

Pekka Jokinen

Paljon terveystalveluja käyttävien ikääntyvien kotiuttamisen kehittäminen

Opinnäytetyö

Johtaminen ja kehittäminen

Kevät 2024



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Jokinen Pekka

Työn nimi: Paljon terveystalvuluja käyttävien ikääntyvien kotiuttamisen kehittäminen

Tutkintonimike: Johtaminen ja kehittäminen (YAMK)

Asiasanat: paljon terveystalvuluja käyttävä, ikääntynyt, päiivystys.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää paljon terveystalvuluja käyttävien ikääntyvien päiivystyksen jälkeistä kotiutusta Päiivystyskeskuksessa Pohteella. Metodologiana oli toimintatutkimus, koska se vastaa käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittää olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen syklien mukaisesti.

Ensimmäisen syklin tarkoituksena kartoittaa paljon terveystalvuluja käyttävän ikääntyneen kotiutumiseen liittyviä riskitekijöitä näyttöön perustuen. Kartoitus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena Finna ja Cinahl portaalin tietokannoista. Katsaukseen hyväksyttiin kuusi tutkimusta, jotka analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä. Ensimmäisen syklin tutkimuskysymyksenä oli: mitä ovat ikääntyneen kotiuttamiseen liittyvät riskit, jossa tulokseksi muodostui yöaikainen kotiutuminen, potilaan kohonnut kiireellisyysluokitus, potilaan kotiutumiseen liittyvän informoinnin puutteellisuus, diagnoosien puutteellisuus, kotiutumisen jälkeisiin palveluihin liittyvän omaisen informoinnin puutteellisuus. Toisena kysymyksenä oli, miten aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveystalvuluja tarvitseva ikääntynyt tunnistetaan päiivystyksessä? Siinä tulokseksi muodostui paljon terveystalvuluja käyttävän potilaan määrittelemine sekä potilastietojärjestelmiin kirjaamisen ja hyödyntämisen tehostaminen.

Toisen syklin tarkoitus oli kehittää tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päiivystyskeskuksessa. Kehittämiskysymys oli: mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveystalvuluja käyttävät ikääntyneet. Toimintavaiheessa aineistonkeruumetodina 6–3–5 menetelmä. Aineiston analyysinä käytettiin induktiivista sisällönanalysia. Tulokseksi muodostui lääkituksen tarkistus, sosiaaliset syiden selvittäminen, tukipalvelun tarve, päiiviteidenkäytön selvittäminen, omaisverkosto ja -tuen kartoittaminen, tulo- ja käyntisyys, toimintakykykartoitus, kotiolojen kartoitus, diagnoosien ajantasaisuus, potilastietojärjestelmien kartoitus, hoitosuunnitelma selvitys. Toisen syklin sivusyklinä oli tarkistuslistan pilotointi soveltuvin osin Pohteen päiivystyskeskuksessa.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillinen toimintamalli Pohteen Päiivystyskeskukseen. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: millainen moniammatillinen toimintamalli tulee olla, että paljon terveystalvuluja käyttävien iäkkäiden kotiutuminen kehittyy. Aineistonkeruumetodina 6–3–5 menetelmä. Tulokseksi muodostui toimintamallissa vastuuhenkilöt päiivystyskeskuksen puolesta, tiedonkulun varmistava sekä tehostaa potilastietojärjestelmien käytön, toimintamallissa varmistetaan potilaan informoinnista ja jatko-hoito-ohjeiden saavutettavuudesta, huomioi yhteistyön omaisten kanssa, kotiolot kartoittava, sidosryhmien kanssa yhteistyötä syventävä.

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelma. Kehittämiskysymys oli: kuinka moniammatillinen toimintamalli ja siihen kuuluva tarkistuslista implementoidaan käytäntöön. Implementointiprosessi on kuvattu Ottawa – mallin mukaisesti. Mallissa on yksityiskohtaiset vaiheet moniammatillisen toimintamallin täytäntöönpanoprosessille. Moniammatillisen toimintamallin käyttönotolla voidaan edistää paljon terveystalvuluja käyttävän ikääntyneen kotiutumista.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että olisi hyödyllistä ottaa tarkemmin huomioon monenlaiset kotona asuvan iäkkään terveyteen, toimintakykyyn ja arkeen vaikuttavat tekijät palvelukokonaisuuksia suunniteltaessa. Asiakkaan tarpeenmukaisen perus- ja erityistason hoidon ja palvelujen integroidun ja koordinoitun kokonaisuuden huomioiminen on moniammatillisen toimintamallin tehtävä.

Abstract

Author: Pekka Jokinen

Title of the Publication: Improving the repatriation of older people who use a lot of health services.

Degree Title: Master of Health Care, Public Health Nursing

Keywords: older adults, frequent user, emergency,

The aim of the thesis was to develop post-emergency follow-up care for elderly people who use a lot of services at the Emergency Centre in Pohte. The methodology was action research because it responds to a problem observed in practice or develops an existing practice for the better. The thesis was carried out according to the cycles of action research.

The purpose of the first cycle is to map the risk factors related to the discharge of an elderly person who uses a lot of health services based on evidence. The survey was carried out as a literature review of the databases of the Finna and Cinahl portal. Six studies were accepted for the review, which were analysed using inductive content analysis. The research questions of the first cycle were: what are the risks related to the discharge of an elderly person, where the result was night-time discharge, the patient's elevated urgency rating, inadequate information related to the patient's discharge, inadequate diagnoses, and insufficient information for relatives related to post-discharge services. Another question was how, based on previous research, can an elderly person in need of a lot of health services be identified in emergency services? The result was to define a patient who uses a lot of health services and to improve the efficiency of recording and utilising in patient information systems.

The purpose of the second cycle was to develop a checklist for identifying at-risk patients in the emergency room. The development question was: what should be on the checklist to help identify elderly people who use health services a lot? In the operational phase, the data collection method is 6–3–5. Inductive content analysis was used as the data analysis. The results consisted of medication review, social justification, need for support services, investigation of substance abuse, mapping of family network and support, reason for arrival and visit, functional capacity assessment, mapping of home conditions, up-to-date diagnosis, mapping of patient information systems, treatment plan report. A side cycle of the second cycle was piloting the checklist, where applicable, at the Pohte emergency centre.

The purpose of the third cycle was to create a multiprofessional operating model for the Pohte Emergency Centre. The development question of the third cycle was: what kind of multiprofessional operating model should be developed for the integration of elderly people who use a lot of health services. Data collection method 6–3–5 method. The result of the operating model was that the persons responsible are on behalf of the emergency services, ensure the flow of information, integrate and enhance the use of patient information systems, the operating model ensures that the patient is informed and the accessibility of further treatment instructions, attention is paid to cooperation with relatives, maps home conditions, and deepens cooperation with stakeholders.

The purpose of the fourth cycle was to describe the implementation plan for a multiprofessional operating model. The development question was how to implement the multiprofessional operating model in practice. The implementation process is described according to the Ottawa model. The model contains detailed steps for the implementation process of a multiprofessional approach. The introduction of a development plan can promote the repatriation of elderly people who use a lot of health services.

The thesis concludes that it would be useful to consider in more detail the numerous factors affecting the health, functional capacity and everyday life of elderly people living at home when planning service packages. Considering the integrated and coordinated package of basic and special level care and services required by the client is the task of a multiprofessional operating model.

Alkusanat

Elämälle kiitos. Olivialle kiitos! Sinikalle kiitos!

Kempeleessä marraskuussa 2024

Pekka Jokinen

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyö työelämän kehittämisprojektina	4
2.1	Opinnäytetyön projektiorganisaatio	5
2.1.1	Projektiorganisaation kuvaus.....	5
2.1.2	Projektijohtaminen	6
2.2	Toimintatutkimus tutkimusmetodologiana	7
2.3	Lähteet.....	9
3	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja eri syklien tarkoitukset.....	11
4	Kirjallisuuskatsaus (sykli 1)	12
4.1	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus (suunnittelu)	12
4.2	Aineiston hankinta (toiminta)	13
4.3	Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)	17
4.3.1	Induktiivinen sisällön analyysi.....	18
4.4	Tulokset	19
4.4.1	Paljon terveyspalveluja käyttävän ikääntyneen kotiuttamiseen liittyvät riskit 20	
4.4.2	Aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveyspalveluja tarvitsevan ikääntyneen tunnistaminen päivityksessä	22
4.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	23
4.6	Lähteet.....	25
5	Tarkistuslista riskipilaan tunnistamiseen (2-sykli ja sivusykli).....	27
5.1	Mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveyspalveluja käyttävät ikääntyneet (Suunnittelu)	27
5.2	Aineiston hankinta 6–3–5 menetelmällä (toiminta)	27
5.3	Aineiston analysointi ja tulokset (havainnointi).....	28
5.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	32
5.5	Tarkistuslistan pilotointi soveltuvin osin (sivusyklin suunnittelu ja toiminta)	32
5.6	Pilotoinnin tulokset ja arviointi (havainnointi).....	38
5.7	Johtopäätökset (reflektointi).....	39
5.8	Lähteet.....	41
6	Moniammatillinen toimintamalli (3. sykli)	44

6.1	Moniammatillinen toimintamalli paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutumisen kehittämiseksi (suunnittelu).....	44
6.2	Aineiston hankinta (toiminta)	47
6.3	Aineiston analysointi ja tulokset (havainnointi).....	47
6.4	Toimintamallin kuvaus	50
6.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	54
6.6	Lähteet.....	55
7	Moniammatillisen toimintamallin implementointi ja seuranta (4-sykli).....	57
7.1	Implementointisuunnitelma Ottawa – mallin mukaan (suunnittelu)	58
7.1.1	Ottawa – malli.....	58
7.2	Moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelma (toiminta ja havainnointi).....	60
7.2.1	Toimintaympäristön toimeenpanijat, resurssit ja muutokseensaajajat ja muutoksien määrittely	60
7.2.2	Implementoinnin mahdollistavat ja estävät tekijät	61
7.2.3	Implementointiin liittyvien toimenpiteiden suunnittelu	62
7.3	Lähteet.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
8	Pohdinta	65
8.1	Opinnäytetyön johtopäätökset	66
8.2	Jatkokehittämisen aiheet	66
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	67
8.4	Opinnäytetyön eettisyys	68
8.5	Oman asiantuntijuuden kehittyminen	70
8.6	Lähteet.....	71

Liitteet

1 Johdanto

Suurien ikäluokkien hoidon järjestäminen lisää hoitomenoja. Tämä tuo paineita julkisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen rahoituksen kestäväydelle. Julkisen talouden näkökulmasta joudutaan ratkaisemaan, missä määrin verotuloilla pystytään kattamaan kasvavat hoitomenot. Hoito- ja hoivapalvelumenojen kasvu saavat aikaan haastetta rahoitukselle. Näiden menojen kehitykseen vaikuttavat paljon palvelujen tuottavuus, vanhusten pitkäaikaishoidon tarpeen siirtyminen myöhäisempään ikään sekä laitoshoidon purkamisen. (Kehusmaa 2014, 5.) Suomessa hallitusohjelman tavoitteena 2019 oli sote sekä perus- ja erityistason palveluiden yhteensovittaminen eli integraatio ja eri ammattiryhmien välinen saumaton yhteistyö. Tällä tavalla palvelut eivät pirstoudu ja alueilla on edellytykset ja kannuste suunnitella palveluja kokonaisuutena. (Ylitalo-Katajisto 2019, 31–33.) Palvelujen integraatio on perus- ja erityistason palvelujen saumatonta yhteistyötä ja yhdessä sovittuja asiakasprosesseja sekä miten samalla hoidon tai palvelun porrastuksen tasolla koordinoidaan ja integroidaan eri palveluita asiakkaan tarpeenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Tavoitteena on nopeuttaa asiakkaan ohjautumista oikeaan palveluun, sujuvoittaa palveluprosesseja sekä parantaa asiakastytyväisyyttä. (THL 2023.)

Järjestelmä kykenee huonosti vastaamaan runsaasti erilaisia palveluja käyttävän väestöryhmän tarpeisiin, koska se on monimutkaista ja moninaista. Hoidon koordinoimattomuus näkyy potilaan valintojen tukemisen heikkoutena, tiedon kulun puutteina, päällekkäisinä tutkimuksina, huonona kokemuksena tai asiakkaiden kyvyttömyytenä selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä huonoina tuloksina. Nämä johtavat turhaan sairaalapalvelujen käyttöön. (Ylitalo-Katajisto 2019, 28–30.) Panostamalla riittäviin sosiaalipalveluihin olisi mahdollista vähentää ikääntyneiden ihmisten terveyspalvelujen tarvetta. Suomessa ollaan silti karsimassa kotipalveluja. Sosiaalipalvelujen saaminen ja ikääntyneen terveydentila ovat yhteydessä toisiinsa. Sosiaalipalvelujen saannin rajoittaminen voi myös johtaa ikääntyvien terveysmenojen kasvuun. Tässä tapauksessa säästö hoivapalveluissa siirtää kustannuksia terveydenhuoltoon. Ikääntyneiden hoidon menoja pitäisi tarkastella kokonaisuutena, jossa huomioidaan sekä terveydenhuolto että sosiaalipalvelut. (Kehusmaa 2014, 78.)

Monialaisten tarpeiden vuoksi moniammatillisen ohjauksen lisäämisestä oli hyötyä päivystyksen käyttöä ja kustannuksia vähentävänä tekijänä. Palvelujen käyttöä voitaisiin vähentää palvelujen käytön syyn tarkemmalla analyysillä ja räätälöidyllä hoidolla. Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palveluohjauksen toimivuus korostuu hoidon kompleksisuutensa vuoksi. Kaikkein eniten apua tarvitsevat ja palveluohjauksesta hyötyvät asiakkaat valitaan intensiivisimmän työskentelyn

piiriin. Pitkäaikaissairaalle pitäisi laatia yksilöity hoitosuunnitelma, joka sitouttaisi potilasta hoitoon. Tämä myös helpottaisi terveydenhuollon ammattilaisen työtä kokoamalla yhteen potilaan hoitoon liittyvät tiedot. (Ylitalo-Katajisto 2019, 28–30.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n rooli kansainvälisessä terveyspolitiikassa sen toiminnan tavoitteeksi määritellään mahdollisimman hyvän terveyden saavuttaminen kaikille kansakunnille. WHO:lla on johtava rooli globaalin terveyspolitiikan normatiivisessa työssä, kehittämisessä ja koordinaatiossa. (STM 2023.) Maailman terveysjärjestö on vuonna 2015 määrittellyt neljä integraation määritelmää. Keskeistä on kokonaisuutena väestön terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, sairauden diagnosointi ja hoito sekä moniongelmaisten hoito, kuntoutus ja palliatiivinen hoito. Terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta luodaan ja ylläpidetään yleistä rakennetta eri sidosryhmien ja organisaatioiden välillä ja koordinoidaan niiden mahdollisuuksia työskennellä itsenäisesti yhteisessä projektissa. Integraatio määritellään yhteiskuntatieteellisesti johdonmukaiseksi joukoksi menetelmiä ja malleja rahoituksen, hallinnon, organisaation, palvelutuotannon ja klinikoiden välillä luoda yhteistyötä eri sektoreiden sisällä ja välillä. Tavoitteena on parantaa potilaan hoidon ja elämän laatua, asiakkaan tyytyväisyyttä ja järjestelmän tehokkuutta. National Health Servicen määritelmä on yksilökeskeinen. Siinä keskeistä on potilaan oman suunnitelman laatiminen yhdessä hoitavien tahojen kanssa tuoden hänen tarvitsemansa palvelut yhteen sekä tavoitteena potilaan saama hyöty. (Ylitalo-Katajisto 2019, 31–33; Palonen, Kariniemi, Peltola, Pesonen, Rantanen & Siira 2020, 5, 11–12, 15.)

Ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää paljon palveluja tarvitsevasta asiakkaasta. Paljon palveluja tarvitseva asiakas on henkilö, joka on käyttänyt hyvinvointikeskuksen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanoton palveluja yli kuusi kertaa vuodessa tai jolla on ammattilaisen tunnustama monialaisen yhteistyön tarve. (Ylitalo-Katajisto 2015, 22.) Puhutaan kymmenestä prosentista potilaista, jotka käyttävät vuodessa eniten perusterveydenhuollon vastaanottoa eli 81 prosenttia kustannuksista. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden omien selviytymistaitojen tukeminen sekä sosiaalisen verkoston luominen ja merkitys ovat sote- palvelujärjestelmässä jääneet liian vähälle huomiolle. (Ylitalo-Katajisto 2019, 88.) Ihmiset kokevat, että heillä on vähäiset vaikuttamismahdollisuudet sote-palvelujärjestelmään. Asiakaslähtöisten palvelujen ja palvelumallien kehittämisen suhteen kansalaisten roolin ja osallistumisen tulisi olla vahvempi. Asiakkaiden roolia tulisi kehittää osallistuvaksi ja aktiiviseksi. Kansalaisten osallisuus asiakaslähtöisen palvelutuotannon suunnitteluun ja kehittämiseen on Suomessa lisääntynyt. Sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmana on tiedon ajantasaisuuden haasteet, asiantuntija-ammattien välinen vuoro-

vaikutuksen puute sekä tiedon luominen sosiaalisen vuorovaikutuksen pohjalta. Julkisen terveydenhuollon puolella hyödynnetään vähän tietoa palveluiden suunnittelussa, toiminnassa ja päätöksenteossa. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon ja palvelujen parantaminen edellyttäisi saman palvelutarpeen ja käyttäytymismallin omaavien asiakkaiden jakamista pienempiin yhdenmukaisiin osastoihin. On merkityksellistä, miten suuri osuus hoitajien vastaanoton osuus on perusterveydenhuollon käynneissä. Tutkimuksissa on noussut esille paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidossa hoitajan tärkeä rooli, moniammatillinen lähestymistapa ja case management lääkärikeskeisen toimintamallin sijaan. (Ylitalo-Katajisto 2015, 93.)

2 Opinnäytetyö työelämän kehittämisprojektina

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tarkoituksena on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista. Tässä laissa säädetään kunnan ja hyvinvointialueen velvollisuudesta huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta hyvinvointialueella. Iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta. Tässä laissa tarkoitetaan ikääntyneellä väestöllä vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. (Finlex 2022.)

Pohteen strategiassa, hyvinvointi, terveys ja turvallisuus – yhdessä tehden, yksi painopiste on osaamisen ja resurssien jakaminen vahvistavat ennaltaehkäisyä ja perustason palveluja. Hyvinvointialueen strategiaan on määritelty arvot:

1. Näemme ihmisen
2. Kohtaamme ammattitaidolla
3. Edelläkävijänä vaikuttavuudessa.

Tavoitteena Pohteen strategiassa on hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden parantuminen sekä palvelutarpeiden väheneminen. Palvelulupauksessa on vaikuttavasti: kun tarvitset neuvoja, tukea, apua tai turvaa, olemme sinua varten. Huolehdimme yhteisesti, että saat tarvitsemasi palvelut sujuvasti, oikeaan aikaan ja huolehdimme niiden jatkuvuudesta. Tuomme palvelut lähelle sinua monin eri tavoin. Toimintamme on vaikuttavaa ja se perustuu uusimpaan tietoon ja tutkimukseen. Strategisiin valintoihin on vaikuttanut Pohjois-Pohjanmaalla monialaista tukea ja yhteen sovitettuja palveluja tarvitsevien väestöryhmien palveluiden koordinointi sekä väestön nopea ja merkittävä ikärakenteen muutos. (Pohde 2023.)

lkääntyneen kotona asumisen mahdollistamisessa sekä toimintakyvyn arviossa ja tukemisessa tarvitaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, joka painottaa voimavarojen lähtöisyyttä, yksilöllisyyttä, kokemuksellisuutta, itsensä toteuttamista, toimijuutta, vuorovaikutuksellisuutta, osallisuutta, omia valintoja ja identiteettiä (Kaakinen, Kariniemi, Kyngäs & Siira 2020, 24).

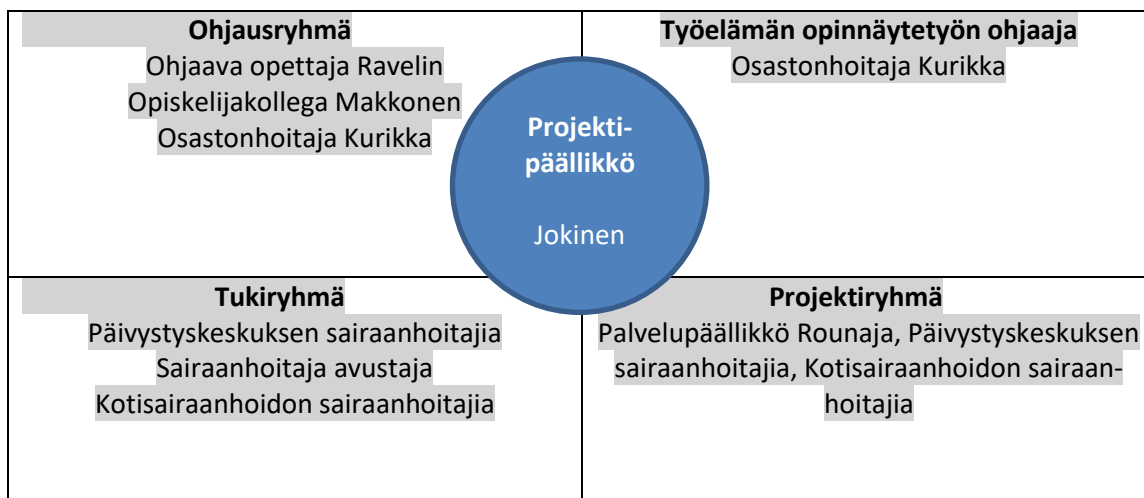
2.1 Opinnäytetyön projektityöskentely

Laadullisissa tutkimuksissa tutkija tapaa henkilökohtaisesti osallistuvia. Osallistujien kanssa muodostuu vuorovaikutuksellinen suhde, koska tutkija tapaa osallistuvia. Vuorovaikutuksen tulee olla kunnioittavaa, arvostavaa ja herättää luottamusta. Riskit tulee arvioida etukäteen. (Aro & Koivisto 2006, 3.) Tutkijan ja tutkittavien suhteessa on olennaista myös avoimuus. Ihmisillä on tutkimukseen osallistuessaan oikeus tietää mitä heille tapahtuu. Tutkittavien on saatava tietää tutkimuksen riskeistä, rajoituksista, ja saatavasta hyödystä. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkittavia ei saa vahingoittaa. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 29.)

2.1.1 Projektiorganisaation kuvaus

Tämän ylemmän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opinnäytetyön kokonaisuuden hallinnointi ja johtaminen tapahtuvat projektijohtamisen periaatteiden mukaisesti. (Opinnäytetyön hallinta n.d.). Projektioorganisaatio koostuu usein ohjausryhmästä, projektipäälliköstä, projektiryhmästä, tukiryhmästä ja erilaisista työryhmistä. Ohjausryhmä nimitettiin opinnäytetyön käynnistyessä. Ohjausryhmän pienempi koko lisää tehokkuutta päätöksentekoon. (Löow 2002, 28–30.) Ohjausryhmään kuuluivat ohjaava opettaja, osastonhoitaja, sekä opinnäytetyön vertaisena toimiva yamk opiskelija.

Opinnäytetyön tekijä toimii projektissa projektipäällikönä. Projektipäällikön tulee olla ongelmaratkaisukykyinen sekä osata johtaa ja viedä projektia eteenpäin. Hän pyrkii siihen, että projektiryhmä tekee tarvittavat toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Projektipäälliköllä on vastuu tavoitteiden saavuttamisesta ja näin myös seuranta ja tarkistus toimenpiteet. Ohjausryhmälle raportointi kuuluu projektipäällikön tehtäviin. (Löow 2002, 28–30.) Opinnäytetyön projektioorganisaatio on kuvattu alla (kuvio 1).



Kuvio 1. Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Projektipäällikkö kokoaa projektiryhmän huomioiden tavoitteet, vaatimukset ja lähtökohdat. On tärkeää hyödyntää ryhmän jäsenten osaamisalueita ja johtaa projektia oikeaan suuntaan. (Lööv 2002, 43). Projektiryhmä raportoi projektipäällikölle mahdollisista poikkeamista ja pitää kiinni suunnitelmista. Projektiryhmän avulla varmistetaan, että projekti saavuttaa tarkoituksensa ja tavoitteensa. (Lööv 2002, 31). Projektiryhmään kuului sairaanhoitajia sekä päivystyksen kotiutuskoordinaattoreita.

