

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Sirpa Hagsberg & Kristiina Lehtonen

TIEDONKULKU POTILAAN SIIRTYESSÄ VUODEOSASTON JA KOTIHOIDON VÄLILLÄ NAANTALISSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sirpa Hagsberg & Kristiina Lehtonen

TIEDONKULKU POTILAAN SIIRTYESSÄ VUODEOSASTON JA KOTIHOIDON VÄLILLÄ NAANTALISSA

Merimasku, Rymättylä ja Velkua liittyivät Naantalin kaupunkiin 1.1.2009 alkaen. Kuntaliitoksen yhteydessä purettiin Naantalin, Rymättylän ja Merimaskun kansanterveystyön kuntayhtymä. Tämän jälkeen muodostettuun sosiaali- ja terveystieteiden osastoon kuuluvat hallinnon lisäksi päivähoito, sosiaalityö, terveyspalvelut sekä hoito- ja vanhuspalvelut. Virastoa johtaa perusturvajohtaja. PARANEE-hanke on Naantalin kaupungin ja Turun ammattikorkeakoulun terveysalan yhteishanke, jossa seurataan kuntalaisten hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen vaikuttavia muutoksia kuntaliitoksen jälkeen. Erityisen huomion kohteena ovat Naantaliin liittyneet saaristokunnat. Tämä opinnäytetyö liittyy PARANEE-hankkeeseen. Hoito- ja vanhuspalveluihin kuuluvissa kotihoitoissa ja vuodeosastolla hoidetaan kuntalaisia koko laajentuneen Naantalin alueelta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tiedonkulkua potilaan / asiakkaan siirtyessä vuodeosaston ja kotihoito- ja hoivapalveluiden välillä. Yksiköissä koettiin, ettei tiedonkulku ole toimivaa ja ettei se aina takaa hoidon turvallista jatkuvuutta. Aihe opinnäytetyöhön saatiin esimiespalaverin jälkeen syksyllä 2009. Tiedonkulkua kartoitettiin seuraavilla kysymyksillä: 1. mikä on ongelma tämänhetkisessä tiedonkulussa ja 2. minkälaisia kehitysehdotuksia haastateltavilla on tiedonkulun parantamiseksi ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodeosaston ja kotihoito- ja hoivapalveluiden välillä Naantalissa? Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, joihin vuodeosastolta osallistui 8 sairaanhoitajaa ja kotihoito- ja hoivapalveluiden 4 terveydenhoitajaa. Kaikki haastateltavat hoitavat kotiutuksia ja siihen liittyvää tiedonkulkua. Haastattelut nauhoitettiin ryhmähaastattelutilanteessa toukokuussa 2010. Kolmelta informantilta saatiin vastaukset kirjallisesti. Aineisto analysoitiin laadullisesti induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto luokiteltiin seuraavasti: lääkärin tehtävät, kirjaamiskäytäntö, työnjaon onnistuminen eri ammattiryhmien kesken, henkilöstöresurssit ja työnkierto, kuntaliitoksen vaikutus ja omaiset. Kolme ensimmäistä alaluokkaa yhdistettiin työn sisältöä kuvaavaksi yläluokaksi, kaksi seuraavaa hallintoa ja kunnallista päätöksentekoa koskeviksi yläluokaksi ja omaiset pysyivät omana luokkana. Tuloksien perusteella epätietoisuutta tiedottamisen työnjaossa oli melkoisesti. Lääkäriltä odotettiin kannanottoa jatkohoidosta ja lääkityksen tarkkaa päivittämistä. Molempien yksiköiden toive oli jatkossa säännöllisesti pidettävät palaverit, joista laaditaan muistio. Epätietoisuutta oli myös eri ammattiryhmien työnkuista ja toimintatavoista. Vapaaehtoiseen työnkiertoon, joka ulottuisi myös lähi- ja perushoitajiin, suhtauduttiin positiivisesti. Kotihoito ulottuu nyt laajemmalle alueelle, joten päivitettyjä aluekarttoja kaivattiin molemmissa yksiköissä. Moniammatillisia hoitoneuvottelutilaisuuksia haluttiin nykyistä enemmän. Omaiset olivat vahvassa roolissa vuodeosastolla, kotihoito- ja hoivapalveluiden rooli tuntui muuttuvan. Kirjaamiskäytännön yhtenäistäminen ja tiedonkulun muuttuminen kokonaan sähköiseksi hoidollisissa asioissa muodostui selkeäksi kehityskohteeksi. Nyt ehdotettujen toimenpiteiden vaikutusta tiedonkulkuun voisi tutkia samanlaisella menetelmällä 2 vuoden kuluttua, jolloin kuntaliitoksesta on kulunut neljä vuotta.

ASIASANAT: Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä, hoidon jatkuvuus, hoitotyön kirjaaminen, kotihoito, Naantalin hoito- ja vanhuspalvelut

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Health care

December 2010 | Total number of pages 34 + 6 appendices

Sirpa Hagsberg & Kristiina Lehtonen

FLOW OF INFORMATION DURING PATIENT'S TRANSFER BETWEEN WARD AND HOME CARE IN NAANTALI

Merimasku, Rymättylä and Velkua became affiliated with the town of Naantali from 1.1.2009. The federation for national health work in the municipalities of Naantali, Rymättylä and Merimasku was dissolved, and a new office for social welfare and health was formed. In addition to its administrative function, the new office comprises daycare, social work, health services, as well as nursing and geriatric services. The office is led by the director of basic security. The PARANEE project (paranee=recovers, gets well) is a joint project between the city of Naantali and Turku University of Applied Sciences. The aim of the project is to follow up how the changes, caused by the consolidation of municipalities, affect the well-being and satisfaction of the inhabitants. Special attention is given to the archipelago municipalities affiliated with Naantali. This thesis is related to the PARANEE project. Within health- and geriatric services, which include home care and ward, inhabitants from all of the extended Naantali area are cared for.

The aim of the thesis was to make a survey of the flow of information during the patient's / client's transfer between ward and home care. The experience of the health care units was, that the flow of information isn't functioning, and that it doesn't always guarantee a safe continuity of the care. The subject of the thesis was decided after a meeting with the foreman in autumn 2009. The flow of information was surveyed with the following questions: 1. What is the problem in the current flow of information? and 2. What suggestions do the persons interviewed have for the development and improvement of the flow of information during the patient's transfer between home care and ward in Naantali? The material of the thesis was collected by doing theme related interviews with eight ward nurses and four public health nurses working with home care. All persons interviewed are responsible of discharges as well as the flow of information related to these. The interviews were recorded in a group interview situation in May 2010. Three informants provided written answers. The material was analyzed qualitatively with an inductive analysis of the material. The material was classified as follows: duties of the doctor, registration practice, successful distribution of work between different occupational groups, staff resources and work rotation, impact of the consolidation of municipalities, and relatives. The first three subclasses were combined into a superclass describing the work content, the following two formed a superclass concerning administration and municipal decision making, while the relatives were left as a class of their own.

According to the results, there was considerable uncertainty in the distribution of work concerning information. The doctor was expected to give their opinion on continued care, as well as a strict update concerning medication. Both work units wished for regular meetings, for which memoranda would be made. There was also uncertainty concerning the job descriptions and methods of different occupational groups. The respondents were well disposed towards a voluntary rotation of work, which would include also practical nurses. Since home care in Naantali now covers a greater area, there was a demand for updated maps of the area in both units. There was also a demand for more multidisciplinary care consultation meetings. The relatives played a significant role in ward care; in home care the role seemed to change. Standardizing the registration practice, and converting the entire flow of information related to care to be performed electronically, were seen as clear goals for development. The impact of the above mentioned actions on the flow of information could be surveyed with similar methods in two years, when four years will have passed since the consolidation of municipalities.

KEYWORDS: social- and health care system, continuity of care, nursing registration, home care, nursing and geriatric services in Naantali

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 POTILAAN HOITO KUNNALLISESSA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ	8
2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä	8
2.2 Hoidon jatkuvuus	9
2.3 Hoitotyön kirjaaminen	10
2.4 Kotihoito	12
2.5 Naantalin hoito- ja vanhuspalvelut	13
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	16
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	16
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä	16
4.2 Tutkimusmenetelmä	17
4.3 Tutkimusaineiston keruu	18
4.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	19
5 TUTKIMUSTULOKSET	20
5.1 Taustatiedot	20
5.2 Vuodeosaston sairaanhoitajien näkemykset tiedonkulun ongelmista	22
5.3 Kotihoidon terveydenhoitajien näkemykset tiedonkulun ongelmista	23
5.4 Vuodeosaston sairaanhoitajien kehittämissuhteet tiedonkulun parantamiseksi	25
5.5 Kotihoidon terveydenhoitajien kehittämissuhteet tiedonkulun parantamiseksi	26
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
6.1 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat	27
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	28
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	30
LÄHTEET	34

LIITTEET

Liite 1. Sosiaali- ja terveyssektori Naantalissa, organisaatiomalli

Liite 2. Haastattelukutsu

Liite 3. Suostumuslomake

Liite 4. Teemahaastattelurunko

Liite 5. Esimerkki luokitteluprosessista

Liite 6. Tiedonhaun kuvaus

TAULUKOT

Taulukko1. Haastateltavien (n=12) koulutus

Taulukko 2. Haastateltavien (n=12) työkokemus nykyisessä työpaikassa

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa Paranee-hanketta, jossa tutkitaan kuntalaisten hyvinvointia kuntaliitoksen jälkeen Naantalissa. Hanke on Naantalın kaupungin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen hanke. Rymättylä, Merimasku ja Velkua liittyivät Naantalın kaupunkiin 1.1.2009. Palveluiden kehittämiseksi ja kokonaistaloudellisuuden saavuttamiseksi yhdistettiin sosiaali- ja terveystoimi. Terveyskeskuksen vuodeosasto irrotettiin terveystalvuluista osaksi hoito- ja vanhuspalveluja (Liite 1; Sosiaali- ja terveyssektori Naantalissa organisaatiomalli).

Naantalın sosiaali- ja terveystoimen sisällä on yhdistelty eri käytänteitä ja luotu uusia toimintamalleja. Tietotekniikan käytöstä huolimatta saman sektorin sisällä olevien yksiköiden tiedonkulku on työlästä ja hajanaista. Syksyllä 2009 hoito- ja vanhuspalvelujohtajalta tiedusteltiin mahdollisuutta tehdä Naantalissa opinnäytetyö. Hoitotyön esimiespalaverin jälkeen lokakuussa 2009 saatiin aihe työhön.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Vuodeosaston ja kotihoidon yhteinen toive on tiedonkulun parantaminen. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tiedon kulkua vuodeosaston ja kotihoidon välillä ja tavoite on parantaa hoidon jatkuvuutta ja laatua hyödyntämällä opinnäytetyön tuloksia Naantalın hoito- ja vanhuspalveluiden piirissä.

