteluun, hoidon jatkuvuus ja riittävä avun saanti kotona, riittävä tiedon saaminen sekä tehokas kommunikaatio ja yhteistyö hoidonantajien kanssa.

Hyksin Yhtenäisen kotiuttamisen mallin (2009) mukaan tieto suunnitellusta kotiutus/siirtoajankohdasta kerrotaan potilaalle viimeistään edellisenä arkipäivänä tarvittavia järjestelyjä varten. Näin potilaalle jää aikaa myös selvittää mahdollisia heräviä lisäkysymyksiä kotiutumisestaan. (Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2009.)

Kotiuttamiseen liittyviä valmisteluja hoitajat tekevät edeltävinä päivinä mikäli vain mahdollista. Näitä ovat potilaan ja omaisten ohjaus, kotihoito-ohjeiden antaminen ja läpikäyminen, lääkitysohjauksen antaminen ja tarvikkeiden hankkiminen ja antaminen (apuvälineet, haavasidokset, tuet). Hoitajat tarkistavat myös muut kotiutumiseen liittyvät asiat kuten ateriapalvelun, lääkkeiden saannin, avaimet, sopivan kuljetuksen kotiin, saattajan läsnäolon tarvittaessa ja kotihoidon käynnin kotiin tarvittaessa. Virka-ajan ulkopuolella kotiutuvien potilaiden asiat täytyy tarkistaa huolellisesti ja tarvittaessa annettava esimerkiksi lääkkeitä osastolta tarpeeksi mukaan arkipäivään asti. Potilaalle/omaisille annetaan yhteystietolomakkeet ja jatkohoito-ohjeet suullisesti sekä kirjallisesti, jotta he voivat ottaa yhteyttä jatkossa mahdollisten epäselvyyksien tai lisäkysymysten vuoksi. (Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2009.)

3.2 Potilaan kotiutustilanne terveyskeskuksen vuodeosastolla

Potilaan tultua osastolle tavoitteena on tehdä hänelle hoitosuunnitelma viiden vuorokauden kuluessa. Mahdollisimman pian osastolle tulon jälkeen potilaan ja hänen omaistensa kanssa pohditaan kotiutusmahdollisuuksia ja tehdään alustava kartoitus kotioloista. Lääkäri tekee kotiutuspäätöksen ja kotiutusprosessi käynnistyy yhteistyössä hoitajien kanssa. Orimattilan alueelle on tehty kotiutusta ohjaava prosessikaavio, jonka mukaan kotiutusta toteutetaan terveyskeskuksen vuodeosastoilla. (Liite 1)

Jokaisen potilaan kotiutumissuunnitelmia käydään läpi perjantaisin isolla kierrolla, jossa ovat mukana kuntahoitaja, kotihoidon koordinaattori, sairaanhoitaja ja lääkäri. Omaisilla on mahdollisuus halutessaan olla läsnä osastolla ison kierron aikana. Kotiutuspäätöksiä tehdään myös muina päivinä, potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Vastaava sairaanhoitaja suunnittelee potilaan ja hänen omaistensa kanssa kotiutusta. Potilaan kotiutumisesta ilmoitetaan tarvittaessa ennakkoon kotihoitoon. Tarvittaessa ennen kotiutusta tehdään kotikäynti jossa arvioidaan ja selvitetään asunnon muutostöiden ja apuvälineiden tarve. Kotiutusneuvottelussa sovitaan käytännön järjestelyt potilaan, omaisen ja kotihoidon ja osaston sairaan-

hoitajan kanssa. Vastaava sairaanhoitaja valmistelee kotiutuksen ja potilas kotiutuu itsenäisesti tai kotiin annettavien palveluiden turvin. Vastaava sairaanhoitaja antaa kotiutujalle kotihoidon yhteystiedot johon voi ottaa yhteyttä jos on tarve. Sairaanhoitaja soittaa omaisille vielä tarvittaessa, käy läpi lääkitykset ja mahdolliset tulevat tapahtumat. Jos kotiutuva potilas on kotihoidon asiakas, sovitaan mahdollisesti, että kotihoito on vastassa asiakasta kotona, sovitaan kuljetukset sekä tilataan ateriapalvelut tarvittaessa (Karjalainen 2012b.)

Potilaan kotiutus edellyttää aina suunnitelmallisuutta, tapahtuipa kotiutus erikoissairaanhoidosta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta. Potilaan kotiutuessa johonkin muuhun paikkaan kuin kotiinsa, kotiutumisen huolehtii SAS-työryhmä, (SAS= selvitä - arvioi - sijoita) joka koordinoi terveyskeskussairaalan, vanhainkotien ja vanhusten palveluasuntojen käyttöä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän SAS-työryhmän toimintaohjeen mukaan SAS-työryhmä tarkastelee asiakkaiden tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa, myös asiakkaan siirtämistä eri palvelumuodosta toiseen aina silloin, kun asiakkaan toimintakyvyssä tai muussa hoitopaikan valintaan vaikuttavassa tekijässä on tapahtunut pysyväksi arvioitu muutos (Borg 2008.)

Hoitopaikan valinnassa SAS-työryhmä pyrkii siihen, että kuhunkin hoitopaikkaan ohjautuu sinne parhaiten sopiva potilas. Asiakkaan ja hänen omaistensa toiveet pyritään mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon. (Paajanen, Saikko & Tepponen, 2007.) Hoitopaikat määräytyvät yhteisesti sovittujen valintaperusteiden ja hoidonporrastuksen mukaan. Tällaisia seikkoja ovat muun muassa asiakkaan toimintakyky ja sen mukainen hoivapaikan tarve. Sen lisäksi asiakas pyritään ensisijaisesti sijoittamaan oman kotikuntansa yksikköön. (Borg 2008.)

SAS-työryhmään kuuluu eri ammattiryhmien jäseniä, esimerkiksi sosiaalityöntekijä, asumispalvelujen koordinaattori, osastonhoitaja, lääkäri/geriatri tai sosiaalihoitaja. SAS-työryhmän rooli jatkohoitopaikkojen järjestelyissä on korostunut vuoden 2004 jälkeen, koska silloin erikoissairaanhoito otti käyttöön sakkomaksut potilaille, jotka jonottavat jatkohoitopaikkaa yli kolme vuorokautta jatkohoitajonoon asettamisen jälkeen.

Orimattilassa SAS-työryhmään kuuluu asumispalvelujen koordinaattori, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja ja kaksi kotihoidon koordinaattoria. Tarvittaessa työryhmän kokouksiin kutsutaan eri yksiköiden edustajia. (Borg 2008.) Omaisten rooli potilaan kotiutuksessa on merkittävä, koska heillä on suuri vaikutus ikääntyneiden kotona selviytymiseen. Ikääntyneet ovat usein kotiutustilanteessa voimakkaiden tunteiden vallassa ja omaisten tuoma turvallisuudentunne on tärkeässä asemassa.

Ahonen, Käyhty, ja Ahvo, (2008) toteaa, että potilaan omaiset otetaan mukaan potilaan suostumuksella jo heti kotiutusprosessin alkuvaiheessa. Tämä lisää kotiutumisen onnistumismahdollisuuksia ja vähentää osastolle palautumista. Omaisten ohjaaminen on tärkeää, omaiset tarvitsevat monipuolista tietoa ja tukea läheisensä kotiutuessa hänen muuttuneesta tilastaan. Omaiset tarvitsevat myös ohjausta kuntouttavan työtteen omaksumiseen ja toteuttamiseen. (Ahonen ym. 2008, 129–131.)

Koposen (2003) väitöskirjan mukaan omaisilla, jotka osallistuvat riittävästi kotiutuksen suunnitteluun on paremmat valmiudet myös selviytyä potilaan auttamisesta kotona ja he hyväksyivät paremmin auttajan roolin. Tämä edesauttaa potilaiden selviytymistä kotona ja vähentää palautumista sairaalahoitoon pärjäämättömyyden vuoksi.

4 HAASTEET ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN TOTEUTUMISESSA KOTIUTUSTILANTEESSA

4.1 Oikeus päättää omista asioista

Jo ihmisen perustarpeisiin kuuluu tarve olla subjekti, jolloin päätökset ovat hänen itsensä tekemiä. Tiedonsaanti on subjektiuden perusta. (Tuominen 2006, 17, 62.) Myös laissa potilaan oikeuksista (1992/784) määritellään, että potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Omaan hoitoon osallistuminen ja oman elämänsä kontrolloiminen vaikuttavat hyödyntävästi sekä kuntoutumiseen että selviytymiseen (Tuominen 2006, 15).

Potilaan subjektiivinen asiantuntijuus hukkuu hoitoalan asiantuntijoiden näkemysten alle, jos hänen ajatuksiaan ja mielipiteitään ei kuunnella. Potilas on sairaalassa melko yksin ajatuksiensa ja toiveidensa kanssa. Subjektiivisella asiantuntijuudella ei ole edellytyksiäkään toteutua jos vanhus ei ole perillä omista jatkosuunnitelmistaan. Haastatteluiden perusteella Tuominen (2006) tuo esiin, että potilaan rooliksi jää odottaa mitä muut päättävät hänen asioistaan ja kertovat sitten jossain vaiheessa miten tullaan toimimaan (Tuominen 2006, 63.)

Potilaat ymmärtävät kyllä, etteivät he voikaan tietää kaikkea. Tällöin on parempi luottaa asiantuntijoihin. Kuitenkin on tärkeää, että potilaan mielipidettä kysytään. Tässä tilanteessa, vaikka ammattilainen tietää tietävänsä ammattiinsa sisältyviä asioita paremmin, on päätösvalta kuitenkin potilaalla itsellään. Työntekijän tulisi esitellä näkemyksensä ja kertoa vaihtoehdot. (Tuominen 2006, 64.) Järnström (2011) esittää esimerkin, että potilaille kerrottiin päätöksestä, kuinka usein kotihoito tulisi käymään. Potilaalla oli asiaan toisenlainen näkemys, mutta päätöstä ei enää muutettu. (Järnström 2011, 176.)

Tuominen (2006) tuo väitöskirjassaan, potilaiden haastatteluiden perusteella, esiin kuinka sairaalassa oleminen on pitkälti toisten armoilla olemista. Esimerkiksi ajatuksen kotiin lähdöstä tuo esiin lääkäri. Potilaan mielipidettä ei ole kysytty, eikä vaihtoehtoja esitetty. Esimerkkihaastattelussa tuli myös esiin, että potilas oli toivonut siirtoa jonnekin muualle, mutta lääkärin kanta sai vahvemman sijan ja van-

hus kotiutettiin. Itsemääräämisen säilyminen edellyttää potilaalta jämäkkyyttä, omaa tahtoa, aloitetta ja tarmoa. (Tuominen 2006, 59–61.)

4.2 Tiedonsaanti kotiutustilanteessa

Tiedonsaantioikeudesta säädetään potilaslain (1992/785) 5 §:ssä. Tiedonsaantioikeus ei ole ainoastaan itsemääräämisoikeuden johdannainen, vaan se on myös osa potilaan ja häntä hoitavan henkilökunnan välistä luottamuksellista hoitosuhdetta. Potilaalla on erityisesti oikeus sellaisen selvityksen saamiseen, jolla on merkitystä kun päätetään hoidosta. (Kotisaari & Kukkola, 2012, 108.)

Sekä potilaat että omaiset toivovat tietoa tulevasta kotiutuksesta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. He toivovat tietoa jatkotoimenpiteistä, lääkityksestä sekä kotipalveluun liittyvistä avuista ja tietoa myös etuuksista. Myös tietoa erilaisista palveluvaihtoehdoista, kotihoidon käyntiajoista, apuvälineistä ja yksityisen hoidon järjestämisestä tarvitaan, sekä mahdollisuudesta saada apua henkiseen jaksamiseen. Potilaat ovat tuoneet esille, että kaipaavat asioiden läpikäymistä useampaan kertaan. Potilaat ja omaiset pitävät tärkeänä sitä, että kotiutuvalle on tarvittaessa hankittu apuvälineet ja kotiavut. Kotona tehtävää kartoittavaa kotikäyntiä, ennen varsinaista kotiutusta, esimerkiksi fysioterapeutin kanssa, pidetään tärkeänä. Tällaista toivotaan varsinkin pitkään osastolla olleille. (Holma 2003, 46.)

Miller, Järnströmin (2011) mukaan, oudoksuu kuinka potilaalla on vastuu antaa tietoa ja seurata asiantuntijoiden antamia suosituksia, mutta henkilökunnalla vastaavaa tiedon antamisen velvoitetta ei tunnu olevan. Jos potilas ei tiedä asioistaan, hänen on vaikea osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tiedonsaantia ei siis tulisi aliarvioida. (Järnström 2011, 195–196.)

Järnströmin (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, että vaikka kotiutuminen oli tapahtumassa lähiaikoina, potilaalle siitä ei ollut puhuttu. Vanhusten haastatteluissa oli tullut esiin, että pääsääntöisesti tietoa ei saa ja jos saa niin se edellyttää kyselemis-

tä. On myös pidettävä puolensa jos tietoa haluaa. Potilaat kokivat myös, ettei henkilökunnalla ollut aikaa keskustella heidän kanssaan. (Järnström 2011, 186, 201.) Yksi potilaille tiedon antamiseen liittyvä haaste saattaa olla se, että henkilökunnalla ei ole selvää kuka tiedon antaa potilaalle. (Laapotti-Salo 2003, 41).

Poikkimäen (2004) tutkimuksesta nousee esille henkilökuntaan kohdistuvia odotuksia ja vaatimuksia. Potilaat vaativat henkilökunnalta enemmän inhimillisyyttä, nöyryyttä, kärsivällisyyttä, ystävällisyyttä, empaattisuutta ja lämpöä. Henkilökunnan kiireen ja ajan niukkuuden koettiin vaikuttavan juuri näihin arvoihin negatiivisesti. (Poikkimäki, 2004, 83–85.)

4.3 Potilaan kuuleminen

Potilaan toiveita ja näkemyksiä tulisi kuunnella erityisen tarkasti. Heidän tahtonsa saattaa herkästi jäädä esimerkiksi omaisten mielipiteiden alle. Potilaiden tahtoa ja asennetta tulisi pyrkiä kunnioittamaan. (Pahlman 2007, Järnströmin 2011, 49, mukaan.) Toiveista voidaan poiketa, mikäli ne eivät kohtaa työntekijöiden näkemystä hoidon tarpeesta. Poikkeaminen on myös mahdollista, jos palvelut tulisivat liian kalliiksi. Työntekijöiden ja potilaan näkemysten poikkeaminen edellyttää syiden selvittämistä. (Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015, 2007, Järnströmin 2011, 50 mukaan.)

