

KOTIUTUSPROSESSIN KEHITTÄMINEN PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN KEUHKOSAIRAUKSIEN OSASTOLLA 54

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala / YAMK
Johtaminen ja kehittäminen
Opinnäytetyö (Ylempi AMK)
SYKSY 2019
Tiia Kangassalo
Raisa Loistola

Tiivistelmä

Tekijä(t) Kangassalo, Tiia Loistola, Raisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 54	Valmistumisaika Syksy 2019
Työn nimi Kotiutusprosessin kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalan keuhkosairauksien osastolla 54		
Tutkinto Sosiaali- ja terveysala / YAMK, Johtaminen ja kehittäminen		
Tiivistelmä <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämishankkeena, jonka kohdeorganisaatio oli Päijät-Hämeen keskussairaalan keuhkosairauksien vuodeosasto 54. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää osastolta tapahtuvien kotiutuksien toteutumista ja sujuvuutta asiakaskokemuksen parantamiseksi, sekä lisätä potilasturvallisuutta. Kehittämishankkeen tavoitteena oli laatia kehittämissuosituksia osaston kotiutusprosessiin, jotta saavutetaan toimiva asiakaskokemus ja lisätään asiakastyytyväisyyttä.</p> <p>Kehittämishanke toteutettiin palvelumuotoiluprosessia hyödyntäen. Kehittämisongelmaan perehdyttiin analysoimalla asiakkaiden antamia palvelupalautteita sekä osastolla tehtyjä Haipro-haittatapahtumailmoituksia. Työyhteisö otettiin mukaan kehittämishankkeen työstämiseen oppimiskahvilatyöskentelyn avulla. Työyhteisöltä selvitettiin analyyseista nousseita kotiutusprosessiin liittyviä kehittämiskohteita. Tiedonkeruu menetelmänä käytettiin myös asiakkaille toteutettua teemahaastattelua, joita toteutettiin viisi. Haastatteluissa selvitettiin kotiutusprosessin onnistumista.</p> <p>Kehittämishankkeen tulokset osoittivat, että kotiutusprosessi onnistuu kokonaisuudessaan hyvin. Kuitenkin jatkohoitoon liittyvä ohjaus sekä jatkokontrollien järjestäminen on ongelmallista ja epäselvää. Osastolle laadittiin kotiutusprosessin kehittämissuosituksia, jotka koskivat tulohaastattelua, ohjauksen työnjakoa, kotiutuspäivän ohjausta, jatkohoito-ohjeita, palvelualttiuden näyttämistä ja jälkihoidon tarjoamista. Kehittämissuosituksien kautta osastolla kehitetään kotiutusprosessia ja tuetaan hoitohenkilökunnan toimintaa työyhteisössä.</p>		
Asiasanat kotiutusprosessi, palvelumuotoilu, asiakkaan ohjaus, asiakastyytyväisyys		

Abstract

Author(s) Kangassalo, Tiia Loistola, Raisa	Type of publication Master´s thesis	Published Autumn 2019
	Number of pages 54	
Title of publication Title Developing patient discharge process on ward 54, Päijät-Häme Central Hospital		
Name of Degree Master of Health and Social Development and management		
Abstract <p>This thesis was carried out as a development project, the target organization was the ward 54 of Pulmonary Diseases, Päijät-Häme Central Hospital. The aim of the development project was to create development recommendations for the ward's patient discharge process in order to achieve a functional customer experience and increase customer satisfaction.</p> <p>The development project was implemented using a service design process. The development problem was studied by analyzing customer feedback on the service and Haipro adverse event reports made on the ward. The work community was involved in working on the development project through a learning café. The work community identified development issues related to the patient discharge process that emerged from the analyzes. As a method of data collection, also theme interviews were conducted for five clients. The interviews found out, how the patient discharge process succeeded.</p> <p>The results of the development project showed that the patient discharge process in general is working. However, follow-up guidance and follow-up controls are problematic and unclear. Developing ideas for improving the discharge process are about income interviews, work assignments for mentoring, mentoring on a homecoming date, follow-up care, displaying a willingness to service and offering possibility for aftercare. Through development recommendations, the ward develops the patient discharge process and supports the work of nursing staff in the work community.</p>		
Keywords Patient discharge process, service design, customer guidance, customer satisfaction		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KOHDEORGANISAATION ESITTELY	3
2.1	Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä	3
2.2	Keuhkosairauksien vuodeosasto ja sen toiminta	4
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITE	5
3.1	Kehittämishankkeen tausta	5
3.2	Kehittämishankkeen tarkoitus	5
3.3	Kehittämishankkeen tavoite	5
4	KOTIUTUSPROSESSI VUODEOSASTOLLA	6
4.1	Kotiutusprosessi	6
4.2	Asiakkaan ohjaus kotiutustilanteessa	9
4.3	Kotiuttava hoitaja ja kotiutusprosessi osastolla 54	14
5	KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄT	16
5.1	Palvelumuotoilu kehittämishankkeen lähestymistapana	16
5.2	Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	19
5.3	Oppimiskahvila	21
5.4	Aineiston analysointi	22
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	24
6.1	Kehittämishankkeen aikataulu ja eteneminen	24
6.2	Oppimiskahvilatyöskentelyn suunnittelu ja toteutus	25
6.3	Teemahaastattelujen ja niiden analyysin toteutus	27
7	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	33
7.1	Palvelupalautteiden sisällönanalyysi	33
7.2	HaiPro-ilmoitusten sisällönanalyysi	34
7.3	Oppimiskahvilan tulokset	36
7.3.1	Kotona pärjäämisen varmistaminen	36
7.3.2	Mitä jokaisen kotiutujan kuuluu tietää	37
7.3.3	Palvelualltius	38
7.4	Haastattelujen tulokset	38
7.4.1	Asiakaskokemus kotiutusprosessissa	39
7.4.2	Ohjaus kotiutumisprosessissa	39
7.4.3	Jatkohoito ja sen järjestäminen	40
7.4.4	Kotiutusprosessin kehittäminen asiakkaan näkökulmasta	42

7.5	Kotiutusprosessin kehittämissuositukset osastolle 54	43
8	ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET	47
8.1	Johtopäätökset	47
8.1.1	Kokonaisvaltainen ohjaus	47
8.1.2	Asiakaskokemus kotiutusprosessissa	48
8.1.3	Jatkohoito ja kotona pärjäämisen varmistaminen.....	49
8.2	Kehittämishankkeen arviointi	50
8.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	51
8.4	Jatkokehittämissuositukset.....	54
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	61

1 JOHDANTO

Kun asiakas kotiutuu sairaalasta, kotiutuminen voi tapahtua asiakkaan yleiskunnon perusteella joko suoraan kotiin tai muuhun hoitopaikkaan. Asiakkaiden kokonaistilanteet voivat vaatia jatkohoitoa esimerkiksi terveyskeskuksesta, sillä hoidoksi ei aina riitä sairauden tai sen tilan parantuminen, vaan tarvitaan kuntoutusta. Kotiuttaminen ja sen suunnittelu on moniammatillinen prosessi. (Lämsä 2013, 109, 124.) Lääkäri, hoitaja ja asiakas keskustelevat asiakkaan jatkohoidosta ja miettivät kotiutumista tai mahdollisesti jatkohoitoon siirtymistä toiseen hoitopaikkaan. Kotiutumisen ajankohta, tarvittava ohjaus, jatko-hoito, tarvittavat apuvälineet ja lääkkeet asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden ovat osa kotiutumisen huolellista suunnittelua. Kotiutusprosessin tavoite on olla potilasturvallinen, asiakkaan huomioiva ja osaston resurssien mukaisesti mitoitettu. Asiakkaat ovat väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi yhä iäkkäämpiä, huonokuntoisempia ja monisairaita, jolloin kotiutumisen suunnittelu vaatii enemmän aikaa. Lämsän (2013, 158) mukaan asiakkaiden kotiutuskäytäntöihin tulisi laatia yhteisesti sovitut kotiutuskriteerit sekä selkeä malli kotiuttamiselle.

Sosiaali- ja terveysalan muutokset, kuten väestön ikääntyminen ja kulujen kasvu, edellyttävät toiminnan kehittämistä. Asiakasohjauksen kehittäminen on tärkeää, sillä se on keskeinen auttamiskeino hoitotyössä. Ohjauksen tarve lisääntyy sillä asiakkaiden tietoisuus omista oikeuksistaan ja terveydestään kasvaa. Hoitoaikojen lyhentämiseksi ja uudelleen hoitoon hakeutumisen estämiseksi ohjauksen tarve korostuu. Muutokset edellyttävät myös ohjauksen toteuttamisen aikaisempaa lyhyemmässä ajassa. (Lipponen 2014, 17.) Kotiutusprosessissa ohjauksesta saadaan paras hyöty silloin, kun yhdistetään kotiutusvaiheen tehostettu ohjaus ja asiakkaan kotona annettava ohjaus. Lisäksi ohjausta tehostaa kotiutusvaiheen jälkeen annettava puhelimitse tapahtuva ohjaus ja neuvonta. Suullisen ohjauksen lisäksi asiakas hyötyy kirjallisesta ohjausmateriaalista. Tämän avulla asiakas pystyy kertaamaan toipilasvaiheeseen tai sairauteensa liittyviä asioita. (Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206–207.)

Kuntien perustehtäviin kuuluu tuottaa kuntalaisille palveluita, jotka tukevat hyvinvointia. Toimivien ja resursseja säästävien palveluiden kehittäminen on tärkeää, sillä julkisen sektorin resurssit ovat niukkenemassa ja väestö ikääntyy (Tuulaniemi 2011, 21). Kehittämishankkeeksemme valikoitui kotiutusprosessin kehittäminen. Kotiutusprosessin kehittämishankkeessa tehdään yhteistyötä keuhko-osaston henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyön kohdeorganisaationa on Päijät-Hämeen keskussairaalan keuhkosairauksien vuodeosasto 54. Kehittämishankeprosessin aikana Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä alettiin kehittää yhtenäistä kotiutusprosessimallia Lean-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteena

hankkeella on luoda kotiutusprosessimalli, jota voidaan hyödyntää koko Phhyky:n alueella. Kotiutusprosessin kehittäminen on tärkeä asia sekä asiakkaan laadukkaan kotiutumisen että osastoprosessien kehittämisen näkökulmasta. Kehittämishankkeemme alussa olimme yhteydessä Lean-kehittämishankkeen tutoriin. Hän koki tutkimushankkeemme mielenkiintoisena ja hyödyllisenä myös yhtymän laajemman hankkeen kannalta. Kehittämishankkeemme on perusteltu ja hyödyllinen, sillä siinä kehitetään asiakaskokemusta ja kotiutusprosessia hyödyntäen palvelumuotoilua sekä henkilökunnan ja asiakkaiden näkemyksiä. Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää suoraan koko yhtymän hankkeessa, sillä kotiuttava hoitaja -malli on käytössä kaikilla vuodeosastoilla.

Kehittämishankkeen lähestymistavaksi valikoitui palvelumuotoilu, koska sen avulla on mahdollista tuottaa parempia palveluita ja se soveltuu julkisen sektorin palveluiden kehittämiseen (Tuulaniemi 2011, 18). Palvelumuotoilussa on tärkeää ymmärtää asiakkaan tarve kyseiselle palvelulle sekä paras tapa palvelun kehittämiseksi. Palvelumuotoilussa keskeisintä on kaikkien palvelun osapuolten huomioiminen ja mukaan ottaminen palvelun kehittämiseen ja toteuttamiseen. (Ahonen 2017, 49, 53). Kehittämishankkeen toteutuksessa käytetään osallistavia menetelmiä, jotta saadaan tietoa kehittämistarpeista palvelun käyttäjiltä. Sosiaali- ja terveysalalla korostuu asiakaslähtöisyys, joten palvelumuotoilu on perusteltu lähestymistapa toteutettavalle kehittämishankkeelle.

Kehittämishankkeessamme toteutamme palvelumuotoilun prosessista määrittely- tutkimus- ja suunnitteluvaiheet. Palvelutuotanto ja arviointi jäävät kohdeorganisaation tehtäväksi. Palvelumuotoiluprosessi alkaa määrittelyllä, joka on opinnäytetyössä esitelty kehittämishankkeen tavoitteen ja tarkoituksen avulla. Palvelumuotoiluprosessin tutkimusvaihe koostuu kehittämishankkeen tietoperustasta ja osallistavien menetelmien avulla kerätystä aineistosta. Asiakkaita haastatellaan ja henkilökunnan näkemyksiä selvitetään osallistavalla menetelmällä, joka on osa myös prosessin suunnitteluvaihetta. Palvelumuotoiluprosessin suunnitteluvaihe on kehittämishankkeen luovimman osa, siinä ideoidaan ja mietitään erilaisia vaihtoehtoja tavoitteen ja tarkoituksen toteuttamiseksi luoden mittareita palvelun toteuttamiseen. Palvelutuotannossa uudet ideat esitellään keuhko-osaston henkilökunnalle ja niitä kokeillaan. Arviointivaiheessa selvitetään asiakaskokemuksen ja kotiutusprosessin sujuvuuden kehittymistä. (Tuulaniemi 2011, 130–131.) Kehittämishankkeen tuloksena saadaan tietoa asiakkaiden ja henkilökunnan näkemyksistä ja palvelumuotoilun keinoin asiakaskokemuksen huomioivia kotiutusprosessin kehittämisideoita.

2 KOHDEORGANISAATION ESITTELY

2.1 Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä

Päijät-Hämeen keskussairaala toimii Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alaisuudessa. Kuntayhtymään kuuluu 12 jäsenkuntaa, jotka ostavat yhtymältä erikoissairaanhoidon palvelut. Yhtymä on kuntien omistama julkinen organisaatio ja se työllistää noin 7000 asiantuntijaa. Valtakunnallisesti vertailtuna yhtymän tuottavuus on luokiteltu yhdeksi parhaimmista. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.)



KUVIO 1. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän jäsenkunnat (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä kuvaa ja kehittää hoitoon ja palveluihin liittyviä prosesseja asiakas- ja potilaslähtöisesti Lean-ajattelua hyödyntäen. Lean-ajattelu keskittyy prosesseihin ja niiden rajapintoihin ja sen tavoitteena on keskittyä kehittämisessä olennaiseen ja kohdentaa resurssit oikein. Kehittämisen lähtökohtina ovat asiakkaiden tarpeiden

tunnistaminen ja nykytilan ymmärtäminen. Kehittämisessä osallistetaan henkilöstöä ja kotiutusprosessi on yksi suunnitelluista kehittämiskohteista yhtymässä. Kehittämistarpeiden tunnistamisessa hyödynnetään prosessien mallintamista (IMS), vaaratapahtumailmoituksia (HaiPro) ja palvelupalautteiden (QPro) analyysistä. IMS-toimintajärjestelmän avulla ylläpidetään dokumentteja ja hallinnoidaan nykytilan prosessikuvaukset. Prosessien mallintamisella hahmotetaan kokonaisuudet, tunnistetaan prosessien riskit, varmistetaan laadukas toiminta ja tunnistetaan toimijoiden tehtävät ja vastuut. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018, 8-9)

2.2 Keuhkosairauksien vuodeosasto ja sen toiminta

Päijät-Hämeen keskussairaalan keuhkosairauksien vuodeosastolla on 24 sairaansijaa. Osastolla tutkitaan ja hoidetaan keuhkosairauksia sairastavia asiakkaita. Yleisimpiä osastolla hoidettavia sairauksia ovat keuhkohtaumatauti, astma, keuhkosityöpä, erilaiset hengitysvajaus-potilaat ja tuberkuloosi. Keuhkoinfektioon sairastuneet ovat yksi iso asiakasryhmä keuhko-osastolla. Yleisimpiä näistä ovat keuhkokuume, keuhkoputkentulehdus sekä influenssa. Osastolla tehdään myös erilaisia toimenpiteitä ja tutkimuksia kuten keuhkoputkentähystyksiä, pleurapunktioita ja pleuradreenien asennuksia. Vuodeosastotyötä tehdään kahdessa moniammatillisessa tiimissä. Lisäksi keuhkosairauksien osaston henkilökunta tekee yhteistyötä myös keuhkosairauksien poliklinikan kanssa, joka näkyy mm. työkiertona.