2.1.2 Projektijohtaminen

Johtamismalleja ja menetelmiä on paljon. Johtajuus on prosessi ja siihen liittyy valta ja ihmisiin vaikuttaminen. Valmentava johtaminen on ajattelun malli, jossa yhdistyy kokonaisvaltaisesti koko johtamisen kirjo. Valmentavasta johtajuudesta on tullut keskeinen johtamisen työkalu. Kyky tehdä yhteistyötä ja oppia uutta on avainasemassa. Yhteisöllisyys ja vuorovaikutustaidot sekä yhteistyöarvot korostuvat. Johtamisen avulla osallistetaan koko ryhmä. Siinä korostuu havainnointi- ja analyysitaito. (Ristikangas & Ristikangas 2013, 18–20.) Osaavassa tiimissä yksittäiset jäsenet tai jäsenet yhdessä osaavat ja yhdistävät osaamistaan tiimiä hyödyttävällä tavalla. (Kupias, Peltola & Tihinen 2014, 54).

Menestyneimmät, muutosmieliset ja innovatiiviset esimiehet keskittyivät tiimityöhön. Esimiehet uskoivat yksilöiden ja ryhmien luovuuteen, ja tiimien ongelmanratkaisutaitoihin. Avoin kommunikaatio ja kehitymisorientaatio ovat tärkeitä, mutta myös taito kuunnella. Valmentava johtaja uskoo yksilöiden ja ryhmien voimavaroihin. Ryhmiin rakennetaan kehitysmuuntoinen ilmapiiri ja työtä tehdään yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Valmentavan johtamisen ajattelutapaan vaikuttaa coaching merkittävästi. Coaching on valmennettavan henkilökohtainen tulos- ja kehitysmuuntoautunut valmennusprosessi. (Ristikangas & Ristikangas, 2013 20–22.) Asettaessaan tavoitteen, valmennettava luo itselleen vision omasta tulevaisuudestaan ja niistä asioista, joita hän haluaa saavuttaa tai muuttaa. (Parppei, 2007, 28).

Valmentavan johtamisen periaatteina on vahvistaa yksilön heikkouksia ja tehostaa suorituskäkyä. Se kannustaa itseohjautuvuuteen. Työntekijät toimivat vahvuuksiensa pohjalta ja saavat näin aikaan tuloksia. He ovat hyviä siinä, mitä tekevät. (Uutela 2019, 24.)

Yksilön osaamista ovat tietojen ja taitojen monipuolinen käyttö, työn priorisointi, organisointi, ryhmätyöskentelytaidot, joustavuus ja sopeutuminen, oman toiminnan arviointi, oppimaan oppiminen. Osaamisen soveltaminen on kaikkein tärkeintä. (Kupias, Peltola & Tihinen 2014, 50–54.) Ajatuksena on yhteisen näkemyksen luominen ja sen soveltaminen yhteiseen tekemiseen. Organisaation oppiminen tuo organisaatioon uutta osaamista. (Ojala 2008, 71–74.)

Oppimiselle pitää luoda hyvät edellytykset. Oppimismuuntoinen organisaatiokulttuuri edesauttaa henkilöstön älyllistä kuntoa. Esimiesten tulee osata johtaa ja lopulta palkita oppimista ja sen jakamista. Oppimismuuntoisuus tukee työn imua eli flow - tilaa. (Ojala 2008, 257–258.)

2.2 Toimintatutkimus tutkimusmetodologiana

Opinnäytetyön metodologiana oli toimintatutkimus. Sen avulla tutkitaan ihmisen toimintaa ja tuotetaan tietoa järjen avulla käytännön kehittämiseksi. Tutkimus kohdistuu sosiaaliseen toimintaan. (Heikkinen 2007, 16.) Toimintatutkimus pitää sisällään muutoksen paremmasta, koska se tähtää pysyvään muutokseen. Opinnäytetyössä yhteistyötä tekivät ne, joita ongelma koski ja he ratkaisivat sen itse. Kehittämisen etu on, että ongelman ratkaisijat itse sitoutuvat muutokseen. Kehittäminen on jatkuvaa toiminnan parantamista. (Kananen 2014, 11.) Toimintatutkimus on määritelmänsä mukaan tilanteeseen sidottua, yhteistyötä vaativaa, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa. (Metsämuuronen 2008, 29.)

Toimintatutkimus vastaa käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittää olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi (Metsämuuronen 2008, 29). Toimintatutkimuksen piirteitä ovat käytäntöihin suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Tutkimuksen kohde tai substanssi voi olla melkein mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre. (Kuula 2001, 10–11.) Toimintatutkimus pyrkii löytämään ratkaisun tietyssä tilanteessa havaittuun ongelmaan ja auttaa lisäämään uusia näkökulmia työskentelyyn. Toimintatutkimus antaa subjektiiviselle lähestymistavalle mahdollisuuden ratkaista ongelma. (Metsämuuronen 2008, 30.)

Toimintatutkimuksen tehtävänä ovat todellisuuden muuttaminen sitä tutkimalla ja todellisuuden tutkiminen sitä muuttamalla. Siinä prosessissa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen pyrkimyksenä on päästä kehittyneempään, yleisesti pätevään teoriaan. (Heikkinen 2008, 36.)

2.3 Lähteet

Finlex. (2020). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla 2.10.2024 [Https://finlex.fi](https://finlex.fi)

Kaakinen, P., Kariniemi, K., Kyngäs, H. & Siira, H. (2020). *Gerontologia 34(1)*. Artikkel: ”*Vanhakin on ihminen*” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta. Oulun kaupungin kotihoito, Oulun yliopisto, Pohjois - Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Kariniemi, K., Palonen, M., Peltola, P., Pesonen, H., Rantanen, A. & Siira, H. (2020). Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta Hotus-hoitosuositus. Saatavilla 17.1.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/ika-hoitosuositus.pdf>

Kehusmaa, S. (2015). Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Kelan tutkimusosasto. Saatavilla 29.11.2022: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-669-942-7>

Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. (2014). Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kuula, A. (2001). Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. 2. painos. Tammer paino. Tampere.

Löow, M. (2002). Onnistunut projekti. Helsinki. Tietosanoma Oy.

Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. painos. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä.

Otala, L. (2008). Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Porvoo. WSOY.

Parpei, R. (2008). Business coaching itsesäätelyn kehitysinterventiona. Helsingin yliopisto. Teknillinen korkeakoulu. Väitöskirja. Saatavilla 26.9.22: URL: <http://lib.tkk.fi/Diss/2008/isbn9512293070/>

Pohde. (2023). Hyvinvointialueen strategia. Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus syntyvät yhdessä tekemällä. Saatavilla 2.10.2024 [Https://pohde.fi/tietoa-meista/strategia](https://pohde.fi/tietoa-meista/strategia)

Ristikangas, M-R. & Ristikangas, V. (2013). Valmentava johtajuus. 3. painos. Alma talent.

THL (2023). Palveluintegraatio. Sotepalvelujen johtaminen. Kehittyvä palvelujärjestelmä. Saatavilla 20.1.2024 www.thl.fi

Uutela, U. (2019). Valmentava esimiestyö työhyvinvointia ja työssä oppimista tukemassa. Fenomenografnen tapaustutkimus esimiesten ja työntekijöiden käsityksistä. Lapin yliopisto. Väitöskirja. Saatavilla 11.5.2023: <https://core.ac.uk/download/pdf/212009563.pdf>

Ylitalo-Katajisto, K. (2019). Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Saatavilla 29.11.2022: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526224084>

3 Opinnäytetyön tavoite ja eri syklien tarkoitukset

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää paljon palveluita käyttävien ikääntyvien päivystyksen jälkeistä kotiutusta.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävän ikääntyneen kotiutumiseen liittyviä riskitekijöitä näyttöön perustuen. Ensimmäisen syklin tutkimuskysymyksenä oli: mitä paljon terveyspalveluja käyttävän ikääntyvän kotiuttamiseen liittyviä riskejä on ja miten aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveyspalveluja tarvitseva ikääntynyt tunnistetaan päivystyksessä?

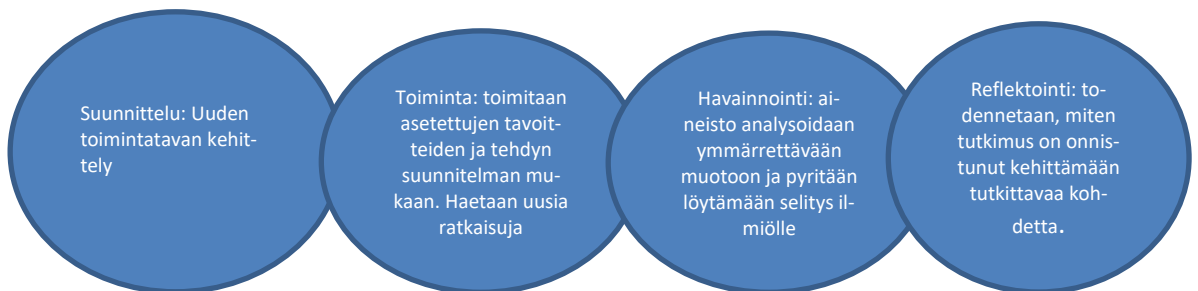
Toisen syklin tarkoitus oli kuvata tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päivystyskeskuksessa. Toisen syklin kehittämiskysymyksenä oli: mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveyspalveluita käyttävät ikääntyneet. Toisen syklin sivusyklinä oli tarkistuslistan pilotointi Päivystyskeskuksessa.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillinen toimintamalli Pohteen Päivystyskeskukseseen. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: millainen moniammatillinen toimintamallin tulee olla, että paljon terveyspalveluita käyttävien ikääntyneiden kotiutus kehittyy.

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelma. Kehittämiskysymyksenä oli: miten moniammatillinen toimintamalli implementoidaan Pohteen Päivystyskeskukseseen.

4 Kirjallisuuskatsaus (sykli 1)

Metodologiana oli toimintatutkimus, jonka ensimmäinen sykli toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävän ikään-tyneen kotiutumiseen liittyviä riskitekijöitä näyttöön perustuen. Sykli koostuu suunnittelu-, toiminta-, havainnointi- ja reflektointivaiheesta. (Kananen 2009, 11; Salminen 2011, 9–10.) Opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen eteneminen toimintatutkimuksen syklien mukaan on kuvattu alla (kuvio 2).



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen eteneminen toimintatutkimuksen syklien mukaan

4.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus (suunnittelu)

Toimintatutkimuksen ensimmäinen sykli on suunnitteluvaihe, jonka aikana keskustellaan tutkimuksen tarkoituksesta projektiryhmän kanssa. Ensimmäisenä määritetään tutkimuskysymys. Hyvä tutkimuskysymys rajaa aineiston laajuuden tutkijan resursseihin nähden. (Axelin ym. 2016, 24–25.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään järjestelmällisesti löytämään jo olemassa olevaa tutkimuskirjallisuutta, analysoimaan ja arvioimaan sen laatu. Keskeistä on vastauksen etsiminen tarkkaan kliiniseen kysymykseen. Laadukkaiden tutkimusten tunnistamiseksi käytetään tarkkaa hakumenettelyä. Tarkkaan muotoiltu tutkimuskysymys, kattava jo olemassa olevien tutkimusten hakumenettely, huolellisesti valitut menetelmät ja menetelmätavat ovat keskeistä järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa. (Axelin ym. 2016, 13–14.)

Tilanteen kartoitukseen pitää varata aikaa, että ongelma saadaan kunnolla määritettyä. (Kananen 2009, 11; Salminen 2011, 9–10). Muodostettaessa tutkimuskysymystä suunniteltaessa tehdään

alustavia kirjallisuushakuja, että saadaan käsitys olemassa olevien tutkimusten määrästä. (Axelin ym. 2016, 25).

Tarkoitus oli kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa paljon terveystalvveluja käyttävän ikääntyneen kotiutumiseen liittyviä riskitekijöitä näyttöön perustuen. Ensimmäisen syklin tutkimuskysymyksinä oli: mitä paljon terveystalvveluja käyttävän ikääntyvän kotiuttamiseen liittyviä riskejä on ja miten aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveystalvveluja tarvitseva ikääntynyt tunnistetaan päiivystyksessä?

4.2 Aineiston hankinta (toiminta)

Kirjallisuuskatsauksen alustavia hakuja tehtiin loka- marraskuussa 2023 Kajaanin Ammattikorkeakoulun sähköisen FINNA - tiedonhakuportaalin kautta. Tietoa haettiin hoitotieteellisistä kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Lopullisesti tiedonhaku suoritettiin Medic, Medline, Tiede ja tutkimus sekä Cinahl Ebsco portaalin tietokannoista.

Toimintatutkimuksen toinen vaihe on toimintavaihe eli kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Aikaisemman kirjallisuuden hakuun suunniteltiin edellisessä vaiheessa strategia, koska on tarkoitus tunnistaa ja löytää kaikki materiaali, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Haut tehtiin manuaalisesti ja sähköisiä tietokantoja hyödyksi käyttäen. Opinnäytetyön aiheen kannalta määritellään keskeiset käsitteet, joita käytetään hakusanoina ja niistä muodostettuina hakulausekkeina. (Axelin ym. 2016, 25–26). Opinnäytetyössä käytetyt hakusanat tietokannoittain on esitetty alla (taulukko 1).

Taulukko 1. Hakusanat tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat
Medic	päivystys* AND ikää* OR paljon terveystalvvelui*
Medline	emergency department AND frequent users OR frequent attenders AND (older adults or elderly or aged 65 or 65+)
Tiede ja tutkimus	päivystys, iäkäs, paljon
Cinahl	emergency department AND frequent users OR frequent attenders AND (older adults or elderly or aged 65 or 65+)

Kirjallisuuskatsauksessa aiheen rajauksessa ja tutkimusongelman muotoilussa käytettiin PCC-menetelmää. Menetelmässä P tarkoittaa kohderyhmää, C tarkoittaa käsitettä ja C tarkoittaa kontekstia. PCC-menetelmää käytetään, kun halutaan kartoittaa mahdollisimman laajasti aikaisempia tutkimuksia (Hotus, 2023). Taulukossa 2 on esitetty opinnäytetyön PCC-asetelma.

Taulukko 2. PCC asetelma

P=kohderyhmä	ikäntyvä paljon terveyspalveluja tarvitseva potilas	(older adults or elderly or aged 65 or 65+) elderly, older, +65, older adults,	Ikäntyvä, ikää*,
C=käsite	Paljon päivystyksen palveluja käyttävän ikääntyneen asiakasprofiilin määrittäminen	frequent user OR frequent attender	paljon palv*, paljon terveyspalvelui*
C=konteksti	päivystyksen jälkeisen kotiutuksen kehittäminen	Päivystys,	päivystys, päivysty*

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi aloitetaan selvittämällä tutkimuskysymys ja valitun tutkimusasetelman asianmukaisuus. Tutkimuskysymyksen purkaminen pienempiin osiin auttaa kirkastamaan tutkimuksen tavoitteen. PCC-rakennetta voi käyttää pohjana, mutta myös vaikuttavuustutkimuksessa sekä muissa tutkimusasetelmissa. Sen jokainen osa kirjataan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Terveysportti, 2023.)

Aiheeseen liittyviä asiasanoja on mietitty aiemmalla kurssilla yhdessä toisen opiskelijan kanssa. Asiasanoja haetaan myös eri tietokannoista: Medic, Melinda, Doria, Pubmed. Näin saadaan selville aiheeseen liittyviä suomen- ja englanninkielisiä asiasanoja. Lisäksi apuna käytettiin kirjaston informaation asiantuntemusta hakusanojen löytämiseksi. Tämän avulla hahmotetaan myös, mistä saadaan eniten tietoa omaan katsaukseen. Tämän jälkeen määriteltiin katsauksen sisääntokriteerit.

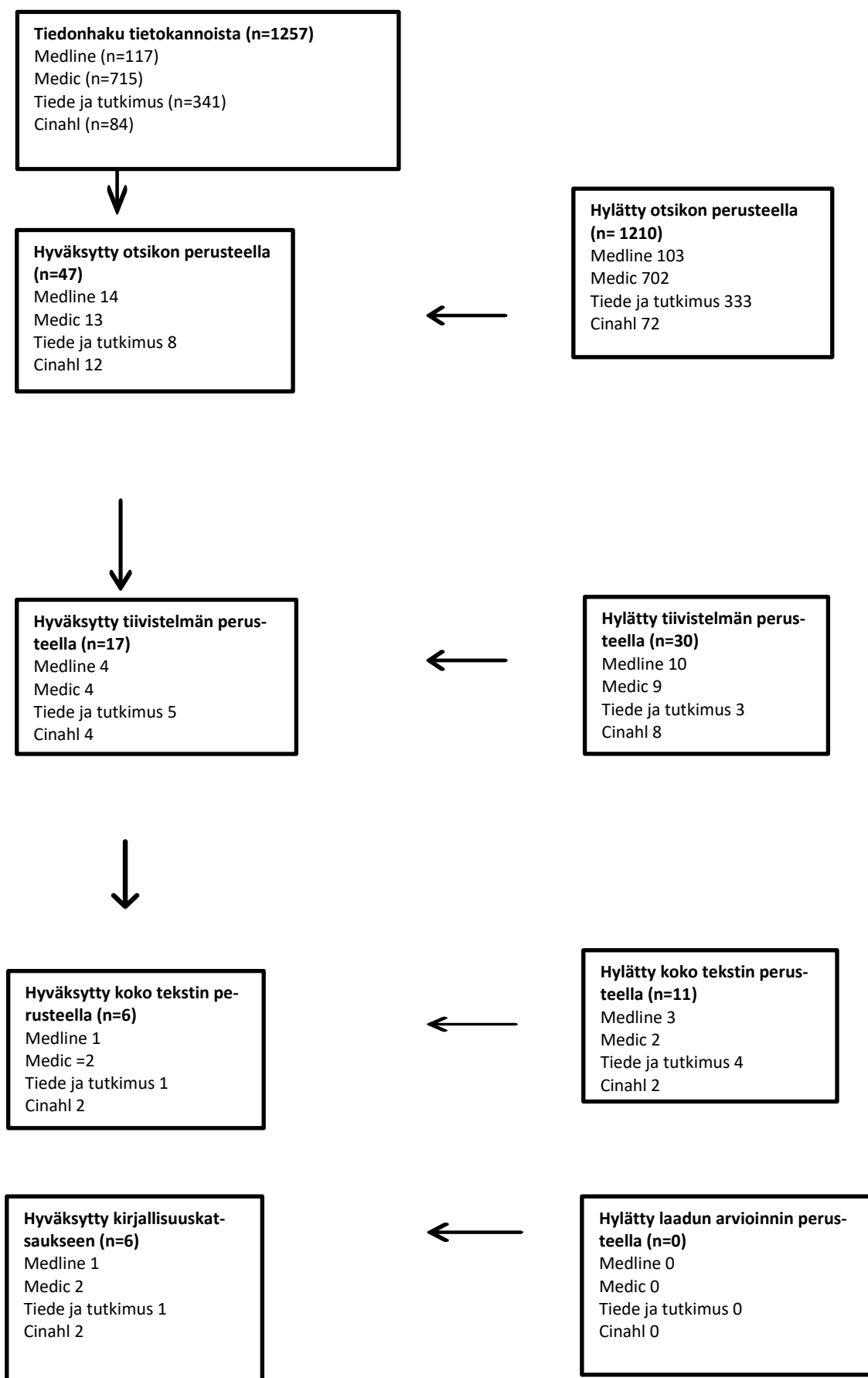
Strategiaan kuuluu, että muodostetaan mukaanotto- ja poissulkukriteerit, joilla varmistetaan, että katsaus etenee suunnitelma mukaan. Julkaisuvuoden ja julkaisun kirjoituskielen rajaaminen

määrittää tässä tutkimuksessa aineiston kokoa. (Axelin ym. 2016, 25–26.) Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ohjaavat olemassa olevien tutkimusten valintoja ensin otsikkotasolla, abstraktitasolla ja lopulta koko tekstejä luettaessa. Hakuprosessi tulee kuvata niin tarkasti, että se pystytään toistamaan. Kirjallisuushaku on kirjallisuuskatsauksen aikaa vievin osuus. Manuaalista hakua voi suorittaa jo valittujen tutkimusten lähdeluettelon perusteella. Hakuprosessissa ilmenneitä heikkouksia ja vahvuuksia on hyvä pohtia katsauksen yhteydessä. Alla (taulukko 3) on kuvattu kirjallisuuskatsauksen aineiston sisäänotto ja poissulkukriteerit.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	poissulkukriteerit
Julkaisu englannin tai suomen kielellä	Muu kieli kuin englanti tai suomi
Julkaisuvuosi 2013–2023	Julkaisuvuosi on ennen vuotta 2013
Ilmainen saatavuus	Julkaisu on maksullinen
Vertaisarvioitu	Ei vertaisarvioitu
Väitöskirja, alkuperäistutkimus, tieteellinen tutkimus	Opinnäytetyö, pro gradu -tutkielma, ei tieteellinen tutkimus
Koko teksti saatavilla sähköisesti	Teksti vain osittain saatavilla sähköisesti
Aihe vastaa tutkimuskysymykseen	Aihe ei vastaa tutkimuskysymykseen
Aihe käsittelee ikääntyneitä	Aihe käsittelee lapsia

Kaikki aineisto käytiin rajausten mukaisesti läpi. Artikkelit, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, valittiin aineistoon. Otsikkotasolla valituista luettiin tiivistelmät. Näistä valittiin tutkimukset tai artikkelit, jotka vastasivat parhaiten tutkimuskysymykseen. Koko tekstin ja laadunarvioinnin perusteella tehtiin lopullinen aineiston valinta kirjallisuuskatsaukseen. Alla (kuvi 2.) on kuvattu ennalta määritettyjen sisäänottokriteerien täyttäneiden tutkimusten valintaprosessi Prisma - kuvion avulla. Alla (kuvi 4) on kuvattu tutkimusaineistojen valintojen eteneminen tietokannoittain Prisma – kuvion avulla.



Kuvio 4. Tutkimusten valinta tietokannoista (mukailten PRISMA Flow Diagram 2020)

Kolmas vaihe on ennalta määritettyjen sisäänottokriteerien täyttäneiden tutkimusten menetelmällisen laadun kriittinen arviointi. Katsaukseen valittujen tutkimusten luotettavuus arvioidaan erikseen. Tehdään valituille tutkimuksille näytön asteen ja laadun arviointi ennalta määritettyjen sisäänottokriteerien täyttäneiden tutkimusten menetelmällisen laadun kriittinen arviointi. Katsaukseen valittujen tutkimusten luotettavuus arvioidaan erikseen. Tehdään valituille tutkimuksille näytön asteen ja laadun arviointi. (Axelin ym. 2016, 27).

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerien täyttäneiden tutkimusten laadun kriittinen arviointi toteutettiin noudattaen Hoitotyön tutkimussäätiön suomeksi kääntämien Joanna Briggs instituutin kriittisen arvioinnin (JBI:n) kriteeristön mukaisesti (Liite 6). Aineistoon otettiin mukaan julkaisut, joiden pistemäärä oli yli puolet kokonaispistemäärästä. (Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) n.d).

Näytön aste ilmoitetaan Käypä hoito -suosituksissa neliportaisella asteikolla A (vahva), B (kohtalainen), C (heikko) tai D (hyvin heikko). Vahvaa A asteen näyttöä tuottaa laadukas satunnaistettu, vertaileva tutkimus hoidon vaikuttavuudesta. C astetta on havainnoivista tutkimuksista saatu tieto. Jos satunnaistettuja tutkimuksia on käytettävissä, näytön asteen arviointi perustetaan niihin. Luotettavin näyttö saadaan haittojen arvioinnista havaintotutkimuksista. Hoidon tehoa arvioidessa monet tutkimuksen menetelmiin liittyvät seikat saattavat heikentää luottamustamme arvioon vaikutuksen suuruudesta. Se laskee näytön astetta. Näytön asteen laskeminen perustuu harhan todennäköisyyteen tai olemassaoloon tutkimuksessa, mutta myös tulosten huonoon sovellettavuuteen niiden potilaiden hoitoon, joita hoitosuositus koskee. (Jousimaa, Liira, Liira & Komulainen, 2013.) Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit ja niiden laadun arviointi ja näytön aste on kuvattu liitteissä 2/2.

4.3 Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)

Toimintatutkimuksen havainnointi vaiheessa tehdään aineiston analyysi ja esitellään kirjallisuuskatsauksen tulokset. Tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista. Aineiston analyysin aikana järjestetään ja luokitellaan aineisto. Lopuksi kirjoitetaan ja tulkitaan tulokset niin, että saadaan aikaan ymmärrystä lisäävä kokonaisuus eli synteesi. (Axelin ym. 2016, 30.)

Ensiksi analyysivaiheessa kuvataan tärkeää sisältöä: kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, vahvuudet

ja heikkoudet. Tutkimusten yhteenveto tehdään taulukkomuotoon, että saadaan luotua kokonaiskuva ja ymmärrys aineistosta. (Axelin ym. 2016, 30.)

Toiseksi tutkija lukee ja koodaa aineistoa muodostaen luokkia. Tarkoitus on etsiä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, ryhmitellä ja vertailla sekä tulkita tutkimuksia. (Axelin ym. 2016, 30.)