Järnströmin (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, kuinka vanhuksia ei juurikaan kuunneltu esimerkiksi hoitoneuvotteluissa (Järnström 2011, 176). Kuitenkin Laapotti-Salo (2003) kertoo, että pitkään osastolla olleiden kotiutussuunnitelmat olivat toteutuneet paremmin kuin lyhyemmän ajan osastolla olleilla.

Naukkarisen (2008) tutkimuksen mukaan henkilöstö voi tukea potilasta rohkaisemalla ja kuuntelemalla, esittämään kysymyksiä ja mielipiteitä. Luottamuksellinen hoitosuhde ja potilaan yksilöllinen kohtaaminen rohkaisevat potilasta molemminpuolisuuteen. Potilas kokee itsemääräämisen tärkeänä ja on halukas osallistumaan. (Naukkarinen 2008, 42) Tutkimuksissa on tullut ilmi että potilaat kokevat puut-

teita tiedonsaannissa, heillä olisi ollut tarve saada enemmän suullista ja kirjallista tietoa sairaudestaan, sen lääkityksestä ja komplikaatioista sekä jatkohoidosta. (Poikkimäki 2004, 87)

4.4 Potilaan osallistuminen hoitoon

Osallistuminen omaan hoitoon on kuntoutumisen ja selviytymisen kannalta eduksi. Myös oman elämän kontrolloiminen edesauttaa selviytymistä. Jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi, tulisi potilaan yksilöllisesti osallistua asioidensa hoitoon. (Latvala 1998, Järnströmin 2011, 51–52 mukaan.) Potilaan mielenterveys saattaa kohentua ja itsetunto lisääntyä hoitoon osallistumisen myötä. Osallisuuden kehittämisessä on tärkeässä asemassa yhteistoiminta, jossa potilas voi tuoda mielipiteensä esiin. (Ristiniemi 2005, Järnströmin 2011, 52, mukaan.)

Järnström (2011) tuo esiin tutkimuksessaan, että potilaat kokivat olleensa sivussa omista asioistaan, eivätkä he saaneet tietoa tilanteestaan. Potilaiden näkemyksiä ei myöskään kyselty. Potilaat kokivat myös, ettei heitä otettu tosissaan, eikä heidän toiveita tai mielipiteitä kyselty. (Järnström 2011, 201.)

Laapotti-Salon (2003) tutkimukseen haastatelluista yksikään ei ollut osallistunut hoitonsa tavoitteiden asettamiseen hoitohenkilökunnan kanssa. Osa haastatelluista luuli, ettei potilailla ole oikeutta osallistua hoitonsa suunnitteluun. Haastatteluun osallistuneet iäkkäät potilaat olivat kuitenkin ilmaisseet halunsa osallistua. (Laapotti-Salo 2003, 38–40.)

Naukkarisen (2008) mukaan myös kansainvälisessä tutkimuksessa on noussut esiin puutteita potilaiden tiedonsaannissa, autonomiassa sekä osallistumista koskevilla asioilla (Naukkarinen 2008, 15.) Potilaat sitoutuvat omaan hoitoonsa, kun hän saa olla itse mukana asettamassa hoidollensa tavoitteita ja ymmärtää tekojensa merkityksen sairautensa hoidossa (Kotisaari & Kukkola, 2012, 86.)

4.5 Tasavertainen vuorovaikutus

Jotta potilas voisi osallistua ja hänet voitaisiin huomioida, edellyttää se tasavertaista vuorovaikutusta työskentelysuhteessa. Tällaisessa suhteessa potilas kohdataan ilman ennakko-oletuksia. Keskusteluissa nousee tällöin myös potilaan kokemukset ja ajatukset keskiöön. (Kokkola ym. 2002, Järnströmin 2011, 52, mukaan.) Lehtosen (1998) mukaan potilaan osallistumista edesautetaan tasavertaisen vuorovaikutuksen keinoin. Myös ikääntynyttä potilasta kunnioitetaan ja häneen suhtaudutaan kunnioittaen, oman itsensä asiantuntijana. Potilaan kanssa yhteistyössä asetetaan tavoitteet työskentelylle ja tarjotaan mahdollisuus valintoihin. (Järnström 2011, 52.) Potilaalle on usein varattu vain rajattu mahdollisuus osallistua keskusteluihin. Tällöin hän saattaa tulla paikalle vain kuuntelemaan valmiiksi suunniteltuja ehdotuksia. (Kokko 2003, Järnströmin 2011, 52, mukaan)

Järnströmin (2011) tutkimuksessa tuli esiin, että jatkohoitosuunnitelmista ei juuriakaan neuvotella heidän kanssaan. Haastatteluissa ilmeni potilaiden mielipiteiden huomiotta jättäminen. Esimerkiksi ikääntynyt potilas oli odottanut kotiinlähtöpäivää, mutta kerrottiin, ettei hän tulisi enää kotiutumaan. Ikääntyneet potilaat kokivat, että muut päättävät heidän asioistaan. Potilaat kokivat myös keskustelussa olleensa eritasolla ja havaittavissa oli minä – ne – asetelma. Potilaiden kysymyksiin ei myöskään otettu kantaa. (Järnström 2011, 177–178, 201.)

Naukkarisen (2008) tutkimuksen mukaan hoitoon osallistuvan henkilöstön ja potilaiden näkemyksen potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta eroavat. Potilaat arvioivat itsemääräämisoikeutensa toteutuvan huomattavasti huonommin kuin hoitava henkilöstö. (Naukkarinen 2008, 42.)

5 ASIAKASPALAUTE HOIDON LAADUN KEHITTÄJÄNÄ

Yksi innovatiivisen yrityksen tunnusmerkkejä on asiakaspalautteen kerääminen ja sen hyödyntäminen. Parhaimmillaan asiakaspalaute eli asiakkailta saatu tieto toimii kehittämisen perusteena. (Lindström & Leppänen 2002, 216.)

Asiakas tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa ihmistä, joka käyttää sosiaalihuollon palveluita. Potilaaksi taas kutsutaan ihmistä, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluita. (Pajukoski 2004, 176–204) Potilas on määritelty yksilöksi, jolla on jokin terveydellinen ongelma, kun taas asiakas nähdään yksilönä joka on palveluiden tai tuotteiden vastaanottaja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto, 2002) Asiakkaan toimintakyvyn alentuessa riittävästi, hänestä tulee potilas (Salonen 2006). Asiakkaan pitäisi ymmärtää ja saada tietoa hoito- ja palveluketjunsä kokonaisuudesta ja hänellä tulisi olla mahdollisuus omaan palveluketjuunsa osallistumiseen ja vaikuttamiseen.

Terveydenhuollossa käytetään kumpaakin nimitystä, myös tässä tutkimuksessa käytämme sekä potilasta että asiakasta terveyskeskuksesta kotiutuvista ihmisistä. Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuvat potilaat siirtyvät käyttämään enemmän sosiaalihuollon kuin sairaanhoidon palveluita, joten painotamme enemmän asiakasnimitystä kyselylomakkeessamme.

Asiakastyytyväisyyskysely on yksi käytetyimmistä asiakastyytyväisyyden ja -palvelun mittareista. Kysely annetaan asiakastapahtuman jälkeen ja asiakas vastaa muutamiin väitteisiin. Kyselyssä on usein mahdollista vastata myös ns. avoimeen kysymykseen, jossa voi antaa palautteen omin sanoin. Palautetta on suorituksen, työn tai käytöksen kommentoiminen, jonka tavoitteena on suorituksen parantaminen ja kehittyminen. Terveydenhuollossa palautteen saamisella pyritään parantamaan asiakaslähtöisyyttä ja hoidon laatua. (Reinboth 2008, 106–107.) Asiakkaan arvio ja kokemus toteutuneesta palvelusta tukee terveydenhuollon laadun kehittämistä (Valli 2007,1).

Vapaamuotoisen palautteen muodossa tehtyyn kyselyyn liittyy kuitenkin puutteita. Puutteet saattavat olla seuraavanlaisia: oman tunteen ilmaiseminen laaditussa mittarissa ei ole aina helppoa. Jos mittari on laadittu esim. numeraalisena, ihmiset kokevat numerot eri tavoin. Kysely ei myöskään paljasta miksi ihminen on valinnut tietyn numeron. (Reinboth 2008, 106–107.)

Asiakastyytyväisyystutkimuksissa mm. kartoitetaan tekijöitä, jotka asiakas on kokenut positiiviseksi palvelutilanteessa. Näin tutkimuksien antaman informaation avulla voidaan määrittää organisaation toiminnalle suuntaviivoja ja tavoite-
tasoja. (Aarnikoivu 2005, 67–69.)

Vallin (2007) mukaan asiakaspalaute on tekojen, tunteiden ja tiedon vaihdantaa asiakkaan ja organisaation välillä. Ihmisten toimintaan ja asenteisiin vaikuttavat maininnut kolme tekijää, jotka yhteydessä toisiinsa. Vaihdannan tarkoitus on tarjota asiakkaalle mahdollisuus arvotuotannon kehittämiseen ja asiakkaan tarpeita vastaavien palvelukonseptien tuottamiseen asiakkaan tarpeita tyydyttävällä tavalla. (Valli 2007, 24.)

Avis ym.(1997) mukaan terveydenhuollossa potilaalla ei ole selkeitä odotuksia hoidosta. Potilaat saattavat myös olla haluttomia ilmaisemaan odotuksiaan, koska ovat epävarmoja tulevaisuudestaan. Potilaat eivät aina halua mitä he tarvitsisivat, esimerkiksi kotihoidon palveluita. Asiantuntijoiden tiedoista riippuu mitä he tarvitsevat. Eli kuinka hyvin asiantuntijat esimerkiksi tietävät potilaan asuinolosuhteet ja sairaudet. Leino-Kilpi (1994) kertoo, että potilaat saattavat olla tyytyväisiä, vaikka heidän toiveensa jäisivät toteutumatta. Vanhemmat ihmiset näyttävät olevan tyytyväisempiä kuin nuoret. Clearyn ym. (1992) mukaan tämä saattaa johtua siitä, että vanhemmilla ihmisillä on matalammat odotukset. Raatikainen (1991) tuo esiin, että erittäin sairaat ihmiset antavat huonompaa palautetta hoidostaan kuin terveemmät. Frizpatrickin (1991) epäilee tämän johtuvan kipujen määrästä, jolloin potilailla on taipumusta arvioida hoitoa myös negatiivisemmin. Monet potilaista ovat haluttomia sanomaan mitään negatiivista, koska he uskovat ja luottavat henkilökunnan tekevän parhaansa. Avis ym. (1997) väittää potilaiden saattavan raportoida korkeampaa tyytyväisyyttä, koska ovat tuhlanneet hoitohenkilö-

kunnan aikaa tai negatiiviset odotukset eivät ole toteutuneet. (Hiidenhovi 2001, 28–29.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön *tavoitteena* on kuvata potilaiden mielipiteitä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotiutumisvaiheessa. Mielipiteitä kerätään asiakaspalautekyselyn avulla. Asiakaspalautekyselyllä saadaan tietoa miten tutkimuskohteenä olevan terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolta kotiutuvien mielestä itsemääräämisoikeus toteutuu.

Tutkimuksen *tarkoituksena* on lisätä tietoa osastolle potilaiden itsemääräämisoikeudesta kotiutustilanteessa. Saadun palautteen avulla mahdollistuu laadun ja asiakastyytyvyyden kehittäminen.

Tutkimuskysymykseksi on asetettu: Millainen mielipide kotiutuvalla potilaalla on itsemääräämisoikeutensa toteutumisesta kotiutustilanteessa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin ensisijaisesti kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Jotta saimme vastaajilta sellaistaakin tietoa, jota emme osanneet valmiisiin vaihtoehtokysymyksiin muodostaa, lisättiin myös kvalitatiivinen menetelmä osaksi tutkimusta avoimen palautteen muodossa. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä saimme kuitenkin osastonhoitaja Tuija Sulosen toivomia tietoja itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotiutustilanteessa. Tulokset voitiin ilmoittaa kuvioiden avulla. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä saadaan vastaus kysymyksiin: Mikä, Missä ja Paljonko? Määrällinen tutkimusmenetelmä edellyttää riittävän suurta otosta. Tällä menetelmällä saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne (Heikkilä, 2004, 16.)

Alueellisen eettisen toimikunnan tulee seurata, ohjata ja arvioida tutkimuseettisten kysymysten käsittelyä alueellaan. Eettisen toimikunnan ensisijaisena tehtävänä on varmistaa, että tutkittavien turvallisuudesta huolehditaan (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Tutkimussuunnitelmaa arvioitaessa toimikunta paneutuu erityisesti tutkimuksen perustelulle, tutkimusongelmalle ja tutkimuksen tavoitteelle. Ohjeituksena näihin eettinen toimikunta määrittelee tutkimuksen perustelusta; tarkoituksena on tuottaa uutta terveystieteellistä tietoa sekä tutkimusongelmasta ja tutkimuksen tavoitteesta; tieteellisesti heikkotasoinen tutkimus on epäeettinen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Opinnäytetyö katsotaan tieteelliseltä tasoltaan heikkotasoiseksi. Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat PHSOTEY:n salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, opinnäyte- ja tutkimuslupaohjeet 2009.)

7.2 Aineiston hankinta

Tiedonkeruu toteutettiin asiakaspalaute muotoisella kyselylomakkeella, jonka kysymykset tehtiin strukturoituna (LIITE 2). Strukturoiduissa kysymyksissä on vaihtoehdot vastauksiksi valittu valmiiksi. Tällaisten vastausten käsittely on yksinkertaista. Vaihtoehtokysymykset ja asteikkokysymykset ovat strukturoituja kysymyksiä. (Kananen 2008, 25.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin pääosin Likertin asteikkoa. Tutkimuksen kysymyksistä 14 oli asteikkotyylisiä. Asteikko oli 5-portainen, jonka eri arvot olivat seuraavat: 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Osittain eri mieltä, 3 = Osittain samaa mieltä, 4 = Täysin samaa mieltä ja 5 = Ei ollut tarvetta. Kaksi kysymyksistä oli niin sanottuja suljettuja kysymyksiä, joihin vastausvaihtoehdoja oli annettu neljä. Kolme kysymyksistä oli vastausvaihtoehdoin kyllä ja ei. Tämän tyyppisten kysymysten etuna on, että saadaan paljon tietoa pieneen tilaan, niiden käsittely on helppoa ja niihin vastaaminen on nopeaa (Heikkilä, 2004, 52).

