# Malmin kotiutustiimin toiminnan kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi

Krista Nordström & Laura Sulka

2019 Laurea

**Laurea-ammattikorkeakoulu**

Nordström, Krista
Sairaanhoitaja AMK,
Sulka, Laura
Terveydenhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2019

**Laurea-ammattikorkeakoulu**
Otaniemi
Sairaanhoitaja (AMK), Terveydenhoitaja (AMK)

**Tiivistelmä**

**Malmin kotiutustiimin toiminnan kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi**

Vuosi 2019 Sivumäärä 63+8

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Malmin kotiutustiimin toiminnan asiakaslähtöisyyteen liittyviä kehittämistarpeita henkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Malmin kotiutustiimin toimintaa. Tässä opinnäytetyössä asiakkaalla tarkoitetaan potilasta.

Terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä lähtökohtana pidetään asiakaslähtöisyyttä ja uudistetulla sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmällä pyritään vastaamaan monipuolisemmin asiakkaan tarpeisiin. Asiakasta pidetään tasavertaisena osallistujana hoitoaan koskevassa päätöksenteossa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Malmin kotiutustiimi on kehitetty asiakkaan turvalliseen ja sujuvaan sairaalasta kotiuttamiseen ja yksilölliseen, sairaanhoidolliseen avuntarpeeseen toipilasvaiheessa.

Opinnäytetyön aihe pohjautui työelämäkumppanin tarpeeseen kehittää omaa toimintaansa ja hoidon laatua asiakaskäynneillä asiakkaan kotona. Toiveena oli hyödyntää Malmin kotiutustiimin teettämiä puolivuosittaisia asiakastyytyväisyyskyselyiden tuloksia pohja-aineistona tutkimuksessa.

Opinnäytetyön tutkimuksellinen lähestymistapa oli laadullinen sisällönanalyysi ja tutkimusaineiston pohja-aineisto kerättiin Malmin kotiutustiimin toukokuussa vuoden 2018 tehdyn asiakastyytyväisyystutkimuksen tuloksista. Pohja-aineiston ja teorian pohjalta valittiin kolme teemaa, jotka olivat asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallistaminen ja sairaalasta kotiutuminen. Teemoista tehtiin tarkennetut kysymykset sairaanhoitajien teemahaastatteluun. Haastatteluaineisto oli opinnäytetyön varsinainen tutkimusaineisto, joka äänitettiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin tekstimuotoon.

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysin tuottamat tärkeimmät tulokset liittyivät tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittämiseen, asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen, asiakaslähtöiseen hoidontarpeen kartoittamisen liittyviin tekijöihin, ennaltaehkäisevään hoitotyöhön siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin sekä yhteistyön kehittämiseen hoitotahojen välillä. Näistä aiheista syntyi eniten vuorovaikutuksellista keskustelua ja kommentteja kehittämistarpeiden näkökulmasta haastattelun osallistujilta. Näitä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Malmin kotiutustiimin toiminnan kehittämisessä asiakaslähtöisemmäksi.

Tuloksista tehtyjen päätelmien mukaan Malmin kotiutustiimin toiminnan ja asiakaskäyntien kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi edellyttää hoitotieteellisiin tutkimuksiin ja teoriataustaan perustuen vuorovaikutustaitojen syventämistä lisäkoulutuksilla, hoitovälineiden monipuolistamista sekä tasavertaisuuden lisäämistä samanlaisilla asiakasryhmillä hoidontarpeen kartoittamisen liittyvissä tekijöissä. Lisäksi edellytetään tiedonvälityksen kulun ja kotiutustiimin tunnettavuuden parantamista lisäämällä yhteistyötä hoitotahojen välillä sekä lisäämällä ennaltaehkäiseviä käytänteitä liittyen asiakkaan sairaalasta kotiutumiseen.

Asiasanat: ohjaus hoitotyössä, kotiutustiimi, asiakaslähtöisyys, hyvä hoito kotiutustiimissä, sairaalasta kotiutuminen, kotihoito

**Laurea University of Applied Sciences**
Degree Programme Nursing and public health nursing

**Abstract**

**Developing the methods of the Malmi domiciliation team towards more client-orientated approach**

2019 Pages 63+8

The aim of this thesis was to describe the necessary areas of development for the Malmi domiciliation team from the perspective of other members of employees in regards to their client orientation procedures. This thesis aimed to improve the methods of the domiciliation team. In this thesis, client refers to patient.

Client orientation is the primary focus in improvement of healthcare services and with the new social and healthcare service system, we strive to meet the needs of clients in a more versatile way. The client is treated as an equal participant in any health related decisions made throughout the entire care process. Malmi's domiciliation team has been created to enable a safe and smooth transition from hospital to home as well as to provide personalised and effective care during recovery.

The study approach of the thesis was qualitative content analysis and the source materials were collected from findings of the client satisfaction survey conducted by Malmi's domiciliation team in May 2018. We chose three themes based on the materials and theory, which were client-orientation, client participation and discharge hospital. Theme specific questions were then made for the nurse interviews. The data collected from the interviews was the prime material which we recorded and transcribed into text form. The material was analysed using inductive analysis of the contents, meaning data-driven content analysis.

The most important findings of the analysis linked to the improvement of transmission of information and familiarisation, client-oriented interaction, factors related to the client-oriented charting of the need of the care, preventative care work in the stages of moving from hospital to home, as well as cooperation between nurses. These subjects created the biggest responses and comments from those participating in the interviews in respect to necessary improvements. These results will be very useful in improving the procedures of the domiciliation team at Malmi in relation to client orientation.

According to the conclusions gathered from the results, the development of procedures and client orientation of the Malmi domiciliation team require further training of improvements of client-oriented interaction, development of tools used in factors related to the client-oriented charting of the need of the care, equality increasing with similar customers in factors related to the client-oriented charting of the need of the care. In addition require communication and familiarity improvements of the domiciliation team by enforcing team work and adding preventative strategies with regards to the rehoming of a patient from hospital.

Keywords: Guidance in nursing, domiciliation team, client-oriented, good care at Domiciliation team, discharge from hospital, home care

Sisällys

1. Johdanto ..... 7
2. Teoreettinen tausta ..... 8
2.1. Ohjaus hoitotyössä ..... 8
2.2. Hyvä hoito ..... 10
2.3. Hyvä hoito kotiutustiimissä ..... 11
2.4. Kotihoito ..... 11
2.4.1. Ikääntyneiden palvelujen kehittämisen tarve ..... 12
2.4.2. Kotihoidon kehittyminen ..... 12
2.4.3. Kotiutustiimin toiminta-ajatus ..... 13
2.4.4. Kotiutustiimin sidonnaisuus kotihoitoon ..... 14
2.5. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä ..... 15
2.5.1. Asiakkaan osallistaminen ..... 17
2.5.2. Asiakaslähtöinen työskentelyote ..... 19
2.6. Sairaalasta kotiutuminen ..... 20
2.6.1. Asiakkaiden näkemyksiä sairaalasta kotiutumiseen liittyvistä haasteista ... 22
2.6.2. Ohjauksen ja vuorovaikutuksen tärkeys kotiutussuunnitelmassa ..... 24
3. Työelämäkumppani ..... 25
4. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite ..... 26
5. Tutkimusmenetelmällinen toteutus ..... 26
5.1. Teoreettisen viitekehyksen koonti laadullisen lähestymistavan taustalla ..... 26
5.2. Laadullinen lähestymistapa ..... 27
5.3. Kohderyhmä ..... 28
5.4. Aineistonkeruumenetelmä ..... 29
5.4.1. Puolistrukturoitu teemahaastattelu ..... 29
5.4.2. Teemahaastattelun toteutus ..... 30
5.5. Induktiivinen sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelmänä ..... 33
6. Tulokset ..... 38
6.1. Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen ..... 38
6.2. Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen ..... 40
6.3. Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen ..... 42
6.4. Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä ..... 45
6.5. Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin . 46
7. Pohdinta ..... 47
7.1. Opinnäytetyön eettisyys ..... 47
7.2. Opinnäytetyön luotettavuus ..... 49
7.3. Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset ..... 53

7.3.1. Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen ..... 53
7.3.2. Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen..... 55
7.3.3. Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen ..... 56
7.3.4. Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä ..... 58
7.3.5. Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin 59
7.3.6. Työelämäedustajan ja henkilökunnan palaute kehittämisehdotuksista ..... 60
7.4. Jatkotutkimusaiheet..... 62

# 1. Johdanto

Uudistettu sosiaali –ja terveyspalvelujärjestelmä velvoittaa sotepalveluiden toimijoita vastaamaan paremmin ja monipuolisemmin asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin (THL. 2017). Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan lähtökohtaisesti sitä, että hoitotyössä otetaan huomioon asiakkaan toiveet ja odotukset sekä annetaan asiakkaalle mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä asiakasta pidetään tasavertaisena osallistujana hoitoaan koskevassa päätöksenteossa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä asiakaslähtöisyyttä pidetään keskeisenä lähtökohtana. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 68.) Tässä opinnäytetyössä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaslähtöisyyttä.

Helsingin kaupungin alueen kotiutustiimi on perustettu huhtikuussa vuonna 2015 Malmin ja Laakson sairaalan alaisuuteen asiakkaiden sairaanhoidolliseen avuntarpeeseen sairaalasta kotiutuessa. Malmin ja Laakson sairaaloiden yhteydessä sijaitsevat kotiutustiimiyksiköt, jotka varmistavat asiakkaan turvallisen ja sujuvan kotiutumisen oikea-aikaisesti. Näin saadaan sairaaloiden osastoilla asiakaspaikkoja nopeammin vapautumaan. Kotiutustiimi arvioi asiakkaiden ja omaisen kanssa asiakkaan yksilöllistä avuntarvetta ja myös mahdollisten tukipalvelujen aloittamista sekä auttaa asiakkaan toipilasvaiheen selviytymistä kotona arjessa muutamasta päivästä kahteen viikkoon. (Helsingin sairaalan kotiutustiimit 09/2017; Helsingin kaupunki 2015.)

Malmin kotiutustiimi on tehnyt puoli vuosittain kvantitatiivisia asiakastyytyväisyyskyselyjä, joihin on sisältynyt yksi kvalitatiivinen eli laadullinen kysymys. Näitä kyselyn tuloksia hyödyntäen toteutettiin teemahaastattelu Malmin kotiutustiimin neljälle sairaanhoitajalle. Tämän tutkimuksen pohjalta saatiin aineistoa Malmin kotiutustiimin toiminnan ja asiakaskäyntien kehittämiseen.

Tämä opinnäytetyö oli osa Laurean Ohjaus hoitotyössä -hanketta, jossa tavoitellaan potilas- ja opiskelijaohjauksen kehittämistä. (Laurea 2018.) Opinnäytetyössä luotiin asiakaslähtöisiä kehittämisideoita, joiden pohjalta Malmin kotiutustiimi voi edistää asiakasohjausta kehittämällä omia toimintamallejaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Malmin kotiutustiimin toiminnan asiakaslähtöisyyteen liittyviä kehittämistarpeita henkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Malmin kotiutustiimin toimintaa. Tässä Opinnäytetyössä oli yksi tutkimuskysymys “Miten Malmin kotiutustiimin toimintaa voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmäksi?”.

# 2. Teoreettinen tausta

## 2.1. Ohjaus hoitotyössä

Laurean Ohjaus hoitotyössä -hankkeessa tavoitellaan potilas- ja opiskelijaohjauksen kehittämistä ja tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä asiakas -ja hoitotyön opiskelijaohjaukseen liittyen. (Laurea 2018.) Tässä opinnäytetyössä luotiin asiakaslähtöisiä kehittämisideoita Malmin kotiutustiimille, minkä kautta voidaan edistää tiimin omia toimintamallejaan asiakasohjauksessa.

Tässä opinnäytetyössä asiakkaalla tarkoitetaan kotiutustiimin asiakasta eli potilasta. Ohjauksesta hoitotyössä käytetään vaihtelevia käsitteitä usein jättäen tulkinnanvaraa. Koulutus, kasvatus ja valmennus ovat ohjauksen synonyymejä ja ohjausta tarkennetaan ohjauksen antamiseksi, asiakkaan johtamiseksi tai johdattamiseksi johonkin sekä ohjauksella voidaan tarkoittaa myös asiakkaan toimintaansa vaikuttamista. Sanakirjoissa esiintyvissä määritelmissä asiakkaan passiivisuus, hoitajan asiantuntemus ja yksilöohjaus korostuvat, mutta nykyään ohjaus pyrkii parantamaan asiakkaan kykyä ja oma-aloitteisuutta edistää elämäänsä tahtomallaan tavalla. Nykykäsityksen mukaan hoitaja tukee asiakasta päätöksenteossa asiakkaan ollen itse aktiivisessa roolissa ongelman ratkaisussa, jossa hoitaja ei anna valmiita ratkaisuja. Ohjaus sisältää myös tiedon antamista, jos asiakas ei ole itse kykenevät ratkaisemaan tilannettaan. Rakenteeltaan ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa ja tuloksellinen ohjaus voi vaatia ohjausta useita kertoja. Ohjaussuhdetta pidetään tasa-arvoisena. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Ohjauksen rinnakkaiskäsitteitä, muttei toistensa synonyymeinä, ovat esimerkiksi neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen.
Keskeistä asiakkaan hoitotyössä on eri ohjaustilanteiden suunnitelmallinen hallinta, joka on jokaisen hoitotyön hoitajan tehtävä osana asiakkaan muuta hoitoa ja toimenpiteitä. Hoitaja on suurelta osin vastuussa ohjauksesta, joka on olennainen osa hänen työtään. Asiakasta tuetaan löytämään omia voimavarojaan, ottamaan vastuuta

omasta terveydestään ja itsensä hoitamisesta. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska ohjaukselle jää entistä vähemmän aikaa. Tästä johtuen ohjauksen täytyy olla tehokasta olettaen, että asiakkaat toipuvat ja selviytyvät kotonaan, muuttavat elintapojaan toivottuun suuntaan tai ottavat vastuun terveytensä ja hyvinvointinsa hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Hoitotyö on hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista, jota tekevät sairaan- ja terveydenhoitajat, kätilöt tai lähihoitajat. Hoitotyö on terveyspalvelujen käyttäjän ja usein myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa tehtävää yhteistyötä. Perustehtävä hoitotyössä on tukea asiakasta sekä auttaa häntä ylläpitämään ja edistämään omaa terveyttään. Terveys voidaan määritellä jokaisen ihmisen arvoista ja kokemuksista käsin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 24.) Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että käytetään parhaan saatavilla olevaa ajantasaista tietoa kriittisesti asiakkaan hoitotyössä ja terveyden edistämisessä. Asiakkaan ja hänen omaistensa tarpeet ja toiveet ovat näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohtana. (Erkkilä & Sarajärvi 2012.)

Kokonaisvaltainen, suunnitelmallinen ja tutkittuun tietoon perustuva ohjaus edistää asiakkaan selviytymistä kotona. Asiakas odottaa, että yksilöllisessä hoidossa otetaan huomioon sekä hänen kliininen vointinsa, että hänen henkilökohtainen elämäntilanteensa. Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden edistämiseksi on tärkeää, että asiakkaan elämäntilanne tunnistetaan ja yhdessä kartoitetaan asiakkaan voimavaroja. Asiakas kykenee toteuttamaan jatkohoitoaan vastuullisesti kotona, kun asiakkaalle annetaan riittävästi tietoa sairaudesta, hoitometodeista, lääkkeistä ja jatkohoidosta. (Salminen-Tuomaala, Kaappola,Kurikka, Leikkola, Salonpää, Sandvik, Vanninen & Paavilainen 2011, 50-53.) Ohjausta ja informaatiota annetaan suullisessa ja kirjallisessa muodossa. Ohjeiden ymmärtäminen ja omaksuminen tulisi varmistaa asiakkaalta. (Erkkilä & Sarajärvi 2012.) Ohjeet kirjallisena lisäävät asiakkaan kotona selviytymisen tunnetta. Asiakkaalla tulisi olla jonkin tahon yhteystiedot, mihin ottaa yhteyttä, jos yksin ollessaan tapahtuu jotain odottamatonta tai ilmenee kysymyksiä. (Larsson 2014.)

Ohjauksen taustalla on paljon lakeja ja suosituksia. Ohjaaminen hoitotyössä on yhteydessä laajaan lakien, ammattikäytänteiden sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkkoon. Asiakastyön osalta lait eivät juuri viittaa

hoitotyöhön liittyvään ohjaukseen vaan lait määrittelevät enemmän terveyteen liittyviä yleisiä perustehtäviä. (Kyngäs ym. 2007, 12-13.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3§-6§, 9§ (Potilaslaki 3-9,9 /1992) mukaan asiakkaan oikeuksiin kuuluu saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvää kohtelua, päästä hoitoon, saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Lisäksi lakiin sisältyvät potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus. Tiedonsaantioikeudessa korostuvat asiakkaan osallisuus ja hänen huomiointinsa. Tiedonsaantioikeudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaalla on oikeus saada ymmärrettävästi selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. (Kyngäs ym. 2007, 16-17; Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 26/2014, 64.) Itsemääräämisoikeus edellyttää, että ennen hoidon aloittamista hankitaan aina kun mahdollista potilaan tai hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisensä suostumus ja hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (STM 2018).

## 2.2. Hyvä hoito

Asiakkaalla on oikeus hyvään hoitoon. Hänen tulee saada tilanteensa edellyttämää terveydenhuollon palveluita mahdollisimman pian. Hyvä hoito toteutuu, kun asiakas läheisineen kokevat olevansa turvallisissa käsissä ja heitä kohdellaan ja hoidetaan ammattitaitoisesti. Hyvässä hoidossa asiakkaan tarpeet ovat etusijalla. Keskeisiä asioita hyvässä hoidossa ovat hyvä perushoito, henkinen ja hengellinen tuki, ymmärtäväinen suhtautuminen myös läheisten suruun, kivun ja kärsimystä tuottavien oireiden hoito sekä ohjaus lisäavun piiriin tarpeen vaatiessa. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2011, 46).

Potilaslain 3§ (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992) mukaan “jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään hyvään kohteluun”. Hyvä hoito käsittää hoidon laadun, yhdenvertaisuuden, syrjimättömyyden, potilasturvallisuuden, hoitohenkilökunnan ammattitaidon ja pätevyyden sekä toimintayksikköjen tilat ja laitteet. Terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuen terveydenhuoltolain pykälään 8. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326) Toiminnan toteutuksessa edellytetään turvallisuutta, asianmukaisuutta sekä laadukkuutta. (Kotisaari & Kukkola 2012,13.) Hoitajan ja asiakkaan pyrkimys on

päästä yhteisymmärrykseen asiakkaan hoidossa. Yksi keino hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksen edistämiseksi on luoda hoitoyhteisöön toimintakulttuuri, jonka mukaan hoitosuhteen alkuvaiheessa keskitytään kuuntelemaan asiakasta, hänen odotuksiaan ja toiveitaan hoidolta. Tätä toimintatapaa voidaan kutsua asiakaslähtöiseksi hoidon tarpeen arvioinniksi. (Kotisaari, ym. 2012, 52-53.)

## 2.3. Hyvä hoito kotiutustiimissä

Helsingin kaupungin ohjeistuksen mukaan hyvä hoito kotiutustiimissä tarkoittaa jatkuvaa moniammatillista kokonaistilanteen ja tarpeiden arviointia, tarvittavien tukitoimien kartoittamista ja niiden aktivointia, asiakaslähtöistä ja yksilöiden tarpeiden huomioimista. Omaiset ja läheiset osallistutetaan hoitoon sekä omaishoitajia tuetaan kaiken aikaa. Hoito on myös itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa (Potilaslaki 1992/785, 6§) asiakkaan kotona huomioiden asiakkaan omatahto ja monikulttuurisuus hoidossa. Kotiutustiimin tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaalle “turvallinen, sujuva ja oikea-aikainen kotiutus”. Tämä tarkoittaa sitä, että kodin turvallisuus huomioidaan toipilasvaiheessa, asiakkaalle mahdollistetaan olo turvallisuudesta, lääkehoidon oikeellisuus varmistetaan sekä hoidon jatkuvuus turvataan. (Helsingin kaupunki 2017.)

Hyvä hoito hyödyntää moniammatillista osaamista ja vahvistaa, tunnistaa ja hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja, ohjaten omatoimisuuteen ja terveyttä edistävään elämäntapaan. Hyvä hoito kotiutustiimissä on myös tavoitteellista, jolloin kotiutustiimillä sekä asiakkaalla ja hänen perheellään on yhteinen hoitotavoite, joka suunnitellaan asiakkaan kanssa. (Helsingin kaupunki 2017.)

## 2.4. Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kunnan yhdistämää sosiaalihuoltolakiin perustuvaa kotipalvelua ja kotisairaanhoitoa, joka perustuu terveydenhuoltolakiin (STM 2018). Kotihoito muodostuu moniammatillisesta tiimistä ja kotihoidon palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona pärjäämistä. Asiakkailla on mahdollisuus saada myös terveyden- ja sairaanhoidon apua kotiin. Lisäksi tukipalveluilla voidaan täydentää asiakkaan kotona selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Tarvittaessa

asiakkaille voidaan kotihoidon kautta järjestää myös esimerkiksi päivätoimintaa tai lyhytaikaishoitoa. Kotihoidon antamat palvelut pohjautuvat aina yksilölliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, joka tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa (Helsingin kaupunki 2018.

### 2.4.1. Ikääntyneiden palvelujen kehittämisen tarve

Väestön ikärakenne on muutoksessa, ikääntyneitä on koko ajan enemmän. Tällä hetkellä yli 65-vuotiaita on yli miljoona, vanhuspalveluja käyttäviä on 150 000 ja säännöllistä kotiin annettavia palveluja käyttää 95 000 henkilöä. Iäkkäämpien osuus väestössä kasvaa suuresti, kun taas työikäisten ja lasten määrä väestössä vähenee. (STM 2017, 10.) Suomessa on tärkeää turvata hyvä vanhuus toimintakykyisellä ja terveellä ikääntymisellä sekä lisäämällä ja monipuolistamalla kuntoutusta (STM 2017,13 & 24). Väestön ikärakenteen näin radikaalisti muuttuessa on mukauduttava ikääntyneimmän väestön tarpeisiin. Sairauksien, jotka rajoittavat muistia ja toimintakykyä lisääntyvät iän myötä, jolloin myös erilaisten palveluiden tarve kasvaa. Iäkkään pitää saada elää omanlaistaan hyvää elämää omassa asuinympäristössään. Hyvää elämää tulee edistää elämänlaadun, arjen sekä itsemääräämisoikeuden turvaamisella. Iäkäs ihminen jaksamisensa mukaan osallistuu omaan hoitoonsa ja toimii sen mukaan itsenäisesti. (STM 2017, 15.)

