

Tiina Järvenpää, Paula Katajisto & Minna Mäkelä

ORTOPEDISEN POTILAAN ONNISTUNUT KOTIUTUMINEN
– SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMA

Hoitotyön koulutusohjelma

2018

ORTOPEDISEN POTILAAN ONNISTUNUT KOTIUTUMINEN – SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMA

Järvenpää, Tiina, Katajisto, Paula, & Mäkelä, Minna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2018
Sivumäärä: 48
Liitteitä: 2

Asiasanat: ortopedinen potilas, potilasturvallisuus, potilaan ohjaus, kotiutusprosessi, hoidon jatkuvuus

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on onnistunut kotiuttaminen kirurgisen osaston sairaanhoitajien mielestä ja miten he kokevat onnistuvansa potilaiden kotiuttamisessa. Tavoitteena oli, että sairaanhoitajat pystyvät kehittämään kotiuttamistyötään vieläkin paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Opinnäytetyön aineisto kerättiin syyskuussa 2018 strukturoidulla kyselyllä, jossa oli mukana myös neljä avointa kysymystä.

Kyselylomakkeita toimitettiin kirurgiselle osastolle 25 kappaletta, joista 21 kappaletta palautui täytettynä. Vastausprosentiksi muodostui 84%. Kerätty aineisto koottiin havaintomatriisiksi ja sen jälkeen se analysoitiin Microsoft Office Excel – taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen. Avoimissa kysymyksissä samankaltaiset kysymykset yhdistettiin ja havainnollistettiin suorilla lainauksilla.

Kyselyn tulosten perusteella kirurgisen osaston sairaanhoitajat kokivat pääsääntöisesti onnistuvansa kotiuttamisessa hyvin. Lisäksi osaston toimintatavat koettiin kotiutusta kannustaviksi ja rohkaiseviksi. Henkilökunta arvosti toistensa asiantuntemusta. Suurin osa vastaajista koki, että kotiuttamisessa sovitut asiat oli kirjattu hyvin. Lisäksi kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä potilaan kotiuttamisessa käytettävään materiaaliin. Haasteelliseksi hoitajat kokivat ajan riittävyyden potilaan kanssa keskusteluun. Osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei kotiutumista oltu suunniteltu yhdessä omaisten kanssa. Vastaajat kokivat myös huolta potilaiden selviytymisestä kotiutumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä ortopedisen potilaan kotiuttamista. Jatkotutkimusehdotuksena on kotiuttamista koskevan kyselyn suuntaaminen potilaille. Sen avulla voitaisiin selvittää potilaiden kokemuksia kotiuttamisen onnistumisesta.

SUCCESSFUL DISCHARGE OF AN ORTHOPEDIC PATIENT – NURSE’S VIEWPOINT

Järvenpää, Tiina, Katajisto, Paula, & Mäkelä, Minna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
December 2018
Number of pages: 48
Appendices: 2

Keywords: orthopedic patient, patient safety, patient guidance, discharge process, treatment continuity

The purpose of this explorative thesis was to examine what successful discharge is like from the viewpoint of the surgical ward’s nurses and how they feel they succeed in discharging the patients. The aim was that the nurses could develop their discharging work to meet the needs of the patients even better. The material for the thesis was collected with a structured inquiry in September 2018, including also four open questions.

The surgical ward was delivered 25 inquiry forms, of which 21 were returned filled. The response rate was 84%. The collected material was gathered as an observation matrix, after which it was analyzed utilizing the Microsoft Office Excel spreadsheet programme. In the open questions, similar questions were combined, and they were illustrated with direct quotes.

According to the results of the inquiry, the nurses of the surgical ward felt in general that they succeed well in the discharge process. In addition, the modes of operation at the ward were seen as supportive and encouraging. The personnel appreciated each other’s expertise. Most respondents felt that the agreed issues concerning the discharge had been registered well. Additionally, all the respondents were satisfied with the material used for discharge. The nurses felt challenging the sufficiency of the time to be used for a conversation with the patient. A part of the respondents felt that the discharge had not been planned together with the family. The respondents also worried about the patients’ managing at home.

The results of the thesis can be utilized for developing the discharge of an orthopedic patient. As a suggestion for a further study is directing the discharge inquiry for the patients. With its help, the patients’ experiences concerning the success of the discharge could be found out.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KOTIUTUSPROSESSI.....	5
3	POTILAAN OHJAUS.....	8
4	HOIDON JATKUVUUS.....	11
5	ORTOPEDINEN POTILAS.....	13
	5.1 Nivelrikko.....	14
	5.2 Osteoporoosi.....	16
	5.3 Nivelreuma.....	17
	5.4 Ortopedisen potilaan hoitoprosessi.....	18
6	POTILASTURVALLISUUS.....	19
	6.1 Lääkehoidon turvallisuus.....	20
	6.2 Hoidon turvallisuus.....	20
	6.3 Haitta- ja vaaratapahtuma.....	21
	6.4 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät.....	22
	6.5 Potilasturvallisuus kotiutumisvaiheessa.....	23
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET SEKÄ OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO	25
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	26
	8.1 Aineistonkeruumenetelmän valinta ja mittarin laadinta.....	27
	8.2 Aineiston keruu ja analyysi.....	29
9	TULOKSET.....	29
	9.1 Onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajan mielestä.....	29
	9.2 Kotiuttamistilanteen kehittäminen sairaanhoitajan näkökulmasta.....	32
	9.3 Tutkittavien kokemukset onnistumisestaan potilaiden kotiuttamisessa.....	34
10	POHDINTA.....	35
	10.1 Tutkimustulosten raportointi.....	35
	10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	39
	10.3 Jatkotutkimukset ja kehittämissuhteet.....	41
11	OMAN OPPIMISEN TARKASTELU JA PROSESSIN ARVIOINTI.....	41
	LÄHTEET.....	43
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Potilaan kotiuttaminen kuuluu isona osana sairaanhoitajan työhön. Tänä päivänä potilaita kotiutetaan entistä nopeammin. Tämä on tuonut mukanaan sen, että potilaat ovat usein entistä huonokuntoisempia. (Rautiainen, Pelanteri & Rasilainen 2012, 4-5.)

Sairaanhoitajat kohtaavat työssään erilaisia potilaita ja heidän omaisiaan. Hoitajan oma vuorovaikutustaito ja kyky kohdata potilas merkitsevät paljon. Empatia ja taito asettua toisen asemaan ovat hoitajalle hyviä ominaisuuksia. Hyvällä ja ammattitaitoisella, sekä potilasta motivoivalla ja läsnäolevalla ohjauksella voidaan edistää heidän selviytymistään kotona.

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta kotiutumista sairaalasta kuvaa sana "kotiuttaminen". Potilaan näkökulmaa kuvaa puolestaan sanaa "kotiutuminen". (Nurmi 2004, 412.) Opinnäytetyössä käsitellään aihetta hoitajalähtöisesti. Tutkimuksellinen opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Satakunnan Keskussairaalan kirurgian osasto 2 kanssa. Aihetta rajattiin siten, että keskityttiin elektiivisesti tehtyihin lonkka- ja polvi-leikkauksiin, jotka ovat osaston suurin potilasryhmä. Tällä hetkellä aihe on ajankohdainen juuri potilaiden lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi. (Kauhanen 2015).

Opinnäytetyön teoreettisessa osassa käsitellään kotiuttamiseen liittyvää teoriaa käsitteittäin. Opinnäytetyön empiirinen osa koostuu kyselylomakkeen tulosten tulkinnasta tutkimuskysymyksittäin sekä tulosten analysoinnista. Opinnäytetyön tutkimusote oli kvantitatiivinen, mutta se sisälsi myös otteita kvalitatiivisesta tutkimusmenetelmästä.

2 KOTIUTUSPROSESSI

Kirjallisuudessa sairaalasta kotiutumiseen käytetään monia eri käsitteitä, esimerkiksi kotiuttaminen ja kotiutuminen (Koski 2017, 16). Kotiutusprosessin tavoitteena on, että potilas siirtyy mahdollisimman sujuvasti sairaalahoidosta kotiin tai toiseen

hoitolaitokseen. Prosessin suunnittelun pitäisi alkaa jo silloin, kun potilas kutsutaan sairaalahoitoon tai nopeasti äkillisten sairastapausten sattuessa sairaalaan saapumisen jälkeen. (Andersson & Liedes 2009, 13.)

Kotiutusprosessi päättyy silloin, kun potilas pärjää kotona tai hän siirtyy hoitoon jonnekin toiseen paikkaan. Onnistuneen kotiutusprosessin edellytyksenä on moniammatillisuus sekä kotihoidossa että kotiutumisen suunnittelussa, ja se vaatii hoitohenkilökunnalta sitoutumista, yhteistyökykyä ja -halua. Kaikki kotiutustilanteet ovat luonteeltaan yksilöllisiä ja monimuotoisia. (Andersson & Liedes 2009, 13.)

Sairaalan toiminnan kannalta kustannustehokasta on potilaan nopea kotiuttaminen. Nopea kotiuttaminen on myös merkittävää potilaan toimintakyvyn säilymisen kannalta. Todennäköistä on, että mitä pidempään potilas on sairaalassa, sitä haasteellisempaa hänen on palata kotiin. Kotona potilas joutuu selviämään itsenäisemmin arkirutiineista kuin ollessaan sairaalahoidossa. Kotiutuminen sairaalasta on moniulotteinen hoidon prosessi ja se koostuu erilaisista vaiheista ja toiminnoista. Onnistunut ja huolellisesti suunniteltu kotiutusprosessi saattaa helpottaa potilaan siirtymistä sairaalahoidosta kotiin. (Koski 2017, 16.)

Useissa sairaaloissa on kotiutuskriteereitä, jotka on sovittu osaston taikka yksikön kesken. Niiden perusteella voidaan potilas kotiuttaa. Tärkeässä roolissa on hyvä potilasohjaus, sillä sen avulla ja voidaan edistää ja edesauttaa potilaan onnistunutta kotiutumista. Kotiutuksen suunnittelussa ja totuttamisessa voidaan apuna käyttää kotiutuksen tarkistuslistaa, jonka avulla kotiuttava hoitaja muistaa huomioida kaikki oleelliset asiat mitä kotiuttamistilanteessa täytyy muistaa. Tärkeää on, että myös potilaan sosiaalinen elämä huomioidaan kotiutusvaiheessa, sillä tänä päivänä turvattomuuden kokemukset ja yksinäisyys ovat yleisiä vanhuksilla. (Koski 2017, 17.)

Lähtökohtana turvallisessa kotiutuksessa on se, että potilaan kotiutus tehdään oikeaan aikaan. Kotiutus liian varhain voi johtaa siihen, että potilas palaa sairaalahoitoon uudelleen. Taas liian pitkään viivästynyt kotiutus saattaa aiheuttaa potilaalle toimintakyvyn laskua, stressiä ja epätietoisuutta. Kotiuttaminen sairaalasta on muiden toimijoiden ja eri yksiköiden kriittisimpiä kohtia. (Koski 2017, 17-18.)

Onnistunut kotiuttaminen sairaalasta vaatii onnistuneen hoidon sekä hyvän kuntoutumisen lisäksi hyvää yhteistyötä eri ammattiryhmien ja toimijoiden välillä. Edellytyksenä turvalliselle ja oikea-aikaiselle kotiutukselle on jokaisen eri toimijan välinen sujuva yhteistyö, jonka muodostavat oikea-aikainen ja riittävä tiedonkulku, yhtenäiset kotiutuskriteerit ja toimintaperiaatteet, moniammatillinen tiimityöskentely, selkeä vastuunjako ja mahdollisuus konsultointiin. (Koski 2017, 17-18.)

Monet erilaiset haasteet liittyvät kotiutukseen. Nykyään sairaaloissa toiminta täytyy olla tehokasta. Se on johtanut siihen, että potilaat siirtyvät sairaaloista pois nopeasti, jatkohoitoajat ovat lyhentyneet sekä kotiutukset ovat lisääntyneet. Keskeisimmät ongelmat liittyen kotiutuksiin ovat katkokset tiedonkulussa, epämääräiset tavoitteet liittyen potilaan hoitoon, eri tahojen vastuunjakaminen sekä koordinoinnin ongelmat ja muiden eri palvelujen sovittaminen yhteen. (Koski 2017, 19.) Suurimpana haasteena kotiutuksessa koetaan Sirpa Ellalan tekemän pro gradu -tutkielman mukaan ennakoimattomat, nopeat ja yllättävät kotiutukset (Ellala 2013, 3).

Edellä mainitut haasteet vaikuttavat potilaan saamaan hoitoon merkittävästi, mutta ne myös tuntuvat ymmärrettäviltä, sillä potilaan kotiutuessa on mukana monta toimijaa sairaaloiden suuren potilasvirran vuoksi. Jotta kotiutuminen onnistuisi mahdollisimman hyvin, tulisi sairaalan henkilökunnan tunnistaa jo ajoissa ne potilaat, joiden kotiuttamiseen saattaa liittyä haasteita ja joille kotona pärjääminen tuo todennäköisesti ongelmia. Esimerkiksi potilas, joka on toistuvasti tai pitkään ollut sairaalahoidossa tai muistisairas potilas voi olla riskikotiutuja. (Koski 2017, 19.)

Edellytyksenä kotiutumisen tukemiseen on potilaan kokonaistilanteen arviointi huolellisesti. Sairaalan henkilökunta tarvitsee laajasti tietoja potilaasta, hänen taustastaan ja aiemmista hoitajaksoista. Huolimattomasti valmisteltu kotiutus tai potilaan toimintakyvyn arviointi huolimattomasti voi johtaa siihen, että potilas joutuu palaamaan sairaalaan uudestaan. (Koski 2017, 19.)

Sirkku Haaralan tekemässä pro gradu -tutkielmassa “ikäntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutusvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät” todetaan, että onnistuneessa kotiutuksessa on tärkeätä, että potilaalle järjestetään hänen tarvitse-

mat apuvälineet, sekä kunnalliset palvelut, jotka tukevat selviytymistä kotona. Kotiutukseen suunnitteluun tulee ottaa läheiset huomioon ja eritoten sellaiset läheiset, joilla on sairauksia, jotka vaikeuttavat potilaan avustamista. He tarvitsevat sekä tiedollista, että konkreettista tukea selviytymisen tueksi kotona. (Haarala 2016, 2).