Lomakkeeseen lisättiin myös yksi avoin kysymys, jotta vastaajilta saatiin tietoa heidän kokemuksistaan, joita ei tule esiin strukturoiduissa kysymyksissä. Avomille kysymyksille tyypillistä on, että niiden luominen on helppoa, mutta käsittely on työlästä. Avomilla kysymyksillä voidaan saada tietoa, jota ei osattu odottaa, mutta monet jättävät niihin vastaamatta (Heikkilä, 2004, 49.) Avointa kysymystä ei rajattu mitenkään vaan se oli muodossa: vapaata palautetta koskien kotiutusta.

Pyrimme luomaan kyselylomakkeesta helposti lähestyttävän yhdessä osastonhoitajan kanssa. Yhteistyössä toimeksiantajan kanssa laaditut kysymykset antavat riittävää tietoa, jolla pystytään kehittämään kotiutustilanteita. Toimeksiantaja ei halunnut potilailta kerättävän minkäänlaisia taustatietoja, koska niiden ei oletettu olevan oleellisia tutkimustuloksiin nähden.

Heikkilän (2008) mukaan lomakkeen alkuun kannattaa sijoittaa helppoja kysymyksiä, joiden avulla pyritään herättämään vastaajan mielenkiinto aihetta koh-

taan. Lomakkeen ulkoasuun tulee myös kiinnittää huomiota ja jo kysymysten laadinnassa kannattaa miettiä miten helppo niitä on syöttää ja käsitellä tilasto-ohjelmalla. (Heikkilä 2008, 48–49.) Esitetasimme kyselylomakkeen yhdellä ikääntyneellä ja yhdellä työikäisellä henkilöllä. Lomakkeeseen liitettiin tutkijoiden yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. Tulostimme lomakkeet vihreälle, A4-kokoiselle paperille.

Asiakaspalautelomakkeeseen luotiin väittämiä Järnströmin tutkimuksessa esiintulleiden näkökulmien pohjalta. Potilaiden mielipidettä oikeudesta päättää omista asioista, selvitettiin väittämällä: Olen voinut vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan, joka oli asteikkokysymys 1-5 ja osallistumiseni kotiutusta koskevaan päätöksentekoon, joka oli suljettukysymys vastausvaihtoehdoin: päätin itse, päätin yhdessä läheisten kanssa, päätin yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ja en osallistunut päätöksentekoon.

Potilaiden mielipidettä tiedonsaannista kotiutustilanteessa tutkittiin kolmella väittämällä. Olen saanut eniten tietoa kotiutumisesta -väite oli suljettu neljällä vastausvaihtoehdolla: hoitajilta, lääkäriltä, omaisilta ja kotihoidon työntekijöiltä. Toinen tiedonsaantiin liittyvä väite oli: Sain tiedon kotiutumisestani riittävän ajoissa. Väite oli suljettu, kahdella vastausvaihtoehdolla: kyllä ja ei. Kolmas tiedonsaantiin liittyvä väite oli: Olen saanut riittävästi tietoa. Väitteessä oli eritelty osa-alueet: apuvälineistä, lääkkeistä, sosiaaliavustuksista ja tuista, avunsaannista henkiseen jaksamiseen, kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehdoista, kotihoidon työntekijöiden käyntiajoista, mahdollisuudesta yksityisiin palveluihin, avunsaannista äkillisiin tilanteisiin ja kodin muutostöistä. Väite oli asteikkokysymys 1–5.

Potilaiden mielipidettä potilaan kuulemisesta kotiutustilanteessa mitattiin kolmella väittämällä. Minulta kysyttiin mihin haluan kotiutua -väite oli suljettu kahdella vastausvaihtoehdolla: kyllä ja ei. Toinen väittäjä oli: mielipidettäni on kysytty arvioitaessa avuntarvetta kotona. Väite oli asteikkokysymys 1–5. Kolmas potilaan kuulemiseen liittyvä väite oli: mielipidettäni kuunneltiin kotiutumista koskevassa neuvottelussa (hoitoneuvottelussa). Väite oli asteikkokysymys 1–5.

Potilaiden mielipidettä hoitoon osallistumisesta tutkittiin väittämällä: Olen saanut osallistua kotiutukseni suunnitteluun, joka oli asteikkokysymys 1–5. Tasavertaisen vuorovaikutuksen toteutumista mitattiin väitteellä: Kotiutukseen liittyvistä asioista on puhuttu niin, että olen ne ymmärtänyt. Väite oli suljettu, kahdella vastausvaihtoehdolla: kyllä ja ei.

7.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusympäristö

Tutkimuksemme kohteena olevassa Orimattilan terveyskeskuksessa on kaksi perusterveydenhuollon akuutin hoidon osastoa. Vuodepaikkoja osastoilla yhteensä on 48 + 4. Osastoilla toteutetaan kuntouttavan hoitotyön otetta. Osastoilla hoidetaan lähinnä akuutin hoidon tarpeessa olevaa aikuisväestöä. Yleisimmät syyt hoitoon tulemiselle ovat yleiskunnon lasku, erilaiset infektiot, aivotapahtumat, haavaumat, muistihäiriöt, toimenpiteiden jälkeinen kuntoutus, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kivunhoito, mielenterveyspotilaat sekä huumausaineista vieroitushoito. Osastoilla hoidetaan myös saattohoito ja tutkimuspotilaita. Potilaiden osastolla saama hoito on vaativaa. Sitä toteuttaa osastoilla henkilökunta yhteistyössä osastojen lääkäreiden kanssa. Osastoille potilaat saapuvat sairaalasiirtoina erikoissairaanhoidosta, terveysaseman omasta päivystyksestä ja vastaanotoilta. Potilaat saattavat saapua osastolle myös kutsuttuna kotiaan.

Toinen osastoista on profiloitu ns. puhtaaksi osastoksi, jossa hoidetaan ennakkoon sovittujen endoproteesi- (polvi- ja lonkkaproteesi) potilaiden jatkokuntoutus. Toisella osastolla hoidetaan pääsääntöisesti sairaalainfektiopotilaita. Pääosin potilaat osastoilla ovat lyhytaikaispotilaita. Pitkäaikaispotilaita varten on kuitenkin varattu kahdeksan vuodepaikkaa. Vakinaista henkilökuntaa osastoilla on 14 hoitajaa, osastojen lääkäri ja osastojen yhteinen osastonhoitaja. (Karjalainen 2012a.)

7.4 Kyselyn toteutus

Kysely suoritettiin kesällä 2012. Kyselylomakkeita toimitettiin terveystieteiden keskuksen 50 kappaletta, joista palautui 34 kappaletta. Kokonaisotos oli 33, koska yhden lomakkeen jouduimme hylkäämään. Terveystieteiden keskuksen hoitajat antoivat kyselylomakkeet kotiutumassa oleville potilaille. Potilaat palauttivat kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon. Potilaita ei valikoitu vaan lomake annettiin sattumanvaraisesti kotiutumassa oleville. Potilaiden valikoimattomuus oli osastonhoitajan toive. Suurin osa osaston potilaista on iäkkäitä, mutta osa työikäisiä. Näin ollen on mahdollista olettaa, että osa palautetuista kaavakkeista oli työikäisten täyttämiä. Kyselykaavake oli asiakaspalautemuotoinen.

Kävimme viemässä asiakaspalautteen kyselykaavakkeet akuuteille vuodeosastoille 1 ja 3, kesäkuun 2012 alussa ja samalla esittelimme kummankin osaston henkilökunnalle tutkimussuunnitelmamme sekä sen tarkoituksen. Sovimme henkilökunnan kanssa että he antavat asiakaspalautelomakkeen kaikille kotiutuville potilaille ja vastaamisen jälkeen kaavake tulee sulkea suljettuun kuoreen joka laitetaan osastolla olevaan asiakaspalautelaatikkoon. Osastonhoitajan kanssa sovimme asiakaspalautekyselyn kestoksi kaksi kuukautta, mutta niukan vastaus määrän vuoksi jatkoimme kyselyä vielä kuukauden ajan. Kesän aikana olimme yhteydessä osastonhoitajaan sähköpostitse ja puhelimitse sekä käymällä osastoilla tapaamassa henkilökuntaa, tavoitteena kartoittaa kyselyn edistymistä sekä kannustaa heitä vielä jakamaan kyselykaavakkeita kotiutujille. Osaston henkilökunnan tapaaminen tutkimusjakson aikana oli hyvä tapa vielä kerrata heille tutkimuksen tarkoitus ja samalla he saivat mahdollisuuden kysyä tutkimuksestamme mieleen nousseita asioita. Elokuun 2012 lopussa haimme suljetut kuoret osastoilta pois.

7.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytimme apuna Internet-pohjaista Webropol-ohjelmaa. Sen avulla saimme kyselyn tulokset taulukoitua. Webropol-ohjelman käyttöön tutustuimme Lahden ammattikorkeakoulun kurssilla ”Tietokone työvälineenä”.

Osastonhoitaja Riitta Karjalainen ei ole omalta osaltaan vaatinut tulosten monimutkaista taulukointia, vaan pyrkimyksenä on ainoastaan nähdä kotiutumiseen vaikuttavat tekijät selkeästi.

Saamamme valmiit kyselyjen vastaukset syötimme itse Webropolin avulla tehtyyn taulukkopohjaan, joka teki meille haluamamme kaaviot tuloksista. Webropolissa valitsimme ensin kyselyn luomisen ja sen jälkeen monivalinta-asteikon kyselymme luomista varten. Monivalinta-asteikko antoi mahdollisuuden syöttää vastausvaihtoehtoiksi Likertin asteikon ja käyttämämme vastausvaihtoehdot. Käytimme numeroasteikkoa joko asteikolla 1–4 tai 1–5 ja arvioitavien asioiden kohdalle kirjoitimme erilaiset väittämät kyselystämme. Emme asettaneet vastausvaihtoehtoja pakollisiksi, koska emme vaatineet kyselylomakkeessamme pakollista vastausta. Saamissamme valmiissa kyselylomakkeissa osa vastaajista oli vastannut vain osaan kysymyksistä. Vastanneiden määrä näkyy jokaisen vastauksen kohdalla erikseen. Väittämissä, joissa vastausvaihtoehtoina oli kyllä tai ei, käytimme valintakysymysasteikkoa. Täytettyämme kyselyn valmiiksi lähdimme luomaan kyselyn asetuksista vastauksien keruuta.

Testasimme ensin raportin tekoa testiraportilla. Sen jälkeen loimme perusraportin usean vastaajan massaraportoinnilla ja syötimme vastaajien vastaukset valmiisiin kyselylomakkeisiin. Raportin luomisessa pystyimme valitsemaan erilaisia vaihtoehtoja raportoinnille, valitsimme lukumäärien ja tarkkojen tulosten raportoinnin sekä erilaisia vaihtoehtoja kuviolle, kuten piirakkakuvion ja pylväskuvion. Lukitimme kyselyn saatuaamme raportoinnin valmiiksi tietosuojan vuoksi. Syötettyämme tiedot hävitimme kyselylomakkeet.

Tutkimuksen eettisyys ja anonyymius toteutuu, koska kyselylomakkeissa ei ole vastaajien nimiä eikä taustatietoja. Weropol-ohjelma on käyttäjätunnuksen takana ja valmiiden kyselytulosten tulostamisen jälkeen hävitimme tiedot Weropolista.

Avoimen kysymyksen tuottamat tutkimustulokset analysoimme sisällönanalyysia apuna käyttäen, induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Avoimesta kysymyksestä saatu aineisto toimii määrällistä tietoa täydentävänä jolloin saatiin kattavampi ja

tarkempi kuva potilaiden kokemuksista. Potilaiden vapaasti tuottamasta tekstistä etsittiin yhtenäistä logiikkaa tai tutkimuksen ohjaamaa kertomusta. Sen jälkeen pelkistämme tutkimusaineiston. Se tarkoittaa, että tutkimusaineistosta hävitetään kaikki tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio hävittämättä kuitenkaan tärkeää informaatiota. (Vilka 2005, 161–162.)