2 POTILAAN HOITO KUNNALLISESSA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä

Suomen sosiaali- terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö käsittää keskeiset yleislait ja tiettyjä aloja erikseen säätelevät erityislait. Kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ovat terveydenhuollon yleislakeja, jotka velvoittavat kunnat järjestämään terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ja niihin liittyvää toimintaa. Tiettyjä aloja säätelevät erikoislait, mutta esimerkiksi vanhustenhuoltoa koskevaa erityislakia ei ole. Vanhusten palvelut kuuluvat osana yleisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin. Useat sosiaali- ja terveydenhuollon lait ja asetukset säätävät ikäihmisille kotona annettavan hoidon järjestämistä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2005, 6-7.)

Terveyspalvelujen käyttäjien asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lakisääteisiin terveyspalveluihin kuuluu mm. sairaanhoito ja kuntoutus. Kunnan asukkailla on oikeus lääkärin antamaan hoitoon ja tutkimukseen sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen. Sairaanhoito toteutuu terveyskeskuksessa avohoitona, vuodeosastolla tai kotisairaanhoitona. Kaikki ovat oikeutettuja kiireelliseen sairaanhoitoon riippumatta asuinpaikasta. Kansaneläkelaitoksen antaman kuntoutuksen ulkopuolelle jäävät palvelut ovat myös kunnan tehtävä. Terveyskeskuksen tai sairaalan vastuulla on apuvälineiden hankkiminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2005, 6-7, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat laatusuosituksen kunnille ikäihmisten hoidon ja palvelujen järjestämiseksi ensimmäisen kerran vuonna 2001. Vuonna 2008 tuli uusi suositus, jonka tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä, kaventaa ikäihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Tämä laatusuositus koskee ikäihmisten säännöllisesti käyttämiä palveluja, kuten esimerkiksi kotihoitoa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 7,10.)

Valtakunnallinen tavoite on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä n. 90 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. Säännöllistä kotihoitoa heistä saa 13–14 prosenttia.

Vanhuspalveluita ovat vanhainkoti, palvelutalo, kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Ikäihmiset ja heidän omaisensa kokevat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän usein monimutkaisena, etäisenä ja vieraana. Käyttäjät eivät välttämättä tiedä mitä palveluja on tarjolla, eivätkä ne välttämättä vastaa asiakkaan tarpeita. Kansalaisen mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun rajoittaa paikallisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyys (Lehto & Natunen 2002 12,16, 27.)

Palvelujen tarpeeseen vaikuttava tekijä on mm. se, että vuonna 2035 ennustetaan olevan 65 vuotta täyttäneitä 27 prosenttia väestöstä, 75 vuotta täyttäneiden määrä yli kaksinkertaistuu ja 85 vuotta täyttäneitä ennustetaan olevan yli kaksi ja puoli kertaa enemmän kuin nyt. ”Ikäihmisten määrän kasvu ja erityisesti vanhimpien ikäryhmien suureneminen lisää palvelujen tarvetta tulevaisuudessa”. (Heikkilä & Lahti 2007, 158-159.) Kotihoito on avainasemassa kuntien palveluvalikossa.

2.2 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalla on riittävät edellytykset selviytyä omassa ympäristössään tai seuraavassa hoitopaikassa. Tämä edellyttää ensisijaisesti, että potilas ja hänen omaisensa tai jatkohoitopaikka saa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi riittävästi tietoa. Tiedon siirtoon tulee aina olla potilaan lupa. (www.kymshp.fi.)

Potilaan kotiutuessa on otettava useamman tahon tiedontarve huomioon. Potilailla, ei ainoastaan iäkkäillä, on runsaasti tiedon tarpeita kotiutukseen liittyen. (Koponen 2003, 16.) Kotiutusajankohdan tulee olla potilaan elämäntilanteen kannalta tarkoituksenmukainen. Kotiutuksen suunnitteluun tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska tiedon siirtyminen sairaalan ja

kotipalvelun / jatkohoito paikan henkilökunnan sekä potilaan omaisten välillä on tärkeää. (Shepperd ym. 2004, 8.) Koska terveyspalveluja tuottaa useampi taho, keskinäinen tiedonvälitys niiden välillä on merkittävässä roolissa hoidon jatkuvuuden kannalta. Standardoitu ohjeistus hoitajan apuvälineenä selventää ja täydentää siirtotilanteessa potilaan ohjausta ja helpottaa hoidon jatkuvuuden turvaamista (Anderson & Helms 1995, 49). Vuodeosaston hoitajat tarvitsevat lisää tietoa kotiin saatavista palveluista ja kotihoidon toiminnasta osastojakson jälkeen, jotta he voisivat paremmin tukea potilasta kotiutustilanteessa (Robinson & Street 2004, 486).

Stakesin PALKO – tutkimuksen mukaan sairaalasta kotihoitoon kotiutuvat ja kotihoidossa olevat asiakkaat ovat nimenomaan iäkkäitä ja yksin asuvia, joilla on useita sairauksia ja heikentynyt toimintakyky. Siksi kotiutus tulee suunnitella huolellisesti etukäteen. (Hammar 2008, 5.) Potilaat joudutaan kotiuttamaan yhä nopeammin kunnon ollessa vielä heikko sairaalahoidon yhä lyhentyessä. (Koponen 2003, 9.) Kun kotiutus onnistuu, se turvaa iäkkään potilaan kotona pärjäämistä pidempään ja parhaimmillaan vähentää tai ainakin lykkää sairaalaan hakeutumista uudelleen. (Koponen 2003, 10.)

Ikääntyneet käyttävät valtaosan terveydenhuollon palveluista (Koponen 2003, 8). Kopenen (2003) mukaan toimivan hoito- ja palvelukokonaisuuden varmistaminen iäkkään kotona selviytymisen tueksi on haastava tehtävä, sillä tulevaisuudessa hoidetaan lisääntyvässä määrin kotona yhä vanhempia ja toimintakyvyltään heikompia henkilöitä vähenevin voimavaroin.

Jos potilaan edellytykset osallistua aktiivisesti ja toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan ovat heikentyneet esimerkiksi dementian vuoksi, on haasteellista huolehtia potilaasta yksilönä ja huomioida potilaan etu ja mahdolliset toiveet kuin ne ilmenisivät suotuisimmissa olosuhteissa. (Kristoffersen, Nordvedt & Skaug 2006, 196.)

2.3 Hoitotyön kirjaaminen

Hyvä hoitotyön kirjaaminen on edellytys laadukaalle hoitotyölle. Hoitotyön laadukkuus merkitsee mm. saatavuutta, asianmukaisuutta, tehokkuutta,

turvallisuutta ja tarpeellista huolenpitoa, potilastyytyväisyyttä sekä hoidon jatkuvuutta ja arvioitavuutta eli mitattavuutta. (Hallila 2005, 11.) Potilaan hoidon kirjaaminen eli hoidon dokumentointi sairauskertomukseen ja erilaisiin hoitolomakkeisiin liittyy yhtenä tärkeänä osana päätöksentekoon. Kirjaamisen tehtävä on luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle ja turvata hoitoa koskeva tiedon saanti. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 94.)

Ongelmanratkaisu hoitotyössä etenee määrittelemällä hoidon tarve, ns. tiedonkeruu- ja ongelman tunnistamisen vaihe. Sen jälkeen selvitetään haluttu ja toivottu päämäärä, ns. tavoitteen tunnistamisen vaihe. Toimenpidevaiheessa epätoivottu tilanne muutetaan hoitotyön toimintojen kautta tavoitteen mukaiseksi. Arviointivaiheessa eli evaluoinnissa arvioidaan, johtavatko tehdyt toimenpiteet toivottuun tulokseen. (Kristofferssen ym. 2006, 197.) Lauri ym. (1998, 95) kuvaavat hoidollisen päätöksenteon prosessia samalla periaatteella.

Hyvin tuttu ongelma on, että potilaspaperit saattavat joskus konkreettisesti olla eri paikoissa hoitoyksikön sisällä (Helleso, Sorensen & Lorensen 2005, 1). Sähköisiin järjestelmiin ja kirjaamiseen siirtyminen tuo hoitotyön käytäntöön monia mahdollisuuksia, joita hyödyntämällä hoitotyön päätöksentekoa voidaan kehittää. Sähköinen potilaskertomus antaa entistä tehokkaampia työkaluja tiedon tuottamiseen ja tiedon hyödyntämiseen. (Lundgren-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi 2007, 32.)

Vanhustenhoito on moniammatillista työtä. Kuntaliiton erityisasiantuntija Holman (2009) mukaan moniammatillinen yhteistyö on jo pitkään ollut vakiintunut toimintatapa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Hänen mukaansa ammattilaisten tulee sitoutua tuottamaan ja käyttämään yhteisesti sovittuja kertomusrakenteita, sisältömääräyksiä, luokituksia ja sanastoja. Näin sosiaali-terveydenhuollon ammattilaiset voivat potilaan suostumuksella hyödyntää entistä paremmin toistensa tuottamia potilasasiakirjoja. (Holma 2009.) Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke 2007-2008 on tähdännyt siihen, että kaikilla hoitotyön toimijoilla olisi kansallisesti yhtenäinen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen malli käytettävissä. Sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidon päätöksenteon vaiheiden kautta tapahtuva

kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä ja niitä täydentävistä teksteistä. Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan käyttämällä FinCC-eli Suomalaisen hoitotyön luokitusta. Se muodostuu Suomalaisen hoidon tarveluokituksesta (SHTal 2.0.1), toimintoluokituksesta (SHTol 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTul 1.0). (Ensio, Kaakinen & Liljamo 2008, 4.)

2.4 Kotihoito

Ikääntyneen potilaan asiantunteva hoito vaatii hoitajalta tietoa ja ymmärrystä siitä, minkälainen ikääntyneen yksilöllinen elämäntilanne on ollut. Ikääntynyttä pitää jaksaa kuunnella. Kun resurssit ovat vähäiset, hyvään hoitoon kuuluu arvioida, mikä on tarpeellisinta hoitoa ikääntyneelle. Hoidon tavoite on saada ikääntynyt kokemaan olonsa hyväksi ja luoda hänelle optimaalinen toimintakyky. Itsetunnon säilyminen on ikääntyneelle tärkeää. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 146.)

