



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Moniammatillisen työryhmän kokemuksia asukkaan siirtymävaiheesta Palvelukoti Jokelaan

Sainio, Anna-Maria

Sassi, Mira

Tahvanainen, Janina

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Moniammatillisen työryhmän kokemuksia asukkaan
siirtymävaiheesta Palvelukoti Jokelaan

Sainio, Anna-Maria
Sassi, Mira
Tahvanainen, Janina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Sainio, Anna-Maria, Sassi, Mira & Tahvanainen, Janina

Moniammatillisen työryhmän kokemuksia asukkaan siirtymävaiheesta Palvelukoti Jokelaan

Vuosi 2015 Sivumäärä 41

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa moniammatillisen työryhmän kokemuksia asukkaan siirtymävaiheesta Palvelukoti Jokelaan. Opinnäytetyössä kartoitetaan moniammatillisen työryhmän kokemuksia sekä uuden asukkaan saapumisesta että Palvelukoti Jokelan osastojen välillä tapahtuvista asukassirroista. Palvelukoti Jokelaan saapuu uusia asukkaita sekä kotoaan että muista hoitolaitoksista. Palvelukotiin siirtymisen taustalla voi olla esimerkiksi kotona pärjäämättömyys, kykenemättömyys hallita omaa elämää tai sairaudet. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kokemuspäistä tietoa asukkaan siirtymävaiheesta ja siihen liittyvistä käytänteistä sekä selvittää, miten käytänteitä voitaisiin kehittää.

Opinnäytetyössä vastattiin seuraaviin kysymyksiin: Millaiset ovat palvelukodin vastaanottokäytänteet vastaanottotilanteessa? Miten moniammatillinen yhteistyö näkyy vastaanottotilanteessa? Miten vastaanottotilannetta tulisi kehittää? Haastattelujen pohjalta tuotetun tiedon avulla saatiin kokemuksellista tietoa, jonka avulla Palvelukoti Jokela voi lähteä kehittämään uusia, yhtenäisiä vastaanottokäytänteitä.

Tutkimukseen osallistuneet moniammatillisen työryhmän jäsenet kuvaavat opinnäytetyössä kokemuksiaan asukkaan siirtymävaiheesta Palvelukoti Jokelaan sekä olemassa olevia vastaanottokäytänteitä ja niiden toimivuutta haastattelussa esitettyjen avoimien kysymysten avulla. Opinnäytetyön teoriaosiossa käsiteltiin aihealueita, joista haastatteluissa haluttiin saada tietoa. Teoriaosiossa käsiteltäviä aiheita olivat vuorovaikutus, asukkaan vastaanottaminen, yksilövästuihin hoitotyö ja omahoitajuus, moniammatillinen yhteistyö, siirtymävaihe, vuorovaikutus siirtymävaiheessa sekä siirtymävaiheen vastaanottotilanteeseen liittyvät lomakkeet ja kaavakkeet. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisesti eli laadullisena kyselytutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kaikilla Palvelukoti Jokelan osastoilla ryhmähaastattelun avulla. Haastatteluissa esitettiin opinnäytetyön aiheeseen liittyviä avoimia kysymyksiä. Haastatteluista saatu aineisto käsiteltiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Opinnäytetyön pohjalta voitiin todeta, että Palvelukoti Jokelan moniammatillinen työryhmä kokee vastaanottokäytänteiden toimivan melko hyvin. Haastatteluiden luoma innovatiivinen ilmapiiri sai moniammatillisen työryhmän kuitenkin löytämään käytänteistään epäkohtia esimerkiksi tiedonsaannissa ja -välityksessä. Niiden kehittäminen saisi siirtymävaiheen toteutumaan sekä henkilökunnan että asukkaan näkökulmasta entistä paremmin. Työryhmä oli motivoitunutta luomaan uusia, yhtenäisiä käytäntöjä, jotka helpottaisivat käytännön työtä. Opinnäytetyössä tuli esiin myös moniammatillisen yhteistyön tuomat edut siirtymävaiheessa sekä se, miten yhteistyötä voitaisiin kehittää.

Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan jatkossa käyttää yhtenäisten vastaanottokäytänteiden luomiseen Palvelukoti Jokelaan. Saadun tiedon perusteella palvelukoti hyötyisi yhtenäisestä vastaanottolomakkeesta sekä moniammatillisen yhteistyön suunnitelmallisesta hyödyntämisestä asukkaan siirtymävaiheessa.

Avainsanat: moniammatillinen työryhmä, yksilövästuihin hoitotyö, omahoitajuus, siirtymävaihe, vuorovaikutus, vastaanottaminen.

Sainio, Anna-Maria., Sassi, Mira. & Tahvanainen, Janina.

Multidisciplinary workgroup´s experiences of the habitant´s transitional period when moving in Service home Jokela

Year	2015	Pages	41
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to identify a multidisciplinary workgroup's experiences of the habitant's transitional period when moving into Palvelukoti Jokela. In this thesis we will identify multidisciplinary workgroups experiences when habitants are moving in to Palvelukoti Jokela and when habitants are moving into another ward within Palvelukoti Jokela. New habitants can arrive to Palvelukoti Jokela from their homes, other health care institutions or service homes. Reasons to move in Palvelukoti Jokela can vary. Typical reason are: habitant can no longer manage at home, inability to control own life and different mental and physical illnesses.

The aim of this thesis was to produce practice-based knowledge about habitants transitional period and also identify what kind of admission practices are in use in Palvelukoti Jokela and find out how these practices could be developed in the future. The thesis was made to answer the following questions: What are the Service Home's practics in the admission? How does the multidisciplinary co-operation show in the admission? How should the admission practices be developed? Based on the information gained from the interviews we got practice-based information that service home Jokela can use to develop new common admission practices.

In this thesis members of the multidisciplinary workgroup describe their personal experiences of habitant's transitional period when moving in Palvelukoti Jokela and the existing admission practices and how they work based on open questions asked during interviews. In the theoretical part of the thesis dealt with topics related to interview questions. The topics were: interaction, habitant's admission, individual nursing and primary nursing, multidisciplinary co-operation, transitional period, interaction in transitional period and forms that are associated with transitional admission. The approach of this thesis was qualitative and was carried out with a qualitative survey. Data for the thesis was collected in every ward at Palvelukoti Jokela by group interviews in which topics that were defined in the theoretical part of the thesis were asked. The collected data was processed with content-oriented content analysis.

The results showed that Palvelukoti Jokela's multidisciplinary workgroup experiences admission practices to be functioning quite well. However they found some parts that could work better. Access to information was seen as being problematic from time to time. Smoother transfer of information would facilitate the process of transition both for staff and for the habitants. The workgroup was very motivated to create new common admission practices. They also recognized the benefits of multidisciplinary co-operation and had some thoughts how they could develop this co-operation in the future.

The results of the thesis can be used in the future to make common admission practices to Palvelukoti Jokela. On the basis of information received from the interviews Palvelukoti Jokela would benefit from a common form that every ward would use in the transitional admission. They would also benefit from a of more organized use of multidisciplinary co-operation.

Keywords: multidisciplinary workgroup , individual nursing, primary nursing, transitional period, interaction, admission.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Vuorovaikutus.....	7
2.2	Asukkaan vastaanottaminen.....	9
2.3	Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus	10
2.4	Moniammatillinen yhteistyö	12
2.5	Siirtymävaihe	15
2.6	Vuorovaikutus siirtymävaiheessa	17
2.7	Siirtymävaiheen vastaanottotilanteen ohjeistukset ja lomakkeet	21
3	Tutkimustehtävät	22
4	Tutkimusmenetelmät.....	23
4.1	Toimintaympäristön kuvaus	23
4.2	Otos.....	25
4.3	Aineiston keruu	26
4.4	Aineiston analyysi	27
5	Tulokset.....	28
5.1	Palvelukoti Jokelan siirtymävaiheen vastaanottokäytänteet vastaanottotilanteessa	28
5.2	Moniammatillinen yhteistyö vastaanottotilanteessa	29
5.3	Vastaanottotilanteen kehittäminen.....	30
6	Pohdinta	34
6.1	Etiikka ja luotettavuus	34
6.2	Johtopäätökset	38
	Lähteet	42
	Liitteet.....	47

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on auttaa kehittämään hyvää uuden asukkaan vastaanottoa ja yhtenäistää vastaanottotilanteita Palvelukoti Jokelassa. Tavoitteena on kerätä moniammatillisen työryhmän kokemuksia asukkaan siirtymävaiheesta Palvelukoti Jokelaan. Tarkoituksena on kerätä moniammatillisen työryhmän kokemuksista alustava runko yhtenäiseen vastaanottoaavakkeeseen. Sen tarkoituksena on toimia myöhemmässä vaiheessa vastaanotto-tilanteen jatkokehittämisen perustana.

Tämän opinnäytetyön avulla työyhteisö voi halutessaan kehittää siirtymävaiheen toimintaa. Terveystieteiden tutkimuksessa ihmisen terveyden edistäminen on yksi hoitotyötä ohjaava seikka. Voidaan nähdä, että tässä opinnäytetyössä moniammatillisen työryhmän kokemuksista kerätyn alustavan rungon avulla henkilökunta voi vaikuttaa asukkaiden terveyden edistämiseksi, kun henkilökunnalla on käytettävissään mahdollisimman laajasti tietoa asukkaasta hoitosuunnitelman laatimiseen. Vastaanottotilanteessa vuorovaikutus ja kohtaaminen ovat erityisen tärkeitä elementtejä. Yksilön kannalta terveyden edistämiseksi tärkeitä ovat kohtaaminen, voimaannuttaminen, elämänhallinnan vahvistaminen sekä sen kokemuksen vahvistaminen, että oma selviytyminen, terveys ja siihen liittyvät tekijät ovat hallittavissa. (Pietilä 2010, 233.)

Opinnäytetyön avainsanoiksi ovat valikoituneet moniammatillinen työryhmä, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus, siirtymävaihe, vuorovaikutus ja vastaanottaminen. Tiedonhakuun käytetään laajasti koti- ja ulkomaisia tiedonhakupalveluita. Näistä esimerkkeinä Medic, JB Hotus, Theseus, Terveysportti, Nelli-tiedonhakuportaali, ACM, Ebrary, Melinda, Sage Journals ja Ovid-tietokannat. Lisäksi olemme etsineet internetin hakusivuilta tiedeartikkeleja ja tutkimusuutisia.

Moniammatillisella työryhmällä tarkoitetaan kahden tai useamman eri ammattiryhmää edustavan henkilön työskentelyä yhdessä tavoitteen, asian, päämäärän tai esimerkiksi asukkaan hyväksi. Hoitotyössä tärkeiksi nousevat asukkaan tarpeet. Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisen yhteistyön merkitys on suuri, koska asiakkaat ovat usein moniongelmaisia, minkä vuoksi ratkaisujen löytämiseen tarvitaan monien eri alojen tuntemusta. (Isoherranen 2012, 10-13.)

Siirtymävaiheella tarkoitetaan hetkeä kahden ajankohdan välissä, jolloin ihminen siirtyy yhdestä vaiheesta toiseen. Eteneminen liitetään siirtymävaiheeseen. Aiemmat kokemukset ja tämänhetkinen lähtökohta vaikuttavat siihen, millaisia tunteita siirtymävaihe ihmisessä synnyttää. Asukkaan hoitolaitokseen kotiutumisen ja asukassuhteen muodostumisen kannalta vuorovaikutuksella on suuri merkitys. (Klemola 2006, 36.)

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Vuorovaikutus

Työssä eettisesti toimiminen edellyttää henkilökunnalta ammattietiikan mukaisen toiminnan lisäksi työtä ohjaavien lakien tuntemista ja niiden mukaan toimimista. Omien arvojen ja oman hoitofilosofian tunnistaminen ja tunnustaminen ovat edellytyksiä eettisesti korkealaatuiselle toiminnalle. (Oittinen 2012, 54.)

Vuorovaikutus on yksisuuntaisen viestinnän vastakohta. Yksisuuntaisella viestinnällä tarkoitetaan sellaista tapaa jakaa tietoa, ajatuksia ja eleitä, jossa viestin vastaanottajalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa viestin sisältöön. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan kahden henkilön välistä viestintää, jossa osapuolet voivat vaikuttaa toisiinsa sekä saada palautetta omasta toiminnastaan. Vuorovaikutus on aina myös tilannesidonnainen prosessi. (Himberg & Jauhiainen 2007.)

Kun vuorovaikutus on hoitajan ja asiakkaan välillä kaksisuuntaista, voidaan puhua vuorovaikutuksellisesta ohjaussuhteesta, jossa ihmiset vaikuttavat toisiinsa. Ohjaussuhteen tulee vastata asukkaan tarpeisiin. (Kostinen & Hupli 2013, 2-11.) Kaksisuuntaisesta vuorovaikutuksesta ei voida puhua silloin, kun molemmat osapuolet eivät ole aktiivisia keskustelussa. Asiakkaan aktiivisuutta voidaan tukea osoittamalla kiinnostusta hänen yksilöllisyyttään - taustatekijöitä, pyrkimyksiä, odotuksia ja tarpeita kohtaan. Ammatillaisen vastuulla on rohkaista aktiiviseen vuorovaikutukseen, mikä mahdollistaa taustatekijöiden tunnistamisen sekä vahvistaa hoitoon sitoutumista. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38-44; Kyngäs & Henttunen 2009, 97-99.) Henkilökunnan osaaminen ja palvelun laadun kehittäminen parantavat henkilökunnan ja asukkaan välistä vuorovaikutusta (Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 98-113).

Vuorovaikutuksen tavoitteena voidaan pitää yhteisymmärryksen saavuttamista eli yhtenäistä käsitystä siitä, mistä on keskusteltu, ja tunnetta siitä, että kumpikin osapuoli on tullut ymmärretyksi oikein. Tulee kuitenkin huomioida, ettei yhteisymmärrystä aina tavoitteista huolimatta saavuteta. Viestintä jaetaan sanalliseen ja sanattomaan viestintää, ja ne voivat eitoivotussa tilanteessa olla keskenään ristiriitaisia. Jotta sanatonta viestintää pystyttäisiin kontrolloimaan, tulee hoitajan suhtautua asiakkaaseen ammatillisesti. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet ja teot. Toistensa sanatonta viestintää tarkkailemalla hoitajalle ja asukkaalle voi käydystä keskustelusta muodostua toisistaan täysin poikkeavat mielikuvat. Läsnäolo, odottaminen, vastaaminen, oman ilmaisun mukauttaminen sekä tulkinnan tarkistaminen ovat edellytyksiä toimivalle vuorovaikutussuhteelle. (Kyngäs ym. 2007, 38-44; Kyngäs & Henttunen 2009, 97-99.)

Asiantuntijuus kohtaamisessa on kaksisuuntainen. Asukkaalle hoitaja edustaa häntä itseään koskevissa asioissa terveydenhuollon asiantuntijaa, kun taas hoitajan tulee nähdä asukas asiantuntijana tämän omaa elämää koskevissa asioissa. Asiantuntijuuden arvostaminen luo hedelmällisen maaperän keskusteluille. Pystyäkseen ohjaamaan keskusteluja tarpeen mukaisesti hoitajan tulee antaa asukkaalle tilaa ilmaista ohjaukseen kohdistuvia tarpeita ja odotuksia. Hyvässä, luottamuksellisessa vuorovaikutussuhteissa luotuihin tavoitteisiin sitoutuminen ja niissä onnistuminen on todennäköisempää. (Kyngäs ym. 2007, 38-44.)

Kutsu vuorovaikutukseen muodostuu arkipäiväisen puheen kautta. Tämä osoittaa kiinnostusta ja luo läheistä ilmapiiriä, joka synnyttää luottamusta hoitajaa kohtaan. Puheessa esiintyvät tauot, lauseiden epätäydellisyys sekä sanojen tai lauseiden toisto ovat tyypillisiä arkipäiväiselle puheelle. Toisto viestii asukkaalle, että häntä on todella kuunneltu. Tässä vaiheessa hoitajan on oleellista osoittaa tukea ajatusten selvittämiseen sekä uusien näkökulmien luomiseen. Näiden tietojen pohjalta voidaan lähteä tekemään toimintasuunnitelmaa. (Kyngäs ym. 2007, 82-88.) Sanallisessa viestinnässä väärinymmärryksen riski kasvaa, ja sanat voivat merkitä viestijöille eri asioita. Tämän vuoksi ammattikielen käyttämistä tulee välttää. (Kyngäs & Henttunen 2009, 97-99.)

Vastakohtana aktiiviselle, kunnioitukseen perustuvalla kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella voidaan pitää passivoivaa vuorovaikutusta. Passivoivassa vuorovaikutuksessa hoitaja ei anna tilaa asukkaalle näkemyksille eikä tue tätä aktiivisuuteen vuorovaikutuksessa. Tämä johtaa puutteelliseen tiedonsaantiin, ja puutteellisten tietojen pohjalta tehtyihin suunnitelmiin asukkaalle on haastavampaa sitoutua. Passivoivalle vuorovaikutukselle tyypillisiä piirteitä ovat hoitajan tarjoama yleistetty ohjeistaminen sekä se, että estetään asukkaalle osallistumisyhteydet jättämällä tekemättä tarkentavia tai vaihtoehtoisia kysymyksiä. Oman elämän asiantuntijuus ei pääse esille, mikäli asukas sysätään kuuntelijan rooliin. (Kyngäs ym. 2007, 82-88.) Asukas saattaa myös kuulua vuorovaikutuksen aloittamisessa passiiviseen ryhmään, jolloin hän tarvitsee sitä, että hoitaja kannustaa häntä aktiivisuuteen. Tällaisia kannustavia toimia ovat esimerkiksi ilmeet ja eleet, hiljaisuus tai sanallisesti aktivoiminen. (Kyngäs & Henttunen 2009) Asukkaalle aktivoimista edesauttavia asioita on kuvattu taulukossa 1.