Aineiston tiivistämisen jälkeen ryhmiteltiin uusi kokonaisuus. Tutkimuksen tuloksena näistä ryhmittelyistä muodostuu sitten käsitteitä, luokitteluja tai uusi teoreettinen malli. (Vilka 2005, 161-162.) Vapaamuotoista palautetta oli kymmenessä lomakkeessa. Käytimme alkuperäisiä ilmauksia syventämään strukturoiduista kysymyksistä saatua tietoa.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

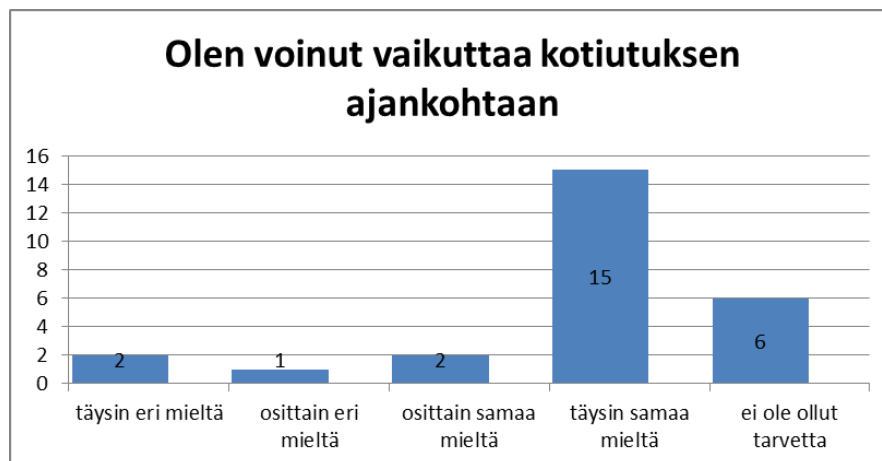
8.1 Oikeus päättää omista asioista

Potilaiden mielipidettä oikeudesta päättää omista asioista, mitattiin väittämällä

1. Osallistumiseni kotiutusta koskevaan päätöksentekoon (kuvio 1) ja
2. Olen voinut vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan. (kuvio 2)



Kuvio 1 Vastaajien mielipide osallistumisestaan kotiutumista koskevaan päätöksentekoon (n=33)



Kuvio 2 Vastaajien mielipide kotiutuksen ajankohtaan vaikuttamisesta (n = 26)

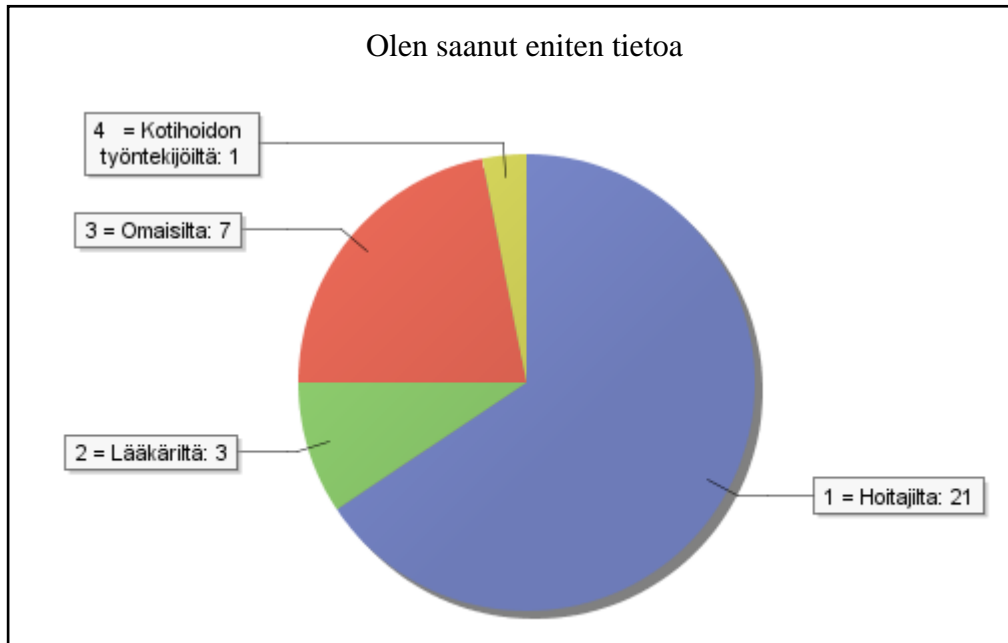
Osallistumista kotiutumista koskevassa päätöksenteossa vaihtoehtoja oli neljä: Päätin itse, päätin yhdessä läheisten kanssa, päätin yhdessä henkilökunnan kanssa ja En osallistunut päätöksentekoon. Tässä väittämässä vastaukset (33) jakautuivat melko tasaisesti (kuvio 1). Kotiutuksen ajankohtaan vaikuttamisen mahdollisuutta mitattaessa vastausvaihtoehtoja oli viisi: täysin erimieltä, osittain erimieltä, osittain samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja ei ole ollut tarvetta. Tässä kohdassa vastaajat (30) olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että ovat saaneet vaikuttaa kotiutumisen ajankohtaan (kuvio 2).

8.2 Tiedonsaanti kotiutustilanteessa

Tiedonsaantia kotiutustilanteessa mitattiin väittämällä

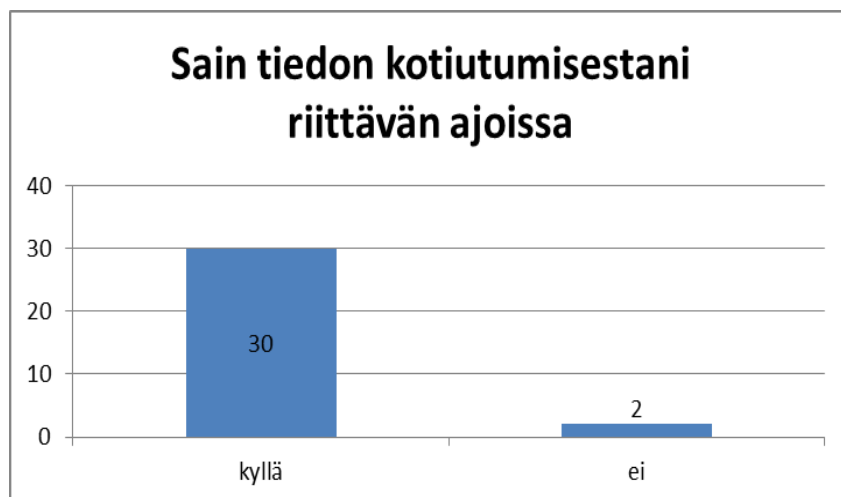
- Olen saanut eniten tietoa (kuvio 3)
- Sain tiedon kotiutumisestani riittävän ajoissa (kuvio 4)
- Olen saanut riittävästi tietoa apuvälineistä (kuvio 5), lääkkeistä (kuvio 6), sosiaaliavustuksista ja tuista (kuvio 7), avunsaannista henkiseen jaksamiseen (kuvio 8), kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehtoja (kuvio 9), kotihoidon työntekijöiden käyntiajoista (kuvio 10), mahdollisuudesta yksityisiin palveluihin (kuvio 11), avunsaannista äkillisiin tilanteisiin (kuvio 12) ja kodin muutostöihin (kuvio 13).

Väittämässä keneltä on saanut eniten tietoa kotiutumisesta, vastausvaihtoehtoja oli neljä: hoitajilta, lääkäriltä, omaisilta ja kotihoidon työntekijöiltä. Tässä kysymyksessä vastaajat (32) olivat vastanneet pääosin saaneensa eniten tietoa hoitajilta. Noin neljännes (7) oli saanut eniten tietoa omaisiltaan. Lääkäriltä eniten tietoa oli saanut vastaajista kolme ja kotihoidon työntekijöiltä yksi (kuvio 3.)



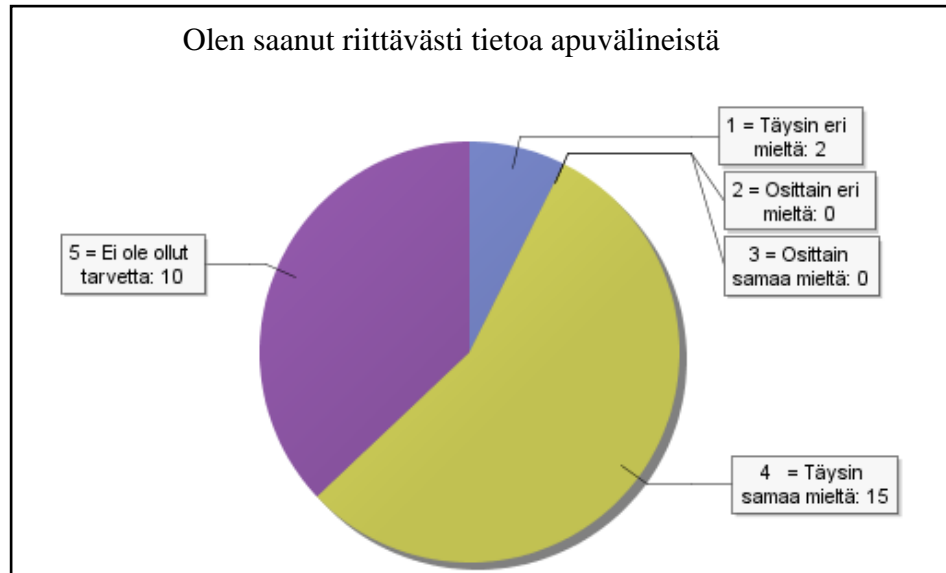
Kuvio 3 Vastaajien mielipide siitä, keneltä on saanut eniten tietoa kotiutumista (n = 32)

Väittämässä: Sain tiedon kotiutumisestani riittävän ajoissa, vastaajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että tieto oli tullut ajoissa (kuvio 4).



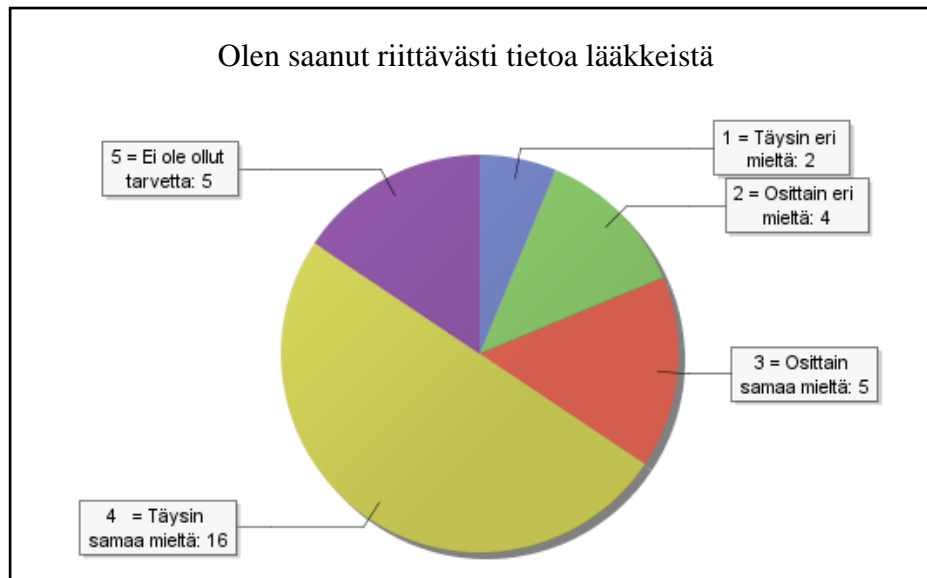
Kuvio 4 Vastaajien mielipide tiedonsaannista liittyen kotiutumisen ajankohdan (n= 32)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa apuvälineistä, vastaajista (27) yli puolet (15) olivat sitä mieltä, että tietoa on saatu riittävästi. Isolla osalla (10) ei ollut tarvetta uuteen tietoon apuvälineistä. Täysin erimieltä väittämän kanssa oli vastaajista kaksi (kuvio 5).



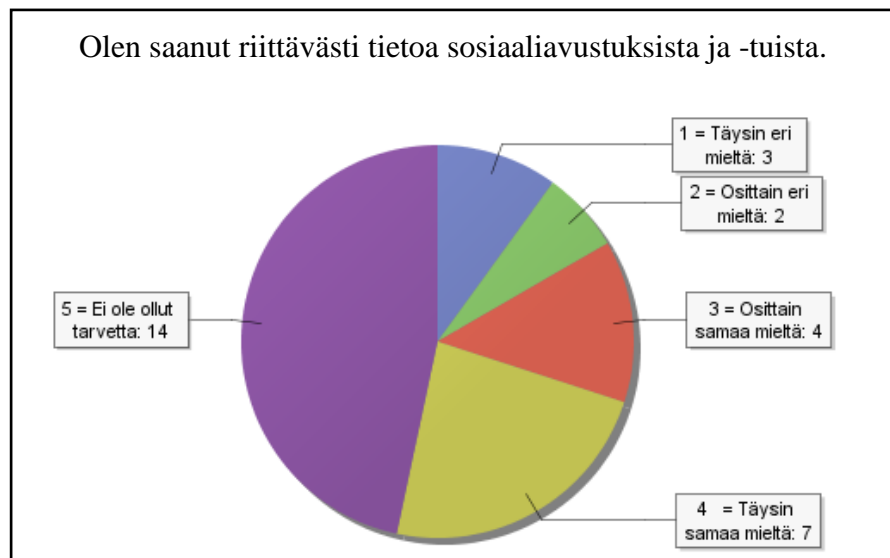
Kuvio 5 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa apuvälineistä. (n = 27)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa lääkkeistä, vastaajista (32) noin puolet (16) olivat sitä mieltä, että tietoa on saanut riittävästi. Viidellä vastanneista ei ollut tarvetta, osittain eri mieltä oli neljä ja täysin eri mieltä oli kaksi vastanneista (kuvio 6).



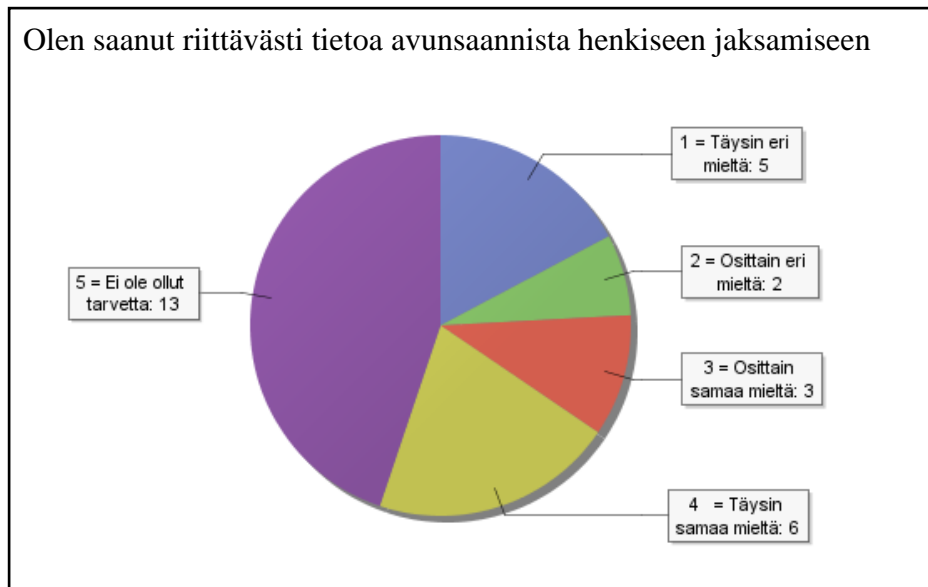
Kuvio 6 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa lääkkeistä. (n = 32)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa sosiaaliavustuksista ja tuista, vastaajista (30) lähes puolella (14) ei ollut ollut tarvetta tietoon. Neljännes (7) vastaajista oli mielestään saanut riittävästi tietoa. Neljä vastaajista oli osittain samaa mieltä, osittain erimieltä oli kaksi ja täysin erimieltä oli kolme (kuvio 7).