### 2.4.2. Kotihoidon kehittyminen

Yhtenä keskeisempänä yhteiskuntapoliittisena tavoitteena on kotona asuminen ja siihen tuetaan monien lakien, suositusten, periaatepäätösten ja ohjelmien avulla Suomen yhteiskunnassa. (Ikonen 2015, 12.) Vanhuspalvelulaissa (980/2012) eli Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen ja sosiaali- ja terveyspalvelut -laissa (980/2012) määrätään, että iäkkään henkilön elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito tulee ensisijaisesti antaa hänen kotiinsa ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla itsenäistä suoriutumista, toimintakykyä ja hyvinvointia tukien. Näin ollen iäkkäiden ensisijaisena palvelumuotona on kotihoito. Lailla kehitetään esimerkiksi ikääntyneiden hyvinvointia, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja mahdollisuuksia ottaa osaa päätöksiin, jotka vaikuttavat elinoloihin kunnassa, itsenäistä suoriutumista ja mahdollisuuksia. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

Vanhuspalvelulailla vahvistetaan ikääntyneen vaikutusmahdollisuuksia itseään liittyviin sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteutustapaan ja osaltaan päätöksentekoon niitä koskevista valinnoista. Palveluiden tulee vastata sisällöltään ja määrältään tämän hetkisiä palvelutarpeita ja niiden sovittelu tehdään ikääntyneen henkilön, omaisten, läheisten tai ikääntyneen henkilön edunvalvojan läsnä ollessa. Hoidontarpeenarviointi selvitetään kokonaisvaltaisesti koskien Ikääntyneen henkilön sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä muita hänen hyvinvointiaan tukevia tukipalveluja. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.) Suomessa pyritään varmistamaan kaiken kuntoisille ja -tuloisille ikääntyneille turvallista asumista kodeissaan ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmalla. Ohjelma pyrkii parantamaan ikääntyneiden asuinoloja esimerkiksi uudenlaisilla asumisratkaisuilla niin, että ikääntyneillä olisi mahdollista asua kotonaan terveydentila huomioiden. (Ikonen 2015, 12-13.) 1990-luvulta lähtien on kehitetty kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä ja tällöin myös kotihoito -käsitteen käyttö on yleistynyt Suomessa. N. 71 prosenttia kunnista oli yhdistänyt kotisairaanhoidon ja kotipalvelun vuonna 2009. Tämän yhdistetyn toimintamallin tavoitteena on rajaton hoito- ja palvelukokonaisuus. (Ikonen 2015, 21.)

### 2.4.3. Kotiutustiimin toiminta-ajatus

Kotiutustiimin toiminnan taustalla on yhteiskuntapoliittiset tekijät. Kun ikääntyvän väestön määrä lisääntyy, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa ja sen toimintaympäristöön kohdistuu sisäisiä ja ulkoisia muutospaineita. Nämä paineet liittyvät lähivuosina lainsäädäntöön, palvelurakenteen uudistamiseen, väestön määrän kasvuun, ikääntymiseen, monikulttuurisuuteen ja asiakkaiden vaatimustason nousuun. Paineita tuovat myös palvelurakenteen keventämisen välttämättömyys, talouden tiukentuminen ja puutteet osaavasta työvoimasta. Nämä vaikuttavat lähivuosina suoraan palvelujen kysyntään, rahoitukseen, järjestämiseen ja tuotantoon. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston vuosien 2014-2016 strategiasuunnitelman tavoitteena on siirtää palvelujen painopiste ympärivuorokautisesta laitospalvelusta ennaltaehkäisevään toimintaan ja avopalveluihin sekä ikääntyneiden ja monisairaiden palveluketjun sujuvuuden parantaminen. Toimenpiteiksi esitetään, että otetaan laajemmin käyttöön jalkautuvien palvelujen käyttö, lisätään kotikäyntejä ja arvioidaan moniammatillisessa tiimissä asiakkaan palvelujen tarvetta. Sosiaali –ja terveysviraston vuoden 2015 käyttösuunnitelmassa todetaan edelleen, että ikääntyneiden ja monisairaiden kotona asumista tukevia palveluiden lisäämistä on

jatkettava ja myös sähköisiä palveluja lisättävä. (Kotiutustiimi kaupunginsairaalan -toimintasuunnitelma 2015,3.)

Kotiutustiimin toiminta on tarkoitettu asiakkaan toipilasvaiheen sairaanhoidollisen avun ja kuntoutuksen tarpeeseen, tai jos päivystyksessä tulee epäily, ettei asiakas pärjää kotona yksin. Kotiutustiimi arvioi kuuluuko asiakas tämän palvelun piiriin vai onko jo selvää, että asiakas tulee jatkossa tarvitsemaan kotihoidon palveluita. Tällöin asiakas voidaan suoraan siirtää kotihoidon asiakkaaksi kotiutuessaan. Ennen kotiutustiimin asiakkaaksi siirtymistä asiakkaalla on usein ennestään monia hoitojaksoja sairaalassa lyhyen ajan sisään, asiakas ja omaiset pelkäävät kotiutumista tai asiakkaalla on trauman jälkeinen tiivis fysioterapian tarve. Asiakkaaksi siirtyvät myös HUS:n osastoilta kotiutujat, joilla avuntarve on suuri ja vaihtoehtona olisi kaupungin sairaalaan siirtyminen hoitojaksolle. Sairaalalla ei ole lupaa luvata asiakkaalle paikkaa kotiutustiimistä, ennen kuin kotiutustiimi on vahvistanut ottavansa asiakkaan puhelun aikana. Kotiutustiimin sairaanhoidolliset avut ovat esimerkiksi haavanhoito, ompeleiden poistot ja kertakatetroinnit sekä niissä ohjaaminen. Lisäksi kotiutustiimi toteuttaa lääkehoitoa, ohjaa lääkityksen käytön asiakkaalle ja omaiselle, tekee ja ohjaa avanne -ja pistoshoidot sekä ottaa laboratorionäytteitä. Kotiutustiimi voi myös kartoittaa asiakkaan ravitsemuksen tilaa ja taloudellisen tilanteen. Kotiutustiimin hoitohenkilöstö tukee asiakkaan hyvinvointia ja ohjaa asiakasta omatoimisuuteen päivittäisissä toimissa. (Kotiutustiimin materiaali 2017.)

### 2.4.4. Kotiutustiimin sidonnaisuus kotihoitoon

Kotiutustiimi kuuluu kaupunginsairaalan toiminnan alaisuuteen ja on yksi toimintamalli asiakkaan sairaalasta kotiutumisen turvaamisessa. Kotiutustiimin toiminta on tilapäistä kotihoitoa. (Kotiutustiimi kaupunginsairaalaan – toimintasuunnitelma 2015, 6.) Kotiutustiimi hoitaa kaupungin sairaaloiden osastoilta, päivystyksestä ja HUS:n sairaaloista kotiutuvat asiakkaat. Kotiutustiimi tukee päivystystoimintaa siten, että se auttaa kotiuttamaan asiakkaat iltaisin ja viikonloppuisin ilman sairaalan osastolle siirtoa. (Kotiutustiimi kaupunginsairaalaan – toimintasuunnitelma 2015, 4.)

Suuren osan päivystyspoliklinikoiden asiakkaista muodostaa iäkkäät ja heidän osuutensa tulee vain kasvamaan tulevaisuudessa. Yliopistosairaalan

potilasrekisteristä kerätyn tutkimusaineiston pohjalta tehtiin tutkimus, jossa pohdittiin iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintäkäyntien syitä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimustulosten mukaan on mahdollista tunnistaa ne tekijät, jotka ennustavat uusintakäyntejä päivystyksessä. Näitä tekijöitä voidaan määritellä ja käyntejä voidaan vähentää kehittämällä hoitotyötä. Kun uusintakäynnit saadaan vähenemään, se vaikuttaa päivystyspoliklinikan käyttöön ja yksittäisen asiakkaan hyvinvointiin merkitsevästi. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki 2014, 300).

Kotiutustiimi auttaa kotiutumisessa muutamasta päivästä kahteen viikkoon kartoittaen samalla asiakkaan ja omaisten kanssa asiakkaan yksilöllistä avuntarvetta. (kotiutustiimin materiaali 2015). Kotiutustiimi arvioi kuuluuko sairaalan tai päivystyksen tarjoama asiakas tämän palvelun piiriin vai onko jo selvää, että asiakas tulee jatkossakin tarvitsemaan kotihoidon palveluita, jolloin asiakas voidaan suoraan siirtää kotihoidon asiakkaaksi kotiutuessaan.

Kotiutustiimi ei korvaa kotihoidon käyntejä. Kotiutustiimin asiakkaaksi ei pääse, jos asiakkaalla on pidempiaikainen avuntarve, eikä asiakas tarvitse toipilasvaiheen tehostettua sairaanhoidollista apua, tai jos asiakkaalla on vain tukipalveluille tarvetta. Näissä tapauksissa tehdään yhteistyötä kotihoidon kanssa ottamalla yhteyttä kotihoidon ohjaajaan. (Kotiutustiimin materiaali 9.12/2016.) Jos kotihoito ei pysty ottamaan asiakasta osastolta juuri kotiutuspäivänä, eikä asiakkaalla ole enää sairaalahoidon tarvetta ja samaan aikaan kotiutustiimissä on tilaa; asiakas voidaan ottaa niin sanotuksi siirtymäajaksi hoidettavaksi kotiutustiimiin. (Helsingin sairaalan kotiutustiimit Laakso ja Malmi 23.4.2018, 5.)

## 2.5. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä

Käsitteet asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys ovat synonyymejä terveyspalveluissa. Käsite asiakaslähtöisyys soveltuu terveydenhuoltoon silloin, kun arvioidaan terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeita. Tällöin hoidon laatua arvioidaan arvokkaista asiakkaan ja hänen omaistensa näkemyksistä käsin. Käsite asiakaskeskeisyys on lähes synonyymi asiakaslähtöisyydelle, mutta hoitotyössä asiakaskeskeisyys voidaan ajatella keskinäistä kunnioitusta ja luottamuksellisuutta kunnioittavaksi vuorovaikutussuhteeksi. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 69.)

Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen tärkein toiminta-ajatus on asiakaskeskeisyys, jossa asiakas pystyy toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttamaan valintoihinsa, sosiaaliseen pärjäämiseensä, terveyteensä ja saamiinsa palveluihin. Asiakaskeskeisyydessä otetaan huomioon asiakkaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja hänen asiantuntijuuttaan oman terveytensä ja elämänsä tuntijana kunnioitetaan. Asiakkaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin hoidossa vastataan ammatillisesti ja hoitosuhde perustuu hoitohenkilökunnan ja asiakkaan sekä hänen omaistensa väliseen vuorovaikutukseen. (Turunen 2015, 257.)

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että asiakkaan ilmaisevat tarpeet ovat hoitotyön lähtökohtana ja asiakas otetaan mukaan hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Asiakas on oman elämän ja sairautensa asiantuntija sekä tekee hoitoaan koskevia päätöksiä vastuullisena ja tasavertaisena osallistujana kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä asiakaslähtöisyyttä pidetään tärkeänä tavoitteena. (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 38 ; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 69.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämislinjauksiin sisältyy asiakaslähtöisyys. Linjauksien tavoitteena on lisätä turvallisuutta asiakaslähtöisillä näyttöön perustuvilla toiminnoilla ja parantaa myös hoitotyön laadukkuutta. Lähtökohtana asiakaslähtöisyydessä ovat niin asiakkaan, kuin myös hänen läheistensä tarpeiden huomioonottaminen koko hoito- ja palveluketjussa. Asiakaslähtöisyydellä varmistetaan myös hoito- ja palvelukokonaisuuden jatkuvuus. (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 38.)

Asiakaslähtöistä laatua voidaan kuvata kolmella periaatteella, joista ensimmäisessä ajatellaan, että asiakkaiden tulee huolehtia ja ottaa itse vastuuta omasta terveydestään. Toinen periaate on, että yhteiskunnan tulee täydentävästi ja korjaavasti huolehtia heistä, jotka eivät itse kykene hoitamaan huolehtimaan hyvinvoinnistaan. Kolmannessa periaatteessa korostetaan, että kaikilla on oikeus mahdollisimman hyvään terveyspalveluun. (Sarajärvi ym. 2011, 69.)

Sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän uudistamisen tärkeimpinä tavoitteina on kehittää palvelujen saatavuutta, asiakaslähtöisyyttä ja asiakasosallisuutta. Kun asiakkaiden näkemyksiä huomioidaan haasteiden ratkaisemisessa, uusien toimintamuotojen innovoinnissa ja palvelujen toteuttamisessa, saadaan Sote-palveluista aidosti asiakaslähtöisiä. Asiakkaiden osaamista pidetään tärkeänä ja

heiltä saatavaa tietoa voimavaroistaan ja tiedoistaan pidetään arvokkaana hyötynä palvelujärjestelmän kehittämisessä. (THL 2017.)

Sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin perustuen potilaan eli tässä asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hänelle tulee järjestää mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon omaan hoitoonsa liittyen. (Sairaanhoitajaliitto, 2014.) Itsemääräämisoikeudesta on Suomessa säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asetelmasta ja oikeuksista (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 140).

Jos asiakkaalle tulee tunne siitä, että ei saa tietoa tarpeeksi omasta tilanteestaan ja tulevasta hoitoonsa liittyen, hänet on tavallaan ”ulkoistettu” itseään koskevasta tiedosta. Kun asiakasta ei oteta mukaan tekemään päätöksiä omaan hoitoonsa liittyen, hän voi vieraantua arjesta, jossa normaalisti päätetään päivän kulusta, askareista ja menoista itsenäisesti. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2553-1554.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa on tavoitteena muodostaa monipuolinen, syvällinen ja eri asiakasryhmien kattava ymmärrys asiakkaiden tarpeista ja odotuksista. Sote-alan toimijat tarvitsevat tätä tietoa, jotta ymmärtävät, miten palvelut tulee suunnitella asiakkaiden tarpeita ja odotuksia vastaavasti. Hyvien käytänteiden ajantasaista tietoa saadaan keräämällä ja seuraamalla hoito- ja palveluketjujen asiakaslähtöisyyden toteutumista sekä kuuntelemalla asiakkaita. Lisäksi palvelujentuottajien laatutietoja keräämällä ja analysoimalla, kehittämällä laadunseurannan menetelmiä saadaan tietoa uudistustyöhön. Lisäksi tulee järjestää mahdollisuuksia tiedon vaihtoon ja vastavuoroiseen vuorovaikutukseen Sote-tekijöiden ja asiakkaiden välillä. (THL 2017.)

### 2.5.1. Asiakkaan osallistaminen

Osallisuus on asiakkaan itsenäisyyttä, itsehoitoa ja vaikuttamista omaan hoitoonsa. Osallisuus on mahdollisuus vaikuttaa asioihinsa ja itsenäisyydellä eli autonomialla osallisuudessa tarkoitetaan sitä, että ihminen tuntee tulevansa yksilöllisesti arvostetuksi ja kunnioitetuksi. Yksi asiakaslähtöisyyden yksilön antama sisältö on asiakkaan osallisuus. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 72.)

Asiakaslähtöisyyttä kuvataan käsitteillä osallisuus ja osallistuminen, jotka ajatellaan

keskenään synonyymeinä ja käsitteillä halutaan kuvata asiakkaan osallistumista, kykyä ja halua osallistua oman hoitoaan liittyvään päätöksentekoon. Osallisuutta kuvataan laajemmaksi ilmiöksi, jossa osallistuminen on jatkuvaa ja sisältää myös perheen ja omaisten osallistumisen. Osallisuus hoitoon käsitteenä sisältää hoitosuhteen laadun, yhdenvertaisuuden ja kumppanuuden hoitosuhteessa, jossa osallisuus on syvä hoitosuhde, molemminpuolinen sitoutumista vaativa ilmiö asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Sarajärvi ym. 2011, 71.)

Asiakkaan osallistamisella tarkoitetaan sitä, että asiakasta ja hänen läheisiään tiedotetaan monipuolisesti, motivoidaan ja tuetaan riittävästi sekä pidetään ajan tasalla hoitoon liittyvissä asioissa. Kun asiakas tekee valintoja, hänelle annetaan riittävästi tietoa erilaisista vaihtoehdoista moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Ohjauksessa korostetaan asiakkaan omaa osuutta hoitoaan koskevassa päätöksenteossa ja ohjataan etsimään itsenäisesti lisää tietoa, jota on saatavilla. (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 39.)

Terveyspalveluihin liittyvät päätökset vaikuttavat asiakkaan elämään ja asiakkaan osallistuminen terveydenhuoltoon on osa heidän oikeuksiaan, ihmiskunnan ja yksilöllisyyden arvostamista. Eräässä kansainvälisessä tutkimuksessa pohdittiin mm. erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden eli tässä asiakkaiden osallistumiseen päätöksenteossa. Tämä tutkimus kokosi tuloksensa lukuisista eri artikkeleista, jotka tarkastelivat aiempia eri maiden tutkimuksia tästä aiheesta. Tekijät, jotka vaikuttavat asiakkaan osallistumiseen, voidaan jakaa asiakkaisiin liittyviin ja terveydenhuollon ammattilaisiin liittyviin tekijöihin. Asiakkaiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin kuuluu esimerkiksi kyky ilmaista itseään, fyysinen ja kognitiivinen kyky sekä emotionaalinen suhde muiden kanssa. Muita osallistumiseen vaikuttavia asiakkaaseen liittyviä tekijöitä ovat hänen aikaisempi tietämys, uskomukset, arvot ja kokemukset terveydenhuollonpalveluista. Lisäksi asiakkaan taudin vakavuus, oireet, sairauden vaihe, terveyteen liittyvät odotukset vaikuttavat siihen, miten asiakas kykenee osallistumaan päätöksentekoon. Terveydenhuollon ammattilaisiin liittyviä tekijöitä ovat heidän kulttuuriosaaminen, tietämys, uskomukset, vakaumukset ja arvot sekä asenteet. Asiakkaan osallistumiseen vaikuttaa myös ammattilaisen kyky olla läsnä, kohtaamis- ja eettiset taidot sekä se, minkälainen on ammattilaisen terapeuttinen kyky muodostaa asiakassuhteita sekä antaako hän riittävästi aikaa potilaalle. (Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessam & Hamzehgardeshi 2014.)

Asiakkaan mahdollisuus osallistumiseen päätöksenteossa parantaa hänen terveydentilaansa ja elämänlaatua. Lisäksi terveydenhuollon näkökulmasta potilaan osallistuminen voi kehittää aiempaa tarkoituksenmukaisempia ja kustannustehokkaampia palveluja, jos asiakkaat katsotaan tasa-arvoisiksi kumppaneiksi terveydenhuollossa, he osallistuisivat aktiivisesti omaan terveydenhoitoprosessiinsa ja heidän hoitoaan seurattaisiin tarkemmin. Tutkimuksessa suositellaan potilas –eli asiakaslähtöistä terveydenhuollon suunnittelua asiakkaiden mielipiteiden, tarpeiden ja mieltymysten perusteella. (Vahdat ym. 2014.)

Asiakkaiden osallisuutta ja asiakasnäkökulmaa lisääviä toimintatapoja kartoitetaan Terveyden ja hyvinvointilaitoksen toimesta. Kartoitustyö toteutuu sote -kentän useiden eri toimijatahojen haastattelulla ja järjestämällä asiakkaat ja ammattilaiset samalla foorumille tilaisuuksiin, joissa on mahdollista vaikuttaa soten uudistustyöhön. Asiakasnäkökulmaa kartoitetaan myös keräämällä eri sidosryhmien näkemyksiä ja odotuksia nykyisestä sote -uudistustyöstä ja siihen liittyvästä yhteistyöstä (THL 2017). Tutkimusten mukaan systemaattisella asiakaslähtöisellä ohjauksella asiakkaiden tietämystä voidaan lisätä hoitoonsa liittyvistä asioista ja täten sillä kasvatetaan asiakastyytyväisyyttä heidän hoitoonsa. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 65.)

### 2.5.2. Asiakaslähtöinen työskentelyote

Asiakaslähtöisyys on hoitotyöntekijän ja asiakkaan välistä yhteistyökumppanuutta, joka korostaa tietynlaista ajattelu- ja toimintatapaa. Tämänkaltaisessa työskentelytavassa tavoitteena on vastata asiakkaan ja hänen omaistensa esittämiin tarpeisiin hoitotyössä. Hoidon lähtökohtana on siis asiakkaan ja hänen läheistensä toiveet ja tarpeet, eikä toiminta ole ainoastaan vain ammattilaisen ja organisaation näkökulmasta lähtevää. Asiakasta tuetaan aktiiviseksi toimijaksi ja tekemään itseään ja elämäänsä koskevia valintoja, mutta myös hoitoaan koskevia päätöksiä. Hoitotyötä ohjaavat yhteinen vastuu ja yhteinen päätöksenteko asiakkaan ja ammattilaisen sekä organisaation osalta. (Sarajärvi ym. 2011, 70.)

Asiakaslähtöisessä ajattelu- ja toimintatavassa arvostetaan ja kunnioitetaan asiakkaan näkemyksiä ja kysytään, miten on kokenut aikaisemmat hoitomenetelmät. Mahdollisten negatiivisten palautteiden syistä otetaan selvää, jotta palautteesta olisi

hyötyä jatkoa ajatellen. Asiakkaan aiemmat kokemukset huomioidaan uusien hoitokäytänteiden toteuttamisessa. Asiakkaan hyvinvointia, tuntemuksia ja mielentilaa kuunnellaan, huomioidaan ja ennakoidaan, jonka pohjalta potilaan tarpeita vastaava hoito ja ohjaus sovitetaan. (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 39.)