Keuhkosairauksien vuodeosastolla hoitohenkilökuntaa on 18 hoitajaa ja lisäksi kaksi varahenkilöä. Osastolla työskentelee sairaanhoitajia ja perushoitajia. Lisäksi työyhteisöön kuuluu osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, farmaseutti, kaksi toimistosihiteeriä, laitoshuoltajia sekä lääkäreitä. Osastollamme työskentelee pääsääntöisesti kaksi erikoistuvaa lääkäriä ja yksi erikoislääkäri. Henkilöstön keski-ikä on tällä hetkellä 38,2 vuotta. Seuraavan viiden vuoden eläköityvien määrä osastolla on 5,9 % ja seuraavan 10 vuoden aikana 17,6 % henkilökunnasta. (Henkilöstösuunnitelma 2018–2020, 1–2.)

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITE

3.1 Kehittämishankkeen tausta

Keuhkosairauksien vuodeosastolla kotiutusten ongelmaksi on havaittu, että kotiutukset ta-
pahtuvat myöhään iltapäivästä ja asiakkailta on tullut tästä huonoa palautetta. Myös osas-
ton toiminnan kannalta olisi tärkeää aikaistaa kotiutuksia, jotta päivällä käytössä olevat re-
surssit, kuten laitoshuolto, sihteerit ja hoitajamitoitus, saataisiin järkevästi hyödynnettyä.
Asiakkaiden kotihoito yleistyy, ja kotisairaalassa voidaan hoitaa yhä vaativampaa hoitoa
tarvitsevia asiakkaita Kotisairaalan kehittyminen ja lyhytaikaisen happihoidon mahdollistu-
minen kotona on lyhentänyt hoitoaikoja ja lisännyt kotisairaalan palveluiden hyödyntä-
mistä. Asiakkaan kotiuttamista suunnitellessa pohditaan moniammatillisesti asiakkaan tar-
peita, mm. mikä on henkilön todellinen kotona pärjääminen. Kotiutusprosessin kehittämi-
sessä keskeisessä roolissa ovat osaston henkilökunnan lisäksi asiakkaat. Siksi molem-
pien näkökulmat huomioidaan kehittämishankkeessa.

3.2 Kehittämishankkeen tarkoitus

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää kotiutuksen toteutumista ja suju-
vuutta vuodeosastoilla sekä parantaa asiakaskokemusta. Lisäksi tarkoituksena on paran-
taa potilasturvallisuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Tarkoituksena on myös edistää työhyvin-
vointia osallistavalla ja tarkoituksenmukaisella kotiutukseen liittyvällä työnjaolla ja proses-
sin kehittämisellä.

3.3 Kehittämishankkeen tavoite

Kehittämishankkeen tavoitteena on laatia kotiutusprosessin käytäntöjen kehittämiseen
suosituksia, jotka vähentävät asiakkaiden epätietoisuutta ja lisäävät asiakastyytyväisyyttä.

4 KOTIUTUSPROSESSI VUODEOSASTOLLA

4.1 Kotiutusprosessi

Tässä kehittämishankkeessa kotiutusprosessilla tarkoitetaan sairaalan osastolta kotiutuvien asiakkaiden jatkohoidon moniammatillista suunnittelua ja toteutusta. Myös Nordmark, Soderberg ja Skär (2015) näkevät kotiutusprosessin olevan moniammatillista suunnittelua ja toteutusta hoidossa olevan asiakkaan hyväksi (Nordmark, Soderberg & Skär 2015, 24-25). Asiakkaat lähtevät osastolta kotiin eli kotiutuvat joko ilman palveluita tai niiden kanssa tai jatkohoitoon palvelutaloon tai yksilöllisesti suunniteltuun jatkohoitopaikkaan, kuten esimerkiksi intervallihoidon, joka on lyhytaikaista palvelutaloasumista. Terveysaseman vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyvien asiakkaiden prosessi on jätetty pois kotiutusprosessin kuvaamisesta.

Sairaaloiden tavoitteena on lyhentää hoitoaikoja eli vähentää asiakaskohtaisia kustannuksia ja vapauttaa paikkoja uusille osastohoitoon joutuville asiakkaille. Osastot pyrkivät kotiuttamaan asiakkaan mahdollisimman nopeasti huolehtien samalla potilasturvallisuuden toteutumisesta. (Lämsä 2013, 108–109.) Näkemykset kotiutumisesta voivat olla eriäviä asiakkaan tai omaisen ja ammattilaisten välillä, ja silloin asiakkaan jatkoista neuvotellaan. Hoitajan tehtävä on selvittää ja tuoda esille asiakkaan toimintakykyyn liittyvät seikat, jotka heikentävät kotona pärjäämistä. Lopullisen päätöksen asiakkaan kotiutumisesta tai siirtymisestä jatkohoitopaikkaan tekee lääkäri. Asiakkaita ja omaisia kannustetaan kertomaan tietoja, kysymään epäselvistä asioista ja kyseenalaistamaan tehtyjä päätöksiä, koska potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää aktiivista roolia myös asiakkaalta ja omaisilta (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018, 18).

Daintyn ja Elizabethin (2009, 312) tutkimuksen mukaan tehokas kotiutusprosessi alkaa suunnittelulla jo asiakkaan tullessa sairaalaan. Myös Lämsän (2013, 109, 124) mukaan asiakkaan kotiutuminen onnistuu laadukkaammin ja todennäköisemmin silloin, kun suunnittelu on aloitettu jo asiakkaan tullessa sairaalaan. Kotiutusta tulee suunnitella moniammatillisesti useasta eri näkökulmasta. Ensimmäisellä lääkärintierolla mietitään moniammatillisesti asiakkaan kokonaistilannetta, sairaalaan joutumisen syitä ja kotiutumisajan kohtaa sekä tarvittaessa jatkohoitopaikkaa. (Lämsä 2013, 109, 124.) Joanna Briggs-säätiön suosituksen (Braet, Weltens, Vleugels 2012, 3) mukaan sairaalahoidon pituus ja hoitoon palaaminen vähenevät kotiutuksen huolellisella suunnittelulla ja erityisesti sen yhdistämällä ohjaukseen ja jälkihoitoon. Lämsä ja Mäkelä (2009, 2554) toteavat tutkimuksensa perusteella, että sairaalahoidon joutuminen vieraannuttaa ihmistä heidän tavallisesta arjestaan ja sen toiminnasta. Sen takia kotiutuksen suunnittelu tulisi aloittaa

mahdollisimman pian sairaalahoidon alussa, jotta ihminen pääsee takaisin normaaliin elämänsä.

Joanna Briggs-säätiön suosituksen (Braet, Weltens, Vleugels 2012,3) mukaan kotiutusprosessiin vaikuttavat interventiot. Tutkittaessa uudelleen hoitoon ohjautumisen vähentämistä, ovat hoitajan antama potilasohjaus ja jälkihoito, eli kotikäynnit ja puhelinsoitot yhdistettynä, tehokkaita interventioita. Myös Dainty ja Elizabeth (2009, 313) ovat tutkimuksessaan todenneet, että moniammatillinen kotiutuksen suunnittelu yhdistettynä jälkihoitoon parantaa asiakkaiden toimintakykyä ja samalla lyhentää hoitojaksojen pituuksia ja sairaalaan palaamista. Braet, Weltens ja Sermeus (2016) tutkivat kotiutusprosessin interventioiden vaikutusta myös asiakastyytyvyyteen, jonka havaittiin huomattavasti paranevan ohjauksesta ja jälkihoitoa saaneiden asiakkaiden joukossa. Lisäksi asiakkaan voimaannuttaminen ja ohjaus sairaalahoidon aikana ja sen jälkeen havaittiin tehokkaimmiksi tavoiksi ehkäistä hoitoon palaamista. Voimaannuttamisella tarkoitetaan tässä asiakkaan kannustavaa ohjausta, jonka seurauksena hän uskoo kykyihinsä pärjätä kotona. (Braet, Weltens & Sermeus (2016, 131)

Lämsä ja Mäkelä (2009) löysivät tutkimuksessaan neljä erilaista kotiutumisperustetta, joita ovat lääketieteellinen peruste, sairaalan tehokkuusvaatimukset, asiakkaan elämäntilanne ja hänen toimintakykynsä. Kotiutumisperusteiden ollessa ristiriidassa keskenään, vaikuttavat ne kotiutumisen sujumiseen. Tällaisia ristiriitatilanteita ovat muun muassa ne, jolloin asiakas ei tarvitsisi lääketieteellisesti sairaalahoitoa, mutta hän ei koe turvalliseksi kotiutua. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2551–2557.) Myös Silvennoinen-Nuoran (2010) tutkimuksen mukaan kotiutuvalla asiakkaalla voi olla pelko olla yksin kotona tai vaikeus selviytyä arjesta edes terveenä esimerkiksi heikentyneen yleiskunnon vuoksi. Ihmisen kotitilannetta ei aina selvitetä riittävän hyvin kotiutusta suunniteltaessa. Tutkimuksessa havaittiin, ettei apuvälineiden tarpeellisuutta kartoiteta riittävästi kotiutuksen yhteydessä. (Silvennoinen-Nuora 2010, 252.)

Asiakkaan kotiutumisen oikea ajankohta on tärkeää kotiutumisen suunnittelussa. Liian varhainen kotiutuminen voi johtaa potilasturvallisuuden vaarantumisen tai uudelleen hoitoon hakeutumiseen ja uuteen osastohoitojaksoon. Viivästyneellä kotiutuksella voidaan sen sijaan aiheuttaa asiakkaalle stressiä ja toimintakyvyn alentumista. (Lämsä 2013, 108–109.) Asiakkaan turvallista kotiuttamista lisää se, että hänen asumisolosuhteensa ja kotitilanteensa kartoitetaan. Asiakas ja omaiset haastatellaan kotitilanteen ja kotona pärjäämisen kartoittamiseksi, jotta kotiutuksen ajankohta voidaan suunnitella etukäteen. Tieto asiakkaan kotitilanteesta auttaa asettamaan tavoitteita ja suunnittelemaan tarkan päivämäärän, milloin kotiutus tapahtuu. Etukäteen sovittu kotiutuspäivä ja hoidon tavoitteet tulee

olla asiakkaan, omaisten ja moniammatillisen tiimin tiedossa, jotta tavoitteisiin päästään ja kotiutus toteutuu ajallaan. (Dainty & Elizabeth 2009, 312.)

Asiakkaan ja omaisen osallistaminen on tärkeää suunniteltaessa jatkohoitoa ja kotiin järjestettäviä palveluita. Asiakkaiden tarpeita jatkohoitoon liittyen on tutkittu, ja asiakkaat ovat kokeneet hyvin tärkeäksi osallistumisen neuvotteluihin kotihoidon palveluista. (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 523.) Järnström (2011) on tutkinut geriatrinen asiakkaiden asiakaslähtöisyyttä hoitotyössä. Tutkimuksessa todettiin, ettei geriatrisia asiakkaita huomioida tarpeeksi kotiutumista suunniteltaessa, vaan he kokevat olevansa ulkopuolisia. Asiakas ei ole aina tietoinen jatkohoitosuunnitelmastaan eikä siitä, milloin kotiutuminen olisi mahdollista. Asiakkaan omia toiveita kotiutuksen toteuttamisesta ei aina kysytä ja osallistumisen mahdollistaminen jatkohoidon suunnitteluun on vähäistä. Tutkimus osoitti, ettei ikäihmisten toiveita kunnioiteta, mikäli ne ovat eriävät hoitohenkilökunnan kanssa. Järnströmin mukaan kotiutuspäivä saatetaan päättää ilman asiakkaan mielipidettä, ja ikääntynyt asiakas nähdään ulkopuolisena. (Järnström 2011, 252–254.) Toisaalta Dyrstad ym. (2015) havaitsivat tutkimuksessaan eroavaisuuksia eri ihmisten päätöksenteossa. Jotkut asiakkaista haluavat olla mukana kotiutuksen suunnittelussa ja toiset luottavat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja arvioon kotikuntoisuudesta. Myös asiakkaan kokonaisvaltainen terveydentila vaikuttaa kykyyn osallistua päätöksentekoon. Asiakkaalla voi olla terveydellisiä haasteita, mitkä rajoittavat päätöksentekoa. (Dyrstad, Laugaland & Storm 2015, 1703–1704.)

Myös vaikeita sairauksia voidaan hoitaa kotona, kun sairaalassa on ensin aloitettu tehokas hoito. Hyödynnettäessä palvelutalojen, kotisairaalan ja kotihoidon hoitajien osaamista, turvallinen jatkohoito voi tapahtua asiakkaan kotona. Tutkimuksista on saatu vain vähän tietoa, miten kotona tapahtuva hoito toteutuu turvallisesti iäkkäillä asiakkailla, mutta on arvioitu, että asiakkaiden huolellinen valitseminen riittää ehkäisemään turvallisuuden heikkenemistä. Muistin heikkeneminen on yksi ongelma, joka tulisi huomioida iäkkäiden asiakkaiden aikaista kotiuttamista suunniteltaessa. (Dainty & Elizabeth 2009, 313.)

Huolellisen kotiutumisen koordinoinnin kautta lisätään laatua ja turvallisuutta asiakkaan kotiutumiseen sairaalasta. Koordinoinnilla tarkoitetaan jatkohoidon järjestämistä ja hoitajan antamaa tietoa taholle, joka on vastuussa asiakkaan jatkohoidosta. Tiedonkulku on havaittu toimivimmaksi hoitajien välillä hoitoneuvotteluissa, joissa hoitajat voivat yhdessä neuvotella asiakkaan tilanteesta. Tietoa siirretään nykyään useimmiten sähköisesti potilastietojärjestelmien kautta. Sähköisen tietojärjestelmän heikkoudeksi on todettu se, että sitä on vaikea käyttää. Tiedon etsiminen voi olla vaikeaa ja osaamista sähköisen tietojärjestelmän käytöstä ei ole tarpeeksi. (Nordmark, Soderberg & Skär 2015, 38). Myös

Silvennoinen-Nuora (2010) havaitsi tutkimuksessaan sähköisen potilastietojärjestelmien heikentävän potilasturvallisuutta. Suurimmaksi ongelmaksi sähköisissä potilasjärjestelmissä havaittiin niiden suuri määrä ja se, etteivät järjestelmät toimi yhteen, vaan tieto on monessa eri paikassa, eikä tiedon kerääminen ole helppoa. Myös osaamisen puute, kirjaamisen virheet ja puutteet koettiin tutkimuksen mukaan haittaavan hoitotyötä. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto koettiin yhtenäistävän kirjaamista ja hoitokäytäntöjä ja helpottavan tiedon löytymistä. (Silvennoinen-Nuora 2010, 293–296.) Potilasturvallisuus voi vaarantua johtuen kiireestä, osastojen ylikuormituksesta, tietämättömyydestä jatkohoitopaikkojen hoitomahdollisuuksista ja puutteellisesta yhteistyöstä (Sahlström, Liukka, Roine, Aaltonen & Kinnunen 2018, 62). Potilasturvallisuuden vaarantuminen johtuu usein myös kommunikaatio-ongelmista, jotka ovat seurausta ammattiryhmien välisistä virallisista tai epävirallisista suhteista tai hierarkiasta (Nordmark, Soderberg & Skär 2015,1; Kinnunen & Peltomaa 2009, 86).