Yhdistetyn kotihoidon tiimiin kuuluvat kodinhoitajat, kotiavustajat, lähihoitajat, kotipalveluohjaajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit. Kun asiakas tarvitsee paljon apua kotonaan, vaaditaan häntä hoitavalta henkilöstöltä yhteistyökykyä, monipuolisia ja joustavia ammattivalmiuksia sekä johdon kiinnostusta eri ammattiryhmien tasa-arvoiseen huomioimiseen. Potilas ja tämän läheiset osallistuvat päätöksen tekoon yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa ja ovat siis tärkeitä kotihoidon yhteistyökumppaneita. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 12- 13, 16.)

Olellisen tärkeää on luoda tarkoituksenmukainen työnjako eri ammattilaisten kesken. Jotta tämä onnistuisi, on tärkeää, että kaikki tuntevat toistensa työnkuvan ja ammatilliset valmiudet. Tärkeää on myös keskustella yhteisistä tavoitteista ja linjoista. Kodinhoitotyö, sairaanhoito ja perushoito ovat töitä, mitä kotona tehdään. (Hägg ym. 2007, 18.)

Kotisairaanhoito sisältää lääkärin ja hoitotyöntekijöiden suorittaman työn. Lääkäri ohjaa toimintaa, joka vaatii lääketieteellistä tietämystä ja hoitotyöntekijät puolestaan ovat vastuussa asiakkaansa terveyden ja hyvinvoinnin tukemisesta sairaanhoidollisin menetelmin. Kotisairaanhoitajan toiminta kohdistuu potilaan

omien voimavarojen ylläpitämiseen. Tavoitteena on potilaan omatoimisuuden ja toimintakyvyn säilyminen ja se, että potilas voisi itse päättää elämästään mahdollisimman pitkään. Potilaan ja hänen omaistensa aktivointi ja informointi on yksi keskeinen kotisairaanhoidajan tehtävä. On tärkeää ottaa omaiset mukaan pohtimaan, miksi asioita tehdään. (Hägg ym. 2007, 13,18.)

Malin ym. ovat tutkimuksissaan selvittäneet, minkälaiseksi ikääntyneet ihmiset arvioivat hyvän kotihoidon. Vastausten perusteella työntekijöiden toivottiin olevan ystävällisiä, vakituisia, kiireettömiä ja noudattavan sovittuja aikoja. (Heikkilä & Lahti 2007, 169.)

Stakesin Palko-tutkimuksessa vuonna 2003 selvitettiin yli 65-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista. Kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että työntekijät olivat helposti tavoitettavissa, apu järjestyi viiveettä kaikkina vuorokauden aikoina. Noin neljäsosa asiakkaista ja omaisista kokivat, että työntekijät olivat useimmiten kiireisiä. Noin viidennes asiakkaista toivoi, että työntekijä olisi varannut enemmän aikaa kotikäyntiin. Asiakkaista yli 80 prosenttia pitivät työntekijöitä aina ystävällisinä ja hienotunteisina hoito- ja palvelutoimenpiteiden yhteydessä. Hyvään hoitoon kuuluvien asioiden toteutumista kysyttäessä 12 prosenttia koki etteivät läheskään kaikki ja neljä prosenttia etteivät mitkään toiveet ja odotukset olleet toteutuneet. (Perälä ym. 2003, 51–52.)

Ulkomaisessa tutkimuksessa, jossa kartoitettiin vanhusten siirtymistä kotihoitoon, todettiin, että perheen ja ystävien tuki on oleellinen lisä moniammatillisen suunnittelun ja neuvonnan lisäksi (Magilvy & Lakomy 1991, 59-70).

2.5 Naantalilainen hoito- ja vanhustalpalvelut

Naantalilainen hoito- ja vanhustalpalveluiden tavoitteena on, että naantalilainen ikäihminen asuu itsenäisesti ja esteettömästi kodissaan tarvitsemiensa palveluiden turvin. Niille vanhuksille, jotka eivät kykene selviytymään kotona, varataan riittävästi ympärivuorokautiset palvelut tarjoavia hoitopaikkoja ystävällisessä ilmapiirissä ja yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Naantalilainen

laajentuneen saaristokaupungin hoito- ja vanhustalujen tehtäväalue jaetaan neljään tulosyksikköön, joita ovat vuodeosaston, kotihoidon, vanhainkodin ja palveluasumisen tulosyksiköt. (www.naantali.fi.)

Vuodeosastolla on 40 potilaspaiikkaa ja hoitotyö toteutetaan arki-aamuina neljässä pienryhmässä, joissa työparina on sairaanhoitaja / perus- tai lähihoitaja. Iltavuorossa ja viikonloppuisin osasto jaetaan puoliksi, yövuorossa koko osastosta vastaa kaksi hoitajaa. Kaikissa vuoroissa ryhmän vastaavana hoitajana toimii sairaanhoitaja. Potilaiden kotiutukset toteutetaan pääsääntöisesti arkisin. Potilaan hoidon suunnittelu ja päivittäinen kirjaaminen tapahtuu sähköisesti Pegasos-käyttöjärjestelmää käyttäen. Tämä järjestelmä on käytössä sekä terveyspalvelujen että hoito- ja vanhustalujen piirissä. Lähiesimiehinä toimivat osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Osastonylilääkäri on geriatrian erikoislääkäri. (Hakunti 2010.)

Vuodeosaston potilaat ovat pääsääntöisesti sisätauti-kirurgisia, kuntoutettavia tai muistihäiriöisiä aikuisiästä vanhuksiin. Lääkehoitoa ja ravitsemusta toteutetaan enteraalisesti ja parenteraalisesti. (Hakunti 2010.)

Kotihoito sisältää kotisairaanhoitoon ja palveluun, omaishoitoon ja ikääntyvien tukipalveluihin liittyvät asiat. Kotihoidon asiakkaiden hoitajat määräytyvät asiakkaan kotiosoitteen mukaan. Hoito toteutetaan tiimeissä ja tiiminvetäjänä on aina terveyden- / sairaanhoitaja. Kotihoidon lähiesimiehenä toimii osastonhoitaja. Kotihoidon asiakkaiden lääkärit määräytyvät omalääkärijärjestelmän mukaisesti asuinalueen mukaan. (Juvonen 2010.)

Tähänastisen käytännön mukaan potilaan kotiutuessa vuodeosastolta sosiaalityöntekijä ilmoittaa kotihoidon palveluiden tarpeesta ja mahdollisesta lisäyksestä potilaan kotihoidosta vastaavalle tiiminvetäjälle. Sairaanhoitajan tulee ilmoittaa hoidollisista asioista. Yhteydenotot tapahtuvat edelleen puhelimitse, kuten ennen kuntaliitosta. Potilaan hoitoon osallistuvat myös tarvittaessa fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja puheterapeutti. Tämä moniammatillinen ryhmä, sosiaalityöntekijä ja kotihoidon tiiminvetäjä pyrkivät tekemään kotikäynnin potilaan kanssa. Myös omaiselle tarjotaan mahdollisuus

osallistua kotikäyntiin. Kotihoidon toimitilat sijaitsevat kaupungin keskustan alueella eri rakennuksessa kuin vuodeosasto. Ennen kuntaliitosta eli sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistymistä kotiapu toimi sosiaalitoimen puolella ja sijaitsi kaupungintalolla. Kotisairaanhoidon sijaitsi terveyskeskuksen tiloissa eli samassa rakennuksessa kuin vuodeosasto, mikä helpotti käytännön työtä. (Hakunti 2010.)

Erikoissairaanhoidon hoitoajat lyhentyvät lisäten vuodeosaston ja myös kotihoidon kuormitusta. Vuodeosaston hoitopäivätilastossa 1.1.-31.8.2010 hoitopäiviä oli 9 543 kpl (v. 2009 19 293), kuormitusprosentti oli 97,94 % (v. 2009 88,51 %). Kuormitusprosentit ovat nousseet vuodesta 2009 myös muissa hoitoyksiköissä. Hoito- ja vanhustalujen palveluyksiköihin on jatkuva jono. Kotihoidon nykyinen vakinaisen henkilöstön määrä ei vastaa kotihoidon henkilöstön tavoitetasoa (1,63 työntekijää/100 65+v = 53 tt) ja erityisesti kotihoidossa sijaisia on käytetty paljon.

Naantalissa on käytössä Kuntamaisema Oy:n tarjoama Maisema-malli. Se on palvelu, jonka keskeinen työkalu ovat Maisema-tilat. Niiden avulla kuntapalveluiden kokonaisuus tehdään läpinäkyväksi ja vertailukelpoiseksi. (www.kuntamaisema.fi) Maisema-mallin mukaisessa kuntavertailussa Naantalin hoito- ja vanhustalut ovat selvästi vertailukuntien keskitasoa edullisemmat, palvelut ovat hyvällä tasolla ja ne ovat kohdentuneet oikein. Kotihoidossa asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioon ottava panostus on korkea, jolloin asiakasta voidaan hoitaa paremmin ja pidempään kotona. Pitkäaikaisen hoidon (tehostettu palveluasuminen ja laitoshoidon) osuus on vertailun matalin. (Naantalin kaupungin 2. osavuosisraportti 31.8.2010, 32.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tiedonkulkua vuodeosaston ja kotihoidon välillä Naantalissa hoito- ja vanhustalouden piirissä sekä vuodeosaston sairaanhoitajien että kotihoidon terveydenhoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. millä tavalla tiedon kulku toteutuu vuodeosaston sairaanhoitajien näkökulmasta
2. millä tavalla tiedon kulku toteutuu kotihoidon terveydenhoitajien näkökulmasta

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Koska tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen ja kuvaileva, haastateltava kohderyhmä valittiin harkinnanvaraisella otantamenetelmällä. Laadullisessa tutkimuksessa halutaan tietoa mm. kohderyhmän kokemuksista ja käsityksistä sekä kuvata heidän näkemyksiään. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään myös lisäämään ymmärtämistä ja saamaan ”syvälinen kuvaus tutkimusilmioista”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 60-61.)

Vuodeosastolta valittiin vapaaehtoisperiaatteella kahdeksan sairaanhoitajaa ja kotihoidosta neljä terveydenhoitajaa informanteiksi. Työkokemusta heillä toivottiin olevan vähintään kaksi vuotta kyseisessä työpaikassa. Haastateltavien eri suuruiset määrät haastattelukohteissa perustui siihen, että kotihoidossa on pienempi henkilökunta kuin vuodeosastolla, joten kotihoidon

neljä terveydenhoitajaa katsottiin vastaavan prosentuaalisesti vuodeosaston kahdeksaa sairaanhoitajaa.