Asukkaalle tietämystä voidaan tukea parhaiten antamalla hänen osallistua ratkaisujen etsimiseen. Ratkaisut löytyvät kokemusten ja tunteiden pohdinnan, harkinnan sekä arvioinnin kautta. Varsinaisen ohjauksen voidaan nähdä alkavan vasta, kun tilanne ja sen aiheuttamat tunteet on kartoitettu. Hoitajan tulee pyrkiä tukemaan asukasta tässä. (Kyngäs ym. 2007, 82-88.) On hyvä kuitenkin muistaa, että toisinaan joudutaan tilanteeseen, jossa asukas ei ole vielä valmis vastaanottamaan ohjausta. Tällaisessa tilanteessa asiakkaalle on usein helpompi luottaa hoitajan tietoon ja näkemykseen. Tällöin oman ratkaisukykyyn vahvistuminen ei vielä ala. Asukkaalle itsenäistymistä tulee kuitenkin aina tukea. (Kyngäs ym. 2007, 82-88.)

Asukkaan kutsuminen osallistujaksi vuorovaikutukseen	- osallistumistarjous - tuntemuksista kysyminen - arkirupattelu
Asukkaan ohjaaminen itsearviointiin	- tunnusteleva puhe - itsearviointikysymykset
Asukkaan kannustaminen asiantuntijuuteen	- kuunteleva palaute - vaihtoehtojen neutraali palaute - ohjeiden yksilöllisyys
Hoitajan ammatillinen vuorovaikutus	- positiivinen palaute - sopiva puhuttelumuoto - epäsuoruus - vertaispuhe

Taulukko 1: Osallistamista tukevia puhekäytäntöjä tiivistettynä (mukailien Kyngäs ym. 2007)

Ihmisluento ja kommunikaatio vaikuttavat aina ihmisten väliseen kanssakäymiseen. Haasteena on järjestää täysin neutraali tilanne todenmukaisen palautteen saamiseksi asukkaalta. Fyysisten tarpeiden ja oireiden kuten nälän, päänsäryn ja unettomuuden nähdään vaikuttavan käyttäytymiseen. Voidaan siis tarkastella, onko mahdollista saada selville puhdas totuus asukkaan ongelmasta niin, ettei fyysisten tarpeiden ja oireiden vaikutus ole osatekijänä. (Harrison & Hart 2006, 168-180.)

2.2 Asukkaan vastaanottaminen

Asukkaan itsenäinen päätös palvelukotiin muuttamisesta tukee minäkuvaa ja hallinnan tunnetta muutoksen aikana. Näillä asukkailla on suurempi mahdollisuus kokea muutoksen positiiviset vaikutukset ja hyväksyä ne. Yhteiskunnallinen mielikuva palvelukodista vaikuttaa yksilön suhtautumiseen omassa muuttotilanteessa. Tiedetään kuitenkin, että mielikuvia voidaan muuttaa antamalla asukkaalle mahdollisuus käydä palvelukodissa tutustumassa ja reflektoida kokemuksiaan sellaisten kanssa, joilla on palvelutalosta myönteisiä kokemuksia. Muutosprosessissa omaisten roolin tiedetään olevan merkittävä. Omaiset, jotka vakuuttavat asukkaalle jakavansa muutosta johtuvaa kuormitusta ja auttavat oman tilan luomisessa, helpottavat palvelutaloon sopeutumista. Jos hoitohenkilökunta pystyy hyödyntämään tulevan asukkaan lähipiiriä tällaisen tilanteen luomiseksi, he madaltavat muutoksen kynnyksiä ja luovat perustaa turvalliselle kommunikaatio- ja hoitosuhteelle asukkaan kanssa. (Sussman & Dupuis 2014, 438-459.)

Muuttopäivästä tiedetään, että mikäli asukkaan vastaanottotilanteesta voidaan tehdä miellyttävä tapahtuma sekä uudelle asukkaalle että saman yhteisön muille asukkaille, sosiaalinen

sulautuminen onnistuu jouhevasti. On suositeltavaa, että muuttopäivänä osastolla järjestetään virallinen tervetuloilaisuus, jossa samalla esitellään henkilökunta, mahdolliset huonetoimerit ja muut asukkaat, oma tila ja yhteiset tilat sekä osaston yhteistä toimintaa. Tämä tukee uuden asukkaan arvostamista ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta sekä yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sosiaalista hyväksyntää alusta lähtien. (Sussman & Dupuis 2014, 438-459.)

Vastaanottotilanteissa hoitaja ja asukas käyvät keskustelua, jonka tavoitteena on edistää ja yksilöidä asiakkaan tulevaa hoitoa yksikössä. Hoitaja ohjaa ja tarvittaessa rajaa keskustelua niin, että kaikki tarvittavat asiat tulevat käsitellyiksi. Keskustelua ohjaavat asukkaalle esitettävät kysymykset, ja asukkaalle tulee antaa mahdollisuus kommentoida vapaasti. (Välivaara 2003, 30-35.) Keskustelut voidaan jakaa käytännöistä riippuen erilaisiin osiin. Jaottelu voi olla esimerkiksi ongelmakeskus, elämäntilannekeskus ja ratkaisukeskus. Tällaisessa tilanteessa ongelmakeskus pitää sisällään asiat, jotka ovat johtaneet asukkaan hoidon tarpeeseen yksikössä. Sisällön muodostumiseen vaikuttaa se, kuinka asukas lähtee keskustelemaan - ovatko vastaukset kyllä/ei -tyyppisiä, vai tuottaako hän lähinnä kerronnallisia vastauksia. (Välivaara 2003, 30-35.)

Keskustelun tulokseen vaikuttaa se, kuka asukkaan kanssa keskustelee ja millaista kieltä ammattihenkilö käyttää. Ympäristö voi vaikuttaa siihen, millaisia käsitteitä asukas käyttää sairauksistaan ja oireistaan; käsitteet voivat olla hyvin erilaisia kuin ne, joita asukas käyttäisi esimerkiksi laitosympäristön ulkopuolella. Asukkaan ja ammattihenkilön välinen elekieli vaikuttaa sanoitetun viestin sisältöön. (Välivaara 2003, 30-35.)

Elämäntilannekeskustelun kysymykset ovat ongelmakeskustelukysymyksiä tarkemmin määritettyjä. Asiat käsitellään tyypillisesti yleisellä tasolla, lyhyin vastauksin, jolloin keskustelu saattaa tuntua asiakkaasta tiedonkeruulta, sen sijaan että hänen ainutlaatuisuutensa huomioidaisiin. Ratkaisukeskustelun aiheet liittyvät tyypillisesti lääkehoitoon ja kuntoutus- ja hoitosuunnitelmiin, ja ne käydään läpi vastaanottokeskustelun loppuvaiheessa. Ammattihenkilön näkemys ja ratkaisuehdotukset näyttävät keskustelussa ohjaavina, ja on tyypillistä, että asukas myötäilee niitä. (Välivaara 2003, 30-35.) Lisääntyneen tuen tarpeen tunnistamiseen tulisi kehittää yhtenäinen menetelmä (Lahtinen, Aho, Salonen & Kaunonen 2013, 171-182).

2.3 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Yksilövastuinen hoitotyö -käsitteellä tarkoitetaan työnjakomallia, jota ohjaa hoitofilosofia ja omahoitajuus (Munnukka & Aalto 2002, 24). Sillä tarkoitetaan myös sitä, että hoitajan toiminta on ammatillista ja asukkaan tarpeista lähtevää (Hjerppe 2008, 3 & Harkila 1991, 4). Omahoitajamalli, *Primary nursing*, kehitettiin 1960-luvun lopulla USA:ssa. Se korostaa hoidon ammatillisuutta, kokonaisvaltaista hoitoa ja asukkaan vieressä annettavan hoitotyön asiantunti-

juutta. (Harkila 1991, 2-6.) Yksilövastuisen hoitotyön kulmakiviä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus, jotka voidaan tehdä näkyviksi. Vastuullisuus ilmenee siten, että hoitohenkilön toiminta suhteessa asukkaaseen, tämän omaisiin sekä hoitoyhteisöön ja organisaatioon on vastuullista. Autonomia ilmenee hoitajan tekeminä päätöksinä hoitotyössä sekä niiden toteuttamisena ammatin tuoman itsemääräämisoikeuden puitteissa. Koordinoimalla varmistetaan, että hoitohenkilökunnan vaihtumisesta huolimatta asukkaan hoidon jatkuvuus taataan kattavasti. Suomessa omahoitajuutta on ollut jossakin muodossa jo 1950-luvulta lähtien, mutta yksilövastuisen hoitotyön intensiivinen kehittäminen alkoi 1970-luvulla. (Välimäki & Mäkitalo 2000, 16-17; Perälä 1989, 2.) Käytännössä omahoitajuuden rinnakkaiskäsitteitä ovat omahoitajasuhde, hoitosuhde, auttamissuhde ja yhteistyösuhde, joissa tavoitteen saavuttamiseksi hyödynnetään vuorovaikutusta. Tämä tapahtuu tietoisesti ja suunnitelmallisesti. (Punkanen 2008, 51.)

Hoitavan henkilön näkökulmasta hoitotyön lähtökohtana tulee olla myönteinen asenne. Jotta asukaskeskeinen hoitotyö olisi mahdollista, tarvitaan aitoa kiinnostusta asukasta ja hänen terveydentilaansa ja asioitaan kohtaan. Omahoitaja toimii asukkaan yhteistyökumppanina. Hän mahdollistaa asukkaan kasvun ja kehityksen oikeaan suuntaan kunnioittaen asukkaan arvoja, tahtoa ja mielipiteitä. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2013.) On huomattu, että asukkaiden sairauksien ehkäisyssä, toimenpiteiden jälkeisten komplikaatioiden estämisessä ja terveyden edistämässä saadaan parempia tuloksia, kun asukkaat saavat tukea hoitajalta koko hoitajakson aikana. (Wan, Hu, Thobaben, Hou & Yin 2011, 149-159.)

Hoitajien rooli on muuttunut ja avohoidon piiriin suunnataan enemmän hoitoa. Kroonisten sairauksien kuten diabeteksen, astman ja muiden hengityselinsairauksien sekä sydän- ja verenpainetaudin määrä lisääntyy. Tällöin hoito muuttuu akuuttihoidosta pitkäaikaishoidoksi. Pitkäaikaishoidossa terveysneuvonta ja asukkaan voinnin seuranta tapahtuvat pitkän ajan kuluessa, jolloin hoitosuhteet ovat pitempiä kuin akuuttihoidossa. Omahoitajamalli mahdollistaa asukkaiden pidempiaikaisen hoidon, ja asukkaat ovat tyytyväisempiä hoidon laatuun, koska he saavat asioida samojen hoitajien kanssa. Hoidon toteuttaminen on myös hoitajalle helpompaa, koska hän tuntee asukkaan nykytilan ja historian pidemmältä ajalta ja pystyy antamaan niiden pohjalta neuvontaa sekä ennaltaehkäisemään mahdollisia sairauksia. Omahoitaja pystyy perehtymään asukkaan tilanteeseen syvemmin, jolloin ennaltaehkäisevä työ helpottuu. Omahoitaja pystyy tunnistamaan sairastumista edeltäviä ensioireita ja antamaan asukkaalle ohjausta, jolloin sairastuminen voidaan mahdollisesti kokonaan välttää. (Parker, Walker & Hegarty 2010, 159-160.)

Sen lisäksi, että omahoitajamalli edistää asukastyytyväisyyttä, sen tiedetään edistävän myös hoitajien työtyytyväisyyttä. Hoitajat pystyvät perehtymään työtehtäviinsä ja vastualueisiinsa paremmin ja tiedonkulku on sujuvampaa, jolloin hoidon toteuttaminen on helpompaa. Hoito-

työn sujuvuus mahdollistaa hoitotiimien toiminnan tehokkuuden ja hoitohenkilökunnan työssä-jaksaminen kohenee, jolloin myös hoitajien vaihtuvuus vähenee. Omahoitajamalli vaikuttaa positiivisesti asukkaan kokeman hoidon laatuun, omaisten tyytyväisyyteen sekä hoitoon osallistuvan henkilöstön jaksamiseen, koska hoidon toteuttaminen helpottuu ja tieto kulkee sujuvasti eri tahojen välillä. (Fairbrother, Jones, & Rivas 2010, 202-220.) Heinonen ja Viita-aho (2014, 18-21) selvittivät työssään hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksesta kävi ilmi, että omahoitajuutta kyettiin toteuttamaan onnistuneesti. Tulokset olivat parhaita silloin, kun omahoitajuuteen saatiin koulutusta ja työyhteisön tuki. Suurimmaksi haasteeksi koettiin tilanteet, joissa asukkaalla ei ollut motivaatiota hoitosuhteeseen tai henkilökemiat asukkaan ja hoitajan välillä eivät kohdanneet. Taitoja omahoitajana voidaan tukea kehittämällä jatkuvasti hoitajan ammattitaitoa sekä huomioimalla asukkaan voimavarat.

2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä käytetään nykyisin, kun halutaan kuvata suuntaviivoja, joiden mukaan sosiaali- ja terveysalan työtä halutaan kehittää, ja kun halutaan kuvata sitä, millä tavalla haasteista jatkossa selvitään. Ongelmat ovat sosiaali- ja terveysalalla monitahoisia ja koskettavat montaa eri aluetta. Tiedon ja osaamisen määrän lisääntymisen vuoksi kukaan ei pysty yksin hallitsemaan kokonaisuutta, jolloin syntyy tarve moniammatilliseen yhteistyöhön. Asukkaiden ja heidän omaistensa osallistuminen omaa elämää koskeviin ratkaisuihin asettaa paineita heille tarjottavien palveluiden laadulle. Moniammatillisella toiminnalla pystytään vastaamaan myös tähän haasteeseen. Asukaslähtöisyys, palveluiden tuottaminen ja hoidon järjestäminen ovat nykyisin eri hallintoalojen ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä kaikkialla maailmassa. Moniammatillisen yhteistyön avulla pystytään kokoamaan tietoa, ja sen avulla luodaan yhteinen tavoite. (Isoherranen 2012, 10-25.)

Moniammatillista yhteistyötä on mahdollista tehdä eri tilanteissa esimerkiksi asukkaan päivittäisessä hoidossa tai organisaatioiden eri ammattiryhmien välillä. Moniammatillisuutta on tutkittu eri lähestymistavoilla, ja teoreettisina viitekehyksinä tutkimuksissa on käytetty esimerkiksi sosiaalisen vaihdon teorioita, organisaatioteorioita, tiimien ja ryhmien kehittymisen teorioita sekä reflektiivisen toimijan käsitettä. Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityö yhdistetään arkipäiväisissä tilanteissa yleensä samaksi asiaksi, ja kun asiaa on lähdetty selvittämään tarkemmin, on huomattu, että tiimityö tarkoittaaakin perinteistä, eri ammattilaisten rinnakkain tekemää työtä. Laadun ja tehokkuuden lisäämiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön käsitteeseen liittyy läheisesti myös muita käsitteitä kuten monitieteisyys (multidisciplinary), tieteidenvälisyys (interdisciplinary) ja poikkitieteellisyys (transdisciplinary). (Isoherranen 2012, 10-25.)

Vastaanottotilanteessa moniammatillinen yhteistyö toteutuu asukkaan, lääkärin, hoitajan ja muiden asukkaan hoitoon osallistuvien tahojen kesken. Vastaanottotilanteessa hoitajalla tarkoitetaan lähi-, perus- tai sairaanhoitajia, osastonhoitajia sekä vastaavia hoitajia. Hoitoon saapuvasta ihmisestä käytetään käsitettä potilas tai asiakas. Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä asukas. Vastaanottotilanteessa moniammatillinen yhteistyö on tiimityötä, mikä tarkoittaa sitä, että tietty joukko henkilöitä on kiinteästi yhteydessä keskenään ja että jokaisella on omat vastuunsa ja tehtävänsä. Hoitajien vastuulla olevat tehtävät ovat lisääntyneet, ja nämä muutokset vaikuttavat hoitajien työnkuvaan. Työ on muuttunut sairaanhoidollisemmaksi, mikä merkitsee sitä, että hoitajien vastuu on suurempi. Vastuun lisääntyessä ja työnkuvan muuttuessa virhetulkintojen mahdollisuus on kasvanut, joten hoitajilla on tarve lisäkoulutukseen. Työpaineet ovat lisääntyneet, ja moniammatillinen yhteistyö ei aina suju. Toimintaa tulee kehittää, jotta moniammatillisen työryhmän jäsenillä on kokemus oman työn hallinnasta. Sitä kautta pystytään tarjoamaan paras mahdollinen palvelu asukkaille. (Peltonen 2009, 50-51, 158-165 & Hytönen 2011, 67-68.)

Eri ammattiryhmien työnkuvan tuntemus lisää arvostusta toisen ammattitaitoa kohtaan ja helpottaa yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön puitteet rakentuvat johdon luomien edellytysten pohjalta. Hyvä esimiestyö on edellytys moniammatillisen yhteistyön toimivuudelle. Johtamista tarvitaan rajoittamaan liiallisen tasavertaisuuden aiheuttamaa uhkaa työryhmän toimivuudelle. Maksimaalinen tasavertaisuus ja eriävien mielipiteiden huomioiminen estävät tavoitteisiin pääsemistä. (Hytönen 2011, 67-68.) Vastaanotto toiminnan kehittämisalueita ovat toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostaminen, toimintaprosessien arvioiminen ja uudistaminen, yhteisten toimintalinjojen ja käytänteiden luominen. Hoitajien työn sisältöä ja yhteistyötä tulisi kehittää ja asukasohjausta tulisi tehostaa. Moniammatillisen työryhmän jäsenien tulisi yhdessä suunnitella ja arvioida vastaanotto toimintaa kokonaisvaltaisesti, niin että toimintoja saadaan uudistetuksi. (Peltonen 2009, 158-165.)