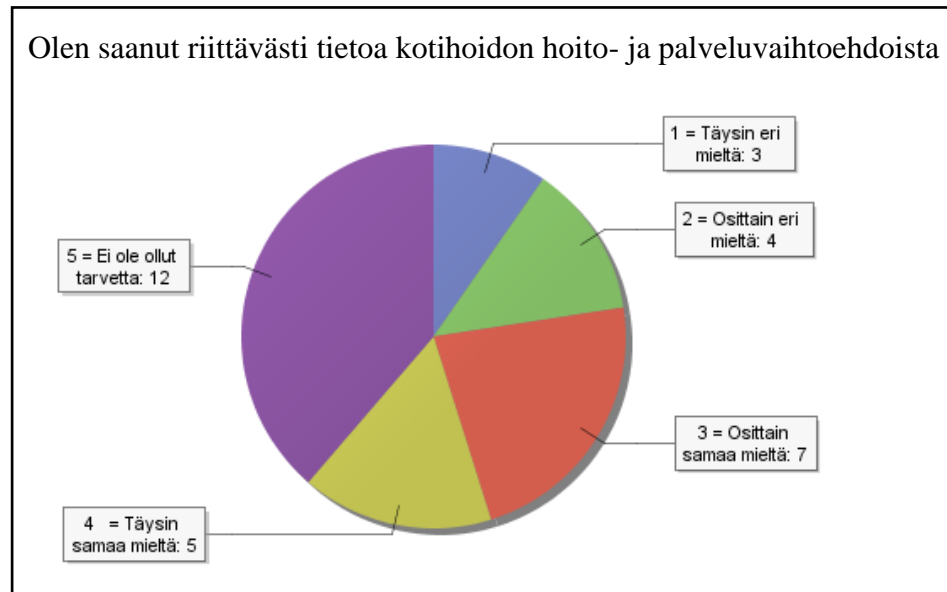
Kuvio 7 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa sosiaaliavustuksista ja -tuista. (n = 30)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa avunsaannista henkiseen jaksamiseen, vastaajista (29) vajaa puolet (13) oli sitä mieltä, ettei tarvetta tällaiseen tietoon ollut. Kuusi vastanneista oli saanut riittävästi tietoa. Kolme oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä, kaksi osittain eri mieltä ja viisi täysin eri mieltä (kuvio 8).



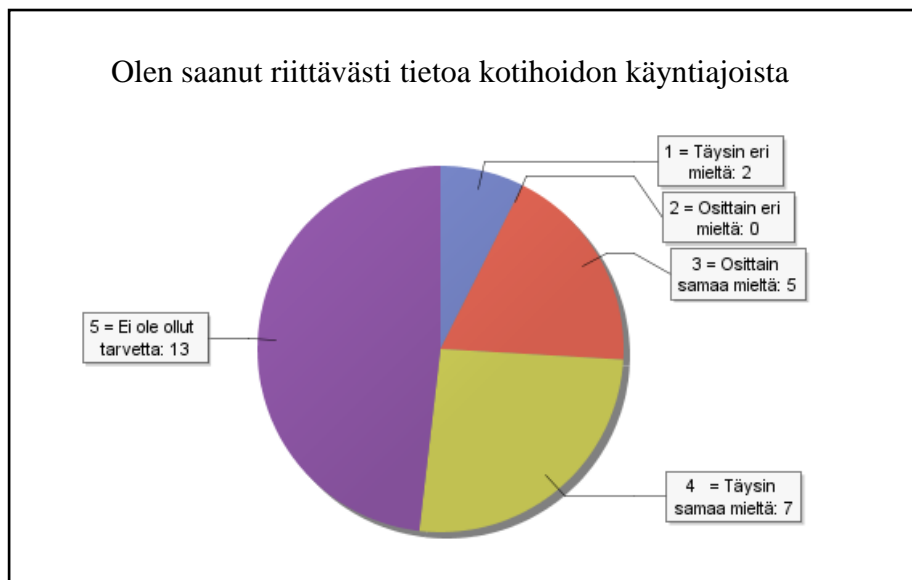
Kuvio 8 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa avunsaannista henkiseen jaksamiseen. (n = 29)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehtoista, vastaajista (31) neljännes (7) on osittain samaa mieltä ja viisi täysin samaa mieltä. Täysin eri mieltä vastaajista on ollut kolme ja osittain eri mieltä on ollut neljä. Vastaajista vajaalla puolella (12) ei mielestään ole ollut tarvetta tällaiseen tietoon (kuvio 9).



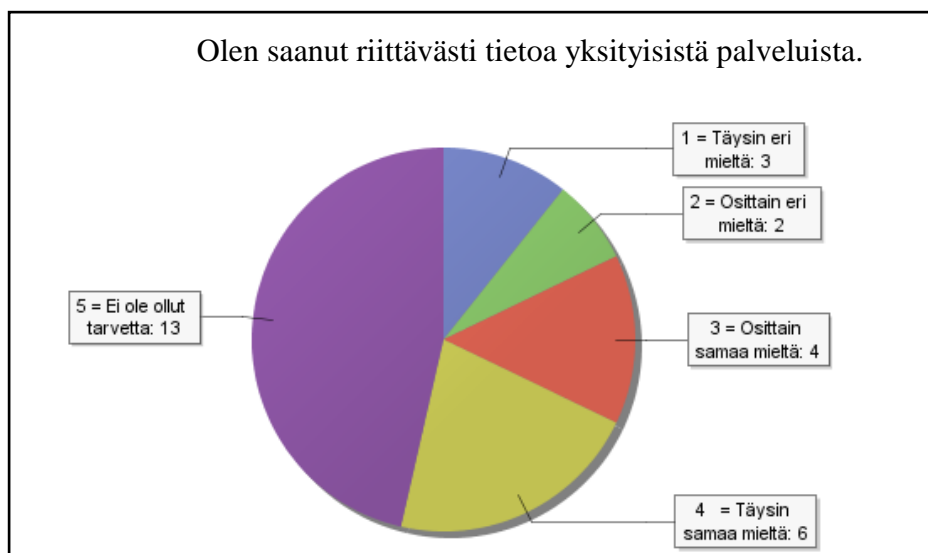
Kuvio 9 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehtoista. (n = 31)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa kotihoidon työntekijöiden käyntiajoista, vastaajista (33) vajaa puolet (13) oli sitä mieltä, että ettei ole tarvinnut tietoa tästä asiasta. Täysin samaa mieltä oli neljännes (7). Osittain samaa mieltä oli viisi ja täysin eri mieltä kaksi (kuvio 10).



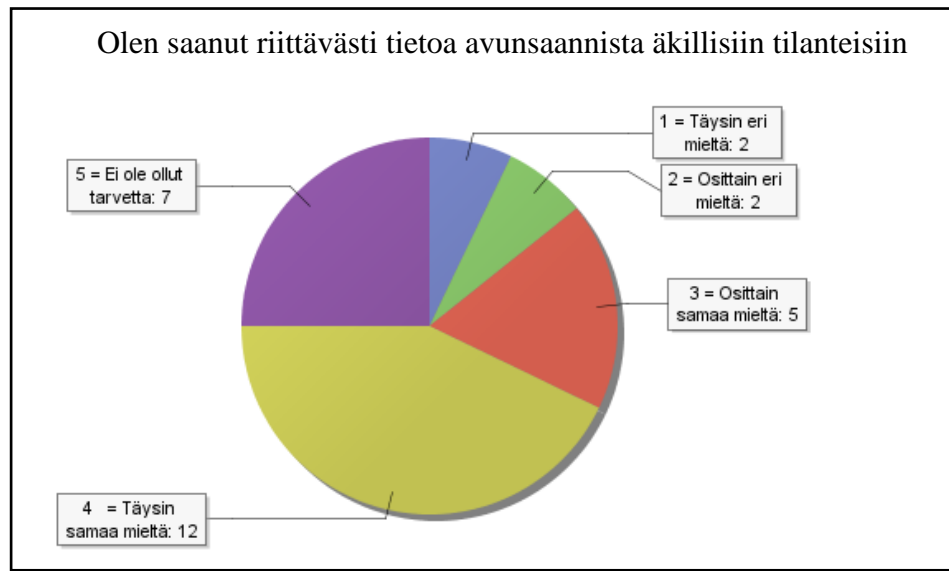
Kuvio 10 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa kotihoidon käyntiajoista. (n = 33)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa mahdollisuudesta yksityisiin palveluihin, vastaajista (28) vajaalla puolella (13) ei ole ollut tarvetta tietoon liittyen tähän asiaan. Täysin samaa mieltä vastaajista oli ollut kuusi. Osittain samaa mieltä oli ollut neljä, osittain eri mieltä oli ollut kaksi ja täysin eri mieltä väittämän kanssa oli ollut kolme (kuvio 11).



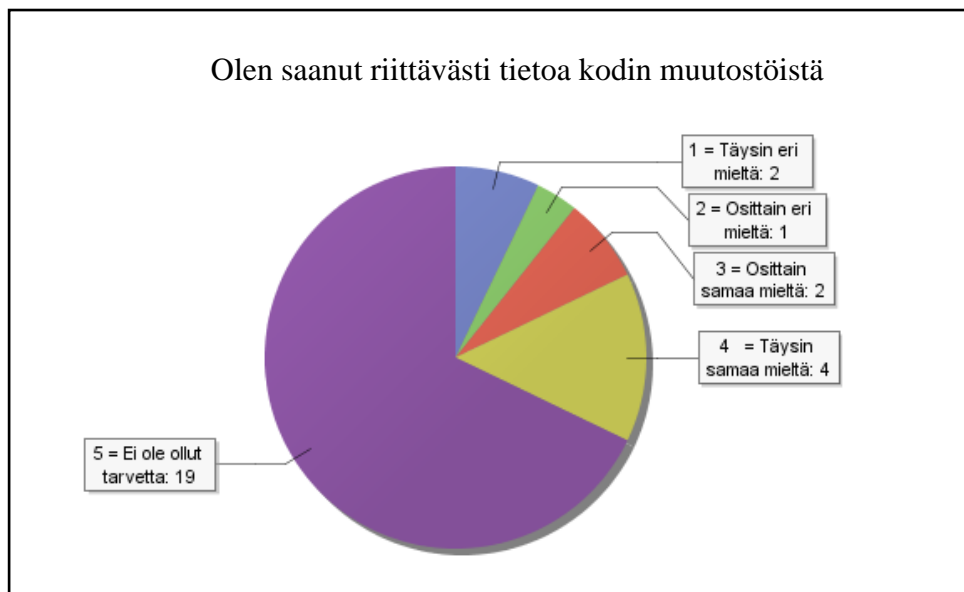
Kuvio 11 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa yksityisistä palveluista. (n = 28)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa avunsaannista äkillisiin tilanteisiin, vastaajista (28) noin neljänneksellä (7) ei ole ollut tarvetta tällaiseen tiedonsaantiin. Täysin samaa mieltä on ollut vajaa puolet (12). Täysin eri mieltä ja osittain eri mieltä on ollut vastaajista kaksi. Osittain samaa mieltä väitteen kanssa on ollut vastaajista viisi (kuvio 12).



Kuvio 12 Vastaajien mielipide väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa avunsaannista äkillisiin tilanteisiin. (n = 28)

Väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa kodin muutostöistä, vastaajista (28) yli puolet (19) oli sitä mieltä, ettei tällaiseen tietoon ollut ollut tarvetta. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli vastaajista neljä. Täysin eri mieltä oli kaksi, osittain eri mieltä oli yksi ja osittain samaa mieltä kaksi (kuvio 13).



Kuvio 13 Vastaajien mielipiteet väittämässä: Olen saanut riittävästi tietoa kodin muutostöistä. (n = 28)

8.3 Potilaan kuuleminen

Potilaan kuulemista kotiutustilanteessa mitattiin väittämillä:

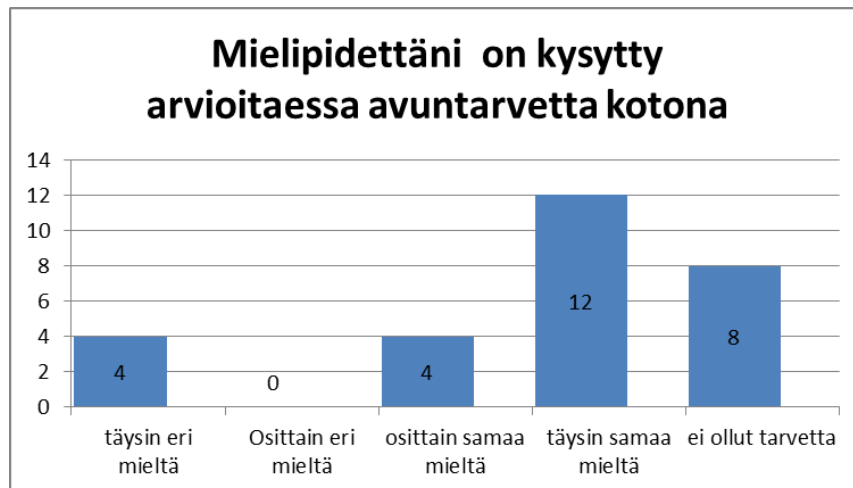
- Minulta kysyttiin mihin haluan kotiutua (kuvio 14)
- Mielipidettäni on kysytty arvioitaessa avuntarvetta kotona (kuvio 15)
- Mielipidettäni kuunneltiin kotiutumista koskevassa neuvottelussa (kuvio 16)

Kysymyksessä: Minulta kysyttiin mihin haluan kotiutua, vastausvaihtoehtoina oli kyllä ja ei vaihtoehdot. Vastaajista (29) pääosa oli sitä mieltä, että heiltä tätä oli kysytty, vastaajista neljältä asiaa ei ollut kysytty (kuvio 13). Kahdessa muussa kysymyksessä vastausvaihtoehtoja oli viisi: Täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, osittain samaa mieltä, täysin eri mieltä ja ei ole ollut tarvetta. Mielipidettäni kuunneltiin arvioitaessa avuntarvetta kotona- väitteessä, vastaajista (28) vajaa puolet (12) oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Täysin eri mieltä oli neljä vastaajista, osittain samaa mieltä oli myös neljä. Tällaiseen tietoon kahdeksalla vastaajista ei ollut tarvetta (kuvio 14). Mielipidettäni kuunneltiin kotiuttamistani koskevassa

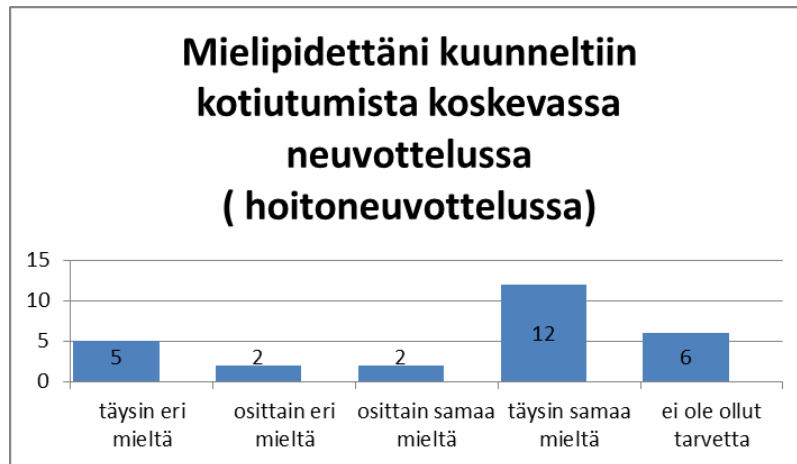
neuvottelussa (hoitoneuvottelussa) – väitteessä, vajaa puolet (12) vastaajista (27) oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Täysin eri mieltä oli vastaajista viisi, osittain samaa mieltä kaksi ja osittain eri mieltä kaksi. Vastaajista kuusi ei tuntenut tarvetta tällaiseen (kuvio 15).