Avainhenkilönä haastateltavien löytämiseksi toimi toinen opinnäytetyön tekijöistä, joka itse kuuluu kyseisen vuodeosaston henkilökuntaan.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin fokusryhmähaastattelu. Haastattelu tarkoittaa tiedonkeruutapaa, jossa ”henkilöiltä kysytään heidän omia mielipiteitään tutkimuksen kohteesta ja vastaus saadaan puhutussa muodossa”. Se on joustava menetelmä, koska siinä tutkija on suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34.) Haastatteluun kutsutut henkilöt suostuvat useimmiten vastaajiksi tutkimukseen, mitä voidaan pitää haastattelun etuna. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 201).

Fokusryhmähaastattelu on hyvä tutkimusmenetelmä silloin, kun halutaan kerätä tietoa asiantuntijoilta. Ryhmä saa keskustella vapaasti aiheesta puheenjohtajan / haastattelijan johdolla ja vuorovaikutus ryhmän jäsenten välillä auttaa tuomaan esiin yksilöhaastattelua todellisemman kuvan heidän mielipiteistään, asenteistaan ja tavoistaan omassa sosiaalisessa ympäristössä. Haastattelijalla voi tarvittaessa pyytää tarkennusta vastauksiin. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007 307-308.)

”Optimaalinen haastatteluryhmä koostuu tarkoin valituista ja erikseen kutsutuista 6-10 henkilöstä, jotka eivät tunne toisiaan”. Tällöin ryhmän jäsenillä ei ole etukäteen tietoa toistensa mielipiteistä. Toisaalta, jos ryhmän jäsenet tuntevat toisensa ennestään, keskustelu voi olla vapautuneempaa ja antaa syvällisempiä näkökulmia. (Sipilä ym. 2007, 307- 308.)

Haastattelu rakennettiin kahden keskeisen teeman varaan:

- mikä ongelma on tämänhetkisessä tiedonkulussa ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodeosaston ja kotihoidon välillä Naantalissa hoito- ja vanhustalouden piirissä

- minkälaisia kehittämisehdotuksia ja / tai toiveita haastateltavilla on tiedonkulun parantamiseksi ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodeosaston ja kotihoidon välillä Naantalin hoito- ja vanhuspalveluiden piirissä

4.3 Tutkimusaineiston keruu

Haastattelukutsut (Liite 2) ja henkilökohtaisesti täytettävät suostumuslomakkeet (Liite 3) toimitettiin etukäteen vuodeosaston sairaanhoitajille ja kotihoidon terveydenhoitajille. Haastatteluajankohdasta- ja paikasta sovittiin etukäteen osastonhoitajien kanssa. Esihaastatteluja tutkimuskohteissa ei suoritettu, mutta opponenteille annettiin etukäteen luettavaksi teemahaastattelurunko (Liite 4) ja he totesivat sen olevan selkeästi ja ymmärrettävästi laadittu.

Haastattelut toteutettiin työaikana toukokuussa 2010 kahtena erillisenä haastatteluna, toinen kotihoidossa ja toinen vuodeosastolla. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen lupa (Liite 3) haastattelujen nauhoittamiseen ennen haastattelujen aloittamista. Ryhmille oli varattu haastatteluja varten rauhalliset tilat, joissa nauhoitukset onnistuivat hyvin. Haastattelun kesto vuodeosastolla oli 60 minuuttia ja kotihoidossa 45 minuuttia.

Tietoisuus nauhurin olemassaolosta ei tuntunut erityisemmin häiritsevän haastateltavan ryhmän jäseniä kummassakaan haastattelutilanteessa ja keskustelut sujuivat luontevasti. Haastattelut etenivät teemahaastattelurungon mukaisesti ja myös tarkentavia lisäkysymyksiä tehtiin haastattelujen aikana. Kummassakin haastattelussa oli mukana yksi opinnäytetyön tekijä haastattelijana, koska päätettiin, että vuodeosastolla työskentelevä opinnäytetyön tekijä ei osallistu omien työtovereidensa haastatteluun. Kotihoidossa haastattelutilanne oli rakentava ja vuorovaikutteinen huolimatta haastattelijan asemasta ja siitä, että hän tunsi osan haastateltavista. Tiedonkulun ongelmista ja kehittämisehdotuksista puhuttiin avoimesti.

Kolme haastateltavaa ei päässyt mukaan haastattelutilanteisiin ja he toimittivat vastauksensa kirjallisesti esseen muodossa.

4.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Analyysimenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysiyksikkönä oli lauseen osa tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä kaikkeen laadulliseen tutkimukseen. Laadullisen analyysin muotoja ovat induktiivinen ja deduktiivinen analyysi. Tutkimuksessa käytetty päättelyn logiikka voi olla joko induktiivinen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiivinen (yleisestä yksittäiseen). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91,95.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että ”tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä” ja analyysillä pyritään luomaan sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tarkoitus on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon säilyttämällä kuitenkin tarkoin sen sisältämä informaatio. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineiston laadullinen käsittely vaatii loogista päättelyä ja tulkintaa. Aineisto hajotetaan ensin osiin, käsitteellistetään ja ”kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi”. Kriittinen vaihe analyysin teossa on kategorioiden muodostaminen, koska siinä tutkija joutuu käyttämään omaa tulkintaa siitä, mitkä ilmaisut kuuluvat samaan ja mitkä eri kategoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101,108.)

Tutkimusaineiston käsittely aloitettiin kuuntelemalla haastattelut. Sen jälkeen nauhoitetut äänitteet purettiin litteroimalla eli aukikirjoittamalla ne sana sanalta tekstimuotoon. Litteroitua tekstiä tuli 20 sivua (A4) fonttikoolla 11 ja rivivälillä 1.

Aukikirjoitetusta tekstistä alleviivattiin lauseen osia tai useita lauseita sisältäviä ajatuskokonaisuuksia, joilla haastateltavat kuvailevat tiedonkulkuun liittyviä ongelmia tai kehittämisehdotuksia tiedonkulun parantamiseksi.

Aineisto pelkistettiin listaamalla alleviivatut ilmaisut eri konseptille. Kolmelta informantilta saadut esseemuotoiset kirjalliset vastaukset huomioitiin tässä vaiheessa liittämällä niiden sisältämät kuvaukset tiedonkulun ongelmista tai

kehitysehdotuksista edellä mainittuun listaan. Aineisto ryhmiteltiin yhdistämällä samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut luokiksi ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin saadut alaluokat yhdistettiin vielä yläluokiksi. Tässä työssä alaluokiksi saatiin

1. Lääkärin tehtävät
2. Kirjaamiskäytäntö
3. Työnjaon onnistuminen eri ammattiryhmien kesken
4. Henkilöstöresurssit ja työnkierto
5. Kuntaliitoksen vaikutus
6. Omaiset

Tämän jaottelun perusteella saatiin vielä kaksi yläluokkaa. Kohdat 1-3 liittyvät työn sisältöön ja kohdat 4-5 hallintoon ja kunnalliseen päätöksentekoon. Omaiset pidettiin omana luokkana (Liite 5).

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustatiedot

Haastatteluun osallistuneista vuodeosaston sairaanhoitajista kolmella oli opistotasoinen, kahdella AMK-pohjainen, kahdella erikoissairaanhoitajan ja yhdellä terveystieteiden maisterin tutkinto. Kotihoidon terveydenhoitajista yhdellä oli opistotasoinen, kahdella AMK-pohjainen ja yhdellä YAMK-pohjainen terveydenhoitajan tutkinto.

Haastateltavien työkokemus nykyisessä työpaikassa vaihteli alle 11 kuukaudesta yli 20 vuoteen. Haastatteluun osallistuneista informanteista kahdella oli työkokemusta yli 20 vuotta, kolmella 8-15 vuotta, kolmella 3-5 vuotta, kolmella 1-1,9 vuotta ja yhdellä alle 11 kuukautta.

Taulukko 1. Haastateltavien (n= 12) koulutus.

KOULUTUS	n
Sairaanhoitaja, opistotasoinen	3
Sairaanhoitaja AMK	2
Erikoissairaanhoitaja	2
Terveydenhoitaja, opistotasoinen	1
Terveydenhoitaja AMK	2
Terveydenhoitaja YAMK	1
TTM	1

Taulukko 2. Haastateltavien (n=12) työkokemus nykyisessä työpaikassa

TYÖKOKEMUS NYKYISESSÄ TYÖPAIKASSA	n
- 11kk	1
1v - 2v11kk	3
3v - 5v	3
8v-15v	3
20v -	2

5.2 Vuodeosaston sairaanhoitajien näkemykset tiedonkulun ongelmista

Lääkitystiedot koettiin merkittäväksi ongelmaksi. Lääkemääräykset ja –muutokset kirjataan eri tavalla vuodeosastolla ja kotihoidossa. Tietoja on vaikea löytää.

”Menee hirveesti aikaa kun etsii ja ihmettelee”.

”Me joudutaan ettiin lääkitys”..

Jatkohoito-ohjeiden osalta sairaanhoitajat kokivat työlääksi sen, että potilaan kotiutustilanteessa kotihoito odottaa vuodeosaston lääkäriltä ohjeita myös jo ennen vuodeosastojaksoa olleisiin ongelmiin.

”Et jotenkin vaan tuntuu välillä että meidän pitää hirveesti pohjustaa tääl kaikkee, et se kotihoito onnistuu, mikä ei oikeestaan mun mielestä oo niinku meidän tehtävä”.

Yhtenäinen hoitosuunnitelma vuodeosaston ja kotihoidon välillä puuttuu. Kotihoiton seuranta potilaan voinnista tai kroonisten sairauksien hoito-ohjeita ei aina pystytä seuraamaan vuodeosastolta käsin.

”Tiivistelmät voi olla jonkun potilaan kohdalla tosi monen vuodenkin vanhoja ja sieltä ei löydy niitä oikeita tietoja”.

”Tiedot ei aina kulje, kun kotisairaanhoito ei käytä tätä lääkitysosioo tos pegasoksessa, vaan heil on jotain heidän omii tiivistelmiä”.

Työnjako tiedottamisesta kotihoitoon päin saattaa välillä olla sekava sosiaalihoitajan ja sairaanhoitajan välillä.

”Välillä tiedonkatkoksia mitä sosiaalihoitaja on sopinut kotihoiton kanssa”.

”Sosiaalihoitaja toimii tiedottajana kotihoitoon päin potilaan kotiutuessa, eikä hän tunne niin hyvin potilasta kuin sairaanhoitaja”.

Kotiutuksesta tiedottamisen ajankohta on joskus ongelmallista. Kotihoiton tiiminvetäjillä on rajatut soittoajat, mikä saattaa hankaloittaa sairaanhoitajan työtä osastolla varsinkin silloin, kun kotiutuksia on useampia.