Kotiutuksen jälkeen on tarkistettava, että jatkohoito on sujunut suunnitellusti ja ohjaus on ymmärretty ja sitä on noudatettu. Tehokkaimmin hoitajakson uusiutumista ehkäisee osastohoidon aikana kotiutusta edistävät toimet, kuten suunnittelu ja ohjaus, yhdistettynä jälkihoitoon. Jälkihoitoa kotiutumisen jälkeen ovat esimerkiksi asiakkaan mahdollisuus ottaa yhteyttä osastolle kotiutuksen jälkeen, takaisinsoitto, kotikäynti ja kontrolliaika. (Braet, Weltens & Sermeus 2016, 121, 137.) Allenin, Hutchinsonin, Brownin ja Livingstonin (2017) tutkimuksessa nousi esiin että, kotiutuvat asiakkaat arvostavat mahdollisuutta olla yhteydessä sairaalaan tarvittaessa kotiutuksen jälkeen, ja se lisää asiakkaiden luottamusta kotona pärjäämiseen. Takaisinsoiton avulla vähennetään asiakkaan epävarmuutta hoidon jatkuvuudesta, ja tuetaan kotona pärjäämistä. (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 523.)

4.2 Asiakkaan ohjaus kotiutustilanteessa

Asiakkaan ohjaaminen on hoitotyössä aina läsnä. Ohjauksella tarkoitetaan asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, mikä tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Se on käytännöllistä opastuksen antamista. Ohjauksen tarve on aina sidoksissa asiakkaan omiin tarpeisiin ja rakentuu hänen esille tuomiinsa ongelmiin ja tarpeisiin. Ohjauksen tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona pärjäämistä ja auttaa häntä huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan sairaalahoidon jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 25–26.) Asiakkaat haluavat edelleen ohjausta ja tukea kotona pärjäämiseen (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 521.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) laatusuosituksen mukaan asiakkaalle tulee tarjota yksilöllistä terveysneuvontaa. Lisäksi asiakkaalla

on oikeus saada ymmärrettävää, tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 24.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan ohjausta. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa asiakkaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Ihmiselle on kerrottava myös muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvitystä rajataan niin, ettei sitä tule antaa vastoin asiakkaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että asiakkaan hengelle tai terveydelle aiheutuisi vakavaa vaaraa. Selvitys tulee antaa asiakkaalle niin, että hän ymmärtää riittävästi sen sisällön. Mikäli asiakas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi tai hoitohenkilökunta ei osaa asiakkaan käyttämää kieltä, tulee huolehtia tulkitsemisestä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 5§) Myös terveydenhuoltolaissa on määritelty, että asiakkaalle tulee antaa ohjausta hoitoon sitoutumisen ja omahoidon tukemiseksi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 24§).

Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas ja hoitaja ymmärtävät ohjaustilanteessa käsiteltävät asiat samalla tavalla ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Toimivassa ohjaussuhteessa asiakas ja hoitaja kunnioittavat toisiaan ja jakavat vastuuta. Se, miten ohjaussuhde rakentuu ja huomioi asiakkaan tarpeet, vaikuttaa merkittävästi ohjauksen vaikutuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 39–40.) Asiakkaan ohjauksen kuuluu olla johdonmukaista ja yksinkertaista. Ohjauksen tulee olla selkeää ja ymmärrettävissä, ja ammatillisia termejä tulisi välttää. (Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 66.)

Onnistuneessa ohjaussuhteessa asiakasta arvostetaan, ja hän saa tarpeellista ja sopivaa tietoa, ohjausta ja tukea. Ohjauksen tulee perustua näyttöön ja tutkittuun tietoon. (Kyngäs ym. 2007, 27–28, 31, 42; Lipponen ym. 2008, 131; Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 523.) Ohjaustiedot ja -taidot ovat yhteydessä ohjauksen laatuun (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 187). Asiakasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnan ohjaustaitojen ylläpitämistä ja kehittämistä. Laadukas ohjaus on aina sidoksissa asiakkaan omiin tarpeisiin. Ohjauksella pyritään vaikuttamaan positiivisesti asiakkaan mahdollisuuksiin ja kykyyn parantaa omaa elämäänsä ja hyvinvointiaan. Ohjaukseen liittyy aina tiedon antaminen niin, että asiakas itse on aktiivinen ongelmien ratkaisija hoitohenkilökunnan auttaessa päätöksenteossa. (Lipponen ym. 2008, 122.) Kaakisen (2013, 53–54) mukaan potilasohjauksella tulisi olla yhteys asiakkaan päivittäiseen elämään, jotta ohjaus soveltuisi yksilöllisesti hänen elämäntilanteensa mukaan.

Palosen (2016, 52) tutkimuksen mukaan asiakkaat ja heidän omaisensa saavat liian vähän ohjausta. Ne asiakkaat, jotka saivat riittävästi ohjausta, ovat todennäköisemmin

valmiimpia kotiutumiseen kuin he, jotka eivät ole saaneet tarpeeksi ohjausta. Omaisten läsnäoloa ohjauksessa pidetään tärkeänä iäkkään asiakkaan kohdalla, sillä jatkohoidon järjestäminen on usein omaisten vastuulla (Dyrstad, Laugaland & Storm 2015, 1702; Palonen, Kaunonen, Åstedt-Kurki 2016, 70; Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 522). Allen, Hutchinson, Brown ja Livingston (2017) korostavat omaisten osallistumista ohjaukseen. Heidän tutkimuksessaan jokainen tutkittava korosti omaisten merkitystä kotona pärjäämisessä. Omaiset antavat käytännön apua ja tukea, sekä hoitavat mahdollisia jatkohoitoon liittyviä asioita. (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 522.)

Kääriäinen (2007, 90) toteaa ongelmalliseksi ohjausajan riittävyyden. Ohjauksen laadukas toteuttaminen on vahvasti yhteydessä ohjaukseen käytettyyn aikaan (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 187). Myös Lipponen, Kanste, Kyngäs ja Ukkola (2008, 131) ja Zakrisson ja Hägglund (2010, 153) korostavat tutkimuksissaan riittävän ohjausajan merkitystä ohjauksessa. Asiakkaat kokivat kotiutustilanteessa kiireen näkyvän ohjausta haittaavana tekijänä. Hoitohenkilökunnalla on usein liian kiire ohjata kotiutusvaiheessa asiakkaita, eikä ohjaustilanteeseen löydy aina sopivia tiloja yksityisyyden takaamiseksi (Kääriäinen 2007, 90). Saman tuloksen saivat Palonen, Kaunonen ja Åstedt-Kurki (2016) tutkimuksessaan. Ohjauksen kehittämiskohteena nähtiin ajankäyttö. Kiire koettiin heikentävän ohjauksen tehoa. (Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki (2016, 67.)

Hoitohenkilökunnan oma tietotaito ei aina ole riittävä asiakkaan ohjaamiseen; liian niukat tiedot sairauteen, sen hoitoon tai sairauden kanssa elämiseen ovat ongelmallisia ohjaustilanteessa. Ohjauksessa on tärkeää huomioida asiakkaan elämäntilanne, tarpeet ja omaiset. Asiakkaille voi olla myös epäselvää, milloin ohjausta tulisi saada ja keneltä sitä voi pyytää. Ohjauksen saaminen ei ole asiakkaan vastuulla. (Kääriäinen 2007, 90–91.) Lunnela (2011) on tutkinut hoitoon sitoutumisen edistämistä ohjauksen avulla. Tutkimuksen mukaan asiakkaat toivovat selkeää ja käytännöllistä perustietoa omasta sairaudestaan, sen oireista ja hoidosta. Myös jatkohoidon järjestämiseen ja sen toteuttamiseen toivottiin ohjausta. (Lunnela 2011, 72.)

Tervo-Heikkisen ym. (2018) tutkimuksessa todetaan, että hoitohenkilökunta kokee epävarmuutta toteutuneen potilasohjauksen kirjaamisessa ja ohjauksen arvioinnin kirjaamisessa. Ohjauksen kirjaamisessa on huomioitava koko ohjausprosessi, sen vaiheet ja jatkohoito. Ohjausprosessiin osallistuu usein monia eri hoitohenkilökunnan jäseniä, joten on tärkeää kirjata jokaisen antama ohjaus. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 188–189.)

Ohjauksen tulee olla aina asiakaslähtöistä ja hoitohenkilökunnan tulee varmistaa asiakkaan mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen. Asiakkaalta tulee selvittää mitä ohjausta hän on saanut ja miten hän on sen ymmärtänyt. Asianmukaisella potilasohjauksella ja

asiakkaalle annettavalla tuella voidaan edistää hoitoon sitoutumista, kun taas epäselvä ohjaus saa aikaan asiakkaissa hämmennystä ja vaikuttaa sitä kautta hoitoon sitoutumiseen. (Lunnela 2011, 82; Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206.) Leikkola (2014) on saanut tutkimuksessaan saman tuloksen ohjauksen merkityksestä hoitoon sitoutumiseen; ohjauksella on vahva merkitys kotona selviytymiselle, ja se motivoi asiakasta kotona toteutettavaan itsehoitoon. Ohjaustilanteen ilmapiiri ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen tukee kotona selviytymistä. (Leikkola 2014, 54.) Allen, Hutchinson, Brown ja Livingston (2017, 522) toteavat tutkimuksessaan huolellisen ohjauksen ja kotiutussuunnitelman tukevan kotiutumista ja lisäävän asiakkaan luottamusta kotona pärjäämiseen.

Mäkinieniemi, Koljonen, Ojala & Laitinen (2017) ovat tutkineet asiakkaalle annettavaa lääkeohjausta sairaalasta kotiuttaessa. Tutkimuksen mukaan asiakkailla on epätietoisuutta omasta lääkehoidostaan, varsinkin koskien lääkitykseen tehtyjä muutoksia. Tutkimuksen mukaan ohjauksessa tulisi käydä asiakkaan kanssa läpi uusien lääkityksien aloitukset ja mahdollisten vanhojen lääkitysten tauotus tai lopetus. Lääkehoidon noudattamatta jättämisen riskit ja vastuu tulee kertoa asiakkaalle tarkasti. Asiakkaan kotiutuessa tärkeää on tarkistaa hänen lääkityksensä kokonaisuudessaan ja varmistaa, että hän ymmärtää lääkitykseen tehdyt mahdolliset muutokset. (Mäkinieniemi ym. 2017, 262-273.) Palosen, Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2016) sekä Lunnelan (2011) tutkimukset tukevat lääkehoidon ohjauksen tärkeyttä. Lääkehoidon ohjauksessa asiakkaat toivovat selkeyttä ja konkreettisuutta. Lääkehoidon ohjaus tulee olla yksityiskohtaista ja asiakkaalle on annettava mukaan ajantasainen lääkelista. (Lunnela 2011, 72; Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 67.)

Asiakkaiden erilaisuus ja heidän erilaiset elämäntilanteensa asettavat haasteita ohjaavalle hoitajalle. Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen vaatii hänen elämäntilanteensa sekä sitoutumisen selvittämisen. Mikäli asiakkaan taustatekijöitä ei huomioida, ei ohjaaminen välttämättä ole yksilöllistä ja asiakkaan tarpeita vastaavaa. Tällaisia taustatekijöitä ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä ympäristötekijät. (Kyngäs ym. 2007, 27–28; Rankinen ym. 2007, 117; Lipponen ym. 2008, 132.) Rankisen ym. (2007, 117) tutkimuksen mukaan asiakkailla on puutteita saamassaan ohjauksessa taloudellisista ja sosiaalisista osa-alueista.

Ohjaustarpeisiin vaikuttaa myös asiakkaan sukupuoli. Naiset tarvitsevat määrällisesti enemmän ohjausaikaa ja ohjauksen sisältöön arkielämästä selviytymiseen liittyvää neuvontaa. Näiden lisäksi naiset kaipaavat enemmän henkistä tukea. Lisätukea ohjaukseen tarvitsevat ikääntyneet sekä yksin asuvat asiakkaat. (Kähkönen ym. 2012, 207.) Rankinen ym. (2007) toteavat, että iältään nuoremmat, naisasiakkaat sekä korkeasti koulutetut asiakkaat tarvitsevat enemmän huomiota ja potilasohjausta. Hoitohenkilökunnan on

huomioitava asiakkaan odotukset ja tarpeet ohjauksen toteuttamisessa laadun varmistamiseksi. (Rankinen ym. 2007, 117–118.)

Farahani, Mohammadi, Ahmadi ja Mohammadi (2013) ovat tutkineet asiakkaan ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä sairaanhoitajien näkökulmasta. Organisaatiokulttuurilla on vaikutusta ohjauksen laatuun. Organisaationjohto ei aina panosta tarpeeksi hoitohenkilökunnan toteuttamaan ohjaukseen. Tutkimus osoittaa, että esimiehiltä saatu tuki ja motivointi parantaa organisaatiokulttuuria ja motivoi hoitohenkilökuntaa laadukkaaseen ohjaukseen. Myös lääkäreiden ja hoitajien välinen yhteistyö koetaan vaikuttavan motivaatioon positiivisesti. Tuen puute on yhteydessä hoitohenkilökunnan haluttomuuteen laadukkaaseen ohjaukseen. (Farahani, Mohammadi, Ahmadi & Mohammadi 2013, 137.) Zakrissonin ja Hägglundin (2010) tutkimuksen mukaan tuen puute aiheuttaa hoitohenkilökunnassa epävarmuutta ja turvattomuutta, mikä heikentää potilasohjauksen laatua. Hoitajat kokevat usein jäävänsä yksin ohjauksen toteuttamisen kanssa. Kollegoilta saatu tuki potilasohjaukseen lisää uskoa ja motivaatiota ohjauksen toteuttamiseen. (Zakrisson & Hägglund 2010, 150, 153.)

Ohjaustoimintaa heikentävät ohjauksessa hyödynnettävien tilojen ja välineistön puutteellisuus (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 131). Ohjauksen onnistumiseen ja laatuun vaikuttaa asiakkaan taustatekijöiden lisäksi hoitajan omat taustatekijät; kuinka sitoutunut ja motivoitunut hän on ohjaukseen (Kyngäs ym. 2007, 27). Lipposen (2014, 59) tutkimuksen mukaan osa hoitohenkilökunnasta pitää ohjausta turhauttavana ja työajan hukkaamisena, mikä koetaan olevan pois toisista työtehtävistä. Kääriäinen (2017, 120) on saanut tutkimuksessaan saman tuloksen hoitohenkilökunnan asenteiden vaikutuksesta ohjaukseen.

Hoitohenkilökunnan toteuttaman potilasohjauksen taso on kehittynyt ja hoitohenkilökunnan ohjaustaidot koetaan useiden tutkimusten perusteella hyväksi (Kääriäinen 2007, 91; Lipponen ym. 2008, 133; Eloranta ym. 2014, 71, Tervo-Heikkinen ym. 2018, 189). Asiakkaiden kyky ymmärtää kirjallisten ohjeiden sisältö ja sen sisältämä ohjaus vaikuttaa potilasohjaukseen ja laatuun sekä hoitoon sitoutumiseen. (Engel ym. 2012, 1042.) Palosen, Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2016, 66) tutkimuksen mukaan kirjallisissa ohjeissa tulisi olla merkittynä selkeästi jatkohoitoa koskevat tiedot. Allenin, Hutchinsonin, Brownin ja Livingstonin (2017, 524) tutkimuksessa todettiin, että kirjallinen tieto on hyvin yleisellä tasolla kirjoitettua, eikä palvele yksilöllisesti asiakasta. Palosen (2016) tutkimus tukee löydöstä. Sen mukaan kotihoito-ohjeiden tulee olla konkreettisia ja asiakkaan kotona pärjäämistä tukevia. (Palonen, 2016, 54.) Sama todetaan Kääriäisen (2007, 91) tutkimuksessa; ohjauksessa tulisi huomioida asiakas yksilöllisesti ja soveltaa ohjausta asiakkaan tarpeiden

mukaan. Palonen, Kaunonen ja Åstedt-Kurki (2016, 66) nostivat tutkimuksessaan kehittä-misehdotuksena kirjallisen lomakkeen, johon hoitohenkilökunta voisi asiakaskohtaisesti merkitä jatkohoitoon liittyvät asiat ja toimenpiteet asiakkaalle muistiin.