Kuvio 14 Vastaajien mielipiteet kuulemisestaan kotiutuspaikan valinnassa (n = 29)



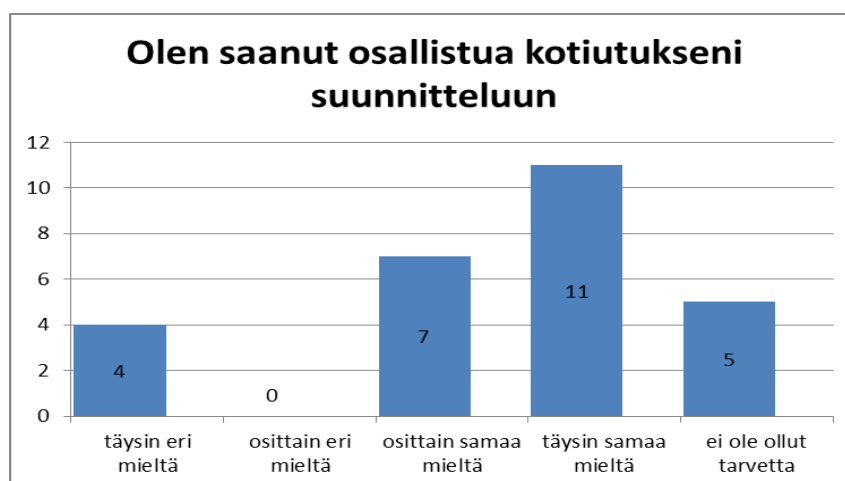
Kuvio 15 Vastaajien mielipiteet avuntarpeen arvioimisesta kotona (n = 28)



Kuvio 16 Vastaajien mielipiteet kuulemisesta kotiutumista koskevassa neuvottelussa (n = 27)

8.4 Potilaan osallistuminen hoitoon

Potilaan osallistumista hoitoon mitattiin väittämällä: Olen saanut osallistua kotiutukseni suunnitteluun. Vastausvaihtoehtoja oli viisi: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, täysin eri mieltä, osittain eri mieltä ja ei ole ollut tarvetta. Vastaajista (27) reilu kolmannes (11) oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Viidellä vastaajista ei ollut tarvetta osallistua. Täysin eri mieltä oli vastaajista neljä, osittain samaa mieltä oli seitsemän (kuvio 16).



Kuvio 16 Vastaajien mielipiteet kotiutuksen suunnitteluun osallistumisesta (n = 27)

8.5 Tasavertainen vuorovaikutus

Tasavertaisen vuorovaikutuksen toteutumista mitattiin väitteellä: Kotiutukseen liittyvistä asioista on puhuttu niin, että olen ne ymmärtänyt. Väitteeseen oli kaksi vastaus vaihtoehtoa kyllä ja ei. Vastaajista (30) valtaosa (28) oli vastannut kyllä. Kaksi vastaajista oli vastannut ei. He eivät kokeneet ymmärtäneensä kaikkia asioita, joista oli puhuttu (kuvio 17.)



Kuvio 17 Vastaajien mielipiteet kotiutukseen liittyvien asioiden puhumisesta ymmärrettävästi. (n = 30)

8.6 Vapaamuotoinen palaute

Kyselylomakkeessa oli jätetty tilaa vapaalle palautteelle, joka oli muodossa: Vapaamuotoista palautetta koskien kotiutustasi. Vapaamuotoista palautetta oli antanut kymmenen vastaajista. Kahdeksan vastauksista oli positiivisia ja kaksi negatiivissävytteistä (kuvio 18).

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoriat	Yläkategoriat
<p>”Olen ollut tyytyväinen saamaani palveluun ja hoitoon”</p> <p>”Kaikki palvelu on ollut kiitettävää”</p> <p>”Olen ollut erittäin tyytyväinen saamaani hoitoon ja kotiin pääsyyn. Oletan pärjääväni siellä. Täällä seurataan tilannetta. Käyn terveyskeskuksessa kokeissa sovittuna aikana. Kiitos kaikille hoitoon osallistuneille. Hyvää ja aurinkoista kesää teille”</p>	<p>Tyytyväisyys hoitoon ja palveluun</p>	<p>Tyytyväisyys kotiutukseen</p>
<p>”Olen ollut tyytyväinen kotiutukseen. Haluan kotiin, jonka olen itse rakentanut”</p> <p>”Hyvin on hoidettu”</p> <p>”Kotiutus on onnistunut, kuten potilas on halunnut”</p> <p>”Kaikki palvelu on ollut kiitettävää”</p> <p>”Hyvä aina selvittää perusteellisesti”</p>	<p>Yleinen tyytyväisyys</p>	
<p>”Paskasti hoidettu”</p>	<p>Yleinen tyytymättömyys</p>	<p>Tyytymättömyys kotiutukseen</p>
<p>”Kotiutustilanteessa, hoitoneuvottelussa osastolta ei ollut ketään työntekijää, vaikka aika neuvotteluun oli annettu osastolta. Paikalla: potilas, omaiset, kotihoidon työntekijä”</p>	<p>Tyytymättömyys tehtyihin sopimuksiin</p>	

Kuvio 18 Vastaajien antama vapaamuotoinen palaute koskien kotiutusta (n=10)

9 ASIAKASPALAUTTEEN TARKASTELUA

Asiakaspalautetta tarkasteltaessa käsitelimme vastausvaihtoehdot ” Osittain eri mieltä” ja ” Osittain samaa mieltä ” samassa kategoriassa eli esimerkiksi tiedon saanti oli jossain määrin puutteellista. Näiden vastausvaihtoehtojen välillä näkemuseroja voi helposti tulla. Voi olla, että osa vastaajista on kokenut ” Osittain samaa mieltä ”-vaihtoehdon positiivisempänä kuin miten se on pohdinnassa tarkasteltu. Useassa väittämässä suuri osa vastaajista oli valinnut vaihtoehdon: ”Ei ole ollut tarvetta”. Jouduimmekin miettimään, olivatko kysymykset kohderyhmälle sopivia. Kotiutustilanne on aina hyvin yksilöllinen ja suuri osa näiden osastojen potilaista on ikääntyneitä. Ikääntyneiden kohdalla moni tutkimuksessa esitetyn väitteen osa-alue on ajankohtainen. Kotiutuksen yksilöllisyyden vuoksi kaikkia osa-alueita ei kaikkien potilaiden kohdalla tarvita. Näin ollen päädyimme oletta- maan, että kysymykset olivat relevantteja tähän tutkimukseen.

Se, miten osallistuminen kotiutusta koskevaan päätöksentekoon koettiin, hajautti mielipiteitä paljolti. Onkin syytä miettiä miten vastaajat kysymyksen ymmärsivät, koska väittämässä ”Olen voinut vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan” – vastaajista suuri osa oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Joku saattoi kokea päättäneensä itse, vaikka toinen vastaavanlaisessa tilanteessa saattoi kokea päättäneensä omaisten kanssa yhdessä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei osallistunut päätöksentekoon ollenkaan. Vastaajien mielipiteiden hajautuminen tasaisesti vastausvaihtoehtojen kesken oli yllättävää, koska kotiutukseen liittyvä päätöksenteko on yhteistyötä lääkärin, hoitohenkilökunnan, omaisten ja potilaan kesken. Kuitenkin peräti yhdeksän (9) vastaajista koki tehneensä päätöksen kotiutumisestaan itse, ja seitsemän (7) vastaajista koki, ettei osallistunut päätöksentekoon lainkaan. Tätä osa- aluetta tulisikin osastolla kehittää, jotta jokainen kotiutuva potilas kokisi osallistu- vansa kotitutustaan koskevaan päätöksentekoon.

Järnström (2011) tuo esiin, kuinka potilaat eivät juuri pääse osallistumaan asioi- densa suunnitteluun. Tärkeämpänä pidetään esimerkiksi omaisten läsnäoloa hoi- toneuvottelussa (Järnström, 2011, 245). On kuitenkin mahdollista, etteivät vastaa- jat olleet innokkaita päätöksentekoon osallistumaan, vaikka siihen olisi mahdolli- suus annettukin.

Vastaajien kokonaismäärästä (n=26), viisi oli sitä mieltä, ettei ollut tarvetta vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan. Kaksikymmentä (20) koki vaikuttamismahdollisuuden tarpeelliseksi, mutta näistä viisi, eli neljännes vastaajista koki vaikuttamismahdollisuutensa riittämättömäksi joko osittain tai täysin. Tuominen (2006) väitöskirjassaan tuo esiin kuinka potilaan rooliksi jää odottaa mitä muut päättävät hänen asioistaan ja kertovat sitten jossain vaiheessa miten tullaan toimimaan. (Tuominen 2006, 63.) Tulosten perusteella voidaan todeta, ettei potilaan subjektiivinen oikeus toteudu kaikkien osalta riittävästi osastolla, ja tämä vaatisikin hoitohenkilökunnalta tarkastelua.

Tietoa kotiutuksestaan vastaajat (32) kokivat saaneensa eniten hoitajilta (21) ja toiseksi eniten omaisilta (7). Lääkäriltä eniten tietoa koki saaneensa kolme (3) vastaajaa ja yksi (1) vastaajista koki saaneensa eniten tietoa kotihoidon työntekijältä. Tämä kertoo ehkä siitä, että hoitajat ovat eniten potilaan kanssa tekemisissä ja omaiset puhuvat sellaisin termein, että ne varmasti ymmärretään. Kuitenkin omaisten osuus tiedonantajina on yllättävän suuri, koska päätöksen tekee lääkäri ja potilaan tulisi saada tietoa kotiutuksestaan lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta. Tähän osa-alueeseen osaston hoitohenkilökunnan olisi hyvä kiinnittää huomiota.

Potilaat ja omaiset toivovat tietoa kotiutuksestaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Holma 2003,46). Tulosten mukaan osastolla potilas saa tiedon kotiutuksestaan riittävän ajoissa. Kotisaaren & Kukkolan (2012) mukaan potilaalla on erityisesti oikeus sellaisen tiedon saamiseen, jolla on merkitystä kun päätetään hoidosta. Näitä asioita ovat apuvälineet, lääkkeet, sosiaaliavustukset ja -tuet, avunsaanti henkiseen jaksamiseen, kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehdot, kotihoidon työntekijöiden käyntiajat, mahdollisuus yksityisiin palveluihin, avunsaannista äkillisiin tilanteisiin ja kodin muutostöistä. Vastaajat kokivat saaneensa tietoa näistä pääsääntöisesti hyvin, jos siihen oli ollut tarvetta.

Apuvälineistä vastaajat (27) kokivat saaneensa tietoa hyvin, mikäli siihen oli ollut tarvetta. Tiedonsaanti lääkkeistä sen sijaan hajautti vastaajien (32) mielipiteitä suurelta osin. Tietoa tarvinneista vastaajista (27) yhteensä yksitoista (11) oli sitä mieltä, ettei ollut saanut tietoa tarpeeksi. Kuitenkin lain potilaan asemasta ja oike-

uksista (785/1992) mukaan potilaalle on annettava tietoa erilaisista hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Laki koskee julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa. Lääkehoito on terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa, riippumatta siitä, kuka lääkehoitoa toteuttaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) Kinnunen & Peltomaan (2009) mukaan lääkehoidon haittatapahtumat ovat yleisiä potilaan kotiutustilanteessa kun lääkehoitoon tehdään mahdollisesti useita muutoksia. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 81). Lääkehoito on tärkeä osa potilasturvallisuutta ja siihen tulisikin panostaa.

Sosiaaliavustuksista ja –tuista tiedonsaamisen kokivat tarpeelliseksi vähän yli puolet vastaajista (16). Näistä yhdeksän (9) koki saaneensa puutteellisesti tietoa. Potilaan sairastumisen myötä saattaa tulla tarve erilaisiin avustuksiin ja tukiin. Potilaan voimavarat ja mahdollinen tietämättömyys tukien ja avustusten hakemisesta luovat tarpeen hoitajan tiedonannolle.

Avunsaannin mahdollisuudesta henkiseen jaksamiseen vastaajista (16) yli puolella (10) olisi ollut tarvetta lisätietoon. Näistä lisätietoa kaivanneista puolet (5) koki tiedonsaannin henkiseen jaksamiseen täysin riittämättömäksi. Tällaisen tiedon antamista osastolla ei ehkä ole osattu tarjota. Sille kuitenkin olisi potilaiden näkökulmasta suuri tarve.