Kolmanneksi muodostetaan katsauksesta looginen kokonaisuus eli synteesi. Samalla muodostetaan tutkimustuloksista yleisempi kuva ja esitetään ristiriitaiset tulokset. (Axelin ym. 2016, 31–32.)

4.3.1 Induktiivinen sisällön analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineistot analysoidaan tutkimuskysymyksittäin, ensin ensimmäinen kysymys ja sitten toinen kysymys.

Induktiivinen aineiston analyysi on kolmivaiheinen. Redusoinnissa eli aineiston pelkistämässä informaatiosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Informaatiota tiivistetään tai pilkotaan osiin. Sisällönanalysissä määritetään analyysiyksikkö tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä käydään koodatut ilmaukset läpi ja etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Käsitteet luokitellaan ja nimetään. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi ja sen jälkeen yläluokiksi. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan olennainen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä alkuperäisestä informaatiosta saadaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108–113.)

Aineisto muodostui kuudesta (n=6) artikkelista tai väitöskirjasta, jotka koodattiin numeroilla sekä aakkosittain etenevästi. Koodauksen avulla analyysivaiheessa oli helppoa palata alkuperäiseen aineistoon. Analyysiyksikköinä oli lause tai lauseita. Aineistosta etsittiin tutkimuskysymykselle kuvaavia ilmaisuja. Alkuperäiset ilmaisut merkattiin ja kirjattiin koodattuina aineistoon. Alkuperäisiä ilmaisuja tuli toiseen tutkimuskysymykseen 10 ja toiseen 13. Alkuperäisiä ilmaisuja tuli yhteensä kaksikymmentäkolme (23) ja ne pelkistettiin. Alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaisut koottiin taulukoon klusterointia eli ryhmittelyä varten. Alkuperäisiä ilmaisuja käytiin läpi ja etsittiin käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitel-

tiin yhtenäisten käsitteiden alle, joista muodostettiin alaluokka. Alaluokkia muodostui toiseen tutkimuskysymykseen kahdeksan (8) ja toiseen viisi (5) eli yhteensä kolmetoista (13). Ne nimettiin sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Aineiston käsittely jatkui abstrahoinnilla. Siinä valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Yhdistämällä käsitteitä oli tarkoitus saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Toiseen tutkimuskysymykseen muodostui kaksi yläluokkaa yhdistämään alaluokkien käsitteitä. Taulukossa 4 alla on kuvattu aineiston ryhmittelyä alkuperäisistä ilmaisuista tutkimuskysymykseen: miten aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveystalveta tarvitseva ikääntynyt potilas tunnistetaan päivystyksessä.

Taulukko 4. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen aineiston ryhmittelystä alkuperäisistä ilmaisuista

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
2A. Paljon terveystalveta käyttävää asiakasta perusterveydenhuollossa ei ollut yksiselitteisesti määritelty kirjallisuudessa.	2A. Paljon terveystalveta käyttävää asiakasta perusterveydenhuollossa ei ollut määritelty kirjallisuudessa.	Paljon terveystalveta käyttävän määrittelyn kehittäminen. (2A, 3E)	Paljon terveystalveta käyttävän potilaan määrittelemine
2B. Käsiteanalyysissä tunnistettiin neljä ominaispiirrettä perusterveydenhuollon paljon palveluja käyttäville asiakkaille.	2B. Neljä ominaispiirrettä paljon palveluja käyttäville asiakkaille.	Paljon terveystalveta käyttävän ominaispiirteiden tunnistaminen (2B, 2C, 2D, 3H, 4A, 4B, 4C, 5A)	Potilastietojärjestelmiin kirjaamisen ja hyödyntämisen kehittäminen.
		Pysyvien diagnoosien huolellinen kirjaaminen.	

4.4 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksessa oli kaksi tutkimuskysymystä. Ensimmäinen tutkimuskysymys mitä paljon terveystalveta käyttävän ikääntyvän potilaan kotiuttamiseen liittyviä riskejä on ja toinen miten

aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveystalvuluja tarvitseva ikääntynyt potilas tunnistetaan päivystyksessä?

Tietoperusta sisältää aiheen keskeisiä teoreettisia käsitteitä. Näillä rajataan tutkittavaa kohdetta. Se auttaa ymmärtämään ilmiötä paremmin. Siinä kuvataan, miten aihetta on tutkittu aiemmin. Tietoperustassa korostuvat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus ja asianmukainen viittaaminen. (Aro & Koivisto 2006, 2.)

Luotettavuutta lisää, jos raportoidaan tutkimuksen erivaiheista luotettavuuden näkökulmasta. Millä menetelmällä ja tekniikalla aineisto on kerätty. Millä perusteella ja miten tutkimuksen tiedonantajat valittiin. Arvioidaan tutkijan ja tiedonantajan suhdetta. Millaisella aikataululla tutkimus on tehty. Miten aineisto analysoitiin ja tuloksiin päästiin. Arvioidaan tutkimuksen ja tutkimusraportin luotettavuus, eettisyys ja korkeatasoisuus. Kerrotaan, miten tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. Lopuksi raportoidaan selkeä kuvaus tutkitusta ilmiöstä ja tutkimusprosessista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 141.)

Aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Tutkittavasta ilmiöstä saadaan sanallinen ja selkeä kuvaus analyysin avulla. Sen avulla järjestetään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon sekä lisätään samalla informaatio arvoa. Yhtenäisestä aineistosta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108.)

4.4.1 Paljon terveystalvuluja käyttävän ikääntyneen kotiuttamiseen liittyvät riskit

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, mitä paljon terveystalvuluja käyttävän ikääntyneen kotiuttamiseen liittyviä riskejä on. Kirjallisuuskatsauksen tulokseksi muodostui ensimmäisen kysymyksen osalta viisi alaluokkaa: *yöaikainen kotiutuminen, potilaan kohonnut kiireellisyysluokitus, potilaan kotiutumiseen liittyvän informoinnin puutteellisuus, diagnoosien puutteellisuus, kotiutumisen jälkeisiin palveluihin liittyvän omaisen informoinnin puutteellisuus.*

Yöaikainen kotiutuminen

Yöaikainen kotiutuminen muodostui pelkistetyistä ilmaisuista yöaikainen kotiutuminen altistaa uusintakäynneille, yöaikana hoitajien ja lääkäreiden vireystila on matalimmillaan.

Potilaan kohonnut kiireellisyysluokitus

Potilaan kohonnut kiireellisyysluokitus muodostui ilmaisuista triage-luokitus yhteydessä potilaiden paluuseen päivystyspoliklinikalle, ikääntynyt ja triage-luokka ES13 on korkeampi riski kotiutukselle.

Potilaan kotiutumiseen liittyvän informoinnin puutteellisuus

Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: iäkkäiden potilaiden kotiutumisen ja kotiutuksen jälkeisen arkielämän kannalta tärkeitä tekijöitä on heikentynyt kyky suorittaa päivittäisiä toimintoja, iäkkäiden potilaiden kotiutumisen ja kotiutuksen jälkeisen arkielämän kannalta tärkeitä tekijöitä ja kotiutusprosessiin valmistautuminen ja osallistumattomuus olivat merkittäviä, iäkkäiden saamassa tiedossa ja ohjauksessa kotiutumiseen liittyen on puutteita, läkkäät kokevat, että heidän kotiutumisensa yhteydessä saamansa tiedon puutteellisuus on syy uusintakäyneihin, tiedon puute aiheuttaa epävarmuutta kotiutumiseen liittyvissä asioissa muodostivat alaluokan potilaan kotiutumiseen liittyvän informoinnin puutteellisuus.

Diagnoosien puutteellisuus

Alaluokka diagnoosien puutteellisuus muodostui pelkistetyistä ilmaisuista iäkkäiden potilaiden kotiutumisen ja kotiutuksen jälkeisen arkielämän kannalta tärkeitä tekijöitä diagnoosin selvittämättä jättäminen, tunne kotiutumisesta ilman diagnoosia tai selitystä aiheutti ahdistusta ja epävarmuutta iäkkäissä potilaissa.

Kotiutumisen jälkeisiin palveluihin liittyvän omaisen informoinnin puutteellisuus

Alaluokka kotiutumisen jälkeisiin palveluihin liittyvän omaisen informoinnin puutteellisuus muodostui pelkistetyistä ilmaisuista läkkäät potilaat ja läheishoivaajat kokivat, että kotiutumisen jälkeiset palvelut olivat iäkkäille ja heidän huoltajilleen vieraita ja se vaikutti potilaiden toipumiseen.

Ikäihmisen kotiutumiseen liittyviä riskejä oli yöaikainen kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Aamuyön tunteina hoitajien ja lääkäreiden vireystila on matalimmillaan ja tämä saattaa näkyä potilaiden hoidossa. Potilaan päivystyspoliklinikalle tulo ja kotiutuminen yöaikaan altistivat uusintakäynnille. Potilaan kunnon arviointi oli puutteellista. Triage-luokitus oli yhteydessä potilaiden paluuseen päivystyspoliklinikalle. Ikääntynyt ja kohonnut triage-luokka oli korkeampi riski kotiutukselle. Iäkkäiden potilaiden kotiutumisen ja kotiutuksen jälkeisen arkielämän kannalta tärkeitä tekijöitä kuten heikentynyt kyky suorittaa päivittäisiä toimintoja, diagnoosin selvittämättä jättäminen ja kotiutusprosessiin valmistautuminen ja osallistumattomuus vaikeuttivat kotiutumista. Iäkkäiden saamassa tiedossa ja ohjauksessa kotiutumiseen liittyen on puutteita.

Ikääntyneet kokevat, että heidän kotiutumisen yhteydessä saamansa tiedon puutteellisuus on syy uusintakäyneihin. Ikääntyneet potilaat ja omaishoitajat kokivat, että kotiutumisen jälkeiset palvelut olivat iäkkäille ja heidän huoltajilleen vieraita ja se vaikutti potilaiden toipumiseen. Yhteispäivystyksissä arvioidaan ja varmistetaan se, että kiireellistä hoitoa tarvitsevat saavat nopeasti avun ABCDE-triage eli hoidon tarpeen kiireellisyyssryhmittelyn avulla. (Kantonen 2007.)

4.4.2 Aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveyspalveluja tarvitsevan ikääntyneen tunnistaminen päivystyksessä

Kirjallisuuskatsauksen toisena tutkimuskysymyksenä oli, miten aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveyspalveluja tarvitseva ikääntynyt tunnistetaan päivystyksessä? Kirjallisuuskatsauksen tulokseksi muodostui kaksi yläluokkaa: 1) paljon terveyspalveluja käyttävän potilaan määrittely ja potilastietojärjestelmiin kirjaamisen ja hyödyntämisen tehostaminen.

Paljon terveyspalveluita käyttävän potilaan määrittely

Yläluokka *paljon terveyspalveluita käyttävän potilaan määrittely* muodostui 2) alaluokista paljon terveyspalveluita käyttävän määrittelyn kehittäminen, paljon terveyspalveluita käyttävän ominaispiirteiden tunnistaminen, sairauksien määrän ja yhteisesiintymisen tunnistaminen, asiakasprofilointi tapa tunnistamiseen, tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta tunnistaminen puutteellista, diagnosoimattoman sydänsairauden ja kaatumisen esiintulo 12 kuukauden aikana.

Potilastietojärjestelmiin kirjaamisen ja hyödyntämisen tehostaminen

Yläluokka *potilastietojärjestelmiin kirjaamisen ja hyödyntämisen tehostaminen* muodostui alaluokista pysyvien diagnoosien huolellinen kirjaaminen ja potilastietojärjestelmien hyödyntämisen parantaminen.

Paljon terveyspalveluita käyttävää asiakasta perusterveydenhuollossa ei ollut yksiselitteisesti määritelty kirjallisuudessa. Määrittelyssä tarvitaan ammattilaisen tunnistama monialaisen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuen tarve. Tunnistettiin neljä ominaispiirrettä paljon palveluja käyttäville asiakkaille: oireilun tunne, kokemus terveyden tilan huonontumisesta, alhaisempi elämäntila ja useat käynnit perusterveyden huollossa. Terveyspalveluiden suuren käyttöön olivat yhteydessä ikääntyminen, matala koulutustaso, sosiaaliset ja taloudelliset vaikeudet sekä stressaavat elämäntapahtumat. Asiakasprofilointi on tapa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ominais-

piirteiden tunnistamiseen. Tutkimuksissa on löydetty tekijöitä, jotka liittyivät paljon terveystalviteiden käyttöön eri palveluissa, kuten entiset tupakoitsijat, vähintään yksi kaatumisen viimeisten 12 kuukauden aikana ja diagnosoimaton sydänsairaus. On havaittu, että sairauksien yhteis-esiintymisen mittarit tai sairauksien määrä liittyivät palvelujen säännölliseen käyttöön. Huolellinen pysyvien diagnoosien kirjaaminen helpotti paljon terveystalviteiden käyttöön. Sairauksien määrä liittyivät palvelujen runsaaseen käyttöön.

4.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Ikääntyvien potilaiden määrä päivystyspoliklinikan asiakkaina tulee kasvamaan väestön ikääntymisessä. Ikääntyneiden potilaiden yöllä tapahtuvaan kotiutukseen tulee päivystyspoliklinikalla kiinnittää erityistä huomiota. Heidän kotiuttamisensa tulee siirtää vasta aamuun, mikäli mahdollista, jolloin kaikki sairaalan ja kotisairaanhoidon palvelut ovat käytettävissä kotiutuksen tueksi. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki, 2014, 10.)

Paljon terveystalviteiden käyttäville ikääntyneille tarvitaan uusi lähestymistapa hoidon suunnitteluun ja koordinoimista varten. Näin voidaan varmistaa hoidon turvallisuus ja laatu ja parantaa potilaiden tuloksia. (Street, Berry, & Considine 2018.)

Päivystyspoliklinikan hoitoprosesseja tulee kehittää kotiutustoimintaa paremmin tukeviksi sekä ikääntyvien asiakkaiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti. Ikääntyneillä potilailla, jotka saapuvat yöllä ja erityisesti kotiutuvat päivystyspoliklinikalta kello 00–05 välillä on riski kotiutuksen suhteen, mutta myös potilailla, joiden triage- luokitus on ESI3. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki, 2014, 10.)

Hoitohenkilökunnalla rooli on merkittävä potilaan kunnon arvioinnissa. Sairaanhoidajan tekemän ennakkokartoituksen perustuva kotiutusarviointi auttaa tunnistamaan riskejä uusintakäynteihin ja vähentää potilaiden uusintakäyntejä päivystyspoliklinikalle. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki, 2014, 10.)

Toimenpiteitä päivystysosastojen ja sairaaloiden toistuvien käyttäjien määrän vähentämiseksi, ovat riskien tunnistaminen, yksilölliset hoitosuunnitelmat, kotikäynnit, tiedon jakaminen sairaalan ja paikallisen hoidon tarjoajien välillä. (Williamson, Barr, Kabir, Comino, Goodger, Harris-Roxas, Crozier, Jackson, Finch, Harris, 2022.)

Hoitohenkilökunnan avuksi kotiutuksen tueksi voidaan kehittää yksinkertaisia mittareita potilaiden kotiutuskelpoisuuden arviointiin. Ennakkokartoituksen tekemiseen voidaan kehittää mittareita, joissa kartoitetaan potilaan tuloaika, triage-luokitus, potilaan ikä, sukupuoli, perheen sosioekonominen status, potilaan ikä, sukupuoli, perheen sosioekonominen status, potilaan vointi ja kyky hoitaa itseään, tuen tarve, hänen koti olonsa ja asumismuotonsa. Tarvitaan uusi lähestymistapa hoidon suunnitteluun ja hoidon koordinointiin ikääntyneille, usein päivystyksen palveluja käyttäjille, jotta voidaan varmistaa hoidon turvallisuus ja laatu, optimoida potilaan matka, kun sairaalaan pääsy on tarpeen, ja parantaa potilaiden tuloksia. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki, 2014, 10.)

Paljon terveystalvveluita käyttävää asiakasta perusterveydenhuollossa ei ollut yksiselitteisesti määritelty (Kivelä, K. 2019, 77). Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistaminen on puutteelliselta eikä sen merkityksellisyyttä hyödynnetä riittävästi sote-palvelujärjestelmässä (Ylitalo-Katajisto 2019, 86). Yleensä niillä, jotka käyttivät eniten päivystyskeskuksen hoitoa, oli lisääntynyt sairastuvuus, he saivat perus- tai tehostettua kotisairaanhoidoa ja heillä oli yli kymmenen poliklinikkakäyntiä seurannan aikana. Tutkimustuloksissa korostettiin 65–79-vuotiaita miehiä alimmissa tuloryhmissä ja 80+ -vuotiaita naisia mahdollisesti haavoittuvina ryhminä. Asiakasprofilointi voisi olla tapa luoda paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden segmenttejä ja olla osa heidän systemaattista tunnistamistaan. (Ylitalo-Katajisto 2019 89.) Paljon päivystyksen palveluja käyttävät ikääntyneet olivat useammin alemmissa tuloryhmissä, asuivat epäsuotuisilla alueilla, yksin tai laitoksessa (Doheny, M., Agerholm, J., Orsini, N., Schön, P., & Burström, B. 2019).

4.6 Lähteet

Aro, P. Koivisto, K. (2019). ePOOKI. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden eettiset kysymykset. Oulun Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut.

Axelin, A. Suhonen, R. Stolt, M. (2016). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. sarja A73. 2. painos. Turku. Grano oy

Doheny, M., Agerholm, J., Orsini, N., Schön, P., & Burström, B. (2019). Socio-demographic differences in the frequent use of emergency department care by older persons: A population-based study in Stockholm County

Hoitotyön tutkimussäätiö (2023). Tutkimustiedon hakeminen. Saatavilla 30.3.2023: <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>

Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) (N.d). Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 1.12.-2024: <https://www.hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyö/jbi-keskus/tutkimusten-arviointi-kriteeristot/jbi>

Jousimaa, JukkaPekka., Liira, Helena., Liira, J & Komulainen, J. (2010). *Hoitosuosituksen näytönsäteen ja vahvuuden arviointi GRADE-työryhmän tapaan*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(16). Saatavilla 20.5.2023 www.duodecimlehti.fi

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Suomen yliopistopaino Oy. JAMK.

Kantonen, J. (2007). Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 123(13). Saatavilla 19.9.2024 www.duodecimlehti.fi

Kivelä, K. (2019). Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavilla 20.5.2023 <https://oulu-repo.oulu.fi>

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavilla 8.5.2023: www.uwasa.fi

Sarajärvi, A. Tuomi, J. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa. Tammi.

Street, M., Berry, D., & Considine, J. (2018). Frequent use of emergency departments by older people: A comparative cohort study of characteristics and outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8), 624–629.

Terveysportti. (2023). Tutkimuskysymyksen (PICOt) ja tutkimusasetelman selvittäminen. Hoito-suositustyöryhmien käsikirja. 11.1.2023. Saatavilla 21.5.2023 <https://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

Williamson, M., Barr, M. L., Kabir, A., Comino, E. J., Goodger, B., Harris-Roxas, B. F., Crozier, A. M., Jack-son, T., Finch, J., & Harris, M. F. (2022). Frequent users of health services among community-based older Australians: Charac-teristics and association with mortality. *Australian Journal on Ageing*, 41(4), e328–e338. Saatavilla 29.10.2024 <https://doi.org/10.1111/AJAG.13110>

Ylitalo-Katajisto, K. (2019). Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveys-palvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Saatavilla 29.11.2022: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526224084>

Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. (2014). Iäkkäiden päivystyspoti-laiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*, 26(4), 299–309. Saata-villa 20.3.2024 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128315>

5 Tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen (2-sykli ja sivusykli)

Toisen syklin tarkoitus oli kehittää tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päivystyskeskuksessa. Toisen syklin kehittämiskysymyksenä oli: mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveystalviteita käyttävät ikääntyneet.

5.1 Mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveystalviteita käyttävät ikääntyneet (Suunnittelu)

Toimintatutkimuksen sykli alkaa, kun suunnitellaan ja toteutetaan uusi tapa toimia. (Heikkinen 2008, 35.) Suunnitteluvaiheessa uuden toimintatavan kehitys tapahtui yhteistyön avulla projektiryhmän ja Päivystyskeskuksen sairaanhoitajien kanssa. Ennen kehittämisisiltapäiviä opinnäytetyöntekijä laittoi sähköpostia osallistujille. Saatekirjeessä oli opinnäytetyöntekijästä ja opinnäytetyön aiheesta. Sähköpostissa mainitaan myös toimeksiantaja sekä ajankohta, jolloin iltapäivä pidetään.

Sairaalamailmassa on lukemattomia tilanteita, joissa voi tarkistuslistaa käyttää. Listan suunnittelussa on kiinnitettävä huomiota erityisesti käyttötarkoitukseen, -ympäristöön sekä listan helppokäyttöisyyteen. Suunniteltaessa listaa on kiinnitettävä huomiota tilanteeseen, mihin se suunnitellaan. Siitä kontekstista on mietittävä listan rakennetta, jotta se palvelee käyttötarkoitustaan. Se ei myöskään saa vaarantaa turvallisuutta eikä viedä huomiota itse asiasta. Tarkistuslistat ovat hyödyllisiä turvallisuuskriittisillä aloilla. Ihmisestä itsestään johtuvia virheitä tarkistuslista vähentää muttei poista niitä kokonaan. Tarkistuslistat tulee suunnitella käyttöympäristöönsä ja -tarkoitukseensa sopiviksi, tiiviiksi listoiksi. Listoissa pyritään minimoimaan väärintulkinnan mahdollisuus. Käyttäjäkoulutus pitää huomioida, koska listoja lukevien ihmisten tulee ymmärtävää kaikkien kohtien merkityksen ja sen, miten tarkistuslistoja tulee käyttää. (Nyberg 2020, 3–5.)

5.2 Aineiston hankinta 6–3–5 menetelmällä (toiminta)

Toimintavaiheessa aineistonkeruumetodina 6–3–5 menetelmä. 6–3–5 menetelmä on ideointitekniikka, joka tunnetaan myös nimellä brainwriting. Se vähentää persoonallisuuksien, sosiaalisen

aseman ja käyttäytymisen vaikutuksia. Tämän metodin avulla ideointi tapahtuu kirjallisesti ja äänettömästi. Numero kuusi tarkoittaa osallistujien lukumäärää. Numero 3 tarkoittaa, että jokaisella kierroksella osallistujien tehtävänä on tuottaa kolme ideaa. Numero 5 on kierrosten lukumäärä. Kierrosten välillä käynnistetään kello ja yksi kierros kestää 5–10 minuuttia. Osallistujat tuottavat aloituksen aikana kolme ideaa. Sen jälkeen jokainen antaa ideapaperinsa vierustoverilleen ja saa itselleen toisen vierustoverin ideapaperin. Kierroksella osallistujien on keksittävä jälleen kolme uutta ideaa. Niiden on oltava erilaisia kuin vierustoverin keksimät ideat. Näin jatketaan kaikki viisi kierrosta. 45 minuutin jälkeen tuloksena on noin 100 ideaa. Puheenjohtaja on yksi kuudesta ja hän osallistuu myös ideointiin. Istunnon aikana osallistujat eivät saa keskustella keskenään eikä kommentoida ääneen ideoita. (Harisalo 2011, 98.)

Työpajaan osallistui 6 hoitajaa ja kaksi tarkkailijaa, osastonhoitaja ja palvelupäällikkö. Tarkkailijan roolissa oleva osastonhoitaja oli myös opinnäytetyön ohjaaja. Projektiryhmä koostui Päivystyskeskuksen kahdesta kokeneesta sairaanhoitajasta, kolmesta kotiutuskoordinaattorista ja yhdestä apulaisosastonhoitajasta. Opinnäytetyöntekijä eikä projektiryhmän jäsenet olleet käyttäneet 6–3–5 menetelmää aiemmin. Projektiryhmälle ei kerrottu kirjallisuuskatsauksen tuloksia eikä johtopäätöksiä 6–3–5 menetelmän aineistonkeruu vaiheessa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia oli tarkoitus verrata keskenään ja täydentää toisiaan. Opinnäytetyön tekijä huolehti aikataulusta ja antoi projektiryhmälle selkeät toimintaohjeet. Tilaisuus kesti 45 minuuttia. Aikataulu oli suunniteltu projektiryhmän työvuoroihin.

5.3 Aineiston analysointi ja tulokset (havainnointi)

Projektiryhmä kehitti 6–3–5 menetelmällä yhteensä 126 ideaa tarkistuslistaan. Kerätty aineisto käsiteltiin taulukossa induktiivisella sisällönanalyysillä. Laadullisissa tutkimuksissa sisällönanalyysi on käytetyin analyysimenetelmä. Se voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. (Elo, Kajula, Kääriäinen & Tohmola 2022, 221.) Sisällönanalyysin päävaiheet ovat valmistelu-, analysointi- ja raportointivaihe. Havainnointivaiheessa suoritetaan aineiston analysointi. Induktiivisessä eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus. Aikaisemmillä havainnoilla tai tiedoilla tutkittavasta ilmiöstä ei ole tekemistä analyysin lopputuloksen kanssa, koska analyysi on aineistolähtöistä. Aineisto teemoitetaan, luokitellaan tai tyyjitellään. Yhteenveto tuloksista kirjoitetaan näiden jälkeen. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät siis ole ennakkoon sovittuja tai

harkittuja asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94, 97.) Analyysiyksikkö määritellään tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella.