3 POTILAAN OHJAUS

Olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa on potilaan ohjaus. Se on myös tärkeä osa asiakkaiden hyvää hoitoa. Ohjauksella on hyvin onnistuessaan vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja terveyttä edistävään toimintaan. Haasteita ohjauksen toteutumiselle asettavat osin puutteelliset ohjausresurssit ja lyhyet hoitoajat. Haasteellisissa tilanteissa asiakkaiden ohjaaminen edellyttää ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista: minkälaisista tekijöistä ohjaus koostuu eli mitä se oikeastaan on. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Käsitettä ohjaus käytetään hoitotyössä paljon. Sitä kuvataan usein osana ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Ohjausta tapahtuu ammatillisen toiminnan näkökulmasta tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti asiakkaan tilanteeseen liittyvistä asioista. Prosessiin näkökulmasta ohjaus on asiakkaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. Ohjaus ajatellaan näin tavoitteellisena ongelmanratkaisuna. Olennaista ohjauksessa ovat asiakkaan ja hoitajan taustatekijöiden huomiointi, vuorovaikutteisen suhteen rakentaminen sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Rinnakkaiskäsitteitä ohjaamiselle ovat neuvonta, motivoiva keskustelu, valmentaminen ja opettaminen. Nykyisin potilaan hoidossa korostuu ohjaus entisestään hoitoaikojen lyhentyessä. Ohjaustilanteet ovat erilaisia. Ympäristönä voi olla erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa potilaan huone, sairaalan poliklinikka tai esimerkiksi päiväkirurginen yksikkö. Ohjausympäristö perusterveydenhuollossa voi olla myös potilaan oma koti. Haasteita potilaan ohjaukselle asettaa se, että ohjausympäristö on usein potilashuone, jossa on paikalla muita potilaita. Ohjauksen sisällössä pitää täl-

löin huomioida minkälaisista asioista voidaan muiden potilaiden ollessa läsnä keskustella. Paras mahdollisuus luottamukselliseen keskusteluun on rauhallinen tila, jossa ei ole muita ihmisiä kuuloetäisyydellä. (Ahonen ym. 2016, 34.)

Potilaan ohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmä. Ohjauksessa hoitaja vuorovai-
kutuksen avulla tukee potilaan omatoimisuutta, ja itsenäisyyttä. (Eloranta & Virkki
2011, 7.) Potilasohjaus on myös yksi hoitotyön keskeisimmistä osa-alueista. Sen
vuoksi potilasohjausta on välillä hyvin vaikeata erottaa potilaan muusta hoidosta.
Tämä puolestaan luo haasteita ohjauksen tutkimiselle. Yleisesti potilasohjauksen piir-
teitä ovat tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta. (Lipponen 2014, 18.)

Laki ja etiikka toimivat ohjauksen perustana. Potilaan ohjausta ei välttämättä mainita
suoraan laeissa ja asetuksissa, mutta potilaan ja asiakkaan asema on määritelty laissa.
Potilaille on annettava lain mukaan riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Ohjaus
on toteutettava yhteisymmärryksellä potilaan kanssa. Potilaan ohjauksessa hoitotyön
osana tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä, vakaumusta ja
ihmisarvoa. Terveystieteiden ammattilaisia ohjaavat eettiset periaatteet. Periaatteissa
ohjauksen ajatellaan sisältyvän olennaisena osana hoitotyöhön. Näin ollen hyvä hoito
sisältää hyvän potilasohjauksen. Hoitajan hyvä ammattitaito edellyttää hyviä ohjaus-
taitoja. (Eloranta & Virkki 2011, 11-12.)

Potilaan ohjauksella voidaan vaikuttaa laajasti potilaan kokemuksiin ja valmiuksiin
myönteisellä tavalla. Ohjaus rohkaisee ja antaa mahdollisuuden osallistua hoitoon liit-
tyvään päätöksentekoon. Mahdollisuus tähän edellyttää ohjattavan potilaan kannalta
riittävää tiedon saantia. Tiedon määrä ei pelkästään ratkaise tiedon riittävyttä, vaan
potilaan tulee ymmärtää saamansa tieto ja kyetä hyödyntämään sitä. Tiedon perusteella
potilas voi osallistua omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Näin po-
tilas voi ottaa hoidostaan ikään kuin vastuun ja sitoutua siihen. (Eloranta & Virkki
2011, 15.)

Potilaat itse odottavat ohjaukselta saavansa tietoa erilaisista hoitomuodoista, sairauk-
sistaan, toimenpiteisiin liittyvistä asioista, tehtävistä tutkimuksista, toipumismahdolli-
suuksista ja jatkossa sairauden kanssa elämisestä. Potilaat odottavat, että ohjausta an-
taa koulutettu ja työssään pätevä hoitaja. Potilaat toivovat, että hoitajalla on herkkyyttä

potilaan yksilöllisille tarpeille. Potilaat arvostavat sitä, että hoitaja on läheinen ja suhtautuminen on myönteistä vuorovaikutustilanteessa. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

Potilaan ohjauksessa henkilökunnan vähyys ja kiire vaikuttavat ohjauksen saantiin ja sen laatuun. Hätkähdyttävää on, että potilaat itse kokevat saavansa ohjausta, jos he osaavat vaatia sitä. Potilaat kokevat, ettei ohjausta aina anneta sen parhaimpana hetkenä tai se ei ole oikean mittaista. Ohjausta potilaalle annetaan usein kotiin lähtiessä, jolloin potilaan omat ajatukset voivat olla jo muualla. Potilaan ohjauksen oikea ajan kohta mahdollistaa sen, että potilas huolehtii itsestään rauhallisin mielin ja uskoo omiin voimavaroihinsa. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

Sosiaali- ja terveysala elää murrosvaihetta. Tämä edellyttää toiminnan tehostamista. Vaiheen vaikuttavia tekijöitä ovat avohoidon lisääntyminen, hoitoaikojen lyhentyminen, ikääntyvä väestö ja kulujen kasvu. Tilanteeseen vaikuttaa myös se, että palveluiden tarjonta ei kohtaa kysyntää. Potilaan ohjaus on tämän vuoksi noussut hyvin tärkeäksi osaksi potilaan hoitoa ja ohjauksen kehittäminen on tärkeää sen lisääntyneen tarpeen vuoksi. Erityisesti hoitoaikojen lyhentyminen näkyy erikoissairaanhoidossa. Potilaalla on usein hoitokontakti myös perusterveydenhuoltoon. Tämän vuoksi potilaan ohjausvastuu yhä useammin siirtyy perusterveydenhuollon järjestettäväksi. (Lipponen 2014, 17,22.)

Kähkönen Outi, Saaranen Terhi ja Kankkunen Päivi Itä-Suomen yliopistosta ovat tutkineet vuonna 2012 potilaan ohjaukseen liittyviä menetelmiä, sisältöä ja kehittämistarpeita. Tutkimuksessa käy ilmi, että ohjauksen ajoituksessa tulee painopiste siirtää sairaalavaiheen jälkeiseen ajankohtaan. Potilas tarvitsee kotiutusvaiheessa tietoa, joka tukee arjessa selviytymistä. Ohjauksen toteutuksessa tulee myös huomiota kiinnittää miesten ja naisten erilaisiin tarpeisiin ohjaukseen liittyen. Huomiota ohjauksessa tulee myös kiinnittää yksin elävien henkilöiden ja ikääntyneiden henkilöiden pysymiseen ohjauksen parissa, sekä potilaan läheisten huomioimiseen. (Kankkunen, Kähkönen, Saaranen 2012, 202.)

”Tutkimuksesta Tiiviisti” -julkaisussa 2018 on kirjoitettu asiakasohjauksesta sairaalasta kotiutuessa ja sen tarpeista ja palveluratkaisuista. Tutkimuksen päälöydöksiä oli

muun muassa se, että kotiuttaessa sairaalasta vain 4% arvioitiin omatoimisiksi. Kotiutuneista puolet sijoittui kahteen ryhmään, jotka tarvitsevat eniten apua. (Kehusmaa, Mäkelä & Heikkilä 2018, 1-2.)

Kotiutetuista kolmannes ei ollut säännöllisten palveluiden piirissä. He eivät olleet saaneet edes lyhytaikaisesti kotihoitoa, vaikka heistä suurella osalla oli arvioitu avun tarvetta sairaalassa. Henkilöt, joilla ei ollut läheisapua olivat selvästi useammin seurannassa ympärivuorokautisen hoivan palveluissa. Heiltä löytyi useammin toinen sairaalajakso. Läheisapua saavilla henkilöillä esiintyi enemmän lyhyitä kotihoidon jaksoja. (Kehusmaa, Mäkelä & Heikkilä 2018, 2-5.)

4 HOIDON JATKUVUUS

Edellytyksenä luotettavalle hoidon arvioinnille on hoidon jatkuvuus. Jatkuvuus voi liittyä pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen, hoidon järjestämiseen tai tiedon kulkuun. Keskeinen rooli hoidon jatkuvuuden toteutuksessa on perusterveydenhuollolla. Hoidon jatkuvuuden toteutumisessa oleellista potilaan kannalta on riittävä tiedon saatavuus ja sujuva tiedonkulku. Tähän tarvitaan hoitavan henkilöstön vuorovaikutustaitoja ja kykyä sovittaa yhteen eri hoitomuotoja. Hoidon jatkuvuudesta näyttävät saavan eniten hyötyä ne, joilla on pitkäaikaisia vaikeasti hoidettavia ongelmia tai jotka ovat ikänsä tai sairautensa takia erityisen hauraita. Jatkuvuuden arviointi, sekä sen vahvistaminen pitäisi ottaa Suomessa kansalliseksi tavoitteeksi. Eniten palveluja käyttäville ja niitä tarvitseville potilaille tulisi taata mahdollisuus hoidon jatkuvuuteen hoitotiimin ja oman lääkärin avulla. (Raivio 2017, 133.)

Yhdeksi tärkeimmäksi tavoitteeksi terveydenhuollon toiminnassa mainitaan hoidon jatkuvuus. Toiminnan tehokkuuden kasvun myötä tämän uskotaan osaltaan merkitsevän hoidon laadun paranemista ja hoitokulujen vähenemistä. Hoidon jatkuvuus on osaltaan riippuvainen potilastietojen saatavuudesta hoidettavan potilaan välillä ja hoitopalvelun antajan, kuin myös muiden terveydenhoitoon osallistuvien toimijoiden välillä. Takaaminen siitä, että hoito jatkuu edellyttää yhteistä toimintamallia, joka on

riippumaton kulttuurisista, ammatillisista tai kansallisista rajoista. (Terveydenhuollon toimintaprosessit 2011, 18.)

Hoidon jatkuvuus vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon laatuun, kustannuksiin ja tehokkuuteen. Jatkuvuudella on yhteys tiedonkulun ja palvelujen sujuvuuteen, sekä myönteiseen palvelukokemukseen. Sillä on monia myönteisiä vaikutuksia potilaan hoidon tuloksiin, sitoutumiseen ja terveydentilaan. Hoidon jatkuvuus vahvistaa terveydenhuollon ammattilaisen luottamusta, empatiakykyä ja vuorovaikutustaitoja. Se myös vahvistaa yhteistä kumppanuutta potilaan kanssa sekä lisää potilaiden turvallisuuden, luottamuksen ja tyytyväisyyden kokemusta. Hoidon jatkuvuus on tärkeää potilaan, terveydenhuollon ammattilaisen kuin terveydenhuoltojärjestelmänkin kannalta. (Raivio 2017, 133.)

Hoidon jatkuvuuteen ja sen turvallisuuteen vaikuttavat kirjaukset, jotka on tehty potilastietojärjestelmään. Hoidon jatkuvuutta turvaavat myös selkeät ja päivitettyt lääkelistat sekä potilastietojärjestelmien selkeät diagnoosi-, kertomus- ja laboratoriolehdet. Hoitajalle hoidon jatkuvuus merkitsee ajantasaisen tiedon saantia potilaasta. Tärkeätä on, että hoitaja tietää potilaan terveydentilan. Hoidon jatkuvuus, ajantasaisuus ja hyvä kirjaaminen herättävät luottamusta potilaassa ja hänen omaisissaan. Selkeän ja hyvän kirjaamisen avulla pystytään paremmin arvioimaan potilaan tilanne ja se, kuinka häntä tulee hoitaa, (Ahonen ym. 2016, 44-49.)

Hoidon jatkuvuutta voidaan tutkia esimerkiksi niin, että arvioidaan tiedonkulkua, vastaanottokäyntiä, vuorovaikutussuhteita tai terveystalouden toteutusta ja suunnittelua. Potilaiden kokema hyöty hoidon jatkuvuudessa on luottamuksen ja turvallisuuden lisääntyminen, tyytyväisyys ja parempi sitoutuminen omaan hoitoonsa. Hoidon jatkuvuus myös kannustaa potilaita hakemaan apua, sekä kannustaa ammattilaisia terveydenhuollossa antamaan sitä. Se myös lisää väestön terveyttä ja parantaa hoidon tuloksia. Hoidon jatkuvuuden nähdään lisäävän myönteistä suhtautumista, rehellisyyttä ja empatiaa hoitosuhteessa, sekä parantavan hoitoa, kuntoutusta ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Tärkeänä osana hoidon jatkuvuus vähentää potilaiden diagnostisten testien, lääkemääräysten ja potilaiden sairaalaan lähettämisen kustannuksia. (Hoidonjatkuvuus www-sivut.)

5 ORTOPEDINEN POTILAS

Ortopedia on luu- ja tukielinsairauksiin erikoistunut kirurgian ja lääketieteen ala. Ortopedia-sana tulee kreikan kielen sanoista orthos eli suora ja pais eli lapsi. Tämä sana merkitsee taitoa tehdä lapsesta tai hänen raajastaan suora. Ortopedisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, jolle tehdään liikuntaelimistön, luuston, nivelten ja lihasten virheasentoja korjaava leikkaus. Suomessa ortopedian työkenttään kuuluu myös traumatologia eli tapaturmien hoitaminen. Nämä kaksi lääketieteen alaa muodostavat yhdessä kirurgian erikoisalana ja ne kuuluvat osittain myös erikoiskirurgiaan. (Rokkanen ym. 2003, 9.)