Potilasohjauksessa tulisi hyödyntää suullisen ja kirjallisen ohjausmateriaalin lisäksi ryhmä-ohjausta sekä mahdollisesti myös opetusvideoita. Kirjallisen sekä audiovisuaalisen oh-jausmateriaalin yhdistäminen ja sen käyttäminen ohjauksessa edesauttaa tehokkaan muutoksen saavuttamista asiakkaan tietämyksessä ja käyttäytymisessä. (Frederics, Gu-ruge, Sidani & Wan 2010, 158; Lunnela 2011, 83; Eloranta ym. 2014, 63-73.) Lunnelan (2011, 84) tutkimuksen mukaan asiakkaat kokevat internetin keskeisenä osana potilasoh-jausta, ja ovat kiinnostuneita siitä ohjausmetodina.

Hoitohenkilökunnan tulee käyttää monipuolisesti erilaisia ohjausmetodeja ja -välineitä oh-jaustuloksen parantamiseksi. Ryhmäohjauksen avulla voitaisiin luoda asiakkaiden välille tukiverkostoa vertaistuen kautta. Erikoissairaanhoidossa tapahtuu muutoksia, kuten osas-tojaksojen lyhentymistä ja muutokset vaikuttavat myös potilasohjaukseen, sillä potilasoh-jaukselle jää entistä vähemmän aikaa. (Frederics, Guruge, Sidani & Wan 2010, 158; Lun-nela 2011, 83; Eloranta ym. 2014, 63-73.) Asiakkaiden vastuu itsensä hoidosta kasvaa tu-levaisuudessa, ja heidän sekä omaisten vastuulle pyritään siirtämään hoitotilanteita, joita on turvallista toteuttaa kotona omatoimisesti. Näissä tapauksissa potilasohjaus korostuu entisestään, sillä asiakkaan hoidon turvallisuus on taattava ja minimoitava vahingon mah-dollisuus. (Bedman 2008, 820.)

4.3 Kotiuttava hoitaja ja kotiutusprosessi osastolla 54

Keuhkosairauksien vuodeosastolla on käytössä kotiuttava hoitaja -malli. Kotiuttavan hoita-jan työn tavoitteena on turvallisen kotiutumisen tai jatkohoitoon siirtymisen suunnittelu ja järjestäminen yhteistyössä lääkäreiden ja muun osaston hoitohenkilökunnan sekä omais-ten kanssa. Kotiutusprosessiin osallistuvat myös Case Manager -tiimi, kotiutushoitajat, jat-kohoitopaikat ja koordinoitikeskus. Tavoitteena vuodeosastolta kotiutumisessa on auttaa ehkäisemään turhia sairaala- ja laitoshoidonjaksoja. Kotiuttava hoitaja toimii kotiutusproses-sin koordinaattorina. Kotiuttavan hoitajan tehtävänä on turvata asiakkaan kotiutuminen niin, että tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus sujuu turvallisesti hänen kotiutuessaan vuode-osastolta. Kotiuttava hoitaja järjestää tarvittaessa asiakkaalle jatkohoitopaikan tai kotihoi-don palveluita, esimerkiksi kotisairaala tai kotihoidon palvelut, turvallisen kotiutumisen ta-kaamiseksi. Kotiuttava hoitaja -malli on käytössä myös muilla vuodeosastoilla Päijät-Hä-meen keskussairaalassa, mutta toimintatavat vaihtelevat osastoittain.

Kotiuttava hoitaja kartoittaa asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä ja arvioi hänen kotona pärjäämistään ja tukipalveluita, joita asiakas mahdollisesti tarvitsee osastohoidon jälkeen. Asiakasta ja hänen omaisiaan informoidaan mahdollisista asuinkunnan palveluista ja kannustetaan kotona pärjäämiseen. Kotiuttava hoitaja ohjaa ja neuvoo asiakasta ja tarvittaessa myös omaisia kotiutuksen yhdessä. Hän kertoo lääkärinkierrolla sovitut jatkohoitoon liittyvät asiat ja neuvoo kontrolliaikojen varauksissa. Kotiuttava hoitaja ohjaa lääkereseptien ja lääkkeiden kanssa, ja käy asiakkaan kanssa läpi kotihoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti. Asiakaspäällikön asiakkaiden oma Case manager tuntee omat asiakkaansa ja huolehtii siksi heidän jatkohoitonsa järjestämisestä. Ajoittain tehdään kuitenkin päällekkäistä työtä, jos tiedonkulku on katkennut, eikä asiakkaan huomata olevan asiakaspäällikön asiakas.

Lipponen, Kanste, Kyngäs ja Ukkola (2008, 131) toteavat etteivät hoitajat tiedä asiakkaan hoidon jälkeisestä voinnista, joten ohjauksen mukaisen hoidon toteutumista ei voi arvioida. Kotiuttavan hoitajan työnkuvaan kuuluvat takaisinsoitot osastolta kotiutuneille asiakkaille. Valikoiduille asiakkaille soitetaan 72 tunnin kuluttua kotiutumisesta. Takaisin soiton tarkoituksena on varmistaa, että jatkohoitoon liittyvät asiat ovat asiakkaan tiedossa ja varmistaa turvallisen kotiutuksen onnistuminen sekä antaa asiakkaalle ohjausta, neuvontaa ja tukea kotona pärjäämiseen osastohoitojakson jälkeen. Takaisinsoitot asiakkaille ovat tärkeä osa jatkohoittoa. Kotiutuvalla asiakkaalla annetaan osaston yhteystiedot ja kehoitetaan myös soittamaan, jos jatkohoidossa on epäselvyyksiä tai tulee mieleen kysymyksiä.

Kotiuttavan hoitajan työaika on osastolla klo 8.30-16.30. Päivä alkaa hoitotyönyhteenvetojen kirjoittamisella tai päivittämisellä. Jokaisella kotiutuvalla tai jatkohoitoon siirtyvällä asiakkaalla tulee olla hoitotyönyhteenveto tehtynä. Seuraavaksi kotiuttava hoitaja soittaa takaisinsoitot. Lääkärinkierron alkaessa kotiuttava hoitaja seuraa potilastietojärjestelmästä lääkärinmääräyksiä, vastaavan hoitajan kirjauksia ja aloittaa kotiutuvien asiakkaiden jatkohoidon järjestämisen. Loppupäivän kotiuttava hoitaja ohjaa asiakkaita siinä järjestyksessä kuin lääkäri tekee asiakkaille paperit: lääkelistan, reseptit ja sairauslomatodistuksen valmiiksi. Kotiutuksista päätetään monesti myös lääkärin kierron jälkeen, jos erikoistuva lääkäri on kiertänyt ilman erikoislääkäreitä. Tällöin kotiutuksesta tulisi kertoa erikseen kotiutuvalla hoitajalle, jottei asiakkaan kotiutuminen myöhästy tietokatkoksen vuoksi.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄT

5.1 Palvelumuotoilu kehittämishankkeen lähestymistapana

Sosiaali- ja terveysalalla tulevat muutokset vaativat innovatiivista ja ennakkoluulotonta kehittämistä ja johtamista. Palvelumuotoilu nähdään tulevaisuuden mahdollisuutena tuottaa julkisella sektorilla yhä parempia ja kustannustehokkaampia palveluita. (Aalto 2014, 231-232.) Palvelumuotoilussa lähtökohtana on asiakkaiden tavoitteiden ja toiveiden ymmärtäminen ja sitä kautta niiden kehittäminen asiakkaiden tarpeita vastaaviksi (Ahonen 2017, 36).

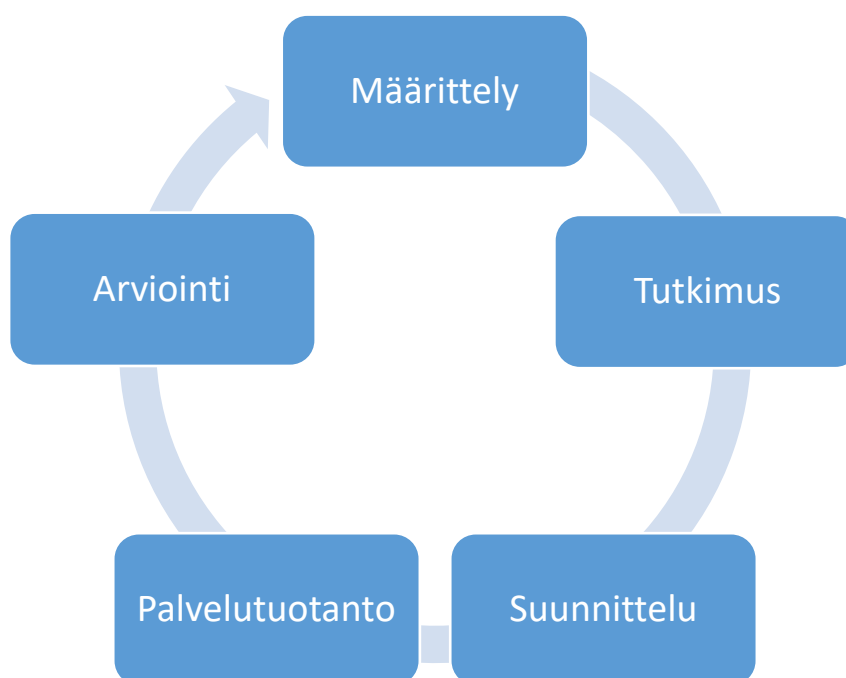
Palvelu itsessään on prosessi, missä palvelu on asiakkaan ongelman ratkaisussa keskiössä. Palvelumuotoilu on asiakaslähtöinen tapa palveluiden ja toiminnan kehittämiseen. Palvelumuotoilulla tavoitellaan taloudellisesti, sosiaalisesti ja ekologisesti kestäviä tuotteita. Palvelumuotoilun tavoitteena on asiakkaiden ja heidän elämän sekä tarpeiden parempi ymmärtäminen, jotta toimintaa voidaan kehittää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Myös organisaation rakenteiden kehittäminen on vahva osa palvelumuotoilua. Tämä tukee myös henkilökunnan työtyytyväisyyttä. Yleensä palvelumuotoilu nähdään palvelevan yksityisen sektorin tarpeita, mutta myös julkisella sektorilla on tarvetta kehittää palveluita innovatiivisesti. Julkisella sektorilla palvelumuotoilun avulla tuotetut paremmat palvelut ja toimivat ratkaisut säästävät resursseja ja lisäävät asiakastytyväisyyttä. (Tuulaniemi 2011, 58, 95, 110 – 111; Ahonen 2017, 34.)

Palvelumuotoilun määrittelemisen on monimuotoista, sillä palvelun kehittäminen on uuden luomista ja täten ainutkertaista. Palvelumuotoilu on systemaattista toimintaa, jonka avulla voidaan organisaatiossa havaita palveluiden strategiset mahdollisuudet sekä innovoida uusia palveluita ja kehittää jo toiminnassa olevia palveluita. Palvelumuotoilussa yhdistetään käyttäjän tarpeet ja odotukset sekä palveluntuottajan tavoitteet, jotta saavutetaan toimiva palvelu. (Tuulaniemi 2011, 58, 72.)

Terveydenhuollossa palveluntuottajat keskittyvät asiakaskeskeisen hoidon järjestämiseen ja pyrkivät parantamaan hoidon laatua (Lee 2011, 62). Palvelumuotoiluprosessi alkaa asiakkaiden tarpeiden ymmärtämisestä. Asiakasymmärryksen kautta saavutetaan parempi asiakaskokemus asiakkaiden arvojen ja tarpeiden määrittämisen kautta. Ilman asiakkaan tarpeiden arvioimista ja ymmärtämistä ei voida kehittää palveluita asiakkaiden toiveiden mukaisesti ja lisätä arvoa palvelulle. (Tuulaniemi 2011, 71; Ahonen 2017, 37.) Asiakaskokemus on keskeinen näkökulma kehitettäessä palveluita palvelumuotoilun keinoin. Asiakaskokemus jakautuu kolmeen tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Toiminnan taso merkitsee palvelun kykyä vastata asiakkaan tarpeisiin, sujuvuutta, tehokkuutta ja

käytettävyyttä. Tunnetaso tarkoittaa asiakkaan palvelun käyttämisestä seuraavia välittömiä tuntemuksia, miellyttävyyttä, helppoutta tai kiinnostavuutta. Merkitystaso tarkoittaa palvelukokemukseen liittyviä merkitysulottuvuuksia, esimerkiksi kokemus siitä, että asiakas on tärkeä ja hänestä välitetään. (Miettinen 2011, 18; Tuulaniemi 2011, 71, 74.)

Palvelumuotoiluprosessilla tarkoitetaan luovan ongelmanratkaisun käytäntöjä noudattelevaa prosessia. Prosessi on eri tapahtumien muodostama kokonaisuus, joka alkaa asiakkaan tarpeesta ja päättyy asiakkaan tyytyväisyyteen saadusta palvelusta. (Ahonen 2017, 38.) Prosessin avulla säästetään työntekijöiden voimavaroja sekä luodaan tilaa luovudelle vapauttamalla aikaa rutiineista. Palvelumuotoiluprosessin avulla pystytään hahmottamaan palvelun kehittämismallia ja voidaan huomioida koko prosessi laajemmin. Palvelumuotoiluprosessi koostuu eri vaiheista; määrittely, tutkimus, suunnittelu, tuotanto ja arviointi (kuvio 2). Prosessia voidaan soveltaa erilaisten palveluiden kehittämiseen. (Tuulaniemi 2011, 126) Palvelumuotoiluprosessissa tutkija toimii koordinaattorina eri vaiheiden ja sidosryhmien välillä (Miettinen 2011, 32).



KUVIO 2. Palvelumuotoiluprosessi (mukaillen Tuulaniemi 2011, 130.)

Palvelumuotoiluprosessi alkaa määrittelyllä. Aluksi määritetään ongelma tai kehittämistarve, jota ollaan ratkaisemassa. Sen jälkeen laaditaan kohdeorganisaation kanssa

yhteiset tavoitteet suunnitteluprosessille. Määrittelyvaiheeseen voidaan liittää esitutkimus, jonka avulla määritetään kohdeorganisaation nykytila ja kohderyhmä. Määrittelyn tavoitteena on luoda ymmärrystä palvelun tuottavasta tahosta ja sen tavoitteista. Palveluidean hahmottaminen sekä toteutustapojen ja mahdollisuuksien kartoittaminen kuuluvat palvelumuotoiluprosessin määrittelyvaiheeseen. (Tuulaniemi 2011, 130.) Asiakkaiden hyödyntäminen suunnitteluprosessissa lisää palvelutarpeiden ja uusien ideoiden kohtaamista palvelukokemuksen kehittämisessä. Palvelukokemus selkeytyy tutkijalle, ja sen kautta voidaan parantaa palvelun kehittämisen laatua. (Miettinen 2011, 29.)

Tutkimusvaihe koostuu asiakasymmärryksestä ja strategisesta suunnittelusta. Palvelun kehittämisessä asiakkaan kokemus palvelusta toimii lähtökohtana. Tutkimusvaiheessa rakennetaan yhteinen ymmärrys kehittämiskohteesta, toimintaympäristöstä, resursseista ja tarpeista. Samalla tarkennetaan palvelun tuottajan strategisia tavoitteita. (Tuulaniemi 2011, 130.)