”Ku meilt lähtis joku pois, niin mulla on semmonen olo, et mun tarttis niinku se tos ennen puolta päivää saada hoidettua niitä asioita jo vähän alta pois, et mä pystyn tavallaan järjestämään sitä kotiuttamista, niin sit mä saan soittaa heille vasta joskus puolen päivän jälkeen”

”Kun on kiire, niin mielellään soittais kotihoitoon aikaisemmin kuin kahdentoista jälkeen”.

Sairaanhoitajat eivät ole tähän asti osallistuneet hoitoneuvottelutilaisuuksiin, esimerkiksi kotiutuspalaverihin.

”Siellä kotiuttamispalaverissa on kaikki muut asiantuntijat, paitsi meidän asiantuntemus, se puuttuu siitä. Kuitenkin me ollaan niitä, jotka ehkä eniten tiedetään siitä potilaasta”.

Toisen yksikön ammattiryhmien työnsisältöä ja ammatillisia valmiuksia ei tunneta tarpeeksi hyvin.

”Ja sit heil on hyvin eri asteisia myöskin nää...osa on tämmösii vanhoja kodinhoitajia, kotiavustajia, sit on lähihoitajia, perushoitajia...niin sekkin on semmonen pienimuotoinen ongelma”.

Omaiset vievät runsaasti sairaanhoitajan työaikaa vuodeosastolla. Omaiset toimivat omalta osaltaan tiedon välittäjänä, eli vuodeosastolla ollaan joskus omaisten antaman tiedon varassa. Kotiutustietojen antaminen omaiselle ei aina tunnu luotettavalta vaihtoehdolta, vaan tieto pitäisi aina kulkeutua suoraan myös kotihoitoon.

”Omainen voi tulla hakemaan määrättyä aikana tai jotain... no sit se on niitä et hoitaako omainen...ja sit on koko ajan vähän sellainen olo, et vaik kuin järkevän ihmisen kans sanoo, et sovitaan näin, niin tuleeko se hoidettua vai kuullaanko me sit taas kahden päivän päästä et no ei ollu tätäkään hoidettu. Et vaik sä jälkikäteen yrität, mut sit ei aina niit tavoita edes oman työvuoron puitteissa et...”.

”Se vie aika paljon aikaa... niinku omaiset vie,... et ne on melkein osa hoitoa...”.

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen jälkeen kotihoito jaettiin alueisiin. Alueiden hahmottaminen sijaisille ja myös vakituiselle henkilökunnalle on vielä vaikeaa.

”Mä en tunne tätä paikkakuntaa vieläkään, en ole oppinut niin paljon et mä en ymmärrä, miten nää alueet jakaantuu”.

5.3 Kotihoidon terveydenhoitajien näkemykset tiedonkulun ongelmista

Lääkärin määräämät jatkohoito-ohjeet koskien kontroleja tai seurantaa ovat usein puutteelliset tai puuttuvat kokonaan. Tosin uuden osastonlääkärin aikana on jo tullut parannusta tähän ongelmaan.

”Just se olisi tärkeää, että se jatko olisi selvillä, muuten meidän täytyy heti ottaa yhteys siihen omalääkäriin, että potilas on nyt tullut kotiin eikä ole jatkoa”.

”Mutta siinä oli, et onko se yleinen ongelma, että lääkäri ei ehdi tavallaan kotiutustilanteessa miettimään sieltä puolelta sitä jatkoa vaan se jää niinku meille...välillä on selkeästi hyvä suunnitelma,...”.

Osastonlääkärin määräykset eivät näy kotihoidossa, mikä koetaan kotihoidossa ongelmana.

”Meillä ei näy taskit-kohtaa, jossa näkyis lääkärin määräykset osastolla”.

Yhteydenotot vuodeosaston ja kotihoidon välillä koettiin tärkeänä tiedonkulun kannalta. Erityisen tärkeänä pidettiin sairaanhoitajan yhteydenottoa puhelimitse kotihoitoon joka kerta potilaan kotiutuessa, koska sosiaalihoitajan työnkuvaan ei kuulu potilaan hoitoon liittyvistä asioista tiedottaminen.

”...ja mä olen usein pyytänytkin, että voisiko ihan hoitaja soitella vielä sieltä osastolta...”.

”Sosiaalihoitaja soittaa että asiakas kotiutuu. Hän ei tiedä lääkkeitä, haavojen hoidosta ym.”

Kotihoidon mielestä hoitoneuvottelutilaisuuksia ei pidetä tarpeeksi, mikä turvaisi kotona pärjäämistä pidempään.

”Meillekin just sosiaalihoitaja soitti ja ilmoitti tällasesta uudesta asiakkaasta, jossa pitäisi käydä kolme kertaa päivässä. Ei tavallaan voida laittaa palveluja käyntiin ennen sitä meidän kartoituskäyntiä”.

Kotihoito oli huolissaan koulutetun henkilöstön riittävydestä, mikä voi vaikeuttaa tiedon kulkua, esimerkiksi tiiminvetäjän sairastuessa äkillisesti.

”Pula sairaanhoitajista varmaan vaikuttaa kirjaamiseen ja kotiuttamiseen. Ja varmaan molemmissa päissä sairaanhoitajat on ylikuormitettuja”.

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen jälkeen myös kotihoidon henkilökunnalla, erityisesti sijaisilla, on vaikeuksia hahmottaa uusia toimialueitaan.

”Helpottaakohan se osastoa, kun on nämä alueet? Ollaan pyydetty kaupungintalolta karttoja, kun meilläkin on sijaisia, jotka ei tunne Naantalia. Josko vois olla pian se hetki saada ne kartat, vois olla sähköinenkin”.

5.4 Vuodeosaston sairaanhoitajien kehittämis ehdotukset tiedonkulun parantamiseksi

Potilastietojärjestelmässä olevaa lääkelistaa toivotaan käytettäväksi siten, että siinä näkyisi sekä vuodeosaston että kotihoidon lääkäreiden määräämät lääkkeet ja myös että lopetetut lääkkeet poistettaisiin listalta.

"aina kun uus lääke lopetetaan tai uus aloitetaan niin samantien lääkäri laittaa sen sinne".

"mut täytyyks semmost tiivistelmää siel sit yleensä olla, kun jos olis vaan se yks lääkelista, minkä lääkärit päivittäis....-niin, mun mielest se tiivistelmä on tosi vanhanaikainen...-mä en edes kato sitä tiivistelmää".

Yhtenäistä hoitosuunnitelmaa kaivattiin, johon saataisiin molemmissa yksiköissä kirjattua potilaan voinnin seurantaa ja se näkyisi molemmille.

"Jos olis sama hoitosuunnitelma, jota vaan täydennettäis, joko tänne tullessa tai sitten kotiin mennessä".

"Et se olis semmonen, niin pystyttäis keskittymään just niihin asioihin, mitkä on uutta tai mitä erilaista on, tai jotakin...kun olis ne yhtenäiset".

"Käyttäis sitä samaa järjestelmää kuin me niin me voitais suoraan päivittäisellä kirjaamisella kertoa, mitä me ollaan tehty".

Sairaanhoitajan tulee aina olla yhteydessä kotihoitoon hoidollisissa asioissa.

"Sairaanhoitaja olisi aina yhteydessä kotihoitoon".

Tiiminvetäjien tavoitettavuus puhelimitse pitäisi olla joustavampi, jotta asiat saisi hoidettua työajan puitteissa.

"Kun sais soittaa oikein luvan kanssa".

Sairaanhoitajien läsnäoloa hoitoneuvottelutilaisuuksissa pitäisi tehostaa.

"Kotitutuspalaverissa aina kyseistä potilasta hoitanut sairaanhoitaja läsnä -potilaan tilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen".

Toisen ammattiryhmän työnkuvan ja ammatillisten valmiuksien tuntemista pitäisi kehittää. Yhteistyön kehittämistä yhteisten säännöllisten palaverien avulla haluttiin tulevaisuudessa lisää.

"Se työnkierto olis hyvä et pääsis sinne kattomaan".

"Kun tämmösiä verkostoitumisia on, etenkin vanhuspalveluiden piirissä, niin olis hienoa, et me voitais käydä just tämmösii asioi läpi heidän kans ja pitää uus palaveri ja mieltii, et mitä mieltä he olis, koska tuntuu että tää systeemi on vähän hölmö tällä hetkellä".

"Aikaisempi palaveri auttanut ja niitä hyvä pitää säännöllisin väliajoin myös tulevaisuudessa".

5.5 Kotihoidon terveydenhoitajien kehittämisehdotukset tiedonkulun parantamiseksi

Kotihoito toivoi selkeät jatkohoito-ohjeet kotihoitoon siirtyvälle potilaalle. Reseptien toivottiin olevan ajan tasalla, koska reseptejä ei saa uusittua samana päivänä omalääkärin kautta. Kotihoito toivoo vuodeosaston lääkärin mukanaoloa hoitoneuvottelutilaisuuksissa.

"Reseptit mielellään ajan tasalle kotiutustilanteessa".

"Eli saataisiin yksi tiivis paketti. Kaikki kuulisivat mistä sovitaan. Ei voida väittää, ettei se osastonlääkäri niin määrännyt".

Kaivattiin yhtenäistä lääkelistaa ja sitä, että he näkisivät osastonlääkärin määräykset. Toisaalta lääkelistan päivitys koettiin lääkärin tehtäväksi. Pegasos-postia toivottiin käytettävän aktiivisemmin henkilökunnan keskinäiseen epäviralliseen kommunikointiin.

"Ne osaston käyttämät lääkelistat olis iso askel, mutta kun se on lääkärin tehtävä".

"Pegasosta käytetään muutenkin koko ajan, niin sitten se on siinä auki koko ajan ja se on turvallinen. Tietty sinne ei voi kirjata semmoisia asioita, mitä arkistoidaan, eli esim. ei jatkohoitosuunnitelmaa sinne. Mutta tyyliin "jätin reseptit polille, käy hakemassa sieltä".

"Meillä ei näy taskit-kohtaa, jossa näkyis lääkärin määräykset osastolla".

Uusi asiakas halutaan tavata joka kerta etukäteen. Se voidaan toteuttaa moniammatillisena hoitoneuvottelutilaisuutena osastolla tai asiakkaan kotona. Vuodeosaston sairaanhoitajan halutaan aina ilmoittavan hoidollisista asioista kotihoitoon tiiminvetäjälle.

"No ne palaverit on ihan ehdoton juttu ja sitten se, että me voitaisiin tulla sinne osastolle tapaamaan esim. uutta asiakasta. Se vois olla joskus

paljon helpompaakin, kuin rajata se koko porukka sinne asiakkaan kotiin”.