## 2.6. Sairaalasta kotiutuminen

Kotiutuminen on siirtymävaihe, jossa asiakas siirtyy toiseen hoitoyksikköön tai kotiutuu sairaalasta omaan kotiin. (Grönroos & Perälä 2006, 29). Käsite kotiuttaa on suomen kielen sanakirjan mukaan määräämistä tai päästämistä palaamaan kotiin. Kotiutumista puolestaan pidetään kotiin palaamisena. Kotiuttamisessa aktiivisena toimijana on pikemminkin sairaalan henkilökunta, jossa lääkäri päättää ja määrää ajankohdan kotiuttamiselle, mutta taas kotiutumisen keskiössä on asiakas, joka pääsee sairaalasta kotiin. (Koski 2017.)

Nykypäivänä kotiuttaminen vaatii entistä enemmän yhteistyötä eri toimijoiden välissä, jotta asiakkaan kotiutus tapahtuisi oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Sairaalat pyrkivät nopealla kotiuttamisella tehokkuuteen ja kunnat ovat vähitellen vähentäneet laitoshoitoa, jolloin hoito siirtyy enenevässä määrin kotiin. (Muurinen, Vesa & Hupli 2016, 7.) Asiakkaiden näkökulmasta sairaala ja päivystyspisteet ovat heitä passivoivia ympäristöjä, jolloin herkästi omaksutaan rooli olla vain hoidon kohteena. Hyväkuntoisetkin asiakkaat viettävät 17—20 tuntia vuorokaudesta vuoteessa, jolloin lihasmassa, lihasvoima ja aerobinen suorituskyky heikentyvät nopeasti. Vanhuksilla lihaskato on nopeampaa kuin nuoremmilla potilailla. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne, 2015, 980). Etelä-Suomalaisessa laadullisessa ja etnografisessa tutkimuksessa (Lämsä & Mäkelä 2009.) selvitettiin minkälaiset käytännöt sairaalaosastolla ovat ongelmallisia asiakaslähtöisen toiminnan näkökulmasta. Tuloksista pääteltiin, että sairaaloiden lyhentyneiden hoitoaikojen takia sairaalan käytäntöjen tulisi tukea asiakkaan arjessa kiinni pysymistä. Lisäksi kotiuttamisen yhteydessä tulee aina ottaa huomioon asiakkaan yksilöllinen elämänkokonaisuus. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2551).

Asiakkaat ja omaiset kokevat kotiutumisen hyväksi, kun heitä kohdellaan yksilöllisesti ja ovat saaneet mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon. Hoitohenkilöstön täytyy olla tietoinen sekä ammattitaitoa selvittää asiakkaan mielenkiinnon kohteita ja tapoja toimia. Hoitotyöntekijällä tulee olla kliinistä taitoa yhdistää kokemuksensa

kautta tietoa hoito-olosuhteista. Hyvä kotiutuminen onnistuu myös silloin, kun asiat on esitetty rauhallisesti ja kotiutus ei tapahdu liian nopeasti. Asiakkaalle on tärkeä kokea hoito merkityksellisenä, jotta hoidon lopputulos toteutuu ja asiakas on hoitoonsa suostuvainen ja myöntyväisempi muuttamaan elintapojaan (Korhonen, T., Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson, Korhonen, A. 2015, 44 ; Hammar 2008, 22.)

Nopea asiakkaan kotiuttaminen sairaalasta edellyttää sairaalan henkilöstöltä ja avopalvelussa työskenteleviltä joustavuutta ja vahvaa ammattitaitoa (Grönroos & Perälä 2006, 29). Todenmukainen kuva sairaalajakson pituudesta ja hoidon sisällöstä muodostuu, kun tavoitteellista hoitoa ja kotiutumisen ajankohtaa suunnitellaan alusta alkaen yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan kanssa kartoitetaan hänen näkemyksiään omasta selviytymisestä kotona ja pohditaan ratkaisuja mahdollisiin selviytymistä estäviin tekijöihin. (Laapotti-Salo & Routasalo 2004, 27.)

Sairaalaan joutumista uudelleen pyritään välttämään kotiutushoitajien ja kotiutustiimien, kotisairaalan ja kotihoidon avulla. Myös ennen kotiutumista pyritään tekemään kartoittavia kotiutumista edeltäviä kotikäyntejä. Viidentoista eri maan tutkimusten meta-analyysissa selvitettiin, voisiko omaisten mukaan ottamisella päätöksentekoon vanhusta sairaalasta kotiuttaessa vaikuttaa siihen, että sairaalaan joutumiset kotiutuksen jälkeen ja siihen liittyvät kustannukset vähentyisivät. Tulosten mukaan omaisen mukaan ottaminen kotiutuksen suunnitteluun vähensi uusia sairaala jaksoja kolmen kuukauden aikana 25 % ja kuuden kuukauden aikana 24%. Tutkimusten mukaan omaisen ottaminen mukaan kotiutuksen suunnitteluun vähensi uudelleen sairaalaan joutumista. (Pitkälä 2017, 2432.)

Onnistuneeseen kotiuttamiseen kuuluu huolellinen suunnittelu ja dokumentointi sekä se, että kotona tarvittavat palvelut ja hoidot ovat mietitty ja tilattu hyvissä ajoin. Kun asiakas on kotiutettu onnistuneesti, hänen toimintakykynsä ja terveytensä eivät huonone kotiutumisesta johtuen, eikä hänen tarvitse lähiaikoina palata sairaalaan uudelleen samojen vaivojen ja ongelmien vuoksi. (Grönroos & Perälä 2006, 29.) Kotiutustilanteessa toteutetulla yksilöllisellä ja asiakaslähtöisellä hoidon suunnittelulla, ohjauksella ja tuella yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa varmistetaan hoidon jatkuvuus kotona. Kotona saatavien palveluiden tulee olla asiakkaan tarpeista lähtevää, jotta kotona selviytyminen onnistuu. (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 39.)

Kotiuttaminen on asiakaslähtöistä, sujuvaa ja turvallista sekä kustannustehokasta silloin, jos sillä vältetään turhat hoito jaksot sairaalassa. Kotiutustiimin tehtävänä on turvata asiakkaan hoidon jatkuvuus kotiinpaluun jälkeen. Lisäksi tehokas ja toimiva kotiutustiimi voi saada toiminnallaan aikaan säästöä siten, että asiakkaat ovat vain oikean ajan juuri heille tarkoitetussa hoitopaikassa ja kykenevät kotiutumaan, kun vointi sen sallii. On asiakkaan edunmukaista, että kotiutukseen on entistä enemmän aikaa ja tällöin sairaalasta kotiutuminen voi tapahtua turvallisesti. (Järvelä 2008, 20-21.) Asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja kokemusta siitä, että hänen hyvinvoinnistaan huolehditaan lisää se, että kotiin siirtyminen on suunniteltu ajoissa ja asiakkaan näkemyksiä on kuunneltu ja otettu huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmassa (Grönroos & Perälä 2006, 29).

### 2.6.1. Asiakkaiden näkemyksiä sairaalasta kotiutumiseen liittyvistä haasteista

Tampereen yliopiston julkaisemassa Leena Koposen akateemisessa väitöskirjassa (Koponen 2003, 15-16) on selvitetty, että eri maiden tutkimuksien mukaan on tutkittu, että maasta riippumatta sairaalasta kotiutumisen ongelmat koetaan samalla tavalla.

Koponen viittaa väitöskirjassaan (Koponen 2003,15-16) sairaalasta kotiutumisen ongelmista yhdysvaltalaiseen, suomalaiseen ja alankomaalaiseen tutkimukseen vedoten. Tutkimuksissa selvisi, että sisätautipotilaiden siirtymävaiheessa kotiin sairaskertomusmerkintöjen perusteella ongelmia havaittiin kotiutumisen suunnittelussa, lääkityksessä, ravitsemuksessa, verenkierron toiminnassa, hengityksen, kuulon, näön, lihaksiston ja luuston toiminnassa sekä emotionaalisessa että taloudellisissa tilanteissa. Tutkimuksissa selvisi myös, että ensimmäisen kuukauden aikana iäkkäät potilaat, eli tässä asiakkaat, kokivat ongelmia myös kivun hallinnassa, lääkehoidossa, ruokavaliossa sekä liikkumisessa. Tutkimuksissa havaittiin myös, että iäkkäät sydäninfarkti- ja ohitusleikkausasiakkaat olivat kokeneet puolen vuoden aikana kotiutumisesta ongelmiksi heidän tunnereaktionsa, fyysisen kunnon muuttumisen, hoidon haittavaikutukset ja toipumisen. Nämä asiakkaat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa sairaudestaan, toipumisestaan, hoidon haittavaikutuksista, fyysisestä kunnostaan ja sairauden riskitekijöistä. (Koponen 2003, 15-16.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tuli myös esille se, että asiakkailla oli ilmennyt psyykkisiä oireita, kuten stressiä, ahdistusta ja masennusta. Tutkimuksissa havaittiin, että Suomessa yli 65-vuotiailla oli lisäksi uniongelmia, kipuja ja särkyjä. Kivut ja säryt oli huomioitu asiakkaiden mukaan hyvin ennen kotiutusta, mutta psyykkistä hyvinvointia ei ollut kokonaisuudessaan kunnolla huomioitu. (Koponen 2003,15-16.) Tampereen yliopiston julkaisemassa Anja Rantasen akateemisessa väitöskirjassa sekä Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen "Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa –tarpeet ja palveluratkaisut" -tutkimuksessa (Rantanen 2009,44; THL 2018.) todetaan myös sairaalasta kotiutuessa potilaiden tarvitsevan ensimmäisten viikkojen aikana hoitoa ja sosiaalista tukea selviytymiseen sairaalaympäristön ulkopuolella. Myöhemmässä vaiheessa potilaat kokevat kuitenkin erityisen tärkeäksi psykososiaaliseen hyvinvointiin ja varsinkin mielialoihin liittyviin kysymyksiin kohdistuneen tuen (Rantanen 2009, 44; Eloranta, ym. 2014, 65).

Kuokkasen Pro-gradu-tutkielmassa (Kuokkanen 2017, 7-8) on myös tutkittu, että ikääntyneet asiakkaat kokevat päivystyspoliklinikalta kotiutuessaan puutteita jatkohoidon ohjauksessa, kirjallisia ohjeita toivottaisiin saatavan mm. kivun ja haavan hoidosta, lääkehoidosta sekä sydänkohtauksen jälkeisestä liikkumisesta sekä kuinka vastaavia tilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä koskien sairaskohtauksia sekä toimintatapoja kohtausten aikana kotona. Kotiutusohjauksessa suuri osa ikääntyneistä henkilöistä ei ymmärrä jotain osa-aluetta ja he toivoisivat lääkäreiden puhuvan selkokielellä jatkohoidosta. Asiakkaita kotiutettaessa asiakkaan kotiutumisvalmius sekä läheisten näkökulma kotiutumisesta tulisi ottaa huomioon sairaalahoidon onnistumisen vuoksi, sillä ikääntyneet asiakkaat ja heidän läheisensä eivät koe saavansa riittävästi ohjausta kotiutusta suunniteltaessa. (Kuokkanen 2017, 7-8.)

Koposen akateemisessa väitöskirjassa viitattujen tutkimusten (Koponen 2003, 15-16) perusteella on epäselvää, milloin sairaalasta kotiutuessa asiakkaan ja hänen läheistensä vaikeudet alkavat. Viikko kotiutumisen jälkeen asiakas ja perhe kokevat kuitenkin eniten ongelmia ja huolenaiheita. Kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen asiakas ja hänen läheisensä ovat keksineet keinoja ongelmiensa ratkaisemiseen ja asiakkaan terveydentila on jo parempi. Tutkimuksissa kuitenkin avautuu, että pitkäaikaissairaiden perheenjäsenet tuntevat eniten huolenaihetta ja taakkaa edellisenä päivänä hoitojakson lopussa ennen kotiutumista, mutta kahden kuukauden jälkeen kotiutumisesta huoli ja taakka on lievittynyt. (Koponen 2003,15-16.)

### 2.6.2. Ohjauksen ja vuorovaikutuksen tärkeys kotiutussuunnitelmassa

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalan edellytyksistä (782/2014) on kohta, jossa määrätään, että kotiutumisen suunnittelussa asiakkaalle on annettava tarvittavaa ohjausta riittävästi ja kirjalliset ohjeet, mistä potilas voi seurata oireitaan ja missä tilanteissa hänen tulee ottaa yhteys terveydenhuollon ammattihenkilöön. Laki määrää myös kertomaan missä jatkohoito tapahtuu (Finlex). Mira Palosen "Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus" väitöskirjan (Palonen 2016, 32-33) mukaan kotiutumistilanteessa ymmärrettävää ohjausta saaneet potilaat, eli tässä asiakkaat, eivät joudu kotonaan vaaratilanteisiin tai palaamaan sairaalaan saman vaivan takia niin herkästi kuin puutteellisempaa ohjausta kotiutuessaan saaneet. Iäkkäät asiakkaat ovat tämän väitöskirjan tutkimuksien mukaan saaneet huonompaa ohjausta kuin muut aikuiset kotiutumisen suunnittelussa. (Palonen 2016.) Kotiutumissuunnitelman puuttuminen Kuokkasenkin mukaan (Kuokkanen 2017), voi tuoda useilla osa-alueilla ongelmia iäkkään hoidossa mm. hoidon jatkuvuus kärsii, riskipotilaiden tunnistaminen kärsii, lääkitykset ja hoitotoimenpiteiden toteutus voi olla puutteellista (Kuokkanen 2017,7). Eloranta ym. (Eloranta ym. 2014) painottavat myös sitä, että asiakaslähtöisessä voimaantumista tukevassa ohjauksessa hoitohenkilöstön tulee varmistaa asiakkaalla olevan tarpeeksi tietoa, tukea ja keinoja tiedon ymmärtämisen käsittelyyn. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014,65.)

Kotiutuksen suunnittelussa ohjaus on avainasemassa. Iäkkäille asiakkaille varsinkin tiedonsaanti on tärkeä hyvän hoidon kriteeri, sillä ilman tietoa tulevasta, herää epäilyksiä, mitä on luvassa. Tiedonsaannin lisäksi iäkkäille on tärkeää fyysiset hoitotoimenpiteet, hoitohenkilöstön empatiakyky ja ymmärrys. Lisäksi heille on tärkeää varmistus siitä, että asiat sujuvat ja keskusteluun on varattu riittävästi aikaa. Tälle asiakasryhmälle on myös tärkeää hoitohenkilöstön ammattitaitoisuus, johon sisältyvät vahvasti vuorovaikutustaidot. Jos vuorovaikutusta ei ole, tai se on puutteellista, iäkkäiden asiakkaiden mahdollisuus keskustella peloistaan, huolenaiheistaan ja toiveistaan uhkaa jäädä huomioimatta. Tämä vaarantaa hyviin hoidollisiin tuloksiin pääsemisen. Iäkkäiden osallistuminen omaan hoitoonsa voi myös olla vaikeaa alentuneen kommunikaatio- ja toimintakyvyn, kuten huonokuuloisuuden vuoksi, jolloin etenkin kirjallisten ohjeiden pitäisi olla hyvin selkeitä ja helppolukuisia. Muistisairailla asiakkailla taas voi olla vaikeuksia ymmärtää kirjallisia ohjeita ja hakea tarvitsemaansa ohjausta. Kotiutussuunnitelmassa ohjauksella

pyritään löytämään keinoja asiakkaan kotona pärjäämiseen ja hoidon jatkumiseen päivystysreissun jälkeenkin. (Palonen 2016, 33.)

Hoidon jatkuvuus yhdistetään pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen, tiedon siirtymiseen tai hoidon järjestämiseen (Raivio 2017). Hoidon jatkuvuuden edellytys on, että kiinnitetään tarkoin huomiota siirtymävaiheisiin, jotka suunnitellaan hyvin, asiakkaat saatetaan vaihtaen ja turvataan hoidollinen kiintyminen. Läheiset on myös tärkeää ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja kuunnella heidän näkemyksiään. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2016.) Hoidon jatkuvuudella vahvistetaan asiakkaiden turvallisuuden, tyytyväisyyden kokemusten ja luottamuksen tunnetta sekä terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutustaitoja, empatiakykyä, luottamusta ja yhteistä kumppanuutta asiakkaiden kanssa. Asiakkaat kokevat hoidon jatkuvuuden hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkumona sekä hoidon suunnittelun ja toteutuksen jatkumona. (Raivio 2017.)

## 3. Työelämäkumppani

Opinnäytetyössä työelämäkumppanina on Malmin sairaalan yhteydessä toimiva Malmin kotiutustiimiyksikkö, joka kuuluu Helsingin kaupungin alaisuuteen. Helsingin kaupungin kotiutustiimin toiminta alkoi huhtikuussa 2015, jolloin tiimejä oli kolme. Kotiutustiimissä vuoden 2017 alusta on ollut toiminnassa enää kaksi tiimiä: Malmi ja Laakso. Näiden kahden kotiutustiimeihin kuuluvat yhteensä 24 sairaanhoitajaa, osastonhoitaja ja sihteeri (Kotiutustiimi 09/2017 ; Panula, Kotiutustiimi. 2018) Lisäksi kotiutustiimeissä työskentelee kolme fysioterapeuttia.

Kotiutustiimi on kehitetty asiakkaan toipilasvaiheeseen, jotta päivystyksestä tai sairaalasta saataisiin mahdollisimman pian asiakkaan kotiutumaan turvallisesti ja sujuvasti. Kotiutustiimi auttaa kotiutumisessa muutamasta päivästä kahteen viikkoon kartoittaen samalla asiakkaan ja omaisten kanssa asiakkaan yksilöllistä avun tarvetta. (Helsingin kaupunki 2015.) Tällä tavoin sairaaloiden osastoille saadaan nopeammassa tahdissa vapautuvia osastopaikkoja. Helsingin kaupungin sairaaloissa asiakasmäärät ovat kasvussa väestön vanhetessa kaiken aikaa, jolloin sairaaloiden käyttöaste lisääntyy, mutta osastopaikkojen määrät ovat rajallisia (Kotiutustiimi kaupunginsairaalan –toimintasuunnitelma 04/2015.) Rajallisten resurssien puitteissa kotiutustiimi pyrkii priorisoimaan päivystyksestä, päivystysosastoilta ja

erikoissairaanhoidosta nopeasti kotiutuvat asiakkaat, jotta he eivät joutuisi niin kutsutuille ”sakoille”. Tällä tarkoitetaan sitä, kun HUS:n erikoissairaanhoidon osastolla asiakas ei tarvitse enää hoitoa, asiakas laitetaan sieltä siirtolistalle. Tällöin Helsingin kaupungin tulee ottaa asiakas jatkohoitoon, eli tässä tapauksessa kotiutustiimin asiakkaaksi, kolmen vuorokauden kuluessa. Jos näin ei toteudu, Helsingin kaupungin täytyy tällöin maksaa erikoissairaanhoidolle tietty määrä sakkomaksuja siirron pitkittyessä sovitusta. (Panula, Kotiutustiimi 2018.)

Kotiutustiimin avulla taataan asiakkaalle turvallinen ja sujuva kotiutuminen, varmistetaan asiakkaan pärjääminen kotona ja ehkäistään ”pyöröovi” - efekti sairaalaan uudelleen palaamisesta. Kotiutustiimi arvioi avun tarpeen jatkossa, kuten tarvitaanko kotihoidon palveluita tai erilaisia tukipalvelumuotoja, joita ovat esimerkiksi kauppakassipalvelu, turvahälytin, kodinhoitaja, ovihälytin, apteekin jakelupalvelu ja sosiaalipalvelut. (Kotiutustiimin materiaali 2017.)

# 4. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Malmin kotiutustiimin toiminnan asiakaslähtöisyyteen liittyviä kehittämistarpeita henkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Malmin kotiutustiimin toimintaa.

Tutkimuskysymys oli: “Miten Malmin kotiutustiimin toimintaa voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmäksi?”.

# 5. Tutkimusmenetelmällinen toteutus

## 5.1. Teoreettisen viitekehyksen koonti laadullisen lähestymistavan taustalla

Opinnäytetyön taustateoria pohjautui oleellisempaan aikaisempaan tutkittuun tietoon kirjallisuuskatsauksena viitekehyksemme avainkäsitteistä: kotiutustiimi, hyvä hoito kotiutustiimissä, asiakaslähtöisyys, sairaalasta kotiutuminen, kotihoito, ohjaus hoitotyössä.

Teoriataustan tiedonhaussa käytettiin erilaisia tietokantoja, kuten CINAHL, ProQuest, Medic, PubMed, ScienceDirect, Central, Finna, Google Scholar, PubMed ja Tutkiva

hoitotyö. Lisäksi tiedonhaussa käytettiin lyhennettyjä hakusanoja ja synonyymejä, jotta saatiin monipuolisempaa otantaa lisäten työlle luotettavuutta. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi asiakaskesk*, koti* sairaala*, ohjaus* hoitot*, laaduk* hoit*, kotiutt*, asiakaskesk*. Opinnäytetyön teoriaosuudessa ja tiedonhaussa oli hyödynnetty Laurean ja Metropolia ammattikorkeakoulujen kirjastojen ja Helsingin yliopiston Meilahden kampuksen kirjaston materiaalia sekä Malmin kotiutustiimin toiminnasta kotiutustiimi luovutti opinnäytetyöntekijöille heidän omaa kirjallista materiaalia.

Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelun runko luotiin Malmin kotiutustiimin vuoden 2018 toukokuun asiakastyytyväisyyskyselylomakkeiden tulosten yhteenvedosta sekä opinnäytetyön teoreettisesta viitekehyksestä.

Opinnäytetyö sai tutkimusluvan vuoden 2018 marraskuun alussa. Tämän jälkeen haettiin asiakastyytyväisyyskyselylomakkeiden tuloksien yhteenveto Malmin kotiutustiimistä. Asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksista käytiin läpi mahdollisia kehittämistarpeita ja tuloksia hyödynnettiin pohja-aineistona haastattelurunkoa laatiessa opinnäytetyön tarkoitukseen sopivaksi.