Ortopedian ja traumatologian erikoisalalla tutkitaan ja hoidetaan pääosin luuston ja muiden tukikudosten vammoja ja sairauksia. Tämä tapahtuu usein yhteistyössä muiden erikoisalojen kanssa. Valtaosa erikoisalana hoidosta perustuu erilaisiin leikkauksiin ja toimenpiteisiin, mutta edellä mainittujen tilojen lisäksi erikoisalalle kuuluvat osittain ei-leikkauksellisten hoitojen arviointi, suunnittelu ja toteutus. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut.)

Ortopedian alaan kuuluvat usein erilaiset kiireettömät tilat, kun taas traumatologiassa – eli vammojen hoitoon liittyvällä alueella – kyse on pääsääntöisesti päivystyksellisestä eli kiireellisestä, hoidosta. 40 % kaikista Suomessa tehtävistä kirurgisista toimenpiteistä kuuluu ortopedian ja traumatologian erikoisalana piiriin. Siten se on volyymiltaan suurin kirurgian erikoisala. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut.)

Tyypillisiä ortopedian ja traumatologian erikoisalana toimenpiteitä ovat muun muassa erilaiset nivelten tähytysavusteiset leikkaukset, tekonivelleikkaukset, raajojen murtumien ja sairauksien korjausleikkaukset sekä selkärangan alueen sairauksien ja vammojen leikkaushoidot. Ei-operatiivinen hoito toteutetaan usein erityyppisillä lastoituksilla tai tukilaitteilla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut.)

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä ortopedisten potilaiden ongelmat ovat hyvin yleisiä ja useimmiten pitkäaikaisia, jopa koko loppuiän kestäviä (Kiviranta & Järvinen

2012, 5). Tuki- ja liikuntaelinten ongelmat aiheuttavat kolmanneksen työikäisten sairauspoissaoloista, mikä tarkoitti vuonna 2014 noin 4,8 miljoonaa Kansaneläkelaitoksen korvaamaa sairauspoissaolopäivää (Kelan sairausvakuutuslasko 2014).

Tekonivelleikkaukset ovat vakiinnuttaneet asemansa sekä vaikean lonkan- että polven nivelrikon tehokkaimpina hoitomuotona. Leikkauksen avulla potilaat saavat apua hankalaan, jokapäiväistä elämää haittaavaan niveloireiluunsa. Suomessa tehtiin vuonna 2008 yli 20 000 lonkan ja polven tekonivelleikkausta. Vuonna 2010 arvioitiin, että suurten ikäluokkien ikääntyessä leikkausten tarve lisääntyisi jopa 50% tulevan vuosikymmenen aikana. (Hirvensalo, Kallio, Kalske & Remes 2012, 390 ja Remes 2010, 3.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän implanttirekisterin mukaan Suomessa tehtiin vuonna 2016 yhteensä 9 656 lonkan tekonivelen ja 12 251 polven tekonivelen ensileikkausta. Lonkkaleikkausten määrä oli noin 7 prosenttia suurempi ja polvileikkausten noin 17 prosenttia suurempi kuin vuonna 2015. Yli puolet leikkauksista tehtiin naisille, 57 prosenttia lonkkaleikkauksista ja 64 prosenttia polvileikkauksista. Noin kolmannes implanttileikatuista potilaista oli täyttänyt 75 vuotta. (THL www-sivut 2018.)

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan yleisimpiä ortopedisia sairauksia, joita voidaan hoitaa kirurgisilla hoitomuodoilla.

5.1 Nivelrikko

Maailman yleisin nivelsairaus on nivelrikko. Nivelrikkoa esiintyy useimmiten polvessa, lonkassa, selkärangassa sekä myös käden nivelissä mutta se voi ilmetä missä tahansa synoviaalinivelessä. Nivelrikon perimmäinen syy on yhä arvoitus. Nykykäsityksen mukaan poikkeavaksi luokiteltava mekaaninen kuormitus, samoin kuin rakenteellisesti heikentyneen rustokudoksen normaali kuormitus voivat aiheuttaa biokemiallisen tapahtumasarjan nivelessä, joka voi lopulta johtaa nivelrikolle tyypilliseen vaurioon ja kipuun. (Arokoski & Kiviranta 2012, 125.)

Nivelrikon taustalta voidaan löytää yksi tai useampiakin systeemisiä vaaratekijöitä. Näitä ovat muun muassa ikääntyminen, perimä sekä ylipaino. Paikallisia vaaratekijöitä sen sijaan ovat esimerkiksi nivelvammat, nivelten kehityshäiriöt ja virheasennot, liian kuormittava työ tai liikunta. Jako systeemisiin tai paikallisiin vaaratekijöihin vastaa samalla myös nivelrikon luokitteluun primaarisesta tai sekundaarisesta tautimuodosta. (Arokoski & Kiviranta 2012, 126.)

Toimintakyvyn heikkeneminen on nivelrikon merkittävin seuraus ja tämä näkyy erityisesti ikääntyneemmän väestön (yli 65- vuotiaat) elämänlaadun ja itsenäisen selviytymisen heikentymisenä. Nivelrikon perusteella maksetaan nykyään 6% työkyvyttömyyseläkkeistä ja nivelrikko kaikkineen aiheuttaa Suomessa lähes miljardin euron vuosittaiset kustannukset. (Arokoski & Kiviranta 2012, 125.)

Nivelrikon hoidon tavoitteena on ensisijaisesti kivun hallinta ja lieventäminen, sekä toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen. Myös sairauden pahenemisen estäminen kuuluu hoidon tavoitteisiin, sillä parantavaa hoitoa ei ole. Hoidot tulee valita yksilöllisesti, aiheet ja vasta-aiheet huomioiden. Nivelrikon hoidon perustan muodostavat konservatiiviset, lääkkeettömät hoitomuodot. Tällaisia ovat esimerkiksi fysikaalinen terapia, akupunktio, sähkökipuhoidot, potilasohjaus, laihduttaminen ja apuvälineet erilaisiin päivittäisiin toimintoihin. (Arokoski & Kiviranta 2012, 134.)

Lääkkeettömien hoitomuotojen rinnalla käytetään myös erilaisia kipulääkkeitä parasetamolista opioideihin. Kirurgiset hoitomuodot otetaan harkintaan, silloin kun kipu ja elämää hankaloittavat rajoitteet toimintakyvyssä eivät ole muutoin hallittavissa. Kirurgisen hoidon jälkeen on edelleen kannattavaa käyttää myös konservatiivisia hoitomenetelmiä. Kirurginen toimenpide valitaan yksilöllisen harkinnan mukaan ja valintaan vaikuttavat monenlaiset tekijät, kuten nivelrikon vaikeusaste, kipu sekä toimintakyvyn alentuman aste. (Arokoski & Kiviranta, 2012, 134.)

Nivelrikon kirurgisia hoitomuotoja on erilaisia. Nivelrikon diagnostiikassa ja hoitomenetelmänä voidaan käyttää artroskopiaa eli nivelentähystystä. Tähän on mahdollista yhdistää myös artroskooppinen débridement eli nivelen puhdistaminen. Polven toispuolisen nivelrikon hoidossa on käytetty myös osteotomiaa. Tämä tarkoittaa luun katkaisua, kääntämistä ja luuduttamista uuteen asentoon. Tällä toimenpiteellä pyritään

vähentämään kuormitusta nivelrikkoiselta nivelpinnalta ja muuttamaan kuormitusta fysiologisemmaksi. (Arokoski & Kiviranta 2012, 134-135.)

Tekonivelleikkaukseen päädytään silloin kun nivelrikkomuutokset ovat selvät ja niihin liittyy voimakkaita yösärkyjä, liikekivut eivät ole hallinnassa tai päivittäiset toiminnot ovat vaikeutuneet olennaisesti. Nuorten kohdalla leikkauspäätöstä pyritään pitkittämään, koska tekonivelen pysyvyys on rajallinen. Kustannustehokkuudeltaan polvi- ja lonkkatekonivelleikkaukset ovat hyviä toimenpiteitä ja ne parantavat yleensä merkittävästi potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Arokoski & Kiviranta 2012, 134-135.)

5.2 Osteoporoosi

Tyypillisesti luuston metaboliset sairaudet aiheuttavat muutoksia luuston mineraalitiheydessä. (Arokoski & Kiviranta 2012, 139.) Tunnetuin luun tiheyteen vaikuttava sairaus on osteoporoosi. Osteoporoosi tarkoittaa luun mineraalimäärän vähentymistä. Luun rakenne muuttuu siten, että luun lujuus heikkenee. Tällöin luu voi murtua vähäisestä vammasta. (Mustajoki 2017.)

Ilman mittauksia on mahdotonta tietää osteoporoosin olemassaoloa, sillä se ei tunnu mitenkään. Taustalla on monesti jo vuosikausia kestänyt luukato, silloin kun syntyy osteoporoosiin liittyvä luunmurtuma. Pienikin tärähdys voi aiheuttaa esimerkiksi selkänikaman murtuman, jolloin nikama luhistuu kasaan. Selkärangan alaosaan paikallistuva kipu on tästä usein oireena. Toinen yleinen murtumatyyppi on kaatuessa syntyvä reisiluun kaulan murtuma. Kolmanneksi tavallisin murtumatyyppi on ranneluun murtuma, joka myös tyypillisimmillään syntyy kaatuessa. Myös muihin luihin voi ilmaantua murtumia hyvin vähäisiltäkin vaikuttavien vammojen yhteydessä. (Mustajoki 2017.)

Osteoporoosi voidaan luokitella joko primaariseksi tai sekundaariseksi muodoksi. Primaarisessa muodossa taustalla ei ole todettavissa sairauksia, toimenpiteitä tai lääkityksiä, joiden tiedetään aiheuttavan luukatoa. Tällöin kyseessä on vanhenemiseen liit-

tyvä osteoporoosi, joka voidaan luokitella vaihdevuosien jälkeiseen tyyppin I osteoporoosiin eli postmenopausaaliseen muotoon sekä tyyppin II eli vanhuusiän osteoporoosiin. (Kröger 2012, 142.)

Sekundaarinen osteoporoosi johtuu jostain tietystä sairaudesta, kuten keliakiasta, Cushingin oireyhtymästä tai nivelreumasta. Osteoporoosille altistavia lääkkeitä ovat muun muassa kortisoni ja tyroksiini. Osteoporoosi voi myös johtua erilaisista toimenpiteistä, kuten mahalaukun poistosta, elinsiirrosta tai pitkäaikaisesta immobilisatiosta. Osteoporoottisesta lonkka- tai polvimurtumasta kärsivillä naisilla 20 prosentilla ja miehistä 40 prosentilla löytyy jokin sekundaarinen luukadon syy. Sekundaarinen osteoporoosi diagnosoidaan anamneesin, statuksen ja laboratoriotutkimusten avulla. (Kröger 2012, 143-144.)

5.3 Nivelreuma

Nivelreuma eli reumatoidi artriitti, arthritis rheumatoides, on yleisin tulehduksellinen nivelsairaus. Vuosittain noin 1 700 suomalaista aikuista sairastuu nivelreumaan. Yleisintä sairastuminen on 60-70 -vuotiailla naisilla ja harvinaisinta nuorilla miehillä. Suomessa nivelreumaa sairastavia aikuisia on noin 35 000. (Martio 2017.) Entistä tehokampien hoitojen, kuten biologisten lääkkeiden, myötä on tulehduksellisten reumasairauksien aiheuttama invaliditeetti viime vuosikymmeninä voimakkaasti vähentynyt. Diagnostiikkaa ohjaavat nivelkipupotilaan anamneesi ja kliiniset löydökset sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. (Hakala & Hannonen 2012, 182.)

Nivelreumalle ei ole löydetty selvää syytä, mutta sen tiedetään kuuluvan autoimmuunitauteihin. Tämä tarkoittaa elimistön immunologisen puolustuksen suuntautumista väärin omaa kudosta vastaan. Nivelreuma ei periydy mutta sen sijaan alttius sairastumiseen periytyy lievästi. Tärkeimmäksi nivelreumalle altistavaksi itsenäiseksi, ulkoiseksi riskitekijäksi, on löydetty tupakointi. (Martio 2017.)

Nivelreuman vaikeimmat haitat muodostuvat suurten raajanivelten kuten lonkan-, polven- ja olkanivelen ja kaularangan vaurioista. Useimmat potilaat itse pitävät kipua pahimpana ongelmanaan, vaikka liikkuminen ja muut nivelten toiminnatkin saattavat

vaikeutua suuresti. Kipu ilmenee tyypillisesti nivelten arkuutena, särky ei varsinkaan sairauden alkuvaiheessa ole merkittävää. (Martio 2017.)

Nivelreuma johtaa lähes aina vääjäämättä potilaan toimintakyvyn laskuun. Hoidon perustana voidaan pitää moniammatillista työ- ja toimintatapaa, jonka tavoitteena on turvata potilaan toimintakyky mahdollisimman pitkään. Moniammatillisen hoitotiimiin kuuluvat muun muassa reumatologian ja ortopedian erikoislääkäreitä, reumasairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja, toiminta-, fysio- ja jalkaterapeutti, kuntoutusohjaaja sekä psykososiaalialan ammattilaiset. (Hakala & Hannonen 2012, 186.)

Millään muulla keinolla kuin lääkehoidolla ei nivelreuman kulkuun ole pystytty vaikuttamaan. Tehokas lääkehoito on erityisen merkityksellinen taudin varhaisvaiheessa ja aina silloin, kun niveltuhon etenemisestä saadaan merkkejä. Kun nivelreuma on todettu, on erikoislääkärin määrittelemä lääkehoito aloitettava viipymättä. Taudin rauhoituttuakin on tilanne arvioitava ainakin vuosittain reumasairauksiin perehtyneen lääkärin toimesta. Valtaosa potilaista tarvitsee lääkehoidon tukena myös kipulääkitystä. (Martio 2017.)

Leikkaushoidoilla voidaan poistaa nivelistä tai jännetupista tulehduskudosta, sekä suorittaa jäykistysleikkauksia mutta tällaisten leikkausten tarve on vähentynyt 2000-luvulla. Toisaalta jo vaurioituneiden nivelten korjaaminen tekonivelillä on sitä vastoin kehittynyt ja lisääntynyt. Tällaisen reumaortopedian merkitys on tärkeä invalidisoitumisen estämisessä. (Hakala & Hannonen 2012, 186 & Martio 2017.)