Moniammatillisen yhteistyön toimivuus vaatii asiantuntijoilta pätevyyttä ja varmuutta sekä kaikkien osapuolien sitoutumista prosessiin. Itsensä ja toisten kunnioittaminen ja luottamus ovat yhteistyön avaimia. Muodostuakseen kestäväksi yhteistyösuhde vaatii välittämistä ja aikaa. (Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby & Roots 2012.) Keskinäinen arvostus ja luottamus toisen asiantuntijuuteen vaikuttavat kommunikaatioon, sillä ne poistavat tarpeen korostaa omaa asiantuntijuutta esimerkiksi käyttämällä vaikeita ammattitermejä (Isoherranen 2012, 126-128).

Omahoitajan rooli voidaan nähdä myös tiedon välittäjän roolina: omahoitaja vie kerätyn tiedon työyhteisön käyttöön ja sitä kautta näkyväksi käytännön työssä (Sibbald, Wathen, Kothari & Day 2012). Tiimityöskentely mahdollistaa vastuun jakamisen toisten ammattilaisten ja

asukkaan kanssa. Tiedonvaihto eri tietämyksen omaavien henkilöiden välillä vähentää virheiden ja inhimillisten erehdysten määrää. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 343-344.)

Moniammatillisuuden toteutuminen ei aina ole itsestäänselvyys. Syynä siihen, ettei se toteudu, voi olla esimerkiksi eri ammattiryhmien asiantuntijoiden puute, taloudellisten resurssien puute sekä kustannusten valossa tarkastellen tehottomilta vaikuttavat tapaamiset. Myös valmius toimia yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa on edelleen ajoittain haasteellista. Hyvät työolosuhteet sekä toimiva kliininen yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa lisäävät henkilökunnan työviihtyvyyttä. Eri koulukuntien ja ammattiryhmien ennalta määräämien asetelmien puitteissa toimiminen ja niissä pitäytyminen on vanhahtava ja tehoton toimintamalli. Tulevaisuuden toimintamalleja sekä laaja-alaista palvelu- ja hoitovaihtoehtojen valikoimaa mietittäessä moniammatillisuus on ratkaisu joustaviin toimintamalleihin. Toimijoiden keskinäinen yhteistyö ja saman kielen puhuminen mahdollistavat esteettömän tiedonkulun eri ammattiryhmien välillä kaikille toimijoille. Tämän yhteistyön voidaan nähdä hyödyttävän sekä toimijoita että palveluiden käyttäjiä. (Lehtonen 2011.) Yhteiset käytännöt tukevat yhteisten sääntöjen ja ohjeiden luomista (Isoherranen 2012, 126-128).

Moniammatillisen yhteistyön mahdollistaa organisaation halu oppia ja kehittyä monitieteellisesti. Moniammatillisen yhteistyön mahdollistaa se, että potilaista kootaan mahdollisimman tarkat tiedot ja että ne ovat sekä potilaslähtöisiä että kokonaisvaltaisia. Organisaation sisällä moniammatillisen työryhmän kesken tulee sopia yhteneväiset käytänteet potilaista saatavan tiedon kokoamiseen ja keräämiseen sekä välineet, joilla tietoa kerätään. Ammatillisilla tulee olla tarvittaessa mahdollisuus ylittää rajoja eli toimia työssään laajemmin, kuin mitä ammattinimikkeen työnkuva määrittää. Rajojen ylittämisen tulisi koskea myös organisaatioiden välillä tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön onnistumista tulee seurata ja arvioida jatkuvasti, niin että toimintaa voidaan kehittää. (Isoherranen 2012, 33-72.)

Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyy läheisesti käsite tiimityö, joka on yksi tavallisimmista tavoista tehdä potilaslähtöistä hoitotyötä. Moniammatillinen yhteistyö on prosessi, jossa vuorovaikutus ja yhteistyö eri ammattilaisten välillä kehittyvät vähitellen ajan kuluessa. Vuorovaikutusprosessiin liittyy tiedon, vastuun ja tavoitteiden potilaslähtöinen jakaminen. Moniammatillista yhteistyötä tehdään eri tavoilla, ja jokainen siihen osallistuva tuo prosessiin oman, ainutlaatuisen panoksensa. Moniammatillinen yhteistyö on mahdollista, kun organisaatio antaa sen toteuttamiselle tuen, työryhmän jäsenet tietävät roolinsa yhteistyössä, heillä on tarvittavat vuorovaikutustaidot ja he ovat valmiita muodostamaan tiimejä. Jotta tiimit voisivat toimia mahdollisimman tehokkaasti, myös ihmissuhteiden rakentamisen tulee olla mahdollista. (Isoherranen 2012, 33-72.) Moniammatillisesta yhteistyöstä on hyötyä asukkaalle, sillä se parantaa ja tehostaa hoidon laatua. Asukas huomioidaan kokonaisvaltaisemmin, mikä paran-

taa potilastyytyväisyyttä. Tehostuneen toiminnan myötä potilaiden hoitolaitoksissa viettämä aika lyhenee ja hoidoista syntyvät kustannukset laskevat. Moniammatillisen yhteistyön avulla henkilökunnan osaamista pystytään hyödyntämään tehokkaammin ja töitä järjestämään järkevämmiin, mikä paitsi alentaa kustannuksia, myös lisää työntekijöiden työtyytyväisyyttä ja henkilökunnan pysyvyyttä ja vähentää työuupumusta. (Isoherranen 2012, 33-72.)

Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan, koska ammattilaiset kohtaavat nykyisin työssään yhä monimutkaisempia ongelmia ja tarvitsevat apua. Joustavuus, jatkuva oppiminen ja tiimityön kehittäminen mahdollistavat toiminnan kehittämisen ja tehostamisen. Asukkaat ja heidän omaisensa ovat nykyisin entistä tietoisempia oikeuksistaan. Kun lisäksi hoidon lähtökohtana on potilaslähtöisyys, potilaiden tarvitseman palvelun tulee olla tehokasta ja selkeää. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa toiminnan tehokkuuden ja selkeyden. (Isoherranen 2012, 33-72.)

Moniammatillinen tiimityö toteutuu joskus vanhanaikaisella tavalla. Silloin tietoa ei välitetä toisille ammattilaisille eikä roolijakoja ylitetä, vaan ammattilaiset vain työskentelevät yhdessä. Vanhanaikaiseen tiimityöhön verrattuna moniammatilliseen tiimityöhön kuuluu tiedon välittäminen ja sen muokkaaminen yhteiseksi tiedoksi. Moniammatillisessa tiimissä ammattilaisien väliset roolijaot pystytään ylittämään ja tiimin kokoonpano vaihtelee asukkaan mukaan. Toisin kuin liike-elämän tiimeissä sosiaali- ja terveysalan tiimeissä ammattilaiset joutuvat työssään kohtaamaan elämän peruskysymyksiä ja niihin liittyviä tunteita sekä tekemään vaikeita eettisiä ja moraalisia päätöksiä. (Isoherranen 2012, 33-72.)

Moniammatillisen tiimin toiminnan tavoite on löytää paras mahdollinen ratkaisu asukkaan ongelmaan. Tämän ratkaisun löytämiseksi tarvitaan ammattilaisten vapaata keskustelua, jonka avulla muodostetaan kaikille yhteinen näkemys tavoitteesta. Vapaa keskustelu on tieteellistä keskustelua. Tämän jälkeen päätöksenteon vaiheessa käytetään rationaalista keskustelua, jonka avulla tehdään päätökset. (Isoherranen 2012, 33-72.)

2.5 Siirtymävaihe

Elämänkaarajattelussa ihmisen kehitysvaiheiden nähdään koostuvan erilaista aikakausista. Elämänkaarella voidaan kuvata ajan kuluessa tapahtuvia muutoksia yksilön elämässä ja perhesysteemissä. Hoitajan tulee tunnistaa, mitä kehitysvaihetta asukas elää. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu yksilön kasvu, kehitys, ikääntyminen ja persoonan sekä sosiaalisen identiteetin rakentaminen sidottuna kehoon, tajuntaan sekä eri tilanteisiin. (Rönkkö & Rytkönen 2010, 117-164.)

Siirtymävaihetta voidaan kuvata myös sellaiseksi matkaksi kahden vakaan jakson välillä, johon liittyy muutoksesta johtuvaa epävarmuutta ja sekasortoa (Chick & Meleis 1986; Krause & Salo 1992; Meleis & Trangenstein 1994; Rintanen 2000). Siirtymävaiheesta tunnetaan sopeutumista heikentäviä ja toisaalta vahvistavia tekijöitä. Sopeutumista vahvistavia tekijöitä ovat laitoksen kodinomainen tunnelma ja laitoksen ulkopuoliset sosiaaliset suhteet. Sopeutumista puolestaan heikentävät yhteiset säännöt ja rutiinit sekä tiedon puute, hoitajien kiireisyys ja muiden asukkaiden outo tai ahdistava käytös. Mitä enemmän ihmisellä on mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa, sitä helpompaa laitokseen sopeutuminen on. Vaikutukset ovat yksilöllisiä. Muutokset tapahtuvat tyypillisesti itsetunnossa, psyykkisessä ja fyysisessä voinnissa sekä rooleissa. Muutokseen sopeutumisessa ihminen käyttää voimavarojaan ja selviytymiskeinojaan, ja hän joutuu usein luomaan uusia toimintatapoja. (Klemola 2006, 36.)

Siirtymävaihetta voidaan kuvata kriisinä, jolle on tyypillistä vaiheittainen eteneminen. Vaiheittain eteneminen voi olla nopeaa. Mikäli ihminen on itse pannut alulle muutoksen vaiheeseen, siihen sitoutuminen ja sopeutuminen ovat helpompia. Jos taas muutoksen käynnistäjänä toimii jokin muu taho, sopeutuminen voi olla vaikeampaa. Itse siirtymävaihe sisältää erilaisia vaiheita. Ennakkovaiheella tarkoitetaan sen tapahtumasarjan käynnistymistä, joka johtaa siirtymävaiheen alkamiseen. Ennakkovaihetta seuraa tasannevaihe, johon liittyy odottamista. Esimerkiksi hoitopaikan saamista voidaan joutua odottamaan. Siirtymävaihe loppuu siihen, kun fyysinen muutto on toteutettu. Tämän jälkeen alkaa sopeutuminen uuteen ympäristöön. (Klemola 2006, 81-85.) Kodin luominen tapahtuu ihmissuhteiden, viihtymisen ja kuulumisen kautta sekä erilaisen tekemisen ja asumisen kautta (Huttunen 2002, 299). Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja itsenäisyyden kannustaminen tukevat siirtymävaiheessa asukkaann voimavaroja arjessa (Noppari ja Tanttinen, 2004, 47).

Muutoksen vaihemallissa elämäntapamuutokseen nähdään sisältyvän viisi vaihetta, joita ovat esiharkintavaihe (*precontemplation*), harkintavaihe (*contemplation*), suunnitteluvaihe (*preparation* tai *determination*), toimintavaihe (*action*), ylläpitovaihe (*maintenance*) sekä repsahdusvaihe (*relapse*). Turkua (2007, 55-61), Honkasta (2010, 25-17) ja Dartia (2011, 2-7) keskenään vertaillen voidaan tarkastella muutoksen vaiheille tyypillisiä ominaisuuksia. Turku (2007) ei esittelle mallissaan esiharkintavaihetta ja Dart (2011) jättää pois repsahdusvaiheen. Honkanen (2010) mukailee Turun (2007) esittämää mallia ja jättää myös esiharkintavaiheen erittelemättä. Yleensä vaiheesta toiseen siirtyminen on hidasta. Joskus ihminen perääntyy ja siirtyy takaisin aikaisempiin vaiheisiin. Tämäkin nähdään normaalina osana prosessia. (Turku 2007, 55-61; Dart 2011, 2-7, Honkanen 2010.) Muutos on monivaiheinen prosessi, jonka nähdään päättyvän silloin, kun aktiivista työskentelyä asian ratkaisemiseksi ei enää tarvita. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2014, 30-31.)

Esiharkintavaiheessa asukas vastustaa muutosta eikä näe sille syytä. Tämä on kaikessa muutoksessa normaali prosessin vaihe. Se voi kestää pitkään, ja siitä harkintavaiheeseen siirtyminen edellyttää asukkaalta edes jonkin asteista muutoksen merkityksen omaksumista. Harkintavaiheessa asukas alkaa harkita muutoksen toteuttamista. Hän on valinnan suhteen ambivalentissa tilassa (ristiriidassa). Hän puntaroi muutoksen hyviä ja huonoja seurauksia eikä ole vielä valmis toteuttamaan muutosta. Suunnitteluvaiheessa asukas on valmis muutokseen. Hänen kanssaan suunnitellaan muutoksen toteuttamista, hänen motivaatiotaan ja muutokseen sitoutumistaan tuetaan. Päätöksentekovaiheessa voidaan sopia esimerkiksi, koska muutos aiotaan tehdä ja millainen se on. (Karjalainen & Marttila 2010, 12-13.)

2.6 Vuorovaikutus siirtymävaiheessa

Hoitajan rooli sopeutumisessa on merkittävä, ja hän vaikuttaa käytöksellään myös siihen, millaiseksi asukas kokee elämänsä laadun. Asukkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa hoitajan hyvillä kommunikaatiotaidoilla sekä asiallisella käytöksellä on suotuisa vaikutus. (Klemola 2006, 36.) Hoitolaitoksen, asukkaan ja omaisten yhteistyösuhteen onnistuminen vaikuttaa myös asukkaan kokemukseen hoidon laadusta (Kotiranta 2009). Asukkaan sosiaalinen verkosto kannattaa ottaa mukaan hänen hyvinvointinsa tukemiseen. Verkoston voimavarat tulee hyödyntää tarkasti erityisesti toipumis- ja kuntoutumisvaiheessa. Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan asukkaan perheen lisäksi esimerkiksi ystäviä, sukulaisia, naapureita, työkavereita sekä muita asukkaalle tärkeitä ja läheisiä ihmisiä. Myös ammattiauttajien ja viranomaisten voidaan nähdä kuuluvan verkostoon. (Hietaharju & Nuutila 2010, 194-195.)

Asukkaan sopeutumista uuteen ympäristöön helpottavat hoitohenkilökunnan riittävät tiedot hänestä ja hänen taustastaan. Tämä on tärkeää kertoa myös omaisille. Heille on hyvä kertoa myös siitä, miten siirtymävaihe vaikuttaa heidän läheiseensä, jotta he osaisivat tukea tätä prosessin eri vaiheissa. (Kotiranta 2009.) Ohjauksena voidaan käyttää esimerkiksi muutoksen vaihemallin mukaista etenemistä prosessinomaisesti. Se auttaa hoitohenkilökuntaa hahmottamaan, millaisessa vaiheessa asukas muutoksen toteuttamisessa kulloinkin on. Hoitajan tulee kyetä arvioimaan, minkälaista tietoa missäkin vaiheessa kannattaa antaa ja minkälaista tietoa asukas on valmis vastaanottamaan. Muutoksen vaihemallin mukaista, motivoivaa haastattelua käytetään riippuvuus- ja elämänmuutosproblematiikan hoidossa. Motivoiva ohjaus on prosessinomaista työskentelyä, joka etenee vaiheittain. Ohjaussuhde on ohjaajan ja ohjattavan luottamuksellinen, turvallinen ja kunnioittava. Työskentely on vapaaehtoista ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. Motivaatiolla tarkoitetaan eteenpäin vievää halua, tunnetta, tarvetta, joka on rakentunut sisäisen säätelyn ja muutostarpeen kautta. Ohjaajan tehtävänä on valmentaa, houkuttaa ja kannustaa asukasta tekemään elämässään itseään palvelevia muutoksia. Ohjaajan työmenetelmiin kuuluu myös ristiriitojen osoittaminen, prosessin vaiheissa tukeminen, asukkaan itsensä vastuuttaminen valinnoistaan sekä asukkaan sitouttami-

nen prosessiin. Ohjaajan näkökulmasta prosessin tarkoitus on voimaannuttaa asukasta tämän omien valintojen ja elämäntapamuutosten avulla. (Turku 2007, 41-43.)

William Miller ja Stephen Rollnick (2002, 25) kehittivät motivoivan haastattelun. He määrittelevät sen seuraavasti: *“Motivational interviewing is a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence.”* Tämä tarkoittaa asiakaskeskeistä menetelmää, jossa keskitytään sisäisen motivaation kasvattamiseen. Tavoitteena menetelmässä on tutkia ja ratkaista ambivalenssia. Asukasta kannustetaan puhumaan muutoksesta ja häntä tuetaan muutoksessa ja siihen sopeutumisessa. Motivoivan haastattelun painopiste on keskustelussa ja vuorovaikutuksessa. (Miller & Rollnick 2002, 25.) Motivoivan haastattelun tiedetään lisäävän hoidon tuloksellisuutta. Motivoivan haastattelun periaatteita voidaan soveltaa myös siirtymävaiheen vuorovaikutuksessa. Näin tuetaan asukkaan sitoutumista sekä sopeutumista uuteen ympäristöön. (Mäkelä & Aalto 2010.)

Motivoivan haastattelun tärkein ja haastavin taito on refleктоiva kuuntelu, jossa hoitajan tulee valita, mitä asukkaan puheesta refleктоi tai painottaa ja minkä jättää huomiotta. Reflektion tarkoituksena on vahvistaa asukkaan tuottamaa sanomaa tai muokata sen merkitystä. Asukkaan tulisi kuulla oma, muutosta tukeva viestinsä vähintään kahdesti. Tunnistaessaan puheesta ambivalenssia hoitaja voi synnyttää muutוסmyönteisyyttä vastahakoisessakin asukkaassa. Työntekijän tulee kuitenkin muistaa, että hänen on tuettava asukasta, ratkaisipa tämä ambivalentin tilanteen miten hyvänsä. (Miller & Rollnick 2002, 13-19 & 38-39; Huhtaniemi 2010.)