## 5.2. Laadullinen lähestymistapa

Laadullisessa tutkimuksessa on yleensä vähän osallistujia. Määrän sijaan keskitytään laatuun, kun halutaan mahdollisimman syvä ja rikas aineisto tutkittavasta aineistosta. Tällöin sisältö voi olla kattava, vaikka haastateltavia olisi vähän. (Kylmä & Juvakka 2007, 23 & 27.) Tutkimukseen osallistujien valintaa käsitellään opinnäytetyön seuraavassa alaluvussa (5.2) tarkemmin. Aineistonkeruussa ollaan tutkimuksen osallistujiin hyvin läheisessä yhteydessä, jolloin laadullisessa tutkimuksessa keskeisiksi asioiksi nousevat etiikka ja eettisyyden arviointi (Kylmä & Juvakka 2007, 27-29), jota pohditaan tämän tutkimuksen osalta tarkemmin pohdinnassa luvussa 7.1.

Laadullisessa tutkimushaastattelussa on tärkeää saada tietoa mahdollisimman monipuolisesti tutkittavasta ilmiöstä. Tätä asiaa ajaa se, että haastattelukysymykset tai aiheet annetaan haastatteluun osallistujille etukäteen perehdytyksenä tutkittavaan asiaan tai ilmiöön. Tämä on haastattelun onnistumisen kannalta hyvin

tärkeää. Tutkimuseettisesti on myös tärkeää kertoa haastateltavalle etukäteen, mitä aihetta haastattelu koskee. (Tuomi & Sarajärvi. 2009,73.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa, koska haluttiin kuvailla Malmin kotiutustiimin hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä kotiutustiimin toiminnasta sekä teemahaastattelussa ilmenneitä asiakaslähtöisiä kehittämistarpeita. Opinnäytetyössä tutkittiin tutkimuskysymyksen kautta sairaanhoitajien näkökulmia ja ajatuksia Malmin kotiutustiimin toiminnan kehittämisestä asiakaslähtöisemmäksi, mikä oli tutkimuksen kohteena oleva ilmiö.

## 5.3. Kohderyhmä

Osallistujat valitaan teemahaastatteluun tarkoituksenmukaisesti. Tutkittavilla ilmiöillä ei ole laadullisessa tutkimustavassa yhtä oikeaa totuutta, vaan jokaisen yksilön oma kokema ajatus on totta. Laadullisella lähestymistavalla tuotettu tieto sitoutuu tutkimukseen osallistuvien ihmisten aikaan, paikkaan ja elämäntilanteisiin, jolloin tietoa pidetään kontekstisidonnaisena. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa siis todellisuutena pidetään tutkimukseen osallistujien näkökulmia. (Kylmä ym. 2007, 28-29.) Valitut ammatilliset asiantuntijat pystyvät vaikuttamaan mielipiteillään ja asenteillaan tarkasteltavaan ilmiöön saaden myös mahdollisia muutoksia aikaan, jonka Hirsjärvi & Hurmekin ovat todenneet (Hirsjärvi & Hurme 2001,62.). Asiantuntijahaastatteluissa yleensä pyritään luomaan uutta tietoa hyödyntämällä asiantuntijoiden erityistietämystä, heidän tutkittavaa asiaa koskevista tiedoista sekä heidän omasta tulkinnasta asiasta (Hyvärinen ym. 2017, 218-219).

Tämän opinnäytetyön teemahaastatteluun valittiin harkinnanvaraisesti neljä sairaanhoitajaa, jotka osastonhoitaja oli tarkasti valinnut. Osallistuminen haastatteluun oli osallistuneille vapaaehtoista. Teemahaastatteluun osallistuvilla asiantuntijoilla eli sairaanhoitajilla oli kokemusta Malmin kotiutustiimin toiminnasta ja työskentelemisestä kotiutustiimin asiakkaiden kotona. Näillä asiantuntevilla kokemuksillaan ja tiedoillaan sairaanhoitajat voivat omalta osaltaan vaikuttaa asiakaskäynteihin sekä niiden kehittämiseen.

## 5.4. Aineistonkeruumenetelmä

### 5.4.1. Puolistrukturoitu teemahaastattelu

Tutkimusmetodina puolistrukturoitu haastattelumenetelmä eli teemahaastattelu on hyvin joustava menetelmä. Haastattelussa tutkittavan kanssa keskustellaan vuorovaikutuksessa kasvotusten, joka helpottaa tiedonhankintaa muun muassa antamalla mahdollisuuden saada esiin vastausten taustalla olevista motiiveista, ei-kielellisistä vihjeistä saatiin osviittaa ja ymmärtämään jopa vastausten merkityksiä toisin kuin alussa oltaisiin ajateltu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin tutkimusmetodiksi puolistrukturoitu teemahaastattelu. Kuten Hirsjärvi & Hurmekin totesivat (Hirsjärvi & Hurme 2001), keskustelemalla kasvotusten haastattelussa voitiin lukea osallistujien kehonkieltä ja äänenpainoja, jolloin voitiin paremmin ymmärtää heidän tarkoituksiaan näkemyksistään vrt. kyselytutkimus. Kyselytutkimuksessa on vain teksti ja ei juurikaan tulkinnanvaraa.

Asiantuntijahaastatteluissa yleensä pyritään luomaan uutta tietoa hyödyntämällä asiantuntijoiden erityistietämystä, heidän tutkittavaa asiaa koskevista tiedoista sekä heidän omasta tulkinnastaan asiaan (Hyvärinen ym. 2017, 218-219). Nämä valitut ammatilliset asiantuntijat pystyvät vaikuttamaan mielipiteillään ja asenteillaan tarkasteltavaan ilmiöön saaden myös mahdollisia muutoksia aikaan (Hirsjärvi & Hurme 2001,62).

Lähtökohtana tutkimustavan valinnassa oli opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys. Hirsjärveä & Hurmetta (Hirsjärvi & Hurme 2001) viitaten oltiin samaa mieltä siitä, että tutkimuksen kannalta oli tärkeää saada analysoitavaa tietoa haastateltavilta eli tässä tutkimuksessa sairaanhoitajilta, joilla oli jo pidempään kokemusta ja näkemystä kotiutustiimin toiminnasta. Tämä teki heistä juuri asiantuntijoita erityistietämyksillään.

Teemahaastattelussa, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna, tutkija johtaa keskustelua, mutta antaa osallistujille tilaa vuorovaikutukselle ryhmän sisällä. Tällä tavoin voidaan tutkia, millaisia ajatuksia tuodaan julki, vuorovaikutuksen rakentumista ryhmässä sekä millaisia erilaisia käsityksiä ja ilmiöitä ryhmä yhdessä luo. (Hyvärinen, Nikander, Ruusuvuori 2017, 112-113.) Tässä haastattelumuodossa ihmisten tulkinnat asioista ja asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä ja ne

syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme, 2001,48; Hyvärinen, Nikander, Ruusuvuori. 2017,89). Induktiivisen sisällönanalyysin kannalta tämä ryhmähaastattelumetodi on myös hyvä, sillä tässä ollaan kiinnostuneita ihmisten eri tulkinnoista, argumentaatiosta ja asioiden eri merkityksistä eri ihmisille. Tällä tavalla saadaan vastauksina tutkimusongelmiin monia erilaisia todellisuuksia. (Hyvärinen ym. 2017,113).

Puolistrukturoitu teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna perustuen Hirsjärven & Hurmeen, Hyvärisen, Nikanderin sekä Ruusuvuoren tuumauksiin ryhmähaastattelumetodin hyvästä valinnasta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48; Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 89). Opinnäytetyöntekijät johtivat haastattelussa keskustelua antaen puheenvuoroja, kuitenkin jättämällä osallistujille tilaa vuorovaikutukselle ryhmän sisällä. Samoin kuin Hyvärinen perusteli induktiivisen sisällönanalyysin kannalta haastattelun hyötyjä (Hyvärinen 2017), teemahaastattelussa oltiin kiinnostuneita osallistujien kokemuksista Malmin kotiutustiimin toiminnan suhteen, tutkimuksessa esiin tulleista kehittämistarpeista sekä erilaisista näkemyksistä asiakaslähtöisempään toimintaan. Samalla pitäen tasavertaisena jokaista osallistujaa sekä jokaisen näkemystä toiminnasta todellisuutena. Tällä tavoin saatiin tutkimuskysymyksen vastauksiin monia erilaisia todellisuuksia siitä, miten Malmin kotiutustiimin toimintaa voitaisiin kehittää teemoista heränneiden keskusteluiden kautta. Tässä haastattelumuodossa Hirsjärveä ja Hurmetta (Hirsjärvi & Hurme 2001) lainaten, osallistujien tulkintoja asioista ja asioille antamia merkityksiä pidettiin tärkeänä ja ne muodostuivat vuorovaikutuksessa.

### 5.4.2. Teemahaastattelun toteutus

Hyvä saatekirje edellyttää tutkimustieteellisesti haastatteluun osallistujien tietävän riittävästi mitä tutkimus pitää sisällään. Saatekirje on myös osa tutkimusta ja sen arviointia, jonka tarkoituksena on perustella tutkimuksen tärkeyttä ja motivoida osallistujia tutkimukseen. Haastattelupyynnön saatuaan, potentiaalinen osallistuja arvioi tutkimusta ja päättää, osallistuuko tutkimukseen. (Vilkka 2015, 189-190.)

Teemahaastattelurunkoa ei laadita yksityiskohtaisilla kysymyksillä, vaan teemahaastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66).

Tutkimusaineistoa voidaan mahdollisimman tarkasti rajata etukäteen ja tutkimusongelmaan soveltuvien periaatteiden mukaan teoreettisen viitekehyksen puitteissa. Samalla tutkijan tulee huolehtia, ettei hänen lopullinen tulkintansa ole liikaa rajatun aineiston satunnaisuuksien varassa. (Vilkka 2015, 153.)

Laadullista tutkimusta lähdetään lähestymään tavoittelemalla tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä tutkimukseen osallistujien näkökulmasta. Laadullista tutkimusta ohjaavat kysymykset: Mitä, miksi ja miten? (Kylmä & Juvakka 2007, 26.) Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa teemat ja kysymykset ovat kaikille osallistujille samat, mutta kysymysten järjestystä voidaan säädellä ja tutkimukseen osallistuja ei pysty etukäteen näkemään seuraavia kysymyksiä vrt. kyselytutkimus. Kyselytutkimuksessa osallistuja voisi harpata kysyttävän kysymyksen ja katsoa mitä seuraavaksi kysytään, jolloin se voisi vaikuttaa osallistujan vastaukseen osaltaan. Teemahaastattelussa nimensä mukaisesti keskitytään teemoihin, jolloin haastattelija vapautuu tietystä omasta näkökulmastaan ja tutkittavien ajatukset pääsevät esiin. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 36, 47-48 ; Hyvärinen, Nikander, Ruusuvuori. 2017,89.)

Opinnäytetyöntekijät lähettivät sovitusti saatekirjeen (liite 1.) osastonhoitajan sähköpostiin. Osastonhoitaja lähetti eteenpäin saatekirjeen sähköpostilla haastatteluun valituille osallistujille, jotta osallistujat ehtivät perehtyä tutkittavaan ilmiöön. Tämä oli haastattelun onnistumisen kannalta tärkeää, Vilkkaa lainaten, jotta voitaisiin saada vielä kattavampi tutkimusaineisto kehittämistarpeista henkilökunnan näkökulmasta (Vilkka 2015, 189-190).

Tässä opinnäytetyössä käytettiin opinnäytetyön teoreettista viitekehystä sekä vuoden 2018 toukokuun asiakastyytyväisyyskyselyistä saatujen tuloksien yhteenvetoa pohja-aineistona teemahaastattelurunkoa ja teemoja laadittaessa. Toisin kuin Hirsjärvi & Hurme olivat teemahaastattelurungon laatimisesta todenneet (Hirsjärvi & Hurme 2008), tutkimuksen teemojen ympärille laadittiin alustava haastattelurunko valmiilla kysymyksillä haastattelijoiden eli opinnäytetyöntekijöiden tueksi. Haastateltavat perehtyivät etukäteen kuitenkin vain yleisesti teemoihin. Kysymyksissä käytettiin sanaa asiakas, koska kotiutustiimissä se on vakiintunut ilmaus potilaista, jotka kotiutuvat.

Haastattelurungon kysymykset (liite 1.) laadittiin Kylmää & Juvakkaa mukaillen (Kylmä & Juvakka 2007, 26), käyttämällä sanoja ”millä tavoin” ja ”miten”, jotta

saatiin kuvailevampaa, ”rikkaampaa sekä syvempää” aineistoa tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun aikana kysyttiin haastateltavilta haastattelun edetessä tarpeen tullen täydentäviä lisäkysymyksiä. Haastattelun teemat muodostuivat Malmin kotiutustiimin asiakastyytyväisyyskyselyiden tulosten sekä opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen ympärille.

Samalla tavoin kuin edellä mainitut Kylmä & Juvakka, Tuomi & Sarajärvikin totesivat (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Tuomi & Sarajärvi. 2009,73), tässä opinnäytetyössä tärkeänä pidettiin mahdollisimman monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä eli kehittämistarpeista henkilökunnan näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä asia varmistettiin siten, että teemahaastattelun aiheet annettiin saatekirjeenä etukäteen osastonhoitajalle sähköpostitse noudattaen Vilkan toteamaa hyvää tutkimustieteellistä tapaa osallistujien perehdyttämisestä tutkimukseen etukäteen. (Vilkka 2015, 189-190.)

Opinnäytetyön haastatteluaineisto rajattiin vastaamaan tutkimuskysymykseemme määrittelemällä teemoiksi teoreettiset käsitteet: asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallistaminen ja sairaalasta kotiutuminen, jotka vastaavat tutkimuksen tavoitteeseen. Tarkennetut kysymykset tehtiin näiden teemojen pohjalta alustavaan haastattelurunkoon (liite 2.), jota täydennettiin haastattelun aikana tarkentavilla lisäkysymyksillä, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen: Miten kehittää Malmin kotiutustiimin toimintaa asiakaslähtöisemmäksi? Osittain toisin, kuin Hirsjärvi & Hurme sekä Hyvärinen ym. (Hirsjärvi & Hurme 2001; Hyvärinen, ym. 2017) totesivat haastattelurungosta, teemakysymykset kysyttiin suunnitellussa järjestyksessä, mutta kuitenkin teemahaastattelun tavoin haastateltavat olivat perehtyneet ennestään vain teemoihin ja ryhmäkeskustelu pohjautui tällöin teemojen ympärille.

Haastattelukysymykset pohjautuivat suunniteltujen teemojen ympärille: asiakaslähtöisyydessä työskentelytapojen ja yksilöllisyyden huomioimiseen asiakaskäynneillä sekä tasavertaisuuden huomioimiseen hoitotyössä. Asiakkaiden osallistamisessa kysymykset pohjautuivat tiedonannon ja ohjauksen kulkuun, asiakkaiden päätöksenteon huomioimiseen sekä läheisten huomiointiin kotiutussuunnitelmassa. Sairaalasta kotiutumisessa kysymykset liittyivät siirtymävaiheeseen, asiakkaiden ohjaamiseen ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana kotiutumisesta, vuorovaikutukseen siirtymävaiheessa sekä asiakkaiden

osallistamiseen sairaalasta kotiutuessa.

## 5.5. Induktiivinen sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelmänä

Aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin lähtökohtana on aineisto. Aineistoa tarkastelemalla pyritään löytämään tuloksia tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistujan näkemystä pidetään tässä analyysimuodossa todellisuutena. (Sarajärvi 2015, 95; Kylmä & Juvakka. 2007, 29.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa on olennaista perehtyä asiantuntijoiden näkemyksiin tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi, ym. 2013, 109-112). Opinnäytetyöhön valittiin analyysimenetelmäksi aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jotta saatiin tietoa kehittämistarpeista kokeneiden sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tutkijoiden on tärkeä tunnistaa objektiivisesti haastateltavien näkökulmia teemahaastatteluaineistosta ja yhdistellä näitä näkökulmia oikein suhteessa toisiinsa, mikä lisää johtopäätösten tekemisen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95 – 100, 108.) Tutkimukseen osallistujien näkemyksiä pidetään laadullisessa tutkimuksessa todellisuutena. Haastateltavien omakohtaiset näkemykset ovat moniulotteisia, joten haastattelumateriaalia tulee käsitellä järjestelmällisesti. Aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi kolmivaiheisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoin ensin pelkistämällä eli redusoimalla aineistoa, ryhmittelemällä eli klusteroimalla aineistoa ja lopuksi teoreettisten käsitteiden luomisella eli abstrahoinnilla. (Tuomi & Sarajärvi 2015, 108-109.) Näistä vaiheista kerrotaan pian tarkemmin.

Tätä kolmivaiheista prosessia, jota Tuomi ja Sarajärvi kuvaavat, edelsi kuitenkin haastattelun tallennus nauhoitteelle ja litterointi eli haastatteluaineiston kirjoittaminen tekstimuotoon.

Litteroinnilla pyritään tutkijoiden vuoropuheluun tutkimusaineiston kanssa, jotta haastattelija pääsee määrittelemään, mikä on riittävä aineisto ja tulkinta tutkimuskysymyksen kannalta. Litterointi on myös edellytys tutkimusaineiston analysoinnille eli tutkimusaineiston järjestelmälliselle läpikäymiselle, sen ryhmittelylle ja luokittelulle. (Vilkka 2013, 137.) Opinnäytetyön tutkimusaineiston tallentamisen jälkeen, haastatteluaineisto kirjoitettiin tekstimuotoon eli litteroitiin

sanatarkasti word-tiedostoon, samoin perustein kuin Vilkka (2013,137) on perustellut litteroinnin tärkeyttä.

Opinnäytetyön induktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa kaikki tutkimukselle epäolennainen aineisto karsittiin pois redusoimalla eli pelkistämällä haastatteluaineistoa tiiviimpään aineistomuotoon. Aluksi aineistossa olevia alkuperäisilmaisuja kerättiin tunnistamalla ensin ne asiat, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita eli vastaavatko ne tutkimuskysymykseen. Nämä alkuperäisilmaukset alleviivattiin litteroidusta tekstistä ja kirjoitettiin word-taulukkomuotoon listaksi. Epäolennaiset tiedot sekä täytesanat, kuten ”Niinku”, ”tota”, ”et” jne. korvattiin kolmella pisteellä. Yksityiskohtaiset sanat, kuten ”haavanhoitotuotteet” korvattiin yleiskielisemmällä sanalla ”hoitotuotteet”, jotta alkuperäisilmaisuista ei voitu tunnistaa osallistujia. Nämä alkuperäisilmaisut (kuvio 1.) pelkistettiin yksittäisiksi ilmaisuiksi eli määriteltiin analyysiyksikkö, joka on Tuomen mukaan pelkistetty ilmaus lauseena alkuperäisilmaisusta. (Tuomi, ym. 2013, 109-112.)

| Alkuperäisilmaisut | Pelkistys |
|---|---|
| ...ilman asiakasta kaupassa, apteekissa... | Päivittäisten tukipalveluiden tarjoaminen asiakkaalle |
| ...Niin et pyritään ottamaan huomioon asiakaslähtöisesti voimavarat. | Asiakkaan voimavaralähtöisyyden huomioiminen |
| Asiakas tekee itse sen minkä hän kykenee tekemään... | Asiakkaan osallistaminen hoitoonsa |

Kuvio 1. Esimerkkejä pelkistämisestä eli analyysiyksiköt.

Induktiivisen sisällönanalyysin toisessa vaiheessa Tuomi ym. ja Tuomi & Sarajärveä mukaillen haastatteluaineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Tässä vaiheessa etsittiin alkuperäisilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset käsitteet ryhmiteltiin yhdeksi luokaksi ja nimettiin luokan sisällön mukaan eli ilmiön ominaisuus, käsite tai piirre. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin. Tällä

tavoin luotiin tutkimuksen rungolle pohja. (Tuomi ym. 2013, 109-112; Tuomi & Sarajärvi 2013,101.)

Pelkistämisen jälkeen yhtäläiset ilmaisut ryhmiteltiin joukoiksi yhdistämällä samaa tarkoittavat ilmaisut samaan kategoriaan eli alaluokkaan, joka nimettiin siten, että se vastaa kategorian sisältöä (kuvio 2). Kuviossa 2 on esimerkki pelkistysten ryhmittelemisestä ja alaluokaksi yhdistelemisestä.

| Pelkistys | Alaluokka |
|---|---|
| Kommunikaatio-ongelmat vuorovaikutuksessa | Vuorovaikutuksellinen ohjaaminen kehittämisen kohteena |
| Vuorovaikutuksen haasteet | |
| Erityisvuorovaikutustilanteet ja puuttuva ohjeistus | |

Kuvio 2: Esimerkki alaluokan syntymisestä.

Viimeinen työvaihe sisällönanalyysissä toteutettiin Tuomi & Sarajärven kuvailemalla tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2013), eli aineisto käsitteellistettiin eli abstrahoitiin. Saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin toisiinsa ja niistä muodostettiin eri yläkategorioita eli yläluokkia, jotka myös nimettiin niiden sisältöä kuvaaviksi. Yläluokat toimivat tässä tutkimuksessa vastauksena tutkimuskysymykseen ja näin sisällönanalyysista saatiin tietoa yksittäisestä havainnosta yleiseen, joka on keskeistä laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112.)

Tässä viimeisessä työvaiheessa alaluokat ryhmiteltiin yläluokiksi (kuvio 3). (Tuomi, ym. 2013, 109-112.) Yläluokkien kohdalla aloitettiin analyysiprosessin kolmas vaihe, abstrahointi. Abstrahoinnissa etsittiin haastattelun kannalta olennainen tieto erottelemalla se ja tämän valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettiset käsitteet. Tässä vaiheessa alkuperäisilmaisuista edettiin teoreettisten käsitteiden kautta johtopäätöksien tekoon yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin sisällön näkökulmasta se oli tarpeellista.

Tutkimusaineisto oli alkanut saavuttaa Vilkan toteamaa kyllääntymispistettä eli saturaatiota siten, että aineisto oli alkanut toistaa itseään eikä lisäaineisto tuonut

tutkimuskysymyksen kannalta mitään uutta tietoa tutkimusaineistoon. (Vilkka 2015,152) Saturaatio löytyi tässä tutkimuksessa jo yläluokkien kohdalla, jolloin yläluokat vastasivat tutkimuskysymykseen seitsemällä eri tavalla. Lopuksi nämä yläluokat muodostivat seitsemän päätulosta eikä luokittelua kannattanut enää jatkaa.