5.4 Ortopedisen potilaan hoitoprosessi

Ortopedisen potilaan perioperatiivinen hoitoprosessi voidaan jakaa ajallisesti ja toiminnallisesti kolmeen erilliseen vaiheeseen; leikkausta edeltävään eli preoperatiiviseen, leikkauksen aikaiseen eli intraoperatiiviseen sekä leikkauksen jälkeiseen eli postoperatiiviseen vaiheeseen. Erityisen tärkeitä elementtejä perioperatiivisessa hoitoprosessissa ovat potilaskeskeisyyden toteutuminen, potilaan yksilöllisyyden ja eheyden kunnioittaminen sekä turvallisen vuorovaikutussuhteen luominen. Hoidon jatkuvuus on perioperatiivisen hoitoprosessin tärkeä osa-alue ja siihen kuuluvat kiinteästi sekä

tiedon kulun jatkuvuus, että välitön ja pitkän aikavälin toipuminen ja hoidon vaikuttavuuden seuranta. (Ahonen ym. 2017, 99-101.)

Potilaat itse kokevat tärkeimmiksi seikoiksi hoitoon pääsyn sujuvuuden, joustavuuden, nopeuden ja ajallaan suoritettuna leikkauksen. Potilaiden mielestä tärkeitä on myös henkilökunnan ammattitaito ja pätevyys, kuulluksi tuleminen ja tunne siitä, että ”otetaan todesta”. (Ahonen ym. 2017, 99-101.)

6 POTILASTURVALLISUUS

Terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta on potilasturvallisuus. Se on nostettava sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiseksi tavoitteeksi. Turvallinen hoito toteutetaan aina oikein ja oikeaan aikaan. Lisäksi siinä tulee hyödyntää jo olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaalle turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei potilaalle koidu hoidosta tarpeetonta haittaa. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013, 11.)

Potilasturvallisuus käsitteenä voidaan määritellä sekä terveydenhuollon työntekijöiden, että potilaiden näkökulmasta. Terveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa niitä toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus taas tarkoittaa sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan sekä oikealla tavalla. (THL www-sivut 2014.)

Potilasturvallisuus ja sen edistäminen on kaikkien terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten vastuulla. Moniammatillinen työryhmä vastaa yhdessä potilaiden ja asiakkaiden hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista ja sairaanhoitajan rooli tällaisen työryhmän jäsenenä on merkittävä. Potilasturvallisen hoitotyön perusta rakentuu sairaanhoitajan ammatilliselle osaamiselle ja kykyyn toimia osana potilaan hoidosta vastaavaa moniammatillista työryhmää. (Ahonen ym. 2017, 63)

Hyvä terveyden- ja sairaanhoito tarkoittaa sitä, että potilas saa mahdollisimman laadukasta ja hyvää hoitoa omaan sairauteensa tai vammaansa. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaan kuuluu oleellisena osana potilasturvallisuuden edistäminen. Potilasturvallisuuteen kuuluvat lääkehoidon- ja laiteturvallisuus sekä hoidon turvallisuus. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.)

6.1 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus voidaan jakaa kahteen osaan; lääkitysturvallisuuteen ja lääketurvallisuuteen. Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Se kattaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan saaman lääkehoidon turvallisuus. Toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi ovat osa lääkitysturvallisuutta. (THL www-sivut 2018)

Lääkehoidon turvallisuus on oleellinen osa potilasturvallisuutta. Potilaan kannalta turvallinen lääkehoito tarkoittaa sitä, että hän saa oikeaa lääkettä oikealla annoksella, ja että hän saa lääkkeensä oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annosteltuna. Lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttaa myös lääkevalmisteen teho, turvallisuus ja laadukas valmistus. Potilaan kannalta tämä tarkoittaa sitä, että hänelle ei aiheudu lääkkeestä vakavia tai odottamattomia haittavaikutuksia. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen www-sivut 2018)

6.2 Hoidon turvallisuus

Turvallisella hoidolla tarkoitetaan hoitomenetelmien ja niihin liittyvien toteutettavien hoitoprosessien turvallisuutta. (Ahonen ym. 2017, 63.) Potilasturvallisuuteen sisältyvät hoidon turvallisuus, johon kuuluu erilaiset hoitomenetelmät ja hoitotyö eli niin sanottu tekninen osaaminen. Lisäksi siihen kuuluvat myös ei-tekninen osaaminen, kuten inhimilliset tekijät ja tiimityön tekeminen. (THL www-sivut 2011, 7.)

Hoidon turvallisuuden lähtökohta on potilaan hoidon tarpeen oikea arviointi ja turvallisten hoitomenetelmien valinta hyödyntäen Käypä hoito – suosituksia. Kunkin potilaan tarpeista lähtevän hoidon toteuttaminen tehdään turvallisuusohjeita noudattaen ja riskit tunnistaen ja välttämällä, suunnitelman mukaan. Hoito on turvallista silloin, kun se toteutuu ilman poikkeamia hoitoprosessissa ja ilman potilaalle aiheutuvia haittoja. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelman www-sivut 2013.)

Hoitamisen turvallisuuteen vaikuttavat tekijät tulee ottaa huomioon yksilöllisesti kunkin potilaan tarvitseman hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Kaikki potilaan hoitoprosessin vaiheet dokumentoidaan organisaation käytössä oleviin potilastieto-järjestelmiin, siten kuin ajantasaiset dokumentointiohjeet edellyttävät. Kirjaimisohjeiden tulee olla kattavat ja ne tulee päivittää riittävän usein potilasturvallisuuden edistämiseksi. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelman www-sivut 2013.)

6.3 Haitta- ja vaaratapahtuma

Primum est non nocere – Tärkeintä on olla vahingoittamatta, on sairaanhoidon ikiaikainen kantava periaate. Kansainvälisten selvitysten mukaan kuitenkin jopa 5-10% sairaalapotilaista altistuu haittatapahtumalle ja 1 %:lle aiheutuva haitta on vakava. (Ruuhilehto ym. 2011, 1033.) Haittatapahtuma on vaaratapahtuma, josta aiheutuu haittaa potilaalle. Sen lisäksi haittatapahtuma tarkoittaa hoidosta johtuvaa potilaan tahaonta vammautumista tai suoraan sairaudesta johtumatonta komplikaatiota. (Ahonen ym. 2017, 65.)

Haitta tarkoittaa potilaalle aiheutuvaa tilapäistä tai pysyvää ei-toivottua vaikutusta, joka voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitaksi voidaan luokitella sekä potilaan kokemana, että ammattihenkilöstön toteama haitta. (Ahonen ym. 2017, 65.)

Poikkeama on mikä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, ympäristöön tai järjestelmiin liittyvä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä tai tekemättä jättämisestä, tai suojausten pettämisestä. Huomattavaa on myös, että poikkeama voi olla myös suunniteltu

tai potilaan edun mukainen. Poikkeama saattaa liittyä sairauden määrittämiseen, ehkäisyyn, hoitoon tai kuntoutukseen. Lisäksi se voi liittyä myös kirjaamiseen, raportointiin tai seurantaan. (Ahonen ym. 2017, 65.)

Potilasvahinkolain (Potilasvahinkolaki 27.11.1998/879) mukaan potilasvahinkona pidetään potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutunutta henkilövahinkoa. Henkilövahingon tulee olla syy-yhteydessä potilaan tutkimiseen, hoitamiseen tai niiden laiminlyöntiin. (Lääkäriliiton www-sivut.) Henkilövahinko voi olla esimerkiksi sairaus, vamma tai kuolema. Potilasvahingot jaetaan edelleen seuraaviin ryhmiin; hoitovahingot, infektiovahingot, tapaturmavahingot, laitevahingot, palovahingot, lääkkeen toimittamisvahingot ja kohtuuttomat vahingot. (Ahonen ym. 2017, 65.)

Vaaratapahtuma on tapahtuma, josta olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ajoissa ja täten haitalliset seuraukset pystyttiin estämään. (Ahonen ym. 2017, 65.)

Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu virheitä, sillä kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy aina mahdollisuus erehtymiseen. Ulkomaisten tutkimusten perusteella arvioituna Suomen sairaaloissa voi sattua kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700 vuosittain, mahdollisesti jopa 1 700. Ruotsissa tapahtuu vuodessa arviolta 3 000 hoitovirheestä johtuvaa. Huomattavaa on, että hoitovirheestä johtuvia kuolemia on merkittävästi enemmän kuin kuolemaan johtavia liikenneonnettomuuksia. (THL www-sivut 2014, 10.)

6.4 Potilasturvallisuuden vaikuttavat tekijät

Ihmisten tekemien, potilasturvallisuuden vaikuttavien, erehdysten takana ovat useimmiten prosesseihin, toimintatapoihin ja -olosuhteisiin sekä dokumentointiin ja tiedonkulkuun liittyvät riskit. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 63.)

Prosessien ja toimintatapojen puutteita ovat esimerkiksi ohjeistuksen epäselvyys, tulokannanvaraisuus, vanhentuneet ohjeet ja epäselvät työprosessit. Fyysisen ympäristön turvallisuus on tärkeä niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnan kannalta. Fyysisen turvallisuuden vaarat näkyvät muun muassa ahtaissa ja puutteellisissa työtiloissa. Myös

melu, huono valaistus sekä puutteellinen puhtaanapito vaikuttavat potilasturvallisuuden heikentävästi. (Helovuo ym. 2011, 72–74.)

Marja Varis on vuonna 2011 tekemässään Pro gradu -tutkielmassaan ”Moniulotteinen potilaskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät” tutkinut potilasturvallisuutta heikentäviä ja edistäviä tekijöitä. Edistäviä tekijöitä oli tutkimuksessa ilmennyt kuusi kappaletta; riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri ja HaiPro -järjestelmä. Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät jaettiin kahteen luokkaan: potilaan hoitoon liittyvät tekijät ja terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tekijät. Potilaan hoitoon liittyvät potilasturvallisuutta heikentävät tekijät olivat moninainen potilaskirjo, välineistön ja tilojen ongelmat, hoitotilanteiden vaihtelevuus, ylipaikoille sijoitetut potilaat, ongelmallisuus potilasvalvonnassa, epäselvyydet ja puutteellisuudet ohjauksikäytännöissä, potilassiirtoihin liittyvät ongelmat sekä viivästyminen hoitoon pääsyssä. Terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät potilasturvallisuutta heikentävät tekijät olivat viestintään ja johdon toimintaan liittyvät ongelmat, henkilökuntaresurssien riittämättömyys ja yhteistyön toimimattomuus. (Varis 2011, 2.)

6.5 Potilasturvallisuus kotiutumisvaiheessa

Potilaan kotiutumisvaihe on potilasturvallisuuden kannalta yksi merkittävimmistä siirtymävaiheista (Weiss ym. 2007.) Kirurginen hoito on viime vuosina käynyt läpi suuria muutoksia. Kirurgisen hoidon tulosten paranemiseen ovat vaikuttaneet monet asiat, kuten kirurgian, anestesian ja kivunhoidon menetelmien kehittyminen. Potilaan kotiuttamispäätöksen tekee aina lääkäri ja potilaan tulee täyttää tietyt kotiuttamiskriteerit. Näitä kriteereitä ovat mm. vitaalielintoimintojen vakaus, potilaan yleistilanne, liikkumisen sujuvuus, kivun hallinta, syöminen ja juominen, eritystoiminnan normalisointi sekä selviytyminen kotona. Potilaan tulee myös ymmärtää annetut kotihoito-ohjeet tai hänellä tulee olla vastuullinen läheinen huolehtimassa hoidosta. Lisäksi kotiutumisen edellytyksenä ovat hyvä moniammatillinen yhteistyö sekä potilaan perusteellinen ohjaus ja neuvonta. (Ahonen ym. 2017, 125- 126.)

Potilasturvallisuuden turvaamiseksi tulisi kotiutuksesta vastaavan sairaanhoitajan käyttää tarkistuslistaa kotiuttamistyön tukena. Tarkistuslistan tavoite on yksinkertainen; virheiden vähentäminen. Tämä lisää turvallisuutta, yhdenmukaistaa toimintaa sekä parantaa työn laatua. Tarkistuslista myös standardoi kommunikointia, varmistaa tiedon siirtymisen ja helpottaa työskentelyä, koska hoitajan ei tarvitse luottaa vain muistiinsa tai tarkkaavaisuuteensa. (Helovuori ym. 2011, 208.)

Australialaisessa Boughtonin ja Hallidayn tutkimuksessa vuodelta 2009 oli kuvattu potilaiden kokemuksia varhaisesta kotiutumisesta leikkaustoimenpiteiden jälkeen. Monet haastatelluista potilaat kokivat, että eivät saaneet riittävästi ohjausta muun muassa haavan ja katetrioiden hoidosta. Potilaat sekä heitä hoitaneet läheiset kokivat epävarmuutta, koska eivät saaneet tarpeeksi tietoa leikkauksen jälkeisestä toipumisajasta. Varhaisen kotiutumisen hyväksi puoleksi koettiin se, että koti oli ympäristönä tuttu. Toisaalta huonona puolenä pidettiin sitä, että hoitotoimenpiteet olivat liian vaikeita tai monimutkaisia potilaiden ja läheisten suoritettaviksi. (Boughton & Halliday 2009.)

Tutkimus osoitti myös, miten tärkeässä osassa on potilaan ohjaus ja valmistaminen kotiutumiseen. Ohjauksen puutteellisuus ja huono kotiutumiseen valmistaminen luovat epävarmuutta ja stressiä niin potilaalle kuin hänen omaisilleenkin. Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä, että pääsivät aikaisin kotiin leikkauksen jälkeen. Potilaan oma kotiympäristö on hyväksi potilaan paranemiselle, omatoimisuudelle ja mielialalle. Varhainen kotiutuminen on kuitenkin hyväksi vain silloin, kun potilaita on valmisteltu kunnolla, ja annettu kaikki tarpeellinen tieto omasta hoidosta, sosiaalisen tuen mahdollisuudesta sekä jatkohoito-ohjeista. (Boughton & Halliday 2009.)

Sanna Laakkosen tekemässä Pro gradu tutkielmassa vuodelta 2013 on kuvattu iäkkäiden potilaiden arvioimana kotiutuksen suunnittelua ja toteutusta ilman kotihoitajien tukea. Lisäksi tutkimuksessa on kuvattu potilaan omia vaikutusmahdollisuuksia kotiutumisen toteutukseen ja suunnitteluun sairaalassa. (Laakkonen 2013.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilailta oli melko vähän kysytty heidän kotitaustastaan. Hieman tarjottua enemmän vastaajat olisivat tarvinneet kotihoitoa tukipalveluita. Joka kahdeksas vastaaja olisi omasta mielestään tarvinnut kotiutumisen jälkeen hoitajan käyntejä. (Laakkonen 2013.)

Tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Ohjausta asioista, mistä voi pyytää ongelma tilanteissa apua olivat potilaat saaneet heikommin. Kotiutujat tiesivät lääkehoidosta hyvin, mutta eivät lääkkeiden sivuvaikutuksista. Päivänä, jolloin kotiutus tapahtui, keskusteli suurin osa riittävästi asioista lääkärin kanssa. Tutkimuksessa kuitenkin kävi ilmi, että hieman yli kolmasosa keskusteli hoitajien kanssa liian vähän. Kuitenkin suurimmalla osalla oli kotiutumiseen liittyvät tunteet positiivisia kotiuttamispäivänä. (Laakkonen 2013.)

Arvonen Marina on Pro gradu tutkielmassaan vuonna 2008 tutkinut kotisairaalapotilaiden ja heidän omaistensa näkökulmaa kotiuttamisessa. Tutkimuksesta saadun tulosten mukaan potilaiden ja omaisten näkökulmasta kotiuttamien toteutui kokonaisuudessaan hyvin. Kotiuttamisen edellytykset, sekä potilaan kunnioitus ja huolenpito toteutuivat parhaiten. Koko kotiuttamisprosessin eteneminen toteutui hyvin. Kriittisiä kohtia olivat komplikaatioista ja taloudellisista etuuksista tiedottaminen, sekä ohjeiden antaminen kirjallisesti. Puutteita ilmeni eniten ohjaavissa, omatoimisuutta ja päätöksentekoa tukevissa toiminnoissa. Arviot kotiuttamisen toteutumisesta olivat samansuuntaiset potilaiden ja omaisten kesken. (Arvonen 2008.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET SEKÄ OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on onnistunut kotiuttaminen ja miten kirurgisen osaston sairaanhoitajat mielestään onnistuivat potilaiden kotiuttamisessa. Tavoitteena on, että sairaanhoitajat pystyvät kehittämään kotiuttamistyötään vieläkin paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset on johdettu työn tarkoituksesta, ja kysymykset ovat:

1. Millainen on onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajien mielestä?
2. Mitä kehitettävää sairaanhoitajien mielestä kotiuttamistilanteessa on?
3. Miten sairaanhoitajat mielestään onnistuvat potilaiden kotiuttamisessa?

Tämän opinnäytetyön yhteistyötahona toimi Satakunnan sairaanhoitopiiri (Satshp), Satakunnan keskussairaalan kirurginen osasto. Opinnäytetyössä osastosta käytetään lyhennettä Kiro 2. Satakunnan keskussairaala on sairaala, jossa on tarjolla lähes kaikkien lääketieteen erikoisalojen palveluja. Osasto on Satakunnan keskussairaalassa toimiva ortopedian ja traumatologian vuodeosasto, jossa hoidetaan sekä elektiivisiä, että päivystyksellisiä potilaita. Potilaat tulevat osastolle läheteellä, päivystyksen kautta tai siirtona toisesta yksiköstä tai hoitolaitoksesta. Osastolla olevilla potilailla on luoja- ja tukieliinsairauksia sekä tapaturmavammoja. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2018.)

Vuonna 2017 Kiro 2 osastolla tehtiin 741 proteesileikkausta. Osastolla on 34 vuodepaikkaa ja siellä työskentelee 25 sairaanhoitajaa ja 2 perushoitajaa. (Kärki henkilökohdainen tiedonanto 2018.)

Tutkimuslupa anottiin Satakunnan sairaanhoitopiiriltä asiaankuuluvalla hakemuksella elokuussa 2018. Tutkimuslupa myönnettiin elokuun lopulla 2018.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tutkimusote oli kvantitatiivinen, mutta se sisälsi myös otteita kvalitatiivisesta tutkimusmenetelmästä. Kvantitatiivinen eli määrällinen ei eroa rakenteeltaan laadullisesta eli kvalitatiivisesta tutkimuksesta, sillä molemmat tutkimukset sisältävät samat osat. Sen sijaan tutkimukselliset lähtökohdat ovat erilaiset, koska määrällisen tutkimuksen laatiminen edellyttää teoriaa ja esiymmärrystä aiheesta. (Kananen 2010, 74-75.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman täydellisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161.)

8.1 Aineistonkeruumenetelmän valinta ja mittarin laadinta

Kysely on yleisesti käytetty aineistonkeruumenetelmä. Sen avulla saadaan kerättyä helposti runsas määrä tietoa tutkittavasta aiheesta. Kysely on menetelmänä helppo ja tehokas. Kyselyn huono puoli on se, että sillä kerätty tieto jää usein pinnalliseksi. Sen lisäksi vastaajat voivat kyselyä täyttäessään häiriintyä jostain, kyllästyä kyselyyn vastaamiseen tai esimerkiksi ymmärtää kysymykset erilaisilla tavoilla, jolloin kyselytutkimuksen tulokset eivät välttämättä pidä paikkaansa. (Ojasalo, Moilanen & Rita-lahti 2014, 27.)

Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Päivi Keskinen vuonna 2008 valmistuneen ylempään AMK tutkinnon opinnäytetyöhön laatimaa mittaria. Mittarilla selvitettiin hyvää kotiutumista terveystieteiden sairaalasta. (Keskinen 2008.) Mittaria muokattiin vastaamaan tämän opinnäytetyön tutkimustarpeita ja kysymykset laadittiin vastaamaan kirurgisen osaston näkökulmaa. Muokkaamisen tukena käytettiin aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia, sekä tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään selkeä ja johdonmukainen. Suurimpaan osaan vastauksista laitettiin valmiit vastausvaihtoehdot, jolloin vastaaminen oli nopeaa, ja näin ollen se lisäsi mahdollisesti vastaajien vastaushalukkuutta. (vrt. Vilka 2015, 195.)

Kysymyslomakkeeseen laadittiin kysymykset tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymykseen “1. Millainen on onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajien mielestä?” vastattiin kyselylomakkeen kysymyksillä 1-20 sekä avoimella kysymyksellä “A. Mitä muuta kotiuttamisessa tulisi mielestäsi huomioida, jotta potilaan kotiutuminen onnistuisi mahdollisimman hyvin?”, sekä avoimella kysymyksellä “C. Millaisia haasteita sairaalasta kotiuttamiseen voi mielestäsi liittyä?”. Tutkimuskysymykseen “2. Mitä kehitettävää sairaanhoitajien mielestä kotiuttamistilanteessa on?” vastattiin kyselylomakkeen kysymyksillä 21-29 sekä avoimella kysymyksellä “D. Millaisia kehittämissuhteita sinulla on liittyen potilaiden kotiutusprosessiin?”. Tutkimuskysymykseen “3. Miten sairaanhoitajat mielestään onnistuvat potilaiden kotiuttamisessa?” vastattiin kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä “B. Miten mielestäsi sairaanhoitajana koet onnistuvasi kotiuttamisessa?”.

Kysymyksillä selvitettiin onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä, sekä kotiuttamisen kehittämisen mahdollisuuksia. Lisäksi kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä koskien kotiuttamisen onnistumisia, haasteita ja kehittämis ehdotuksia kotiuttamisprosessiin. Kyselylomakkeessa ei kysytty taustakysymyksiä, koska niillä ei ollut merkitystä tutkimustulosten tulkintaan. Strukturoituja kysymyksiä oli 29 kappaletta ja avoimia kysymyksiä neljä kappaletta.

Kyselylomakkeeseen laadittiin neljäportainen Likert-asteikko. Kyselylomakkeesta jätettiin pois vastausvaihtoehto "en osaa sanoa", koska kysymyksiin haluttiin selkeät mielipiteet tutkittavasta asiasta.

Likert-asteikko on yksi suosituimmista asteikoista, joilla mitataan esimerkiksi asenteita ja käyttäytymistä. Likert-asteikolla voidaan mitata käyttäytymistä ja asenteita ääripäästä toiseen olevilla vastausvaihtoehdoilla. Likert-asteikolla voidaan mitata mielipiteiden eri asteita, eikä sillä haeta pelkästään vastauksia kyllä/ei kysymyksiin. Likert-asteikon käyttö voi olla hyödyllinen silloin, jos tutkittava aihe on arkaluontoinen tai vaikea. Vastausten perusteella voi helposti tunnistaa parannusta kaipaavat alueet. (SurveyMonkey www-sivut 2018.)

Kyselylomake esiteltiin vuodeosastoilla työskentelevillä kolmella sairaanhoitajalla, jotka osallistuvat työssään potilaiden kotiuttamiseen. Esitestaukseen osallistuvat sairaanhoitajat eivät työskennelleet osastolla, johon tutkimus kohdentui. Esitestaus toteutettiin kesän 2018 aikana. Esitestaukseen osallistuneet sairaanhoitajat eivät kritisoineet kyselylomaketta. He olivat tyytyväisiä kyselylomakkeen selkeyteen ja hyvään rakenteeseen. Heidän mielestään kysymykset olivat sellaisia, joihin oli helppo vastata ja jotka selkeästi kohdentuivat sairaanhoitajan työhön. Kaksi kolmesta testajaista vastasi avoimiin kysymyksiin, mutta yksi testaja ei halunnut tai kokenut osaavansa vastata avoimiin kysymyksiin.

Opinnäytetyön aineiston kerääminen rajattiin koskemaan sairaanhoitajia, jotka työskentelevät kirurgisella osastolla. Aineiston keruussa huomioitiin kaikki osastolla tutkimuksen aikaan työskentelevät sairaanhoitajat, riippumatta heidän työsopimuksensa kestosta tai työkokemuksensa määrästä. Kyselylomakkeen mukana annettiin saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä ja kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Lisäksi

kirurgisen osaston osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän kertoo tutkimuksen kohderyhmälle tutkimuksesta myös suullisesti. Tarkoitus oli, että sairaanhoitajat palauttavat täytetyn kyselylomakkeen noin kahden viikon kuluttua sen saamisesta. Tutkimuksen saatekirje ja kysymyslomake ovat opinnäytetyön liitteenä 1 ja 2. (Liite 1, Liite 2.)

8.2 Aineiston keruu ja analyysi

Kyselylomakkeet vietiin osastolle 7.9.2018. Kyselyn virallinen vastausaika oli 10 – 23.9.2018. Hoitajien taukokuoneeseen vietiin sinetöity laatikko, kyselylomakkeet saatekirjeineen ja vastauskuoret. Täytetyt lomakkeet haettiin osastolta 25.9.2018. Osaston 25stä sairaanhoitajasta kyselyyn oli vastannut 21 sairaanhoitajaa, joten vastausprosentiksi muodostui 84.

Kerätty aineisto koottiin havaintomatriisiksi ja sen jälkeen analysoitiin Microsoft Office Excel – taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen. Aineiston kuvailu toteutettiin muuttujien prosenttijakaumien avulla. Avoimissa kysymyksissä samankaltaiset kysymykset yhdistettiin ja havainnollistettiin suorilla lainauksilla. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

9 TULOKSET

Seuraavissa kappaleissa käsitellään kyselyn tuloksia tutkimuskysymyksittäin. Tekstissä tuloksista avataan osa, mutta kaikki tulokset näkyvät taulukoituina.

9.1 Onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajan mielestä

Vastaajilta tiedusteltiin strukturoitujen kysymysten avulla sitä, millainen on onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajan mielestä. Vastaajilta tiedusteltiin kotiuttamisen onnistumisesta monesta eri näkökulmasta. Kysymyksillä kartoitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä siitä, kuinka he kokivat kotiutuksen onnistuvan. Lisäksi asiaa selvennettiin kahdella avoimella kysymyksellä.

Taulukosta 1 selviää, että vastaajista 95% oli melko tai täysin samaa mieltä, että kotiutumisen suunnittelu on aloitettu sairaalajakson alussa. 91% oli täysin samaa tai melko samaa mieltä siitä, että kotiuttamisessa sovitut asiat on kirjattu. Melko tai täysin samaa mieltä oli 85% vastaajista siitä, että eri ammattiryhmät ovat toimineet hyvässä yhteistyössä keskenään. Väittämästä “Kotiutumista on suunniteltu yhdessä omaisen kanssa” samaa tai lähes samaa mieltä oli 57% vastaajista. 43% vastaajista oli tästä melko tai täysin eri mieltä. 71% vastaajista oli melko tai täysin samaa mieltä, että omaisen mielipiteet on huomioitu tehtäessä kotiutukseen liittyviä päätöksiä. 29% vastaajista oli asiasta täysin tai melko eri mieltä. (Taulukko 1)

Väittämästä “Potilaan kotiutumisen vastuutahona on toiminut yksi nimetty henkilö” melko tai täysin samaa mieltä oli 49% vastaajista. 51% vastaajista oli tästä melko tai täysin eri mieltä. Vastaajista 76% oli täysin samaa mieltä siitä, että osastolla on potilaan omatoimisuutta tukeva työtapana. 57% vastaajista oli melko samaa mieltä väitteestä henkilökunnan toimintatavasta potilaan itsetuntoa kohottavana. Kotiutuminen nähdään osastolla ensisijaisena tavoitteena 76% vastaajien mielestä. 100% vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että on ohjannut ja neuvonut potilaalle jatkohoitoon liittyvät asiat. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajan mielestä.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Potilaan kotiutumisen suunnittelu on aloitettu sairaalajakson alussa (n=21)	0%	5%	67%	28%
2. Potilaalla on ollut sairaalajakson alussa tieto arvioidusta kotiutumisajankohdasta (n=21)	0 %	33%	34%	33%
3. Kotiuttamisessa sovitut asiat on kirjattu (n=21)	0 %	9%	62%	29%
4. Hoitohenkilökunta (lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja ym.) ja potilas ovat olleet samaa mieltä kotiutumisen tavoitteista (n=21)	0 %	14%	76%	10%
5. Hoidon jatkuvuus on turvattu potilaan kotiutuessa (n=21)	0 %	14%	57%	29%
6. Yhteistyö potilaan kanssa on ollut sujuvaa (n=21)	0 %	5%	76%	19%
7. Eri ammattiryhmät ovat toimineet hyvässä yhteistyössä keskenään (n=20)	0 %	15 %	45 %	40 %

8. Olen antanut omaiselle/läheiselle riittävästi tietoa potilaan kuntoutumisesta (n=21)	0 %	19%	52%	29%
9. Kotiutumista on suunniteltu yhdessä omaisen kanssa (n=21)	5%	38%	48%	9%
10. Omaisen mielipiteet on huomioitu tehtäessä kotiutukseen liittyviä päätöksiä (n=21)	5%	24%	66%	5%
11. Potilaan kotiutumisen vastuutahona on toiminut yksi nimetty henkilö (n=19)	11%	42%	42%	5%
12. Olen rohkaissut ja tukenut potilasta kotiutumiseen liittyvissä asioissa (n=21)	0 %	0 %	33%	67%
13. Osastolla on kotiutumista kannustava, tukeva ja rohkaiseva ilmapiiri (n=21)	0 %	0 %	29%	71%
14. Osastolla on potilaan omatoimisuutta tukeva työtapo (n=21)	0 %	5%	19 %	76%
15. Henkilökunta tukee toiminnallaan potilaan itsetuntoa (n=21)	0 %	5%	57%	38%
16. Kotiutuminen nähdään osastolla ensisijaisena tavoitteena (n=21)	0 %	5%	19%	76%
17. Potilaan kotiutumisessa toimitaan yhteistyössä hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa (n=21)	0 %	0 %	52%	48%
18. Henkilökunta arvostaa toistensa asiantuntemusta (n=21)	0 %	0 %	52%	48%
19. Olen antanut potilaalle tietoa hänen lääkehoidostaan (n=21)	0 %	0 %	29%	71%
20. Olen ohjannut ja neuvonut potilaalle jatkohoitoon liittyvät asiat (n=21)	0 %	0 %	5%	95%

Avoimella kysymyksellä “A. Mitä muuta kotiuttamisessa tulisi mielestäsi huomioida, jotta potilaan kotiutuminen onnistuisi mahdollisimman hyvin?” selvitettiin sairaanhoitajien näkemyksiä kotiutusprosessin onnistumisen edellytyksistä. Vastaajat nostivat esiin erityisesti huolensa kivunhoidon onnistumisesta.