Ammatillisuuteen kuuluu vuorovaikutuksessa tapahtuvien ilmiöiden tunnistaminen ja tunnistaminen, oman vuorovaikutuksen hallitseminen sekä omien ja asiakkaan rajojen kunnioittaminen. Siihen kuuluvat myös empatia, vastatunteet, vallan ja vastuun olemassaolo sekä distanssin toteuttaminen. Haastava työ edellyttää hoitajalta riittävän hyvää itsetuntoa sekä itsetunnon rajojen tunnistamista, vahvaa moraalista ja kulttuurista itsetuntemusta sekä kykyä itsereflektioon. Työnohjaus on hyvä tapa purkaa työstä johtuvaa kuormitusta ja käsitellä sen vaikutuksia omaan ammatillisuuteen ja persoonaan. (Saarelainen ym. 2010, 74-77.) Hoitajan ammatillinen kasvu ja kehitys on etenevä prosessi, jonka hyväksi tulee työskennellä. Pystyäkseen analysoimaan ja kehittämään ajatteluaan ja toimintatapojaan hoitajan tulee olla tietoinen aikaisemmista kokemuksistaan, vahvuuksistaan, asenteistaan, tunteistaan ja tarpeistaan sekä kehittymisalueistaan niin henkilökohtaisessa elämässään kuin työssäänkin. (Kuhanen & Kanerva 2012, 170-171.)

Samauttamisella (pacing) tarkoitetaan oman ei-sanallinen käyttäytymisen sopeuttamista toisen ihmisen henkilökohtaisia merkityksiä ilmaisevaan ja kannattavaan, ei-sanalliseen käyttäytymiseen. Samauttamisella vahvistetaan ja validoidaan eli vahvistetaan. Samauttamisen alu-

eita ovat kehonkieli kuten asento ja liikkeet, ilmeet ja biologiset rytmit kuten hengitys ja liikkeiden tempo, ääni - sen voimakkuus, korkeus, tauot ja vauhti - sekä sanallinen samauttaminen. (Vanhanen, 2013 a.) Sanallista samauttamista ovat esimerkiksi toistaminen ja heijastaminen, jossa tarkoituksena on rohkaista asukasta kertomaan lisää. Heijastamistekniikoita ovat toistamisen ja selventämisen lisäksi selventäminen yhteenvedolla. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota heijastamisen oikeaan ajankohtaan sekä luontevuuteen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 30.)

Rajoittaville uskomuksille tyypillisiä ilmaisuja ovat ”aina, kaikki, ei koskaan, ei kukaan, muut, minun pitää, on välttämätöntä, ei ole mahdollista”. Erityisen vahingollisia ovat identiteettiin liittyvät uskomukset. Uskomukset ohjaavat ajatuksia, havaitsemista ja toimintaa sekä muistamista. (Vanhanen 2013 b.) Uskomusten kyseenalaistaminen vie uusien ajatus- ja toimintamallien äärelle. Sen kautta voidaan tunnistaa uusia voimavaroja ja tehdä ennen mahdottomilta tuntuneista asioista realistisia tavoitteita. Neuro-linguistic programming (NLP) -tavoitetyöskentelyssä puhutaan hyvin muotoillusta tavoitteesta (well-formed out-come), jonka muodostuminen on prosessityöskentelyä, jossa täsmennetään tavoitteeseen liittyvät toiveet, haaveet ja väljät päivämäärät. Prosessin vaiheita ovat ongelman määrittely, tavoitteen laatiminen, tavoitteen saavuttamisen suunnittelu, toiminta ja saavutuksien arviointi. Tavoitteen laatisessa kiinnitetään huomiota esimerkiksi tavoitteen myönteiseen asetteluun (haluan olla tyytyväinen vs. en halua olla masentunut), siihen, että tavoitteen saavuttaminen on kiinni vain itsestä, tavoitteen täsmälliseen ilmaisuun, tavoitteen pilkkomiseen osiin sekä keinoihin, joiden avulla tavoitteen voi saavuttaa. (Vanhanen 2013, c.)

Ratkaisukeskeinen näkemys arkeen luo tavoitteita, jotka motivoivat työskentelemään. Toisinaan asioiden uudelleen määrittelemisen on tärkeää umpikujasta pääsemiseksi. Parhaimmillaan työskentely on erittäin palkitsevaa ja uudenlaisia vuorovaikutus- ja elämäntapoja voidaan löytää. Narratiivinen ajattelu korostaa kokemusten tutkimista, merkityksellisiä arvoja, tilanteita, ihmisiä ja ajatuksia. Voimavaraistunut ihminen kokee sisäistä voimaantumisen tunnetta, mikä puolestaan motivoi ja johtaa sitä kautta toimintaan. Voimavarat ovat kuitenkin subjektiivisia kokemuksia, eli ainoastaan ihminen itse pystyy määrittämään niitä niin, että voimaantumisen vaikutus tulee näkyväksi. Edellä mainitusta syystä työskentely on hyvin henkilökohtaista ja onnistuessaan palkitsevaa. Yksi hoitajan tärkeistä tehtävistä on voimavara-työskentelyyn motivoiminen. (Rönkkö & Rytönen 2010, 188-193.)

Ennakoimattomuudella tarkoitetaan hoitosuhteessa syntyvää, hoitosuhteen edetessä muodostuvaa prosessia. Monikerroksisuudella tarkoitetaan hoitosuhteen molempien osapuolten hoitosuhteeseen tuomia tietoisia ja tiedostamattomia kokemuksia, asenteita, ajatuksia ja tunteita. Asukkaalle tyypillisiä asenteita hoitosuhteessa ovat ihannoiva asennoituminen, autetuksi tulemisen toive sekä avuttomuus ja riippuvuus. Hoitajalle tyypillisiä ovat avoin kiinnostuneisuus

suus, tutkiva asenne, kuunteleminen ja odottaminen sekä asiakkaan tunteiden ja mielikuvien todesta ottaminen. Vastaanottava, korjaava ja eheyttävä sekä tiedostava ja uudistava asennoituminen ovat myös hoitajalle tyypillisiä. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 21 & 38-59.) Hoitaja kommunikoi asukkaan kanssa instrumentaalisesti eli toimenpidekeskeisesti, teknisesti ja hoitokeskeisesti tai vastaavasti sosioemotionaalisesti eli kommunikaatiokeskeisesti ja tunne- ja huolenpitokeskeisesti. Hoitaja säätelee tietoisesti hoitosuhteen intensiteettiä eli tunnetason syvyyttä. On tärkeää tunnistaa tunnetiloja ja tehdä tarvittaessa väliintulo eli interventio. Tunnetyöskentely on olennainen osa hoitoprosessia. (Mäkelä ym. 2001, 20-22.)

Vastarinnalla tarkoitetaan asukkaan vastustusta annettavaa hoitoa kohtaan. Vastarinnan tunnistaminen auttaa hoitajaa pysymään hoitosuhteessa ammatillisena. Tunteensiirrolla tarkoitetaan asiakkaan asenteiden ja tunteiden siirtymistä hoitosuhteeseen. Vaikeat, käsittelyyn nousevat asiat saattavat käynnistää tunteensiirrot. Hoitajan tehtävänä on tukea asukasta tunteiden julkituontiin luomalla luottavainen ilmapiiri. Tunteensiirto, jossa hoitaja siirtää hoitosuhteeseen omia tunteitaan on vastatunteensiirto. Sitä tulee välttää, ja hoitaja voi käsitellä asiaa esimerkiksi työnohjauksessa. Täydentävä tunnereaktio sen sijaan on hoitajan asiallinen tunnereaktio asukkaan tunteisiin. Tässä hoitaja kokee saman tunteen kuin asukas, jolloin hoitajalla on mahdollisuus syventää asukkaan tilanteen ymmärrystä. (Mäkelä ym. 2001, 24-25.)

Psyykkiseen itsesäätelyyn liittyy puolustusmekanismeja, joissa säätely voi olla tietoista tai tiedostamatonta sen mukaan, millaisesta sisäisestä tai ulkoisesta uhkasta on kysymys. Kieltämistä voi tapahtua ajatuksissa, sanoin tai teoin. Taantumassa eli regressiossa ihminen palaa ikäänsä varhaisemmalle kehitystasolle. Päihtymistila lisää aikuisten regressioherkkyyttä. Heijastamisella eli projektiolla tarkoitetaan kielteisten ajatusten tai käyttäytymisen siirtämistä itsen ulkopuolelle kuten asioihin, esineisiin tai toisiin ihmisiin. Esimerkkejä tällaisista ovat itsekkyyys, viha ja mustasukkaisuus. Sisäistämisellä eli introjektiolla tarkoitetaan kaiken hyvän itseensä imemistä. Sisäistäminen ei ole suuressa määrin realistista. Selittäminen eli rationalisaatio näkyy ihmisen tarpeena selittää jatkuvasti tekojaan tai käyttäytymistään ulkopuolisilla tekijöillä. Arvon kieltämisellä tarkoitetaan esimerkiksi onnistumisen arvon vähättelyä silloin, kun ihminen epäonnistuu pyrkiessään johonkin. Kohteen siirrolla tai vaihdolla tarkoitetaan tunteiden kohteen korvaamista toisella kohteella. Kun ihminen käyttäytyy vastakkaisesti suhteessa omiin tunteisiinsa ja pyrkii salaamaan todelliset tunteensa ympäristöltään, puhutaan vastakohtaksi kääntämisestä eli reaktionmuodostuksesta. Tyhjäksi tekeminen voidaan liittää vahvasti taikauskaiseen käyttäytymiseen: esimerkiksi ahdistavat ajatukset poistetaan hokemalla jotakin tai koputtamalla puuta. Torjunnalla tarkoitetaan ahdistavan kokemuksen tai ajatuksen siirtoa pois tietoisuudesta. Pelko ja ahdistuminen syytä tietämättä ovat merkkejä torjuntamekanismin toiminnasta. Korvaamisella eli kompensatiolla tarkoitetaan asian, asenteen tai ihmisen korvaamista toisella. Tarpeen jalostaminen eli sublimaatio ei ole puolustus-

mekanismi vaan kehittynyt toimintatapa, jossa lapsenomainen tarve muuttuu ihmisen kehityessä ja tarve purkautuu hyväksyttävällä tavalla. (Mäkelä ym. 2001, 25-27.)

2.7 Siirtymävaiheen vastaanottotilanteen ohjeistukset ja lomakkeet

Tavoitteena siirtymävaiheen vastaanottotilanteiden osalta on kartoittaa mahdollisimman laajasti henkilö- ja taustatietoja jatkohoidon suunnittelun tueksi. Tietoja voidaan kerätä sähköisesti tai asukaspapereihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kerää terveydenhuollon palveluita järjestäviltä tahoilta tilasto- ja rekisteritietoja. (THL 2014.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (1227/2010) määrittelee laajasti potilastietoon liittyviä asioita kuten suostumus- ja kieltoasioita, informointivelvollisuutta ja tiedonsaantioikeuksia sekä potilasmerkintöjen tietorakenteita.

Haastattelulomakkeiden käyttöä vastaanottotilanteiden yhtenäistämässä sekä arvioinnin helpottamisessa on tutkittu, ja lomakkeiden on todettu olevan henkilökunnalle hyödyllisiä apuvälineitä. Niiden avulla varmistetaan, että jokaisesta asukkaasta on yhtä kattavat tiedot hoidon suunnittelua varten. Lomake strukturoi vastaanottohaastattelun sekä nopeuttaa tietojen läpikäymistä. (Vidotto, Ferrario, Bond & Zotti 2010.) Myös asukkaan itsearvioinnin ja kokonaiskuvan muodostamisen helpottuminen ovat valmiin kaavakkeen etuja (Kumar, Ryan & Wagnes 2012). Mikäli haastattelukaavake räätälöidään vastaamaan yksikön tarvetta, se vastaa sille määritellyjä tavoitteita myös käyttömukavuudeltaan ja hyödyllisyydeltään (Tyler, Haihong, Perreau, Witt, Noble & Coelho 2014, 260-272).

Muutosvaiheesta selviytymistä voidaan tukea myös tarjoamalla asukkaalle mahdollisuus puhua elämästään. Samalla vahvistetaan tunnetta siitä, että uuden vaiheen alku ei merkitse vanhasta luopumista. Tässä voidaan käyttää tukena elämäntarinan keräämisen ja analysoinnin toimintamallia. Tietoja voidaan koota elämäntarinalomakkeen avulla. Lomakkeen täyttäminen yhdessä auttaa hoitajaa ymmärtämään asukasta ja tämän elämän merkityksellisiä vaiheita. Muistelu myös virkistää asukasta ja antaa tunteen siitä, että hänen muistojaan ja elämänhistoriaansa arvostetaan. Apuna muistelussa voidaan käyttää myös esimerkiksi valokuvia, muistorasiaa, ajatelmia ja sanontoja. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 222-226.)

Tiedonkeruulomakkeeseen kannattaa kirjata myös asukkaan ja omaisten kanta palliatiivisen hoidon toteuttamisesta. Palliatiivisesta näkökulmasta tulee tarkastella esimerkiksi hoidosta kieltäytymistä tai pidättäytymistä sekä lääkkeiden käyttöön liittyviä ajatuksia. Ilmaistu hoitoahto voi asukkaan elämänkaaren myöhäisemmässä vaiheessa olla oleellisen tärkeä. (Johanna Briggs Institute 2011, 2-3.)

Viranomaisten tai hoitotahojen välisessä asiakastietojen vaihdossa suositellaan yhtenäistä käytäntöä, jossa pyydettyvät asiat on määritelty erikseen. Tällaisia lomakkeita voidaan koota sekä psyykkisen että somaattisen sairauden näkökulmasta. Annamme esimerkin siitä, millainen hoitotahojen tiedonvaihtolomake voisi olla, kun on kyse psyykkisesti sairastuneesta asukkaasta. Otsikoinnin pääkohdissa mukaillaan Burletonia (Burleton 2013). Tietojen vaihdon tarkoitus on poistaa asiakkaalta velvollisuus toimittaa itseään koskevia, hoidollisesti merkittäviä tietoja useille eri tahoille. Samalla vältetään tutkimusten ja arviointien tahaton, perusteeton toistaminen. Lomakkeilla viestittävä ja välitettävä tieto parantaa potilasturvallisuutta. (Burleton 2013, 27-40.)

Nimi ja henkilötunnus	Yhteystiedot
Viimeisimmän hoitokontaktin ajankohta	Diagnoosit
Lääkitys	Suosittelava lähestymistapa
Riskitiedot, riskitekijät	Riskienhallintasuunnitelma
Suunnitellut interventiot, muut hoitokontaktit ja hoitomuodot	Tämänhetkinen mielenterveydentila
Tilan heikentymistä ennakoivat oireet	Lyhyt potilashistoria

Taulukko 2: Hoitotahojen tiedonvaihtolomake (mukaillen Burleton 2013)

3 Tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää uuden asukkaan hyvää vastaanottoa sekä vastaanottotilanteen yhtenäistämistä Palvelukoti Jokelassa. Tavoitteena on tuottaa laadukasta tietoa moniammatillisen työryhmän kokemuksista asukkaan vastaanottamisesta asukkaan siirtymisvaiheessa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä moniammatillisen työryhmän kokemuksista alustava runko, jonka pohjalta voitaisiin laatia vastaanottokaavake. Tutkimuskysymykset keskittyvät kolmeen pääaiheeseen, joita ovat vastaanottotilanteen käytänteet, moniammatillinen yhteistyö sekä vastaanottotilanteen kehittäminen.

1. Millaiset ovat palvelukodin siirtymävaiheen vastaanottokäytänteet vastaanottotilanteessa?
2. Miten moniammatillinen yhteistyö näkyy asukkaan vastaanottamisessa?
3. Miten vastaanottotilannetta tulisi kehittää?

Tutkimuskysymysten pohjalta luodaan haastattelun runko (liite 2), jossa tutkimuskysymykset on pilkottu pienempiin, tarkentaviin osiin, joiden tarkoituksena on hankkia tietoa mahdollisimman kattavasti.

4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen käsitteellisessä vaiheessa valitaan ja rajataan tutkimusaihe. Sitä seuraa teoreettisen taustan rakentaminen, minkä jälkeen perehdytään aiheeseen liittyviin tutkimuksiin. Otos määritellään osallistujamäärältään ja -laadultaan tarpeen mukaiseksi. Aineiston keruupaikan valinta on kontekstin määrittelyä. Menetelmän valintaan vaikuttavat aineiston keräämistapa sekä mahdolliset olemassa olevat mittarit. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84.) Tähän opinnäytetyöhön valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla selvitetään työryhmän kokemuksia asukkaan vastaanottotilanteesta sekä siihen liittyvistä tehtävistä. Tutkimus on induktiivinen, ei niinkään teoriapohjaan sidottu, koska aiheeseen suoranaisesti liittyviä tutkimuksia ei ole tehty. Tarkoituksena on ottaa opinnäytetyön tutkimuksen kohteeksi moniammatilliseen työryhmään liittyviä ajatuksia, tunteita ja tarpeita, jotka syntyvät kokemuksen pohjalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-67; Janhonen & Nikkonen 2003, 116-125.)

Tutkimuksen subjektiivisuus, joustavuus, pehmeä lähestymistapa, kokonaisvaltaisuus, strukturoimattomuus, ihminen tiedonkerääjänä, otosten tarkoituksenmukaisuus sekä tulosten ainutlaatuisuus ja joustavuus tutkimussuunnitelmaa laadittaessa ovat kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisia piirteitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 73; Janhonen & Nikkonen 2003, 116-125.)