Tutkimusaineiston ryhmittely ja luokittelu tehtiin ensin word –tiedostoon taulukkona, mikä sen jälkeen tulostettiin paperiversioksi ns. “palapelinä”. Paperiversiosta leikeltiin alkuperäisilmaukset, pelkistykset, ala- ja yläluokat erikseen. Tämä helpotti luokittelun jäsentelyä ja hahmottamista. Aluksi opinnäytetyöntekijät tekivät molemmat osittain omaa “palapeliä” luokitteluista, jonka jälkeen yhdessä pohdittiin ala- ja yläkategorioita. Alaluokkia muodostui 21, joista puolestaan luokiteltiin 7 yläluokkaa eli päätulosta.

Nämä seitsemän yläluokkaa olivat: ”Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen”, ”Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen”, ”Asiakkaan hoitoon osallistumisen kehittäminen”, ”Asiakaslähtöisen hoidontarpeen kartoittamisen kehittäminen”, ”Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin”, ”Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä” ja ”Asiakkaan voimaantumista vahvistavien tekijöiden kehittäminen”.

Näistä kaikista 7 päätuloksesta syntyi hyvää keskustelua asiakaslähtöisyydestä, mutta kaikissa niissä ei varsinaisesti ollut kehittämisen tarvetta. Klusterointia jatkettiin edelleen Tuomea & Sarajärveä lainaten niin, että eroteltiin samankaltaisuuksia eroavaisuuksista (Tuomi & Sarajärvi 2013,101), jolloin muodostuivat tutkimuksen 5 päätulosta vastaten tutkimuksen tarkoitukseen.

| Alaluokka | Yläluokka |
|---|---|
| Kotiutustiimin toiminnan tunnettavuutta lisäävät tekijät | Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen |
| Tiedonvälityksen keinot asiakkaalle | |
| Sairaalan ja kotiutustiimin tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät | |

| | |
|---|---|
| | Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen |
| Vuorovaikutukselliset ohjaamiseen vaikuttavat haasteet | |
| Vuorovaikutukseen liittyvät monikulttuuriset haasteet | |
| | Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen |
| Tukipalvelut tukena asiakkaan kotona pärjäämisessä | |
| Hoitovälineiden monipuolistaminen hyvän hoidon toteutumiseksi | |
| Asiakaslähtöisten asiakkaan tarpeiden kartoittamiseen liittyvät haasteet | |
| | Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin |
| Ennaltaehkäisevät asiakkaan kotona pärjäämistä tukevat tekijät | |
| | Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä |
| Yhteistyön parantaminen kotiutustiimin ja sairaalan välillä | |

Kuvio 3: Esimerkki sisällönanalyysin tuottamasta yläluokasta.

Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelu oli tutkimuksen materiaalia eli tutkimusaineistoa. Tulkinta siitä, vastasiko saatu tutkimusmateriaali

tutkimuskysymykseen, saatiin selville vasta, kun aineisto oli luokiteltu aineistolähtöisesti ja tulkittu teoreettisen viitekehyksen avulla.

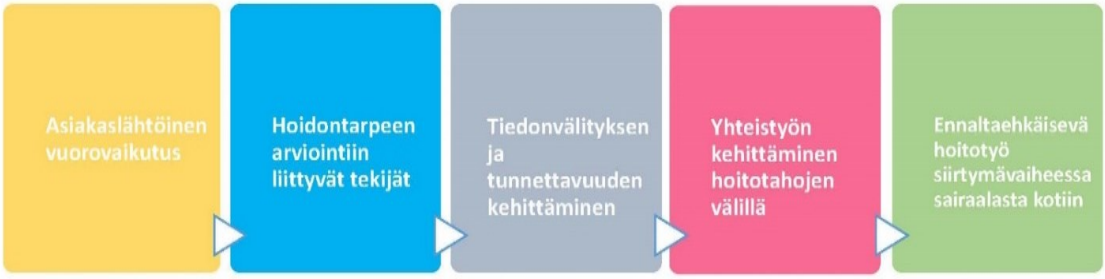
## 6. Tulokset

Induktiivisen sisällönanalyysin valmistuttua, sen löydettyä saturaatiotasonsa, kehittämistarpeet saatiin koottua 5 päätulokseen (kuvio 4).

Nämä viisi päätulosta olivat: ”Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen”, ”Asiakaslähtöisen hoidontarpeen kartoittamisen kehittäminen ”, ”Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen”, ”Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä” sekä ”Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin”.

Nämä viisi päätulosta sisältävät kaikki teemahaastattelussa ilmenneet haastateltujen sairaanhoitajien ajatukset kotiutustiimin kehittämistarpeisiin liittyen. Näitä päätuloksia tarkastellaan tarkemmin seuraavaksi. Tässä luvussa ”Tulokset” puhuttaessa osallistujista ja haastateltavista viitataan tutkimukseen osallistuneisiin sairaanhoitajiin.

Kuvio 4: Tulokset eli yläluokat




### 6.1. Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen

| Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka |
|---|---|---|
| Kommunikaatio-ongelmat vuorovaikutuksessa | Vuorovaikutukselliset ohjaamiseen vaikuttavat haasteet | Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen |

| | | |
|---|---|---|
| Vuorovaikutuksen puutteellisuus | | |
| Vuorovaikutuksen haasteet kuulemattomalla asiakkaalla | | |
| Vuorovaikutuksen haasteet muistisairaiden kanssa | | |
| | Vuorovaikutukseen liittyvät monikulttuuriset haasteet | |
| Kielitaidottomuus haaste vuorovaikutuksessa | | |
| Maahanmuuttajatausta ilman suomen kielen taitoa luo haasteen kommunikaatioon | | |
| Vuorokausirytmin yhdenmukaistamisen haasteet hoitotyössä | | |

Kuvio 5: Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittämisen alaluokat ja pelkistykset.

Ensimmäiseksi päätulokseksi muodostui ”Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen” ja sen ensimmäiseksi alaluokaksi muodostui ”Vuorovaikutukselliset ohjaamiseen vaikuttavat haasteet”. Eritoten näitä haasteita olivat kommunikaatio-ongelmat vuorovaikutuksessa, vuorovaikutuksen ongelmallisuus, vuorovaikutuksen haasteet, asiakkaiden tietämättömyys ja epärealistisuus kunnan terveydenhuollon tarjoamista palveluista, vuorovaikutuksellisen kuuntelemisen tärkeys, asiakkaiden haastavuus, erityisvuorovaikutustilanteet ja niistä puuttuva yleinen ohjeistus siitä, miten toimia (kuvio 5). Moninainen vuorovaikutus asiakkaan ohjaamisessa koettiin tärkeänä. Haasteelliseksi koettiin myös vuorovaikutustilanteet muistisairaiden asiakkaiden kanssa, asiakkaan huono kuulo tai kuulemattomuus. Vuorovaikutusta

hoitohenkilöstön kesken ja moniammatillista yhteistyötä pidettiin myös tärkeänä mietittäessä asiakaslähtöisyyttä vuorovaikutuksen luomisessa.

*"...voi olla ettei oo minkäänlaista vuorovaikutusta..."*

*" se (vuorovaikutus) voi olla aika haastavaa välillä.."*

*" ...paljon asiakkaasta kii et pitää lukea sitä tilannetta aika herkällä korvalla..."*

*"..ei...kohdata toisiamme jos toinen on täysin muistamaton, sekava..."*

*" Se kuulo on huomattu myös yks asia et asiakkaat ei välttämättä kuule...niin miten silloin saadaan sellainen vuorovaikutus toimimaan."*

Toiseksi alaluokaksi muodostui kehittämistarpeina "Vuorovaikutukseen liittyvät monikulttuuriset haasteet". Eritoten vuorovaikutuksellisena haasteena pidettiin kielitaidottomuutta, maahanmuuttajataustaisen asiakkaan ja hänen läheisten väestökielen osaamattomuutta pidettiin kommunikaation haastetekijänä. Haasteena pidettiin etenkin monikulttuurisia eroja asiakkaiden vuorokausirytmeissä ja sitä, kuinka niitä voitaisiin yhdenmukaistaa sopimaan paremmin kotiutustiimin aikatauluresursseihin.

*"Kieliongelmia on meillä jonkin verran, kun meillä on maahanmuuttaja-asiakkaita"*

*"...eivät osaa... välttämättä suomen kieltä eikä oo omaista, joka osais suomenkieltä... siinä voi tulla niitä haasteita siinä kommunikaatiossa..."*

*"Maahamuuttajat voivat olla...sellaisia yöeläjiä esimerkiksi et ne haluis nukkuu päivät...et me saadaan se vuorovaikutus niitten kans toimimaan niin..."*

## 6.2. Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen

| Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka |
|---|---|---|
| Asiakkaiden puutteellinen hoito hoitovälineiden puuttuessa ei täytä hoitotavoitetta. | Hoitovälineiden monipuolistaminen hyvän hoidon toteutumiseksi | Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen |

| | | |
|---|---|---|
| Asiakastarpeiden täyttymisen edellytyksenä hoitotarvikkeiden riittävä määrä | | |
| hoitotyötä vaikeuttavat tekijät | | |
| | Asiakaslähtöisten asiakkaan tarpeiden kartoittamiseen liittyvät haasteet | |
| Asiakkaan avuntarpeeseen vastaamisen vaikeus | | |
| Tasavertainen kohtelu samoilla asiakasryhmillä | | |
| Asiakkaiden palvelun parantaminen | | |
| Oikea-aikainen vastaaminen asiakkaiden tarpeisiin | | |

Kuvio 6: Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittämisen alaluokat ja pelkistykset.

Toiseksi yläluokaksi muodostui ”Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen”. Sen kahdeksi alaluokaksi muodostuivat ”Hoitovälineiden monipuolistaminen hyvän hoidon toteutumiseksi” ja ”Asiakaslähtöisten asiakkaan tarpeiden kartoittamiseen liittyvät haasteet” (kuvio 6).

Kehittämistarpeita koettiin ensimmäisessä alaluokassa hoitovälineiden monipuolistamisessa, jotta asiakkaan kotiin mentäessä hyvä hoito toteutuisi. Tällä hetkellä hoitovälineiden hankinta koettiin suurelta osin asiakkaan hartioille jätetyksi.

*“Yks mikä meidän...työtä hankaloittaa on se...esimerkiksi että hoitotuotteet, jotka ei oo välttämättä täällä saatavilla...asiakkaiden pitäis ite hankkia ne hoitotarvikkeet...”*

*“..jos niil (asiakkailla) ei välttämättä oo sitä (hoitotuotetta) ni sillonhan se käynti ei välttämättä vastaa sitä asiakkaan tavoitetta...”*

Toisessa alaluokassa “Asiakaslähtöisten asiakkaan tarpeiden kartoittamisen kehittäminen” kehittämisen varaa nähtiin yksilöllisten tarpeiden huomioinnissa ja vuorovaikutuksen moninaisten sävyjen tulkinnassa. Yksi tärkeänä pidetty kehittämistarve oli se, että pystyttäisiin parantamaan asiakkaiden tarpeisiin vastaamista oikea-aikaisemmaksi. Tästä voitaisiin päätellä, että “sujuvoittamalla” moniammatillista yhteistyötä, asiakkaiden palvelua pystyttäisiin parantamaan.

*“...miten hän lähtee kertomaan sitä omaa tarinaansa ni tavallaa siitä pitää napata sitä vihjettä millä lähestymistavalla kenenkin kanssa voidaan aloittaa..”*

*“Se että kun ollaan ihmisten kotona pitää viel enemmän miettiä sitä heidän lähtökohdistaan...”*

*“...silloin se avuntarve ei kohtaa, että voi olla että se tarvis vaikka neljä kertaa päivässä sen perushoidon..”*

*“...ehkä se ois tämmönen tiimintoimintaa ajatellen... tässä tiimityöskentelijänä... sujuvoittavaa...sitä kautta asiakkaita paremmin palvelevaa..., jos voitais moniin tarpeisiin vastata ikään kuin vähän sujuvammin vielä…”*

## 6.3. Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen

| Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka |
|---|---|---|
| Asiakasohjaustiimi ja yhteistyökumppaneiden rooli kotiin toteuttavassa hoidossa | Kotiutustiimin toiminnan tunnettavuutta lisäävät tekijät | Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen |
| Kotiutustiimin toiminta osaltaan tuntematonta | | |
| Kotiutustiimi nimenä aiheuttaa väärinymmärrystä | | |
| | Tiedonvälityksen keinot asiakkaalle | |
| Asiakkaan odotukset | | |
| Tiedon välityksen kulku asiakkaalle | | |

| | | |
|---|---|---|
| Asiakkaan osallistaminen ja tiedonsaanti hoitoonsa liittyvistä erilaisista palveluista | | |
| | Sairaalan ja kotiutustiimin tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät | |
| Osaston tiedonvälityksen kehittäminen yhteydenottotilanteessa | | |
| Tiedonvälityksen haasteet sairaalan ja kotiutustiimin välillä | | |
| Kotiutustiimin sisäisten toimintojen ohjeistus tukipalveluiden aloittamisessa. | | |
| Asiakkaan virheellinen ohjeistaminen jatkosuunnitelmasta siirtymävaiheessa | | |

Kuvio 7: Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittämisen alaluokat ja pelkistykset.

Kolmanneksi yläluokaksi muodostui ”Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen”. Kehittämistarpeiksi luokiteltiin kolmena alaluokkana ”Kotiutustiimin toiminnan tunnettavuutta lisäävät tekijät”, ”Tiedonvälityksen keinot asiakkaalle” sekä ”Sairaalan ja kotiutustiimin tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät” (kuvio 7).

Selkeytystä toivottiin asiakasohjaustiimin ja yhteistyökumppaneiden rooliin kotona toteutettavassa hoidossa. Kehittämistarvetta koettiin olevan myös siinä, että kotiutustiimin toiminta saattoi olla osaltaan tuntematonta asiakkaille. Esimerkiksi kotiutustiimi nimenä saattoi aiheuttaa väärinymmärrystä asiakkaille.

*“2018 kyllä jää semmosena vuonna, että on asiakasohjaustiimi ja meidän yhteistyökumppanit liittyen tähän kotiin toteutettavaan hoitoon... se on sellainen paikka mis tarvii selkeytystä hirveesti.”*

*“...ilman että sitä asiakasta on ilmoitettu meidän tiimin asiakkaaksi.”*

*“Meidän asiakkaat yleensä... monesti odottaa et sielt tulee joku tiimi, mutta ei...”*

Kehityskohteena nähtiin tiedonkulun kulkeminen asiakkaille, sillä asiakkaan odotukset saamistaan palveluista saattoi olla epärealistiset. Parannusta toivottiin asiakkaan osallistamisessa ja tiedonsaannissa hoitoonsa liittyvistä erilaisista palveluista.

*“...sitte semmone asiakas, joka tiukasti olis halunu luonnonmukaista hoitoa ja hierontaa...”*

*“ Ihan siinä ku ensikäynnille mennään... niin sen mukaan sit kerrotaan erilaisista palveluista.”*

Kehittämistarpeena nähtiin myös sairaalan ja kotiutustiimin välillä olevassa tiedonkulun parantamisessa. Yhtenä kehittämisen kohteena koettiin sairaalaosaston tiedonvälityksen kehittäminen yhteydenottotilanteessa. Aineistossa ilmeni, että asiakasta saatettiin ohjeistaa virheellisesti jatkosuunnitelman suhteen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin. Parantamisen varaa koettiin myös kotiutustiimin sisäisten toimintojen ohjeistuksessa esimerkiksi tukipalveluiden aloittamisen suhteen. Lisäksi haastattelussa ilmeni, että kotiutustiimin sisäisistä toiminnoista puuttui yhteinen ohjeistus.

*“...et osastolta tietää, mihin he ottaa yhteyttä...”*

*“Joskus on myös käynyt sillä tavalla että asiakkaalle on annettu sairaalasta meidän yhteystiedot...”*

*“...nyt kun asiakasohjaustiimi on tässä mukana tämmösenä arvioivana tahona, nii esimerkiks meidän tukipalveluiden alotukset ni niihin tarvis sellasta sapluunaa meidän tiimin sisäisiin toimintoihin. “*

*“...Asiakas soittaa kotoaan itse meille, että minä sain tällaisen puhelinnumeron, johon minä voin nyt soittaa, että minä tarvitsisin täällä kotona apua...”*

## 6.4. Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä

| Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka |
|---|---|---|
| Asiakkaan palauttaminen sairaalaan palveluiden järjestämisen ajaksi | Yhteistyön parantaminen kotiutustiimin ja sairaalan välillä | Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä |
| Asiakkaan hoidontarve ei kohtaa kotiutustiimin palveluresursseja | | |
| Asiakkaiden kohdistus oikealle terveydenhuollon taholle | | |

Kuvio 8: Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä alaluokka ja pelkistykset.

Neljänneksi yläluokaksi muodostui ”Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä” (kuvio 8), jonka yhdeksi alaluokaksi muodostui ”Yhteistyön parantaminen kotiutustiimin ja sairaalan välillä”.

Haastattelussa ilmeni, että jonkin verran kehittämisen varaa oli asiakkaiden kohdistamisella juuri oikealle terveydenhuollon taholle oikeaan aikaan, sillä asiakkaan hoidontarve ei aina kohdannut kotiutustiimin palveluresursseja. Lisäksi parannusta toivottiin tilanteisiin, joissa asiakas jouduttiin palauttamaan takaisin sairaalaan, koska esimerkiksi tarvittavat tukipalvelut eivät olleet riittävät tai niitä ei oltu ehditty järjestämään ennen asiakkaan kotiutumista.

*“...sellaisessa tilanteessa joudutaan palauttaa sairaalaan se asiakas, että saadaan järjestettyä se kotihoito.”*

*“...sillo tarvitaan myöskin yökotihoito.”*

*“...on joskus sattuman kauppaa, et minkälainen asiakas me saadaan osastolta...”*

*“...joskus se voi olla se asiakkaan avuntarve niin suuri vaikkapa että me ei pystytä siihen vastaamaan...”*

*"...voidaan ohjeistaa osastoa et ohjatkaa asiakasta että hän tai omaiset hakevat apuvälineitä pyörätuolia, rollaattoria, wc-pöntön korotusta ni ohjataan osastoa että ohjatkaa asiakasta kotiutumaan apuvälinelainaamon kautta..."*

## 6.5. Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin

<table>
<tr><th>Pelkistys</th><th>Alaluokka</th><th>Yläluokka</th></tr>
<tr><td></td><td rowspan="4">Ennaltaehkäisevät asiakkaan kotona pärjäämistä tukevat tekijät</td><td rowspan="4">Ennaltaehkäisevä hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin</td></tr>
<tr><td>Pitkän sairaalajakson jälkeiset kotiuttavat kotikäynnit sairaalasta.</td></tr>
<tr><td>Asiakkaan pärjäämättömyyden havainnointi etukäteen.<br><br>Asiakkaan orientoitumisaika kotiutuessa kotiin</td></tr>
<tr><td>Asiakkaan kotona selviytymisen koekartoitus käytännössä.</td></tr>
</table>

Kuvio 9: Ennaltaehkäisevä hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin alaluokka ja pelkistykset.

Viidenneksi yläluokaksi muodostui "Ennaltaehkäisevä hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin" (kuvio 9). Kehittämisen tarpeeksi luokiteltiin yhtenä alaluokkana "Ennaltaehkäisevät asiakkaan kotona pärjäämistä tukevat tekijät". Kehitystä toivottiin sairaalasta tehtyihin kotiuttaviin kotikäyntien tekemisen toteutumiseen pitkän sairaala jakson jälkeen, jotta asiakkaiden kotona pärjäämättömyyden mahdollisuutta pystyttäisiin havainnoimaan etukäteen käytännössä. Haastattelussa ilmeni myös toive siitä, että siirtymävaiheessa

sairaalasta kotiin asiakkaalla olisi riittävästi aikaa orientoitua kotiin, ennen kuin kotiutustiimi aloittaa arvioinnin asiakkaan pärjäämisestä kotona.

*"...usein pyydetään, jos on liikuntakyvyt ja toimintakyky tavallaan pikkuse epäselvää, miten siellä kotona pärjätään, ni toivottais osastoilta et he tekisivät enemmän tällaisia kotiuttavia kotikäyntejä, että fysioterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa tultas sinne kotiin..."*

*"…et tavallaa pyydetty meidät siihen varmistamaan siihen että se varmasti sujuu.."*

*"...sit ois vielä mahdollisuus palata sinne osastolle, jos näyttää ettei onnistu..."*

*"Toivotaa sitä, että kun kotiutuu sairaalasta, että hän ehtis olla jonkun aikaa siinä kotona orientoituu niihin kodin seiniin..."*

# 7. Pohdinta

## 7.1. Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimus- ja kehittämistoiminta kehittää työelämää ja opinnäytetyöprosessissa kohdataan erilaisia ajatuksia ja kysymyksiä, jotka tarvitsevat eettistä pohdintaa (Laurea LINK). Nämä pohdinnat tuovat työlle pohjaa ja ovat merkittäviä tutkimuksen sekä opinnäytetöiden tekemisessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Tutkimusetiikassa on olennaista se, miten tehdään eettisesti hyvää sekä luotettavaa tutkimusta ja hyvä tutkimus on eettisesti kestävä. Eettinen kestävyys on luotettavuuden toinen puoli ja se koskee myös laatua. Laadullinen tutkimus ei kuitenkaan aina ole laadukasta, joten tutkijan on kiinnitettävä huomiota siihen, että valittu tutkimus on aseteltu sopivaksi ja raportointi on huolellisesti tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149.) Ennen aineistonkeruun aloittamista, tutkimustyölle on hankittava asianmukaiset luvat, mikä edellyttää jo suunnitteluvaiheessa neuvottelua käytännön järjestelyistä organisaation kanssa, jossa aineistonkeruu aiotaan toteuttaa. Hyvässä tutkimuksessa tutkija on eettisesti sitoutunut työhönsä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149 ; Kylmä & Juvakka 2007, 71.)