”Ne on ollu kaikista parhaimpia just ne, että tehdään ensin kotikäynti ja sitten kotiutetaan”.

”Sairaanhoitajan puhelu olisi ehdottomasti tärkein”.

”Etukäteen tapaaminen tuo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta ja on ihan varma, että on nähnyt jonkun naaman, muistaakin sen paremmin”.

”Silloin sosiaalityöntekijän soitto on varsin turha, kun palvelut jatkuvat ennallaan. Niin silloin haluaisi kuulla vain sen hoidollisen puolen. Eli mitä siellä on tehty ja miksi asiakas meni osastolle, koska me ei niitä aina tiedetä”.

Työnkierto auttaisi paremmin hahmottamaan ja ymmärtämään hyvän tiedonkulun tärkeyttä ja siihen suhtauduttiin erittäin positiivisesti.

”Työnkierto hoito- ja vanhuspalveluiden sisällä olisi erittäin mielekästä. Kokemukset tähän asti olleet erittäin hyviä, jos esim. opiskelijana ollut molemmissa paikoissa. Avartaa paljon ja kehittää yhteistyötä. Tutustuisi myös ihmisiin puhelimen päässä”.

Yhteydenpitoa omaisiin haluttiin lisätä ja toivottiin erityisesti omaisten puolelta aktiivisuutta tässä asiassa.

”Omaisten kanssa yhteydenpitoa voisi tiivistää. Jos aluksi aktiivisuutta, on helpompi informoida. Esimerkiksi onnistunut kotisaattohoito ei onnistu ilman aktiivisia omaisia”.

6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

6.1 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat

Hoitotyöntekijä tarvitsee päätöksenteonsa tueksi tutkimusta myös ammatillisen peruskoulutuksen jälkeen. Hän voi olla joko itse tutkijana tai haastateltavana. Suomen sairaanhoitajaliiton eettisten ohjeiden mukaan ammattikunnan velvollisuutena on ammatin kehittäminen. Hoitotyön, sen koulutuksen ja hallinnon kehittäminen ei onnistu ilman tutkimustietoa, mitä puolestaan saadaan hoitotyön ammattilaisilta. Tutkimuksen tietolähteenä toimiminen onkin eräs

ammatin kehittämisen muoto. Vaikka tämä velvoittaa, jokainen tekee päätöksen itsenäisesti omasta osallistumisestaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 292.)

Tutkittavan asian tulee lähtökohtaisesti olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Aihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa loukata, eikä väheksyä ketään. Tutkimus voidaan tutkittavan niin halutessa keskeyttää tai hän voi kieltäytyä siitä kokonaan. Tutkittaville taataan, ettei heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljasteta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288, 290.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaihe on työelämälähtöinen. Tiedonkulku vuodeosaston ja kotihoidon välillä Naantalissa koetaan puutteelliseksi. Haastatteluun kutsuttiin se ammattiryhmä, joka hoitaa kotiutukset. Ongelmien ja kehitysehdotusten selvittäminen koettiin tärkeäksi molemmissa yksiköissä, joten kukaan ei kieltäytynyt haastattelusta. Haastattelut tehtiin työajalla suunnitellusti, mikä takasi sen, ettei haastateltaville aiheutunut ylimääräistä vaivaa haastatteluun osallistumisesta. Lupa haastattelun nauhoittamiseen saatiin kaikilta kirjallisena.

Koska toinen opinnäytetyön tekijä on vuodeosaston työntekijä, tuli objektiivisuuteen kiinnittää erityistä huomiota. Fokusryhmähaastattelussa haastattelijan tulee olla neutraali ja riippumaton. Haastattelijaa ei saa myöskään olla esimies tai valta-asemassa haastateltaviin, koska haastateltavat saattavat antaa pelkästään sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Sipilä ym. 2007 309.) Vaitiolovelvollisuutta, joka koskee periaatteessa vain haastattelijaa, ei haastattelun aikana missään vaiheessa asetettu kyseenalaiseksi ja ilmapiiri oli miellyttävä

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Fokusryhmähaastattelun luotettavuuteen vaikuttaa mm. Kruegerin & Casey'n mukaan tutkimuksen suunnittelu, asiantuntevien haastateltavien rekrytointi, keskustelun rajaaminen tutkimuksen keskeisiin ongelmiin, tutkimusaiheen arkaluonteisuus, ryhmän jäsenten suhteet ja sukupuoli, haastattelijan taidot ja kysymysten esitestaus. Morgan (1997) on todennut, että ”menetelmän validiteettia pidetään yleisesti hyvänä, joskin siihen vaikuttaa kohderyhmän

valinta ja tutkijan kyky rakentaa toimiva tutkimusasetelma”. (Sipilä ym. 2007, 308.)

Ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita siitä, miten laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Kokonaisuutta tulee kuitenkin arvioida ja tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus korostuu luotettavuutta arvioitaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta heikentää opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus ryhmähaastattelun toteutuksesta. Myös se, että opinnäytetyöntekijät olivat yksin haastattelutilanteissa, saattaa vähentää luotettavuutta, koska haastattelunaikainen havainnointi, muistiinpanojen kirjoittaminen ja nauhurin toimivuudesta huolehtiminen samanaikaisesti on melko haasteellista yhdelle henkilölle.

Kun pohditaan sitä, että oliko aineisto edustava ja riittävä, niin haastateltavien määrä eli otos voidaan katsoa riittäväksi, sillä se vastasi fokusryhmähaastattelun suositeltavaa ryhmäkokoja. Tosin kolme haastateltavaa olivat estyneitä osallistumaan haastatteluihin, mutta heiltä kaikilta saatiin kirjallisena kuvausta tutkittavaan ongelmaan. Informanteina oli oman alansa asiantuntijoita, joilla yhtä lukuun ottamatta oli alun perin kriteerinä ollut vähintään kahden vuoden työkokemus kyseisessä työpisteessä. Tosin hänellä oli kokemusta sairaanhoitajan työstä noin 20 vuotta aikaisemmasta työpaikastaan. Informantit saivat etukäteen haastattelukutsun luettavaksi ja suostumuslomakkeen täytettäväksi.

Haastattelu rakentui kahden keskeisen teeman varaan, mikä oli etukäteen kerrottu informanteille, jotta heillä olisi mahdollisuus valmistautua keskustelemaan aiheesta. Haastattelujen nauhoitukset onnistuivat teknisesti ilman ongelmia ja aineistosta löytyi tutkimusongelmaa kuvailevia ilmauksia kattavasti. Tämän perusteella voidaan olettaa, että aineisto vastasi todellisuutta.

Kvale (1996) on todennut, että aineiston litteroinnin tulee noudattaa tarkalleen haastateltavien suullisia lausumia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 20). Aineisto perustuu sanantarkasti litteroituun puheeseen. Opinnäytetyön tekijät ovat

yhdessä analysoineet aineiston ja omaan tulkintaan ja päättelyyn perustuen luokitelleet aineiston ja käsitteitä yhdistelemällä saaneet vastauksen tutkimustehtävään. Tämän perusteella voidaan todeta, että tutkimustulos perustuu aineistoon.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Naantalin kaupungin vuodeosaston ja kotihoidon välillä on tiedottamisen työnjaossa melkoisesti epätietoisuutta. Vuodeosasto on tottunut ennen kuntaliitosta soittamaan kotisairaanhoidon ja sosiaalihoitaja kotiapuun. Nyt sekä sairaanhoitaja että sosiaalihoitaja soittavat molemmat samalle tiiminvetäjälle asiakkaan / potilaan kotiutumisen. Sosiaalihoitajan rooli on aiheuttanut hämmennystä kotihoidossa. Hägg (2007) korostaa tarkoituksenmukaisen työnjaon merkitystä eri ammattilaisten kesken, mikä varmasti helpottaisi tilannetta.

Säännöllisesti pidettävät palaverit kotihoidon tiiminvetäjien ja vuodeosaston sairaanhoitajien kesken auttaisivat selkiyttämään ja kehittämään yhteistyötä. Palavereista laadittu muistio pitäisi olla kaikille luettavissa. Päivitetty muistio helpottaisi myös uuden työntekijän perehdytystä.

Tutustuminen toisen yksikön työtehtäviin voitaisiin toteuttaa *työnkierrolla*, joka voitaisiin ulottaa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lisäksi myös lähi- ja perushoitajiin. Haastateltavat olivat kiinnostuneita tästä vaihtoehdosta edellyttäen, että se perustuu vapaaehtoisuuteen.

Tiedonkulun ongelma vaikuttaa kulminoituvan epäyhtenäisen potilastietojärjestelmän käyttötapoihin. Kotihoito käyttää yhteydenpitoon ns. Pegasos-postia ja lääkitystiedot löytyvät tiivistelmästä. Vuodeosastolla puolestaan Pegasos-postia ei käytetä. Vuodeosastolla sairaanhoitajat kirjaavat lääkärin määräämät lääkitystiedot tietojärjestelmän lääkelistaan, joka

tulostetaan potilaan lääkekortiksi. Kotihoidon näkökulmasta lääkitystietojen kirjaaminen on pelkästään lääkärin tehtävä. Käytäntö voitaisiin yhtenäistää helpommin, jos kotihoito mieltäisi sähköisen lääkelistan ”vanhanaikaiseksi lääkekortiksi”, joka ennen kirjoitettiin käsin.

Vuodeosastolla kaivataan *yhtenäistä hoitosuunnitelmaa*, johon sekä kotihoito että vuodeosasto kirjaisivat potilaan/asiakkaan päivittäistä vointia. *Tietotekniikan hyödyntäminen* vähentäisi puhelimitse tapahtuvaa yhteydenpitoa. Tämä puolestaan helpottaisi sairaanhoitajan työtä, koska hän ei olisi työvuoronsa aikana sidottu tiiminvetäjän soittoaikoihin. Kotihoidon puolelta ei tullut esiin tarvetta yhteiselle hoitosuunnitelmalle. Lundgren-Laineen ym. (2007) mukaan sähköisiin järjestelmiin ja kirjaamiseen siirtyminen pitäisi hyödyntää, jotta hoitotyön toteutukseen saataisiin lisää tehokkuutta.

Tiedonkulku sairaanhoitajan ja tiiminvetäjän välillä on pääsääntöisesti edelleen puhelinoiton varassa. Tiedonkulun kehittämiseksi tuntuisi järkevältä, että molemmat yksiköt pääsisivät näkemään ja kirjaamaan yhtenäiseen hoitosuunnitelmaan. *Pegasos-posti* toimisi yhteydenpidon välineenä ja hoitosuunnitelmasta pystyttäisiin lukemaan ne asiat, jotka tällä hetkellä ilmoitetaan puhelimitse. Näin ollen sosiaalihoitajan tehtäväksi jäisi edelleen potilaan kotiutumisen ilmoittaminen *puhelimitse* ja sairaanhoitajan tiedottamat hoidolliset asiat löytyisivät pelkästään *sähköisessä muodossa*.