Suunnitelman hyväksymisen jälkeen haetaan Betesda-säätiön toiminnanjohtajalta tutkimuslupa moniammatillisen työryhmän haastatteluun. Suunnitelma sisältää selvityksen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tutkimusprosessin kulusta aineiston keruusta aina tulosten julkistamiseen asti. Palvelukoti Jokelassa yhteyshenkilönä toimii vastaava hoitaja. Haastateltavien oikeudet tulee ottaa huomioon, ja myös heidän velvollisuutensa tulee kertoa heille mahdollisimman tarkasti. Haastateltavilla on oikeus koska tahansa halutessaan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Heillä on lisäksi oikeus saada tutkimuksesta tietoa ennen aineiston keruuta ja sen aikana. Heillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksen aikana, ja heillä on oikeus rehelliseen ja kunnioittavaan kohteluun. Haastatteluun voi osallistua anonyymisti, ja tutkittavat saavat tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367.)

4.1 Toimintaympäristön kuvaus

Palvelukoti Jokela on Betesda-säätiön Lohjalla sijaitseva toimintayksikkö, joka tarjoaa palveluasumista psyykkisesti ja somaattisesti sairaille aikuisille, vanhuksille ja vammaisille. Toiminta on aloitettu vuonna 1971. Palvelukoti Jokelan erikoisosaamista on päihteiden liikakäytön aiheuttamien sairauksien pitkäaikaishoito. Psykiatrasta hoitoa on tarjolla vaikeasti käy-

töshäiriöisille ja kroonisista psyykkisistä ongelmista kärsiville asukkaille. Palvelutarjontaan kuuluu myös sairaskotipalvelut, erikoissairaanhoidon jatkohoito sekä dementian hoito. (Palvelukoti Jokelan laatukäsikirja 2014.) Palvelukotiin tulee asiakkaita sekä Lohjalta että lähikunnista. Betesda-säätiöllä on yli kymmenen kunta-asiakasta Uudeltamaalta (Comin ja Tamminen 2014, 122).

Palvelukoti Jokelassa on 123 asukaspaikkaa, joista suurin osa on tehostettuja palveluasumispaikkoja. Joillakin osastoilla on laitospaikkoja. Tavoitteena on muuttaa kaikki hoitopaikat palveluasumispaikoiksi. Palvelukoti Jokelassa on seitsemän osastoa. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat asuvat pääsääntöisesti Lepola- ja Peltola-nimisillä osastoilla. Koivula on erikoistunut erityistä hoivaa ja hoitoa tarvitseviin asiakkaisiin. Osastot Uutela, Rantala ja Kuntola ovat tehostuneeseen palveluasumiseen keskittyneitä yksiköjä, joissa voidaan hoitaa hyvin laajasti eri syistä apua tarvitsevia asukkaita. Osasto nimeltä Onnela tarjoaa tehostettua palveluasumista muistisairauksia sairastaville asukkaille. (Palvelukoti Jokelan laatukäsikirja 2014.)

Palvelukoti Jokelassa käy viikoittain säätiön lääkäri. Perusterveydenhoidon lisäksi henkilökunta konsultoi tarpeen mukaan psykiatrian erikoislääkärinä, joka vieraillee osastoilla kuukausittain. Osastojen toimintaa johtavat osastonhoitajat, ja hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista ja perushoitajista. Lisäksi Palvelukoti Jokelassa on keittiöhenkilökuntaa, laitoshuoltajia ja vaatehuollon henkilökuntaa. Tämän lisäksi palvelukodin palveluksessa on fysioterapeutti, viriketoiminnanohjaaja, toimistotyöntekijä, kiinteistönhoitaja, sosiaalihoitaja sekä johtava hoitaja. (Palvelukoti Jokelan laatukäsikirja 2014.)

Koska pyrkimyksenä on selvittää laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen moniammatillisen työryhmän kokemuksia, on oleellista käsitellä jonkin verran myös olemassa olevia, vastaanottilanteeseen käytettäviä ohjeistuksia ja lomakkeita. Nämä ovat yrityksen sisäiseen käyttöön tarkoitettua materiaalia, joiden julkaisemiseen tulee opinnäytetyön julkaisuaiheessa pyytää lupa. Etsimme myös yleisen tason teoriaa, jotta ainakin se voitaisiin esittää julkisesti. Betesda-säätiön intranetistä on löydettävissä joitakin kaikkia yrityksen hoitolaitoksia koskevia ohjeita asukkaan vastaanottamisesta hoitolaitokseen. Parhaiten suuntaviivoja antavat hoitosuunnitelman otsakkeet, vaikka ne eivät suoranaisesti olekaan vastaanottilanteessa käsiteltäviä asioita. Otsakkeet eivät ole yksityiskohtaisia, mutta ne ovat tukena tiedonhankinnassa. Toivomme, että voimme hoitajien haastattelujen pohjalta muokata nämä otsakkeet konkreettiseksi kysymyksiksi.

Kuntoutustarpeet	Elämänkaaritiedot	Eryististarpeet
Ravinto	Puhtaus	Voimavarat
Odotukset ja toiveet	Sairaudet	Tavat ja tottumukset

Sosiaaliset tarpeet	Sosiaalinen verkosto	Toiminnalliset tarpeet
Ulkopuolella asiointin tarve	Huoneen sisustaminen	Kampaamopalvelujen tarve

Taulukko 3: Asukkaan hoidon suunnittelu (mukaillen Betesda-säätiö 2014)

Tällä hetkellä uuden asukkaan tulosta osastolle ilmoittaa sosiaalityöntekijä, joka tekee tulo-haastattelun ja on yhteydessä tahoon, josta asukas tulee. Tarvittavista hankinnoista sosiaalityöntekijä on yhdessä omahoitajan kanssa yhteydessä omaisiin ja edunvalvojiin. Sosiaalityöntekijä ilmoittaa osoitteenmuutoksen maistraattiin ja Kelaan, kun asukas on asunut palvelukodissa vähintään kaksi viikkoa ja on osoittanut sitoutumista hoitoon. (Betesda-säätiö 2014.)

Omahoitaja pyrkii olemaan mukana asukkaan vastaanottamisessa ja osastoon tutustuttamisessa. Omahoitajan tehtäviä ovat paperikansion valmistelu mallikansion mukaisesti, asukastietokaavakkeen täyttäminen, ilmoittaminen uudesta asukkaasta vaatehuoltoon ja keittiöön sekä tulotilanteeseen liittyvän lääkäriajan varaaminen. Vanhat epikriisit tilataan asukkaan kirjallisella luvalla. Omahoitaja huolehtii seuraavien mittausten ja testien tekemisestä ennen lääkärin vastaanottoa: MMSE, verensokeri, paino ja pituus. Vastaanotetut rahat ja arvoesineet kuitataan ja voidaan asukkaan niin halutessa säilyttää kassakaapissa. Asukkaan mukanaan tuomat arvokkaat tavarat kuten televisio ja radio kirjataan tiedoksi asukkaan papereihin. Vaatteet nimikoidaan. Lääkettä tehdään apteekkiin, ja lääkkeet jaetaan asukkaan dosettiin ohjeen mukaan. Asukas valokuvataan potilastietojärjestelmä Hilkkään. Kuukauden kuluttua tehdään asukkaan hoitoisuuden arvioimiseksi RAI-arviointi. Kahden kuukauden kuluttua asukas, omahoitaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja virikeohjaaja laativat yhdessä hoitosuunnitelman. Tässä opinnäytetyössä haastatellaan moniammatillista työryhmää, koska asukkaan vastaanottoon ja hoivaan osallistuvat eri ammattiryhmät. (Betesda-säätiö 2014.)

4.2 Otos

Tutkimusprosessin vaiheet määrittävät projektin etenemistä ja sitä, millaiseksi opinnäytetyö muodostuu. Tämän opinnäytetyön ryhmähaastattelun osallistujiksi määräytyvät vuorossa olevat hoitajat ja erityistyöntekijät, joilla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan sosiaalityöntekijää, fysioterapeuttia ja virikevastaavaa sekä osastonhoitajia. Erityistyöntekijät jalkautuvat eri osastojen haastatteluryhmiin tasaisesti. Kaikki seitsemän haastattelua toteutetaan ryhmähaastatteluina. Henkilökunta saa ennakkotietoa sähköisenä saatekirjeenä (liite 1) sekä tiedon tulevasta ryhmähaastattelusta osastonhoitajien kautta.

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisen työryhmän jäsenrakenne määriteltiin ennalta. Jäseniksi katsottiin osastonhoitajat, sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat, hoitoapulaiset, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja virikevastaava. Haastattelutilanteesta rajattiin pois ly-

hytaikaiset sijaiset. Sellaiset sijaiset, jotka ovat olleet sijaisina Palvelukoti Jokelassa vähintään kuusi kuukautta, otettiin mukaan haastatteluun. Rajaamista perustellaan sillä, että työn kehittämisen näkökulmasta oleellisia ovat sellaisten henkilöiden kokemukset, joille Palvelukoti Jokelan toimintatavat ja jatkuvuus ovat tuttuja. Tutkimusotanta on siis tarkoituksenmukainen.

Haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että sensitiivisestä aiheesta huolimatta mukaan saadaan mahdollisimman monta osallistujaa. Monitahoinen tutkimuskohde tuo mukanaan erilaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Aho & Kylmä 2012, 271-280.)

4.3 Aineiston keruu

Vaikka tutkimusprosessin vaiheiden päällekkäisyys on tyypillistä kvalitatiiviselle tutkimukselle, alustavaan tutkimussuunnitelmaan valittiin primaariaineistoksi nauhoitetut ryhmähaastattelut (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 114). Haastattelu toteutetaan teemahaastattelulla, jolla tarkoitetaan, että kysymykset on määritelty ennalta teemoittain sopiviksi vastaamaan vastaanottotilanteeseen liittyviä asioita. Haastattelussa esiin nousevat asiat saavat tilaa: koska tutkimuskysymykset eivät ole tarkkaan strukturoituja, vapaa dialogi ryhmähaastateltavien kesken on mahdollista. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 114-126.) Tyypillinen ryhmähaastattelujen osallistujamäärä on neljästä kymmeneen henkilöä. Haastattelijoina on yleensä yksi tai kaksi. Usein haastattelukertoja tarvitaan riittävän aineiston saamiseksi vähintään kolme. On kuitenkin mahdotonta arvioida etukäteen, montako ryhmähaastattelua riittävän aineiston saavuttamiseen tarvitaan. (Mäntyranta & Kaila 2008.)

Tässä opinnäytetyössä käytämme aina kahta haastattelijaa. Työt jaetaan niin, että toinen haastattelijahenkilö ohjaa keskustelua ja toinen huolehtii tekniikasta ja tekee havaintojen pohjalta muistiinpanoja. Haastattelijoiden tehtävänä on myös huolehtia sallivasta ilmapiiristä, jotta tilaa jää myös tutkimuskysymysten ulkopuolelta nouseville aiheille. Mikäli materiaali on tutkimuskysymysten kannalta merkittävää, se voidaan tehdä näkyväksi sisällönanalyysissä. (Mäntyranta & Kaila 2008.)

Haastattelua ohjaa päämäärä, johon haastattelulla pyritään. Haastattelijan tehtävänä on ohjata keskustelua, kannustaa vastaamaan sekä toimia aloitteentekijänä. Haastattelijahenkilö pidättyy kommentoimasta aihetta ja pysyy roolissaan. Rooliin kuuluu kysymysten esittäminen, jatkamaan kehottaminen ja vastauksen riittävyyttä kuvaavan palautteen antaminen. Onnistuneeseen haastatteluun kuuluvat suunnitellusti toteutettava aloitus ja lopetus. Aloituksessa luodaan yhteistä maaperää, ja lopetuksessa kiitetään haastateltavaa osallistumisesta ja yhteistyöstä. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22-56.)

Erityisesti laadullisessa tutkimuksessa, jossa haastattelukertoja on useita, tutkijan ja tutkimukseen osallistujan tutkimussuhde voi olla intensiivinen. Tällöin tutkijan on valmistauduttava vastaanottamaan ihmisten kokemuksia ja tunteita sellaisenaan. Joskus psyykkinen ensiapu ja jatkotuen pariin ohjaaminen ovat tarpeen. Tutkijan kokemus osallistujaryhmän kanssa työskentelemisestä on todettu hyödylliseksi aineistonkeruussa (Aho & Kylmä 2012, 271-280.)

4.4 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön aineisto käsitellään sisällönanalyysilla. Analyysin tarkoituksena on etsiä haastatteluista litteroinnin jälkeen pääkohdat, jotka sitten järjestetään pää- ja alaluokiksi. Se sopii työn menetelmäksi, koska sen pohjalta rakennettu alustava runko on kontekstiin sopiva. Tulosten laajempi yleistäminen ei ole tarkoituksenmukaista, vaan tutkimuskohteen kokemukset tiivistetään mahdollisimman tarkasti käsitteiksi. Käsitteet muodostavat rungon, jonka pohjalta on mahdollista laatia yhteinen, käytännönläheinen ja käyttäjien tarpeita vastaava toimintamalli. Jotta analyysin tuloksesta saadaan mahdollisimman tarkka, haastateltavaa pyydetään tarkentamaan, mikäli haastattelija ei ole varma siitä, mitä haastateltava tarkoittaa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-22.)

Sisällönanalyysi on kehitetty kommunikaatioteorian ja -tutkimuksen sekä kommunikaatioprosessien tutkimuksen perusteella. Sen avulla käsiteltyjen kirjallisten tai suullisten haastattelujen tarkoituksena on osoittaa aineiston toimintatavat, erot ja samankaltaisuudet. Sillä voidaan esittää merkitykset, yhteydet ja seuraukset asioille ja tapahtumille. Menetelmää voidaan käyttää laadullisen informaation kuten tarinoiden analysointiin tai määrällisesti mitattaviin muuttujiin. Aineistoluokkien yksiselitteisyys ja toistensa poissulkevuus helpottavat tutkimusaineiston erilaisuuksien ja samankaltaisuuksien osoittamista. Tekniikan tulee osoittaa tutkimusmateriaalista merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-23.)

Sisällönanalyysi etenee vaiheittain. Litterointi toteutetaan sanasta sanaan, koska haastattelu koskee moniammatillisen työryhmän kokemuksia, mielipiteitä ja näkemyksiä. Litterointiin ei tarvitse sisällyttää puhujan henkilöllisyyttä eikä päällekkäin puhumista tai taukoja, koska emme selvitä ryhmän normeja tai vuorovaikutusta. (Mäntyranta & Kaila 2008.) Analyysiyksikön valinnan jälkeen tutustutaan aineistoon ja aloitetaan sen pelkistäminen. Pelkistämisen tarkoituksena on luokitella saadut vastaukset pää- ja alaluokkiin. Tämän pohjalta arvioidaan, kuinka luotettavana sisällönanalyysissa tehtyä tulkintaa voidaan pitää. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.)

Analyysiyksikön valitsemme litteroinnin jälkeen. Analyysiyksikkönä voi toimia aineistoyksikkö tai aineiston yksikkö. Luotettavuuden arviointi perustuu siihen, kuinka ilmiö on tavoitettu.

Siinä tarkastellaan tutkijoiden roolia, aineiston analyysin toteuttamistapaa sekä tapaa, jolla tulokset on esitetty. Tuloksia voitaisiin arvioida myös face-validiteetin kautta, jossa työryhmän jäsenten yksimielisyys tulosten asianmukaisuudesta olisi yksi arvioinnin kriteereistä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 25-37).

5 Tulokset

Haastatteluihin osallistui ihmisiä useista ammattiryhmistä. Sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat määriteltiin yhteisnimikkeen hoitajat alle. Osastonhoitajat, sosiaalityöntekijä, virikeohjaaja ja fysioterapeutti määriteltiin erityistyöntekijöiksi. Haastatteluihin osallistuneista oli hoitajia kuusitoista ja erityistyöntekijöitä kuusi. Haastatteluihin osallistujia oli yhteensä kaksikymmentäkaksi.

Teemahaastattelurunkoon tehtiin muutamia tarkentavia muutoksia. Haastateltavat kuvasivat Betesda-säätiön intranetistä löytyvän materiaalin käyttöä seuraavasti: Intranetissä olevaa materiaalia oli joillakin osastoilla paperiversiona kansiossa. Sen käyttö vaihteli osastokohtaisesti.

5.1 Palvelukoti Jokelan siirtymävaiheen vastaanottokäytänteet vastaanottotilanteessa

Tässä opinnäytetyössä vastaanotolla tarkoitetaan asukkaan varsinaisen saapumishetken lisäksi kahta ensimmäistä viikkoa palvelukodissa eli yhtä osaa laajemmasta siirtymävaiheesta. Palvelukodin käytänteet vastaanottotilanteissa vaihtelivat osastoittain. Ennalta saatavan tiedon merkitys oli suuri. Osittain se koettiin toimivaksi, ja lisäksi sitä toivottiin kehitettävän. Tällä hetkellä ennakkotieto on lähettävän tahon käytänteiden varassa. Osastoilla tietoja kerättiin lähinnä taustatietolomakkeella, elämänpuulla, omaisilta saatavalla tiedolla sekä elämänvaiheita kartoittavilla lomakkeilla. Osa osastoista käytti vastaanottotilanteessa aktiivisesti apuna intranetin laatukansioista löytyvää materiaalia, jota oli lyhennetty osastolle sopivaan muotoon. Tällaisesta esimerkkinä olivat fläppitauluun tehdyt tiivistelmät.

Kommunikaatio ja esittelyt osastolla toimivat hyvin. Paperit ovat ok, ehkä täältä puuttuu jotain, johon olen tottunut entisessä työpaikassani.