Opinnäytetyöntekijät sitoutuivat eettisesti tähän tutkimukseen tarkastellen luotettavuutta ja eettisiä näkökulmia työn eri vaiheissa, jotta saatiin luotettavaa pohjaa koko tutkimukselle viitaten Kylmän ja Juvakan mietintöihin (Kylmä & Juvakka 2007) tutkimusetiikasta. Raportointi tehtiin rehellisesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen, kuten hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyöprosessin aikana laadullisen

kirjallisuuden lukemisella ja ohjaukseen hakeutumisella voitiin varmistaa, että opinnäytetyö prosessi eteni asianmukaisesti ja että tutkimuksen tutkimusasetelma sekä työn kirjallinen osuus saatiin vastaamaan varmasti tavoitettaan. Työelämäkumppaniin oltiin myös yhteydessä pitäen tätä ajan tasalla opinnäytetyön ja tutkimuksen kulusta, joka oli eettisestä näkökulmasta merkitsevää.

Opinnäytetyösuunnitelman tekemisen jälkeen ennen tutkimuksen aineistonkeruun aloitusta haettiin asianmukainen tutkimuslupa Helsingin kaupungilta, mikä myönnettiin. Tutkimusluvan hakemisella vastattiin siihen, että prosessi oli lupien mukainen. Tässä opinnäytetyössä tutkimuslupaan sitoutuminen tarkoitti käytännössä sitä, että haastattelussa saamia tietoja suojattiin varmistamalla, että kaikki tiedot käsiteltiin ja esitettiin joka opinnäytetyön vaiheessa niin, että yksilökohtaiset tiedot eivät paljastuneet osallistujien anonymiteetin säilyttämiseksi. Vaitiolovelvollisuutta kunnioitettiin ja opinnäytetyön tekijät pitivät vain omassa hallussaan asiakastyytyväisyyslomakkeet, tutkimusaineiston ja muut kotiutustiimiltä saadut kirjalliset materiaalit.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa, että tutkimusetiikassa noudatetaan ja edistetään eettisesti vastuullisia ja oikeita toimintatapoja tutkimustoiminnassa sekä tunnistetaan ja torjutaan tieteeseen kohdistuvia loukkauksia ja epärehellisyyttä kaikilla tieteenaloilla. Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus ovat keskenään erottamattomat. Kun tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä, se tuo uskottavuutta tutkimukselle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka soveltuivat tieteellisen tutkimuksen kriteereihin. Opinnäytetyön tekijät olivat tieteellisen tiedon luonteen tavoin avoimia ja vastuullisia esitellessään omia tutkimuksen tuloksia. Muiden tutkijoiden töitä kunnioitettiin alkuperäisiin lähteisiin sekä tutkijoihin viittaamalla selkeästi lähdeviittein.

Opinnäytetyön teoreettisessa tiedonhankinnassa käytettiin vain näyttöön perustuvaa, luotettavaa tietoa; aihepiiristä tehtyjä ajankohtaisia tutkimuksia ja kirjallisuutta, perustuen Tuomi & Sarajärven viittaamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150). Tutkimukset ja teoreettinen osuus olivat peräisin erilaisista artikkeleista, kirjoista, pro graduista ja väitöskirjoista. Yhtä lähdettä vuodelta 2003 lukuun ottamatta,

opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman ajantasaista tietoa maksimissaan noin 10 vuotta vanhaa eli vuodelta 2008 peräisin olevia lähteitä. Luvussa, jossa tarkasteltiin menetelmällisiä valintoja, käytettiin myös vanhempaa tietoa.

## 7.2. Opinnäytetyön luotettavuus

Teoriaan liittyvässä tiedonhaussa, josta kerrotaan tarkemmin luvussa 5.0, käytettiin monipuolisesti erilaisia tietokantoja lyhennetyin hakusanoin sekä synonyymein, jotta saatiin monipuolisempaa otantaa lisäten työlle luotettavuutta. Malmin kotiutustiimin kirjallista materiaalia saatiin käyttää yhtenä lähteenä opinnäytetyössä, mikä toi luotettavuutta teoreettiseen osuuteen Malmin kotiutustiimin aiheen puitteissa. Työssä käytettiin neljää englanninkielistä lähdettä ja opinnäytetyöntekijät suomensivat itsenäisesti tekstiä käyttäen apuna Laurean Mot-kielikonetta. Luotettavuuden osalta on otettava huomioon, että käännöksissä saattoi mahdollisesti tulla pieniä tulkintavirheitä.

Hoitotyöntekijä voi osallistua hoito- tai muuhun terveystieteelliseen tutkimukseen, hän voi tehdä itse tutkimusta tai olla tutkimuksen kohteena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 361). Haastateltavilla on oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan ja kuulla tutkimuksestamme ennen aineistonkeruuta. Heillä on myös oikeus keskeyttää tutkimus ja saada tutkimustuloksista tietoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.) Hyvä saatekirje edellyttää tutkimustieteellisesti haastatteluun osallistujien tietävän riittävästi mitä tutkimus pitää sisällään. Saatekirje on myös osa tutkimusta ja sen arviointia, jonka tarkoituksena on perustella tutkimuksen tärkeyttä ja motivoida osallistujia tutkimukseen. Haastattelupyynnön saatuaan, potentiaalinen osallistuja arvioi tutkimusta ja päättää, osallistuuko tutkimukseen. (Vilkka 2015, 189-190.)

Saatekirjeiden tavoitettavuudessa kuitenkin ilmeni ongelmia siten, että osa valituista haastateltavista eivät olleet saaneet saatekirjettä. Syynä tähän oli ollut äkilliset poissaolot henkilökunnassa, jolloin lyhyellä varoitusajalla oli pyydetty haastatteluun toisia kokeneita sairaanhoitajia. Haastateltavat perehdytettiin haastattelun alussa tutkimuksen sisältöön ja kerrottiin tutkimukseen osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen sekä tutkimukseen osallistumisen sai peruuttaa missä vaiheessa vain tutkimusta. Saatekirjeiden lisäksi tuotiin suullisesti esille se, että

haastatteluaineistoa käsiteltiin täysin anonyymisti eikä haastatteluun osallistujia tällöin pystytty tunnistamaan.

Haastateltavat olivat motivoituneita haastatteluun, vaikka tekivätkin päätöksen osallistua haastatteluun lyhyellä varoitusajalla. Haastattelussa oltaisiin voitu saada vielä syvempää tutkimusaineistoa, jos kaikki haastateltavat olisivat olleet perehtyneitä jo entuudestaan tutkimukseen ja sen tarkoitukseen. Tämä saattoi siten tietyltä osin vaikuttaa sekä tutkimuksen luotettavuuteen että eettisyyteen toimintatavoissa. Luotettavuutta kuitenkin lisäsi se, että tutkimusaineistoa tuli kattavasti tutkimuksen tarkoitukseen nähden.

Teemahaastattelun äänittämisen jälkeen ääninauhuria kuunneltiin vain opinnäytetyöntekijöiden kesken ja nauhoite hävitettiin opinnäytetyöntekijöiden toimesta osastonhoitajan kanssa erikseen sovitulla tavalla perustuen yhtenäiseen luottamukseen. Haastatteluaineistoa pidettiin vain opinnäytetyöntekijöiden hallussa. Opinnäytetyön tultua valmiiksi työelämätaholle palautettiin lainatut kirjalliset materiaalit. Näin haastateltavien anonymiteettiä kunnioitettiin läpi työn.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden eli reliabiliteetin pohtimisella tarkoitetaan sitä, kuinka totuudenmukaisesti tietoa on pystytty tutkimuksella tuottamaan. Silloin kun tutkimuksen tutkittava kohde ja siitä saatu tulkittu tutkimusaineisto sopivat keskenään, voidaan sanoa tutkimuksen olevan luotettava. Tällöin tutkija ei ole antanut epäolennaisten tai satunnaisten tekijöiden vaikuttaa teorianmuodostukseen. Keskeistä on tutkijan käsitteellistäminen ja se, kuinka yhteensopivat ovat tutkijan tekemät tulkinnat tutkittavien käsitysten kanssa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tutkimuksen toteuttamista ja tutkimuksen luotettavuutta ei voida erottaa toisistaan, sillä arviointia tapahtuu koko tutkimuksen ajan. Luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, jonka tulee arvioida luotettavuutta kaikkien tutkimukseensa liittyvien tekemiensä tekojen, valintojen ja ratkaisujen suhteen. Toisin sanoen luotettavuuden arviointia tehdään, kun muodostetaan teoriaa, analyysitapaa sekä silloin kun tutkimusta toteutetaan ja tulkitaan, sekä tehdään johtopäätöksiä. (Vilkka 2015, 196)

Tutkijan tulee pystyä perustelemaan tekemiään valintojansa monipuolisesti tarkastellen niitä eri näkökulmista. Tutkimustekstissä tulisi ilmetä; "*mistä* valintojen joukosta valinta on tehty, *mitä* nämä ratkaisut ovat olleet ja miten tutkija on lopullisiin ratkaisuihinsa päätynyt". Lisäksi tutkijan tulee arvioida, kuinka hänen

tekemät ratkaisut toimivat tutkimuksen tavoitteiden kannalta. (Vilkka 2015, 196-197.)

Opinnäytetyöntekijät sitoutuivat luotettavuuden tarkasteluun työn eri vaiheissa. Luotettavuutta tuki tarkka kuvaus opinnäytetyön toteutuksesta ja kontekstisidonnaisuudesta eli niistä tekijöistä, jotka saattoivat vaikuttaa tutkimusaineiston luotettavuuteen. Tutkimusaineiston luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi kuuntelemassa nauhoitetta. Alkuperäisilmaisujen kuunteleminen nauhoitteelta oli välillä hieman epäselvää, mikä jätti lauseille ja niiden merkityksille hieman enemmän tulkinnanvaraa saattaen vähentää samalla hieman tutkimusaineiston luotettavuutta. Luotettavuutta kuitenkin lisäsi kattava haastatteluaineiston määrä vastaten luotettavasti tutkimuksen tarkoitukseen.

Sisällönanalyysin luotettavuutta arvioitiin monipuolisesti. Raportointi tehtiin rehellisesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen, kuten hyvään tieteelliseen käytäntöön kuului. Lisäksi opinnäytetyön tulosten uskottavuus perustui Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012) ohjeisiin hyvistä tutkimuskäytännöistä. Luotettavuutta lisäsi se, että työ toteutettiin suunnitellulla tavalla pääpiirteittäin.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen sekä sen tulosten uskottavuutta nostamalla uskottavuus tutkimuksesta esille. Uskottavuuden vahvistamiseksi tutkimuksessa voidaan käyttää mm. triangulaatiota. (Kylmä & Juvakka 2007,128.) Tässä opinnäytetyössä uskottavuus näkyi aineistotriangulaationa, jossa tutkittiin ilmiötä eli tässä tutkimuksessa tutkimuskysymystä: “Miten kehittää malmin kotiutustiimin toimintaa asiakaslähtöisemmäksi?”. Tätä ilmiötä tarkasteltiin useista eri näkökulmista, sillä valitussa laadullisessa lähestymistavassa tavoiteltiin tutkimuksen kannalta mahdollisimman laajaa ja moninaista todellisuutta. Tutkimuksessa tarkasteltiin ilmiötä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta asiakkaiden näkökulmista hyödyntämällä Malmin kotiutustiimin vuoden 2018 toukokuun asiakastyytyväisyyskyselyjen tulosten yhteenvetoa. Samaa ilmiötä selvitettiin teemahaastattelun muodossa henkilökunnan näkökulmasta. Kolmanneksi tätä ilmiötä tarkasteltiin moninaisesti opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä.

Vahvistettavuus on osana koko tutkimusprosessia ja se velvoittaa tutkimusprosessin kirjoittamista niin, että toinen tutkija voi pääosin seurata prosessin etenemistä. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on osittain ongelmallinen kriteeri, koska

toinen tutkija ei välttämättä tulkitse samaa aineistoa samalla tavalla. Todellisuuksia on useita, ja se on sallittavaa laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä työssä vahvistettavuus näkyi siten, että teemahaastattelun valintakriteerit ja toteutus perusteltiin teoriaan pohjaten sekä selostettiin vaihe vaiheelta, mitä oltiin tehty. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tulokset purettiin yksityisemmästä tiedosta yleisempään tietoon, joita havainnollistettiin taulukoilla sisällönanalyysiprosessin eri vaiheissa. Vahvistettavuutta lisäsi se, että koko analyysin aikana ja etenkin lopussa varmistettiin, että eri kategoriat vastasivat tutkimuskysymykseen. Tutkimusprosessin kulkua oli pyritty kuvaamaan tapahtumajärjestyksessä, jotta lukija pysyisi prosessin kulussa mukana.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän on tunnistettava omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä ja hänen on tehtävä arviointia siitä, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Lisäksi tekijän on kuvattava omat lähtökohtansa tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä refleksiivisyys tarkoitti sitä, että opinnäytetyöntekijät ymmärsivät roolinsa tutkijoina opinnäytetyöprosessin aikana. Tutkimus pyrittiin tekemään niin, että opinnäytetyöntekijöiden mielipiteet tai aiemmat tiedot eivät vaikuttaneet tuloksiin. Toinen opinnäytetyöntekijä oli ollut ennen tutkimuksen aloitusta Malmin kotiutustiimissä työharjoittelussa, mikä olisi saattanut vaikuttaa työn luotettavuuteen. Luotettavuutta vahvistettiin siten, että opinnäytetyöntekijät kävivät keskenään vuoropuhelua tulkinnoistaan ja vältettiin omien päätelmien tekoa. Tutkimusaineistoon liittyvät valinnat oltiin tehty opinnäytetyöntekijöiden yhteisymmärryksessä kunnioittaen tutkimukseen osallistujia.

Menetelmällisen toteutuksen aikana, Kylmää & Juvakkaa mukaillen tutkijan tietoisesta roolista (Kylmä & Juvakka 2007,129), haastattelussa varmistettiin mahdollisimman objektiivinen suhtautuminen tutkittavaan ilmiöön tiedostamalla oma rooli haastattelijana teemahaastattelussa. Haastattelussa roolin ulkopuolelle jätettiin omat ennakkoluulot ja asenteet. Aineiston analysoinnissa puolestaan varmistettiin neutraalisuus noudattamalla induktiivisen sisällönanalyysin kolmivaiheista prosessia. Prosessissa käytettiin vain sanatarkasti litteroitua haastatteluaineistoa, jossa haastateltavien näkemyksiä pidettiin todellisuutena.

Siirrettävyys tulee näkyä tutkimuksessa siten, että lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä samankaltaisiin tilanteisiin. Siirrettävyyttä on mahdollista arvioida mm. silloin, kun tutkija on kuvaillut tutkimukseen osallistujia ja ympäristöä riittävän

tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Siirrettävyys näkyi tässä työssä tutkimusmenetelmän toteutuksena, työelämätahon toimintaympäristön sekä valitun kohderyhmän tarkkana kuvailuna. Työelämätahon lisäksi tämän opinnäytetyön tuloksia sekä niistä muodostuneista kehittämisehdotuksia voitaisiin hyödyntää myös työelämätahon toisessa yksikössä, Laakson kotiutustiimissä sekä yleisestikin kotiutustiimeissä ympäri Suomea. Etenkin kotiutustiimit, jotka etsivät ohjauskeinoja erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin tai tiedonvälityksen parantamiseen sairaalan ja kotiutustiimin välillä, voisivat hyödyntää näitä tuloksia.

## 7.3. Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset

Seuraavissa alaluvuissa tarkastellaan tämän opinnäytetyön viittä päätulosta pohtien, miten kotiutustiimi voisi hyötyä niistä perustuen opinnäytetyön tavoitteeseen ja tutkimuskysymykseen. Uudistettu sote-palvelujärjestelmä velvoittaa sotepalveluiden toimijoita vastaamaan paremmin ja monipuolisemmin asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin (THL 2017). Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa teemahaastatteluaineistosta kehittämistarpeita, joiden avulla voidaan päätellä kehittämisideoita asiakaslähtöisemmälle toiminnalle. Samanaikaisesti opinnäytetyöllä voitiin vastata sote-palvelujärjestelmän vaatimiin velvoitteisiin (THL 2017). Kotiutustiimin toiveena oli saada opinnäytetyöstä kehittämisehdotuksia siitä, kuinka kehittää heidän toimintaansa ja asiakaskäyntejään asiakaslähtöisemmiksi.

### 7.3.1. Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen

Teemahaastattelussa ilmeni, että asiakaskäynneillä asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa koettiin ajoittain puutteita kommunikoinnissa mm. huonokuuloisten ja muistamattomien asiakkaiden kanssa, mikä vaaransi hyviin hoidollisiin tuloksiin pääsemisen, samalla tavoin kuin Palonen tuo esille väitöskirjassaan (Palonen 2016,33) samojen vuorovaikutushaasteiden vaikuttavan myös ikääntyneiden asiakkaiden osallistamiseen omaan hoitoonsa. Lisäksi teemahaastattelussa ilmeni, että asiakaslähtöistä vuorovaikutusta asiakaskäynneillä heikensivät yhteisen kielen ja vuorokausirytmin puutteet monikulttuuristen asiakkaiden kohdalla.

Opinnäytetyöntekijät pohtivat esille tulleita vuorovaikutuksellisia haasteita lopulta pohjaten näkemyksensä Heikkisen, Saarasen, Miettisen & Vaajoen sekä Mulder, Koivulan & Kaunosen hoitotieteellisiin tutkimuksiin (Heikkinen, Saaranen, Miettinen & Vaajoki 2018; Mulder, Koivula & Kaunonen 2016). Parantaakseen ohjaustilanteita asiakaskäynneillä yksilöllisemmiksi, kotiutustiimin henkilöstön olisi hyödyllistä käydä täydennyskoulutuksia liittyen syventävään potilaanohjauskoulutukseen ja samanaikaisesti huomioimalla asiakkaiden erilaiset tarpeet. (Heikkinen ym. 2018, 28.) Lisäksi koettiin hyödylliseksi osallistuminen ”monikulttuuristen potilaiden ja heidän perheidensä hoitoon” järjestettäviin koulutuksiin. (Mulder ym. 2015, 32-33). Monikulttuurisuuteen liittyvät koulutukset lisäävät Mulder ym. mukaan hoitotyössä arvostettua kulttuuritietoisuutta hoitohenkilöstöllä. (Mulder ym. 2016, 32-33)

Monikulttuurisiin vuorovaikutuksellisiin kieliongelmiin voitaisiin vastata henkilöstöhankinnalla, viitaten edelleen Mulder ym., jolloin hankittaisiin kotiutustiimiin monikulttuuritaustaista henkilöstöä tai henkilöstöä, jolla on kokemusta ulkomailla asumisesta useamman vuoden ajalta. (Mulder ym. 2016,32-33.) Kulttuuritietoinen ja kielitaitoinen henkilöstö voisi käydä monikulttuuritaustaisilla asiakaskäynneillä muodostaen vuorovaikutuksellisen suhteen asiakkaiden kanssa, jolla varmistettaisiin asiakkaiden osallistaminen omaan hoitoonsa. Tästä huolimatta ammattitulkkien käyttöä tulisi hoitohenkilöstön osata hyödyntää. Asiakkaan perheenjäsenten käyttäminen tulkkina ei ole sairaanhoitopiirin mukaan sallittavaa, vaikka Mulderin ym. tutkimuksessakin paljastui, että 40% tutkimukseen osallistuneista hoitohenkilöstöstä käytti asiakkaan perheenjäseniä tulkkeina (Mulder ym. 2016,33).

*Kehittämisehdotukset:*

- *Kotiutustiimi voisi hyötyä syventävästä potilaanohjauskoulutuksesta saaden uusia ohjausmetodeja haastaviin vuorovaikutustilanteisiin.*
- *Kotiutustiimi voisi hyötyä henkilöstölle järjestettävästä monikulttuurisuuteen liittyvästä täydennyskoulutuksesta lisäten kulttuuritietoisuutta hoitohenkilöstössä.*
- *Kotiutustiimi voisi hyötyä monikulttuuritaustaisesta henkilöstöhankinnasta saaden ratkaisuja monikulttuuristen vuorovaikutustilanteiden kielellisiin haasteisiin asiakaskäynneillä.*

### 7.3.2. Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen

”Asiakaslähtöisen hoidontarpeen kartoittamisen kehittämisessä” kehittämisen tarpeiksi tuli esille hoitotarvikkeiden monipuolistaminen sekä tasavertaisuuden kehittäminen samojen asiakasryhmien välillä. Hoitotarvikkeiden niukkuus ja puutteellisuus haastateltavien mukaan esti hyvään hoidolliseen tavoitteeseen pääsemisen. Haastattelussa tuotiin ilmi tasavertaisuudesta hoitotyössä se, että yksin ollessa asiakaskäynnillä ei välttämättä tullut mieleen, miten asiakas voisi hyötyä samalla tavalla hoidostaan kuin muut samaan asiakasryhmään kuuluneet asiakkaat. Haastattelussa asiakkaan rooli selkeytyi hoitotarvikkeiden suhteen kotiin annettavassa hoidossa siten, että tällä hetkellä asiakas on vastuussa omaan hoitoonsa liittyvistä materiaalihankinnoista. Kotiutustiimillä on vähäisesti hoitotarvikkeita käytettävänä asiakaskäynnille. Toisinaan haastateltavat olivat huomanneet kotiutustiimin asiakaskäynnillä, että asiakaskäynnin tavoite ei ollut toteutunut, koska asiakkaalla ei ollut hoitoonsa tarvittavia hoitotarvikkeita kotona.