Prosessin suunnitteluvaiheessa eli ideointivaiheessa toimitaan luovasti mieltien erilaisia vaihtoehtoja suunnitteluhaasteen ratkaisuksi. Suunnitteluvaiheessa huomioidaan ja selvitetään asiakkaiden tarpeita palvelun kehittämiseksi. Ideointivaiheessa hyödynnetään kohderyhmää ja kohdeorganisaation henkilökuntaa, ja toimitaan yhdessä palvelun kehittämiseksi. Lisäksi määritetään mittarit palvelun tuottamiseen. (Tuulaniemi 2011, 131; Ahonen 2017, 53.)

Palvelutuotannossa konsepti viedään asiakkaille nähtäväksi, jotta asiakkaat saavat testata palvelua. Palvelun kehittäminen on tämän ansiosta mahdollista asiakkailta saadun palautteen perusteella. Palvelukuvausta dokumentoidaan ja toteutusmallia täsmennetään asiakaslähtöisemmäksi. Palvelutuotannon tavoitteena on lisätä ymmärrystä asiakkaille sekä kohdeorganisaatiolle siitä, mitä palvelun toteuttaminen vaatii. (Tuulaniemi 2011, 131.)

Palvelumuotoiluprosessiin kuuluu koko prosessin ja sen onnistumisen arviointi. Arvioinnin tavoitteena on vakiinnuttaa palvelu kohdeorganisaation arkeen sekä kehittää jatkuvasti omaa toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Jatkovaa palvelun arviointia tulee toteuttaa, jotta palvelutapahtumaan tehtyjä muutoksia voidaan arvioida. Palvelun toteutumista mitataan markkinoilla sekä vielä muokataan saatujen palautteiden ja asiakaskokemusten mukaan. (Tuulaniemi 2011, 131.)

Palvelumuotoilussa käytetään suunnittelun työkaluna palvelukokemuksen kuvausta helpottamaan vuoropuhelua sidosryhmien kanssa ja ideoiden kehittämistä suunnittelututkimisissa. Nämä työkalut yhdistävät palvelukuvauksen kuvakäsikirjoille tyypillisten ominaisuuksien kanssa, kuten esimerkiksi integroidut kuvitukset, niiden luettavuuden parantamiseksi ja viestinnän selkeyttämiseksi. (Diana, Pacenti & Tassi 2009, 70.)

Palvelumuotoilun suunnittelun työkaluja ovat prototypointi, skenaariot, arviointimatriisit ja service blueprint eli palvelumalli. Prototypoinnissa erilaisten palveluiden toimivuutta voidaan kokeilla rakennetussa ympäristössä. Skenaariot kuvaavat sarjakuvan keinoin käsikirjoituksen uudesta palvelusta. Arviointimatriisilla erilaisten palvelukonseptien soveltuvuutta eri asiakasprofiileille voidaan arvioida. Palvelukertomus kuvaa asiakkaan ideaalisen palvelukonseptin mukaisen palvelukokemuksen. Service blueprint kuvaa asiakkaan palvelukokemuksen huomioiden palveluntuottajan toimijat ja kontaktipisteet, joissa asiakas kohtaa palveluntuottajan. Service blueprintiä käytetään yleensä jo olemassa olevan palvelun kehittämiseen. (Tuulaniemi 2011, 196, 207, 212.) Palvelumuotoilussa voidaan hyödyntää monia eri työmenetelmiä ja -välineitä. Keskeisintä menetelmien valinnassa on saatavan hyödyn maksimoiminen. (Ahonen 2017, 40.)

5.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Kehittämishankkeessa käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, jotta haastattelutilanteessa saatiin tilaa myös avoimelle keskustelulle. Haastattelut toteutettiin puhelimitse, sillä halusimme haastattelun toteuttamisen olevan mahdollisimman vaivatonta sairaalasta kotiutuneelle asiakkaalle. Myös pian kotiutuksen jälkeen haastateltavan asiakkaan terveydentila olisi voinut olla esteenä haastatteluun osallistumiselle muualla kuin kotona. Haastatteluiden pituus on peruste myös sille, että haastattelu oli hyvin toteutettavissa puhelimitse. Haastattelut nauhoitettiin, jottei haastattelun vuorovaikutus rikkoudu muistiinpanojen kirjoittamisen takia.

Haastattelua käytetään, kun halutaan tarkemmin tietoa tutkimusongelmasta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Haastattelu on hyvä tiedonkeruumenetelmä, kun muutoksen kohteena ovat ihmiset sekä heidän toimintansa. (Kananen 2014, 87.) Haastattelu mahdollistaa kohdeorganisaatiosta nousseiden havaintojen selventämisen (Huovinen & Roivio 2006, 109). Ruusuvuoren ja Tiittulan (2017, 47) mukaan haastattelun päämääränä on kannustaa ja ohjata haastateltavaa vastaamaan sekä kohdistamaan haastateltavaa tiettyihin teemoihin. Haastattelu on menetelmä, jonka tavoitteena on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavan henkilökohtaisista ajatuksista koskien tutkimusongelmaa ja löytää todellinen ongelma ja siihen johtavat syyt (Kananen 2015, 81).

Haastattelun ominaispiirre on joustavuus; tutkija ja tutkittava voivat keskustella avoimesti ja tarkentaa kysymystä tarvittaessa. Haastateltavat ovat henkilöitä, jotka liittyvät vahvasti tutkittavaan ongelmaan. Haastattelulla kerätyllä tiedolla voidaan ymmärtää ongelmaa sekä sen parissa toimivia henkilöitä. Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna kasvotusten tutkijan ja tutkittavien välillä, mutta se voidaan järjestää myös puhelimitse tai muita tietoteknillisiä välineitä hyödyntäen. (Kananen 2015, 81–82; Tuomi &

Sarajärvi 2018, 85.) Kananen (2014, 97) toteaa muistiinpanojen kirjoittamisen kesken haastattelun häiritsevän aitoa vuorovaikutusta.

Teemahaastattelua käytetään löytämään vastauksia tutkimusongelmaan tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Teemahaastatteluun valitut teemat nousevat tutkittavan ongelman teoreettisesta viitekehystä. Kysymysten suhde viitekehukseen vaihtelee tutkimusongelman mukaan. (Hyvärinen 2017, 21; Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.) Teemahaastattelussa edetään ennalta määriteltyjen teemojen eli aiheiden mukaisesti. Teemojen tarkoituksena on ohjata haastattelua ja varmistaa, että kaikkia tutkittavaan ongelmaan liittyviä aihepiirejä käsitellään haastattelussa. Haastattelussa on tärkeää oikein asetetut kysymykset, sillä niiden avulla kerätään tietoa ongelmasta. (Tuomi & Hirsjärvi 2008, 88; Kananen 2014, 87, 91–92.) Teemat toimivat haastattelun ohjaavina elementteinä ja niitä tarkennetaan kysymysten avulla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66).

Hirsjärven ja Hurmeen (2018, 64) mukaan haastateltaville, joita tutkija ei tapaa aikaisemmin, tulee laatia asiallinen kirje, jolla haastateltavaa lähestytään. Saatekirjeellä tarkoitetaan informatiivista tekstiä, joka sisältää tietoa tutkimuksesta. Saatekirjeestä on käytävä ilmi, mihin tarkoitukseen tutkittavan tietoja ja mielipiteitä käytetään. Sen perusteella tutkittavat voivat päättää, haluavatko osallistua tutkimukseen vai kieltäytyä osallistumisesta. (Vilkkä 2007, 80–81; Kuula 2011, 101.) Hyvä saatekirje on yhteydessä vastaus- ja osallistumisprosenttiin. Saatekirjeen avulla saavutetaan tutkittavien luottamus ja herätetään motivaatio osallistua tutkimukseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 133.)

Puhelinhaastattelu sopii lyhyisiin haastatteluihin. Puhelimessa toteutettava haastattelu voi lisätä kiinnostusta osallistumiseen sen helppouden ja yksityisyyden säilyttämisen vuoksi. Puhelinhaastattelu voi lisätä mahdollisuutta rehellisempiin vastauksiin, kun haastateltava ei kohtaa haastattelijaa kasvojen välillä. Puhelinhaastattelussa haastattelijan on oltava tarkempi äänen sävyjen tulkitsemisessa, sillä eleiden tulkinta ei ole puhelimitse mahdollista. Haastattelijalta vaaditaan taitoa osoittaa kuuntelemistaan ja kiinnostustaan haastateltavaa ja hänen vastauksiaan kohtaan. (Ikonen 2017, 271–272.)

Kehittämishankkeen tiedonkeruumenetelmäksi puhelinhaastattelu valikoitui sen helpon toteutettavuuden vuoksi. Asiakkaiden näkökulmasta haastatteluun oli myös helppoa osallistua. Tutkimukseen osallistuvat saivat saatekirjeen, joka sisälsi tietoa tutkimuksesta (Liite 2). Teemahaastattelu antoi vapauden esittää tarkentavia kysymyksiä valittuihin teemoihin liittyen ja antoi siksi hyvin tietoa kehittämiskohteista kotiutusprosessissa.

5.3 Oppimiskahvila

Oppimiskahvila eli learning cafe on yksi osaamisen kehittämisen menetelmä, jonka avulla voidaan jakaa ja kehittää yhteistä tietoa. Oppimiskahvilassa osallistujat jaetaan pienryhmiin, jotta tietoa ja henkilökohtaisia näkemyksiä olisi helppoa tuoda esille vapaassa ilmapiiirissä. Oppimiskahvilan avulla pyritään lisäämään ryhmätyöskentelyn ja yhteisen päätöksenteon osaamista. Sen avulla edistetään avointa keskustelua ja tiedon jakamista ihmisten välillä. Tavoitteena on saavuttaa yhteinen näkemys, johon kaikilla on ollut mahdollisuus osallistua. (Sydänmaanlakka 2009, 206–207.) Tavoitteena on myös oppia muilta ja saada laajasti uusia näkökulmia, ideoita, ajatuksia ja ehdotuksia eri näkökulmista moniammatillisesti tarkasteltuina. (Innokylä 2019)

Oppimiskahvilamenetelmä on prosessi, jolla ratkaistaan ongelmia tai kysymyksiä teemoittain ryhmätyön avulla. Menetelmä soveltuu ryhmille, joissa on kaksitoista tai enemmän osallistujia. Aluksi jakaannutaan pienryhmiin pöytäkunnittain. Prosessin edetessä pöytäryhmien jäsenet vaihtavat pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille asettunut ryhmä tarkastelee ja pohtii aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. Teemat tai kysymykset ovat usein valmiiksi suunniteltu, mutta ne voidaan myös valita ryhmittäin. Joka pöydällä on eri teema ja puheenjohtaja, joka pysyy omassa pöydässään. Puheenjohtaja avaa keskustelun sopivalla kysymyksellä tai virikkeellä ja osallistujat saavat vapaasti ideoita ja jakaa ajatuksiaan aiheesta. Puheenjohtaja pitää huolen, että sovitussa aiheessa pysytään ja jokainen saa kertoa mielipiteensä. Keskustelun jälkeen ryhmä vaihtaa pöytää ja uudessa pöydässä puheenjohtaja alustaa keskustelun ja esittelee edellisen ryhmän näkemykset. Ryhmät voivat vaihtaa pöytää useita kertoja riippuen aikataulusta ja käsiteltävien teemojen ja osallistujien määrästä. Näkökulmia voidaan vaihtaa prosessin edetessä ja esittää lisäkysymyksiä. Lopuksi puheenjohtajat esittelevät teemoittain tulokset kaikille osallistujille. (Innokylä 2019)

Oppimiskahvilamenetelmän käytössä on riskejä. Osallistujat voivat kokea, että tiedon paljous vaikeuttaa kokonaisuuden hahmottamista tai osallistuminen voi jäädä vajaaksi myös väsymisen tai kiinnostuksen puutteen takia, jos teemoja on liikaa. Tuotetusta tiedosta voi tulla sekava ja hajanainen ja se voi vaatia paljon tulkintaa. Ryhmien keskustelua ohjaavat puheenjohtajat ovat tärkeässä asemassa ja siksi puheenjohtajat on valittava huolella. Haasteeksi voivat muodostua myös eri asiantuntijaryhmien välinen kilpailu. (Innokylä 2019)

Kehittämishankkeeseen valittiin käytettäväksi oppimiskahvilamenetelmä, jotta osaston henkilökunta saisi mahdollisimman paljon osallistua kehittämiseen. Henkilökunnan näkemykset kotiutusprosessista ja sen kehittämisestä ovat hyvin tärkeä osa

kehittämishanketta. Oppimiskahvilamenetelmän avulla selvitettiin vastauksia asiakaspalautteiden tuloksien ja HaiPro-ilmoitusten analyysin ja teorialiedon nostamiin kysymyksiin.

5.4 Aineiston analysointi

Tutkimusprosessin aikana kerätty aineisto tulee analysoida, ja kerätyt aineistot muutetaan tekstimuotoon (Kananen 2014, 106). Analysoinnin tarkoituksena on saada tutkimusongelmasta kerättyä dokumentoitua tietoa sanalliseen muotoon tiivistettynä. Sisällönanalyysi tarkoittaa tutkimuksen kautta syntyneiden dokumenttien, kuten haastatteluiden, saattamista kirjalliseen raportoitavaan muotoon. Analyysin avulla tutkijat saavat selkeyttä aineistosta, ja raportin ja tulosten kirjoittaminen on mahdollista. Tutkimuksen luotettavuus lisääntyy laadukkaana sisällön analyysin kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 119.)

Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Teorialähtöisen sisällönanalyysin perustana toimii aikaisempi teoreettinen viitekehys tai aikaisemmat tutkimukset, joiden perusteella sanojen ja käsitteiden kategorisointi tehdään. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kategoriat nousevat aineistosta, esimerkiksi haastattelun pohjalta. Tällöin aikaisemmat tutkimukset tai teorat eivät ole analyysia ohjaavia tekijöitä. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen, 2013, 166–167.)

Sisällönanalysointi etenee vaiheittainen (kuvio 3). Ensimmäinen vaihe on aineiston, datan, pelkistäminen eli redusointi. Redusoinnin tarkoituksena on karsia tutkimuksellisesti epäolennainen tieto pois, ja tuloksena on tiivistetty aineisto. Seuraava vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi. Aineiston alkuperäisilmaukset käydään läpi ja samaa kuvaavat asiat yhdistetään eri ryhmiksi. Luokittelun avulla aineisto tiivistetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyn jälkeen sisällönanalyysi etenee käsitteellistämisen vaiheeseen eli abstrahointiin. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta ydintieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteiden yhdistämisen kautta vastataan tutkimusongelmaan. Sisällönanalyysin kautta tutkija luo käsityksen tutkimusongelmasta tutkittavien näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)



KUVIO 3. Haastatteluaineiston analyysin vaiheet (mukaillen Hirsjärvi & Hurme 2008, 144).