Toimivaksi koettiin erityisesti osastojen sisäinen kommunikaatio ja uudesta asukkaasta raportointi oman työryhmän muille jäsenille. Ystävällinen ja asukasta kunnioittava kohtelu koettiin osastojen vahvuudeksi. Palvelukodin esittely uudelle asukkaalle koettiin myös toimivaksi. Siihen sisällytettiin tilojen, henkilökunnan ja osaston käytäntöjen kuten sääntöjen ja päivärytmin esittely. Osastot kokivat ennalta toteutettavien tutustumiskäyntien, ystävällisen vastaanoton, oman huoneen sisustusmahdollisuuden ja toisille asukkaalle tutustuttamisen tukevan asukkaan sopeutumista palvelukotiin. Omaha-ajatuksen merkitystä korostettiin. Koettiin, että

asukkaan kotiutumista tukee, jos omahoitaja on vastaanottamassa asukasta ja on ensimmäisinä päivinä työvuorossa tukemassa turvallisuuden tunteen muodostumista.

Kokemus osastojen välisten siirtojen toimivuudesta vaihteli hieman. Tavallisesti siirrot koettiin toimiviksi silloin, kun niitä ei toteutettu nopealla aikataululla eli saman työvuoron aikana. Tyytyväisiä oltiin niillä osastoilla, joilla saadaan tarpeeksi aikaa varautua uuden asukkaan tuloon, vastaanottotilanteen järjestämiseen työvuorosuunnittelun kannalta rauhallisemmaksi ja omahoitajan järjestämiseen työvuoroon vastaanottohetkelle. Myös ennalta saatu, kattava tieto asukkaasta lisäsi tyytyväisyyttä. Usein asukkaan vei uudelle osastolle entisen osaston omahoitaja, joka antoi samalla uuden osaston työryhmälle kattavan raportin. Osastot, joille asukkaita siirrettiin joskus hyvinkin lyhyellä, vain tuntien varoitusajalla, kokivat siirrot vähemmän onnistuneiksi. Tätä käsitellään myöhemmin kohdassa 5.3 Miten vastaanottotilannetta tulisi kehittää.

Osastojen välinen informaation kulku on ollut heikkoa. On ollut tapauksia, jossa perustiedot on tulleet asukkaasta samalla kun asukaskin osastolle ja jälkikäteen on jouduttu tietoja täydentämään, kuten asukkaan käytösmaalleja ja ajattelutapoja.

5.2 Moniammatillinen yhteistyö vastaanottotilanteessa

Osastojen välillä oli yhteinen käytäntö, jossa uusi asukas tapaa palvelukodin lääkärin heti seuraavalla lääkärintierroilla. Mikäli tarpeen, ensimmäisen osastolääkärikierron jälkeen varattiin yleensä aika psykiatrin vastaanotolle. Muussa moniammatillisessa yhteistyössä käytäntö oli kirjavampi. Sosiaalityöntekijää lukuun ottamatta erityistyöntekijät eivät automaattisesti saa tietoa uuden asukkaan saapumisesta osastolle. Uusista asukkaista saa ensimmäiseksi tiedon sosiaalityöntekijä, jonka tehtävänä on selvittää vapaat asukaspaiikat ja asukkaan tarpeita parhaiten vastaava osasto, johon tämä voidaan sijoittaa. Sosiaalityöntekijän vastuualueeseen kuuluu asukkaan taloudellisen tilanteen selvittäminen, tarvittavien tukien hakeminen sekä kuukausittaisten käyttövarojen selvittäminen. Osastojen välillä oli eroja sen suhteen, kuinka paljon niissä tiedettiin sosiaalityöntekijän roolista asukkaan vastaanottamisessa. Mielikuvat siitä, paljonko sosiaalityöntekijällä oli tietoja uudesta asukkaasta, vaihtelivat paljon. Vastoin osastojen käsitystä usein myös sosiaalityöntekijä saa asukasta lähettävältä taholta hyvin niukasti tietoa.

Käytännöt vaihtelevat sen suhteen, ilmoitetaanko osastolta asukkaan tulosta erityistyöntekijöille lainkaan vai konsultoidaanko erityistyöntekijöitä systemaattisesti tai sattumanvaraisesti sen perusteella, millaisia tarpeita asukkaalla on ja mitä mieltä hoitohenkilökunta on. Varsinkin erityistyöntekijöistä tämä oli haasteellista. Kannatettiin yhtenäistä mallia tiedonkulun varmistamiseksi sekä automaattisesti siirtymävaiheen ensimmäisten viikkojen aikana tehtävää yhtä käyntiä uuden asukkaan luona. Kartoituskäynnin tarkoituksena olisi hankkia tietoa yksi-

löllisen hoitosuunnitelman tekoa ja toteuttamista varten. Kun asiakkaan fysikaalisen hoidon tarve on arvioitu, on helpompi varmistaa henkilökunnan tarvitsema ohjaus ja kartoittaa asukkaan apuvälineiden tarve. Näin apuvälineet voidaan hankkia suunnitelmallisesti olemassa olevaa asiantuntijuutta hyödyntäen. Tutustumiskäynnit tukisivat palvelukodin palveluiden kuten virikeryhmien asianmukaista hyödyntämistä asukkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

5.3 Vastaanottotilanteen kehittäminen

Kehittämisideoita saatiin haastattelujen aikana runsaasti, ehdotukset olivat konkreettisia ja eri osastoilla samanlaisia. Käytäntöjen tulisi olla yhtenäiset riippumatta siitä, tuleeko asukas talon ulkopuolelta vai palvelukodin toiselta osastolta.

Millä tavalla lähettävältä taholta voisi saada realistista ja rehellistä tietoa?

Tulotiedot saattavat olla hyvinki vaihtelevia, joillain on kattavasti tietoa mukanaan ja toisten kohdalla aloitetaan tyhjästä. Pitäisi tietää, onko tehty lausuntoja ja missä ne on tehty ja niin edelleen. Tähän voisi olla kaavake, jonka lähettävä taho täyttää, joka vastais meidän kannalta oleellisiin tietoihin.

Uudesta asukkaasta saatavat tiedot koettiin usein puutteellisiksi. Tärkeimmäksi parannusehdotukseksi nousi Palvelukoti Jokelan yhteinen taustatietokaavake, joka lähetettäisiin asukkaan lähettävälle taholle automaattisesti, kun tieto uudesta asukkaasta tulisi palvelukotiin. Taustatietolomakkeen aiheita olisivat perus- ja taustatietojen lisäksi riskitiedot, mukana tuotavat apuvälineet ja se, mistä ja koska ne on lainattu, selkeät tiedot voimassaolevasta lääkityksestä ja siitä, tulevatko asukkaan mukana ensimmäisten päivien lääkkeet, mitä hoitotahoja asukkaalla on ja mistä tarpeellisia epikriisejä olisi hyvä pyytää. Epikriisien pyytämiseen tarvitaan asukkaan kirjallinen lupa. Jotta asukkaasta kerrottu tieto olisi kattavaa ja seikkaperäistä, lomakkeeseen toivottiin myös kohtia psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä ja käyttäytymismalleista. Lausunnoista tulisi saada maininnat, jotta tiedetään, mihin asti ja mistä asukkaalle on kirjoitettu mahdollisia B- ja C-lausuntoja. Tätä lomaketta voitaisiin käyttää myös puhelimitse tapahtuvan raportoinnin runkona.

Ideaalitilannehan olis se, et se asukas olis ehtiny käydä tääl tutustumiskäynnillä, tietäisi millaiset tilat meillä on, auttaisi suhtautumaan siihenkin, paljonko tavaraa voi tuoda mukanaan.

Ennen asukkaan saapumista sovittuun hoitopaikkaan toivottiin mahdollisuutta tutustumiskäyntiin osastolla. Tässä nähtiin mahdollisuus asukkaan ja henkilökunnan ensikontaktiin ja siihen, että asukas saisi realistisen käsityksen siitä, millaiseen hoitopaikkaan hän on muuttamassa. Ennen varsinaista muuttopäivää pidettiin mahdollisena joidenkin omien tavaroiden tuomista ja huoneen valmiiksi laittamista.

Osastojen välisissä siirroissa pitäisi noudattaa sovittua aikatauluja. Tässä tul-
laan myös siihen omahoitajuuteen ja sen tärkeyteen, toteuttaminen on mah-
dollista kun sovitusta asioista pidetään kiinni.

Muuttoa edeltävänä aikana haluttaisiin suunnitella työvuoroja. Tällä voitaisiin mahdollistaa omahoitajan valinta, tälle työvuorot asukkaan saapumispäiväksi ja muutamaksi ensimmäiseksi päiväksi ja omahoitajan ottaminen työvuoroon ylimääräisenä. Kun omahoitaja on työvuorossa resurssoituna ylimääräiseksi, vastaanottohetkestä saadaan kiireetön ja kotiutumista tukeva ja asukas tuntee olonsa turvalliseksi. Asukkaan soveltuvuutta osastolle tulee harkita jo ennen siirtoa, jotta useilta siirroilta vältytään ja asukkaan kotiutuminen voi alkaa rauhallisesti. Nopeasti tapahtuvia siirtoja toivotaan vältettävän, samoin kuin siirtojen ajoittumista viikonlop-
puihin tai ilta-aikaan, jolloin henkilökuntaa on työvuoroissa tavallista vähemmän. Parhaana uuden asukkaan saapumisaikana pidettiin arki-iltapäivää, jolloin henkilökuntaa on paikalla eniten. Iltapäivä on myös päivärytmin kannalta yleensä rauhallisinta aikaa.

Sitten semmonen lista et saa ruksata, kun on tehty, et kun te avaatte tän niin ehkä te teette semmosen listan et meeil on sit pohja et huomioi tätä ja ruksi siihen.. tsekkauslista että onko käyty ja onko huomattu tehdä ni ois ihan hyvä semmonen.

Saapumispäivänä toivottiin otettavaksi käyttöön muistilista, jonkinlainen rasti ruutuun -lista asioista, jotka uuden asukkaan tullessa tulee hoitaa. Listaan voitaisiin merkitä myös, koska tehtävä on hoidettu. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi asukkaan tulevien menojen ja tapaa-
misten merkitseminen osaston kalenteriin. Tämä tukisi vastaanottotilanteen yhdenmukai-
suutta sekä hoitohenkilökunnan työtä. Koettiin, että lista voisi olla yhteinen koko Palvelukoti Jokelassa. Palvelukodissa on tälläkin hetkellä käytössä kaavake, jolla uuden asukkaan saapu-
misesta ilmoitetaan keittiöön ja pesulaan, ja samanlainen voisi olla erityistyöntekijöitä var-
ten. Näin erityistyöntekijät välttyisivät viestikatkokselta ja voisivat itse sopia osaston kanssa uudelle asukkaalle ensikartoituskerran. Jotta käytäntö olisi selkeä, tulee määritellä etukäteen myös, onko vastuu kartoituskerran sopimisesta erityistyöntekijällä vai osastolla. Moniammatil-
liseen työryhmään toivottiin tulevaisuudessa myös vapaaehtoistyöntekijöitä, joiden vastuu-
alueella olisi osa viriketoiminnasta sekä esimerkiksi ulkoiluttaminen. Tällaista toimintaa ei palvelukodissa kuitenkaan tällä hetkellä ole.

Ensimmäisten viikkojen aikana osaston sisäisen uudesta asukkaasta raportoinen tulisi olla tehostettua. Näin vältytään tietokatkoksista osaston sisällä. Omahoitajan ensisijainen tehtävä on perehdyttää muu työyhteisö asukkaan kannalta oleellisiin asioihin ja käytäntöihin. Samalla ensimmäisten viikkojen aikana laajennetaan perustietoja, otetaan ensimmäiset mittaukset kuten paino, pituus, verensokeri, verenpaineet jne. Lisäksi riskitietojen jälkeen kirjataan ris-
kien ennaltaehkäisy-suunnitelma. Tällä tuetaan sitä, että hoitosuunnitelma saadaan tehdyksi nykyisen yhden kuukauden aikataulussa.

Omahoitajan tulisi olla vastaanottamassa asukasta. Siihen olisi varattava aikaa, jotta voi rauhassa tutustua asukkaaseen. Läsnäoloa ja tiedonjakoa, turvaa.

Asukkaan kotiutumista voitaisiin tukea asukkaalle tarkoitetulla niin sanotulla perehtymiskansiolla, josta olisi mahdollisuus tarkastaa ensi päivien aikana läpikäytyjä asioita Palvelukoti Jokelan ympäristöstä, käytännöistä ja henkilökunnasta sekä osaston omista rutiineista ja päivärytmistä.

Asukkaan vastaanottotilanteeseen liittyen tuli esille, että haastateltavat olivat innostuneita hoitotyön kehittämisestä ja arjen hoitotyön näkyväksi tekemisestä.

1. Suhtautuminen asukkaaseen ja kotiutumisen tukeminen
 - a. Ystävällisyys
 - b. Kunnioitus
 - c. Turvallisuudentunteen vahvistaminen
 - d. Osaston sisäinen kommunikaatio
 - e. Omahoitajuus

Taulukko 4: Tiivistelmä toimivista käytänteistä

1. Osastolla
 - a. Omahoitaja
 - b. Työryhmän jäsenet
 - c. Päivittäin
2. Lääkärit
 - a. Osaston lääkäri - seuraavalla lääkärinkierrolla
 - b. Psykiatri - tarvittaessa
3. Muut erityistyöntekijät
 - a. Sosiaalityöntekijä
 - b. Fysioterapeutti
 - c. Virikeohjaaja
 - d. Ei säännönmukaista käytäntöä

Taulukko 5: Moniammatillisuuden toteutuminen uuden asukkaan siirtymävaiheessa Palvelukoti Jokelaan

1. Tiedonsiirto
 - a. Yhtenäiset käytännöt Palvelukoti Jokelassa
 - b. Lähettävälle taholle osoitettu kattava lomake X
 - c. Lomake X puhelinraportoinnin tukena
 - d. Osastoraportoinnin tehostaminen
 - e. Uuden asukkaan saapumisilmoituslomake erityistyöntekijöille
2. Aikataulu tehtävineen
 - a. Valmisteluvaihe
 - i. Tieto asukkaan tulosta
 - ii. Tuloajankohdasta sopiminen
 - iii. Lomake X:n lähettäminen lähettävälle taholle
 - iv. Tutustumiskäynnin mahdollistaminen
 - v. Omahoitajan valinta
 - vi. Työvuorosunnittelu
 - vii. Asukaskohtainen muistilista
 - b. Saapumispäivä
 - i. Omahoitaja ottaa vastaan
 - ii. Kotiutumisen tukeminen
 - iii. Tietojen kartoittaminen
 - iv. Omaisten huomioiminen
 - v. Työryhmän sisäinen tiedonsiirto
 - vi. Asukaskohtainen muistilista
 - c. Siirtymävaiheen ensimmäiset kaksi viikkoa
 - i. Omahoitaja läsnä mahdollisimman paljon
 - ii. Uudesta asukkaasta ilmoittaminen moniammatillisen työryhmän jäsenille
 - iii. Moniammatillisen työryhmän jäsenten tutustumiskäynnit osastolle
 - iv. Asukkaan tutustuttaminen perehdytyskansioon
 - v. Työryhmien sisäinen tiedonsiirto

Taulukko 6: Kehittämiskohdat

6 Pohdinta

6.1 Etiikka ja luotettavuus

Tutkimusetiikka liittyy asioihin, jotka koskevat tiedettä, tutkimuskohteiden kohtelua ja tutkijoiden keskinäistä ammatillista etiikkaa. Tutkimusetiikassa normit on jaettu kolmeen alueeseen. Ensimmäinen osa normeista käsittelee totuutta ja tiedon luotettavuutta, toinen tutkimuskohteiden ihmisarvoa, ja kolmas osa normeista koskee tutkijoiden keskinäisiä suhteita (Kuula 2014, 23-24). Tehtäessä tutkimusta aiheesta, jota voidaan pitää tutkimuksen kohteelle sensitiivisenä, eettisen toiminnan on oltava koko tutkimuksen ajan korkeatasoista (Aho & Kylmä 2012, 271-280).

Eettiset kysymykset koskettavat tutkimuksen suorittamista aina aiheen valinnasta tutkimuksen loppupäätelmään asti. Eettisiä pohdintoja voi liittyä jokaiseen tutkimuksen osaan: tutkittavaan kohteeseen, menetelmään, materiaalin keräämiseen, tiedon luotettavuuteen, ihmisten kohteluun ja prosessin ympäristövaikutuksiin. Eettinen pohdinta keskittyy rajattuun alueeseen, tutkimuksen suorittamisen etiikkaan eli aineiston hankintaan, käsittelyyn ja säilyttämiseen. (Kuula 2014, 18-20.)

Tutkimusetiikassa normit voidaan jaotella myös käytössä olevan näkökulman tai tavan mukaan. Normit voidaan tällaisessa tapauksessa jakaa koskemaan tutkittavia kohteita, yhteiskuntaa ja tiedeyhteisöä. Tällöin eettiset kysymykset koskevat tutkittavana olevien ihmisten oikeuksia, tutkimuksen taustalla olevan tiedon käyttöä ja sen vaikutuksia. (Kuula 2014, 30-32.) Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ovat myös tutkimuskohteen valintaan liittyvät asiat eli millaisia asioita tutkimuksella halutaan edistää tieteellisesti, toisin sanoen millaisia ovat tutkimuksen päämäärät. Tutkimuksen ongelman määrittely ja aihe eivät saa loukata ketään eikä asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan. Ei esimerkiksi ole eettisesti oikein asettaa vakavasti psyykkisesti häiriintynyt ihminen tutkimusasetelmassa muita huonompaan asemaan. Tutkimuksen alussa tulee selvittää, mihin tutkimusta tarvitaan eli mihin ongelmaan sen avulla pyritään saamaan vastaus. Tämän jälkeen tulee arvioida, ovatko tutkimuksen ongelmanasettelu ja kysymykset tarkoituksenmukaisia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 365.)