Opinnäytetyöntekijät pohtivat asiakaslähtöiseen hoidontarpeeseen vastaamista pohjautuen Kotisaaren toteamaan (Kotisaari, ym. 2012) siitä, että hoitajan ja asiakkaan pyrkimyksenä on päästä yhteisymmärrykseen asiakkaan hoidossa. Asiakasta ja hänen toiveitaan tulee kuunnella hoidon suhteen eli arvioida hoidontarve. (Kotisaari, ym. 2012, 52-53) Opinnäytetyöntekijöiden päätelmien mukaan hoidon tavoite toteutuisi hoitotarvikkeiden osalta hoitotarvikkeiden määriä lisäämällä ja monipuolistamalla kotiutustiimissä. Hoitotarvikkeiden monipuolistamisella voitaisiin ennaltaehkäistä ns. turhia kotiutustiimin asiakaskäyntejä, jolloin voitaisiin vastata paremmin asiakkaiden hoidon tarpeisiin. Näistä tarvikehankinnoista voitaisiin laskuttaa asiakkaita asiakkaan yksilöllisen hoidontarpeen mukaisesti, jolloin laskutus tehtäisiin asiakaskäyntimaksun yhteyteen asiakkaiden suostumuksella. Vähävaraisten asiakkaiden kohdalla voitaisiin konsultoida sosiaalityötä maksusitoumuksesta. Näin tuettaisiin vähävaraisten asiakkaiden yhdenvertaisuutta, syrjimättömyyttä ja potilasturvallisuutta, perustuen Potilaslain §3 (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992).

Tasavertaisuuden tulisi näkyä Erkkilää & Sarajärveä (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 38) sekä Sarajärveä ym. (Sarajärvi ym. 2011,69) mukaillen, asiakkaan osallistamisena omaan hoitoonsa, niin että häntä kuunnellaan oman terveytensä asiantuntijana. Haastattelussa tuli ajoittain esille, että tasavertaisuus muuttui sanana synonyymiksi

yksilöllisyydelle, samalla tasavertaisuuden toteutuminen eri asiakasryhmillä koettiin hieman epäselväksi. Opinnäytetyöntekijät pohdiskelivat tasavertaisuuden tärkeyttä ja sen toteutumista eri asiakasryhmillä viitaten Erkkilän & Sarajärven sekä Sarajärven, Mattilan & Rekolan (Erkkilä& Sarajärvi 2012; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011) mietteisiin tasavertaisuudesta, jota pidetään edellä mainittujen tutkijoiden mukaan tärkeänä osana ja tavoitteena kehittäessä terveydenhuollon palveluja asiakaslähtöisemmäksi. (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 38; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 69.)

Opinnäytetyöntekijät tuumivat, että hoitohenkilöstö voisi käydä tasavertaisuuteen liittyviä keskusteluja tiimipalavereissa säännöllisesti hyviksi koetuista hoitometodeista eri asiakasryhmillä, joita voitaisiin mahdollisesti hyödyntää jatkossa myös samankaltaisille asiakasryhmille. Näitä hyväksi havaittuja hoitometodeja voitaisiin listata ylös ja listasta voitaisiin luoda vähitellen ohjeistus ohjausoppaan muodossa. Ohjausopas voisi toimia yhtenä työkaluna ohjauksen tukena sekä haastavien vuorovaikutustilanteiden tukipilarina. Lisäksi oppaasta olisi hyötyä myös uuden henkilöstön ja opiskelijoiden perehdyttämisessä ohjaustyöhön.

*Kehittämisehdotukset:*

- *Hankkimalla lisää hoitotarvikkeita kotiutustiimiin, voitaisiin vastata asiakkaan tarpeisiin ja hoidon tavoitteeseen oikea-aikaisemmin samalla välttäen hoidon tavoitteen kannalta ns. turhat asiakaskäynnit.*
- *Kotiutustiimi voisi hyötyä säännöllisesti järjestettävistä tiimipalavereista, joissa pureuduttaisiin erityisesti erilaisiin asiakasryhmiin miettien yhtenäisiä hoitometodeja samankaltaisille asiakasryhmille.*
- *Henkilöstön hyväksi havaitsemista hoitometodeista eri asiakasryhmille voitaisiin luoda ohjeistus, joka toimisi kirjallisena ohjausoppaana. Opas toimisi ohjauksen ja haastavien vuorovaikutustilanteiden tukena hoitohenkilöstölle sekä uuden henkilöstön ja opiskelijoiden perehdyttämisessä ohjaustyöhön.*

### 7.3.3. Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen

”Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittämisessä” haastattelussa nousi esille se, että kotiutumisen yhteydessä sairaalasta saatettiin virheellisesti ohjata asiakasta kotiutustiimin asiakkaaksi, antamalla hänelle kotiutustiimin yhteystiedot, vaikka kotiutustiimi ei ollut tietoinen asiasta. Ongelmallisena pidettiin myös sitä, että kotiutustiimi ei tiennyt, kuinka paljon asiakasta on osallistutettu jatkosuunnitelman laadintaan. Lisäksi keskustelussa tuotiin ilmi, että kotiutustiimin

toiminta saattoi olla täysin tuntematonta asiakkaille, joka aiheutti epärealistisia odotuksia kotiutustiimin palveluiden suhteen. Haastattelussa esille tulleet puutteet tiedonvälityksessä jatkosuunnitelman suhteen ja kotiutustiimin toiminnan tuntemattomuus asiakkaalle eivät tue toimivaa, asiakaslähtöistä palvelukokonaisuutta sekä hoidon jatkuvuutta kotona. (Kuokkanen 2017, 7-8; Pitkälä 2017, 2432; Erkkilä & Sarajärvi 2012, 39).

Haastattelussa selvisi kotiutustiimin olevan ainoastaan sairaalan raporttisoiton varassa ja tietoa ei ollut siitä, kuinka paljon sairaalassa asiakasta on kaiken kaikkiaan osallistutettu kotiutussuunnitelman laadintaan. Erkkilä & Sarajärvi viittaavat juuri asiakkaan osallistamisen tärkeydestä omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa (Erkkilä & Sarajärvi 2012, 39.). Suhosen mukaan (Suhonen 2015,270), toimivaan ja asiakaslähtöiseen palvelukokonaisuuteen vaaditaan ajantasaista ja keskeytymätöntä tiedonkulkua. Tiedonkulku voi vaikeutua, jos asiakastietojärjestelmiä on useita eivätkä eri järjestelmät ole yhteistyökumppaneiden nähtävillä.

Opinnäytetyöntekijät pohtivat esiin tulleita tiedonvälitykseen liittyviä haasteita pohjaten näkemyksensä edellä mainittuihin teorioihin ja haastatteluaineistoon. Parantaakseen tiedonvälitystä ja sitä kautta lisätäkseen kotiutustiimin tunnettavuutta, olisi hyödyllistä, jos jo sairaalassa asiakkaalle annettaisiin esimerkiksi esite kotiutustiimistä. Esite voisi sisältää yhteystiedot sekä palvelut lyhyesti kerrottuna. Samalla Palosta mukaillen (Palonen 2016), mikäli mahdollisen alentuneen kommunikaatio- ja toimintakyvyn vuoksi asiakkaan on vaikea ymmärtää ohjeita kirjallisena tai suullisena, omaisen mukaan ottaminen kotiutussuunnitelman ohjaukseen jo sairaalassa on ensiarvoisen tärkeää. Näin pyritään löytämään keinoja asiakkaan kotona pärjäämiseen ja hoidon jatkuvuuteen. (Palonen 2016, 33.) Lisäksi ammattilaisten tärkeää roolia etenkin muistipotilaiden palvelutarpeiden määrittelyssä pidetään ensiarvoisen tärkeänä. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

*Kehittämisehdotukset:*

- *Kotiutustiimi voisi hyötyä, että jo sairaalassa asiakkaalle annettaisiin tunnettavuuden lisäämiseksi esite, jossa olisi kotiutustiimin yhteystiedot ja palvelut lyhyesti kerrottuna.*
- *Lisäksi kotiutustiimi voisi hyötyä, jos sairaalan kanssa käytettävää yhteistä potilastietojärjestelmää hyödynnettäisiin tiedonlähteenä puhelinraportin lisäksi, asiakkaan kotiutusvaiheessa.*

### 7.3.4. Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä

Haastattelussa ”Yhteistyön kehittämisessä eri hoitotahojen välillä” kehittämistarpeita tuli myös esille. Kotiutustiimi koki asiakasohjaustiimin ja muiden yhteistyökumppaneiden roolit kotona toteuttavassa hoidossa epäselviksi. Lisäksi kehittämiskohteena nähtiin kotiutustiimin ja sairaalan välinen yhteistyö.

Haastattelussa oltiin tuotu esille, että asiakas oli jouduttu palauttamaan sairaalaan. Syynä tähän oli ollut kotiutustiimin riittämättömät resurssit, jolloin ei oltu pystytty vastaamaan asiakkaan avuntarpeeseen, vaan tilanteeseen olisi tarvittu kotihoidon asiakkuus. Tästä voitiin päätellä se, että asiakkaan kotiutumisvalmiuksia ei välttämättä oltu mietitty loppuun asti ja tästä aiheutui asiakkaalle turhaa siirtymistä eri hoitopalvelujen välillä. Samoin kuin Koponen viittaa, asiakkaiden turha siirtyminen eri tahojen välillä ei ole kustannustehokasta ja ennen kaikkea kuluttaa asiakkaan ja omaisen voimavaroja (Koponen 2003). Grönroos ja Perälä painottavatkin, että asiakkaan turvallisuuden tunnetta lisää se, kun kotiin siirtyminen on suunniteltu ajoissa ja asiakkaan näkemyksiä on kuunneltu ja otettu huomioon myös hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tämä lisää myös asiakkaan kokemusta siitä, että hänen hyvinvoinnistaan huolehditaan. (Grönroos & Perälä 2006, 29.) THL ja Rantanen lisäksi painottavat sosiaalisen tuen merkityksestä asiakkaalle kotiutumisen yhteydessä (Koponen 2003, 15-16; THL 2018; Rantanen 2009,44).

Nykypäivänä kotiuttaminen vaatii entistä enemmän yhteistyötä eri toimijoiden välillä, jotta asiakkaan kotiutus tapahtuisi oikea-aikaisesti. Sairaalat pyrkivät nopealla kotiuttamisella tehokkuuteen ja kunnat ovat vähitellen vähentäneet laitoshoitoa, jolloin hoito siirtyy enenevässä määrin kotiin. (Muurinen, Vesa & Hupli 2016, 7.) Näiden näkemysten pohjalta opinnäytetyöntekijät päättelivät, että moniammatillista yhteistyötä ja tiedonvälitystä sairaalan ja kotiutustiimin sekä esimerkiksi asiakasohjaustiimin välillä voitaisiin edistää säännöllisesti järjestettävillä moniammatillisilla työryhmillä. Kuten Heikkinen viittaa moniammatillisesta yhteistyöstä; laadukasta asiakasohjausta ja yhteisiä toimintamalleja sekä mahdollisia haasteita tiedonkulun ja yhteistyön suhteen voitaisiin moniammatillisena tiiminä pohtia yhdessä paremmin ja keksimällä yhtenäisiä ratkaisuja. (Heikkinen, ym. 2018, 29-30.)

*Kehittämisehdotukset:*

- *Kotiutustiimi voisi hyötyä moniammatillisista työryhmistä samalla lisäten yhteistyötä eri toimijoiden välillä.*
- *Moniammattillisena työryhmänä voitaisiin yhdessä paremmin pohtia yhtenäisiä ratkaisuja laadukkaaseen asiakasohjaukseen, yhteisiin toimintamalleihin sekä vähentää mahdollisia haasteita tiedonkulun ja yhteistyön suhteen.*

### 7.3.5. Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin

"Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittämisessä siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin" haastattelussa ilmeni toive, että asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotiin, sairaalan fysioterapeutti ja toimintaterapeutti tekisivät kotiuttavia kotikäyntejä osastolta käsin. Tästä hyötyisivät etenkin asiakkaat, joilla on pitkä sairaalajakso takana sekä liikunta- ja toimintakyky ovat vielä hieman epäselviä. Haastattelussa tuli lisäksi esille toiveita sairaalasta käsin tehtävistä kotisaatoista, ennakoivista kotiuttavista kotikäynneistä sekä kotiutustiimin ensikäynnin ajankohdasta.

Kotiutustiimin ensikäynnin ajankohta olisi haastattelua mukaillen oikea-aikaisinta siinä vaiheessa, kun asiakas olisi ehtinyt orientoitua kotiympäristöönsä ja asiakkaalle olisi muodostunut käsitys omasta pärjäämisestään kotona. Sairaalan tekemillä ennakoivilla kotikäynneillä taas voitaisiin arvioida käytännönläheisesti asiakkaan kotona pärjäämistä etukäteen. Opinnäytetyöntekijät pohtivat, että ennakoivien kotikäyntien jälkeen asiakas voitaisiin vielä palauttaa osastolle tarpeen vaatiessa, mikäli arvioidaan kotiuttamisen olevan vielä liian aikaista. Järvelää viitaten (Järvelä 2008, 20-21), jonka mukaan kotiuttaminen on asiakaslähtöistä, sujuvaa ja turvallista silloin, jos sillä vältetään turhat hoitojaksot sairaalassa.

Kotiutustiimin tehtävänä on turvata asiakkaan hoidon jatkuvuus kotiinpaluun jälkeen. Lisäksi tehokas ja toimiva kotiutustiimi voi saada toiminnallaan aikaan säästöä siten, että asiakkaat ovat vain oikean ajan juuri heille tarkoitetussa hoitopaikassa ja kykenevät kotiutumaan, kun heidän vointinsa sen sallii. On asiakkaan edunmukaista, että kotiutukseen on entistä enemmän aikaa, jolloin sairaalasta kotiutuminen voi tapahtua turvallisesti. (Järvelä 2008, 20-21) Opinnäytetyöntekijät tuumivat, että kotiutustiimin osallistuminen arvioivalle kotikäynnille voisi lisätä asiakkaan kotiuttamisen asiakaslähtöisyyttä ja sujuvuutta. Sairaala ja kotiutustiimi voisivat samalla kertaa yhdessä asiakkaan kanssa miettiä asiakkaan kotiutumismahdollisuuksia, viitaten Järvelään (Järvelä 2008).

Haastattelussa tuli esille myös, että kotiutustiimin toiminnassa olisi tarpeellista olla enemmän eri ammattiryhmiä, jolloin konsultoinnin sijasta, asiakkaan hoidon tarpeisiin pystyttäisiin kotiutustiimin toiminta-ajatuksen mukaisesti vastaamaan oikea-aikaisemmin. (kotiutustiiminmateriaalit 2017). Opinnäytetyöntekijät päättelivät tuohon ongelmaan ratkaisuksi hoitohenkilöstöhankinnan. Tällöin saataisiin kotiutustiimille lääkäri, joka voisi arvioida asiakkaiden tilanteita lääketieteellisestä näkökulmasta. Tällöin kaikki tieto ei olisi vain sairaanhoitajan tulkinnan varassa. Samalla myös sosiaalityöntekijä tiimissä toisi työhön joustavuutta lisää käsittelemällä sosiaalityöhön liittyviä asioita asiakkaiden kanssa.

Opinnäytetyöntekijöiden mielestä kotiutustiimi voisi hyötyä suuresti moniammatillisesta ja monialaisesta yhteistyöstä, jota eräiden artikkeleiden mukaan kuvataan prosessina (Hesjedal, Hetland, Iversen 2015; Roncaglia 2016). Tässä prosessissa asiakkaan tarpeet jaetaan yhteisiin tavoitteisiin, joita eri ammattiryhmät selvittävät yhdessä jakaen vastuut ja päätökset yhteisesti mietittyyn johtopäätökseen saakka (Hesjedal ym. 2015, 437-445; Roncaglia 2016).

*Kehittämisehdotukset:*

- *Kotiutustiimi hyötyisi suuresti moniammatillisesta ja monialaisesta yhteistyöstä, jotta vältettäisiin turhat hoitojaksot sairaalassa.*
- *Asiakkaan hoidon tarpeeseen voitaisiin vastata vielä enemmän oikea-aikaisemmin ja sujuvammin hankkimalla konsultoinnin rinnalle hoitohenkilöstöön yksi lääkäri ja sosiaalityöntekijä.*

### 7.3.6. Työelämäedustajan ja henkilökunnan palaute kehittämisehdotuksista

Opinnäytetyö esitettiin Malmin kotiutustiimissä vuoden 2019 tammikuun lopulla. Esittelyn jälkeen talteen kerättiin osastonhoitajan palaute yhteistyöstä ja henkilökunnalta palautekyselyt (liite 4.) koskien opinnäytetyöstä esiin tulleita kehittämisehdotuksia. Henkilökunnan mielestä kehittämisehdotukset olivat kaikkien mielestä ainakin osittain hyödynnettävissä kotiutustiimin toiminnan kehittämisessä. Etenkin monikulttuurisuuden kehittämisehdotukset koskien lisäkouluttautumista sekä monikulttuurisuuden lisäämistä henkilöstöhankinnoin hoitohenkilöstöön. Kyselyistä tuli ilmi, että etenkin venäjän sekä lisäksi viron ja arabian taitoiselle henkilöstölle voisi olla tarvetta edellyttäen, että hoitohenkilöllä olisi lisäksi hyvä suomen kielen taito.

Hoitohenkilöstö oli yhtä mieltä myös siitä, että hoidon tarpeeseen vastaaminen parantuisi asiakaskäynneillä, jos Malmin kotiutustiimissä olisi jo valmiiksi tarpeen mukaisesti hoitotarvikkeita. Tämä koettiin olevan eritoten hyvä asia mietittäessä mm. vähävaraisia ja liikuntakyvyttömiä asiakkaita. Mainittiin myös, että työaikaa säästettäisiin, kun ei tarvitsisi hakea hoitotarvikkeita muualta. Todettiin myös, että kotiuttavan osaston tulisi huolehtia tarvikkeista kotiutumisen yhteydessä. Kuitenkin tutkimuksen haastattelussa oli tullut ilmi toisin, että tarvikkeiden hankkiminen olisi asiakkaan vastuulla, tätäkin voitaisiin opinnäytetyöntekijöiden mielestä selkeyttää järjestämällä moniammatillisia palavereja yhteistyötahojen kanssa. Useat totesivat myös sen, että yhtenäistä potilastietojärjestelmää voitaisiin hyödyntää paremmin sairaalan ja kotiutustiimin välisessä tiedonkulussa, kun asiakas kotiutuu. Hoitohenkilöstö uskoi kuitenkin, tämän asian jo olevan tulossa potilastietojärjestelmä Apotin myötä.

Hoitohenkilöstö koki, että sairaalassa annettava esite kotiutustiimin toiminnasta selventäisi asiakkaalle etukäteen kotiutustiimin toimenkuvaa ja vähentäisi epärealistisia odotuksia kotiutustiimin palveluista. Hyvänä kehittämisehdotuksena mainittiin myös se, että sairaalan osastot saisivat samalla myös selkeät ja monipuoliset tiedot kotiutustiimin toiminnasta. Hoitohenkilöstö koki moniammatillisen yhteistyön tiivistämisen yhteisillä palavereilla selventävän kunkin yhteistyötahojen rooleja, mainiten toisten työn ymmärtämisen auttavan hahmottamaan koko hoitoketjua. Toisaalta huomioitiin toiveena palavereiden pitämisessä se, että osittain työnantajankin pitäisi puoltaa enemmän työajankäyttöä tähän.

Kehittämisehdotuksista koettiin toteutuskelpoisiksi kotiutustiimissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta: kotiutustiimin toiminnasta saatava asiakasesite, hoitotarvikkeiden saatavuuden parantuminen, jolla parannettaisiin hoidon laatua, tulevan kotiutustiimin ja kotiuttavan tahon tiedonvälityksen ja yhteistyön hyödyntämistä moniammatillisina palavereina. Yhtenä kehitysideana hoitohenkilöstöltä ilmeni, että hoidon jatkuvuus tulisi saada toimimaan niin hyvin koko hoitoprosessin läpi, että kaikkien yhteistyötahojen roolit ja työnkuvat olisivat kaikille selvät, hoidonjatkuvuus olisi ”läpinäkyvää”.

Työelämäedustaja koki opinnäytetyön hyödylliseksi. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää jatkossa henkilökunnan koulutuksen kehittämiseen ja uusien opiskelijoiden perehdytykseen opinnäytetyöstä nousseiden aiheiden pohjalta. Työelämäedustaja

koki yhteistyön hyvin toimivaksi opinnäytetyöntekijöiden kanssa ja ”tulokset olivat odotetut”.

## 7.4. Jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksiä miettiessä, tutkija tavoittelee tutkittavien asioiden merkityksiä tarkastellen niitä omasta näkökulmastaan analyysiprosessissa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113.) Asiakaslähtöisyyteen tähtäävä toiminta edellyttää jatkuvaa vuoropuhelua asiakkaiden ja omaisten kanssa. Asiakastyytyväisyyslomakkeet ovat suullisen palautteen lisäksi yksi tärkeä tapa saada tietoa asiakkaiden kokemasta hoidon laadusta. Tästä kumpusi ajatusta asiakastyytyväisyyslomakkeiden kehittämisestä.

Opinnäytetyöntekijät kokivat vuoden 2018 asiakastyytyväisyyslomakkeet hieman suppeiksi ja kysymyksissä hieman johdattelevuuttakin huomattiin. Kysymykset olivat jonkin verran suljettuja. Esimerkiksi kysymyksessä ”Olivatko kotiutustiimin hoitajien käyntien pituudet sopivat?” saatettiin odottaa saavan kuulla vastauksessa esimerkiksi joko ”olivat sopivat” tai ”eivät olleet sopivat”. Kysymällä avoimemmin: ”Mitä mieltä olit kotiutustiimin hoitajien käyntien pituudesta?” vastaajalle ei olisi tällöin annettu jo valmiiksi vaihtoehdoksi vastata sanalla ”sopiva”.

Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena on nykyisen kvantitatiivisen asiakastyytyväisyyslomakkeen kyselyn kehittäminen kvalitatiiviseksi eli laadulliseksi, jolla saataisiin mahdollisesti entistä tarkempaa ja kuvailevampaa materiaalia siitä, miten asiakkaat kokevat Malmin kotiutustiimin toiminnan ja asiakaskäyntien sisällön. Toisena vaihtoehtona avoimille kysymyksille voisi olla myös väittämät kotiutustiimin toiminnasta ja asiakaskäynneistä, kuten esimerkiksi ”Kotiutustiimin hoitajien käynnit olivat sopivia”, joihin voitaisiin vastata asteikolla 1-5 (1 täysin erimieltä - 5 täysin samaa mieltä).