“Kotona kivut saattavat yllättää.”

“Riittävä kivunhoito.”

“Potilas vähättelee kipua.”

Avoimella kysymyksellä “C. Millaisia haasteita sairaalasta kotiuttamiseen voi mielestäsi liittyä?” selvitettiin sairaanhoitajien näkemyksiä kotiutusprosessin haasteista. Haasteina koettiin osapuolten erilaiset näkemykset potilaan kotiutuskunnosta.

“Haasteena on myös erikuntoiset potilaat.”

“Kotiutuspäivä on yleensä 1.-3. post.oper.päivä, onko potilas valmis kotiutukseen niin pian operista.”

“Omaisten mielipide joskus eri kuin potilaan oma mielipide...”

Samoin vastauksissa nousi esille huoli potilaan kotona pärjäämisestä.

“Kotioloista ei aina tiedä, voiko potilaan kotiuttaa?”

“Lääkärin ohjeet ristiriidassa kierrolla kirjattujen määräyksien kanssa.”

“Jos ehtinyt “laitostua” niin ei osaa olla kotona kuten ennen.”

9.2 Kotiuttamistilanteen kehittäminen sairaanhoitajan näkökulmasta

Kyselyomakkeen strukturoitujen kysymysten 21-29 avulla kartoitettiin kotiuttamistilanteen kehittämistä sairaanhoitajan näkökulmasta. Kysymyksillä selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä siitä, mitä kehitettävää kotiuttamistilanteissa on.

Vastaajista 76% oli melko tai täysin samaa mieltä siitä, että kotiutumisympäristöön osallistuu osastolta monta henkilöä. 24% vastaajista oli melko eri mieltä tästä väittämästä. Väittämästä “Potilas kertoo kuntoutumiseensa liittyvistä tunteista” 81% vastaajista oli melko tai täysin samaa mieltä. 19% vastaajista oli väittämästä melko tai täysin eri mieltä. 81% vastaajista on täysin tai melko samaa mieltä siitä, että potilaan kanssa on riittävästi aikaa keskustella hänen kotiutumismahdollisuuksistaan. 19% vastaajista oli asiasta melko eri mieltä. Kaikki vastaajat olivat täysin tai melko samaa mieltä siitä, että osaston toimintatapa tukee potilaan kuntoutumista. 100% vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että eri ammattiryhmät toimivat sovittujen periaatteiden ja tavoitteiden mukaan. (Taulukko 2)

95% vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä, että potilaan kotiutumisen ohjaukseen on käytössä riittävästi tarkoituksenmukaista materiaalia. Kaikki vastaajat olivat täysin tai melko samaa mieltä siitä, että potilaalla on kotiutuessaan tieto siitä, mitä hänen tulee kotona tehdä edistääkseen kuntoutumistaan. 57% vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että potilaalle kerrotaan kotiutuspäivä useita päiviä ennen kotiutumistaan. Vastaajista 43% oli väittämästä melko tai täysin eri mieltä. Vastaajista kaikki olivat täysin tai melko samaa mieltä siitä, että potilaalle oli kerrottu mihin voi kotiuduttuaan ottaa tarvittaessa yhteyttä. (Taulukko2)

TAULUKKO 2. Kotiuttamistilanteen kehittäminen sairaanhoitajan näkökulmasta.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
21. Kotiutusjärjestelyihin osallistuu monta henkilöä osastolta (n=21)	5%	19%	38%	38%
22. Potilas kertoo kuntoutumiseensa liittyvistä tunteista (n=21)	5%	14%	48%	33%
23. Potilaan kanssa on riittävästi aikaa keskustella hänen kotiutumismahdollisuuksistaan (n=21)	0 %	19%	33%	48%
24. Osaston toimintatapa tukee potilaan kuntoutumista (n=21)	0 %	0 %	29%	71%
25. Eri ammattiryhmät toimivat sovittujen periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti (n=21)	0 %	0 %	19 %	81 %
26. Potilaan kotiutumisen ohjaukseen on käytettävissä riittävästi tarkoituksenmukaista materiaalia (n=21)	0 %	5%	43%	52%
27. Potilaalla on kotiutuessaan tieto siitä, mitä hänen tulee kotona tehdä edistääkseen kuntoutumistaan (n=21)	0 %	0 %	33%	67%
28. Potilaalle kerrotaan kotiutuspäivä useita päiviä ennen kotiutumista (n=21)	5%	38%	33%	24%
29. Potilaalle kerrotaan, mihin kotiuduttuaan ottaa tarvittaessa yhteyttä (n=21)	0 %	0 %	14%	86%

Avoimella kysymyksellä “D. Millaisia kehittämissuhteita sinulla on liittyen potilaiden kotiutusprosessiin?” selvitettiin, millaisia kehittämissuhteita sairaanhoitajilla oli liittyen potilaiden kotiutusprosessiin. Kehittämissuhteet liittyivät muun muassa potilasohjeiden selkeyteen.

”Selkeät potilasohjeet, samat suuntaviivat kaikilla.”

”Ohjevihkonen, johon olisi kerätty kaikki oleellinen. Nyt annetaan lappua lapun perään.”

Lisäksi ehdotettiin seuraavaa:

”Kotiutuspaperit valmiiksi edellisenä päivänä.”

”Aikaa riittävästi, rauhallinen ympäristö.”

”Erillinen kotiutushoitaja, joka vastaa potilaiden kotiutuksesta.”

”Toipumisen realiteeteista olisi tärkeä puhua enemmän.”

”Tarkkuutta kaikille.”

9.3 Tutkittavien kokemukset onnistumisestaan potilaiden kotiuttamisessa

Tutkimuksen kolmas tutkimuskysymys oli: “Miten sairaanhoitajat mielestään onnistuvat potilaiden kotiuttamisessa?” Vastaajilta selvitettiin asiaa avoimen kysymyksen “B. Miten mielestäsi sairaanhoitajana koet onnistuvasi kotiuttamisessa?” avulla. Vastaajat nostivat esiin onnistumisen kokemuksiaan seuraavasti:

”Kun saan riittävän ajan kotiuttamiseen, koen onnistuvani hyvin.”

”Kotiuttamiseen vaikuttaa ympäristö, kiire, aikataulut, muut työtehtävät jne.”

”Ajoittain hyvin, ajoittain tuntuu, ettei potilas kuuntele, vaikka yrittäisi.”

”Annan potilaille mahdollisuuden kysellä asioista.”

”Kerron, että osastolle saa aina soittaa, jos jokin askarruttaa kotona.”

10 POHDINTA

10.1 Tutkimustulosten raportointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on onnistunut kotiuttaminen ja miten opinnäytetyön yhteistyötahona toimivan kirurgisen osaston sairaanhoitajat mielestään onnistuivat potilaiden kotiuttamisessa. Tavoitteena on, että sairaanhoitajat pystyvät kehittämään kotiuttamistyötään entistäkin paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen “Millainen on onnistunut kotiutusprosessi sairaanhoitajien mielestä?” haettiin vastauksia kyselyn strukturoiduilla kysymyksillä 1-20 sekä avoimilla kysymyksillä A ja C. Vastaajat ehdottivat, että kotiutuksen suunnittelu alkaisi jo leikkausta edeltävällä käynnillä jonohoitajan luona. Silloin painotettaisiin apuvälineiden hankkimisen tärkeyttä, sillä ne ovat usein unohtuneet potilailta hankkia valmiiksi. Suurin osa vastaajista koki, että osastolla eri ammattiryhmät toimivat hyvässä yhteistyössä keskenään. Saman suuntaisia tuloksia on saatu myös Sirpa Ellalan vuonna 2013 valmistuneessa pro gradussa “Hyvä kotiutuminen” - Kuvaileva tapaustutkimus kotihoidon ja sairaalan yhteistoiminnasta vanhuksen sairaalasta kotiutumisessa henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin, että yhteisellä suunnittelulla oli myönteinen vaikutus yhteiseen hoidon tavoitteeseen pääsemisessä. Lisäksi yhteinen suunnittelu ja kotiutumisen ennakointi paransivat kotiutumisen onnistumista. (Ellala 2013, 2.)

Omaisten huomioiminen kotiutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa jakoi vastaajien mielipiteitä voimakkaasti. Reilu puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kotiutumista oli suunniteltu yhdessä omaisen kanssa. Kuitenkin vajaa puolet vastaajista oli asiasta täysin päinvastaista mieltä ja kokivat ettei omaisia oltu otettu tarpeeksi huomioon kotiutumisen suunnittelussa. Kolme neljäsosaa vastaajista oli sitä mieltä, että omaisen mielipiteet oli huomioitu tehtäessä kotiuttamiseen liittyviä päätöksiä. Samansuuntaisia tuloksia selviää esimerkiksi Katja Kuokkasen vuonna 2017 valmistuneen pro gradun tuloksista. Pro gradun kyselyn tuloksista käy ilmi, että kotiutumisen sujuminen oli vaih-

televaa ja potilaiden sekä omaisten huomioonottamisessa oli vaikeuksia. Henkilökunnan ei koettu ottavan tarpeeksi yhteyttä omaisiin ennen potilaan kotiuttamista ja vuorovaikutus hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten välillä koettiin negatiivissävytteiseksi. (Kuokkanen 2015, 17.)

Tämän aineiston perusteella voidaan todeta, että omaisia tulisi ottaa enemmän huomioon ja mukaan kotiutuksen suunnitteluun. Omaisten osallistamisen voisi aloittaa jo potilaan sairaalaan tulovaiheessa, jotta kaikki kotiutumisen yksityiskohdat tulisi huomioiduiksi. Tämä on varsinkin tärkeää sellaisten potilaiden kohdalla, joiden avuntarve kotiutumisen jälkeen saattaa olla suuri, kuten yksinasuvat, iäkkäät henkilöt. Omaisten mukaan ottaminen kotiutuksen suunnitteluun antaisi tärkeän kokemuslisän potilaan arjen sujuvuudesta ja realiteeteista.

Avoimen kysymyksen A tuloksien perusteella vastaajien mielestä ennakointi jo ennen toimenpiteeseen tuloa on tärkeää. Esikäynnillä pitäisi huomioida, että potilaalla on tietoa, esimerkiksi kotona tarvittavista apuvälineistä toimenpiteen jälkeen. Sairaalassa kotiutuspaperit olisi hyvä tehdä valmiiksi hyvissä ajoin, viimeistään edellisenä päivänä kotiutuksesta. Vastaajien mielestä osastonhenkilökunnan olisi hyvä tietää, millainen tilanne potilaalla on kotona ennen leikkausta sekä sen jälkeen. Tarvitaanko kodin muutostöitä, kotipalveluapua tai omaisten tukea. Lääkärin kirjausten ja kierrolla potilaalle kerrotuissa asioissa ei saisi olla ristiriitaa. Lääkeresepit ja muut tarvittavat paperit tulisi olla ajan tasalla jo sairaalaan saapuessa sekä kotiutuessa. Työn teoriaosassa käsitelty potilasturvallisuus on kaiken kotiuttamistyön keskiössä.

Toiseen tutkimuskysymykseen “Mitä kehitettävää sairaanhoitajien mielestä kotiuttamistilanteessa on?” haettiin vastauksia kyselyn strukturoiduilla kysymyksillä 21-29 sekä avoimella kysymyksellä D (Liite 2). Suurin osa vastaajista koki, että kotiutumisen järjestelyihin osastolla osallistuu useita eri henkilöitä. Neljä viidesosaa oli sitä mieltä, että potilaan kanssa on riittävästi aikaa keskustella hänen kotiutumismahdollisuuksistaan. Saatu tulos on ristiriidassa esimerkiksi Kuokkasen 2017 pro gradun tuloksien kanssa. Pro gradussa todetaan kotiutumisen usein viivästyvän henkilökunnan kiireen vuoksi. Kiireen koetaan rajoittavan henkilökunnan kommunikointimahdollisuuksia potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. (Kuokkanen 2017, 24.)

Myös Joanna Kosken vuonna 2017 valmistunut pro gradu tukee Kuokkasen tutkimuksen tuloksia. Kosken mukaan kotiuttaminen ei toteudu toivotunlaisesti. Potilaan ennakkovalmisteluista ja jatkohoidosta huolehtiminen sekä sairaalan ja kotihoidon yhteistyö jäi puutteelliseksi. Kotiutusprosessin merkittävin hukka muodostui odottamisesta, turhista käynneistä, tiedonkulun ja lääkityksen virheistä. (Koski 2017, 2.)