Hoitoneuvottelutilaisuuksien järjestämistä pidetään ehdottoman tärkeänä ja molemmissa yksiköissä kaivataan *osaston sairaanhoitajan* läsnäoloa. Tutkimukset osoittavat, että vuodeosaston hoitajat ovat epätietoisia osastojakson jälkeen mm. kotihoidossa tapahtuvasta toiminnasta (Robinson & Street, 2004), joten ehdotettu uudistus varmasti helpottaisi sairaanhoitajan toimintaa myös potilaan ohjauksessa kotiutustilanteessa.

Omaisten rooli on erilainen vuodeosaston ja kotihoidon näkökulmasta. Vuodeosastolla omaiset vievät erittäin paljon hoitohenkilökunnan aikaa. Omaiset vaativat paljon tietoa ja joidenkin potilaiden kohdalla tietoa joudutaan antamaan usealle omaiselle. Toisaalta myös omaiselta tuleva tieto saattaa olla

tietyissä tilanteissa välttämätöntä ja tärkeää. Kotihoito puolestaan kaipaa omaisten yhteydenottoa nykyistä enemmän. Kotisairaanhoidajan yksi tärkeä tehtävään on omaisten aktivointi ja pohtia yhdessä, miten hoito toteutuu kotona (Hägg ym., 2007). Tutkimusten mukaan omaiset ovat erittäin tärkeässä roolissa ikääntyneen hoidon onnistumisen kannalta. Mm. Shepperd ym. (2004) ja Hägg ym. (2007) toteavat, että hoidon jatkuvuus turvataan ottamalla omaiset mukaan hoidon ja kotiutusajankohdan suunnitteluun. Myös Magilvyn & Lakomyn (1991) tutkimuksessa todetaan, että vanhusten siirtyessä kotihoitoon, perheen ja ystävien tuki on oleellinen lisä moniammatillisen suunnittelun ja neuvonnan lisäksi.

Kotihoidolla on selkeitä kehityskohteita, jotka *välillisesti* keventäisivät tiedonkulun tarvetta yksiköiden välillä. Kotisairaala, kotisaattohoidon kehittäminen, henkilöstön lisääminen erityisesti iltavuoroon vähentävät jatkossa lyhyitä osastojaksoja. Tämä ei varsinaisesti ole tiedonkulun ongelma tai kehitysehdotus tiedonkulun parantamiseksi, mutta toteutuessaan vähentävät tiedottamisen tarvetta. Kuntaliitoksen jälkeen toimialueet muuttuivat ja laajenivat. *Aluejakoa koskevat kartat* tulee saattaa ajantasalle viipymättä molempiin yksiköihin.

Tiedonkulun kehittämistä ja siinä onnistumista voisi kartoittaa seurantatutkimuksella esimerkiksi kahden vuoden kuluttua, jolloin kuntaliitoksesta on kulunut neljä vuotta. Seurantatutkimuksen tekeminen edellyttää, että nyt ehdotetut toimenpiteet on kaikki otettu käyttöön.

Yhteistyön jatkuva kehittäminen on tärkeää, jotta hoitotyötä toteutetaan laadukkaasti ja muutoksiin reagoidaan nopeasti esimerkiksi tietotekniikan jatkuvasti kehittyessä. Yhteistyön projektiryhmään tulisi kuulua kaikkia potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta vastaavia ammattiryhmiä: hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä. *Ensisijainen kehitysehdotus* on tämän yhteistyön puitteissa luoda turvallinen, aukoton ja yhtenäinen tapa pitää potilaan lääkitystiedot reaaliaikaisesti ajan tasalla riippumatta siitä, onko potilas sillä hetkellä asiakkaana kotihoidossa, terveyspalveluissa tai vuodeosastolla. *Toisena kehitysehdotuksena* olisi yhtenäisen sähköisen hoitosuunnitelman laatiminen

yhteistyössä molempien yksiköiden kanssa potilastietojärjestelmistä vastaavan sairaanhoitajan vetämänä. Tämän toteuduttua tietotekniikkaa voidaan tehokkaasti hyödyntää tiedonkulussa. Säännölliset palaverit yksiköiden kesken ja niistä laadittavat muistiot, hoitoneuvottelutilaisuudet ja työnkierto tulee viipymättä ottaa käyttöön.

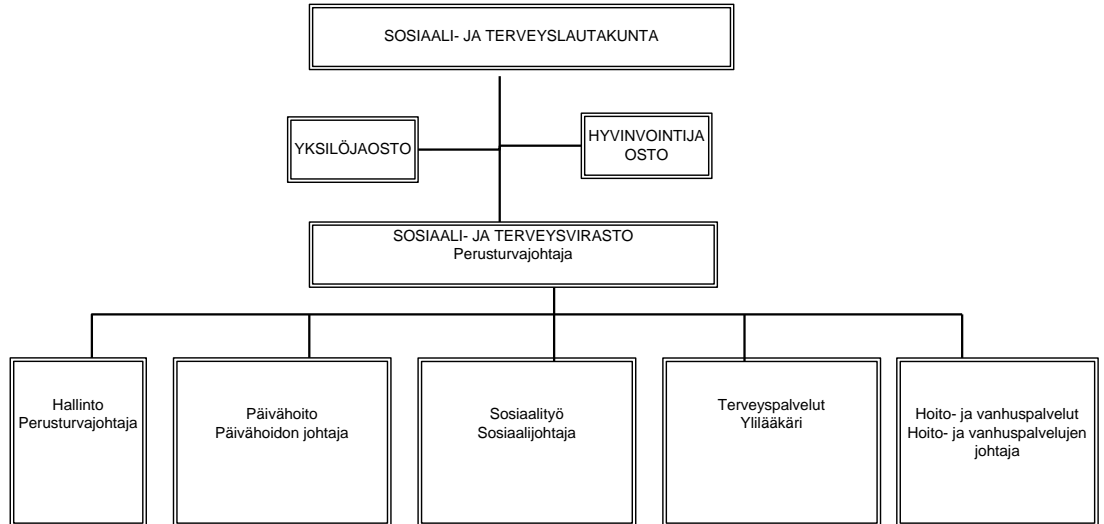
Jatkotutkimuksissa tiedonkulkua voisi kartoittaa kaikkien Naantalin hoito- ja vanhuspalveluiden yksiköiden kesken.

LÄHTEET

- Anderson, MA., Helms, LB. 1995. Communication between continuing care organizations. *Research in nursing and health*. 18(1). 49-57.
- Ensio, A., Kaakinen, P. & Liljamo, P. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopio: Kuopion yliopisto, PPSHP.
- Hakunti, T. Haastattelu 17.5.2010. Osastonhoitaja. Naantalin hoito- ja vanhuspalvelut, vuodeosasto.
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutuksessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Stakes.
- Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Yliopistopaino. Helsinki: Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus).
- Helleso, R., Sorensen, L. & Lorensen, M. 2005. Nurses information management at patients discharge from hospital to home care. *International Journal of Intergrated Care*. Vol. 5, 8 July 2005. Viitattu 28.11.2010. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395517/?tool=pubmed>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu; teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Holma, T. 2009. Moniammatillinen kirjaaminen. *Sairaalaviesti – Sjukhusinfo*. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Viitattu 28.3.2010 <http://www.kuntaliitto.fi>.
- Hopia, H & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön vuosikirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Helsinki 2008. 55 s. Viitattu 28.3.2010. Saatavissa http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089
- Juvonen, T. Haastattelu 17.5.2010. Osastonhoitaja. Naantalin hoito- ja vanhuspalvelut, kotihoito.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kristoferssen, N., Nortvedt, F. & Skaug, EA. (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Grunnleggende sykepleie. Suom. Nieminen, P. Tanska: Narayana Press.
- http://www.kuntamaisema.fi/index.php?node_id=11810. Viitattu 12.11.2010.
- <http://www.kymshp.fi/kas/hoitotyö/periaatteet.html>. Viitattu 15.11.2010.
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. 1. painos. Juva: WSOY.

- Lehto, J. & Natunen, K., 2002. Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista; sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. 1. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Lundgren-Laine, H., Salanterä, S. & Haapalainen-Suomi, S. (toim.) 2007. Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A. Tutkimuksia ja raportteja no. 53. Turku: Turun yliopisto.
- Magilvy, J. & Lakomy, J. 1991. Transitions of older adults to home care. Home Health care Services Quarterly. 12(4) 59-70. Journal article. Viitattu 10.10.2010. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail?vid=4&hid=15&sid=024e4a05-85e0-49f6-a9e8-8658edbd983b%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=1993160940>
- Munnukka, T. & Kiikkala, I. 1995. Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Naantalın kaupungin internetsivut. Viitattu 19.10.2010. http://www.naantali.fi/perhe_ja_sosiaali/hoito_ja_vanhuspalvelut/fi_FI/hoito_ja_vanhuspalvelut/
- Naantalın kaupungin internetsivut. Viitattu 19.10.2010. http://www.naantali.fi/tk/palvelut/fi_FI/vuodeosasto/
- Naantalın kaupungin 2. osavuosisiraportti 31.8.2010. Viitattu 19.10.2010. <http://aleksis.naantali.fi/poytakirjat/kokous/20101442-1-2501.PDF>
- Naantalın, Rymättylän, Merimaskun ja Velkuan yhdistymissopimus. 2007.
- Perälä, M-L, Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P. & Teperi, J. 2003. PALKO-Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Aiheita 27/2003. Helsinki: Stakes.
- Robinson, A., Street, A. 2004. Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team. Journal of clinical nursing. 13(4).486-496. Viitattu 28.11.2010. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=9&sid=660ae4ad-9ad0-4e0a-a9b8-eb47680595dc%40sessionmgr12>
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaran, JJM & Philips, C .2004. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1): CD 0003313. Viitattu 28.11.2010. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973952>
- Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälinaena. Hoitotiede 19(6). 305-313.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005. Viitattu 25.11.2009. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1062477#fiTuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Liite 1: Sosiaali- ja terveyssektori Naantalissa, organisaatiomalli



Perhepäivähoidon
ohjaajat (2)

Esiopetus (ei
Rymättylän alue)
Avoin päiväkotiki
Ruotsink.
Päiväkotiosasto
Kerhotoiminta
vastuhenkilö