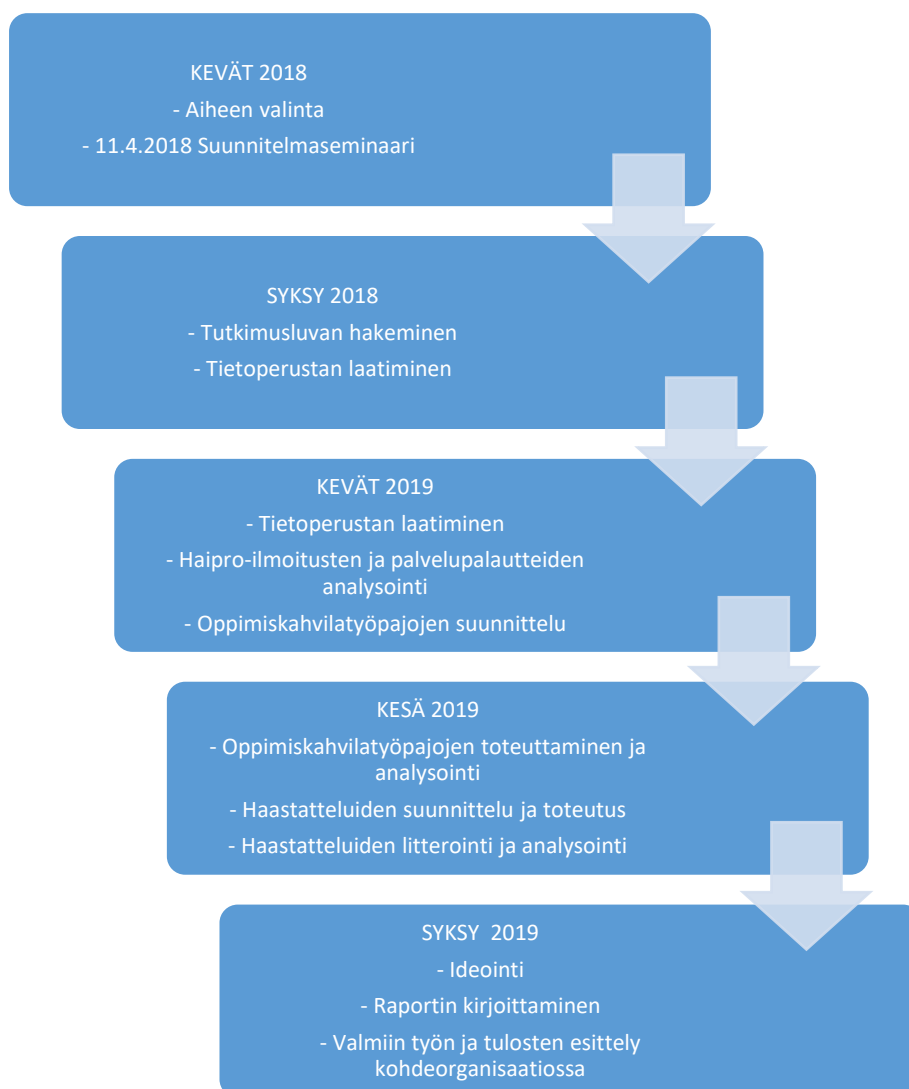
Haastatteluaineiston analyysi aloitetaan aineistoon tutustumisella. Tutkijan on tunnettava aineisto ennen analysoinnin aloittamista; kuinka laaja aineisto on ja miten se järjestetään. Litterointi on tutkijan keino tutustua haastatteluaineistoon tarkemmin. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2011, 10–14.) Litteroinnilla tarkoitetaan erilaisten tutkimusprosessissa kerättyjen tallenteiden, esimerkiksi haastattelujen nauhoitusten, kirjoittamista kirjalliseen muotoon, jotta niitä voidaan käsitellä. Teemahaastattelussa litterointi korostuu, sillä aineisto tulee kirjoittaa tekstimuotoiseksi tarkasti, ja tutkijan rooli on tällöin merkittävä aineiston rajaamisessa. Litteroinnissa huomioidaan puhujan eleet ja äänenpainot sekä tauot, mikäli niillä on merkitystä vastauksen totuudenmukaisuuteen. Yleiskielinen litterointi tarkoittaa tekstin kirjoittamista kirjakiellelle. Teemahaastattelun litteroinnissa käytetään apuna kategorisointia. (Kananen 2014 104–106.) Mikäli litteroitava aineisto on laaja, voidaan aineisto litteroida valikoivasti niin, että tutkimusongelman kannalta olennaiset asiat tulevat esille (Ruusuvuori ym. 2010, 14.)

Aineiston luokittelu luo pohjan sen myöhemmälle tulkinnalle (Hirsjärvi & Hurme 2008, 147). Luokittelussa aineisto käydään läpi ja luokitellaan aineiston ja sen käsitteiden määrittämällä tavalla. Luokittelussa valitaan tutkimusongelmaan sopiva havaintoyksikkö, jota tutkija käyttää. Havaintoyksikköinä voivat olla mm. käyttäytymistavat, asenteet ja erilaiset verbaaliset yksityiskohdat. (Ruusuvuori ym. 2010, 18–20.) Aineiston yhdistelyn avulla tutkija löytää eri luokkien välille yhteyksiä tai samankaltaisuuksia. Haastattelun analysoinnin viimeinen vaihe on raportointi. Tutkija kirjoittaa raportin, joka toimii yhteenvetona haastatteluista. Raportin kautta lukija saa luotettavan tulkinnan haastatteluista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 149, 151–152.)

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

6.1 Kehittämishankkeen aikataulu ja eteneminen

Kehittämishankkeen suunnitelmaseminaari pidettiin huhtikuussa 2018 (kuvio 4). Suunnitelmaseminaarin jälkeen keskustelimme osastolla aiheestamme esimiesten kanssa ja esitimme kehittämishankkeen suunnitelman. Tämän jälkeen haimme tutkimuslupaa. Tutkimuslupaa haettiin Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialajohtajalta ja kehittämishankesuunnitelma hyväksyttiin 3.10.2018 (liite 1). Tutkimuslupaa myönnettiin 2018 vuoden loppuun. Tutkimusluvalla myönnetty aika ei ollut realistinen kehittämishankkeen toteuttamiseen, joten tutkimuslupaun haettiin lisää aikaa 2019 vuoden loppuun asti hyväksytysti.



KUVIO 4. Kehittämishankkeen aikataulu ja eteneminen

Hankkeen kehittämistarpeiden määrittelyvaiheessa laadittiin tietoperusta, jossa huomioitiin teorian tiedon lisäksi toiminta keuhkosairauksien vuodeosastolla. Palvelumuotoiluprosessin tutkimusvaiheeseen kuuluu tiedostettujen ja tiedostamattomien tarpeiden määrittely, jotta voidaan lisätä tutkijoiden ymmärrystä käyttäjien tarpeista ja odotuksista. Asiakastutkimuksilla voidaan tarkentaa kehittämishankkeen ongelman määrittelyä. (Tuulaniemi 2011, 128, 130.) Halusimme selvittää ennen kehittämishankkeemme tutkimusvaihetta kohdeorganisaatiossa esiintyviä kotiutusprosessin kehittämiskohteita sekä henkilökunnan että asiakkaiden näkökulmasta. Keräsimme vuodenaikana 3/2018 – 3/2019 saatuja Hai-pro-haittatapahtumailmoituksia ja asiakkaiden antamia palvelupalautteita. Rajasimme ajankohdan tarkoituksella vuodeksi, sillä Hai-pro-ilmoitukset ja palvelupalautteet eivät ole opinnäytetyömme keskiössä. Hai-pro-ilmoitusten ja palvelupalautteiden käsiteltävä osa-alue rajattiin kotiutusprosessiin liittyviin aiheisiin. Halusimme näiden pohjalta kerätä tarkempaa tietoa kehittämistarpeesta. Kerätty tieto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä ja luotiin näkemys kehittämishankkeen ongelmakohdista. Analyysia esittelemme tarkemmin seuraavassa kappaleissa 7.1 ja 7.2. Hai-pro-ilmoitusten ja palvelupalautteiden analyysin avulla loimme pohjan haastattelulomakkeelle sekä oppimiskahvilan toteutukselle. Tämän kautta koimme, että voimme vastata parhaiten kohdeorganisaation kehittämiskohteisiin.

Kehittämishankkeen tutkimusvaiheessa hyödynnettiin toimintatutkimuksen menetelmiä haastatellen asiakkaita ja osallistaen henkilökuntaa oppimiskahvilatyöpajoissa. Oppimiskahvilan tulokset kerättiin osallistujien kirjoittamista taulupapereista ja käsiteltiin sisällön laadullisen analyysin avulla. Tutkimusvaiheessa kerätty tieto käsiteltiin myös laadullisen sisällönanalyysin avulla ja luotiin pohja suunnitteluvaiheelle, jossa ideoitiin palvelumuotoilun keinoin uusia palvelumalleja, jotka esitettiin kehittämissuosituksen muodossa.

6.2 Oppimiskahvilatyöskentelyn suunnittelu ja toteutus

Oppimiskahvilaa varten laadittiin kysymykset analysoimalla palvelupalautteita. Palvelupalautteiden tarkempi analyysi on esitelty kappaleessa 7.1. Palvelupalautteiden analysoinnin kautta muodostettiin kolme käsiteltävää aihetta oppimiskahvilatyöpajoissa. Kysymysten asettelun tavoitteena oli, että osallistujat keksisivät uusia ideoita ja listaisivat vanhoja keinoja edistää kotiutusprosessin turvallista ja asiakaskeskeistä toteutumista. Yhteisen näkemyslöytämisen löytäminen keskustelemalla on tärkeintä oppimiskahvilassa (Sydänmaanlakka 2009, 206), siksi teemat valittiin siten, että kaikilla osallistujilla olisi näkemys niistä.

Palvelupalautteista nousi yhden kysymyksen teemaksi kotona pärjäämisen varmistaminen. Palvelupalautteissa näkyi yhteystietojen asiakkaalle antamisen olevan vaihtelevaa. Potilasohjaus on haastava ja laaja alue ja siksi pyrittiin keräämään lista asioista, jotka

jokaisen asiakkaan ohjaukseen kuuluu eli mitä jokaisen kotiutujan kuuluu tietää. Oppimiskahvilan kysymykseen teemat vuorovaikutus ja ajan antaminen asiakkaalle tiivistettiin käsitteen palvelualltiis alle. Palvelupalautteissa eniten vaihtelua saaneiden väittämien ja teoriapohjan perusteella muodostettiin kysymykset:

Kuinka varmistaa asiakkaan kotona pärjääminen?

Mitä jokaisen kotiutujan tulisi tietää ja osata kotiutuessaan keuhkosairauksien osastolta?

Miten lisätä kotiutuksessa palvelualltiuden näkymistä asiakkaille ja omaisille?

Oppimiskahvila-työpajatyöskentely toteutettiin 10.5.2019 Keuhko-osaston henkilökunnalle. Oppimiskahvilan suunnittelusta neuvoteltiin keuhko-osaston osastonhoitajan kanssa, jotta osaston hoitohenkilökunnan osallistuminen pystyttiin järjestämään. Kotiuttavien hoitajien, lähihoitajien ja sairaanhoitajien osallistuminen mahdollistettiin osaston työvuorosuunnittelulla. Osastonhoitaja kutsui mukaan asiakasohjaajan, sihteeri ja lääkärit. Toteutukset oli jaettava kahteen eri työskentelykertaan, jotta mahdollisimman moni pääsi osallistumaan.

Toteutimme oppimiskahvilan Päijät-Hämeen keskussairaalan tiloissa, jotta työpajaan osallistuminen olisi mahdollisimman vaivatonta henkilökunnalle. Olimme varanneet työskentelylle valmiiksi tilan, jotta työskentely onnistuu ilman häiriöitä. Menimme paikalle hyvissä ajoin, jotta pystyimme valmistelevaan oppimiskahvilan toteutuksen valmiiksi. Aloitimme työskentelyn yhteisellä kahittelulla rennon tunnelman luomiseksi. Toteutus aloitettiin esittelemällä kehittämishanke, sen tavoitteet ja tarkoitus. Kerroimme osallistujille oppimiskahvila -työskentelytavasta ja sen toteutuksesta. Halusimme varmistaa, että jokainen tietää työskentelylle ja toiminnalle asetetut tavoitteet.

Ensimmäinen oppimiskahvila toteutettiin aamupäivällä klo 8-11. Siihen osallistui yhteensä 11 hoitohenkilökunnan edustajaa; kahdeksan sairaanhoitajaa, joista osa oli kotiuttavia hoitajia, osastonhoitaja, asiakaspäällikkö eli case manager ja toimistos sihteeri. Toinen oppimiskahvila toteutettiin iltapäivällä. Ryhmään oli suunniteltu osallistuvan 11 henkilöä, mutta paikalle pääsi vain yhdeksän henkilöä; viisi sairaanhoitajaa, kolme lähihoitajaa ja sihteeri. Toisen toteutuksen loppuvaiheilla myös lääkäri ehti paikalle kuulemaan työpajan tuloksia.

Molempien työpajojen toteutus eteni samanlaisesti. Oppimiskahvilan ryhmät jaettiin ottamalla jako kolmeen, jotta ryhmät muodostuivat tasapuolisesti ja moninaisesti toisin kuin jos ryhmät olisi muodostettu jo vierekkäin istuvista osallistujista. Ryhmät valitsivat itse ryhmän sisällä puheenjohtajat, ja valinta onnistui ryhmien kesken nopeasti. Keskustelu sujui luontevasti ja ryhmätyöskentely oli ongelmaton. Ryhmätyöskentely oli meidän näkökulmastamme sujuvaa ja ilmapiiri työskentelyssä oli vapaa ja salliva. Keskustelua aiheen parissa riitti koko ryhmätyöskentelyn ajan. 15 minuutin jälkeen huomautimme

työskentelyaikaa olevan vielä 5 minuuttia ja 20 minuutin jälkeen ryhmät vaihtuivat. Ryhmän jäsenet siirtyivät seuraavan työskentelypisteeseen. Puheenjohtajat jäivät paikalleen ja kertoivat uusille ryhmäläisille aikaisemman ryhmän ajatukset ja huomiot, jonka jälkeen työskentely jatkui. Kun ryhmätyöskentely oli päättynyt, jokaisen ryhmän puheenjohtaja esitteli yhteisen pohdinnan tulokset ja ajatukset. Tähän varasimme reilusti aikaa, jotta yhteiseen pohdintaan ja keskusteluun jäi aikaa. Jokaisen ryhmän tuotoksen kohdalla yhdessä pohdimme, mitkä ovat keskeiset ajatukset ja kehittämistarpeet. Yhteensä yleiseen keskusteluun kului aikaa tunti. Loppuun kysyimme vielä mielipiteitä työskentelytavasta ja metodista, jotka koettiin yleisesti hyväksi ja toimiviksi. Kiitimme osallistumisesta ja kerroimme lopuksi osallistujille, miten heidän työskentelynsä näkyy kehittämishankkeesamme ja miten raportoimme heidän työskentelynsä työhömmme.

Oppimiskahvilatyöskentely ei ollut täysin ongelmaton. Kaikkien ammattiryhmien edustajia olisi kaivattu mukaan, jotta näkemykset olisivat olleet riittävän edustavasti koko moniammatillisen ryhmän tuottamia. Lääkärien ja fysioterapeuttien osallistuminen ryhmätyöskentelyyn olisi laajentanut näkökulmaa tuoden lisää tietoa kotiutusprosessista ja heidän ammattiryhmiensä tunnistamista asiakastarpeista. Ryhmäkoko oli lähes riittävä, helpompaa työskentely olisi mahdollisesti ollut isommassa ryhmässä. Selvitettäviä kysymyksiä olisi voinut olla enemmänkin, jos toteutusta ei olisi jaettu kahteen. Yhden toteutuksen hyötynä olisi ollut myös, että kaikki olisivat kuulleet samat näkemykset aiheesta, mikä olisi lisännyt kokohenkilöstön sitoutumista mahdollisiin uusiin käytäntöihin. Nyt näkemykset vaihtelivat kahden eri ryhmän välillä, mikä johtui todennäköisesti erilaisista näkökannoista eri ammattiryhmien välillä.