Polven ja lonkan tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle on runsaasti tietoa tarjolla. Potilasohjeita löytyy sekä sairaanhoitopiirin tietokannoista, että erillisistä potilaille tarjolla olevista ohjevihkosista. Ennen leikkaukseen tuloa potilas käy keskustelemassa jonohoitajan kanssa leikkaushoitokeskuksessa, josta potilas saa myös kirjallisen ohjeen leikkaukseen valmistautumisesta. Lisäksi tarjolla on infotilaisuuksia leikkaukseen valmistautumisesta, itse toimenpiteestä ja kuntoutumisajasta. Erityisesti potilas saa ohjausta muun muassa tulehdusten hoidosta, suun- ja hampaiden hoidosta, perussairauksien ja ylipainon vaikutuksista leikkaukseen. (Satakunnan sairaanhoitopiiri www-sivut2018) Koska tietoa on paljon tarjolla erilaisilla tavoilla, voidaan todeta, että kaikki potilaat eivät kykene sisäistämään annettua tietomäärää kovinkaan syvällisesti lyhyessä ajassa. Tulisi huomioida erilaiset omaksumistyyliä ja mahdollisuuksien mukaan tarjota tietoa pidemmällä aikavälillä.

Kaikki tämän tutkimuksen vastaajat kokivat, että osaston toimintatapa tukee potilaan kuntoutumista ja potilaalla on kotiutuessaan tieto siitä, mihin hän voi kotiuduttuaan ottaa tarvittaessa yhteyttä. Sitä vastoin Sanna Laakkosen vuonna 2013 valmistuneessa pro gradu -tutkielmassa potilaat kokivat, että vähiten he saivat ohjausta siitä, mistä voi pyytää apua kotiutumisen jälkeen mahdollisesti ilmenevissä ongelmissa. (Laakkonen 2013, 2)

Avoimessa kysymyksessä D selvitettiin osaston sairaanhoitajien kehittämisehdotuksia liittyen potilaiden kotiutusprosessiin (Liite2). Opinnäytetyön keskeiset käsitteet potilasohjaus ja hoidon jatkuvuus ovat oleellisia asioita kotiuttamistyön kehittämistä ajatellen. Kotiuttamistilanne ja -ympäristö täytyisi vastaajien mielestä olla rauhallinen. Kotiuttamiseen pitäisi varata riittävästi aikaa ja kotiutuspaperit olisi hyvä tehdä ajoissa valmiiksi. Myös reseptit ja sairaslomatodistukset olisi hyvä olla valmiina jo ennen kotiuttamistilannetta. Vastaajat toivat esiin, että hyvä raportointi ja kirjaus, sekä tiedon siirto koko osastolla olon ajalta edesauttaisivat kotiuttamisen onnistumista. Tätä tukee

myös Sanna Laakkosen kotiuttamistyön kehittämisehdotus pro gradussaan “Iäkkään potilaan sairaalasta kotiuttaminen”. Ehdotuksina esitetään muun muassa potilaan taustoihin perehtymistä, jotta potilaan kotiutus perustuisi yksilöllisiin tarpeisiin. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulisi keskustella tarpeeksi kotiutumisen yksityiskohdista ja heidän tulisi välttää kiireen näyttämistä potilaille. (Laakkonen 2013, 2).

Kehittämisehdotuksina vastaajat esittivät, että kotiutusohjeet pitäisi olla kirjallisena, yhteen kerättyinä vihkosena. Nyt potilaille annetaan paljon erilaisia irrallisia papereita. Haavanhoito sekä mahdolliset rajoitukset, muun muassa autolla ajo, pitäisi kertoa potilaille selkeästi. Kotiuttamisessa pitäisi olla yhtenäinen linja, jotta kaikki kotiuttaisivat samalla tavalla. Uusille hoitajille pitäisi antaa osaston kotiuttamistavasta kunnollinen perehdytys. Vastaajat kiinnittivät myös huomiota kuntouttavaan työotteeseen. Sitä tulisi käyttää koko potilaan osastolla olon ajan, sillä kuntoutumisen merkitys on suuri toimenpiteiden jälkeen. Kehittämisehdotuksena oli, että osastolla olisi erillinen kotiutushoitaja, joka vastaisi potilaiden kotiutuksesta. Jokaista sairaanhoitajaa pitäisi muistuttaa tarkkuudesta, jotta kaikki kotiuttamiseen liittyvät asiat tulisi hoidettua mahdollisimman hyvin.

Osastolla voisi yhdessä esimerkiksi osastotunnilla sopia selkeän kaavan kotiutuspaperien valmisteluun aikatauluineen. Lisäksi voisi pohtia mahdollisuutta kehittää osastolla yhtenäinen ohjevihkonen kotiutuksessa käsiteltävistä asioista. Tämä olisi myös mahdollista toteuttaa opinnäytetyönä.

Näitä kehittämisehdotuksia tukee Sirkku Haaranen pro gradu –tutkielma vuodelta 2016. Tutkielmassa todetaan, että kotiutumisen suunnitteluun tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Hyvällä tiedonsaannilla on selkeä yhteys potilaiden kotiutumisvalmiuteen. Haaranen toteaa, että kattavalla tiedonsaannilla on yhteys luottavaisuuteen ja ongelmista selviämiseen. Myös läheiset tulisi osallistaa kotiutumisen suunnitteluun. (Haaranen 2016, 2)

Kolmanteen tutkimuskysymykseen “Miten sairaanhoitajat mielestään onnistuvat potilaiden kotiuttamisessa?” haettiin vastauksia kyselyn avoimella kysymyksellä B (Liite 2).

Avoimessa kysymyksessä selvitettiin osaston sairaanhoitajien kokemuksia kotiuttamisen onnistumisesta. Suurin osa vastaajista koki onnistuvansa kotiuttamisessa hyvin tai melko hyvin. Muutama kertoi kotiuttamisen onnistuvan vaihtelevasti. Lähes jokainen vastasi antavansa potilaalle riittävästi aikaa kiireestä huolimatta ja antoivat potilaalle mahdollisuuden kysyä mieltä askarruttavista asioista. Tärkeät asiat kerrottiin moneen kertaan potilaalle. Useaa vastaajaa mietitytti potilaan kotona pärjääminen kotiuttamisen jälkeen, koska potilas ja omainen saattoivat olla eri mieltä potilaan kotikuntoisuudesta. Potilaille annettiin osaston puhelinnumero, jonne he voisivat tarvittaessa soittaa ja kannustettiin ottamaan herkästi osastolle yhteyttä mieltä askarruttavista asioista.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta tarkastellaan tieteellisessä työssä kahden luotettavuuskäsitteen, reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Nämä luotettavuuskäsitteet toimivat eräänlaisina mittareina, joilla arvioidaan tutkimustulosten laadukkuutta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja tarkkuutta. Pysyvyys tieteellisessä tutkimuksessa tarkoittaa tutkimusta mahdollisesti uusittaessa saatavia samoja tutkimustuloksia. Laajemmin se tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toistettaessa mittausta saman henkilön kohdalla saadaan täsmälleen sama mittaustulos riippumatta tutkijasta. Reliabiliteetin käsite liittyy pääsääntöisesti tutkimuksen toteutusvaiheeseen. (Vilkka, 194.)

Validiteetti puolestaan tarkoittaa sitä, että mitataan oikeita asioita. Tällöin pätevässä tutkimuksessa ei tulisi olla systemaattista, toistuvaa, virhettä. Tutkimuksen tulokset vääristyvät, jos vastaajan ajatukset eivät olekaan sellaiset, kuin tutkija on olettanut. Täten on tärkeää varmistaa, että tutkittavat ymmärtävät mittarin kysymykset oikein, tutkijan ajattelemalla tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaa käsitteiden, perusjoukon ja muuttujien tarkkaa määrittelyä ja aineiston keräämisen ja mittarin huolellista suunnittelua. Samalla tulee varmistaa, että mittarin kysymykset kattavat laajasti koko tutkimusongelman. (Vilkka 2015, 193-194.) Tämän vuoksi validiteetti liittyy lähinnä tutkimuksen suunnitteluun eli tutkimusasetelmaan ja osittain myös aineiston oikeaan analysointiin. (Kananen 2014, 146-147.)

Tutkimuksen luotettavuutta eli reliabiliteettia lisättiin sillä, että siinä käytettiin riittävän paljon luotettavia ja laadukkaita lähteitä. (Vilka 2015, 193) Tässä opinnäytetyössä käytettävät lähteet olivat enintään 10 vuotta vanhoja sekä vähintään pro gradu – tai ylempi AMK -tasoisia. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyön yhteistyötahona toimivalla kirurgisella osastolla työskenteleviä 25 sairaanhoitajaa informoitiin kyselystä saatekirjeellä. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömyydestä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden lisäämiseksi ja mittaamisen satunnaisuuden vähentämiseksi pyrittiin saamaan kattava vastausprosentti. Tähän tavoitteeseen pyrittiin luomalla mahdollisimman laadukas mittari ja antamalla osaston sairaanhoitajille sekä kirjallinen että suullinen opastus kyselylomakkeeseen vastaamisesta.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi mittarin esitestaus kolmella sairaanhoitajalla. Mutta esitestauksesta huolimatta ei voida olla varmoja, että kaikki vastaajat ovat ymmärtäneet mittarin kysymykset samoilla tavoin. Tutkimuksen vastausprosentti oli hyvä, jolloin osaston sairaanhoitajien kokemukset ja näkemykset kotiuttamisesta tulivat hyvin esiin. Laajemmin tarkasteltuna otos oli kuitenkin varsin pieni ja tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita kuin tutkimuksen yhteistyötahona toiminnutta osastoa.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja ja hyväksytyjä pelisääntöjä suhteessa tutkimuskohteeseen, kollegoihin, mahdollisiin rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Tutkijoiden tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, tätä pidetään hyvänä tieteellisenä käytäntönä. (Vilka 2015, 41.)

Tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös kaikin tavoin huolellinen, rehellinen ja tarkka toiminta. Tutkijoiden tulee omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisella tavalla sekä antaa arvo ja merkitys heidän saavutuksilleen. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 150.)

Tutkimuksessa noudatettiin sosiaali- ja terveysalan tutkimusta ohjaavaa sääntöetiikkaa ja normistoa. Lisäksi tutkimuksessa kunnioitettiin tutkittavien itsemääräämisoikeutta,

tietosuojaa ja yksityisyyttä. Tutkimus oli perusteltu ja se tehtiin siten, että tutkittavia informoitiin tutkimuksesta ja pyydettiin suostumukset osallistumiseen. Aineiston kerääminen ei aiheuttanut vaaraa tutkittaville. Tutkittaville kerrottiin tutkimuksen sisältö ja sen tarkoitus. Tutkimus tehtiin täysin anonyyminä eikä vastausten perusteella pysty tunnistamaan yksittäistä sairaanhoitajaa. Aineiston analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asiaankuuluvalla tavalla. (Tampereen yliopiston www-sivut.)

10.3 Jatkotutkimukset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön edetessä esiin nousi jatkotutkimusehdotus. Erityisen hyödyllistä olisi tutkia ortopedisen potilaan kotiutumisen onnistumista potilaan näkökulmasta. Potilasnäkökulman selvittäminen edesauttaisi sairaanhoitajien kotiuttamistyön kehittämistä entistäkin potilaslähtöisemmäksi. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun pohditaan hoitohenkilökunnan koulutustarpeita kotiuttamisen suhteen. Lisäksi kotiuttamistyöhön käytettävien ajallisten resurssien kohdentamista voidaan tarkastella tämän opinnäytetyön tuloksien pohjalta.

Toiseksi jatkotutkimusehdotukseksi tuli kotiuttamistyössä käytettävän materiaalin kehittäminen toimivammaksi. Itse materiaalia pidetään laadukkaana ja ajantasaisena mutta sairaanhoitajat kokevat haastavaksi kotiuttamismateriaalin sen irtonaisuuden vuoksi. Kotiutusmateriaalin koostaminen esimerkiksi ohjevihkosen muotoon sisällyttäisi edelleen kaiken olennaisen tiedon mutta potilasystävällisemmässä muodossa.

11 OMAN OPPIMISEN TARKASTELU JA PROSESSIN ARVIOINTI

Opinnäytetyön tekeminen oli melko pitkä prosessi. Työn tekeminen eteni ennalta suunnitellun aikataulun mukaan. Opinnäytetyön tekemisen aloitimme tammikuussa 2018 aiheen valinnalla. Sen jälkeen opinnäytetyön prosessiin perehdyimme aiemmin tehtyjen opinnäytetöiden avulla. Näitä käsiteltiin useammassa seminaarissa. Toukokuussa 2018 aihe tarkentui potilasnäkökulmasta sairaanhoitajan näkökulmaan yhteistyötahon kanssa käydyn palaverin myötä. Kesän 2018 aikana teimme kirjallisuusha-

kuja ja haimme tutkittua tietoa opinnäytetyön teoriaosaan, sekä teimme kyselylomakkeen saatekirjeineen. Tietoa haimme erilaisista lähteistä, kuten pro gradu -tutkielmista, oppikirjoista ja internetin tietokannoista. Elokuussa 2018 haimme tutkimuslupaa Satakunnan sairaanhoitopiiriltä ja hyväksytyt tutkimusluvan saimme viikossa. Syyskuun 2018 aikana kyselyyn saimme vastaukset Kiro 2 -osastolta. Loka- marraskuussa 2018 analysoimme kyselyn tulokset ja joulukuussa 2018 kirjoitimme opinnäytetyön valmiiksi.

Opinnäytetyön tekeminen syvensi tietämystämme ja ammattitaitoamme aiheesta. Työn tekeminen kehitti edetessään ammatillista osaamistamme. Olemme oppineet etsimään tutkimuksellista tietoa eri tietolähteistä ja olemme kehittyneet tiedon kriittisessä tarkastelussa. Tutkimuksen tekeminen oli kaikille opinnäytetyön tekijöille uutta ja opittavaa oli paljon. Opinnäytetyön aihe oli selkeä ja siitä löytyi runsaasti tutkittua tietoa. Haasteena oli löydetyn tiedon määrän rajaaminen teoriaosuuteen sopivaksi. Olemme myös oppineet analysoimaan tutkittua tietoa ja tulosten tarkastelua.