Päiväkodit
Päiväkotien
johtajat

Lapsiperheiden
sosiaalityön
johtaja

Aikuissosiaalityön
ja vammais
palvelujen johtaja

Johtava hoitaja

Johtava
hammaslääkäri

Vanhainkodin
johtaja

Osastonhoitaja (2)

Viialan ryhmäkoti
Myllynkivientien
ryhmäkoti
Katavakoti
vastuhenkilö

Liite 2: Haastattelukutsu

Turun ammattikorkeakoulu

HAASTATTELUKUTSU

Terveysala tulosalue, Hoitotyön koulutusohjelma

Sirpa Hagsberg ja Kristiina Lehtonen

ARVOISA VUODEOSASTON / KOTIHOIDON SAIRAANHOITAJA

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen hoitotyön aikuiskoulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyömme Naantalın Paranee-hankkeen puitteissa. Tämä hanke seuraa kuntalaisten hyvinvointia kuntaliitoksen jälkeen, jossa sosiaali- ja terveystoimi yhdistyi ja vuodeosasto siirtyi osaksi hoito- ja vanhushpalveluja. Projektin yhteyshenkilöinä toimivat ammattikorkeakoulun lehtori Pirkko Kantola, perusturvajohtaja Juhani Kylämäkilä ja saaristoasiamies Tiina Rinne-Kylänpää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tiedonkulkua potilassiirroissa vuodeosaston ja kotihoidon välillä hoito- ja vanhushpalveluiden piirissä. Myöhemmin on tavoitteena parantaa hoidon jatkuvuutta ja laatua hyödyntämällä opinnäytetyön tuloksia. Toteutamme tiedonkeruun kahdella ryhmähaastattelulla vuodeosastolla ja kotihoidossa. Haastattelut nauhoitetaan haastateltavien suostumuksella.

Tavoitteenamme on saada ryhmähaastatteluun vuodeosastolta kahdeksan ja kotihoidosta neljä sairaanhoitajaa / terveydenhoitajaa, joilla on vähintään kahden vuoden työkokemus kyseisillä osastoilla. Haastateltavalle ryhmälle esitettävät kysymykset ovat: 1) ”Mikä ongelma on tämänhetkessä tiedonkulussa ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodeosaston ja kotihoidon välillä Naantalın hoito- ja vanhushpalveluiden piirissä?” ja 2) Minkälaisia kehittämissuhteita teillä on tiedonkulun parantamiseen ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodeosaston ja kotihoidon välillä Naantalın hoito- ja vanhushpalveluiden piirissä?” Haastattelut suoritetaan työaikana. Ryhmän jäsenet keskustelevat aiheesta avoimesti n. 1,5 tunnin ajan.

Haastatteluajankohdasta ja -paikasta sovitaan osastonhoitajan kanssa toukokuun 2010 aikana.

Ennen haastattelua pyydämme tietoisin kirjallisen suostumuksen.

Opinnäytetyötä ohjaa Turun ammattikorkeakoulun päätoiminen tuntiopettaja, TtM Camilla Strandell-Laine. Osallistamalla ryhmähaastatteluun voit vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Jos Sinulle ilmenee kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä allekirjoittaneisiin.

Yhteistyöstä kiittäen!

Turussa 12.5.2010

Sirpa Hagsberg

Kristiina Lehtonen

Sh, Sh AMK-opiskelija

Sh, Sh AMK-opiskelija

sirpa.hagsberg@students.turkuamk.fi

kristiina.lehtonen@students.turkuamk.fi

Liite 3: Suostumuslomake

Suostumuslomake

Suostumus ryhmähaastatteluun ja sen nauhoittamiseen

Suostun osallistumaan Sirpa Hagsbergin ja Kristiina Lehtosen toteuttamaan nauhoitettavaan ryhmähaastatteluun Naantalin sosiaali- ja terveystoimen vuodeosastolla / kotihoidossa (alleiviivaa oikea vaihtoehto).

Äänitteet Sirpa Hagsberg ja Kristiina Lehtonen säilyttävät ja käsittelevät niin, ettei niitä kukaan haastatteluryhmän ulkopuolinen kuule. Saadut tulokset he kirjoittavat niin, ettei vastauksista pysty tunnistamaan kenenkään haastateltavan henkilöllisyyttä. Opinnäytetyön valmistuttua haastattelunauhat hävitetään asiallisesti.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Koulutus _____

(sh/ esh, th, opistotaso, AMK, YAMK)

Työkokemus nykyisessä työpaikassa _____ vuotta _____ kuukautta

Liite 4: Teemahaastattelurunko

RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT

Keskeiset käsitteet: hoidon jatkuvuus, hoitotyön kirjaaminen (tiedonkulku), hyvä kotihoito

TEEMA 1: Mikä ongelma on tämänhetkisessä tiedonkulussa ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodesosaston ja kotihoidon välillä Naantalın hoito- ja vanhuspalveluiden piirissä?

TUKIKYSYMYKSET (EI NÄYTETÄ HAASTATELTAVILLE)

- kuntaliitoksen vaikutus (positiivinen, negatiivinen, ei vaikutusta)
- sairaanhoitajan ja lääkärin rooli / työnjako
- toimintaympäristö (koti, osasto)
- sähköinen kirjaaminen

TEEMA 2: Minkälaisia kehittämissuhteita teillä on tiedonkulun parantamiseen ikääntyneen potilaan siirtyessä vuodesosaston ja kotihoidon välillä Naantalın hoito- ja vanhuspalveluiden piirissä?

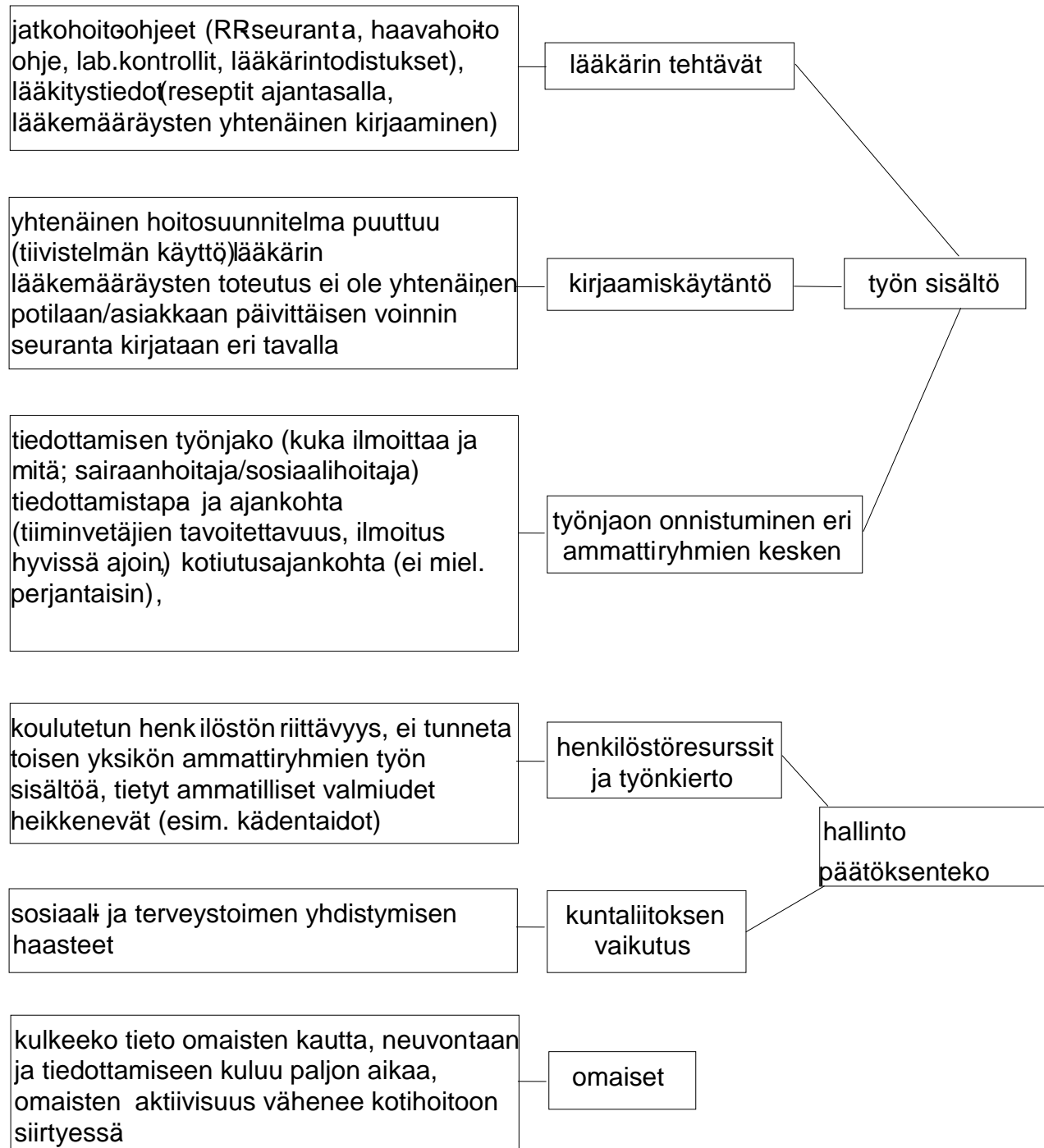
TUKIKYSYMYKSET (EI NÄYTETÄ HAASTATELTAVILLE)

- tietojärjestelmä
- säännölliset palaverit
- omat toiveet

Liite 5: Esimerkki luokitteluprosessista koskien tiedonkulun ongelmia vuodeosaston ja kotihoidon näkökulmasta

PELKISTETYT ILMAUKSET

ALALUOKKA



Liite 6: Tiedonhaun kuvaus

Tietokanta/tietolähde	Hakusana	Rajaukset	"Osumien" Määrä	"Käytettyjen osumien" määrä
MEDIC	"hoidon jatkuvuus" "hyvä kotihoito" ikäihm*and kotihoito, kotiutuminen and discharge, "hospital to home" "transitional care"	v. 2000-2009	22	9
CINAHL	discharge, *older people*,*transitional care*,*hospital to home*, elderly	years 2000-2009	81623	2
MEDIC	"hyvä hoito"	v. 2000-2009	29	2
GOOGLE SCHOLAR	kotiutuminen		248	1

GOOGLE	Sosiaali- ja terveysministeri ö	Sosiaali- ja terveyspalvelut: Ikäihmiset/ Ikäihmisten palvelujen laatusuositus; Lainsäädäntö/ Terveyspalvelut/Sosi aali- ja terv.huollon lakisääteiset palvelut		1
Manuaalinen haku				