6.3 Teemahaastattelujen ja niiden analyysin toteutus

Haastateltavat valittiin kotiuttavien hoitajien toimesta. Kotiuttavalle hoitajalle olimme antaneet ohjeet asiakkaiden ohjaamiseen koskien kehittämishankettamme ja haastatteluun osallistumista. Asiakkaiden valintakriteereinä olivat riittävän hyvä vointi osallistua haastatteluun sekä kyky realistiseen vastaukseen haastattelun aikana. Ainoat rajaamisperusteet olivat muistisairaus sekä psyykinen sairaus, jotka olisivat voineet vaikuttaa asiakkaan kykyyn antaa luotettavia vastauksia. Tarkempaan rajaukseen osallistumiselle emme kokeneet tarvetta tutkimustuloksen kannalta. Valitsimme haastatteluihin viisi asiakasta, jotka ilmoittivat ensimmäisenä halukkuutensa osallistua. Haastateltavat saatiin kolmen arkipäivän aikana. Kotiuttava hoitaja antoi kotiutuvalla asiakkaalle suostumuslomakkeen (Liite 3) allekirjoitettavaksi ilmoittautuessaan halukkaaksi osallistua tutkimukseen. Valitsimme puhelinhaastattelun toteutukseksi, jotta henkilölle ei tulisi ylimääräistä rasitusta haastattelun vuoksi, sillä kyseessä ovat ihmiset, jotka ovat juuri kotiutuneet osastohoidosta. Halusimme

haastattelun olevan osallistujalle mahdollisimman vaivaton ja turvallista heidän terveydentilansa huomioiden.

Haastateltavia varten valmisteltiin saatekirje, joka hyväksyttiin kehittämishankettamme ohjaavalla opettajalla sekä tutkimusluvan myöntäneellä taholla ennen kuin annoimme sen eteenpäin toteutusta varten. Saatekirje (Liite 2) annettiin kotiutuville asiakkaille kotiuttavan hoitajan toimesta kotiuttamisen yhteydessä. Tämä oli helpoin tapa tavoittaa tutkimukseen osallistujat. Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen. Kerroimme osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonyymiteetin säilyttämisestä. Osallistujille tiedotettiin, että haastattelu nauhoitetaan ja nauhoitteet hävitetään ohjeiden mukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Loppuun laitoimme omat yhteystietomme, jotta tutkimukseen osallistujat voisivat tarvittaessa olla meihin yhteydessä.

Teemahaastattelulomake (Liite 4) rakennettiin luomamme teorian pohjalta. Teemat *kotiutusprosessin onnistuminen, potilasohjaus ja jatkohoito ja sen järjestäminen* olivat teoriapohjastamme nousseet isoimmat osa-alueet kehittämisen näkökulmasta. Jaoimme eri teemat tietoperustaa heijastaviksi aihepiireiksi. *Kotiutusprosessin onnistuminen*-teemassa aihepiirejä olivat kotiutuksen suunnittelu ja asiakkaan mielipiteen huomiointi. *Ohjaus*-teeman aihepiirit olivat ohjaukseen käytetty aika ja ohjauksen yksilöllisyys. *Jatkohoito ja sen järjestäminen* käsitteli aihepiireiltään jatkuvuuden varmistusta, ohjeiden ymmärtämistä ja omaisten huomiointia. Halusimme haastattelussa kysyä lisäksi asiakkaiden yleistä mielipidettä kotiutusprosessista kehittämisehdotuksien muodossa. Haastattelulomake laadittiin siten, että saisimme teorian tietoa tukevia tai siitä poikkeavia vastauksia.

Olimme yhteydessä haastateltaviin puhelimitse haastattelupäivän sopimiseksi 1-3 päivää suostumuksen antamisesta. Asiakkaille ehdotettiin haastatteluille suunniteltua ajankohtaa, ja se sopi kaikille yhtä lukuun ottamatta. Uusi haastattelu-aika saatiin kuitenkin sovittua heti seuraavalle päivälle. Koimme tärkeäksi antaa haastateltaville mahdollisuuden vaikuttaa haastattelun ajankohtaan. Haastattelut toteutettiin kahtena eri päivänä; ensimmäisenä haastattelupäivänä kolme ja toisena päivänä kaksi haastattelua. Haastattelimme tutkimusta varten viittä kotiutunutta asiakasta. Heistä neljä oli naisia ja yksi mies. Vastanneiden ikäjakauma oli 43 – 86 vuotta, keski-ikä 68 vuotta. Haastattelut vaihtelivat kestoiltaan kolmesta minuutista 22 minuuttiin, haastattelun keston keskiarvo oli 10min 50 sekuntia. Haastattelupaikkana toimi ennalta sovittu tyhjä kokoushuone, jossa saimme toteuttaa haastattelut ilman häiriötekijöitä. Haastattelutilanne oli avoin ja vuorovaikutuksellinen haastateltavien ja haastattelijoiden välillä. Haastattelurunko ohjasi keskustelua ja aikaa vastauksille jätettiin hyvin. Kaikki haastattelut tallennettiin asiakkaiden suostumuksella

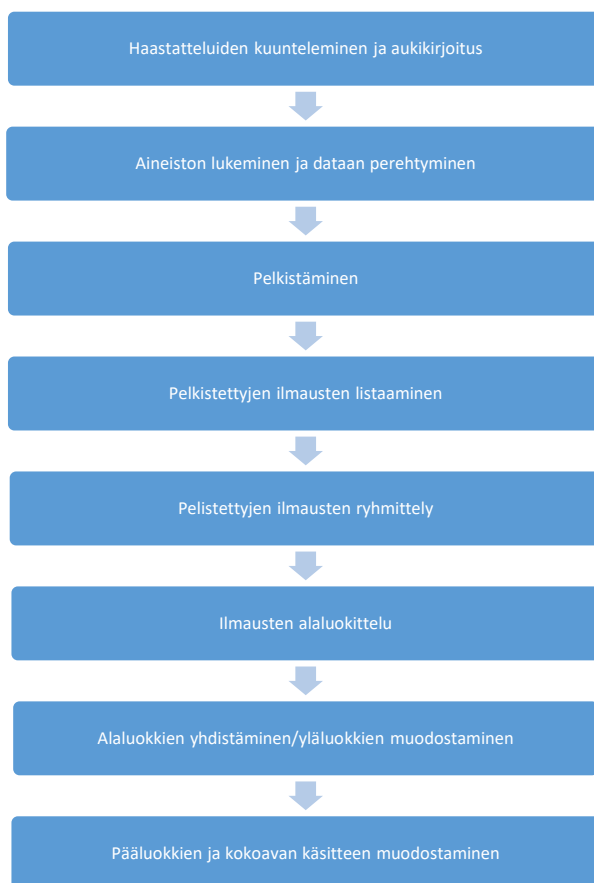
kahdelle eri nauhoitteille puhelinten kautta. Halusimme tehdä haastattelusta kaksi nauhoitusta mahdollisen äänitteiden vaurioitumisen tai laitehäiriön riskin vuoksi.

Ruusuvuoren ja Tiittulan (2017, 48) mukaan haastattelun alussa on tärkeää pohjustaa haastateltavaa kertomalla, mikä haastattelun tarkoitus on, ja miten haastattelussa edetään. Halusimme haastattelutilanteesta mahdollisimman luonnollisen ja helpon haastateltavalle. Haastattelun alussa kerroimme haastateltaville kehittämishankkeemme tarkoituksen ja tavoitteen, jota varten heitä haastattelempa. Kerroimme myös haastattelun kulun ja rungon, sekä määrittelimme haastattelussa käytetyn termin potilasohjaus väärinymmärrysten välttämiseksi. Haastateltaville kerrottiin anonymiteetista ja haastatteluaineiston hävittämisestä. Ennen haastattelun aloitusta kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu haastateltavan niin halutessaan.

Teemahaastattelu antoi mahdollisuuden kysyä haastateltavalta haastattelurungon ulkopuolisista asioita, joita haastateltava toi haastattelussa esille. Näitä asioita ei pystynyt ennakkoimaan. Tarkentavilla kysymyksille oli kahden haastattelun kohdalla tarvetta. Lisäkysymys ”saitteko kotihoito-ohjeita kirjallisena kotiin” kysyttiin jokaisessa haastattelussa erikseen, sillä asiakkaat eivät tuoneet tätä itse esille. Haastattelussa ei ollut tarkoitus kerätä tietoa asiakkaiden hoidon syystä, sillä koimme ettei sillä ollut merkitystä kotiutusprosessin kehittämisessä tutkimuksessamme. Osa haastatelluista henkilöistä kertoivat hoidon syyn haastattelun aikana. Jätimme asian huomioimatta haastattelussa, eikä se ohjannut haastattelun etenemistä.

Haastattelun lopussa haastateltavaa on hyvä valmistella haastattelun päättymiseen (Ruusuvoori & Tiittula, 2017, 49). Haastattelujen lopussa kerroimme kyseessä olevan viimeinen kysymys, ja annoimme tilaa vastauksille. Lopuksi kysyimme, haluaako haastateltava lisätä jotain tai onko hänellä vielä kommentoitavaa, minkä jälkeen kiitimme osallistumisesta ja päätimme haastattelun. Kävimme jokaisen haastattelun jälkeen tutkijoina keskustelua haastattelusta ja sen toteutuksesta. Halusimme tehdä jatkuvaa arviointia myös omassa toiminnassamme, ja mahdollisesti kehittää sitä tulevia haastatteluja varten.

Haastattelujen toteuttamisen jälkeen aloitimme haastatteluaineiston analysoinnin sisällön analyysin (kuviot 5) avulla. Koimme tärkeäksi aloittaa aineiston läpikäymisen pian haastattelujen toteuttamisen jälkeen, jolloin itse haastattelutilanne ja niissä vallitseva tunnelma sekä muistiinpanot olivat tarkasti mielessä.



KUVIO 5. Aineistolähtöisen sisällön analyysin eteneminen haastatteluiden analysoinnissa. (Mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Litteroimme haastattelun sanatarkasti tekstiksi. Aukikirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 18 sivua 1,5 rivivälillä kirjoitettuna. Merkitsimme hiljaisuuden, huokaus, yskäisyt ja muut haastattelussa kuullut äänet sulkeisiin (huokaus) merkiksi analysointivaihetta varten. Halusimme olla tarkkoja, jotta voisimme ottaa huomioon mahdolliset sanattomat viestit. Aukikirjoitetuista haastatteluista poimimme tutkimuksemme näkökulmasta olennaisia ilmaisuja ja pelkistimme ne. Pelkistämällä tarkoitetaan alkuperäisdatan karsimista, aineiston tiivistämistä. Aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois ja pilkotaan se osiin. Samaa kuvaavat ilmaisut erotellaan yhteen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Pelkistäessämme aukikirjoitettua tekstiä, merkitsimme tekstiin samalla värillä samaa kuvaavia ilmaisuja ja karsimme tekstistä tutkimukselle tarpeettoman puheen pois. Asiakkaiden alkupe- räisilmaisut tiivistimme ja keräsimme vastauksen keskeisimmän sisällön (Taulukko 1). Pelkistämisen jälkeen aineistosta etsitään samaa tai eri ilmiöitä kuvaavia käsitteitä ja ne ryhmitellään alaluokiksi. Ryhmittelyn jälkeen data käsitteellisestä; tutkimuksen kannalta olennainen tieto valikoidaan ja siitä muodostetaan käsitteet. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkittavaan ilmiöön. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124 – 127.)

TAULUKKO 1. Esimerkki toteutettujen haastattelujen sisällönanalyyseista.

Alkuperäisilmaisut	Esimerkki pelkistämisestä	Alaluokat	Yläluokka	Pääluokka
<p><i>"No tuon lääkkeen kanssa oli vähän ongelmia, tuo miten niitä jaettiin, kun tuo iso läjä pienenee niitä kortisonia ja tuota kotihoito ei ymmärtänyt siitä paperista. Mutta minä vähän huonosti sen ymmärsin."</i></p> <p><i>"No siinä ehkä oli kyllä puutteita et olis voinut ehkä vähän vaikka niiku tarkemmin että kuinka pitkään tavallaan ollaan kun vaan 3 viikon sairasloma, niiku oli vaan semmoisia häilyviä että loppu vaiheessa voi käydä vähän kävelemässä ja muuta. Et ois voinut olla niiku silleen paremmin niiku tekstin muodossa että ensimmäinen viikko sängyssä sitten niiku sit voi lisätä niiku kävelyä ynnä muuta."</i></p>	<p>Epäselvyyttä lääkeshoidon toteuttamisessa</p> <p>Kotihoito ei ymmärtänyt kirjallista ohjetta</p> <p>Asiakas ei ymmärtänyt ohjeistusta</p>	<p>Lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen</p> <p>Selkeä lääkelista</p> <p>Epätietoisuus jatkohoidosta</p>	<p>Lääkehoidon ohjaus</p> <p>Suullinen ja kirjallinen ohjaus</p>	<p>Kokonaisvaltainen ohjaus</p>

Aineistot yhdistettiin heti analyysin alussa, sillä aineiston lukemisen perusteella oli nähtävissä samanlaisten ilmiöiden esiintyminen kaikissa haastatteluissa. Pelkistyksiä syntyi yhteensä 41 kappaletta, joista osa esiintyi useamman kerran. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin alaluokkiin, joita muodostui 15 (taulukko 2). Alaluokat ryhmiteltiin viiteen yläluokkaan: asiakasnäkökulman huomioiminen, hoidon jatkuvuuden varmistaminen, suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, suunnittelu kotiutusprosessissa. Analyysia jatkettiin abstrahoiden ja pääluokkia muodostui kolme: kokonaisvaltainen ohjaus, turvattu hoidon jatkuvuus ja asiakaskokemus kotiutusprosessissa.

TAULUKKO 2. Sisällönanalyysin alaluokat, yläluokat ja pääluokat.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
tiedonkulun varmistaminen	hoidon jatkuvuuden varmistaminen	turvattu hoidon jatkuvuus
jatkohoidon järjestäminen		
kotihoidon tarpeesta kysyminen	suunnittelu kotiutusprosessissa	
jälkihoito		
kotiutuksen suunnittelu	asiakasnäkökulman huomiointi	asiakaskokemus kotiutusprosessissa.
kotiutusajankohdan suunnittelu		
riittävä tiedonsaanti kotiutumisen etenemisestä		
asiakkaan osallistaminen suunnitteluun		
asiakkaan mielipiteen huomiointi		
omaisten huomiointi		
kirjallisten kotihoito-ohjeiden antaminen		
lääkehoidon ohjaus	kirjallinen ohjaus	kokonaisvaltainen ohjaus
omahoidon ohjaus		
jatkohoidon ohjaus	suullinen ohjaus	
lääkärin tai hoitajan antama kansankielinen ohjaus		

7 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

7.1 Palvelupalautteiden sisällönanalyysi

Tässä kappaleessa esittelemme tarkemmin palvelupalautteiden sisältöä sisällönanalyysin kautta. Koimme palvelupalautteiden analysoinnin tärkeäksi, sillä halusimme niiden pohjalta luoda tarkemman kuvan kotiutusprosessin kehittämistarpeesta asiakkaiden näkökulmasta. Palvelupalautteet analysoimme sisällönanalyysin avulla, ja avasimme niitä lukijalle sekä sanallisesti että taulukon kautta.