Yhteistyömme on alusta saakka ollut luontevaa ja sujuvaa. Kaikki ovat panostaneet yhtä paljon työn tekemiseen. Haastavaksi on osoittautunut se, että yksi meistä muutti eri paikkakunnalle ja syksyllä 2018 olleet työharjoittelut ovat olleet hieman eri aikoihin. Näiden vuoksi yhteisen ajan löytäminen on ollut vaikeampaa. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt stressinsietokykyämme ja kärsivällisyyttämme. Työn tekeminen on opettanut ajanhallintaa. Olemme jakaneet työtä osiin ja tehneet sitä tahoillamme kotona. Olemme myös usein kokoontuneet yhdessä tekemään työtä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. 6. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2017. Kliininen hoitotyö. 6.-7. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Andersson, J., & Liedes, S. 2009. Ikääntyvän asiakkaan kotiutusprosessi Espoon koti-hoidossa. AMK-opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200905293445>.

Arokoski J. & Kiviranta I. 2012. Nivelrikko. Teoksessa Ortopedia. Kiviranta I. & Järvinen M. (toim.) Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Arvonen, M. 2008. Kotisairaalaan kotiuttaminen - potilaiden ja heidän omaistensa arviointi kotiuttamisen toteutumisesta. Pro gradu tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Boughton, M. & Halliday, L. 2009. Home alone: patient care and uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse* 33 (1):30-40. Viitattu 24.7. <http://www.researchgate.net/publication/26775318>

Ellala, S. 2013. "Hyvä kotiutuminen" - Kuvaileva tapaustutkimus kotihoidon ja sairaalan yhteistoiminnasta vanhuksen sairaalasta kotiutumisessa henkilöstön näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.12.2018. <https://tampub.uta.fi/handle/10024/84772>

Eloranta, T., Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitoyössä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Haaranen, S. 2016. Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutusvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.12.2018. tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024

Hakala, M. & Hannonen, P. 2012. Nivelreuma ja muut tulehdukselliset reumasairaudet. Teoksessa Ortopedia. Kiviranta, I. & Järvinen, M. (toim.) Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, A. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Fioca Oy.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. Ortopedia ja traumatologia. Viitattu 10.7.2018. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/Sivut/default.aspx>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16.p. Hämeenlinna: Tammi.

Hirvensalo, E., Kallio, P., Kalske, J. & Remes, V. 2012. Lantion, lonkan ja reiden alueen ortopediset sairaudet. Teoksessa Ortopedia. Kiviranta, I. & Järvinen, M. (toim.) Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Hoidon jatkuvuus www-sivut. Hoidon jatkuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa 2018. Viitattu 26.8.2018. <https://www.hoidonjatkuvuus.fi/>

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P., Kähkönen, O., Saaranen, T., Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 2012. 24 (3). Viitattu 4.10.2018. https://www.researchgate.net/publication/274030951_Sepelvaltimotautia_sairastavan_potilaan_ohjaus

Kauhanen, A-L. 2015. Hoitoajat terveystieteissä lyhentyivät. Helsingin Sanomat 7.5.2015. Viitattu 30.9.2018. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002822039.html>

Kehusmaa, S., Mäkelä, M., Heikkilä, R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta Tiiviisti 14/2018. Viitattu 4.10.2018
file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf

Kelan sairausvakuutustilasto. 2014. Viitattu 10.7.2018. http://www.kela.fi/voositilastot_kelan-sairausvakuutustilasto

Keskinen, P., 2008. Hyvä kotiutuminen terveystieteiden sairaalasta – katkeamaton hoitoketju. Ylempi AMK. Helsinki. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.7.2018. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/42236/stadia-1211395737-0.pdf?sequence=1>

Kiviranta, I. & Järvinen, M. (toim.) 2012. Ortopedia. Helsinki. Kandidaatti kustannus Oy.

Koski, J. 2017. Sairaalaan kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämiseksi lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 8.12.2018. publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394

Kröger, H. 2012. Luuston sairaudet. Teoksessa Ortopedia. Kiviranta, I. & Järvinen, M. (toim.) Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Kuokkanen, K. 2017. Ikääntyneiden potilaiden kotiutuminen sairaalan päivystyspoliklinikalta potilaiden ja läheisten kokemana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.12.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024>.

Kärki, T. 2018. Osastonhoitaja, Satakunnan keskussairaala, kirurginen osasto 2. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto. 24.5.2018.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2014. Ohjaus- tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja. Viitattu 20.4.2018

Laakkonen, S. 2013. Iäkkään potilaan sairaalasta kotiutuminen. Pro gradu- tutkielma, Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 8.12.2018. <https://tampub.uta.fi/handle/10024/84590>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja, Oulun yliopisto. Viitattu 20.6.2018. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän www-sivut. Potilasturvallisuussuunnitelma. 25.2.2013. Viitattu 10.7.2018. <http://www.lpshp.fi/media/files/potilasturvallisuus.pdf>

Lääkäriliiton www.sivut. Viitattu 5.6.2018. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-laakarisuhde/potilasvahingot-hoitohaitat-ja-hoitovirheet/>

Martio, J. 2017. Nivelreuma. Viitattu 26.7.2018. <https://www.reumaliitto.fi/fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelreuma>

Mustajoki P. 2017. Osteoporoosi (luukato). Viitattu 26.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00053

Nurmi, T. 2004. Suuri suomen kielen sanakirja. Jyväskylä. Gummerus.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki. Sanoma Pro.

Potilasvahinkolaki 1998. L27.11.1998/879. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Raivio, R. 2017. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Helsinki.

Rautiainen, H., Pelanteri, S. & Rasilainen, J. 2012. Somaattinen erikoissairaanhoito. 2011. Tilastoraportti. THL. Viitattu 24.4.2018.

Remes, V. 2010. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2010. Helsinki: Suomen Artroplastia yhdistys.

Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Pätäälä, H. 2003. Ortopedia. Käytännön ortopediaa. Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro- millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? Duodecim 2011; 127(10): 1033

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 21.5.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2018. Valmistautuminen tekonivelleikkaukseen. Viitattu 11.12.2018. [file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Valmistautuminen%20tekonivelleikkaukseen\(1\).pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/Valmistautuminen%20tekonivelleikkaukseen(1).pdf)

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2018. Viitattu 27.4.2018. <http://www.satshp.fi/toimipaikat/satakunnan-keskussairaala/osastot-ja-poliklinikat/Sivut/kirurgian-osasto-2.aspx>

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen www-sivut 2018. Lääkehoidon turvallisuus. Mitä on turvallinen lääkehoito? 2018. Viitattu 5.6.2018. <http://spty.fi/laakehoidon-turvallisuus/>

SurveyMonkeyn www-sivut. 2018. Viitattu 28.6.2018. <https://fi.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

Tampereen yliopiston www-sivut. 2018. Tutkimusten eettisessä arvioinnissa sovellettavat ohjeet. Viitattu 16.5.2018. <http://www2.uta.fi/tutkimus/tutkimuksen-etiikka/tutkimusten-eettisessa-arvioinnissa-sovellettavat-ohjeet>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.7.2018. [file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79\(3\).pdf](file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79(3).pdf)

THL www-sivut 2018. Potilasturvallisuus. Viitattu 5.6.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

THL www-sivut 2011. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. Viitattu 5.6.2018. https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

THL www-sivut 2014. Mitä on potilasturvallisuus. Viitattu 5.6.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-onpotilasturvallisuus>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri- edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J, Gresser, S., Baird, H. S., Toman, S., Toy, A. & Vega-Stromberg, T. 2007. Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*. Vol.21(1): 31 – 42.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä. PS-kustann

Hyvä sairaanhoitaja!

Olemme kolme hoitotyön opiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Ortopedisen potilaan onnistunut kotiutus. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista on ortopedisen potilaan onnistunut kotiuttaminen ja miten kirurgisen osaston sairaanhoitajat mielestään onnistuvat potilaan kotiuttamisessa. Tavoitteena on, että sairaanhoitajat pystyvät kehittämään kotiuttamistyötään vieläkin paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi.

Kartoitamme Kiro 2 -osaston sairaanhoitajien kokemuksia kotiuttamisesta. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista. Opinnäytetyön empiirisen aineiston keräämiseen on saatu asianmukainen lupa. Toivomme sinun vastaavan kysymyksiin aiempien kotiuttamiskokemuksiesi mukaan. Jokaisen kysymysoSION jälkeen on tilaa avoimelle kommentoinnille, voit kirjoittaa siihen kokemuksia, esimerkkejä tai muuta kommentoitavaa. Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen menee noin 10 minuuttia. Kyselylomakkeet käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Opinnäytetyössä voidaan käyttää suoria lainauksia avoimista kysymyksistä, mutta niiden perusteella ei voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Vastaamisaikaa on 10.9-23.9.2018. Palautathan kyselyn suljetussa kirjekuoressa oheiseen laatikkoon.

Opinnäytetyö julkaistaan sen valmistuttua osoitteessa www.theseus.fi. Lisäksi tulemme pitämään osastolle osastotunnin opinnäytetyön tuloksista. Opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii Tiina Mikkonen-Ojala. Mikäli sinulle tulee jokin kysyttävää kyselyyn tai tutkimukseen liittyen, niin ole ystävällisesti yhteydessä meihin.

Kiitos jo etukäteen vastauksistasi ja ajastasi! Mukavaa syksyä!

Ystävällisin terveisin

Tiina Järvenpää (sairaanhoitajaopiskelija)
dent.samk.fi

tiina.jarvenpaa@stu-

Paula Katajisto (sairaanhoitajaopiskelija)
dent.samk.fi

paula.katajisto@stu-

Minna Mäkelä (terveydenhoitajaopiskelija)
dent.samk.fi

minna.m.makela@stu-

Arvoisa sairaanhoitaja!

Miten mielestäsi potilaiden kotiutumisprosessi osastollanne sujuu? Ole ystävällinen ja vastaa tämän kyselylomakkeen jokaiseen kysymykseen ympyröimällä parhaiten sopiva numero (1=täysin eri mieltä, 2=melko eri mieltä, 3=melko samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). Mikäli valikosta ei löydy täysin sopivaa vaihtoehtoa, ympyröi se numero mikä lähimmäksi vastaa ajatuksiasi. Kyselylomakkeessa on muutama avoin kysymys, johon voit vastata vapaasti omien sanojen mukaan. Vastaaminen tapahtuu täysin anonyyminä ja nimettömänä, eikä kenenkään yksittäisiä vastauksia ole tunnistettavissa. Sulje kyselylomake kirjekuoreen ja palauta se täytettynä oheiseen sinetöityyn laatikkoon 23.9.2018 mennessä.

Onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä?	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Potilaan kotiutumisen suunnittelu on aloitettu sairaalajakson alussa	1	2	3	4
2. Potilaalla on ollut sairaalajakson alussa tieto arvioidusta kotiutumisajankohdasta	1	2	3	4
3. Kotiuttamisessa sovitut asiat on kirjattu	1	2	3	4
4. Hoitohenkilökunta (lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja ym.) ja potilas ovat olleet samaa mieltä kotiutumisen tavoitteista	1	2	3	4
5. Hoidon jatkuvuus on turvattu potilaan kotiutuessa	1	2	3	4
6. Yhteistyö potilaan kanssa on ollut sujuvaa	1	2	3	4
7. Eri ammattiryhmät ovat toimineet hyvässä yhteistyössä keskenään	1	2	3	4
8. Olen antanut omaiselle/läheiselle riittävästi tietoa potilaan kuntoutumisesta	1	2	3	4
9. Kotiutumista on suunniteltu yhdessä omaisen kanssa	1	2	3	4
10. Omaisen mielipiteet on huomioitu tehtäessä kotiutukseen liittyviä päätöksiä	1	2	3	4
11. Potilaan kotiutumisen vastuutahona on toiminut yksi nimetty henkilö	1	2	3	4
12. Olen rohkaissut ja tukenut potilasta kotiutumiseen liittyvissä asioissa	1	2	3	4
13. Osastolla on kotiutumista kannustava, tukeva ja rohkaiseva ilmapiiri	1	2	3	4
14. Osastolla on potilaan omatoimisuutta tukeva työtap	1	2	3	4
15. Henkilökunta tukee toiminnallaan potilaan itsetuntoa	1	2	3	4
16. Kotiutuminen nähdään osastolla ensisijaisena tavoitteena	1	2	3	4
17. Potilaan kotiutumisessa toimitaan yhteistyössä hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa	1	2	3	4
18. Henkilökunta arvostaa toistensa asiantuntemusta	1	2	3	4
19. Olen antanut potilaalle tietoa hänen lääkehoidostaan	1	2	3	4
20. Olen ohjannut ja neuvonut potilaalle jatkohoitoon liittyvät asiat	1	2	3	4

A. Mitä muuta kotiuttamisessa tulisi mielestäsi huomioida, jotta potilaan kotiutuminen onnistuisi mahdollisimman hyvin?

B. Miten mielestäsi sairaanhoitajana koet onnistuvasi kotiuttamisessa?

Miten kotiuttamista voi kehittää?	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
21. Kotiutumisyhteistyöhön osallistuu monta henkilöä osastolta	1	2	3	4
22. Potilas kertoo kuntoutumiseensa liittyvistä tunteista	1	2	3	4
23. Potilaan kanssa on riittävästi aikaa keskustella hänen kotiutumismahdollisuuksistaan	1	2	3	4
24. Osaston toimintatapa tukee potilaan kuntoutumista	1	2	3	4
25. Eri ammattiryhmät toimivat sovittujen periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti	1	2	3	4
26. Potilaan kotiutumisen ohjaukseen on käytettävissä riittävästi tarkoituksenmukaista materiaalia	1	2	3	4
27. Potilaalla on kotiutuessaan tieto siitä, mitä hänen tulee kotona tehdä edistääkseen kuntoutumistaan	1	2	3	4
28. Potilaille kerrotaan kotiutumispäivä useita päiviä ennen kotiutumista	1	2	3	4
29. Potilaille kerrotaan, mihin kotiuduttuaan ottaa tarvittaessa yhteyttä	1	2	3	4

C. Millaisia haasteita sairaalasta kotiuttamiseen voi mielestäsi liittyä?

D. Millaisia kehittämis ehdotuksia sinulla on liittyen potilaiden kotiutusprosessiin?

KIITOS VASTAUKSISTASI JA AJASTASI!