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä käydään koodatut ilmaukset läpi ja etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Käsitteet luokitellaan ja nimetään. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan olennainen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä alkuperäisestä informaatiosta saadaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108–113.) Taulukossa 5 alla on kuvattu aineiston ryhmittelyä alkuperäisistä ilmaisuista.

Taulukko 5. Esimerkki aineiston luokittelusta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
A1, Puutteellinen lääkitys syynä käyntiin	Puutteellinen lääkitys	Lääkityksen tarkistus (A1, A2, A3, A11, A18, A39, A43, A47, A58, A82, A88.)

Projektiryhmän ideat oli kirjattu paperille lauseella sekä yhdellä tai muutamalla sanalla. Alkuperäiset ilmaisut, eli sanat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, otettiin mukaan sellaisenaan. Lauseista jätettiin täytesanat pois, eli ilmaisut pelkistettiin. Ilmaisut olivat jo valmiiksi sellaisessa muodossa, ettei pelkistämistä juuri tarvittu. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokkia, joita oli yhteensä 10. Tulokset eli kymmenen alaluokkaa olivat nimeltään lääkityksen tarkistus, sosiaaliset syiden selvittäminen, tukipalvelun tarve, päihteidenkäytön selvittäminen, omaisverkosto ja -tuen kartoittaminen, tulo- ja käyntisyys, toimintakykykartoitus, kotiolojen kartoitus, diagnoosien ajantasaisuus, potilastietojärjestelmien kartoitus, hoitosuunnitelma selvitys.

Lääkityksen tarkistus

Yhdeksi alaluokaksi tuli lääkityksen tarkistus. Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista puutteellinen lääkitys, liiallinen lääkitys, kokonaisvastuu lääkkeistä, onko lääkitystiedot käytössä, monilääkitys, tarkistettu lääkelista, lääkkeenjakopalvelu, lääkkeet oikeaan aikaan, lääkitys ajantasainen, voiko lääkkeitä lopettaa, lääkityksien tsekkaus.

Sosiaalisten syiden selvitys

Sosiaalisten syiden selvittäminen koettiin tärkeäksi kotiutuksen kehittämisen keinoksi. Sosiaaliset syyt alaluokka muodostui: sosiaalisten syiden kasautuminen, onko sosiaalisia verkostoja, potilaan sosiaaliset kontaktit, sosiaalisia syitä (yksinäisyys, turvattomuus) sekä käyntien syynä yksinäisyys.

Tukipalvelujen kartoitus

Ryhmä koki tukipalvelujen kartoittamisen ja riittävän määrän kaikkein oleellisimmaksi asiaksi ikääntyneen kotiutuksen kehittämiseksi. Tukipalvelujen määrä kertoo myös terveyspalvelujen runsaasta käytöstä. Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: sosiaalityöntekijän palvelut, intervallijaksoja hoivalla, aktiivista kuntoutusta, hoitopalaverin sopiminen, palveluntarpeen arviointi, käyttääkö muita palveluita, kotiin saatu tuen määrä, riittävät palvelut kotiin, kotona olevat palvelut, ruokapalvelu, apuvälineet, ystäväpalvelu, kotihoito, palveluasumisen lisääminen, palveluita kotiin lisätä, palveluasumispaikan haku, 24/7 hoitajat paikalle, apuvälineet jos syynä toistuvat kaatumiset, palveluntarpeen arviointi, onko kieltäytynyt palveluista, kotipalvelun asiakas, kotipalvelun käyntejä, palveluohjaaja, kotihoidon tarve ja turvaranneke.

Päihteidenkäytön selvittäminen

Toistuvien käyntien syiden selvittämiseksi ryhmä esitti potilaan päihteiden käytön kartoitusta. Alaluokka päihteidenkäyttö muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: päihteiden käyttöä taustalla, päihdeongelma, alkoholin väärinkäyttö ja päihteiden käyttö.

Omaisverkosto ja -tuen riittävyys

Omaisten osallisuus potilaan elämään ja yhteistyö omaisten kanssa koettiin tärkeäksi selvittää. Alaluokka omaisverkosto- ja tuen riittävyys muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: omaishoitaja, omaisverkostosta apua, osallistuvatko omaiset hoitoon, omaiset arjessa, yhteys omaisiin (yksinäisyys), omaishoitaja ja onko omaisia.

Tulo- ja käyntisyys

Tulo- ja käyntisyys haluttiin selvittää, nouseeko esiin monia käyntejä samasta syystä sekä voisiko juurisyyhin päästä kiinni. Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: käyntien syyt, saman

asian vuoksi käyntejä, käyntien juurisyyt, syy päällekkäisiin käynteihin, mitä ovat käyntien syyt, toistuvat kaatumiset käyntien syynä, käyntien syyt, mihin vuorokauden aikaan on eniten käyntejä, toistuuko päivystykseen hakeutuminen jonkun tietyn syyn takia, käyntisyyt, syy somaattinen, syy psyykkinen, syy sosiaalinen ja muistisairaus käynnin syynä.

Toimintakykykartoitus

Toimintakyvyn kartoitus koettiin ryhmässä tärkeäksi keinoksi kehittää ikääntyneen kotiutumista. Alhainen toimintakyky suhteessa vähäisiin tukipalveluihin voisivat kertoa ikääntyneestä, joka tarvitsee paljon terveyspalveluja. Alaluokka muodostui ilmaisuista: kaatuileeko, MMSE, kotiutuuko liian pian, käyntejä vaativa perussairaus, oman hoidon arviointi, toimintakyky kotona, puhelinseuranta, toimintakyvyn mittaus, MMSE, huoli-ilmoitus, hauras vanhus, ravintosuositukset ja liikunnanpuute.

Kotilojen kartoitus

Turvallinen ja esteetön koti, jossa on asianmukaiset apuvälineet, koettiin ryhmässä tärkeäksi selvittää. Alaluokka muodostui ilmaisuista: onko kotona oikeanlaiset apuvälineet, että olisi turvallinen koti. Kotiolot, miten asuu, asuuko yksin, asuuko omakotitalossa, asuuko kerrostalossa, turvatoimet kotona, miten asuu, kotilojen tarkistus, esteetön koti, kotiolot, asuinympäristö.

Hoitosuunnitelma

Projektiryhmä koki tärkeäksi selvittää, onko paljon terveyspalveluja käytävällä potilaalla ajantasaisista hoitosuunnitelmaa. Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: hoitosuunnitelma ja hoitosuunnitelman tarkistus.

Ajantasaiset diagnoosit

Ryhmä koki potilaspapereissa diagnoosien ajantasaisuuden tärkeäksi. Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: huonossa hoitotasapainossa oleva perussairaus, lääkärin vuositarkastus, perussairauksien hoitotasapaino, perussairaudet, onko monisairas, hoidon rajauksia, diagnoosit, onko oikean avun piirissä, vähän diagnooseja ja paljon diagnooseja.

Reflektointivaiheessa tuloksista muodostetaan johtopäätökset. Johtopäätöksien avulla on tarkoitus kehittää tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päivystyskeskuksessa.

5.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Toisen syklin kehittämiskysymyksenä oli: mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveyspalveluita käyttävät ikääntyneet.

Opinnäytetyön toisen syklin tarkoitus oli kuvata tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päivystyskeskuksessa ja sen pilotointi kotiutuskoordinaattorin työn ohella. Tarkistuslistaa on tarkoitus aluksi hyödyntää kotiutuskoordinaattorin työn kuvassa ja laajentaa sen jälkeen muun henkilökunnan käyttöön kaikkiin päivystyksen tiimeihin. Kotiutuskoordinaattoreiden pilotoinnin jälkeen tarkistuslista on tarkoitus ottaa sähköisenä käyttöön apuvälineeksi kotiutusta suorittavalle hoitajalle. Kotiutuksen yhteydessä täydennetty tarkistuslista tulostetaan muiden jatkohoitoon lähtevien potilaspapereiden mukaan.

Williamson, ym. (2022) mukaan toimenpiteitä päivystysosastojen ja sairaaloiden toistuvien käyttäjien määrän vähentämiseksi ovat riskien tunnistaminen, yksilölliset hoitosuunnitelmat, kotikäynnit, tiedon jakaminen sairaalan ja paikallisen hoidon tarjoajien välillä. 6–3–5 metodin avulla projektiryhmä koki tärkeäksi ideoinnissaan hoitosuunnitelman, kotikäynnit ja kotona pärjäämisen selvittelyt ja tiedonkulun kaikkien toimijoiden, potilaan ja potilaan omaisten kanssa.

Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki, (2014) korostavat sairaanhoitajan roolin merkitystä potilaan kunnon arvioinnissa. Sairaanhoitajan tekemän ennakkokartoitukseen perustuva kotiutusarviointi auttaa tunnistamaan riskejä uusintakäynteihin ja vähentää potilaiden uusintakäyntejä päivystyspoliklinikalle. Päivystyspoliklinikan hoitoprosesseja tulee kehittää kotiutustoimintaa paremmin tukeviksi sekä ikääntyvien asiakkaiden muuttuvien tarpeiden mukaisesti. Tarkistuslistan on tarkoitus toimia työkaluna kotiutusta suunnittelevalle sairaanhoitajalle, että paljon terveyspalveluja käyttävän ikääntyneen kotiutuminen kehittyisi.

5.5 Tarkistuslistan pilotointi soveltuvin osin (sivusyklin suunnittelu ja toiminta)

Sivusyklin tarkoitus oli kuvata paljon terveyspalveluja käyttävän ikääntyneen kotiutuminen kehittämiseen tarkoitettua tarkistuslistan pilotointia. Kehittämiskysymyksenä oli, miten tarkistuslista edisti kotiutumisen kehittämisen tavoitteen saavuttamista paljon terveyspalveluita käyttävän ikääntyneen kotiutumisessa Päivystyskeskuksesta. Tarkistuslistan avulla pyritään tunnistamaan paljon terveyspalveluja käyttävät ikääntyneet Päivystyskeskuksesta.

Suunnittelupalaveri pidettiin kotiutuskoordinaattorien ja työelämän opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Opinnäytetyöntekijä esitteli opinnäytetyön ensimmäisen ja toisen syklin tuloksia. Tarkistuslista oli tehty toisen syklin analyysin jälkeen analyysistä nousseista teemoista. Kirjallisuuskatsauksen ja työpajatyöskentelyn tulokset toimivat viitekehyksenä, kun mietittiin pilotointia. Palvelupäällikölle lähetettiin sähköinen versio tarkistuslista 1,0 (liite 3 1/1) ja hän antoi luvan pilotointiin.

Tavoiteltu lopputulos pitää olla kirkkaana mielessä, että kokeilu kannatta aloittaa. Arviointi muodostuu vaikeaksi, jos tavoitteet ovat epämääräiset. Jo olemassa olevia asioita ei tarvitse keksiä uudestaan. Hyviä ideoita ja käytäntöjä voi lainata muilta ja muilta aloilta kerätyt esimerkit voivat soveltua sellaisenaan hyödynnettäväksi tai ne voivat inspiroida muuten. (Jäppinen, Leppänen & Ripatti 2017, 6–8.)

Kokeileva kehittäminen on tuotteiden kehittämisen tapa, jossa yhteistä on se, että lopullinen muoto kehitettävälle tuotteelle löytyy vasta kokeiluprosessin aikana. Se eroaa kehittämisen väliinään ja prosessina perinteisestä tuotteiden kehittämisestä. Perinteisessä prosessissa suunnittelutyö ja kehittäminen tehdään lähes valmiiksi ilman suoraa kontaktia asiakkaisiin tai käyttäjiin. Lopussa valmis ratkaisu tuodaan kohdejoukkoon kokeiltavaksi eli pilotoitavaksi. Pilotointaessa kokeillaan toimiiko kehitetty palvelu tai tuote vai ei. (Hanhike, Kutinlahti, Martikainen, Poskela & Urjakangas 2015, 12.)

Kokeilut mahdollistavat nopean ja testattuun tietoon pohjautuvan kehittämisen. Kokeilut sopivat uusien, tulevaisuuteen suuntautuvien ratkaisujen ja toimintamallien luomiseen. Kokeilujen avulla suuremmat kokonaisuudet voidaan helpommin pilkkoa pienempiin osiin. Kokeilu on jotain uutta ja kestoaltaan rajattua, jossa ideaa testataan käytännössä. Tämä auttaa ymmärtämään mikä toimii ja miksi. Uuden etsimiseen vastaavat kokeilut ja jos emme tiedä lopputulosta, on kokeiltava. (Aarninsalo, Hokkanen, & Vesterinen 2019, 7.)

Suunnitteluvaiheessa rajataan ja tunnistetaan tärkeät kohdat. Sen jälkeen suunniteltu kokeilu laitetaan mahdollisimman nopeasti kokeiluun oikeilla käyttäjillä tosielämän ympäristössä. Epäonnistumista ei kannata miettiä, koska oppiminen on yhtä tärkeää kuin lopputulos. (Jäppinen, Leppänen & Ripatti 2017, 11.)

Kokeileva kehittäminen korostaa sitä, että tuote muokkautuu vasta prosessin aikana kohti lopullista muotoaan. Kokeilu ei ole lopullisen tuotteen toimivuuden testaamista, vaan kehittämisprosessi. Kehitettävä tuote voidaan tuoda jo prosessin idea asteella kokeiltavaksi käyttäjille ja saada näin nopeasti tietoa idean toimivuudesta tai toimimattomuudesta. Tämän pohjalta tehdään

tarvittavat muutokset. Parannettu versio saadaan uuteen kokeiluun. Vaiheittainen kehittäminen kuuluu oleellisesti yhtenä osana kokeiluihin. Tuote elää ja muokkautuu koko kokeiluprosessin ajan, kun vaiheittain kehitettäessä huonot toimimattomat ominaisuudet karsiutuvat ja hyvät ominaisuudet vahvistuvat. (Hanhike ym. 2015, 12).

Toimintatapa, jossa kokeiluja ja kokeilevaa kehittämistä hyödynnetään kehittämistyön ja uudistamisen välineenä kutsutaan kokeilukulttuuriksi. Siihen kuuluu epävarmuuden sietäminen ja vaiheittainen kehittäminen. Ennen oikean ratkaisun löytymistä on usein kokeiltava monia vaihtoehtoja. Se, että ratkaisuja testataan monipuolisen osallistujajoukon yhteistyönä ja aidossa toimintaympäristössä on kokeilujen vahvuus. (Aarninsalo ym. 2019, 7.)

Kokeiluja tehdessä, voidaan puhua kokeilemalla kehittämisestä tai kokeilukulttuurin käyttöönotosta. Kokeilemalla kehittämisessä luodaan uusia tuotteita tai kehitetään organisaation toimintatapoja. Kokeilemalla kehittäminen nähdään usein paikallisena toimintana. Se on kestoltaan ja kustannuksiltaan kevyempää kuin yhteiskunnalliset kokeilut. (Harjumaa, Laukkanen, Leväsluoto, lähteenmäki, Nuutinen & Talja, 2017, 11.)

Nopea kokeilu on tuote- ja toimintamalliaihiö. Mahdollisimman aikaisessa vaiheessa sitä konseptoidaan ja prototyyppiä testataan yhdessä käyttäjien kanssa. Suunnitelmallisessa kokeilussa tiedonkeruu ja palvelumuotoilu ovat osa kehittämistyötä. Tiedonkeruulla pohjustetaan suunnitelmallista kokeilua, jotta ratkaistava ongelma saadaan hahmotettua. (Aarninsalo ym. 2019, 8.)

Kokeileva kehittäminen on systemaattinen tapa kehittää tuotteita. Kokeilu on perinteistä kehittämistä nopea tempoisempi ja ketterämpi kehittämisprosessi. Vaiheittain kehittäminen tapahtuu useita kokeiluja sisältävänä prosessina. Prosessista saadut opit suuntaavat kehittämistä kohti ratkaisua, joka on lopullinen. Tuotteen muokkaus kokeilusta saadun palautteen pohjalta on tällöin helppoa ja nopeaa. Näin pystytään myös paremmin välttymään tilanteelta, missä tuote on kehitetty liian pitkälle ilman, että varsinaiset käyttäjät ovat olleet tekemisissä sen kanssa. Vasta lähes valmiin palvelun kohdalla käyttäjät huomaavat, että se oli sopimaton käyttäjien todellisiin tarpeisiin nähden. (Hanhike ym. 2015, 12.) Kokeilukulttuurin tärkeä ajatus on isojen haasteiden pilkkominen pienempiin osiin. Tutkijan on hyvä kiinnittää huomiota siihen, että kokeilut on rajattu oikein. (Aarninsalo ym. 2019, 11.)

Organisaatiossa kokeilevan kehittämisen toimintatavan käyttöönotto edellyttää johdon sitoutumista ja toiminnan kytkemistä strategiaan. Kokeilemalla kehittäminen ei muuten juurru osaksi organisaation toimintaa. Riskinä voi siinä tapauksessa olla kokeilujen jääminen vain irrallisiksi ja

yksittäisiksi toimenpiteiksi. Monipuolinen osaaminen on välttämätöntä tiimissä, joka toteuttaa kokeilua. (Hanhike ym. 2015, 15–16.)

Ideointivaiheessa tavoite on kehittää uusia ideoita palveluiden kehittämiseksi. Ideoita voidaan kerätä kyselyillä ja haastatteluilla ja niistä voidaan keskustella yhdessä esimerkiksi työpajoissa, joissa ideoita jatkajalostetaan. Kehittämisen tavoitteena on tehdä ensimmäinen versio ideoidusta tuotteesta. Alustavan toteutuksen testauksen jälkeen, palataan takaisin kehittämisvaiheeseen ja toistetaan kehittämis- ja testausvaiheita, kunnes päästään tavoitteeseen. Testauksen tavoitteena on saada testattua ratkaisua, tarkistaa kehityksen suunta ja tehdä tarvittaessa korjausliikkeet. Mahdollisimman paljon aitoa palautetta saadaan, kun testaus suoritetaan tulevan käyttäjäryhmän kanssa. Käyttöönotto sisältää perehdytyksen, varsinaisen käyttöönoton ja hyödyntämisen toiminnassa. Käyttöönotto edellyttää sitä, että joukko ihmisiä on valmis muuttamaan käyttäytymistään. (Harjumaa ym. 2017, 37.)

Pilotoinnin lähtökohtana on tunnistettu tarve ja visio siitä mikä ratkaisu voisi olla. Pyritään luomaan nopeasti konkreettisia ja yksinkertaisia ratkaisuja hyödyntäen käytettävissä olevia resursseja. Ei niinkään suunnitella, vaan edetään tekemällä ja kokeilemalla. Yritetään löytää olemassa olevilla resursseilla yksinkertainen, nopea ja halpa tapa kokeilla idean toimivuutta. Ketterän kehittämisen sprinttimallien kehittämisaskeleita ovat suunnittelu, kokeilu, reflektointi ja päätös etenemisestä. Nämä työvaiheet toistuvat useita kertoja kehittämisprojektin aikana. Kehittämistä tehdään kerros kerrokselta. Liikkeelle lähdetään tärkeimmistä kehitettävistä kysymyksistä tai ominaisuuksista. Isoja kysymyksiä, jotka ohjaavat kokeilevaa kehittämistä ovat: a) olemmeko ymmärtäneet haasteen oikein, b) haluaako asiakas kokeiltavaa asiaa, ja c) pystymmekö toteuttamaan hyväksi havaitun ratkaisun. Kokeilevassa kehittämisessä pyritään idean välittömään ja nopeaan konkretisointiin. Abstraktin kehitysidean kääntäminen konkreettiseksi on keskeinen ajatus prototypioinnissa. Juuri konkreettisuus mahdollistaa ideoiden kokeilemisen ja testaamisen käytännössä, jolloin nähdään niiden toimivuus. Prototypoinnilla ei välttämättä haeta tai saada valmista tuotetta. Sen avulla pyritään löytämään tuotteen toimivat ja ennen kaikkea ongelmakohtat. Näin voidaan tarjota aineksia kehittämiselle kohti valmista ratkaisua. Prototypointi sopii hyvin prosessien kehittämiseen. Kokeilevassa kehittämisessä on pyrkimys päästä nopeasti kehitettävän idean oikeaan käyttöympäristöön. Palaute kokeilusta saadaan välittömästi se antaa mahdollisuuden arvioida idean toimivuutta ja suunnata jatkokehittämistä. Julkisten palvelujen kokeiluissa taustalla ovat asiakkaan oikeusturva ja yhdenvertaisuus, joten kokeilun tulee olla hallittu, ettei mitään peruuttamattoman haitallista ei tapahdu. (Hanhike ym. 2015, 13–15.)

Kokeilevassa kehittämisessä keskeisessä roolissa ovat reflektointi ja oppiminen. Neljä vaihetta, *kokeilun ideointi, hypoteesin määrittely, kokeilun reflektointi ja ratkaisun hahmottaminen*, kuuluvat oppimisprosessiin. Hyödyllisintä on löytää mahdollisimman konkreettinen, nopea ja edullinen tapa kokeilla idean toimivuutta käytännössä. Tämä saattaa olla monesti vaativin vaihe. Aina kokeilun jälkeen tehdään analyysi kokeilun tuloksista sekä tuotteen toimivuudesta ja soveltuvuudesta. Tarvittaessa kokeilua toistetaan useita kertoja. Tuotetta testaamalla ja muokkaamalla useita kertoja peräkkäin opitaan sen toimivuudesta tai toimimattomuudesta. Sen jälkeen voidaan tehdä tarvittavia muutoksia halutun lopputuloksen saavuttamiseksi. Yksilön ja kehitystiimin maksimaalinen oppiminen tavoitteena edellyttää panostamista systemaattiseen reflektointiin sekä yksilöinä että kehitystiiminä. Reflektiossa käydään läpi mitä ja miten on tehty sekä mitä tästä vaiheesta voidaan oppia. Kokeilu voi olla arvokas, vaikka alkuperäinen hypoteesi osoittautuu vääräksi. Epäonnistumiset ja virheet kuuluvat asiaa. Oppimismielessä epäonnistunut kokeilu voi olla oppimismielessä onnistunut. Tällöin on nopeasti ja edullisesti saatu selville idean toimimattomuus. (Hanhike ym. 2015, 15–16.)

Kokeilu toteutetaan tässä opinnäytetyössä innovaatio- ja palvelumuotoilun prosesseilla. Nopeiden kokeilujen prosessi hyödyntää palvelumuotoilun periaatteita ja sisältää neljä vaihetta: tutki, tarkenna, kehitä ja toteuta. Nopeille kokeiluille on tyypillistä käyttäjälähtöisyys ja niitä kehitetään yhdessä käyttäjien kanssa. (Aarnisalo ym. 2019, 12.)

Kokeilut tehdään näkyviksi viestinnän avulla ja kokeiluista saatu tieto välittyy vaikuttaen näin laajempiin kokonaisuuksiin. Viestinnällä innostetaan mukaan uusia ihmisiä ja voidaan saada kehittämistyöhön uusia näkökulmia. (Aarnisalo ym. 2019, 17.)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin kokeilijan starttipaketin kokeilusuunnitelmaa (Jäppinen ym. 2017, 12).

1. Kenelle kokeilu on suunnattu: Kokeilu on suunnattu kotiutuskoordinaattoreille.
2. Kokeilun kesto: Kokeilu viisi päivää ja tapahtuu iltavuorojen aikana.
3. Mistä tiedämme, että kokeilu on onnistunut: Kokeilu on onnistunut, jos tarkistuslista edisti kotiutumisen kehittämisen tavoitteen saavuttamista paljon terveyspalveluita käyttävän ikääntyneen kotiutumisessa Päivystyskeskuksesta. Kotiutuskoordinaattorin kirjallinen ja suullinen palaute ohjaa kokeilua oikeaan suuntaan.

4. Mitä tavoitteita kokeilulla on: Tavoitteena on, että tarkistuslistan avulla tunnistetaan paljon terveyspalveluja käyttävät ikääntyneet päivystyskeskuksessa.
5. Mitä kokeilun toteuttamiseen vaaditaan: Henkilöinä ovat kotiutuskoordinaattorit, opinnäytetyön ohjaaja, palvelupäällikkö ja opinnäytetyöntekijä. Resursseina tarvitaan työaikaa suunnittelulle ja toteuttamiselle. Tilat ovat Päivystyskeskuksesta kotiutuskoordinaattorin työpiste.
6. Mitä riskejä kokeilussa on: Riskinä tai ei toivottuna lopputuloksena on, ettei tarkistuslistassa ole huomioitu tarpeeksi oikeita asioita.