Kotiutustilanteessa on tärkeää huomioida potilaan pärjääminen kotona jatkossakin. Pärjäämistä voidaan edesauttaa erilaisin tukitoimin ja tarpeenmukaisin muutostoin. Kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehtoista vastaajat (31) kokivat tarvitsevänsä lisätietoa, sillä tarvetta tiedolle olisi ollut yhdeksällätoista (19) vastaajista, joista vain noin neljäsosa koki saaneensa tietoa riittävästi. Myös kotihoidon työntekijöiden käyntiajoista vastaajista (27) puolet (14) oli kokenut tarvetta tiedolle, ja näistä puolet (7) koki saaneensa riittävästi tietoa. Mahdollisuudesta yksityisiin palveluihin vastaajista (28) reilu neljännes olisi kaivannut lisätietoa. Kodin muutostöistä annettuun tietoon suurimmalla osalla vastaajista (28) ei ollut tarvetta (19). Niistä vastaajista, joilla tarvetta oli, noin puolet (4) koki saaneensa tietoa tarpeeksi. Potilas saattaa kokea turvattomuutta siirtyessään osastohoidosta kotiin. Jotta potilas voisi kotiutua turvallisesti mielin, olisi hänen hyvä tietää etukäteen kotihoidon käytännöistä ja erilaisista hoito- ja palveluvaihtoehtoista sisältäen mahdollisuuden yksityisiin palveluihin.

Riittävästi tietoa avunsaannista äkillisiin tilanteisiin koki saaneensa yli puolet (12) siihen tarvetta kokeneista vastaajista (21). Vain kaksi (2) vastaajista oli täysin eri mieltä. Osastolta kotiutuville potilaille on annettu hyvin tietoa miten toimia äkillisissä tilanteissa. Myös tämä lisää turvallisuuden tunnetta kotiutuvalla potilaalla.

Tutkimustulosten mukaan vastaajat (27) kokivat pääsääntöisesti, että heitä on kuunneltu heidän kotiutumistaan koskevassa neuvottelussa. Vastaajista kaksikymmentäyksi (21) koki tarvetta tulla kuulluksi. Näistä neljäsosa koki kuitenkin, ettei heidän omaa mielipidettään kuunneltu. Positiivisemmin vastaajat olivat kokeneet mielipiteensä kuulemisen arvioitaessa heidän avuntarvettaan kotona. Vastaajista (20) suurin osa (12) oli tyytyväisiä mielipiteensä huomioimiseen. Järnströmin (2011, 247) tutkimuksessa ilmeni, että usein hoitoneuvottelussa muut läsnäolijat määrittävät potilaan avuntarpeen. Hoitoneuvottelussa potilas saa kyllä vastailta, mutta keskustelukumppani tai ensisijainen tiedonantaja hän ei ole. (Järnström, 2011, 247). Näin ollen tutkimustuloksemme ei ole täysin ristiriidassa Järnströmin tulosten kanssa.

Vastaajat (21) olivat sitä mieltä, että ovat saaneet pääosin osallistua hoitoonsa, eli kotiutuksensa suunnitteluun. Täysin eri mieltä kotiutuksensa suunnitteluun osallistumisesta oli kuitenkin neljä (4) vastaajaa. Jo aikaisemmin todettiin Järnströmin (2011) päätyneen tuloksiin, joissa potilas ei pääse osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Tässä tutkimuksessa tutkimustulos antoi kuitenkin myönteisemmän kuvan potilaan osallistumisesta hoitoonsa. Jokaisella potilaalla on oikeus osallistua hoitoonsa, kotiutukseensa ja sen suunnitteluun, joten täysin eri mieltä olevia vastaajia ei tulisi olla ollenkaan.

Melko yksimielisesti vastaajat olivat tyytyväisiä tasavertaisen vuorovaikutuksen toteutumiseen. Potilaiden mielestä tasavertainen vuorovaikutus toteutuu kohdeosastoilla. Tällä osa-alueella Järnström (2011, 247) sai tuloksia, jotka kertoivat, että tasavertainen vuorovaikutus vaatii toteutuakseen potilailta aktiivisuutta.

Vapaamuotoista palautetta antoi vain kolmannes vastaajista. Palaute oli pääosin myönteistä, eikä sieltä noussut esiin asioita, joita emme olleet ottaneet huomioon strukturoiduissa kysymyksissä.

Tämä tutkimus kertoo potilaiden mielipiteestä, ei välttämättä siitä, miten kotiutus toteutettiin. Jos osastolta tapahtuvia kotiutuksia olisi havainnoitu tai potilaita haastateltu, olisi voitu saada enemmän tietoa jota nyt emme asiakaspalautemuotoisena toteutetulla kyselyllä saaneet. Asiakaspalautelomakkeiden suurempi määrä olisi luultavasti tuottanut enemmän tietoa ja lisää aineistoa luotettavamman lopputuloksen saamiseksi. Myös suurempi vastaajien tai tarkennettujen kysymysten määrä olisi ehkä vielä selvemmin kertonut onko jollain osa-alueella puutteita.

10 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen validiteetti, eli pätevyys tarkoittaa sitä, että mittarilla tai tutkimusmenetelmällä on onnistuttu mittaamaan, sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Jos tutkimuksella ei ole tarkkoja tavoitteita, tutkitaan helposti vääriä asioita. Validiutta on vaikea tarkastella jälkikäteen. Tulisikin etukäteen varmistua, että tiedonkeruu ja suunnittelu tutkimuksessa on tarkoituksenmukaista (Heikkilä, 2004, 29.) Tulokset vääristyvät jos vastaajat eivät ole ajatelleet, kuten tutkija oletti (Vilkkä, 2005, 161). Tässä tutkimuksessa jouduimme hylkäämään yhden kyselylomakkeen, koska se oli puutteellisesti täytetty.

Reliabiliteetti tarkoittaa luotettavuutta. Tulosten tulisi olla toistettavia. Eli jos samanlainen asiakaspalautemuotoinen kysely tehtäisiin uudelleen, tulisi tulosten olla samansuuntaisia. (Heikkilä, 2004, 30.) Tutkimuksen luotettavuutta jouduimmekin pohtimaan, koska tulokset olivat erilaisia, kuin osassa aiemmin tehdyissä tutkimuksissa. Satunnaisvirheiden mahdollisuuttakaan emme voi pois sulkea. Satunnaisvirheet voivat muodostua esimerkiksi, että vastaaja on vastatessaan muistanut asian väärin, tai ymmärtää asian eri tavoin kuin oli tarkoitettu. Tutkijakin saattaa tehdä virheen tallentaessaan mittaustuloksia. Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa vähän satunnaisuutta, tällöin kokonaisluotettavuus on hyvä (Vilkkä 2005, 161–162.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös useista eri lähteistä saadun luotettavan tietoperustan vahvuus ja monipuolisuus. Lähteiden pitää olla oleellisia aineiston kannalta. (Kananen, 2011, 139). Aineistoa haimme esimerkiksi Nelliportaalin kautta yliopistokirjastojen yhteistietokannasta Lindasta, sekä vieraskielistä aineistoa Cinahl-tietokannasta. Asiasanoja haimme yleisestä suomalaisesta asiasanastosta, YSA:sta. Asiasanoina käytimme muun muassa itsemääräämisoikeutta, potilasta, kotiutumista, kotiuttamista, asiakaslähtöisyyttä, asiakasta, palautetta ja asiakaspalautetta. Tietoa tiedonhankinnasta saimme tiedonhankintaklinikalta, johon varasimme ajan keväällä 2012. Hyödynsimme myös mahdollisuutta kaukolainaanmiseen lainaamalla väitöskirjoja yliopistokirjastoista. Osa lähteistämme oli melko iäkkäitä. Asiakaspalautte osiossa käytimme Hiidenhovin väitöskirjaa vuodelta

2001. Meitä suositeltiin käyttämään Hiidenhovia lähteenä, emmekä löytäneet häneltä tuoreempaa tutkimusta. Luotimme kuitenkin suosittelijaamme ja lähteen iäkkyudesta huolimatta käytimme sitä tutkimuksessamme.

Määrällisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä vaiheista on, että tutkittavan asian teoreettiset määritelmät ja käsitteet muutetaan teoreettiselta tasolta arkikielen tasolle mitattavaan muotoon. Tätä kutsutaan operationalistamiseksi. Tämä vaihe vaikuttaa suoraan tutkimustulosten luotettavuuteen ja pätevyYTEEN. (Vilka 2007, 36, 44.) Tässä tutkimuksessa rajattiin tutkimuskysymyksen kannalta keskeisiksi käsitteiksi itsemääräämisoikeus, kotiutuminen ja asiakaspalaute. Koska tutkimme itsemääräämisoikeuden toteutumista kotiutustilanteessa, jaoimme tämän käsitteen viiteen eri osa-alueeseen Järnströmin (2011) väitöskirjan pohjalta. Osa-alueet puirimme asiakaspalautelomakkeeseen kysymyksiksi. Käsitteen itsemääräämisoikeus operationalisointi oli haastavaa, koska itsemääräämisoikeus arkikielessä on vähän käytetty ja se voidaan ymmärtää monella eri tavalla. Mielestämme onnistuimme operationalisoinnissa, eli saimme luotua mittarin, joka mittasi sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Vilkan (2007) mukaan käsitteiden on aina mitattava sitä, mitä on aiottu mitata. Operationalisoinnin toisessa vaiheessa saadun aineiston käsittelyn ja analysoinnin avulla siirrytään takaisin teoreettiselle tasolle. (Vilka 2007, 42–44.) Analysoidessamme aineistoa palasimme teoriapohjaan kokoamalla kysymykset eri osa-alueiden otsikoiden alle.

Osaston sijainti ilmenee tutkimuksesta. Näin oli sovittu osastonhoitajan kanssa. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa vuodeosastopalvelujen päälliköltä. Kyselytutkimuksessa esiin tulevia ongelmia saattavat olla esimerkiksi vastaajien suhtautuminen tutkimukseen: ovatko he vastanneet rehellisesti ja huolellisesti. Kysymysten laadinnan onnistuminen: miten vastaajat ymmärtävät kysymyksen? Vastaamattomuus saattaa myös nousta yllättävän korkeaksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Näitä mahdollisia haittoja yritimme välttää testaamalla kyselylomakkeen ennen varsinaista kyselytutkimusta sekä kertomalla kyselylomakkeessa, että tällä palautteesta saadulla tiedolla osasto pyrkii vaikuttamaan kotiuttamisen laatuun. Tiedonkeräysajasta pyrimme saamaan myös riittävän pitkän, jotta vastaajia olisi paljon ja

vastaamattomien määrä ei olisi ongelma luotettavuuden kannalta. Luotettavuuden kannalta riittävän määrän vastauksia saimme kolmessa kuukaudessa.

Vastaajien anonymiteetti säilytettiin tutkimuksessa jättämällä keräämättä kokonaan taustatiedot kyselylomakkeessa. Mielestämme pystyimme toimimaan näin tässä tutkimuksessa, koska etsimme tietoa vain kokemuksista kotiutukseen liittyen, emmekä eroja eri muuttujien välillä. Tutkijoina emme myöskään tavanneet potilaita missään vaiheessa tutkimusta. Lomakkeet toimitimme osastolle, jossa henkilökunta jakoi ne kotiutuville potilaille. Ennen tiedonkeräysajan alkua kävimme osastoilla kertomassa opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen sekä esittelemässä kyselylomakkeen. Samalla sovimme kuinka kyselylomakkeet jaetaan ja missä valmiit vastaukset suljetuissa kirjekuorissa säilytetään. Tutkimuksemme luotettavuutta lisää myös se, että tutkittavia ei ollut millään lailla rajattu, vaan ohjeistimme antamaan kyselylomakkeen kaikille kotiutuville potilaille. Opinnäytetyönprosessin asiakaspalautekyselyn aikana olemme olleet yhteydessä osastonhoitajaan käymällä osastolla, puhelimitse sekä sähköpostitse. Yhteydenpidon tarkoituksena oli seurata tutkimuksen etenemistä ja varmistaa, että tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus eivät ole vaarantuneet.

Kävimme hakemassa nimettömät, suljetussa kuoressa olevat, täytetyt kyselylomakkeet keräysajan jälkeen osastolta. Sen jälkeen säilytimme niitä lukitussa kaapissa ja vastauksista saatu tieto on ollut vain opinnäytetyön tekijöiden nähtävänä. Tutkijoina toimimme vain välikappaleina osaston ja potilaiden välillä laatimalla kyselylomakkeen ja analysoimalla kerätyn tiedon. Tutkimuksen aihe oli lähtöisin osaston kiinnostuksesta saada tietoa kotiutuksiin liittyvistä kokemuksista ja kehittää sitä laadukkaammaksi.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luottamuksellisuus syntyy myös siitä, että tulokset muodostuvat tarpeeksi suuresta ryhmästä. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 295–296). Odotimme, että saamamme otanta tätä tutkimusta varten olisi tullut olemaan noin 40–50 valmista vastausta. Loppujen lopuksi saimme 34 vastausta, joista jouduimme yhden hylkäämään, koska yksi vastaaja ei ollut vastannut esitettyihin kysymyksiin lainkaan.

Työssämme pyrimme edistämään potilaiden saamaa palvelua ja heidän elämänlaadunsa paranemista huomioimalla heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumista kotiutuksen hyvässä suunnittelussa ja toteutuksessa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on asiakastyytyväisyyden ja hoitotyön laadun paraneminen potilaiden, työntekijöiden ja koko terveystieteiden osaston parhaaksi.

11 POHDINTA

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli saada tietoa kotiutuvien potilaiden mielipiteestä, miten kotiutuksen yhteydessä itsemääräämisoikeus toteutuu. Tutkimuksemme kykenee vastaamaan tutkimuskysymykseemme. Tutkimuksen aihe tuli kohdeosastolta ja prosessi lähti käyntiin loppuvuodesta 2011. Tutkimuksen näkökulmat itsemääräämisoikeudesta nousivat esiin Sanna Järnströmin väitöskirjasta. Järnströmin väitöskirjan lisäksi pyrimme etsimään tutkittua tietoa teoriaosamme tueksi. Tutkimus on tuottanut tietoa osastolle, jonka avulla kotiutustilanteen kehittäminen mahdollistuu. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää kaikkia terveyskeskusten vuodeosastoja koskevaksi.

Olisimme toivoneet, että tutkimuksen olisi voinut tehdä kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Suullisessa haastattelussa olisi voinut tehdä tarkentavia kysymyksiä ja varmistaa, että kysymykset ymmärretään oikein. Koska eettinen toimikunta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kuitenkin ei anna lupaa kasvotusten tehtävään potilaiden haastatteluun, emme voineet toteuttaa laadullista tutkimusta haastattelu muotoisena (Sulonen, 2012).