Ennen haastattelututkimusta tämän opinnäytetyön tekijät suunnittelevat haastattelupohjan teemoittain. Tarkoituksena on ohjata haastattelua jättäen kuitenkin tilaa haasteltavien tarpeista nouseville asioille. Haastattelupohjaa tullaan arvioimaan useaan otteeseen ennen käyttöönottoa. Arvioivina tahoina toimivat toiset alan ammattikorkeapiskelijat, ammattikorkeakoulun opettajat sekä työyhteisön edustajat. Arvioinnin tarkoituksena on muokata kysymykset sellaisiksi, että ne eivät ne ohjaa vastauksia esimerkiksi haastattelijoiden toiveiden mukaisiksi vaan mahdollistavat avoimen ja tasavertaisen haastattelutilanteen. Tutkimuksen tietolähteet

tulee valita sen mukaan, mikä on tutkimuskysymys tai ongelma. Laadullisessa tutkimuksessa on huolehdittava siitä, että tutkimuksen tietolähteet ovat mahdollisimman monipuoliset ja että niiden valitsemisesta aiheutuu tutkittaville mahdollisimman vähän haittaa. Tutkimusongelman myötä määritetään menetelmät, joilla aineistoa kerätään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367).

Tieto opinnäytetyön toteuttamisesta tullaan jakamaan henkilökunnalle etukäteen. Ensin opinnäytetyöntekijät esittelevät konseptin osastonhoitajille. Samassa yhteydessä he vastaavat mahdollisiin kysymyksiin. Osastonhoitajat vievät tiedon osastojen henkilökunnalle. Lisäksi ennen haastatteluajankohtaa jokaiselle osastolle lähetetään saatekirje, jossa selvennetään tehtävää haastattelua. Saatekirje (covering letter, accompanying letter) on haastatteluun liittyvä teksti. Saatekirje sisältää tietoa tutkimuksesta, ja sen perusteella tutkimuskohde voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai siitä kieltäytymisestä. Saatekirjeessä käydään läpi tutkimuksen tarkoitus, tutkimustapa, millaiset ehdot haastateltavien tulee täyttää, haastattelu tapa (ryhmähaastattelu) sekä tieto siitä, että haastattelut nauhoitetaan. Lisäksi kerrotaan, miten vastaajan anonymiteetistä huolehditaan sekä miten saatu aineisto käsitellään ja säilytetään. Saatekirjeissä kerrotaan haastattelun tarkka toteuttamisaika. (Vilkkä 2007, 177.)

Haastatteluja tekevät työparit valitaan sen mukaisesti, että haastattelutapaa voidaan pitää eettisesti luotettavana. Yksi opinnäytetyöntekijöistä on palvelukodin työntekijä ja tekee työtä kahdella eri osastolla. Hän ei tule osallistumaan näiden osastojen haastatteluun. Myös toinen opinnäytetyön tekijöistä tekee satunnaisia sijaisuuksia toisella näistä osastoista, ja hän tulee toimimaan tällä osastolla haastattelutilanteessa ainoastaan kirjurina.

Haastattelun alkaessa kerrataan lyhyesti tutkimuksen tarkoitus ja toteuttamistapa. Osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että hänellä on mahdollisuus haastattelun kaikissa vaiheissa keskeyttää ja ilmoittaa, mikäli ei halua jatkaa haastatteluun osallistumista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367.) Ennen haastattelun alkua haastateltavia ohjeistetaan haastattelun kuluista ja siihen liittyvistä, huomioitavista asioista. Materiaalin litteroinnin helpottamiseksi ennen nauhoittamisen aloittamista sovitaan, millä tavalla puheenvuorot jaetaan. Haastattelun alkaessa kysytään ainoastaan ammattinimike, ei muita tunnustetietoja. Mikäli puhe puuroutuu tai ilmenee päällekkäin puhumista, haastattelija voi keskeyttää puheen ja toistaa viimeksi kuulemansa asian sekä pyytää haastateltavia toistamaan sanomansa. (Mäntyranta & Kaila 2008.)

Jokaisen osaston ryhmähaastattelujen jälkeen materiaali käydään läpi nauhalta ja litteroidaan. Litteroinnit säilytetään yhteisesti sovitussa paikassa siihen saakka, että opinnäytetyö on valmis, minkä jälkeen litteroitu materiaali tuhotaan tietosuojajätteen mukana. Aineisto käydään läpi ja yhtenäistetään käyttäen sisällönanalyysia, minkä jälkeen tehdään päätelmät. (Kuula 2014, 62-64.)

Tutkittavien kohtelua määrittävät normit, jotka perustuvat aikaisemmin laadittuihin säännöksiin kuten vuonna 1947 laadittuun Nürnbergin säännöstöön ja Helsingin julistukseen (OHCHR 1996/2014; Katteus 2013b). Ihmistä koskevissa tutkimuksissa eettisyys perustuu lääketieteen kautta muodostettuihin periaatteisiin, joita ovat hyötyperiaate, vahingon välttäminen, autonomian kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus. Näiden periaatteiden lisäksi tutkimuksen etiikassa tulee noudattaa avoimuutta ja rehellisyyttä eikä tutkittavien luottamusta saa pettää. Keskeisiä tutkimuseettisiä normeja ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, henkisen ja fyysisen vahingon estäminen sekä yksityisyyden suojaaminen. (Kuula 2014, 62-64.)

Tämän opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus on mietitty huolellisesti työn tilaajan kanssa. Tutkimuksen tiedonkeruuta on suunniteltu yhdessä. Ennen opinnäytetyön aloittamista opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet muuhun aiheesta saatavilla olevaan materiaaliin. Suoranaisia asukkaan vastaanottamista palvelukotiympäristöön koskevia tutkimuksia ei valitettavasti ole löytynyt. Näin ollen tutkimus perustuu tilaajan tarpeeseen ja muodostuu sen mukaisesti.

On kyettävä arvioimaan, onko tutkimus tehty luotettavasti, ja on tunnettava tutkittavien oikeudet ja eettiset vaatimukset. Tutkimusetiikan avulla voidaan tehdä eettisesti hyvää tutkimusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 360-361.) Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi on erilaisia sääntöjä, normeja ja kannanottoja. Normeja ovat esimerkiksi Nürnbergin säännöstö (Katteus 2013a), ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus vuodelta 1948 (OHCHR 1996-2014), World Medical Association 1964 Helsingin julistus (Katteus 2013b) sekä World Health Organization 2002 Eettiset ohjeet ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa ja hoitotyön tutkimuksen eettiset suuntaviivat Pohjoismaissa 1983. Suomessa tutkimusten etiikan laatua seuraa tutkimuseettinen neuvottelukunta ETENE, ja myös lainsäädäntö määrittää tutkimusetiikkaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 363.)

Tuloksia julkistettaessa noudatetaan avoimuutta, muiden tutkijoiden työlle annetaan heidän ansaitsemansa arvostus ja tutkimuksen rahoittajat ja yhteistyökumppanit kerrotaan avoimesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijoiden vastuut ja oikeudet sekä niihin liittyvät kysymykset on määritelty tarkasti. Ihmisiä koskevassa tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttavat olennaisesti tutkittavien yhteistyöhalu ja tutkimussuhteen kestävyys. Tutkimussuhde voi olla välitön, kuten haastateltaessa, tai välillinen, kuten kyselykaavakkeita käytettäessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 364.) Tässä opinnäytetyössä tutkimussuhde on välitön, koska opinnäytetyöntekijät ovat haastattelujen kautta suoraan yhteydessä tiedonantajatahoon eli moniammatilliseen työryhmään (Aho & Kylmä 2012, 271-280).

Tutkimusaineiston analyysin luotettavuuteen vaikuttaa se, onko kerättyä aineistoa käytetty kattavasti. Tutkimuksen tekijän on tilastotieteellisiä menetelmiä hyödyntäen pystyttävä arvioimaan, onko analyysi tehty luotettavasti. Tutkimustulosten raportoinnissa tulee olla rehellinen eikä tuloksia saa vääristellä. Ennakkoasenteet, tahallinen tulosten vääristäminen, virheellinen tiedottaminen sekä plagiointi vaikuttavat raportoinnin luotettavuuteen. Luotettavin tieteellinen raportointimenetelmä on tutkimuksen julkaiseminen tieteellisissä alkuperäisartikkeleina sellaisissa medioissa, joissa hyödynnetään tieteellisesti pätevää arviointimenettelyä. Tällaisia medioita ovat esimerkiksi tiedelehdet ja -julkaisut. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 369.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimustulokset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä. Opinnäytetyön aihe on sidottu paikkaan, joten työ ei ole suoraan yleistettävissä toisiin yksiköihin. Raportointi tulee sisältämään tiivistelmiä sisällönanalyysin vaiheista, ja tarkempi kuvaus liitetään valmiiseen työhön. Näin lukija voi tarkistaa, että aineisto on käsitelty asianmukaisesti ja päätelmät ovat luotettavia. Koko opinnäytetyö tullaan laittamaan URKUND-plagioinninesto-ohjelman käsiteltäväksi, jolloin tekstin omistajuus on selvä ja plagiointia ei todistettavasti ole tapahtunut.

Valmis opinnäytetyö on tilaajan käytettävissä. Opinnäytetyön julkaisemisesta kokonaisuudessaan missä tahansa julkisen viestinnän kanavassa sovitaan erikseen tilaajatahon kanssa. Tämä opinnäytetyö ei vaadi rahoitusta, eikä ennalta ole sovittu korvauksia opinnäytetyötä tekeville opiskelijoille. Näin ollen opinnäytetyössä ei ole rahoitukseen liittyviä tietoja.

Tässä opinnäytetyössä haastattelulomakkeen suunnittelun lähtökohtana pidetään tutkimuskysymyksiä eli sitä, mitä lomakkeella halutaan kartoittaa. Jotta kyselylomake tukisi tulosten uskottavuutta, se suunniteltiin sellaiseksi, että sen avulla saadaan vastauksia juuri niihin aihealueisiin, joita haluttiin kartoittaa. Hyvin suunniteltu haastattelulomake tuotti riittävän kattavasti materiaalia, minkä vuoksi sisällönanalyysia voidaan pitää luotettavana eivätkä tulokset perustu sattumaan.

Tämän opinnäytetyön tulosten raportoinnissa lukijalle käy selväksi tulosten luotettavuus sekä se, miten tieto on hankittu. Tulokset on esitetty tiivistetysti ja riittävällä tarkkuudella. Tulokset nostettiin saadun materiaalin joukosta esille niin, että keskeiset käsitteet tulevat näkyviksi ja helpottavat tulosten luotettavuuden arviointia. Tutkimuksessa käytetyt käsitteet toistuvat selkeästi työn kaikissa vaiheissa. Myös haastattelutilanteessa varmistettiin, että haastateltavat ymmärtävät käsitteet siten, kuin ne tässä opinnäytetyössä on määritelty. Opinnäytetyö on pyritty rakentamaan vaiheittain sellaiseksi, että lukija pystyy tuloksia tarkastellessaan hahmottamaan kokonaisuuden.

Tässä opinnäytetyössä analysointi suoritettiin ennalta määritellyllä tavalla, joka oli sisällönanalyysi. Perustelu sisällönanalyysin käyttöön tuotiin esille teoriaosuudessa. Ennalta määritelystä kriteereistä pidettiin kiinni läpi koko analysointivaiheen. Kiinnitimme huomiota vastauksissa esille tulleisiin erilaisuuksiin ja poikkeamiin, jotka avattiin tässä opinnäytetyössä eri näkökulmista. Edellä mainittu lisäsi tulosten tiedollista tuottavuutta. Analyysivaiheessa todettiin, että tietoa oli saatu kattavasti, minkä vuoksi ei ollut tarpeen tehdä lisähaastatteluja. Haastatteluista saadun aineiston perusteella lisättiin yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus teoriaosuuteen.

Ennen haastattelujen suorittamista oli sovittu, että eettisistä syistä yksi opinnäytetyöntekijöistä ei voi suorittaa haastatteluja kahdella osastoista, koska on työsuhteessa kyseisiin osastoihin. Toinen opinnäytetyöntekijä oli käynyt tekemässä satunnaisia sijaisuuksia toisella näistä osastoista, joten hänen suunniteltiin olevan haastattelussa mukana kirjurin roolissa. Päivänä, jona haastattelut oli sovittu toteutettaviksi, se opinnäytetyön tekijä, jonka oli tarkoitus toteuttaa haastattelu, oli terveydellisistä syistä estynyt tekemään suullista haastattelua. Haastattelujen toteuttaminen myöhemmin olisi ollut sekä opinnäytetyöntekijöille että haastateltavalle osastolle suunnitellun aikataulun puitteissa haastavaa.

Opinnäytetyöntekijät tekivät päätöksen saapua osastolle sovitusti. Osastolla ajoittaisia sijaisuuksia tehnyt opinnäytetyöntekijä nimesi itsensä haastattelijaksi, mikä sopi haastateltaville. Ennen varsinaisen haastattelun alkua haastateltaville kerrottiin haastatteluun osallistumisen olevan vapaaehtoista ja että sen saisi halutessaan keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelun suorittanut opinnäytetyön tekijä pitäytyi tarkkaan haastattelijan roolissaan ja pidättäytyi tuomasta haastattelutilanteeseen omia mielipiteitään tai tietämystään osaston toiminnasta. Materiaalin sisällönanalyysia tehtäessä havaittiin, ettei kyseinen haastattelu poikennut sisällön tai haastattelun kulun suhteen muista haastatteluista. Katsottiin, että tilanteessa oli toimittu eettisesti oikein ja ettei tulosten luotettavuus ollut vaarantunut.

6.2 Johtopäätökset

Haastatteluissa saaduista kokemuksista välittyi tarve moniammatillisen yhteistyön ja yhteisten käytänteiden kehittämiseen. Kuten Peltonen (2009), Hytönen (2011) ja Isoherranen (2012) ovat tutkimuksissaan todenneet, toiminnan kehittäminen lisää työn hallinnan tunnetta ja parantaa palveluja. Jotta kokonaisvaltaisuus prosessissa säilyisi, moniammatillisen työryhmän jäsenten on suunniteltava ja arvioitava yhdessä erityisesti yhteisiä toimintalinjoja ja käytänteitä.

Tässä opinnäytetyössä saatujen tietojen perusteella aina ei ole selvää, kenellä on missäkin tilanteessa vastuu hoidon koordinoinnista. Sibbald, Wathenn ja Kothri ja Day (2012) nostavat

omahoitajan tiedonvälittäjäksi, mikä voisi olla toimiva malli myös Palvelukoti Jokelassa. Moniammatillisen työryhmän jäsenten tulisi jakaa tietoa, ja esteettömään tiedonkulkuun kannattaa kiinnittää huomioita (Lehtonen 2011). Vuorovaikutus vastaanottotilanteessa ja moniammatillisen työryhmän jäsenten kesken koettiin tärkeäksi. Tiedonkulku eri osastojen välillä ja moniammatillisen työryhmän jäsenten välillä oli erilaista eri osastoilla. Moniammatillisen työryhmän jäsenten mielestä tiedonkulkua olisi kuitenkin syytä kehittää, jotta asukasta pysyttäisiin alusta alkaen hoitamaan mahdollisimman todenmukaisten tietojen pohjalta. Kyngäs ym. (2007, 38-44.) ovat työssään todenneet, että onnistuneen vuorovaikutussuhteen luominen mahdollisimman tarkkojen tietojen perusteella saa sekä asukkaan että hoitohenkilöstön sitoutumaan hoitosuhteen tavoitteisiin paremmin.

Moniammatillinen työryhmä oli sitä mieltä, että tietolomakkeet voisivat olla yhteiset koko palvelukodissa. Lisäksi niitä tulisi käyttää riippumatta siitä, tuleeko asukas palvelukodin ulkopuolelta vai siirtyykö hän osastolta toiselle. Erityisesti lomakkeiden kehittämiseen koettiin olevan tarvetta. Kokemukset olivat yhdenmukaisia Vidotton, Ferrarion, Bondin ja Zottin (2010) kanssa, jotka toteavat lomakkeiden käytön yhtenäistävän eri asukkaiden vastaanottotilannetta ja mahdollistavan sen, että jokaisesta asukkaasta on kerättyä hoitotyön tueksi yhtä kattavat tiedot. Asukkaasta ennakolta saatavan tiedon merkitys korostuu etenkin silloin, kun asukas ei kykene antamaan tietoja itse tai ottamaan vastaan ohjausta. Tällaisissa tilanteissa mahdollisimman täsmällinen tieto asukkaasta auttaa moniammatillista työryhmää suunnittelemaan asukkaan hoitoa ja tukemaan hänen sopeutumistaan muutostilanteeseen. Kyngäs ym. (2007) ja Tyler, Haihong, Perreau, Wilt, Noble ja Coelho (2014) kiinnittävät huomiota käyttöpaikkaa varten kehitettyihin lomakkeisiin: ne vastaavat suoraan tarvetta ja ovat käyttömukavia, mikä tukee niiden siirtymistä käytännön työvälineeksi.

Moniammatillisesta työryhmästä saatiin ideoita myös siihen, minkälaiselle tiedolle on tarvetta. Burletonin (2013) mukaan yhtenäinen käytäntö pyydetävistä tiedoista tukee hoitotyötä. Taulukossa esitetään haastatteluista sekä kirjallisuudesta koottuja tietoja, jotka olisi hyvä saada kerätyksi asukkaasta hoidon alkuvaiheessa. Samantyyppisesti voitaisiin toteuttaa muistilista asioista, jotka on hoidettava siirtymävaiheen aikana.