Taulukko 6. Esimerkki tarkistuslistasta

Toimintakyky / Kotiolot	Kuittaus	Huomioitavaa
Lihavoi sopiva		
4. Päivystyksessä liikkuminen omatoimisesti, apuvälineet, kaatuileeko, Vessassa käynti päivystyksessä: omatoiminen / avustettava, vaipat		
5. Muisti: orientoitunut / muistamaton MMSE: pvm:		

Pilotointi toteutettiin 23.– 30.9.2024. Toimijoita olivat kotiutuskoordinaattorit, jotka kotiuttivat potilaita ja opinnäytetyöntekijä koordinoi pilotointia. Pilotoinnin aikana kotiutuskoordinaattorit toimivat pareittain tai yksin. Pilotoinnin kohteena oli tarkistuslista ja kehittämisen tavoite oli tunnistaa tarkistuslistan avulla paljon terveyspalveluja käyttäviä ikääntyneitä. Pilotointi vaatii ajallisesti pitempää valmistelua, toteutusta, seurantaa ja arviointia eikä siten soveltunut toteutettavaksi opinnäytetyön prosessin aikana. Tämän vuoksi tarkistuslistaa pilotoitiin soveltuvien osien päivystyskeskuksessa työskentelevillä kotiutuskoordinaattoreilla. Pilotoitaessa kokeiltiin tarkistuslistaa käytännössä soveltuvuutta käytännössä ja siihen liittyviä mahdollisia jatkokehitystarpeita. Pyrkimyksenä oli päästä nopeasti kehitettävän idean, eli tarkistuslistan, oikeaan käyttöympäristöön. Näin saatiin nopeasti tietoa idean toimivuudesta ja tämän pohjalta tehtiin tarvittavat muutokset. Tarkistuslista on esitetty esimerkki alla (taulukko 6).

5.6 Pilotoinnin tulokset ja arviointi (havainnointi)

Kokeilun etenemisen, oppien ja tulosten dokumentaatio on tärkeää tulosten hyödyntämisen kannalta. Tulokset eivät usein ole todennettavissa heti kokeilun päätyttyä. Arviointi edellyttää tulosten hyödyntämisen seurantaan hankkeen päättymisen jälkeenkin. Ennen toimeenpanoa pystytään kokeiluilla testaamaan uudistusten vaikutuksia ja toimivuutta. Tuloksiin pohjautuvat ratkaisut ovat näin laadukkaampia. Kokeilujen hyödyntäminen pohjautuu siihen, että kokeilun opit ja tulokset tuodaan avoimesti näkyviin, vaikka tulokset eivät olisi ihan odotetun kaltaisia. Pientenkin kokeilujen tuloksia ja oppeja voidaan hyödyntää suuremmissa projekteissa. (Aarnisalo ym. 2019, 21–22.)

Arvioinnin kautta kokeilujen vaikutukset saadaan näkyviin. Pienten kokeilun arvioinniksi riittää kokeilijan itsearviointi. Pienten kokeilujen haasteena voi olla väljä tavoitteenasettelu. Ketterään kehittämiseen kuuluu, että tavoite voi muuttua kokeilujen aikana. Kokeilu tulee myös riittävällä tavalla dokumentoida. (Aarnisalo ym. 2019, 24.)

Arvioinnin tavoitteena on arvioida tuotteen käyttöä ja vaikutuksia mittaamalla käyttöä, asiakkaiden kokemuksia ratkaisun toimivuudesta, kliinisiä vaikutuksia ja vaikutuksia organisaatioon. Mikäli arviointi tuottaa huonoa palautetta, ratkaisua kehitetään edelleen. (Harjumaa ym. 2017, 38.)

Arviointiaineistot voivat muodostuvat virallisen ja epävirallisen kehittämistoiminnan dokumentaatiosta. Kehittämistoiminnassa muodostuu useita aineistoja, joita arvioidaan prosessin aikana. Aineiston perusteella toimintaa ja tavoitteita puntaroidaan kriittisesti. Arviointi saattaa muuttaa kehittämistoiminnan perustelua, organisointitapaa, toimintaa. Kehittämistoimintaa voidaan kohdentaa ja täsmentää sen avulla, että on kerätty ja arvioitu aineistoja. Prosessia siis ohjataan arvioinnin perusteella. (Toikko & Rantanen 2009, 83.)

Tavoitteena oli, että tarkistuslistan avulla tunnistetaan paljon terveyspalveluja käyttävät ikääntyneet Päivystyskeskuksesta. Tavoitteeseen päästiin vain osittain. Tarkistuslista ei yksinään auttanut tunnistamaan paljon terveyspalveluja käyttävää ikääntynyttä päivystyksestä. Se toimi apuvälineenä täydentäen tunnistamista potilastietojärjestelmistä saatavan tiedon sekä ammattilaisen tunnistaman monialaisen yhteistyön tarpeen potilaalla. Kotiutuskoordinaattorit käyttivät tarkistuslistaa siinä vaiheessa, kun potentiaalisia kotiutettavia oli potilastietojärjestelmän listalla.

Tarkistuslista 1,0 (liite 3 1/1) oli liian yksityiskohtaiseksi. Listasta saatiin kirjallista ja suullista palautetta, jonka perusteella tehtiin korjausliikkeet. Liikkumisen osioon yhdistettiin: omatoiminen

/ avustettava, vaipat. Listasta poistettiin kohta oman hoidon arviointi. Listaa selkeytettiin poistamalla kotiutuksen kannalta epäoleelliset osuudet sekä yhdistämällä eri osa-alueita. Parannettu versio saatiin nopeasti uuteen kokeiluun. Vaiheittainen kehittäminen kuului oleellisesti yhtenä osana kokeiluihin. Pilotoinnin aikana keskusteltiin kehittämiseen osallistuvan henkilöstön kanssa. Kotiutuskoordinaattorit kokivat, että ollakseen tehokas työkalu, tarkistuslistan tulee olla ytimekäs, selkeä ja sisältää vain olennaiset asiat.

Koettiin, että tarkistuslistalla kuusitoista kohtaa on paljon. Toisaalta pilotoinnin yhteydessä huomattiin, että tarkistuslistalla oli tärkeitä asioita. Muokatun tarkistuslistan (liite 4 1/1) yksinkertainen rakenne koettiin hyväksi eikä listalla olevien asioiden tarkistus vienyt kauaa aikaa. Listan lääkitys osiota tiivistettiin yhdistämällä lääkelistan ajantasaisuus ja tarkistus kohdat. Strukturointia muutettiin vaihtamalla tarkistuslistalla toimintakyky / kotiolo osio ylemmäs. Toimintakyky ja kotiolo tulisivat listan tekijälle ensin esille ja sen jälkeen loogisesti lisäpalvelut.

5.7 Johtopäätökset (reflektointi)

Yleensä niillä, jotka käyttivät eniten terveystalviteja, oli lisääntynyt sairastuvuus, he saivat perustai tehostettua kotisairaanhoidoa ja heillä oli yli kymmenen poliklinikkakäyntiä seurannan aikana. (Doheny, Agerholm, Orsini, Schön & Burström 2019.) Tarkistuslistassa pyrittiin selvittämään kotisairaanhoidon tarve ja käyntisyys ja niiden toistuvuus. Kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin neljä ominaispiirrettä perusterveydenhuollon paljon palveluja käyttäville asiakkaille. Niitä olivat 1) oireilun tunne, 2) kokemus terveyden tilan huonontumisesta, 3) alhaisempi elämänlaatu ja 4) useat käynnit perusterveyden huollossa. (Kivelä 2019, 77.) Tämä huomioitiin osittain projektiryhmän toimesta ja opinnäytetyön tekijä koki haastavaksi huomioida kyseisiä kohtia tarkistuslistassa.

Huolellinen pysyvien diagnoosien kirjaaminen osaltaan helpottaisi paljon terveystalviteita käyttävien potilaiden tunnistamista ja parantaisi heidän hoitoaan (Santalhti, Luutonen & Rautava 2023). Tarkistuslistassa huomioitiin diagnoosien ajantasaisuus ja niiden saatavuus potilastietojärjestelmistä.

Paljon päivystyksen palveluja käyttävät ikääntyneet olivat useammin alemmissä tuloryhmissä ja asuivat epäsuotuisilla alueilla. Ikääntyneet, jotka asuivat yksin tai laitoksessa, käyttivät enemmän päivystyskeskuksen palveluja kuin avoliitossa asuvat. (Doheny, Agerholm, Orsini, Schön, & Burström 2019.) Kotiolojen selvitys koettiin tärkeäksi projektiryhmässä. Triage-luokitus on yhteydessä potilaiden paluuseen päivystyspoliklinikalle. läkkäiden potilaiden, joiden triage-luokka on

kohonnut, lähtemiseen päivystyspoliklinikalta suoraan kotiin, on hyvä kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Sairaanhoidajan tekemään ennakkokartoitukseen perustuva kotiutusarviointi vähentää potilaiden uusintakäyntejä päivystyspoliklinikalle ja auttaa tunnistamaan riskejä uusintakäynteihin. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki 2014, 1–10.) Triage-luokitus jäi liian vähälle huomiolle tarkistuslistassa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa oli mainittu, että kohonnut triage-luokitus on riski kotiutukselle ja pikaiselle hoitoon palaamiselle kotiutuksen jälkeen.

Kotiutuskoordinaattorit kokivat, että tarkistuslista on tehokas apuväline muistin tueksi ja auttaa huomaamaan piirteitä, joita paljon terveystalvituia käyttävillä potilailla on tunnistettu. Tulosten perusteella voidaan havainnoida, että tarkistuslistaa oli hyvä jatko kehittää korjausehdotusten perusteella ennen kuin se otetaan käyttöön koko Päivystyskeskuksen tiimeissä.

5.8 Lähteet

Aarninsalo, L., Hokkanen, V. & Vesterinen, M. (2019). Kokeiluluotsi – opas kokeilujen tukijalle. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 2019:1. Saatavilla 2.3.2024: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-685-0>

Axelin, A., Suhonen, R. & Stolt, M. (2016). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. sarja A73. 2. painos. Turku. Grano oy

Aro, P. & Koivisto, K. (2019). ePOOKI. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden eettiset kysymykset. Oulun Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut.

Doheny, M., Agerholm, J., Orsini, N., Schön, P. & Burström, B. (2019). Socio-demographic differences in the frequent use of emergency department care by older persons: A population-based study in Stockholm County

Elo, S., Kajula, O., Kääriäinen, M. & Tohmola, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 2022, 34 (4), 215–225.

Hanhike, T., Kutinlahti, P., Martikainen, M., Poskela, J., Urjakangas, H-M. (2015). Kokeileva kehittämien. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. TEM raportteja 67/2015. Saatavilla 6.10.2024: www.tem.fi/julkaisut

Harisalo, R. (2011). Luovuuden teknologia. Ideointimenetelmät organisaatioiden luovuuden vahvistajina. Tampere: Tampereen yliopistopaino Juvenes Print.

Harjumaa, M., Laukkanen, M-L., Leväsluoto, J., Lähteenmäki, J., Nuutinen, M., Talja, H. (2017). Tekeillä oppii – kokeilukulttuurista vauhtia sosiaali- ja terveystalouden uudistamiseen. Valtioneuvoston kanslia, 14.3.2017. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 32/2017. Saatavilla 6.10.2024: www.tietokayttoon.fi

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjäla, L. (2007). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Direct Oy. Helsinki.

Hoitotyön tutkimussäätiö (2023). Tutkimustiedon hakeminen. Saatavilla 30.3.2023: <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>

Jäppinen, T. Leppänen, A. Ripatti, H. (2017). Kokeilijan starttipaketti. Kuntaliiton julkaisu. Saatavilla 6.10.2024: www.kuntaliitto.fi

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Suomen yliopistopaino Oy. JAMK.

Kivelä, K. (2019). Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveystalvueluita käyttäville asiakkailla perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavilla 20.5.2023 <https://oulu-repo.oulu.fi>

Nyberg, T. (2020). Tarkistuslistat - Uhka vai mahdollisuus. Artikkelii. Teema potilasturvallisuus.

Ristikangas, M-R., & Ristikangas, V. (2013). Valmentava johtajuus. 3. painos. Alma talent.

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeluihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. Saatavilla 8.5.2023: www.uwasa.fi

Santalahti, A., Luutonen, S., & Rautava, P. (2023). Huolellinen pysyvien diagnoosien kirjaaminen helpottaisi suurkäyttäjä-potilaiden tunnistamista ja parantaisi heidän hoitoaan. *Duodecim*, 139, 519–540. Saatavilla 20.5.2024 www.kaypahoito.fi.

Sarajärvi, A. Tuomi, J. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa. Tammi.

Street, M., Berry, D., & Considine, J. (2018). Frequent use of emergency departments by older people: A comparative cohort study of characteristics and outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8), 624–629.

Terveysportti. (2023). Tutkimuskysymyksen (PICOt) ja tutkimusasetelman selvittäminen. Hoitosuositusryöryhmien käsikirja. 11.1.2023. Saatavilla 21.5.2023 <https://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

Toikko, T. Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistöiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. painos. Tampereen yliopistopaino. Juvenes print. Saatavilla 18.8.2024 <https://trepo.tuni.fi/>

Williamson, M., Barr, M. L., Kabir, A., Comino, E. J., Goodger, B., Harris-Roxas, B. F., Crozier, A. M., Jack-son, T., Finch, J., & Harris, M. F. (2022). Frequent users of health services among community-

based older Australians: Characteristics and association with mortality. *Australian Journal on Ageing*, 41(4), e328–e338. Saatavilla 29.10.2024 <https://doi.org/10.1111/AJAG.13110>

Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. (2014). Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*, 26(4), 299–309. Saatavilla 20.3.2024 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128315>

6 Moniammatillinen toimintamalli (3. sykli)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillinen toimintamalli Pohteen Päivystyskeskukseen. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: millainen moniammatillinen toimintamalli tulee olla, että paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutuminen kehittyy Pohteen Päivystyskeskuksessa.

6.1 Moniammatillinen toimintamalli paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutumisen kehittämiseksi (suunnittelu)

Moniammatillisuus ja moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuutta on nimitetty jaetuksi, yhteisölliseksi asiantuntijuudeksi. Moniammatillisessa yhteistyössä potilaiden hoitaminen on kaikkien toimivien yhteinen tehtävä. Se edellyttää tehtävien ja yhteistyön synkronointia. Yhteistyöhön osallistuvilla ammattiryhmillä on yhteisesti ymmärretty työn tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalinen ja tasa-arvoinen suhde sekä jaettu päätöksenteko (Collin, Herranen, Paloniemi, 2012, 31.)

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sitä, että erilaisen koulutuksen saaneiden, eri ammattinimikkeillä ja erilaisista taustayhteisöistä tulevien työntekijöiden olisi kyettävä tekemään yhteistyötä mahdollisimman hyvin asiakkaan parhaaksi, tuomaan oman ammattinsa erityisosaamisen ja tieto yhteiseen käyttöön sekä kohtaamaan joustavasti asiakkaat ja toisten ammattiryhmien edustajat (Pärnä, 2021, 48–50.)

Raportoidut seuraukset moniammatillisesta yhteisyydestä ovat yleensä positiivisia. Moniammatillisen yhteistyön positiiviset seuraukset kohdistuvat potilaisiin, organisaatioon tai systeemiin ja terveysalan ammattilaisiin. Potilaan hyötyjä ovat hoidon ja hoivan laadun tehostuminen ja parantuminen sekä kokonaisvaltaisuus. Potilastyytyväisyys on parantunut ja sairaalassa oloajat ovat lyhentyneet, mutta myös takaisin nopeasti sairaalaan palaamisten väheneminen. Tehokkaampi henkilökunnan osaamisen hyödyntäminen ja työn uudenlainen koordinointi laskivat organisaation kustannuksia. Sen arvioidaan olevan suurelta osin seurausta. Ammattilaisten työtyytyväisyys kasvoi, työmoraali ja innostuneisuus kohentui sekä työntekijöiden pysyvyys työpaikassaan parantui. (Isoherranen 2012, 25.)

Toimintamalli:

Toimintamalli viittaa yksittäiseen toimintoon, toimintatapaan, palveluun tai periaatteeseen ja se on sovellettavissa eri ihmisille ja tilanteisiin. Toimintamalli kuvaa ja kertoo: mihin tarpeeseen toiminta vastaa, mikä on toiminnan tarkoitus, missä ja miten toimintaa on kehitetty, toteutettu ja voitaisiin toteuttaa: kohderyhmä, toimintaympäristö, toteuttajat ja resurssi, toteuttamisen vaiheet tai kokonaisuudet. (THL 2024.)

Kehittämisellä voidaan pyrkiä toimintatavan kehittämiseen. Konkreettinen toiminta, jolla tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseksi, kutsutaan kehittämiseksi. Toimintatavan kehittäminen voi kohdistua yhden työntekijän työskentelyn kehittämiseen tai organisaation yhteisen toimintatavan selkeyttämiseen. Kehittämisellä tähdätään muutoksen ja sillä tavoitellaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Keskeinen kehittämisen elementti on tavoitteellisuus, johon sisältyy ajatus muutoksesta. Lähtökohtana on nykyisen tilanteen ongelmat. (Toikko & Rantanen 2009, 14–16.)

Kehittämiseen tähtäävä toiminta pyrkii tuottamaan tietoa, onko esimerkiksi käytössä oleva työmenetelmä hyvä. Näyttöä kehitettävän asian käyttökelpoisuudesta etsitään, jotta saadaan näyttöön perustuvaa tietoa. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta tavoittelee empiirisesti pätevää tietoa. Kokemukseen perustuva ammatillinen näyttö on käytännön kokemuksen kautta todettua vaikuttavuutta. Näyttö voi perustua kokemuksiin useista työtilanteista, kun käytäntöä toistetaan, mikä toimii hyvin ja tuottaa tulosta. Kokemukseen perustuva näyttö on usein palveluiden käyttäjien kokemus, mikä toimintatapa on vaikuttava ja vastaa heidän tarpeisiinsa. Hiljaista tietoa ei aina voi ilmaista sanoin. (Toikko & Rantanen 2009, 39–40.)

Kehittäminen edellyttää perusteluja, joka vaatii kannanoton mitä ja miksi kehitetään. Toiminta pitää olla organisoitua, että pystytään kehittämään, joka vaatii kannanoton, kuka tekee ja millä resursseilla. Kehittäminen vaatii kehittävää toimintaa, johon liittyy toiminnan arviointi. Tällä pyritään uusien palveluiden ja tuotteiden levittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 56–57.)

Lineaarisisessa mallissa vaiheet etenevät kaavamaisesti ja peräkkäisinä vaiheina. Laaditun suunnitelman mukaisesti, työskentelyvaiheet seuraavat toisiaan. Mallissa ei ole huomioitu häiriötekijöitä, kuten inhimillisiä, sosiaalisia tai kulttuurillisia muuttujia. Spiraalimallissa tunnistetaan ja otetaan huomioon kehittämistoiminnan inhimilliset sosiaaliset ja kulttuurilliset piirteet, jotka ovat

läsnä ja osana työskentelyä. Spiraalimallimaisessa kehittämistoiminnassa tapahtuu arviointia, paluuta ja pysähtymistä, mutta myös sisältöjen, kehittämistehtävien ja toimenpiteiden uudelleen-suuntaamista ja tarkentamista. Mallissa tutkimukseen osallistuvat ihmiset ovat ajattelevia ja tuntevia eikä heitä voi käskyttää. Ihminen tunnustetaan oppijana ja luovana toimijana, jonka tiedot ja taidot ovat läsnä ja hyödynnettävissä parhaalla mahdollisella tavalla. Spiraalimalli tunnistaa yhteisöllisen asiantuntijuuden, työskentelyn moniulotteisuuden ja organisaation kollektiivisen osaamisen. Mallissa on työote, jossa kaikkea ei voi suunnitella täysin tarkasti, vaan asiat tarkentuvat ja jopa muuttuvat työskentelyn aikana. (Salonen 2013, 14.)

Konstruktiivisessa mallissa on yhdistetty kahden edellisen mallin vahvuudet ja kehittämistoiminnan logiikan. Konstruktiivisessa mallissa yhdistyvät yhteisöllinen ja osallistava näkökulma. Mallissa on paljon elementtejä spiraalimallista, kuten pysähtyminen, arviointi, eteenpäin suuntautuminen sekä tasavertainen ja vuorovaikutteinen keskustelu. (Salonen 2013, 16.)

Aloitusvaihe on liikkeellepaneva voima, joka sisältää kehittämistarpeen, kehittämistehtävän, toimintaympäristön sekä ajatuksen toimijoista. Aloitusvaiheessa puhutaan aiheen rajauksesta ja kirjastamisesta. Suunnitteluvaiheessa tehdään kehittämissuunnitelma, josta ilmenee tavoitteet, ympäristö, vaiheet, avainhenkilöt ja toimijat, tiedonhankintamenetelmät, dokumentointitavat ja dokumenttien käsittely. Esivaiheessa siirrytään ympäristöön, jossa työskentely tapahtuu. Työstövaiheessa toimijat toimivat kohti yhdessä sovittua tavoitetta ja tuotosta. Työstövaiheessa toteutuvat käytännössä kaikki kehittämishankkeen osatekijät: toimijat, tutkimus- kehittäminen ja innovaatiomenetelmät, materiaalit ja aineistot sekä dokumentointitavat. Tarkistusvaihe liittyy kaikkiin vaiheisiin, jossa arvioidaan tuotosta ja palautetaan se mahdollisesti työstövaiheeseen tai siirretään viimeistelyvaiheeseen, jonka jälkeen syntyy konkreettinen tuote. (Salonen 2013, 17–19.)

Williamson ym. (2022) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan toimenpiteitä päivystysosastojen ja sairaaloiden toistuvien käyttäjien määrän vähentämiseksi: ovat riskien tunnistaminen, yksilölliset hoitosuunnitelmat, kotikäynnit, tiedon jakaminen sairaalan ja paikallisen hoidon tarjoajien välillä. Palvelujen integraatio on perus- ja erityistason palvelujen saumatonta yhteistyötä ja yhdessä sovittuja asiakasprosesseja sekä miten samalla hoidon tai palvelun porrastuksen tasolla koordinoidaan ja integroidaan eri palveluita asiakkaan tarpeenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Tavoitteena on nopeuttaa asiakkaan ohjautumista oikeaan palveluun, sujuvoittaa palveluprosesseja sekä parantaa asiakastyytyväisyyttä. (THL 2023.) Tiimimalliin perustuva työskentely yli organisaatiorajojen edellyttää, että asiakkaille on nimetty pääasiallinen vastuutyöntekijä ja myös yhteistyöverkostot ovat nimettyjä ja henkilöityjä. Sosiaalityöntekijöiden osuutta moniammatillisessa tiimissä on pidetty tärkeänä ja integraatiota edistävänä tekijänä. (Ylitalo-Katajisto 2019, 90–91.)

Suunnitteluvaiheessa, edellisen syklin tavoin, uuden toimintatavan kehittäminen tapahtui yhteistyön avulla projektiryhmän eli Päivystyskeskuksen sairaanhoitajien ja kotiutuskoordinaattoreiden kanssa. Ennen kehittämisläpää opinnäytetyöntekijän laitoi sähköpostia osallistujille. Saatekirjeessä oli opinnäytetyöntekijästä ja opinnäytetyön aiheesta. Sähköpostissa mainittiin myös toimeksiantaja sekä ajankohta, jolloin ilta-ilta pidettiin.

6.2 Aineiston hankinta (toiminta)

Toimintavaiheessa aineistonhankintametodina oli 6–3–5 metodi. Paikkana oli Oulun Yliopistollisen Sairaalan luentosali. Osallistuville kerrottiin, millaista aineistoa kerätään, miten kerätään, mihin tietoa tullaan käyttämään, mikä on aineistojen säilytystapa. Projektiryhmälle kerrottiin kirjallisuuskatsauksen sekä tarkastuslista työpajan tulokset ja johtopäätökset. Tarkoituksena oli kuvata uusi moniammatillinen toimintamalli. Syklin kehittämiskysymys oli: millainen moniammatillinen toimintamalli tulee olla, että paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutuminen kehittyy, heijastettiin monitorille, niin, että se oli ryhmän nähtävillä koko ajan. Opinnäytetyön tekijä toimi fasilitaattorina aineistonkeruun ajan. Työpajaan osallistui 6 hoitajaa ja yksi osastonhoitaja. Osastonhoitaja oli opinnäytetyön ohjaaja, joka toimi tarkkailijana. Projektiryhmään kuului yksi kokenut sairaanhoitaja, neljä kotiutuskoordinaattoria ja yksi apulaisosastonhoitaja.