Tutkimuksesta heräsi toisena jatkokehittämisehdotuksena luoda kotiutustiimin toiminnasta esite, jonka voisi antaa ensikäynnillä asiakkaalle ja samalla osastoilla ja päivystyksessä näitä voisi olla myös, jolloin tietoisuus voisi lisääntyä myös yhteistyötahoille kotiutustiimin toiminnasta. Yhteistyötahot voisivat antaa esitteen etukäteen silloin, kun raporttipuhelun päätteeksi kotiutustiimi on tehnyt päätöksen ottaa potilaan asiakkaakseen. Tutkimuksen aikana selventyi, että Malmin

kotiutustiimin toiminta on vielä aika tuntematonta asiakkaille ja esitteessä yleisesti kuvattaisiin, millaisia palveluita kotiutustiimi tarjoaa asiakkaiden yksilöisten tarpeiden mukaan, jolloin asiakas voi palata esitteeseen ensiksi silloin, kun tulee jotain askarruttavaa ja, jos tieto ei löydy sieltä niin, sitten asiakas voi soittaa viime kädessä kotiutustiimiin.

Kolmantena jatkotutkimusehdotuksena tutkimuksesta heräsi kotiutustiimin henkilöstölle tehtävä ohjeistus, jossa yhteistyökumppaneiden rooleista olisi yhtenevä ohjeistus sillä, moniammatillinen yhteistyö edellyttää hoitohenkilöstöltä organisaation tukea, avointa vuorovaikutusta, tavoitteellista toimintaa sekä muiden ammattiryhmien tiedoista, taidoista ja rooleista enemmän tietämystä. (Hesjedal ym. 2015, 437-445; Roncaglia 2016,15-23.) Tämä helpottaisi esimerkiksi kotiutustiimin valmiuksia aloittaa asiakkaalle tukipalveluiden käyttö. Tutkimuksessa ilmeni, että kotiutustiimin roolia terveyspalvelujärjestelmässä tulisi selkeyttää entisestään kotiutustiimin henkilöstön työnkuvasta vastikään tulleen asiakasohjaustiimin tultua kokonaisuuteen mukaan.

Lähteet

Painetut

Artikkelit:

Eloranta, S. Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 26(1)/2014,63-73. Viitattu 18.10.2018.

Erkkilä, T.& Sarajärvi, A. 2012. Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Pro terveys. 4/2012. 38-40.

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen- kotihoidon henkilöstön näkökulma. 3/2006, 29.

Heikkinen, T., Saaranen T., Miettinen T., Vaajoki, A. 2018. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. Tutkiva Hoitotyö 3/2018, 27-33.

Hesjedal, E., Hetland, H., Iversen, A. 2015, Interproffessional collaboration: self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. Child and Family Social work 20 (4), 437-445.

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 14-15/2015, 980.

Järvelä, J. 2008. Keravalla kotiutetaan asiakkaita aktiivisesti. Super 11/2008, 20-21.

Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva hoitotyö 1/2004, 27.

Larsson, J. 2014. Kotiuttamiseen tarvittaisiin yhteneväisemmät käytännöt. Terveys ja talous. 3/2014, 26-28.

Lämsä, R.& Mäkelä, L. 2009. “En olisi vielä kotiin lähdössä” Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Suomen lääkärilehti 33/2009, 2551, 2553-2554.

Muurinen, H., Vesa, N. & Hupli, M. 2016. Lähdössä kotiin -eväitä iäkkään onnistuneeseen kotiutumiseen. Poliklinikka 1/2016, 7.

Mulder, R., Koivula, M., Kaunonen M. 2015, Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen-pilottitutkimus. Tutkiva hoitotyö 13(1) /2015, 31-33.

Pitkälä, K. 2017. Omainen kannattaa ottaa mukaan vanhuksen kotiutukseen. Lääkärilehti 43/2017, 2432.

Roncaglia I. 2016. A practitioner's perspective of multidisciplinary teams: analysis of potential barriers and key factors for success. Psychological Thought 9(1), 15-23

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Salonpää, M., Sandvik, S., Vanninen, J. Paavilainen, E. 2011. Potilaat ja omaiset toivovat kokonaisvaltaista ohjausta. Sairaanhoitaja 8/2011, 50-53.

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskenniemi, J. & Stolt, M. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. Hoitotiede 27/2015, 259-273. Viitattu 3.1.2019.

Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto, A-M. & Åstedt-Kurki, P. 2014. läkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 4/2014, 299-309.

Kirjat:

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2011. ETENE:n (2001) terveydenhuollon yhteiset periaatteet. Hoitamalla hyvää oloa. 14. - 15. Painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hyvärinen, M., Nikander P. & Ruusuvuori J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Juujärvi, S. Myyry, L. & Pesso, K. 2011. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. 1.- 2. painos. Jyväskylä: Bookwell Oy

Kotisaari, M. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Painos 1. Porvoo: Fioca Oy.

Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 5. - 6. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8.-9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Laadullisen tutkimuksen eettisyys. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi J. ja Sarajärvi A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 11. uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Vilkka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: bookwell.

Sähköiset:

Al-Atiyyat, N. 2009. Cultural diversity and cancer pain. Journal of Hospice & Palliative Nursing 11/2009, 154-164. Viitattu 9.1.2019.
https://www.nursingcenter.com/cearticle?an=00129191-200905000-00009&Journal_ID=260877&Issue_ID=861731

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus - vaikuttavuus. Lääketieteellinen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2018
http://tampub.uta.fi/handle/10024/66403

Helsingin kaupunki. 2018. Kotihoito. Viitattu 24.9.2018.
https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3041#unitlist

Korhonen T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson E. & Korhonen A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva hoitotyö 13(1)/2015, 44-49. Viitattu 18.10.2018.
http://www.emagz.fi/reader/

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.9.2018.
https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koski, J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.9.2018.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf

Kuokkanen, K. 2017. Ikääntyneiden potilaiden kotiutuminen sairaalan päivystyspoliklinikalta potilaiden ja läheisten kokemana. Hoitotiede. Pro-gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 1.9.2018.
http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101239/GRADU-1495799023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laurea – Ammattikorkeakoulu. 2018. Ohjaus hoitotyössä -hanke. Link. Viitattu 14.9.2018.
https://laureauas.sharepoint.com/sites/linkfi/opintojenkulku/opinnaytetyo/ont-tori

Laurea - Ammattikorkeakoulu. 2017. Opinnäytetyöpohja. Link. Viitattu 12.9.2018.
https://laureauas.sharepoint.com/sites/linkfi/Dokumentit/Laurean%20opinnäytetyöohje.pdf#search=opinn%C3%A4ytety%C3%B6pohja

Mulder, R., Koivula, M. & Kaunonen M. 2015, Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen-pilottitutkimus. Tutkiva hoitotyö 13(1) /2015, 24-33. Viitattu 9.1.2019.
http://www.emagz.fi/reader/issue/10228/177284/32

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.9.2018.
https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100058/978-952-03-0277-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raivio R. 2017. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Katsaus. Duodecim. Viitattu 1.10.2018.
https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13890

Rantanen. A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.9.2018.
https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66505/978-951-44-78161.pdf?sequence=1

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 20.9.2018.
https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 21.9.2018.
https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Potilaan oikeudet. Viitattu 9.10.2018.
https://stm.fi/potilaan-oikeudet

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2016. Hoidon jatkuvuus. Muokattu. 21.3.2016. Viitattu. 16.9.2018.
https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Hoidon_jatkuvuus(30004)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa –tarpeet ja palveluratkaisut. 05/2018. Tutkimus. Viitattu 17.9.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Sote-uudistus. Asiakkaat ja osallisuus. Viitattu 18.9.2018.
https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus

Turunen, H. 2015. Potilas- ja asiakaskeskeisyys tutkimuksen lähtökohtana. Hoitotiede 4/2015, 257. Viitattu 2.10.2018.
https://search.proquest.com/docview/1752038769/fulltextPDF/9EF009CCD7934B13PQ/1?accountid=12003

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tiedevilppi. HTK-loukkaukset. Viitattu 18.9.2018.
http://www.tenk.fi/fi/htk-loukkaukset

Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S. & Hamzehgardeshi, Z. 2014. Patient Involvement in Health Care Decision Makign: A Review. Viitattu 11.10.2018.
https://search.proquest.com/central/docview/1503080944/fulltext/292C01E39B6B4FF9PQ/1?accountid=12003

Lait:

Potilaslaki 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 26.9.2018.
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. viitattu 24.9.2018.
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex. 980/2012. Viitattu 12.10.2018.
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980

Julkaisemattomat:

Kotiutustiimi. 2017. Tilannekatsausta kausan laajennettu johtoryhmä. Tilannekatsaus 6.9.2017. Helsingin kaupunki.

Helsingin kaupunki. 2017. Kotiutustiimin sisäinen materiaali. Viitattu 9.8.2018.

Helsingin sairaalan kotiutustiimit. 2017. Kaupungin sairaalan -toimintasuunnitelma 09/2017. Helsingin kaupunki. Viitattu 10.9.2018

Helsingin kaupunki. 2015. Kotiutustiimi kaupunginsairaalan - toimintasuunnitelma. 23.4.2015.

Helsingin kaupunki. Kotiutustiimin materiaali. PM/MM 9.12.2016 -moniste. Viitattu 14.9.2018

Kotiutustiimin asiakastyytyväisyyskysely tulosten yhteenveto. 2018. Viitattu 11.1.2019

Panula J. 2018. Kotiutustiimi. sähköposti. 5.11.2018. Viitattu 23.1.2019

Liitteet

Liite 1: Saatekirje ..... 70
Liite 2: Teemahaastattelun runko ..... 71
Liite 3: Analyysitaulukko ..... 73
Liite 4: Palautekysely ..... 76

Liite 1: Saatekirje

Hyvä haastatteluun osallistuja,

Olemme tekemässä opinnäytetyötä Malmin kotiutustiimiin. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla Malmin kotiutustiimin toiminnan asiakaslähtöisyyteen liittyviä kehittämistarpeita henkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Malmin kotiutustiimin toimintaa. Tässä opinnäytetyössä on yksi tutkimuskysymys, johon tahdomme saada vastauksia tällä teemahaastattelulla.

Tutkimuskysymys on: Miten Malmin kotiutustiimin toimintaa voitaisiin kehittää asiakaslähtöisemmäksi?
Haastattelun pääteemoina ovat: Asiakaslähtöisyys, Asiakkaan osallistaminen ja Sairaalasta kotiutuminen.

Haastattelun keston arvioidaan olevan n. 60 minuuttia. On toivottavaa, että toisitte mahdollisimman paljon omia näkemyksiä ja vuorovaikutteista keskustelua haastattelutilanteeseen. Lisäksi on toivottavaa, että kunnioitettaisiin jokaisen osallistujan puheenvuoroa, jolla vältettäisiin puheen päällekkäisyydet nauhoitustilanteessa.

Haastatteluun osallistuvat on valittu tietyn kriteerin mukaan yksiköstänne ja valituista arvottu vapaaehtoiset osallistujat puolueettomasti. Haastattelutilanne tullaan nauhoittamaan, jonka jälkeen opinnäytetyöntekijät käsittelevät vastaukset luottamuksellisesti toimistonne tiloissa. Vastaukset säilytetään vain tutkimuksen tekemiseen tarvittavan ajan, jonka jälkeen nauhoitetut haastattelut hävitetään osastonhoitajan läsnä ollessa.
Opinnäytetyön osalta haastattelussa esiin tulleet asiat toteutetaan niin, että anonyymisyys säilyy ja haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Halutessanne, voitte jättää vastaamatta teemojen sisältämiin kysymyksiin.
Opinnäytetyön valmistuttua se julkaistaan sähköisesti ja esitetään Laurean julkaisuseminaarissa. Opinnäytetyön suunnittelussa ja tekemisessä noudatetaan Laurea ammattikorkeakoulun ohjeita. Opinnäytetyölle on nimetty ohjaaja sekä työelämän, että Laurea ammattikorkeakoulun puolelta.
Haastattelut toteutetaan tiistaina 27.11 Klo 13.00 Malmin kotiutustiimin tiloissa.

Kiitos haastatteluun osallistumisesta,

*Yhteistyöterveisin,*

*Krista Nordström*
*Sairaanhoitajaopiskelija*
*Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi*
*krista.nordstrom@student.laurea.fi*

*Laura Sulka*
*Terveydenhoitajaopiskelija*
*Laurea-ammattikorkeakoulu, Tikkurila*
*laura.sulka@student.laurea.fi*

Liite 2: Teemahaastattelun runko

# Teemahaastattelun runko

## Asiakaslähtöisyys

*Työskentelytavat*

Millä tavoin otatte huomioon asiakaslähtöisyyden työskentelytavoissanne? Millä tavoin voisitte kehittää jo käytössä olevia työskentelytapojanne?

*Yksilöllisyys*

Millä tavoin otatte asiakkaiden yksilöllisyyden asiakaskäynneillä huomioon?

Millä tavoin otatte asiakkaan yksilöllisyyden huomioon hoitojakson pituutta mietittäessä?

*Tasavertaisuus*

Millä tavoin tasavertaisuus näkyy teillä hoitotyössänne? Millä tavoin tasavertaisuutta voitaisiin parantaa asiakaskäynneillä?

## Asiakkaiden osallistaminen

*Tiedonanto*

Miten/ Millä tavoin välitätte tietoa asiakkaille ja läheisille sairaalasta kotiutumisen yhteydessä?

*Ohjaus*

Miten otatte asiakkaiden osallistamisen huomioon ohjauksessa?

*Päätöksenteko*

Millä tavoin asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon näkyy teillä sairaalasta kotiutumisessa ja kotiutumisen jälkeen?

*Läheisten huomiointi*

Miten läheiset huomioidaan asiakkaan hoidossa ja kotiutussuunnitelmassa?

## Sairaalasta kotiutuminen

*Siirtymävaihe*

Miten otatte asiakkaan huomioon siirtymävaiheessa?

*Ensimmäiset päivät ja viikot kotiutumisesta*

Millä tavoin asiakas huomioidaan ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana sairaalasta kotiutumisesta?

*Vuorovaikutus*

Millä tavoin vuorovaikutus näkyy teillä asiakkaan ja hoitajan välillä siirtymävaiheen aikana?

*Osallistaminen*
Millä tavoin asiakas osallistetaan kotiutussuunnitelmassa ja miten se näkyy käytännössä?

Liite 3: Analyysitaulukko

| Pelkistykset | Alaluokka | Pääluokka |
|---|---|---|
| | | **Tiedonvälityksen ja tunnettavuuden lisäämisen kehittäminen** |
| | **Kotiutustiimin toiminnan tunnettavuutta lisäävät tekijät** | |
| Asiakasohjaustiimi ja yhteistyökumppaneiden rooli kotiin toteuttavassa hoidossa | | |
| Kotiutustiimin toiminta osaltaan tuntematonta | | |
| Kotiutustiimi nimenä aiheuttaa väärinymmärrystä | | |
| | **Tiedonvälityksen keinot asiakkaalle** | |
| Asiakkaan odotukset | | |
| Tiedon välityksen kulku asiakkaalle | | |
| Asiakkaan osallistaminen ja tiedonsaanti hoitoonsa liittyvistä erilaisista palveluista | | |
| | **Sairaalan ja kotiutustiimin tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät** | |
| Osaston tiedonvälityksen kehittäminen yhteydenottotilanteessa | | |
| Tiedonvälityksen haasteet sairaalan ja kotiutustiimin välillä | | |
| Kotiutustiimin sisäisten toimintojen ohjeistus tukipalveluiden aloittamisessa. | | |
| Asiakkaan virheellinen ohjeistaminen jatkosuunnitelmasta siirtymävaiheessa | | |
| | | **Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kehittäminen** |
| | **Vuorovaikutukselliset ohjaamiseen vaikuttavat haasteet** | |
| Kommunikaatio-ongelmat vuorovaikutuksessa | | |
| Vuorovaikutuksen puutteellisuus | | |
| Vuorovaikutuksen haasteet | | |
| Tietämättömyys ja epärealistisuus kunnallisen terveydenhuollon tarjoamista palveluista | | |

| | | |
|---|---|---|
| Vuorovaikutuksellisen kuuntelemisen tärkeys | | |
| Asiakkaiden haastavuus | | |
| Erityisvuorovaikutustilanteet ja puuttuva ohjeistus | | |
| Moninainen vuorovaikutus asiakkaan ohjaamisessa | | |
| Vuorovaikutuksen haasteet muistisairaiden kanssa | | |
| Vuorovaikutuksen haasteet kuulemattomalla asiakkaalla | | |
| | **Vuorovaikutukseen liittyvät monikulttuuriset haasteet** | |
| Kielitaidottomuus haaste vuorovaikutuksessa | | |
| Maahanmuuttajatausta ilman suomen kielen taitoa luo haasteen kommunikaatioon | | |
| Eri kulttuureissa olevien asiakkaiden erilainen vuorokausirytmi | | |
| Vuorokausirytmin yhdenmukaistamisen haasteet hoitotyössä | | |
| | | **Asiakaslähtöisen hoidon tarpeen kartoittamisen kehittäminen** |
| | **Tukipalvelut tukena asiakkaan kotona pärjäämisessä** | |
| Asiakkaan päivittäisten tukipalveluiden tarve | | |
| Tukipalveluiden käyttöönotto asiakkaan pärjäämisen tueksi kotona. | | |
| Asiakkaan tukipalveluiden tarve kokonaisuudessaan | | |
| | **Hoitovälineiden monipuolistaminen hyvän hoidon toteutumiseksi** | |
| Asiakkaiden puutteellinen hoito hoitovälineiden puuttuessa ei täytä hoitotavoitetta. | | |
| Asiakastarpeiden täyttymisen edellytyksenä hoitotarvikkeiden riittävä määrä. | | |
| hoitotyötä vaikeuttavat tekijät | | |
| | **Asiakaslähtöisten asiakkaan tarpeiden kartoittamiseen liittyvät haasteet** | |
| Hoidon tarpeen kartoitus asiakkaan näkökulmasta | | |
| Tasavertainen kohtelu samoilla asiakasryhmillä | | |

| | | |
|---|---|---|
| Asiakkaiden palvelun parantuminen | | |
| Oikea-aikainen vastaaminen asiakkaiden tarpeisiin | | |
| | | **Ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittäminen siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin** |
| | **Ennaltaehkäisevät asiakkaan kotona pärjäämistä tukevat tekijät** | |
| Pitkän sairaalajakson jälkeiset kotiuttavat kotikäynnit sairaalasta. | | |
| Asiakkaan pärjäämättömyyden havainnointi etukäteen. | | |
| Kotiutusvaiheessa asiakkaan lähiverkoston kartoittaminen ja heidän/omaisten osallisuus asiakkaan hoitoon. | | |
| Asiakkaan orientoitumisaika kotiutuessa kotiin | | |
| Asiakkaiden kotona pärjäämisen varmistaminen | | |
| Asiakkaan kotona selviytymisen koekartoitus käytännössä. | | |
| | | **Yhteistyön kehittäminen hoitotahojen välillä** |
| | **Yhteistyön parantaminen kotiutustiimin ja sairaalan välillä** | |
| Asiakkaan palauttaminen sairaalaan palveluiden järjestämisen ajaksi | | |
| Asiakkaiden kohdistus oikealle terveydenhuollon taholle | | |
| Asiakkaan hoidontarve ei kohtaa kotiutustiimin palveluresursseja | | |
| Sairaalan ohjeistaminen asiakkaan ohjaamiseen apuvälineiden hankinnassa | | |

Liite 4: Palautekysely

Palautekysely henkilökunnalle
Malmin kotiutustiimin toiminnan kehittämisestä asiakaslähtöisemmäksi. Tiedot kerätään nimettömänä.

1. Koetko, että tämän tutkimuksen kehittämisehdotukset auttaisivat kehittämään kotiutustiimin toimintaa ja asiakaskäyntejä asiakaslähtöisemmäksi?
a) Kyllä
b) Osittain
c) Ei

Perustelu:_____

2. Koetko, että kehittämisehdotukset olisivat toteuttamiskelpoisia lähitulevaisuudessa?
a) Kyllä
b) Osittain
c) Ei

Perustelu:_____

3. Oliko tutkimuksen kehittämisehdotus syventävillä lisäkoulutuksilla saada uusia ohjausmetodeja hyödyllinen erilaisia asiakaskäyntejä mietittäessä?
a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____

4. Uskoisitko hyötyvänne monikulttuurisuudesta hoitohenkilöstössä kielitaitokysymyksen suhteen?
a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____

5. Koetko, että hyötyisit ohjeistusoppaasta, jossa olisi hyväksi havaittuja ohjausmetodeja eri asiakasryhmillä?
a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____

6. Parantuisiko hoidon tarpeeseen vastaaminen asiakaskäynneillä, jos kotiutustiimissä olisi jo valmiiksi tarpeen mukaan hoitotarvikkeita?
a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____

7. Uskotko, että puhelinraportin lisäksi potilastietojärjestelmää voitaisiin hyödyntää paremmin sairaalan ja kotiutustiimin välisessä tiedonkulussa etenkin silloin, kun asiakas kotiutuu?
a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____

8. Uskotko, että jo sairaalassa annettavan esitteen (kotiutustiimin yhteystiedot ja lyhyt kuvaus toiminnasta) antaminen asiakkaalle selventäisi hänelle jo etukäteen kotiutustiimin toimenkuvaa, niin se vähentäisi mahdollisia epärealistisia odotuksia kotiutustiimin palveluista?
a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____

9. Koetko, että moniammatillisen yhteistyön tiivistäminen yhteisillä palavereilla selventäisi kunkin tahon rooleja ja toimenkuvia vähentäen mahdollisia epäselvyyksiä asiakkaan jatkohoitoon liittyen?

a) Kyllä
b) Ei

Perustelu:_____
_

10. Koetko, että jokin/jotkin näistä kehittämisideoista otettaisiin tämän jälkeen yhteiseksi kehittämiskohteeksi tiimissänne? Mikä/mitkä ja miksi?

Vastaus:_____
_____
_____
_____
_____

11. Saitko tämän tutkimuksen myötä omia kehitysideoita? Kertoisitko lyhyesti ideastasi?

Vastaus:_____
_____
_____
_____
_____

12. Haluaisitko antaa palautetta vapaalla sanalla yleisesti opinnäytetyöstämme tai esityksestämme?

Vastaus:_____
_____
_____
_____

Kiitos ajastasi ja yhteistyöstä!