Tutkimuslupaprosessimme vaati pitkäjänteisyyttä. Koska tutkimuksemme koski potilaita, emme saaneet lupaa haastatella heitä kasvotusten. Eettinen toimikunta ei käsittele ammattikorkeakoulutasoisia hakemuksia, jotka koskevat potilashaastatteluita. Muotoilimmekin tutkimuksestamme asiakaspalautemuotoisen, jolloin pystyimme kysymään potilaiden mielipidettä, eikä esimerkiksi hoitohenkilökunnan tai omaisten. Jos potilaita olisi voitu haastatella, lisäkysymyksille ollut mahdollisuus ja kysymykset olisi voitu muotoilla niin, että kaikki haastatellut ymmärtävät varmasti kysymykset samoin.

Opinnäytetyö-ryhmämme yhteistyö sujui aikatauluongelmista huolimatta hyvin. Toinen toistamme kannustaen pääsimme aina yhden askeleen eteenpäin. Saimme myös aina halutessamme ohjausta ohjaavalta opettajaltamme. Mietimme mitä olisimme voineet tehdä tutkimuksessamme toisin, mutta päädyimme tulokseen, että emme olisi pystyneet toteuttamaan tutkimustamme eri tavalla. Kyselylomakkeen

ulkonäköä ja sisältöä hioimme ja muokkasimme useaan eri kertaan, ja lopputulokseen olimme tyytyväisiä.

Jatkotutkimuksena voisi olla hyvä selvittää, minkälaiset potilaat ovat tyytyväisiä kotiutukseensa. Jos tutkimusaineisto olisi kerätty taustatietojen kera, olisi ehkä saatu selville vaikuttaako osastolla oloaika, ikä tai muu asia tyytyväisyyteen liittyen kotiutukseen.

LÄHTEET

Aarnikoivu, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. Helsinki: WSOY. 67–69.

Ahonen, S., Käyhty, M. & Ahvo, L. 2008. Kotoa laitokseen ja takaisin - onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Gummerus. 128–131

Alkula, P, Pöntinen, S & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY. 295 – 296.

Aranko, S. & Iharvaara, L. 2000. Hoitotahto ja potilaan itsemääräämisoikeus. Teoksessa Sundman, E (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 365–366.

Borg, M. 2008. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, SAS-työryhmän toimintaohje. 1.9.2008. Orimattilan seudun koti- ja asumispalveluiden SAS-toiminta.

Bull, M. J., & Roberts, J. 2001. Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4). 571–581.

Einiö, E. 2010. Determinants of Institutional Care at Older Ages in Finland. Helsinki. The Population Research Institute. 7–8.

Grönroos, E & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen, kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja*, 79 (3). 28–31.

Hammar, T. & Perälä, M-L. 2003. PALKO-malli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakesin julkaisu 29/2003. [viitattu 25.3.2012] Luettavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita29-2003.pdf>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima. 16, 29–30, 49, 52.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima. 48–49.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Akateeminen väitöskirja, Tampere, Tampereen yliopisto. [Viitattu 9.4.2012]. Luettavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5165-1.pdf> . 28–29.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otava. 190.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Suomen kuntaliitto. Helsinki. 7, 46.

Hägg T., Rantio M., Suikki P., Vuori A. & Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 155–157.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki: Yliopistopaino.

Järnström, S. 2011. ” En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni ” Akateeminen väitöskirja, Tampere, Tampereen yliopisto, 26.8.2011. Elektroninen väitöskirja luettavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8508-4.pdf>. 6, 25–26, 49–52, 78, 176–178, 186, 195–196, 201, 245, 247, 256–257.

Kananen, J. 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. 25.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. 139.

Karjalainen, R. 2012a. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät, PHSOTEY. Osastonhoitaja, Orimattilan terveyskeskus. Re:osastokuvaus [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Kalpio, S. Lähetetty 20.2.2012

Karjalainen R. 2012b. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät, PHSOTEY. Osastonhoitaja, Orimattilan terveyskeskus. Haastattelu 1.8.2012

Kinni, R-L. 2005. Oma arki kotona – riittävä apu laitoksessa. Vanhus kuntoutujana sairaalan moniammatillisessa työssä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Sosiaalityön lisensiaattitutkielma. 51.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto Ry, Helsinki. 81.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja. Tampere. 15. [viitattu 9.3.2012] Luettavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5822-2.pdf>

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1.painos. Fio-ca Oy. Helsinki. 85–86, 108.

Laapotti-Salo, A. 2003. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan ja hoidostaan. Pro Gradu – tutkielma. Turun yliopisto. Turku. 38–41.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812

Lindström, K. & Leppänen, A. 2002. Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos. Helsinki. 216.

Löhman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen: osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio. 23.

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa, kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. [viitattu 18.9.2012] Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1067-6.PDF>. 15, 19–20, 42.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita. 182–183.

Pajukoski, M. 2004. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa, oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: STAKES. 176–204.

Paajanen, R., Saikko, R. & Tepponen, M. 2007. Lappeenrannan Kotihoidon uudet toimintamallit –hanke. Sairaanhoidajalehti 12/2007.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Progradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. [viitattu 18.9.2012] Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00420.pdf> . 83–85, 87.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Lupahakemus AMK- ja toisen asteen opinnäytetyö tai kehittämishanke. Päivitetty 28.10.2009. [viitattu 17.9.2012] Luettavissa: http://www.phsotey.fi/opt/lomakkeet/listaa.php?ryhma_id=1325&ryhma_nimi=Tutkimuslupa&eid=1325&ohje_tyyppi=L&vuosi=2012&ala_tyyppi=2

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012 Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuu-alueen alueellisen eettisen toimikunnan toimintaohje 2.2, tutkimussuunnitelman arviointi. [viitattu 17.9.2012] Luettavissa:

<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=1155#22>Tutkimussuunnitelmanarviointi

Reinboth, C. 2008. Johda ja kehitä asiakaspalvelua. Helsinki: Gummerus. 106–107.

STM. 2012. Itsemääräämisoikeuden eri osa-alueita pohtivat alaryhmät. [viitattu 17.3.2012]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus/alatyoryhmat>

Salonen, S. 2006. Sairaanhoidon hyvä potilas. Helsinki: Duodecim. 53.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjastasto. [viitattu: 12.9.2012] Saatavissa:

http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf

Sulonen, T. 2012. opetusylihoitaja. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä, PHSOTEY. Puhelinkeskustelu. [Sulonen – Parikka] 23.1.2012.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Ohjeet hyväksytyt 28.9.1996. [viitattu 14.1.2012], Saatavissa:

http://www.sairanhoitajaliitto.fi/sairanhoitajan_tyo_ ja_hoitotyon/sairanhoitajan_tyo/sairanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Terveystyöntekijälaki 1326/2010

Tuominen, S. 2006. ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä” - Asiakaslähtöisyys geriatrisellaosastolla vanhusten kokemana. Sosiaalityön pro gradu – tutkielma. Sosiaali politiikan ja sosiaalityönlaitos. Tampereen yliopisto. [viitattu: 23.9.2012]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01274.pdf>. 15, 17, 59–64, 95.

Valli, S. 2007. Sairaalan spontaanin vapaamuotoisen asiakaspalautteen sisällön analyysi terveydenhuollon laadunhallinnan viitekehyksessä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. [viitattu 17.9.2012] Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01770.pdf>. 1, 24.

Valtonen, L. 2000. Vanhuspotilaan onnistunut kotiuttaminen. Vanhustyö 3, 7-10.

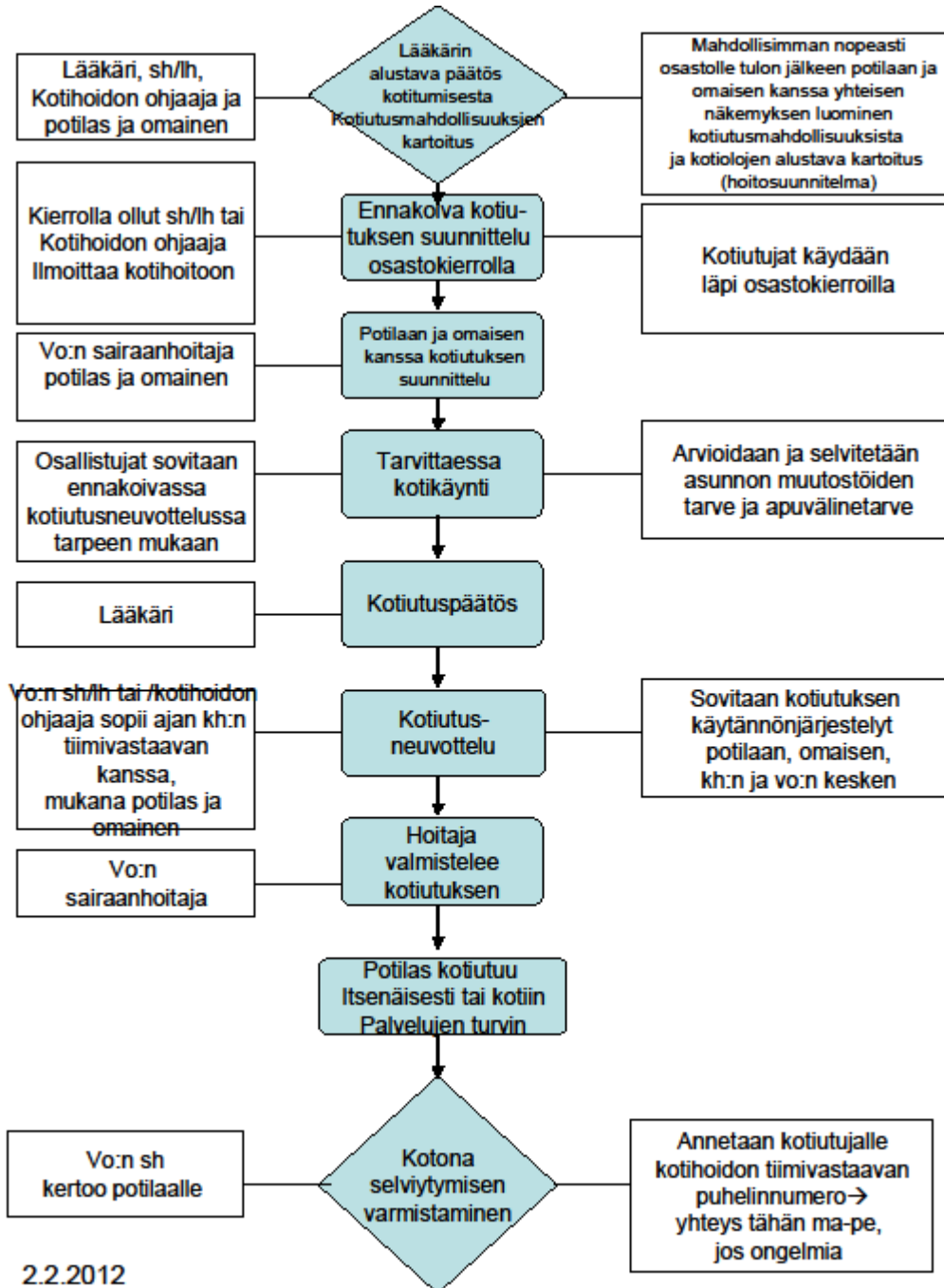
Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy. 161–162.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 2. painos. Helsinki. Tammi. 36, 42–44.

Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2009. Loppuraportti 2007-2009. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 30.3.2012]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,28073>

LIITTEET

Liite 1 Kotiutusprosessi Orimattilan alueella



2.2.2012

Kotiutusprosessi Orimattilan alueella



ASIAKASPALAUTE TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLTA

KOTIUTUVILLE

Tämän asiakaspalautteen tarkoituksena on saada tietoa osastolla tapahtuvasta kotiutuksesta, jonka avulla mahdollistuu osaston toiminnan kehittäminen. Kaavakkeen täyttämiseen aikaa menee 5-10 min. Palaute tehdään nimettömänä ja täytettyäsi sen voit jättää sen palautelaatikkoon ennen kotiutumistasi. Kyselyn toteuttaa osaston henkilökunta ja saadun aineiston analysoi opinnäytetyönään sairaanhoitajaopiskelijat Sari Kalpio, Hanna Parikka ja Elina Rasikannas.

Yhteystiedot: hanna.parikka@lpt.fi

Vastaaminen on vapaaehtoista.

Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto!

- 1 = Täysin erimieltä**
2 = Osittain erimieltä
3 = Osittain samaa mieltä
4 = Täysin samaa mieltä
5 = Ei ole ollut tarvetta

Olen saanut riittävästi tietoa

apuvälineistä (esim. rollaattori)	1	2	3	4	5
lääkkeistä	1	2	3	4	5
sosiaaliavustuksista ja tuista,	1	2	3	4	5
avun saannista henkiseen jaksamiseen	1	2	3	4	5
kotihoidon hoito- ja palveluvaihtoehtoista	1	2	3	4	5
kotihoidon työntekijöiden käyntiajoista	1	2	3	4	5
mahdollisuudesta yksityisiin palveluihin	1	2	3	4	5
avun saannista äkillisiin tilanteisiin	1	2	3	4	5
kodin muutostöistä (esim. kynnysten poisto)	1	2	3	4	5

Mielipidettäni kuunneltiin kotiutumista koskevassa neuvottelussa

(hoitoneuvottelussa) 1 2 3 4 5

Mielipidettäni on kysytty arvioitaessa avuntarvettani kotona 1 2 3 4 5

Olen saanut osallistua kotiutukseni suunnitteluun 1 2 3 4 5

Olen voinut vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan 1 2 3 4 5

Käännä →

Sain tiedon kotiutumisestani riittävän ajoissa

kyllä ei

Minulta kysyttiin mihin haluan kotiutua

kyllä ei

Kotiutukseen liittyvistä asioista on puhuttu niin, että olen ne ymmärtänyt

kyllä ei

Olen saanut eniten tietoa

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Hoitajilta |
| 2 | Lääkäriltä |
| 3 | Omaisilta |
| 4 | Kotihoidon työntekijältä |

Osallistumiseni kotiutumistani koskevaan päätöksentekoon

- | | |
|---|--|
| 1 | Päätin itse |
| 2 | Päätin yhdessä läheisteni kanssa |
| 3 | Päätin yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa |
| 4 | En osallistunut päätöksentekoon |

Vapaamuotoista palautetta koskien kotiutustanne

Kiitos vastauksestasi!