6.3 Aineiston analysointi ja tulokset (havainnointi)

Ryhmä kehitti 6–3–5 menetelmällä yhteensä 112 ideaa moniammatillisen toimintamallin kuvaamiseksi. Kerätty aineisto käsiteltiin taulukossa induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto luokiteltiin ja klusteroinnissa eli ryhmittelyssä käytiin koodatut ilmaukset läpi ja etsittiin käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Käsitteet luokiteltiin ja nimettiin. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin. Aineiston abstrahoinnissa erottiin olennainen tieto ja sen perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä alkuperäisestä informaatiosta saatiin teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Käsitteitä yhdistämällä saatiin vastaus tutkimustehtävään. (Sarajarvi & Tuomi 2009, 108–113.)

Ryhmän ideat oli kirjattu paperille lauseella sekä yhdellä tai muutamalla sanalla. Alkuperäiset ilmaisut, eli sanat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, otettiin mukaan sellaisenaan. Lauseista

jätettiin täytesanat pois, eli ilmaiset pelkistettiin. Ilmaiset olivat lähtökohtaisesti lyhyitä ja pelkistettyjä. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokkia, joita oli yhteensä seitsemän (7). Tulokset eli seitsemän alaluokkaa olivat nimeltään: toimintamallissa vastuuhenkilöt päivystyskeskuksen puolesta, tiedonkulun varmistava sekä tehostaa potilastietojärjestelmien käytön, toimintamallissa varmistetaan potilaan informoinnista ja jatko-hoito-ohjeiden saavutettavuudesta, huomioi yhteistyön omaisten kanssa, kotiolut kartoittava, sidosryhmien kanssa yhteistyötä edistävä.

Toimintamallissa vastuuhenkilöt päivystyskeskuksen puolesta

Projektiryhmä koki tärkeäksi, että päivystyksen kotiutuskoordinaattorit olisivat jatkossa vastuuhenkilöinä toimintamallissa. Kotiutuskoordinaattorit ovat vahvuus henkilöstöresursseihin kotiuttamiseen liittyvän osaamisensa takia. Toimintamallin tulisi toimia ympärivuorokautisesti ja kotiuttamisesta vastaavat hoitajat olisivat läsnä 24/7. Toimintamallin tulisi olla selkeä, muokattavissa ja päivitettävissä oleva, yksinkertainen sekä kaikkien asianosaisten saavutettavissa. Moniammatillinen toimintamalli on itsessään ennaltaehkäisevä ja ottaa paremmin huomioon potilaan toiveet.

Tiedonkulun varmistava sekä tehostaa potilastietojärjestelmien käytön

Alaluokka muodostui pelkistetyistä ilmaisuista. Projektiryhmä koki tärkeäksi toimijoiden välisen yhteistyön ja tiedonkulun. Monissa vastauksissa korostui tiedonkulun tärkeys. Tiedonkulku koettiin keskeiseksi, koska hoitavan tahon tavoittaminen oli edellytys jatkohoidon onnistumisen kannalta. Tiedonkulun pitäisi tavoittaa erilaiset toimipisteet.

Potilastietojärjestelmään toivottiin kehitystä, että se reagoisi automaattisesti useisiin päivystyskäynteihin. Potilastiedot tulisi olla helposti saatavilla potilastietojärjestelmästä ja tietojärjestelmien rinnakkaiskäyttö olisi vaivatonta. Kirjaukset tulisi tavoittavaa kaikki asianosaiset mikä vaatisi tietojärjestelmien yhtenäistämistä. Asiakkaan tiedot olisivat näin yhdessä paikassa helposti terveydenhoito henkilökunnan saatavilla.

Toimintamallissa varmistetaan potilaan informoinnista ja jatkohoito-ohjeiden saavutettavuudesta

Projektiryhmän vastauksissa korostettiin, että asiakkaalla olisi tieto, mihin ottaa yhteys voimien muutoksista, jokin muu kuin Päivystyskeskus. Toimintamallissa tulisi huomioida jatkoasioiden varamisen ammattilaisen puolesta ja kuittauksen tiedonkulusta jatkohoidossa. Oma lääkärin ja oma hoitajan tulisi saada tieto jatkohoito-ohjeista, että olisivat tietoisia ikääntyneen tilanteesta.

Jatkohoito – ohjeiden tulisi tavoittaa kaikki potilasta hoitavat tahot. Päivystyksen lääkärin ja kotiutusasiaa hoitavan hoitajan roolien merkitystä korostettiin, että jatkohoito onnistuu kotihoitona. Painopisteen tulisi olla jatkohoidon onnistumiseen tähtäävissä toimissa ja tiedonkulku oli tässä keskeisessä asemassa. Potilaalla itsellään sekä myös hänen omaisillaan tulee olla riittävä tilannetietoisuus. Potilasohjauksen merkitystä korostettiin ja potilaan omien voimavarojen käyttöönottoa. Toimintamalliin toivottiin resurssia palveluiden lisäämiseen tilapäisesti jatkohoidon onnistumisen takia.

Huomioi yhteistyön omaisten kanssa

Läheisten valmistuessa iäkkään kotiutumiseen ovat tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus merkityksellisiä läheisten valmistautuessa iäkkään kotiutumiseen. Läheisten huomioiminen kotiutuessa ei tapahdu johdonmukaisesti. (Jolanki, Kariniemi, Palonen, Peltola, Pesonen, Rantanen, Saarinen, Siira, Stolt 2020, 11.)

Omaisten huomioiminen koettiin jatkohoidon kannalta tärkeäksi. Alkuperäisissä ilmaisuissa korostettiin omaisyhteistyön merkitystä. Toimintamallin tulisi ottaa huomioon omaisten tarpeet ja omaisyhteistyön haasteet yöaikaan. Omaisille soittoa pidettiin yhtenä vaihtoehtona ennen kotiutumista. Potilaan yksinäisyyteen liittyvien asioiden selvittäminen ja yksinäisyyttä tukevat toimet voisivat vähentää sosiaalisista syistä johtuvia käyntejä.

Kotiolot kartoittava

Alaluokka muodostui tarpeesta kotiin annettavien palveluiden kartoittaminen, kotiin toimitettavien palveluiden lisääminen. Kotiolojen kartoittaminen jatkohoidon toimenpiteenä koettiin kotiutusta kehittäväksi. Kotiin annettavien resurssien lisääminen parantaisi kotona pärjäämistä, jos päivystyksen lääkärillä, hoitajilla tai ensihoidolla olisi herännyt huoli kotona pärjäämisestä.

Sidosryhmien kanssa yhteistyötä edistävä

Sidosryhmistä tärkeimmiksi koettiin ensihoito ja kotihoito. Haluttiin, että toimintamalli olisi tiedossa moniammatillisella ryhmällä. Palveluiden lisääminen tulisi olla sujuvampaa ja kotiutumisen turvaaminen parantuisi, jos kohteessa olisi vastaanottaja, esimerkiksi turvapalvelu. Toimintamallissa huomioitaisiin jatkohoidossa tarve ravintoterapeuteille, fysioterapeuteille ja toimintaterapialle. Potilaan sekä sidosryhmien tulisi tietää virka-ajan palvelut ja miten ne ovat saavutettavissa, ettei vain olisi helppo lähteä päivystykseen. Lisäksi ilmaisuissa oli mainintaa tahosta, joka hoitaisi

ikäntyneiden päivystykselliset tilanteet, näin ennaltaehkäisevä toiminta olisi helpommin saavutettavissa. Päivystyksessä tulisi olla tämänhetkisillä resursseilla mahdollisuus tarjota potilaille liikumisen apuvälineitä, koska näiden saatavuus on yöaikaan haastavaa tai mahdotonta muuten. Taksipalveluiden kanssa tulisi käydä läpi mitä potilaan turvalliseen kotiutukseen kuuluu. Kotihoidon konsultaatio mahdollisuuksia haluttaisiin ennaltaehkäisevästi parantaa. Toimintamalliin halutaan osana sähköisten palveluiden lisäämistä.

6.4 Toimintamallin kuvaus

Tausta ja tavoite

Tässä opinnäytetyössä toimintamalli luodaan resurssien rajallisuuden vuoksi vain Päivystyskeskukseen. Toimintamallin tarkoitus on kehittää paljon terveyspalveluita käyttävien ikääntyneiden kotiutumista. Tavoitteena oli potilastietojärjestelmistä saatavan tiedon, ammattilaisen tunnistaman monialaisen yhteistyön tarpeen potilaalla sekä tarkistuslistan avulla tunnistaa paljon terveyspalveluita käyttävä ikääntynyt ja kehittää hänen kotiutustaan.

Puutteellisin tiedoin kotiutuneet potilaat ovat kokeneet turvattomuuden tunnetta kotiutustilanteessa. Kotiutumisen jälkeiset riskit lisääntyvät, jos turvallisen kotiutumisen suunnitteluun on liian vähän aikaa. Sairaalahoito itsessään on merkittävä riski ikääntyneen toimintakyvyn alenemiselle. Riskiä lisäävät puutteelliset jatkohoito-ohjeet ja osa ikääntyneistä palaa uudelleen sairaalahoitoon jo pian kotiutumisensa jälkeen. Ikääntyneiden henkilöiden pyöröovi-ilmiön takana on usein monia syitä, kuten iäkkään henkilön epävarmuus tai pelko kotona selviytymisestä, geriatrisen osaamisen puute kotihoidossa ja sairaalassa, puutteet palvelujärjestelmässä ja ikääntyneille tarkoitetuissa palveluissa. Ikääntyneen uusintakäynteihin päivystyksessä on yhteydessä myös riittämätön kotiutumisen suunnittelu. Kotiutumisen suunnittelu ja valmistelu tuleekin tehdä huolellisesti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi sairaalahoidon jälkeen. Ikääntyneet potilaat ja omaishoitajat kokivat, että kotiutumisen jälkeiset palvelut olivat iäkkäille ja heidän huoltajilleen vieraita ja se vaikutti potilaiden toipumiseen. (Jolanki, Kariniemi, Palonen, Peltola, Pesonen, Rantanen, Saarinen, Siira, Stolt 2020,5.) Toimintamallissa pyritään kiinnittämään huomiota Päivystyskeskuksen kartoituksen jälkeisten riskien huomioimiseen jatkohoidossa.

Tarve

Vastaanottava henkilökunta ei ole ehtinyt reagoimaan kotiutuviin asiakkaisiin ja heidän muuttu-

neisiin lääkehoidollisiin asioihin ja tukipalvelujen kartoittamiseen. Paljon palveluja tarvitseva asiakas on henkilö, joka on käyttänyt hyvinvointikeskuksen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanoton palveluja yli kuusi kertaa vuodessa tai jolla on ammattilaisen tunnistama monialaisen yhteistyön tarve. (Ylitalo-Katajisto 2015, 22.)

Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli potilaan kunnon arvioinnissa (Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. 2014. 10). Yksilötason tarve on ikääntyneillä paljon terveysterveyspalveluja käyttävillä ikääntyneillä. Yhteiskunnallisella tasolla suurien ikäluokkien hoidon järjestäminen lisää hoitomenoja. Tämä tuo paineita julkisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen rahoituksen kestävyydelle. (THL 2023.)

Käyttö

Implementointi Ottawa – mallin mukaisesti Päivystyskeskukseen 2025. Tavoitteena on asiakaslähtöinen, selkeä ja moniammatillinen toimintamalli. Toimintamallissa tarkistuslistan, potilastietojärjestelmistä saatavan tiedon sekä ammattilaisen tunnistaman monialaisen yhteistyön tarpeen potilaalla avulla tunnistetaan riskipotilaat Päivystyskeskuksessa. Tarkoituksena on kehittää paljon terveysterveyspalveluja käyttäviä ikääntyneiden kotiutuksia päivystyskeskuksesta moniammatillisen toimintamallin avulla.

Kohderyhmä

Toimintamallin kohderyhmänä on paljon terveysterveyspalveluja käyttävät ikääntyneet Päivystyskeskuksessa. Toimintamallissa on tarkoitus kehittää toimia, että jatkohoidossa osataan tukea tai alkaa tukemaan ikääntyneen turvallista kotona asumista. Kotiutuksen kehittämiseen kuuluu olennaisesti iäkkään omaiset, läheiset ja omaishoitajien huomioiminen. Sidosryhminä tärkeitä kohderyhmiä ovat ensihoito ja kotisairaanhoido. Läheisten tuki antaa ikääntyneelle varmuutta selviytyä itsenäisesti kotona.

Oikea-aikainen tiedonsaanti on merkityksellistä läheisten valmistautuessa iäkkään kotiutumiseen. Läheisten rooli hoidossa koetaan merkittäväksi, kun ikääntynyt kotiutuu sairaalasta, mutta myös sen jälkeen. Läheisten huomioiminen iäkkään kotiutuessa ei ilmeisesti ole ollut johdonmukaista. (Jolanki, Kariniemi, Palonen, Peltola, Pesonen, Rantanen, Saarinen, Siira, Stolt 2020, 16.)

Menetelmä ja keinot

Toimintamallin keskeinen voimavara on moniammatillisuus sekä voimavara- ja asiakaslähtöisyys. Tarkistuslistan, potilastietojärjestelmistä saatavan tiedon sekä ammattilaisen tunnistaman monialaisen yhteistyön tarpeen potilaalla avulla tunnistetaan riskipotilaat Päivystyskeskuksessa. Jatkohoidossa ja kotona, jatkohoito-ohjeiden ja tiedonkulun varmistaminen omaisten ja potilasta hoitavien ammattilaisten kanssa. Alla (kuviot 5) on kuvattu paljon terveystalvija käyttävän ikääntyneen toimintamalli.



Kuviot 5. Paljon terveystalvija käyttävän ikääntyneen toimintamalli

Potilaalla, omaisella tai kotona terveydenhuollon ammattilaisella on herännyt huoli potilaan voinnista. Potilas tai omainen voivat soittaa päivystysapuun. Hakeutuminen päivystyskeskukseen omaisen, taksin tai ambulanssin tuomana. Triagehoitaja tekee potilaalle hoidon tarpeen arvioinnin ja määrityt ESI – luokka. Potilas siirtyy seurantaan.

Hoitaja

Hoitajan rooli on potilaan kaikkea hoitamiseen liittyvää ja toimintakyvyn seuranta. Kaikki hoitotyö ja toimintakyvyn seuranta tulee kirjata tietojärjestelmään potilaan papereihin. Kotiuttava hoitaja tekee kotiutuskoordinaattorin poissa ollessa tarkistuslistan mukaisesti kotiutuksen.

Lääkäri

Lääkäri tekee tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin sekä palvelujen tarpeen selvittäminen, jonka jälkeen tarpeenmukaiseen ja hoitoon ohjaaminen. Tulositystä riippumatta potilaskontakti on nopea, turvallinen, oikea – aikainen ja resursseja tuhlaamaton. (Hyvönen 2023.) Yhteistyön tavoitteena kotiutuskoordinaattorin ja hoitajan kanssa on parhaan jatkohoidon varmistaminen.

Kotiutuskoordinaattori

Kotiutuskoordinaattorit toimivat toimintamallin vastuuhenkilöinä tulevaisuudessa kokoaikaisesti. Kotiutuskoordinaattori alkaa selvittämään palvelujen tarvetta, mutta myös kartoittaa olemassa olevia palveluita. Eri potilastietojärjestelmien käyttö korostuu tietojen haun yhteydessä. Tarkistuslista toimii kartoituksen apuvälineenä. Kotiutuskoordinaattori kartoittaa potilaan lääkityksen ja lääkelistan ajantasaisuuden ja tarkastaa sen. Lääkityksen tarkastuksen yhteydessä tarkastetaan, onko lääkkeenjakopalvelu käytössä ja selvitetään lääkitys potilaalle, omaiselle tai jatkohoittoon terveydenhuollon ammattilaiselle. Päivystyksessä seurataan hoitajien ja kirjauksien avulla potilaan toimintakykyä. Onko potilaan liikkuminen omatoimista, tarvitseeko apuvälineitä tai onko kaatumisen riski kohonnut. Vessassa käydessä katsotaan, onko potilas omatoiminen, avustettava ja onko vaipat käytössä. Orientaatiota seuraamalla katsotaan muistaako asioita vai onko muistamaton. Ensihoidon kanssa tehtävän yhteistyön ja potilaan kanssa tehdyn haastattelun perusteella mietitään, onko tarvetta hoitopalaverille tai palveluohjaukselle, sosiaalityöntekijälle, kuntoutukselle tai apuvälineille. Kartoitetaan, onko kotona palveluita tai onko kotiin annettavat palvelut riittävät, kuten ruokapalvelu, turvaranneke, siivouspalvelu. Haastattelun yhteydessä selvitetään potilaan päihteiden käyttö. Kotiutuskoordinaattori tarkastaa myös lääkärin kanssa yhteistyössä, onko diagnoosit merkittynä, onko potilaalla hoitosuunnitelmaa ja tarkastaa sen. Lopuksi selvitetään yhteys omaisiin tai omaishoitajalle ja soitetaan tarvittaessa jatkohoito – ohjeet. Päivystyskeskuksessa toteutetaan moniammatillinen kotikuntoisuutta edistävä yhteistyö ja toiminta potilaan tarpeiden mukaisesti. Huolehditaan, että lääkärillä on kaikki tarpeellinen ja varsinkin uusi tieto potilaasta.

Kotiutus ja jatkohoito

Kotiutuskoordinaattori tai Päivystyskeskuksen hoitaja varmistaa toimijoiden välisen yhteistyön. Jatkohoidon kannalta tärkeää on tiedonkulun varmistaminen: hoitavan tahon tavoittaminen on edellytys jatkohoidon kannalta. Potilaan informointi ja omaisille sekä kotiin terveydenhuollon ammattilaisille jatkohoito – ohjeiden saattaminen onnistuneen jatkohoidon turvaamiseksi.

Arviointi

Mittareina potilastietojärjestelmistä saatava data, joista ilmenee, väheneekö tunnistettujen paljon terveyspalveluita käyttävien potilaiden päivystyskeskukseen paluu jatkohoidon jälkeen.

6.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata moniammatillinen toimintamalli Pohteen päivystyskeskukseen. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: millainen moniammatillinen toimintamallin tulee olla, että paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutuminen kehittyy.

Moniammatillinen yhteistyö on työmenetelmä tai käsite, joka kuvaa tapaa tehdä työtä. Eri ammattikuntien välinen yhteistyö, joka toteutuu sote - organisaatioiden sisällä tai välillä viittaa moniammatilliseen yhteistyöhön. (Pärnä 2021, 48–50.)

THL:n (2023) tavoitteena on nopeuttaa asiakkaan ohjautumista oikeaan palveluun, sujuvoittaa palveluprosesseja sekä parantaa asiakastytyväisyyttä. Paljon palveluja tarvitseva asiakas on henkilö, joka on käyttänyt hyvinvointikeskuksen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanoton palveluja yli kuusi kertaa vuodessa tai jolla on ammattilaisen tunnistama monialaisen yhteistyön tarve. (Ylitalo-Katajisto 2015, 22.)

Sosiaalityöntekijöiden osuutta moniammatillisessa tiimissä on pidetty tärkeänä ja integraatiota edistävänä tekijänä (Ylitalo-Katajisto 2019, 90–91). Tämä tuli kirjallisuuskatsauksessa monessa lähteessä esiin ja yhteistyöntekeminen sosiaalityöntekijän kannalta olisi tärkeää kotiuttamisen kehittämisen kannalta ja olisi kehittämisen arvoista.

Ennakkokartoituksen tekemiseen voidaan kehittää mittareita, joissa kartoitetaan potilaan tuloaika, triage-luokitus, potilaan ikä, sukupuoli, perheen sosioekonominen status, potilaan vointi ja kyky hoitaa itseään, tuen tarve, hänen koti olonsa ja asumismuotonsa. (Ylä-Mononen, S. Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. 2014. 10). Mittarit olisivat hyvä työväline kehitettäessä potilaan kotiuttamista.

Potilaiden kotiuttaminen on suositeltavaa tehdä vasta aamulla, mikäli se toiminnan kannalta on mahdollista. (Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. 2014. 10). Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa tuli esiin, että potilaan kotiutus öiseen aikaan on jo itsessään riski. Kotiutuminen on turvallisinta virka-aikaan, kun kaikki palvelut ovat parhaiten saatavilla.

6.6 Lähteet

Collin, K. Paloniemi, S. Herranen, S. (2012). Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylän yliopisto. Keski – Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2012.

Isoherranen, K. (2021). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 20212 : 18.

Jolanki, O. Palonen, M., Kariniemi, K., Peltola, P., Pesonen, H., Rantanen, A. Siira, H. & Stolt, M. (2020). Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta Hotus-hoitosuositus. Saatavilla 17.1.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/ika-hoitosuositus.pdf>

Pärnä, K. (2012). Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turun Yliopisto.

Salonen, K. (2013). Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI – henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Suomen yliopistokirjapaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2013.

THL (2023). Palveluintegraatio. Sotepalvelujen johtaminen. Kehittyvä palvelujärjestelmä. Saatavilla 20.1.2024 www.thl.fi

THL. (2024). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Tieto ja toimintamallit. Saatavilla 10.10.2024: www.thl.fi

Toikko, T. Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. painos. Tampereen yliopistopaino. Juvenes print. Saatavilla 18.8.2024 <https://trepo.tuni.fi/>

Williamson, M., Barr, M. L., Kabir, A., Comino, E. J., Goodger, B., Harris-Roxas, B. F., Crozier, A. M., Jackson, T., Finch, J., & Harris, M. F. (2022). Frequent users of health services among community-based older Australians: Characteristics and association with mortality. *Australian Journal on Ageing*, 41(4), e328–e338. Saatavilla 29.10.2024 <https://doi.org/10.1111/AJAG.13110>

Ylitalo-Katajisto, K. (2019). Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Saatavilla 29.11.2022: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526224084>

Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. (2014). *lääkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät*. *Hoitotiede*, 26(4), 299–309. Saatavilla 20.3.2024 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128315>

7 Moniammatillisen toimintamallin implementointi ja seuranta (4-sykli)

Neljännän syklin on tarkoitus kuvata moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelman laatiminen Ottawa – mallin mukaisesti. Neljännän sykin tarkoituksena moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelman kuvaaminen. Moniammatillinen toimintamalli tulee implementoida, eli käyttöönottaa ja vakiinnuttaa, että siitä tulee osa organisaation toimintatapaa. Opinnäytetyö päättyy implementointisuunnitelman laadintaan. Implementointi jää toimijoille Pohteen Päivystyskeskuksessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa toimivat ammattiryhmät perustavat toimintansa luotettavaksi arvioituun näyttöön. Tällä tavalla näyttöön perustuva toiminta toteutuu. Riittävät tukirakenteet sekä monitieteinen ja -ammattillinen yhteistyö ovat tälle edellytyksenä. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon prosessi sisältää viisi vaihetta: tiedon tarpeen tunnistamisen, tutkimustiedon tuottamisen, tiedon tiivistämisen näytöksi, näytön levittämisen ja näytön käyttöönoton. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoilla on prosessin eri vaiheiden toteutumisessa kullakin keskeinen roolinsa ja tehtävänsä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksenteon tapahtuessa näyttöön perustuen, voidaan puhua näyttöön perustuvasta hoidosta ja näyttöön perustuvasta toiminnasta. Näyttöön perustuvan toiminnan on todettu parantavan potilaiden hoidon tuloksia. (Holopainen, Siltanen & Parisod 2024, 6.)

Implementoinnin onnistuminen perustuu teoriaan. Se on hyvin suunniteltu ja riittävän tehokkaasti toteutettu. Implementointi on yhteistyötä, joka onnistuakseen vaatii yhteisen tavoitteen. (Sipilä 2019).

Hoidon jatkuvuutta koskevien innovaatioiden siirtäminen käytäntöön on monimutkainen prosessi. Uuden tiedon tai toimintamallin siirtäminen on monimutkaista. Hoidon jatkuvuutta koskevien innovaatioiden tapauksessa monimutkaisuutta lisää tarve kohdistaa toimet samanaikaisesti useille aloille, toimintaympäristöille ja palveluntarjoajille. Jotta terveydenhuoltojärjestelmä ja potilaat/asiakkaat hyötyisivät hoidon jatkuvuutta koskevasta tutkimuksesta, tutkijoiden ja toteuttajien on perehdyttävä paremmin tiedonsiirtokirjallisuuteen, kokeiltava näitä viitekehyksiä innovaatioiden toteuttamisessa ja testattava niiden hyödyllisyyttä erilaisilla innovaatioilla eri yhteyksissä. Seurannan avulla määritetään, miten tavoitteisiin päästiin. (Graham & Logan 2004, 101.)

7.1 Implementointisuunnitelma Ottawa – mallin mukaan (suunnittelu)

Neljännän syklin suunnitteluvaihe oli moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelman laatiminen Ottawa – mallin mukaisesti. Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata kehittämissuunnitelman implementointisuunnitelma. Kehittämiskysymyksenä oli: miten moniammatillinen toimintamalli implementoidaan Pohteen Päivystyskeskukseen

Implementoinnin onnistuminen perustuu teoriaan. Se on hyvin suunniteltu ja riittävän tehokkaasti toteutettu. Implementointi on yhteistyötä, joka onnistuakseen vaatii yhteisen tavoitteen. (Sipilä 2019.)