TEORIATIETO	KOKEMUKSELLINEN TIETO
Nimi, henkilötunnus, yhteystiedot (Burleton 2013)	Olemassa olevat lausunnot - mistä ja koska
Viimeisimmän hoitokontaktin ajankohta (Burleton 2013)	Perustiedot
Diagnoosit (Burleton 2013)	Riskitiedot
Lääkitys (Burleton 2013)	Apuvälineet - mitä, mistä ja koska lainattu

Riskitiedot, riskitekijät, riskienhallintasuunnitelma (Burleton 2013)	Voimassa oleva lääkitys tarkasti kirjattuna ja tulevatko ensipäivien lääkkeet mukana
Suunnitellut interventiot, muut hoitokontaktit ja hoitomuodot (Burleton 2013)	Entiset hoitotahot
Tämänhetkinen mielentila ja suositeltava lähestymistapa (Burleton 2013)	Fyysinen toimintakyky
Tilan heikkenemistä ennakoivat oireet (Burleton 2013)	Psyykinen toimintakyky
Lyhyt potilashistoria (Burleton 2013)	Käyttäytymismallit
Palleatiivinen hoitolinja (Johanna Briggs Institute 2011)	Mittaukset (verenpaine, verensokeri, pituus, paino jne.)

Taulukko 7: Teoriatiedon ja kokemuksellisen tiedon vertailu

Omahoitajan rooli koettiin merkittäväksi, ja omahoitajuuden koettiin tukevan asukkaan kotiuutumista. Wan, Hu, Thobaben, Hou & Yin (2011) korostavat hoitajan tuen merkitystä hoitojakson aikana ja sen positiivista vaikutusta koko hoitojaksoon. Omahoitajuuden merkitys tuli esille myös haastatteluissa, ja omahoitajan toivottiin olevan läsnä vastaanottotilanteissa. Isoherasen (2012) mukaan johtaminen, resurssit ja organisaatio yleensäkin ovat monella tapaa työn mahdollistajia. Kokemusten perusteella esitettiin, että on tarvetta täsmälliseen ja vastaanottotilanteet huomioivaan työvuorosuunnitteluun, niin että omahoitaja resurssoidaan ylimääräiseksi työntekijäksi työvuoroon ja näin tuetaan onnistunutta vastaanottoa. Esimerkiksi kannanotot pikasiirtoihin osastojen välillä ja siirtojen ajankohta suhteessa päivärytmiin kuuluvat usein johdon vastuualueeseen. Johtoporras voidaan siis ottaa mukaan osaksi moniammatillista työryhmää ja moniammatillisen työskentelyn mahdollistajaksi.

Haastateltavat halusivat, että tutustumiskäynnit uudelle osastolle olisivat mahdollisia ja niitä tarjottaisiin nykyistä enemmän. Niiden koetaan olevan hyödyllisiä niin uudelle asukkaalle kuin henkilökunnallekin sekä mahdollisesti mukana oleville omaisille. Sussman ja Dupis (2014) ovat tuoneet samat huomiot esille tutkimuksessaan. Tutustumiskäynnillä on mahdollisuus muokata uuden asukkaan ennakkomielikuvia palvelukotiasumisesta ja madaltaa kynnyistä siirtymävaiheeseen. Mikäli omaiset tulevat mukaan tutustumiskäynnille, he kykenevät jatkossa paremmin tukemaan omaistaan muutoksessa.

Sussman ja Dupuis (2014) ovat työssään todenneet, että muutos on asukkaalle aina koettelemus ja palvelukotiin muuttaminen tilanne, jossa asukkaan pitäisi voida hyväksyä muutos ja sopeutua siihen. Muutoksesta saatavat positiiviset kokemukset ovat todennäköisempiä, mikäli asukas saa ennen muuttoa tutustua palvelukotiin ja keskustella sellaisten ihmisten kanssa, joilla on palvelukodista positiivisia kokemuksia. Haastattelujen perusteella asukkaan vastaan-

otto koettiin yhdeksi vahvuuksista, eli henkilökunta kohtelee asukasta ystävällisesti ja kunnioittavasti ja pyrkii tekemään muutostilanteesta mahdollisimman mukavan esittelemällä palvelukotia. Asukkaalle esitellään palvelukodin tilat ja säännöt, ja asukas saa myös tutustua muihin asukkaisiin, minkä avulla pyritään auttamaan uutta asukasta sopeutumaan muutostilanteeseen ja kotiutumaan palvelukotiin. Klemola (2006) puolestaan on todennut työssään kodinomaisten tunnelmien olevan yksi niistä tekijöistä, jotka auttavat asukasta kotiutumaan. Sussmanin ja Dupuis'n (2014) mukaan kodinomaista tunnelmaa voidaan luoda antamalla asukkaalle mahdollisuus sisustaa omaa huonetta, ja palvelukodissa tämä mahdollisuus on ollut käytössä, eli asukkaat saavat tehdä huoneestaan oman näköisensä.

Lyhyenä yhteenvetona toteamme, että opinnäytetyössä saatujen tietojen perusteella voidaan myös todeta Palvelukoti Jokelan henkilökunnan olevan innovatiivisia työn kehittämisen suhteen. Tämän voimavaran hyödyntäminen vastaanottokäytänteiden kehittämisessä tukee niin henkilökunnan työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä kuin uusien käytänteiden käyttöön oton sulavuutta. Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi ja vahvistamiseksi on olemassa tarve, jota voidaan hyvällä johtamisella ja resurssien antamisella mahdollistaa. Tämän opinnäytetyön teoriapohjaan oli käytettävissä vähän suoraan vastaavan tyyppistä tutkimusta, mutta saatujen tietojen perusteella voidaan todeta että tässä opinnäytetyössä saadut tulokset ovat luotettavia Palvelukoti Jokelan sisäisen kehittäistyön pohjaksi.

Lähteet

Kirjalähteet

- Aho, A. & Kylmä, J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä - näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 2012, 24 (4).
- Burleton, L. 2013. Developing a community mental health nursing handover form. *Nursing standart*. UK: Art & Science.
- Dart, M. A. 2011. *Motivational Interviewing in Nursing Practice*. Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Harkila, A. 1991. *Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Harrison, A. & Hart. C. 2006. *Mental Health Care for Nurses*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Hietaharju, P. & Nuutila M. 2010. *Käytännön mielenterveysyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Himberg, L. & Jauhiainen, R. 2007. *Minä, me ja muut*. Helsinki: WSOY.
- Hjerppe, M. *Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Honkanen, E. 2010. *Kehittämishankeraportti. Valmentava ohjaustyyli ja motivointi elämäntapa-muutoksen perustana*. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.
- Huhtaniemi, O. 2010. *Motivoivan haastattelun toteuttaminen kriminaalihoitoon keskusteluissa*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Huttunen, L. 2002. *Kotona, maanpaossa, matkalla. Kodin merkitykset maahanmuuttajien omaelämäntarinoissa*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia.
- Hytönen, P. 2011. *Sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetin muovautuminen ja moniammatillinen yhteistyö*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2014. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Isoherranen, K. 2012. *Uhka vai mahdollisuus? Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (Toim.) 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Juntunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Klemola, A. 2006. *Omasta kodista hoitokotiin - etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kotiranta, T. 2009. *Kodin ulkopuoliseen hoitoon siirtyminen on kuormittava prosessi. Omaisena edelleen ry*.

- Kuhanen, C. & Kanerva A. 2012. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen P., Kanerva, A., Seuri T. & Schubert C. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kumar, V. K. Ryan, R. Wagnes, K. 2014. Structure of the Personality Beliefs Questionnaire Short Form: Smallest Space Analysis. USA: Springer Science+Business Media New York.
- Kuula, A. 2014. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H. & Henttunen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lehtonen, J. 2011. Artikkelit. Moniammatillisuus psykiatriassa. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 360-361. Helsinki: WSOY.
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyntukijana. Helsinki: Edita Prima.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. 2002. Motivational Interviewing. Preparing People for Change. New York: The Guildford Press.
- Munnukka, T. & Aalto, P. 2003. Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa: Tammi.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Mäkelä, Ruokonen, Tuomi-koski & Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. 2012. Ten principles of good interdisciplinary team work. UK: CRAICs & ITM.
- Noppari, E. & Tanttinen, M.-T. (Toim.) 2004. Arvokas vanhuus ja vanhustyön arvostus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulujen julkaisuja.
- Oittinen P. 2012. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen P., Kanerva, A., Seuri T. & Schubert C. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön. Vaikutukset hoitotyöntekijöistön toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pietilä, A.-M. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen - teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Punkanen, T. 2008. Mielenterveytyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Rönkkö L. & Rytönen T. 2010. Monisäikeinen perhetyö. Helsinki: Wsoy Pro.
- Saarelainen, R., Stengård E. & Vuori-Kemilä, A. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa - Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveystalalla. Juva: WSOY.

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

Välimäki, M., & Mäkitao, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (toim.). Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Välivaara, P. 2003. Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2013. Omaishoitaja mahdollistaa potiaan ja perheen hyvän kohtaamisen. Kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Suomen Sairaanhoidotaliitto.

Internet-lähteet

Betesda-säätiö. 2014. Laatuksikirja: Jokela. Asukkaan vastaanottaminen. Viitattu 29.11.2014. <https://intra.betesda.fi/page/247>

Johanna Briggs Institute. 2011. Omaishoitajan auttaminen dementiaa sairastavan tukemisessa. Best Practice 14 (9). Käännös Suomen JBI yhteistyokeskus: Kempainen, U. & Uosukainen, L. Viitattu 28.02.2015. <http://hotus.fi/johanna-briggs-institute/suomenkieliset-jbi-suositukset>

Karjalainen, T. & Marttila, M. 2010. Transteoreettisen muutosvaihemallin kuvaus elämäntapamuutosryhmän ohjauksessa. Opinnäytetyö. Porvoo: Laurea Ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.02.2015. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21958/Karjalainen_Tanja.pdf.pdf?sequence=1

Katteus, M. 2013a. Nürnbergin säännöstö. Viitattu 23.10.2014. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/nurnbergin-saannosto/>

Katteus, M. 2013b. Maailman lääkariliiton Helsingin julistus. Viitattu 23.10.2014. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Näytönastekatsaus. Akoholiongelmaisen motivoiva haastattelu. Suomalainen lääkariseura Duodecim. Viitattu 20.02.2015. www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset.portlet/Tulosta?id=nak04628.

New York College of Health Professions. 2012. Our Holistic Approach. Viitattu 18.06.2013. <http://www.nycollege.edu/health-care-clinics/our-holistic-approach.php>

OHCHR, Office of the High Commissioner for Human Rights. 1996-2014. Universal Declaration of Human Rights. Viitattu 23.10.2014. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

Sibbald, S. L., Wathen, N., Kotharmi, A. & Day, A. M. B. 2012. Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study. CANADA: J Med Lib Assoc 101(2) April 2013.

Sussman, T. & Dupuis, S. 2014. Supporting Residents Moving Into Long-Term Care: Multiple Layers Shape Residents Experiences. Journal Social Work. Volume 57, Issue 5, 2014.

Tarkiainen, K., Kaakinen P., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. Hoitotiede vol. 24 no. 2 (2012).

THL. 2014. Tiedonkeruut. Viitattu 29.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut>

Artikkelit

Fairbrother, G., Jones, A., Rivas, K. 2010. Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession*, suppl. *Advances in Contemporary Modeling of Clinical Nursing Care* 35.2 (Jun 2010, 202-20)

Koistinen, J. & Hupli, M. 2013. Ohjaajan ja opiskelijan välinen ohjauskeskustelu ohjatussa harjoittelussa - käsiteanalyysi hybridisen mallin mukaan. *Hoitotiede* vol. 25, no. 1 (2013).

Lahtinen, M., Aho, A-L., Salonen, A. H. & Kaunonen, M. 2013. Äitien neuvolan terveydenhoitajalta saama sosiaalinen tuki lapsivuodeaikana. *Hoitotiede* vol. 25 no. 3 (2013).

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 2008; 124: 1507-13.

Parker, R., Walker, L., Hegarty, K. 2010. Primary care nursing workforce in Australia: A vision for the future. *Australian Family Physician* 39.3 (Mar 2010): 159-60.

Tyler, R. Haihong, J. Perreau, A. Witt, S. Noble, W. Coelho, C. 2014. Development and Validation of the Tinnitus Primary Function Questionnaire. USA: *American Journal of Audiology* Vol. 23 September 2014.

Vidotto, G. Ferrario, S. R., Bond, T. G., Zotti, A., M. 2010. Family Strain Questionnaire -Short Form for nurses and general practitioners. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 275-283.

Wan, H., Hu, S., Thobaben, M., Hou, Y., Yin, Tao. 2011. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession* 37.2 (Feb 2011): 149-59.

Muut lähteet

Vanhanen, R. Samauttaminen. NLP practitioner koulutus. Opetusmateriaali. 10.02.2015.

Vanhanen, R. Uskomukset. NLP practitioner koulutus. Opetusmateriaali. 10.02.2015.

Vanhanen, R. Tavoitteet. NLP practitioner koulutus. Opetusmateriaali. Viitattu 10.02.2015.

Taulukot

Taulukko 1: Osallistamista tukevia puhekäytäntöjä tiivistettynä (mukaien Kyngäs ym. 2007)

Taulukko 2: Hoitotahojen tiedonvaihtolomake (mukaien Burleton 2013)

Taulukko 3: Aukkaan hoidon suunnittelu (mukaien Bethesda säätiö 2014)

Taulukko 4: Toimivat käytänteet tiivistelmänä

Taulukko 5: Moniammatillisuuden toteutuminen uuden aukkaan siirtymävaiheessa Palvelukoti Jokelaan

Taulukko 6: Kehittämiskohdat

Taulukko 7: Teoriatiedon ja kokemuksen tiedon vertailu

Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	48
Liite 2 Haastattelurunko	

Liite 1 Saatekirje



SAATEKIRJE
LOHJA 15.03.2015

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Laurea ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyön moniammatillisen työryhmän kokemuksista asukkaan vastaanottotilanteessa Palvelukoti Jokelassa. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää ja yhtenäistää Palvelukoti Jokelan vastaanottokäytänteitä.

Opinnäytetyö toteutetaan ryhmähaastattelututkimuksena, johon kutsumme henkilökuntaa kertomaan kokemuksistaan tämänhetkisistä käytänteistä sekä miten käytänteitä tulisi kehittää. Kutsu koskee vakinaisessa työsuhteessa olevaa hoitohenkilökuntaa. Sijaisten kohdalla tulee täyttyä kuuden kuukauden palvelusuhde Palvelukoti Jokelaan. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan osastonhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, hoitoavustajia, sosiaalityöntekijöitä, virikevastaavia sekä fysioterapeuttia.

Osallistuminen merkitsee ryhmähaastattelutilanteeseen osallistumista, joka on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Opinnäytetyön tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Ryhmähaastattelut nauhoitetaan ja saatu aineisto analysoidaan. Kerättyä aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Antamianne tietoja käsitellään nimettöminä ja ehdottaman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki nauhoitettu ja litteroitu materiaali hävitetään. Osastokohtaiset haastattelut toteutetaan maaliskuun aikana, tarkempi ajankohta sovitaan osastokohtaisesti.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Ulla Lemström Laurea ammattikorkeakoulusta, puh. (09) 8868 7838, ulla.lemstrom@laurea.fi. Opinnäytetyö tullaan hyväksynnän jälkeen julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin

Anna-Maria Sainio, Mira Sassi ja Janina Tahvanainen

Sähköpostiosoitteet: etunimi.sukunimi@student.laurea.fi

Liite 2 Haastattelurunko

HAASTATTELURUNKO

1. Miten moniammatillinen yhteistyö näyttäytyy asukkaan vastaanottamisessa?
 - a. Miten moniammatillisuus toteutuu nyt vastaanottotilanteessa?
 - b. Millä tavalla moniammatillista yhteistyötä voitaisiin hyödyntää vastaanottotilanteessa?

2. Miten moniammatillisuuden osuutta tulisi kehittää vastaanottotilanteessa?
 - a. Millaiset vastaanottotilanteen käytänteet palvelisivat asukkaan kotiutumista?
 - b. Millaiset vastaanottotilanteen käytänteet selkiyttäisivät hoitohenkilökunnan työtä?
 - c. Mitä muuta haluaisitte tuoda esille vastaanottotilanteeseen liittyen?

3. Millaiset ovat palvelukodin vastaanotto käytänteet vastaanottotilanteessa?
 - a. Millaista materiaalia palvelukodissa on vastaanottotilanteen tueksi tällä hetkellä käytettävissä?
 - b. Minkä koette toimivan nykyisissä käytänteissä?
 - Vuorovaikutus.
 - Ohjaussuhde.
 - Viestintä.
 - Kommunikaatio.
 - Puhekäytänteet, kielenkäyttö.
 - Haastattelulomakkeet.
 - Omaisten huomioiminen.
 - Vastaanottotilanne.
 - Palvelukodin esittely.
 - Tervetuloisuus.
 - Omahoitajan rooli.
 - Henkilö- ja taustatietojen kartoitus.

- Hoidon suunnittelu.
 - Kokonaiskuvan muodostaminen.
 - Tietojen läpikäyminen.
- c. Minkä koette puutteelliseksi nykyisissä käytänteissä?
- Vuorovaikutus.
 - Ohjaussuhde.
 - Viestintä.
 - Kommunikaatio.
 - Puhekäytännöt, kielenkäyttö.
 - Haastattelulomakkeet.
 - Omaisten huomioiminen.
 - Vastaanottotilanne.
 - Palvelukodin esittely.
 - Tervetuloisuus.
 - Omahoitajan rooli.
 - Henkilö- ja taustatietojen kartoitus.
 - Hoidon suunnittelu.
 - Kokonaiskuvan muodostaminen.
 - Tietojen läpikäyminen.
- d. Miten vastaanottotilanne toimii tällä hetkellä kokonaisuutena?