Käsite implementointi tarkoittaa näytön käyttöönottoa. Implementointi on prosessi, jossa interventiot, palvelut ja toimintatavat, jotka perustuvat näyttöön, integroidaan käytäntöön. Käyttöönoton tavoitteena on sitouttaa työntekijöitä ja keskeisiä sidosryhmiä perustamaan toiminnan kehittämisen ja päätöksenteko näyttöön. Keskeisiä osatekijöitä näytön käyttöönotossa ovat toimintaympäristön huomioiminen, muutoksen tukeminen sekä prosessien ja lopputulosten arviointi. (Holopainen, Siltanen & Parisod 2024, 8.)

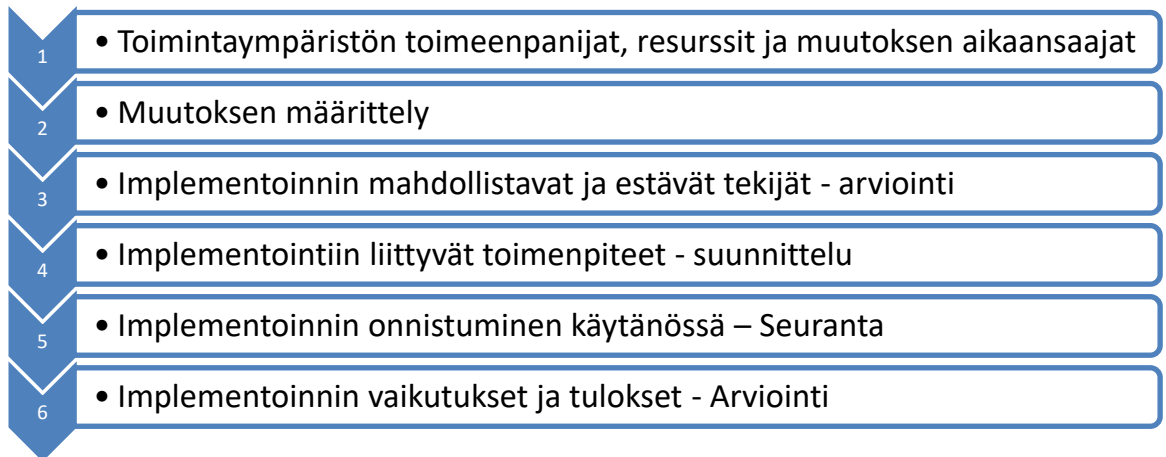
Avoin ja runsas kommunikaatio varmistaa tehokkaan ja koordinoitun toiminnan. Tietyt henkilöt ovat avainasemassa ja siksi on varmistettava, että kyseisillä henkilöillä on paras mahdollinen ymmärrys tilanteesta. Näin he pystyvät hoitamaan omia tehtäviään hyvin sekä hallitsemaan yhteistyön muiden yksiköiden kanssa. Ryhmien välinen yhteistyö ja koordinaatio paranevat. Implementoinnin yhteydessä viestiminen tapahtuu niin, että organisaatio ymmärtää asian ja innostuu strategisesta suunnasta. Viestittäessä on keskeistä, että sisältö on yksinkertaistettua niin, että ihmiset ymmärtävät sen olennaiset piirteet ja kokevat toteuttamista tukevia voimakkaita ja energisoivia tunteita. Projektijohtaminen on viestintää henkilöstölle, potilaille ja omaisille. (Ritokallio, Vuori 2018, 149–154.)

7.1.1 Ottawa – malli

Tämän opinnäytetyön implementointimalliksi valittiin Ottawa – malli. Se on näyttöön perustuvan tutkimuksen implementointimalli, jolla näytön käyttöönotto toteutetaan. Mallissa korostuu aktiivinen lähestymistapa suunniteltujen strategioiden avulla innovaatioiden toteuttamiseen. Siinä on

yksityiskohtaiset vaiheet täytäntöönpanoprosessille ja potilaat ovat olennainen osa prosessia hoitohenkilökunnan lisäksi. (Lantta 2016, 21.) Taulukossa 8 on esitelty käyttöönottoprosessi Ottawa – mallin mukaan.

Taulukko 8. Käyttöönottoprosessi Ottawa – mallin mukaan (Graham & Logan 2004, 95–99)



Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan organisaatiossa henkilöt, joilla on valtuus tehdä innovaation vaatimat muutokset. Hoidon jatkuvuutta koskeva innovaatio, jotka ylittävät moniammatillisuuden rajat, on tunnistettava sekä strategiset yhteistyökumppanit ja sidosryhmät. Innovaatioon tarvittavat resurssit on määriteltävä, koska muutos edellyttää resursseja. Yksilöt, jotka voivat toimia muutoksen tekijöinä tai edistäjinä on tunnistettava ja heille on annettava vastuuta toteutuksessa. (Graham & Logan 2004, 95.)

Toisessa vaiheessa selvennetään tarkalleen, mikä innovaatio on ja mitä sen toteuttaminen pitää sisällään. (Graham & Logan 2004, 95.)

Kolmannessa vaiheessa arvioidaan mahdollistavien ja estävien tekijöiden vaikutuksia. Tunnistetaan ongelmat, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti käyttöönottoon. Arvioidaan toimintaympäristön esteet ja toimijoiden tuomat haasteet. Arvioidaan, voidaanko niitä ratkaista tai niiden vaikutusta vähentää. Kulttuurilliset tekijät, taloudelliset näkökohdat ja palkitsemisjärjestelmä voivat edistää tai estää innovaatioiden käyttöönottoa. (Graham & Logan 2004, 96–97.)

Neljännessä vaiheessa aloitetaan implementointiin liittyvien toimenpiteiden suunnittelu. Toimintasuunnitelman tulee varmistaa, että jokainen toimija on tietoinen innovaatiosta ja ymmärtää miten työskentelyn on muututtava, että päästään haluttuun tavoitteeseen ja mitä koulutusta se vaatii. Mitä suurempi ryhmä on, sitä kauemmin innovaation leviäminen ja sen läpi vieminen kes-

tää. Implementointiin liittyvien toimintojen koordinoimisen lisäksi on seurattava ja arvioitava toimien käyttöönottoa ja varmistetaan, että ne suoritetaan oikealla tavalla. Havaittuihin esteisiin puututaan asioiden vaatimalla tavalla. Koulutukset, päiväpalaverit ja palautteenanto ovat tehokkaita ammatillisen käyttäytymisen muutoksen aikaansaantiin. (Graham & Logan 2004, 97–98.)

Viidennessä vaiheessa seurataan, miten implementointi on onnistunut. Kerätään tietoja, suunnitellaan, miten tietoja mitataan, mikä on implementoinnin seurannan aikataulu ja kuka vastaa seurannasta. Seurannan avulla voidaan määrittää, miten laajalle innovaatio on levinnyt ja onko vaikutukset olleet toivotunlaisia hoitoprosessiin. (Graham & Logan 2004, 99.)

Kuudennessa vaiheessa päätetään, millä tuloksilla määritellään toimien vaikuttavuutta, miten niitä mitataan, miten tiedot kerätään, arvioinnin aikataulu ja kuka on vastuuhenkilö. Vaikutusten arvioinnin avulla määritetään, miten tavoitteisiin päästiin. (Graham & Logan 2004, 99.)

7.2 Moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelma (toiminta ja havainnointi)

Neljännän syklin toimintavaiheessa laadittiin moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelmasta Graham & Loganin (2004, 95–99) Ottawa – mallin implementoinnin neljän ensimmäisen vaiheen mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä Ottawa – mallin viides ja kuudes vaihe toteutuvat vasta, kun tämä opinnäytetyö on valmistunut. Prosessi viedään implementoinnin tasolle myöhemmässä vaiheessa.

7.2.1 Toimintaympäristön toimeenpanijat, resurssit ja muutokseensaajaajat ja muutoksien määrittely

Kotiuttamisen kehittäminen aloitettiin syksyllä 2023 ensimmäisessä syklissä kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin paljon terveystalveta käyttävän ikääntyneen kotiutumiseen liittyviä riskitekijöitä näyttöön perustuen. Ensimmäisen syklin tutkimuskysymyksenä oli: mitä ovat ikäihmisen kotiuttamiseen liittyvät riskit ja miten aikaisemman tutkitun tiedon perusteella paljon terveystalveta tarvitseva ikääntynyt tunnistetaan päivystyksessä? Toisessa syklissä kesällä 2024 kehitettiin tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päivystyskeskuksessa. Toisen syklin kehittämiskysymyksenä oli: mitä tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan

paljon terveyspalveluita käyttävät ikääntyneet. Toisen syklin sivusyklinä oli tarkistuslistan pilotointi Pohteen päivystyskeskuksessa. Kolmannessa syklissä luotiin moniammatillinen toimintamalli. Kolmannen syklin kehittämiskysymyksenä oli: millainen moniammatillisen toimintamallin tulee olla, että paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutuminen kehittyy.

Ensimmäisessä vaiheessa graham & Loganin mukaan (2004, 95) Päivystyskeskuksesta tunnustetaan henkilöt, joilla on valtuus tehdä innovaation vaatimat muutokset, eli moniammatillisen toimintamallin juurruttaminen päivystyskeskukseen. Implementointia varten kartoitetaan henkilöstöresursseista muutoksen edistäjät. Kotiutuskoordinaattorit toimivat toimintamallin vastuuhenkilöinä tulevaisuudessa toivottavasti kokoaikaisesti. Kotiutuskoordinaattori tekee myös hoidon tarpeen arviointia ja alkaa selvittämään palvelujen tarvetta, mutta myös kartoittaa olemassa olevia palveluita. Eri potilastietojärjestelmien käyttö korostuu tietojen haun yhteydessä. Tarkistuslista toimii kartoituksen apuvälineenä. Hoitajan rooli on potilaan kaikkea hoitamiseen liittyvää ja seuranta. Lääkäri tekee kiireellisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen sekä palvelujen tarpeen selvittäminen, jonka jälkeen tarpeenmukaiseen ja hoitoon ohjaaminen. Tulositystä riippumatta potilaskontakti, joka on nopea, turvallinen, oikea – aikainen ja resursseja tuhlaamaton. (Hyvönen 2023.) Yhteistyön tekeminen kotiutuskoordinaattorin ja hoitajan kanssa parhaan jatkohoidon varmistamiseksi. Innovaatio vaatii henkilöstöltä työaikaa. Resursseissa tulee olla työyksiköstä innovaation muutokset mahdollistava henkilö. Ne kotiutuskoordinaattorit, jotka ovat kiinnostuneita vastuuhoidon roolista valitaan vetämään muutosprosessia. Esihenkilö katsoo, että kolmannessa syklissä mietitty roolitus toteutuu ja jatkohoidon onnistumiseksi vaaditut toimenpiteet hoidetaan. Tämä on prosessi, jossa kirjallisuuskatsauksen tulokset ja yhdessä työpajoissa suunnitellut interventiot ja toimintatavat integroidaan käytäntöön. Esihenkilö ja vastuussa olevat kotiutuskoordinaattorit sitouttavat työntekijöitä ja keskeisiä sidosryhmiä perustamaan toiminnan kehittämisen ja päätöksenteon yhdessä kehitettyyn toimintamalliin, joka pohjautuu näyttöön. Esihenkilön tulee huomioida keskeisiä osatekijöitä näytön käyttöönotossa, kuten toimintaympäristöä, henkilökunnan tukemista muutokseen sekä prosessien ja lopputulosten arviointia. Vastuuhenkilöinä ovat opinnäytetyöntekijä, esihenkilö ja vastuuseen valitut kotiutuskoordinaattorit.

7.2.2 Implementoinnin mahdollistavat ja estävät tekijät

Seuraavassa vaiheessa arvioidaan mahdollistavien ja estävien tekijöiden vaikutuksia. Muutokseen kielteisesti suhtautuminen on haaste. Innovaatiosta kertominen ja kuvaileminen päiväraportilla tuo muutoksen läpinäkyväksi ja vähentää muutokseen liittyvää vastarintaa.

Perehdytys auttaa toimijoiden kykyyn omaksua uusi innovaatio. Toimintaympäristön kiire asettaa haasteita, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti käyttöönottoon. Pohteen hyvinvointialueella on vähennetty hoitopaikkoja. Supistukset lisäävät päivystyskeskuksen potilasmäärää. Arvioidaan, voidaanko niitä ratkaista tai niiden vaikutusta vähentää sukulahoitajilla. Pohteen hyvinvointialueella tehtävät rekrytointikiellot tai henkilöstömäärän supistukset voivat olla taloudellisia näkökohtia, jotka voivat vaikuttaa implementointiin. Toimijoiden palkitseminen voivat edistää innovaatioiden käyttöönottoa. (Graham & Logan 2004, 96–97.) Vastuuhenkilöinä ovat opinnäytetyöntekijä, esihenkilö ja vastuuseen valitut kotiutuskoordinaattorit.

7.2.3 Implementointiin liittyvien toimenpiteiden suunnittelu

Neljännessä vaiheessa aloitetaan implementointiin liittyvien toimenpiteiden suunnittelu. Toimenpiteiden suunnittelun seurauksena syntyy strategia, eli toimintasuunnitelma implementointia varten. Toimintasuunnitelmassa varmistetaan perehdytyksellä, että jokainen toimija moniammatillisessa toimintamallissa on tietoinen innovaatiosta ja ymmärtää, että työskentelyn on muuttava huomioimaan iäkkään kotiutusta kehittäväksi näyttöön perustuvilla toimenpiteillä. Haluttu tavoite on paljon terveyspalveluja käyttävien ikääntyneiden kehittäminen. Se vaatii toimijoille perehdytystä ja koulutusta. Mitä suurempi ryhmä toimintamallissa on, sitä kauemmin innovaation leviäminen ja sen läpi vieminen kestää.

Implementointiin liittyvien toimintojen koordinoimisen lisäksi on seurattava ja arvioitava toimenpiteiden käyttöönottoa ja varmistetaan, että ne suoritetaan oikealla tavalla. Havaittuihin esteisiin puututaan asioiden vaatimalla tavalla. Koulutukset, päiväpalaverit ja palautteenanto ovat tehokkaita ammatillisen käyttäytymisen muutoksen aikaansaantiin. (Graham & Logan 2004, 97–98.) Taulukossa 9 alla on esitetty implementointisuunnitelma.

Taulukko 9. Kuva Sovellettu Graham 6 Loganin (2004) mukaan: implementointisuunnitelma

Toimenpide	Tavoite	Toimenpide	Aika- taulu	Vastuuhen- kilöt
Toimintaympäristö	Paljon terveyspalveluja käyttävien ikääntyneiden kotiutuksen kehittämisen moniammatillisen toimintamallin avulla	Moniammatillisen toimintamallin juurruttaminen päivystyskeskukseen	Kevät 2025	Opinnäytetyön tekijä, esihenkilö
Resurssit	Tunnistetaan organisaatiossa henkilöt, joilla on valtuus tehdä innovaation vaatimat muutokset. Tarvittavat resurssit on määriteltävä. Yksilöt, jotka voivat toimia muutoksen tekijöinä tai edistäjinä on tunnistettava ja annettava vastuuta.	kotiutuskoordinaattorit, jotka ovat kiinnostuneita vastuuhoidajan roolista valitaan vetämään muutosprosessia esihenkilöiden toimesta Esihenkilö ja vastuussa olevat kotiutuskoordinaattorit sitouttavat toimijoita	Kevät 2025	Opinnäytetyön tekijä, esihenkilö ja vastuussa olevat kotiutuskoordinaattorit
Innovaation määrittely	Määritellään nykyinen käytäntö ja toteutetaan selkeä, auki kirjoitettu esitely	Tiedotukset toimijoille päiväpalaverilla asioiden esittelyksi ja läpikäymiseksi. Keskustellaan mistä on kysymys	Kevät 2025	Opinnäytetyön tekijä ja esihenkilö
Implementoinnin mahdollistavat ja estävät tekijät	Arvioidaan mahdollistavien ja estävien tekijöiden vaikutuksia. Tunnistetaan ongelmat, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti käyttöönottoon. Toimijoiden asenteet. Toimijoiden omaksumiskyky. Kiire ja suuri potilasmäärä.	Päiväpalavereilla kerrotaan implementointisuunnitelmasta ja moniammatillisesta toimintamallista kaikille toimijoille. Resursoidaan sukkulahoitajia työvuoroon suuren potilasmäärän aiheuttaman kiireen purkamiseen. Korostetaan hyötyjä.	Kevät 2025	
Toimintasuunnitelma toimintamallin juurruttamiseksi	Toimiva ja selkeä toimintasuunnitelma. Arviointi implementoinnista	Tietoisuus innovaatiosta kaikilla toimijoilla. Perehdys ja seuranta apuna. Kyselyomake.	Kevät 2025	kaikki osalliset

7.3 Lähteet

Graham, I. & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 89–103.

Holopainen, A. Siltanen, H. Parisod, H. (2024). Hotus. Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönotto. Käsikirja FinYHKÄ-toimintamallin käyttöön. Hotus - käsikirja 2/2024. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 17.10.2024: www.hotus.fi

Lantta, T. (2016). Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja.

Ritokallio, T. Vuori, T. (2018). Elävä strategia. Alma Talent. Helsinki. E-kirja. Saatavilla 27.5.2023: <https://kamk.finna.fi/>

Sipilä, R. (2019). Duodecim. Implementoinnin teoriaa, tarinoita ja työkaluja. Saatavilla 27.5.2023: Duodecim Implementoinnin teoriaa, tarinoita ja työkaluja

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää paljon terveyspalveluita käyttävien ikääntyvien päivystyksen jälkeistä kotiutusta Päivystyskeskuksessa Pohteella. Opinnäytetyö oli aiheeltaan työelämälähtöinen ja aihe tuki ylemmän ammattikorkeakoulun asettamia kansallisen viitekehyksen asettamia osaamistavoitteita. Opinnäytetyön kehittämistyönä kuvattiin tarkistuslista kotiuttamisen kehittämisen työkaluksi ja moniammatillinen toimintamalli Pohteen Päivystyskeskukseen. Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti, opinnäytetyö eteni sykleissä.

Ensimmäisessä syklissä kartoitettiin aiempaa tutkimustietoa paljon terveyspalveluita käyttävän ikääntyneen kotiutumiseen liittyviä riskitekijöitä näyttöön perustuen. Kirjallisuuskatsauksen perusteella ikäihmisen kotiuttamiseen liittyvät riskejä ovat yöaikainen kotiutuminen, potilaan kohonnut kiireellisyysluokitus, potilaan kotiutumiseen liittyvän informoinnin puutteellisuus, diagnoosien puutteellisuus, kotiutumisen jälkeisiin palveluihin liittyvän omaisen informoinnin puutteellisuus. Kirjallisuuskatsauksen perusteella paljon terveyspalveluja tarvitseva ikääntynyt tunnistetaan päivystyskeskuksessa, kun määritellään paljon terveyspalveluja käyttävä potilas ja tehostetaan potilastietojärjestelmiin kirjaamisen hyödyntämistä.

Opinnäytetyön toisessa syklissä kehitettiin projektiryhmän avulla tarkistuslista riskipotilaan tunnistamiseen päivystyskeskuksessa. 6–3–5 metodin tulosten perusteella tarkistuslistassa tulee olla, että se auttaa tunnistamaan paljon terveyspalveluita käyttävät ikääntyneet: lääkityksen tarkistus, sosiaaliset syiden selvittäminen, tukipalvelun tarve, Päihteidenkäytön selvittäminen, omaisverkosto ja -tuen kartoittaminen, tulo- ja käyntisyys, toimintakykykartoitus, kotiolojen kartoitus, diagnoosien ajantasaisuus, potilastietojärjestelmien kartoitus, hoitosuunnitelma selvitys. Toisen syklin sivusyklinä oli tarkistuslistan pilotointi Pohteen päivystyskeskuksessa. Toisen syklin tuloksissa korostui samoja asioita, kuin kirjallisuuskatsauksen tuloksissa. Kirjallisuuskatsauksen tulokset olisi ollut parempi kertoa ennen tarkistuslistan aineiskeruuta. Se olisi ohjannut tehokkaammin projektiryhmää. Projektiryhmä olisi paremmin tiennyt riskeistä mitä kirjallisuuskatsauksessa tuloksissa tuli esiin.

Opinnäytetyön kolmannessa syklissä luotiin projektiryhmän avulla moniammatillinen toimintamalli paljon terveyspalveluja käyttävien ikääntyneiden kotiutumisen kehittämiseksi. 6–3–5 metodin tulosten perusteella toimintamallissa vastuuhenkilöt ovat päivystyskeskuksen puolesta, tie-

donkulun varmistava sekä tehostaa potilastietojärjestelmien käytön. Toimintamallissa varmistetaan potilaan informoinnista ja jatko-hoito-ohjeiden saavutettavuudesta ja huomioidaan omaisten kanssa tehtävän yhteistyön, kotiolut kartoittava, sidosryhmien kanssa yhteistyötä syventävä.

Opinnäytetyön neljännessä syklissä kuvattiin moniammatillisen toimintamallin implementointisuunnitelma Ottawa-mallin mukaisesti Pohteen päivystyskeskukseen.

8.1 Opinnäytetyön johtopäätökset

Kotihoidon iäkkäistä asiakkaista lähes kaikki (94 %) käyttivät erilaisia terveyspalveluja, sosiaalihuollon tukipalveluja tai sosiaalihuollon ympärivuorokautista hoitoa vuonna 2022. Suurin osa iäkkäistä haluaa asua omassa kodissaan ja mikäli asiakas kokee, että hänen olisi parempi asua muualla kuin omassa kodissaan, kertoo tämä todennäköisesti riittämättömästä avun tai tuen saamisesta. (Aaltonen, Edgren, Heikkilä, Häsä & Kakko 2023, 1–9.) Ikääntyvien potilaiden määrä päivystyspoliklinikan asiakkaina tulee kasvamaan väestön ikääntyessä (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki, 2014, 10).

Opinnäytetyön johtopäätöksensä voidaan todeta, että olisi hyödyllistä ottaa tarkemmin huomioon monenlaiset kotona asuvan iäkkään terveyteen, toimintakykyyn ja arkeen vaikuttavat tekijät palvelukokonaisuuksia suunniteltaessa. Runsaasti erilaisia palveluja käyttävän väestöryhmän tarpeisiin vastaaminen on haastavaa, koska se on monimutkaista ja moninaista. Paljon terveyspalveluja käyttävien ikääntyvien kotiuttamisen kehittäminen päivystyskeskuksesta on nopeuttaa asiakkaan ohjautumista oikeaan palveluun, sujuvoittaa palveluprosesseja sekä parantaa asiakastytyvyyttä. Asiakkaan tarpeenmukaisen perus- ja erityistason hoidon ja palvelujen integroidun ja koordinoitun kokonaisuuden huomioiminen on moniammatillisen toimintamallin tehtävä.

8.2 Jatkokehittämisen aiheet

Tässä opinnäytetyössä tuotettiin tarkistuslista ja kuvattiin moniammatillinen toimintamalli Pohteen päivystyskeskukseen paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutumisen kehittämiseksi. Toisen syklin työpajassa tuli esiin sosiaalityöntekijän palvelut, kun kartoitettiin tukipalveluita. Sosiaalityöntekijöiden osuutta moniammatillisessa tiimissä on pidetty tärkeänä ja integraa-

tiota edistävänä tekijänä. Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruun materiaalin yhteydessä sosiaalityöntekijän roolia pidettiin merkittävänä. Jatkossa sosiaalityöntekijän roolia osana moniammatillista tiimiä tulee tutkia tarkemmin, erityisesti iäkkään kotiuttamiseen liittyvissä kysymyksissä.

1. Sosiaalityöntekijän osaamisen merkitys moniammatillisessa tiimissä paljon terveyspalveluita käyttävien iäkkäiden kotiutumisen kehittämiseksi
2. Sosiaalityöntekijän kanssa tehtävän yhteistyön aloittaminen suunnitellusti

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä. Korresponditeorian mukaan, vain jos väite vastaa todellisuutta, se on totta. Paikkansapitävyys voidaan aistein todistaa. Koherenssiteorian mukaan, jos väite on yhtä pitävä tai johdon mukainen muiden, jo todettujen kanssa, se on totta. Tiedon käytännöllisillä seuraamuksilla on yhteys pragmaattiseen totuusteoriaan. Konseksukseen perustuva totuusteoria painottaa ihmisten kykyä luoda yhteisymmärryksessä totuus. Eri totuus teoriat toimivat erilaisten tiedon alueilla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–135.) Opinnäytetyön työelämälähtöinen aihe sai projektiryhmän toimimaan työpajoissa ja luomaan innovatiivisesti totuudenmukaista aineistoa tarkistuslistaa sekä moniammatillista toimintamallia varten.

Suunnitelmassa kuvataan opinnäytetyön vaiheet, tutkittava ilmiö ja aihe ja siihen liittyvät keskeiset käsitteet, tietoperusta sekä aikaisemmat tutkimukset ja tutkimusmenetelmä. Suunnitelmassa kerrotaan myös, miten tutkimukseen osallistujat valitaan tai rekrytoidaan sekä miten heidän tietoinen suostumuksensa ja muut organisatoriset lupa-asiat hoidetaan. Suunnitelma sisältää myös aineistonkeruumenetelmät, aineistojen analysoinnin ja aineistojen säilytyksen sekä tutkimuksen luotettavuuden ja eettiset kysymykset. Tietoperustassa korostuvat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus ja asianmukainen viittaaminen. (Aro & Koivisto 2006, 2.) Opinnäytetyön suunnitelma toimi runkona valmiiseen opinnäytetyöhön asti ja tietoperustassa korostui rehellisyys. Organisaation tutkimuslupa varmisti lainsäädännön ja eettisten periaatteiden noudattamisen.

Tutkimuksen uskottavuudella viitataan siihen, miten hyvin tutkijan tekemä tulkinta vastaa tutkitavan näkemyksiä asiasta. Uskottavuutta lisää arvio kerätyn aineiston totuudenmukaisuudesta ja käytetyn kirjallisuuden arvioinnista. Siirrettävyys tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä ulkopuoliseen vastaavaan tutkimuskohteeseen. Varmuus on luotetta-

vuuskriteerinä tarkoittaa tutkimuksen ennustamattomasti vaikuttavien tekijöiden huomioonottamista. Vahvistettavuus tarkoittaa ratkaisujen tarkkaa dokumentointia niin, että tutkijan päätelyä pystyy seuraamaan ja arvioimaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.) Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten siirrettävyys onnistuu luotettavasti ulkopuoliseen vastaavaan kohteeseen. Toimintatulimusta voidaan arvioida seuraavien periaatteen mukaisesti: historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149–154). Historiallisen jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että Pohteen Päivystyskeskuksessa ikääntyneen kotiutumisen kehittyä, koska se nopeuttaa asiakkaan ohjautumista oikeaan palveluun, sujuvoittaa palveluprosesseja sekä parantaa asiakastyytyväisyyttä. Toimintatutkimuksen sykli koostuu suunnittelu-, toiminta-, havainnointi- ja reflektointivaiheesta. (Kananen 2009, 11) Tässä opinnäytetyössä reflektointi toteutui jokaisessa syklissä. Opinnäytetyön tekijä reflektoi omaa roolia tutkimuksen aikana. Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentumisesta väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena muodostaen lopputulokseksi synteessin. Tässä opinnäytetyössä se tarkoitti erilaisten näkökulmien huomioon ottamista. Tutkimusta tarkastellaan hyötynäkökulmasta, onnistumisen tai epäonnistumisen kannalta. Toimivuusperiaatteen mukaan käytännön vaikutukset olivat tarkistuslistan pilotoinnin osalta hyödyllisiä. Havahduttavuuden tarkastelussa arvioidaan kuinka kirjoittaja saa tutkimuksen todentuntoiseksi. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 155–160). Tämä opinnäytetyö on tekijälleen ensimmäinen toimintatutkimus. Ohjauksella on ollut suuri merkitys, että on saavutettu riittävä dokumentointi.

8.4 Opinnäytetyön eettisyys

Tavoitteena on, että opinnäytetyö edistää opiskelijan ammatillista asiantuntijuutta sekä työelämä- ja tutkimus- ja kehittämistyön tietoja. Opinnäytetyön alkaessa opiskelijalla tulee olla riittävästi tutkimus- ja kehittämistyön sekä alaan liittyviä opintoja suoritettuna. Aihetta ideoidaan työelämäkumppanien ja opettajien kanssa. Sen aikana rajataan tutkimuskohteena olevaa aihetta. Aiheesta on mahdollista tehdä opinnäytetyö, joka vastaa työelämäkumppanin tarpeita. Ohjaaja tai tutkintovastaava hyväksyy aiheen. (Aro & Koivisto 2006, 2.) Opinnäytetyö on edistänyt opinnäytetyöntekijän ammatillista asiantuntijuutta sekä tutkimus- ja kehittämistyön tietoja. Aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen ja se vastaa työelämäkumppanin tarpeita.

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen ovat tulokset uskottavia. Tieteellinen tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuk-

sessä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä sekä tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa tiedeviestintä on avointa ja vastuullista. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitetaan niin, että viittaukset ovat asianmukaisia. Syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusluvut ovat asianmukaisesti hankittu. Tutkimushankkeessa toimijoiden kanssa sovitaan oikeudet, vastuut ja velvollisuudet osapuolten hyväksymällä tavalla. Tutkimuksen rahoituslähde ja sen sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja näistä raportoidaan tuloksissa. Tutkijoiden esteellisyys tulee huomioida, jos he ovat esteellisiä. Tutkimusorganisaatiossa on otettu huomioon tietosuojakysymykset sekä noudatettu hyvää henkilöstö- ja taloushallintoa. Hyvästä toieteellistä käytännöstä (HTK) vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija itse. Vastuu kuuluu koko tiedeyhteisölle. (TENK 2012, 6–7.) Tutkimustyössä on noudatettu rehellisyyttä ja se on ollut eettisesti hyväksyttävää. Tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla ja ne on raportoitu selkeästi ja johdonmukaisesti, käyttäen oikeanlaisia lähdeviittauksia. Opinnäytetyön aineistonhankintasuunnitelmassa (1 1/1) on huomioitu aineiston säilyttämiseen liittyvät kysymykset.

Eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimusmenetelmien ja -tehtävien oikea valinta (Vehviläinen-Julkunen 2006, 32). Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava paljon suurempi kuin haitan. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja siihen osallistuva voi halutessaan keskeyttää sen. Tutkimuksen johtajalla on vastuu. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.) Ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tulee ennakoida eettisen arvioinnin tarve. Tämä pitää selvittää aiheen valinnan yhteydessä. Salassa pidettävistä asioista tulee sopia etukäteen työelämäkumppanin kanssa. Potilaiden hoitoon liittyvät asiat ovat sosiaali- ja terveysalalla salassa pidettäviä. (Aro & Koivisto 2006, 1.) Tutkimuksessa tulee olla tutkimuslupa hankittuna ohjeiden mukaisesti. Osallistujilta pitää olla suostumus. Jokainen tutkittava päättää itse osallistumisestaan tutkimukseen ja antaa suostumuksensa henkilökohtaisesti. (Aro & Koivisto 2006, 3.) Opinnäytetyöntekijän vastuulla oli, että kaikki opinnäytetyön projektiin osallistuvat tiesivät osallistumisen olevan vapaaehtoista eikä työvuoron vaihdosten takia kaikki suunnitellusti osallistuneet tutkimukseen.

Tutkittavien yksityisyyttä suojellaan kaikilla tavoin ja tekijöiden osallisuus huomioidaan tulosten kuvausten yhteydessä. Opinnäytetyö tallennetaan yleensä julkiseen Theseus - arkistoon. Raportissa vältetään vilppiä ja piittaamattomuutta. (Aro & Koivisto 2006, 4.) Opinnäytetyö tarkistetaan

lopuksi yhden kerran plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen arviointia. Hyvän tieteellisen käytännön loukkausepäilyn yhteydessä asiasta tulee ilmoittaa koulun rehtorille, joka tarvittaessa aloittaa HTK-prosessin mukaisen selvityksen. (Arene 2019, 7.)

Perusvaatimus on, että on riittävästi aikaa tehdä tutkimus. Julkinen, yksityiskohtaisesti raportoitu tutkimusprosessi tuo läpinäkyvyyttä tutkimukselle. Näin pystytään tekemään asiantuntijapanee-
liarviointia ja saavuttamaan face-validiteettiä. Tutkimuksen kokonaisuuteen liittyvä luotettavuuden kriteeri on lukijoiden ja tutkimuksen käyttäjien kommentit. Kaksi tutkijaa voi luokitella saman aineiston lisäten luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.) Opinnäytetyön prosessissa oli ajankäytöllisiä haasteita, mikä on heikkous.

8.5 Oman asiantuntijuuden kehittyminen

Henkilö, jota voidaan pitää asiantuntijana, kykenee tietyllä toimialalla jatkuvasti poikkeuksellisen korkeatasoiseen suoritukseen. (Lehtinen & Palonen 2011, 25.)

Suomen kansallisessa tutkintojen viitekehyksessä ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot on sijoitettu National qualification framework NQF) tasolle 7 (Auvinen, Heikkilä, Ilola, Kallioinen, Luopajarvi, Raj & Roslöf 2010, 4). Opinnäytetyössä osoitan hallitsevani laaja-alaiset ja pitkälle erikoistuneet oman alan erityisosaamista vastaavat käsitteet, menetelmät ja tiedot, joita käytetään tutkimuksen perustana. Ymmärrän alan ja eri alojen rajapintojen tietoihin liittyviä kysymyksiä ja tarkastelen niitä ja uutta tietoa kriittisesti. Kykenen ratkaisemaan vaativia ongelmia tutkimus- ja/tai innovaatiotoiminnassa, jossa kehitetään uusia tietoja ja menettelyjä sekä sovelletaan ja yhdistetään eri alojen tietoja. Kykenen työskentelemään itsenäisesti alan vaativissa asiantuntijatehtävissä tai yrittäjänä. Kykenen johtamaan ja kehittämään monimutkaisia, ennakoimattomia ja uusia strategisia lähestymistapoja. Kykenen johtamaan asioita ja ihmisiä. Kykenen arvioimaan yksittäisten henkilöiden ja ryhmien toimintaa. Kykenen kartuttamaan oman alan tietoja ja käytäntöjä ja vastaamaan muiden kehityksestä. Kehittämistehtävän projektiorganisaation projekti-päällikön tehtävä vahvistaa johtamisosaamistani. (Arene 2023.)

8.6 Lähteet

Aaltonen, M. Edgren J, Heikkilä, R. Häsä, J. & Kakko, K. (2023). THL. Yksinäisyys ja toive muualla kuin kotona asumisesta lisäävät kotihoidon asiakkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä. Saatavilla 29.10.2024 Yksinäisyys ja toive muualla kuin kotona asumisesta lisäävät kotihoidon asiakkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä (julkari.fi)

Aittoniemi, J. Haukijärvi, I. Tiainen, T. & Yli-Karhu, T. (2015). Toimintatutkimus tietojenkäsittelytieteiden tutkimuksessa. Informaatiotieteiden yksikön raportteja 38/2015. Tampereen yliopisto. Saatavilla 20.9.2022 https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/97044/toimintatutkimus_tietojenkäsittely_2015.pdf?sequence=1

Arene. (2019). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry.

Auvinen, P. Heikkilä, J. Ilola, H. Kallioinen, O. Luopajärvi, T. Raji, K. & Roslöf, J. (2010). Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Arene. Saatavilla 24.10.2024 <https://www.arene.fi>

Aro, P. Koivisto, K. (2019). ePOOKI. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden eettiset kysymykset. Oulun Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut.

Heikkinen, H. Rovio, E. Syrjäjä, L. (2007). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Direct Oy. Helsinki.

Paunonen, M Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Hoitotieteiden tutkimusmetodiikka. 4. painos, 2006. WSOY oppimateriaalit. Helsinki.

Ristikangas, M-R., & Ristikangas, V. (2013). Valmentava johtajuus. 3. painos. Alma talent.

Sarajärvi, A. Tuomi, J. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa. Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje. Saatavilla 1.5.23: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uutela, U. (2019). Valmentava esimiestyö työhyvinvointia ja työssä oppimista tukemassa. Fenomenografnen tapaustutkimus esimiesten ja työntekijöiden käsityksistä. Lapin yliopisto. Väitöskirja. Saatavilla 11.5.2023 <https://core.ac.uk/download/pdf/212009563.pdf>

Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. (2014). *lääkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät*. *Hoitotiede*, 26(4), 299–309. Saatavilla 20.3.2024 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128315>

Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Tutkimuksessa tulosten tallentamisessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa tiedeviestintä on avointa ja vastuullista. Syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusluvut ovat asianmukaisesti hankittu. Tutkimushankkeessa toimijoiden kanssa sovitaan oikeudet, vastuut ja velvollisuudet osapuolten hyväksymällä tavalla. Tutkimusorganisaatiossa on otettu huomioon tietosuojakysymykset. (TENK 2012, 6–7.)

Ensimmäisessä syklissä kerätään tietoa sähköisistä tutkimuksista. Toisessa syklissä tietoa kerätään 6–3–5 menetelmän avulla työntekijöiltä ja asiantuntijoilta. Kolmannessa syklissä tiedonkeruumenetelmänä on learning cafe, jossa tietoa tuotetaan asiantuntijoiden sekä kotisairaanhoidon, että päivystyskeskuksen työntekijöiden avulla. Tutkimusaineisto on haastatelluista saatua kirjallista aineistoa.

2. Säilytys ja varmuuskopiointi

Aineiston hallinnointiin ja käsittelyyn käytetään Word-tietojärjestelmää. Tiedot tallennetaan onedrive pilvipalveluun, opinnäytetyön tekijän tietokoneelle sekä USB-muistitikulle. Tietokoneessa on F - Secure suojaus. Opinnäytetyön tekijä pääsee käsittelemään aineistoa. Aineisto on paperisessa ja sähköisessä muodossa. Opinnäytetyön tekijällä on aineiston omistus- ja käyttöoikeudet.

3. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

4. Opinnäytetyön tekijä säilyttää käytettyä aineistoa puolen vuoden ajan, jonka jälkeen se hävitetään polttamalla. Salaiseksi luokiteltavaa aineistoa ei opinnäytetyön prosessissa muodostu, koska opinnäytetyössä ei käsitellä ihmisten henkilötietoja eikä arkaluontoisia asioita. Valmis opinnäytetyö on saatavilla Theseus-tietokannasta syksyllä 2023. Ylimääräinen ulkoinen muisti mahdollistaa aineiston jatkokäytön.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto, laadun arviointi ja näytön aste

Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimuksen aineisto ja tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (JBI)	Näytön aste. Käypä hoito
Ylitalo-katajisto, K. 2019. Suomi. Väitöskirja	Kuvailla ja ymmärtää, mitä on yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen kontekstina paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat.	Monimenetelmäinen tutkimusote. Sisällön analyysi, systemaattinen analyysi, Kuvaileva tilastollinen analyysi ja kvantifioiva laadullinen analyysi	asiakasprofiilien tunnistamisella haettiin esiyymmärrystä paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakasprofiilien määrittelyyn. Paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset palvelutarpeet kietoutuivat toisiinsa. Sote-palvelujen käyttö oli vahvasti yksilöity asiakkaiden oman elämäntilanteen mukaan	7/10	B
Doheny, M., Agerholm, J., Orsini, N., Schön, P., & Burström, B. (2019). Socio-demographic differences in the frequent use of emergency department care by older persons: A population-based study in Stockholm County	Mitä ovat pajon päivystyksen palveluja käyttävien vanhusväestön piirteet ja minkälaisia erosavaisuuksia löytyy.	Väestöpohjainen tutkimus.	+65, jotka käyttivät 27 %kaikista päivystyskäynneistä olivat pienituloisia, yksin- tai laitoksessa asuvia,	7/10	B
Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A.-M., & Åstedt-Kurki, P. (2014). Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. <i>Hoitotiede</i> , 26(4), 299–309. https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128315 Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata yli 75-vuotiaiden päivystyspotilaiden aikaisten uusintakäyntien syitä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa haettiin vastausta tutkimuskysymyksiin: kuinka paljon yli 75-vuotiailla potilailla on uusintakäyntejä päivystyspoliklinikalla ja mitkä tekijät ovat yhteydessä näihin käynteihin	Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 20.0 (SPSS Inc. 2011) -ohjelmalla. Aineiston kuvaamisessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, keskiarvoja, keskihajontaa, mediaania, ylä- ja alakvartileja, minimiä ja maksimia. Yhteyksien tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia, Mann Whitney U-testiä, c2-riippumattomuustestiä ja Fisherin Exact-testiä.	Tutkimustulosten perusteella on mahdollista tunnistaa iäkkäät potilaat, joilla on suurin riski uusintakäynteihin päivystyspoliklinikalle ja hoitotyötä on mahdollista kehittää siten, että uusintakäynnit vähenevät.	7/10	A

<p>Mylläri, E. (2017). <i>Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana</i>. https://trepo.tuni.fi/handle/10024/101961 Suomi</p>	<p>Jotta iäkkäiden päivystyshoidon laatua voidaan parantaa, on tärkeää tietää miten iäkkäät kokevat päivystyskäyntiin johtavan tilanteen, käynnin tapahtumat ja lopputuloksen. Tutkimuksessa on tavoitteena selvittää, millaisena iäkkäät kokevat päivystyskäynnin hoidon laadun.</p>	<p>Puolistrukturoitu teemahaastattelu. Kohdennettu haastattelumenetelmä, jossa keskitytään haastateltavan henkilön subjektiivisiin kokemuksiin tietystä tilanteesta. Aineistolle tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Pääasiallinen syy hakeutua päivystykseen oli pakottava avuntarve.</p>	<p>7/ 10</p>	<p>B</p>
<p>Kivelä, K. <i>Terveysvalmennuksen vaikutavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa.2019 Suomi.</i></p>					
<p><i>Ylitalo-Katajisto, K., & Yliopiston Tutkijakoulu, O. (n.d.). Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. 2019. Suomi.</i></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja ymmärtää paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöityä sosiaali- ja terveyspalvelujen (sote) integraatiota asiakasprofiileittain tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin monimenetelmäisesti. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä, systemaattisella analyysillä sekä tilastollisesti.</p>	<p>Tuloksena syntyi sekä kuntalaisten että paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakasprofiileja. Kuntalaisten asiakasprofiilien tunnistamisella haettiin esiyymmärrystä paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakasprofiilien määrittelyyn. Tutkimus nosti esille tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta perusteen paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöityyn sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoamiseen ja sen edellyttämään monialaiseen sote-tietoon ja tiedon liikkumiseen eri sote-toimijoiden välillä.</p>	<p>7/10</p>	<p>B</p>
<p>Street, M., Berry, D., & Considine, J. (2018). Frequent use of emergency departments by older people: A comparative cohort study of characteristics and outcomes. <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 30(8), 624–629.</p>	<p>Kuvailla iäkkäät ihmiset, jotka toistuvasti käyttävät päivystyksen palveluja.</p>	<p>Retrospektiivinen kohorttitutkimus</p>	<p>lääkällä paljon päivystyksen palveluja tarvitsevalle oli enemmän kroonisia sairauksia ja hoidontarvetta.</p>	<p>6/ 10</p>	<p>B</p>

Lääkitys	Lihavoi sopiva	Kuittaus	Huomioitavaa
1. Ajantasainen lääkelista käytössä / tarkistettu			
2. Lääkkeenjako palvelu käytössä			
3. Lääkitys selvitetty potilaalle /omaiselle/jatkohoitopaikkaan			
Toimintakyky / Kotiolot			
4. Päivystyksessä liikkuminen omatoimisesti, apuvälineet, kaatuileeko, Vessassa käynti päivystyksessä: omatoiminen / avustettava, vaipat			
5. Muisti: orientoitunut / muistamaton MMSE: pvm:			
6. Oman hoidon arviointi			
7. Asuuko itsenäisesti / palveluasuminen/ yksin / kotiolojen tarkistuksen tarve, kotihoito			
8. Vessassa käynti päivystyksessä: omatoiminen / avustettava, vaipat			
Tukipalvelut			
9. Tarve sosiaalityöntekijälle / kuntoutukselle / apuvälineille.			
11. Tarve hoitopalaverille / palveluohjaukselle			
12. Kotona olevat palvelut riittävät: ruokapalvelu, turvanneke, siivous, kartoituksen tarve?			
13. Päihteiden käyttö: monta kertaa viikossa?			
14. Diagnoosit: Ajantasaiset diagnoosit merkittynä/ monisairas			
15. Hoitosuunnitelma: onko potilaalla hoitosuunnitelmaa /hoitosuunnitelman tarkistus			
16. Omaiset: Omaishoitaja / yhteys omaisiin			

Lääkitys	Lihavoi sopiva	Kuittaus	Huomioitavaa
1. Ajantasainen lääkelista käytössä / tarkistettu			
2. Lääkkeenjako palvelu käytössä			
3. Lääkitys selvitetty potilaalle /omaiselle/jatkohoitopaikkaan			
Toimintakyky / Kotiolot			
4. Päivystyksessä liikkuminen omatoimisesti, apuvälineet, kaatuleeko, Vessassa käynti päivystyksessä: omatoiminen / avustettava, vaipat			
5. Muisti: orientoitunut / muistamaton MMSE: pvm:			
7. Asuuko itsenäisesti / palveluasuminen/ yksin / kotilojen tarkistuksen tarve, kotihoito			
Tukipalvelut			
8. Tarve sosiaalityöntekijälle / kuntoutukselle / apuvälineille.			
9. Tarve hoitopalaverille / palveluohjaukselle			
10. Kotona olevat palvelut riittävät: ruokapalvelu, turvaranneke, siivous, kartoituksen tarve?			
11. Päihteiden käyttö: monta kertaa viikossa?			
12. Diagnoosit: Ajantasaiset diagnoosit merkittynä/ monisairas			
13. Hoitosuunnitelma: onko potilaalla hoitosuunnitelmaa /hoitosuunnitelman tarkistus			
14. Omaiset: Omaishoitaja / yhteys omaisiin			

JBI laadun arviointi



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsitteiden](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (T), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija	Päiväys	Nro			
Pekka Jokinen	3.2.24				
Tekijä(n)	Vuosi	K	E	T	NA
Ylitalo-Katajisto K.	2019				
Arviointikriteerit					
1. Ovatko tutkimuksen sieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruun menetelmät keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuuko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokonaisarviointi: Hyväksy <input checked="" type="checkbox"/> Hykkää <input type="checkbox"/> Lisätietoja tarvitaan <input type="checkbox"/>					



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsitteiden](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (T), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija	Päiväys	Nro			
Pekka Jokinen	11.2.2024				
Tekijä(n)	Vuosi	K	E	T	NA
Kivela, K.	2019				
Arviointikriteerit					
1. Ovatko tutkimuksen sieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruun menetelmät keskenään yhteensopivat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuuko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokonaisarviointi: Hyväksy <input type="checkbox"/> Hykkää <input type="checkbox"/> Lisätietoja tarvitaan <input type="checkbox"/>					



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsitteiden](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (T), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija	Päiväys	Nro			
Pekka Jokinen	11.2.24				
Tekijä(n)	Vuosi	K	E	T	NA
Myllähti, E.	2017				
Arviointikriteerit					
1. Ovatko tutkimuksen sieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruun menetelmät keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuuko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokonaisarviointi: Hyväksy <input type="checkbox"/> Hykkää <input type="checkbox"/> Lisätietoja tarvitaan <input type="checkbox"/>					



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsitteiden](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (T), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija	Päiväys	Nro			
Pekka Jokinen	8.2.2024				
Tekijä(n)	Vuosi	K	E	T	NA
Coheny, M., Agemolm, J., Orsini, N., "Systematic", "Interpersonal, S."	2019				
Arviointikriteerit					
1. Ovatko tutkimuksen sieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruun menetelmät keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuuko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokonaisarviointi: Hyväksy <input checked="" type="checkbox"/> Hykkää <input type="checkbox"/> Lisätietoja tarvitaan <input type="checkbox"/>					
Kommentteja (mukaan lukien hyväksynnän syi):					



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tämä kriittisen arvioinnin tarkistustalista käytetään laadullisten tutkimusten metodologian laadun arvioimiseen. Arvioinnin tarkistustalista sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsaukseen tekijöiden [käsitteistä](#) arvioinnin tehokkuudesta. Tarkistustalista alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutumisen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?) tai Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija: Pekka Jokinen Päiväys: 12.2.2024
 Tekijät: Luoto, U., Berry, D. & Caslake, J. Vuosi: 2018 Nro: _____

Arviointikriteerit	K	E	?	NA
1. Ovatko tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävästi tasolla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toiminnan hyväksyntä?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysin ja tulosten tulkintaan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hyvä Lisätietoja tarvitaan
 Kommentteja (mukaan lukien hyväksynnän syyt):



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tämä kriittisen arvioinnin tarkistustalista käytetään laadullisten tutkimusten metodologian laadun arvioimiseen. Arvioinnin tarkistustalista sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsaukseen tekijöiden [käsitteistä](#) arvioinnin tehokkuudesta. Tarkistustalista alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutumisen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?) tai Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija: Pekka Jokinen Päiväys: 8.2.2024
 Tekijät: Yli-Mononen, S., Peltonen, M., Kolehmainen, P. Vuosi: 2019 Nro: _____

Arviointikriteerit	K	E	?	NA
1. Ovatko tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävästi tasolla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toiminnan hyväksyntä?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysin ja tulosten tulkintaan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hyvä Lisätietoja tarvitaan
 Kommentteja (mukaan lukien hyväksynnän syyt):