Palvelupalautteen (LIITE 4) antaminen osastolta kotiutuessa on vapaaehtoista, eikä kehittämishanketta varten kerätty tehostetusti palautteita. Palvelupalautteet annetaan kirjallisesti paperille. Palautteessa kysytään monivalintakysymyksiä, joihin vastattiin asteikolla 1-5, joissa 1 vastasi *täysin eri mieltä* ja 5 *täysin samaa mieltä*. Lisäksi palautteessa on avoimille vastauksille tilaa. Palvelupalautteessa on 4 eri osa-aluetta; *palveluun pääsy, kohtelu, palvelukokemus* ja *jatkosuunnitelma*. Palvelupalautteet kirjataan QPro Feedback- järjestelmään, josta ne ovat saatavissa. Keuhkosairauksien vuodeosastolta kotiutuneiden asiakkaiden asiakaspalautteita tarkasteltiin ajalta 3/2018 – 3/2019. Palvelupalautteita tarkasteltiin vain *jatkosuunnitelma*- osa-alueen osalta. Palautteet koottiin kehittämishankkeen aineistoksi. Tarkasteltu jatkosuunnitelmaosio sisältää kehittämishankkeen näkökulmasta kotiutukseen liittyviä väittämiä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Asiakkaiden mielipiteiden keskiarvot ja keskihajonnat kotiutukseen liittyen (1 täysin eri mieltä, 5 täysin samaa mieltä).

	Keskiarvo	Keskihajonta	n	Ei koske minua
Olin koko ajan osallisena kotiutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa	4,4	1	27	6
Sain riittävän ajoissa tiedon kotiin pääsystä tai jatkohoittoon siirtymisestä	4,6	0,9	34	2
Minulta kysyttiin, tarvitsenko kotona apua	4,1	1,4	21	12
Läheiseni huomioitiin riittävästi kotiin tai jatkohoittoon siirtyessäni	4	1,4	16	18
Sain kirjallisenä jatkohoitohjeet	4,6	0,9	29	2
Sain kirjallisenä yhteydenottotiedot	4,3	1,3	21	2
Tiedän vastuulleni jäävät asiat	4,6	1	35	1
Minulta kysyttiin lopuksi ”voimmeko vielä olla jotenkin avuksi?”	4	1,6	26	2
Yhteensä	4,4	1,2	27	

Keuhko-osaston palvelupalautteista voi havaita, että keskimäärin kotiutukseen liittyvät väittämät toteutuivat hyvin. Eniten eroavat näkemykset eri asiakkailla oli väittämällä ”Minulta kysyttiin lopuksi ”Voimmeko vielä olla jotenkin avuksi?”” (s 1,6), ”Minulta kysyttiin, tarvitsenko kotona apua” (s 1,4), ”Läheiseni huomioitiin riittävästi kotiin tai jatkohoittoon siirtyessäni” (s 1,4) ja ”Sain kirjallisenä yhteydenottotiedot” (s 1,3). (taulukko 3) Palvelupalautteen väittämällä ”Minulta kysyttiin lopuksi ”Voimmeko vielä olla jotenkin avuksi?”” oli eniten vaihtelua.

7.2 HaiPro-ilmoitusten sisällönanalyysi

Käsittelimme HaiPro-ilmoitukset sisällönanalyysin avulla, ja käsittelemme niiden tulokset seuraavissa kappaleissa. HaiPro-ilmoitusten analyysia hyödynsimme myös haastattelupohjien laatimisessa, jotta haastattelujen avulla voidaan mitata asiakkaiden tarpeita paremmin.

Tarkastelemallamme ajanjaksolla HaiPro-ilmoituksia oli tehty kolme. Tämä ei tarkoita sitä, etteikö haittatapahtumia olisi ollut enemmän vuoden aikana, mutta tehtyjen ilmoitusten määrä oli vain kolme. HaiPro-ilmoituslomakkeen tekijä kirjoittaa omin sanoin tapahtuman

ja siitä seuranneen haitan asiakkaalle tai organisaatiolle. Analysoimme ja tiivistimme ilmoitukset, jotta vaaratapahtuma oli yksinkertaisempi tulkita.

Potilaan jälkikontrolliaikaa ei oltu varattu, sillä hoitaja oli kuitannut lääkärin tekemän määräyksen jatkohoidosta valmiiksi ennen sihteerä.

Potilaalle annetut jatkohoito-ohjeet olivat kirjoitettu lyhenteillä, joita potilas ei omaisen kanssa ymmärtänyt. Potilaan omainen joutui ottamaan yhteyttä osastolle, jotta pystyi varaamaan jatkohoitoajat.

Potilas kotiutettiin ilman kotiapujen järjestämistä, vaikka potilaan terveydentila ja sen hetkinen toimintakyky olisi vaatinut kotiapujen järjestämisen. Potilas tarvitsi ensihoidon apua kotiin pääsemiseen.

Tarkastelluissa Haipro-ilmoituksissa kahdessa vaaratapahtuma liittyi tiedonkulkuun. Ensimmäisessä ilmoituksessa tiedonkulku katkesi osastolla toimittaessa sovittujen käytäntöjen vastaisesti. Tiedonkulun katkeaminen on voinut olla inhimillinen vahinko tai johtua puutteellisesta perehdytyksestä tai ohjeiden puuttumisesta. Toinen tiedonkulkuun liittyvä vaaratapahtuma tapahtui asiakkaalle jatkohoito-ohjeiden ollessa puutteelliset ja vaikeasti ymmärrettävät. Kirjallisten jatkohoito-ohjeiden on tärkeää olla selkeitä ja kirjoitettu yleiskielellä. Jatkohoito-ohjeet on ehkä annettu huolimattomuutta tai kiireen takia lyhenteillä, ja ongelmaa voisi helpottaa valmiit lomakkeet, joita voisi muokata merkiten useasta vaihtoehdosta asiakasta koskevat jatkohoito-ohjeet.

Kolmas Haipro-ilmoitus liittyi jatkohoidon järjestämiseen. Asiakkaalle ei ollut järjestetty kotihoitoa, vaikka tarve olisi ollut ilmeinen. Jatkohoito on mahdollisesti unohdettu järjestää tai sen tarve on arvioitu väärin osastohoidon aikana. Asiakkaalta ei ole ilmeisesti kysytty, pärjääkö hän kotona olemassa olevilla resursseilla. Kotihoidon tarve on joskus vaikeaa havaita tai arvioida oikein ja siksi olisi tarpeellista kysyä jokaiselta asiakkaalta heidän omaa näkemystään jatkohoidon tarpeesta.

Kehittämishankkeen kannalta olennaista on selvittää, miten asiakkaat saisivat tarvitsemaansa tietoa jatkohoidosta ja miten tieto tulisi esittää ja miten yksilöllinen kohtaaminen ja palvelualltius näkyvät asiakkaille. Kotiutusten tasalaatuisuuden varmistaminen on tarpeellista liittyen asiakasohjaukseen ja jatkohoidon järjestämiseen. Osalle asiakkaista annetaan keuhkosairauksien osastolla jatkohoito-ohjeet, joista löytyy osaston yhteystiedot. Kaikkien asiakkaiden olisi syytä saada yleinen jatkohoito-ohje, jossa olisi ainakin yhteystiedot, jotta asiakaspalautteissa havaittu vaihtelu yhteystietojen saamisen suhteen vähenee.

7.3 Oppimiskahvilan tulokset

Käsitlemme tässä kappaleessa esitetyt oppimiskahvilan tulokset käsiteltyjen aiheiden mukaisesti. Oppimiskahvilan tulokset on käsitelty laadullisen sisällönanalyysin avulla ja tiivistetty tärkeimmät tulokset taulukoihin. Tuloksista ilmenee kotiutusprosessissa huomioitavat asiat.

7.3.1 Kotona pärjäämisen varmistaminen

Kysymykseen ”*Kuinka varmistaa asiakkaan kotona pärjääminen?*”, oppimiskahvilan osallistujat toivat esille aiheita liittyen teemoihin kotiutuksen suunnittelu, potilasohjaus, lääkahoito ja jatkohoito (taulukko 4). Kotiutuksen suunnittelussa korostui asiakkaan ja omaisten haastattelu kotiolojen ja kotiapujen tarpeen selvittämiseksi ja moniammatillinen toiminta kotiutussuunnitelman laatimisessa. Potilasohjauksessa keskeisintä on motivoiva, vuorovaikutuksellinen ja kokonaisvaltainen ohjaus, jotka annetaan myös kirjallisena. Asiakas tarvitsee tukea ja tietoa sairauteensa liittyen siten, että hänen näkemyksensä on kokonaisvaltaisen hoidon lähtökohta.

Lääkehoidon jatkuvuuden varmistamiseen kuuluu ajantasaisen lääkelistan ja uusien reseptien antaminen asiakkaalle ja varmistaminen, jotta asiakas tai jatkohoidosta huolehtiva taho tietää, millaista lääkettä asiakas on saanut ja miten lääkitys jatkuu hoitajakson jälkeen. Asiakkaalle tulee tarkasti ohjata suullisesti ja kirjallisesti uusien lääkkeiden aloitus ja entisten lääkkeiden tauotus tai lopetus sekä kertoa asiakkaalle lääkitykseen liittyvät riskit. Jatkohoidon järjestäminen liittyy kiinteästi moniammatilliseen kotiutussuunnitelmaan. Jatkohoidon järjestämisessä huomioidaan kotiavut, apuvälineet, jatkoajat, kontrollit ja yhteys sosiaalityöntekijään tarvittaessa, ja annetaan hoitoyksikön yhteystiedot asiakkaalle. Kotiutavan hoitajan takaisinsoitto on tärkeä osa jatkohoidon toteutumisen varmistamista.

TAULUKKO 4. Kuinka varmistaa asiakkaan kotona pärjääminen?

Kotiutuksen suunnittelu	Kotiapujen tarpeen arviointi Yhteistyö omaisten kanssa Asiakkaan haastattelu Kotiolojen selvittäminen Moniammatillisuus Kotiutussuunnitelma
Potilasohjaus	Lääkehoidon ohjaus Laiteohjaus Ohjauksen ymmärtämisen varmistaminen Kirjalliset hoito-ohjeet

	Asiakkaan motivointi Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomiointi
Lääkehoito	Lääkityksen ajantasaisuus Reseptit Lääkehoidon jatkuvuuden varmistaminen
Jatkohoito	Kotiavut (mm. kotihoito, ateriapalvelu) Apuvälineet Yhteystiedot Jatkoajat, kontrollit Sosiaalityöntekijä, tarvittaessa Takaisinsoitto

7.3.2 Mitä jokaisen kotiutujan kuuluu tietää

Oppimiskahvilassa selvitettiin henkilökunnan näkemyksiä ja vastauksia kysymykseen ”Mitä jokaisen kotiutujan tulisi tietää ja osata kotiutuessaan keuhkosairauksien osastolta?” (taulukko 5). Asiakkaan oman lääkehoidon ja omahoidon osaamisen vahvistaminen ja varmistaminen on koettu tärkeäksi. Jatkohoidosta asiakkaan on kotiutuessaan tiedettävä, miten hoitaa sairauttaan, varatut kontrolliajat ja, mitä aikoja asiakkaan on varattava itse. Tieto, minne ottaa tarvittaessa yhteyttä kotiutumisen jälkeen, koettiin tärkeäksi. Sähköisten palveluiden hyödyntäminen on tulevaisuutta, ja asiakkaan tulee tietää, että hoitojaksojen yhteenvedot ja reseptit ovat sähköisesti katseltavissa.

TAULUKKO 5. Mitä jokaisen kotiutujan tulisi tietää ja osata kotiutuessaan keuhkosairauksien osastolta?

Asiakkaan oma osaaminen	Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen Kokonaisvaltainen omahoito
Jatkohoito	Hoito-ohjeet Kontrolliajat Asiakkaan vastuu jatkohoidon järjestämisestä Takaisinsoitto Tieto minne ottaa yhteyttä tarvittaessa Tieto sähköisten palveluiden hyödyntämisestä (Hyvis, OmaKanta)

7.3.3 Palvelualltius

Oppimiskahvilamenetelmään osallistujien näkökulmasta palvelualltius näkyy potilasohjauksessa ja yhteistyössä omaisten kanssa. Palvelualltius potilasohjaus on yksilöllistä, kiireetöntä, motivoivaa, kansankielistä ja kuuntelevaa vuorovaikutuksellista ohjausta. Asiakkaan ymmärrys varmistetaan vuorovaikutuksen avulla ja asiakkaalta myös kysytään aina lopuksi, tarvitseeko hän vielä jotain tai, onko jotain kysyttävää. Asiakkaan informointi kotiutuspäivän kulusta tulisi tapahtua ajoissa ja jokaisen hoitajan tulee kyetä kertomaan asiakkaalle esimerkiksi kotiutuspäivän aikataulusta. Kotiuttavan hoitajan työnkuva on laaja ja kotiutujien määrän ollessa suuri, hän ei yleensä ehdi käydä kotiutuvan asiakkaan luona heti, kun kotiutuspäätös on tehty. Yhteistyössä omaisten kanssa tulee huomioida ohjaus, omaisten jaksaminen ja osallistaminen kotiutussuunnitelman laatimiseen (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Miten lisätä kotiutuksessa palvelualltiuden näkymistä asiakkaille ja omaisille?

Potilasohjaus	<p>Yksilöllisyys ja kuuntelu</p> <p>Ajankäyttö, kiireettömyys ohjauksessa</p> <p>Motivointi</p> <p>Ymmärryksen varmistaminen kysymällä "voidaanko olla vielä avuksi"</p> <p>Ohjaus "maallikko" termein</p> <p>Jokaisen hoitajan vastuu ohjauksesta</p> <p>Asiakkaan informointi kotiutuspäivän kulusta</p>
Yhteistyö omaisten kanssa	<p>Omaisten ohjaus</p> <p>Jaksamisesta huolehtiminen</p> <p>Omaisten osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun</p>

7.4 Haastattelujen tulokset

Käsitlemme haastatteluiden tulokset sisällönanalyysin kautta saamien pääluokkien (*ohjaus, hoidon jatkuvuus, asiakaskokemus*) mukaan. Tämän lisäksi tuloksissa käsitellään yleisesti asiakkaiden kokemusta osaston kotiutusprosessista, mikä oli haastattelurungossamme yhtenä pääteemana. Haastatteluiden tulosten analysointiin on lisätty suorita lainauksia haastateltavilta tulosten havainnollistamiseksi.

7.4.1 Asiakaskokemus kotiutusprosessissa

Haastattelun ensimmäinen tutkimusteema käsitteli kotiutusprosessin onnistumista asiakasnäkökulmasta. Ensimmäisen teeman tarkoituksena oli johdatella haastateltavia aiheeseen ja saada asiakkaan yleinen kokemus kotiutusprosessin onnistumisesta ja asiakkaan huomioimisesta. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että kotiutusprosessi onnistui kokonaisuutena heidän kohdallaan hyvin.

”No ihan hyvin minun mielestä joo.”

”Enimmäkseen se on sujunut yhteistuumissa lääkärin kanssa...”

Kotiutuksen suunnittelu korostuu kotiutusprosessissa. Halusimme selvittää, miten osastolta kotiutuneet asiakkaat ovat kokeneet kotiutuksen suunnittelun. Haastattelussa kysimme kotiutuksen suunnittelun merkitystä kotiutumisen onnistumiseen. Haastateltavilla oli tunne siitä, että heidän mielipiteitänsä kuultiin kotiutusta suunniteltaessa. Kotiutusta suunniteltiin asiakkaiden kohdalla yksilöllisesti mahdollisuuksien mukaan, ja haastatteluissa se korostui positiivisena tekijänä. Kotiutuksen suunnittelulla voidaan helpottaa kotiutumisen järjestämistä ja tukea asiakkaan kotona pärjäämistä. Asiakkaat kokivat, että he pystyivät itse järjestelemään asioita ja suhtautumaan terveydentilaansa positiivisemmin, kun tieto kotiin pääsemisestä oli ennalta tiedossa. Haastatteluissa nousi esiin, että usein osastohoidon aikana tehtyjen tutkimusten tulosten odottamisen vuoksi tieto kotiutumisen ajankohdasta oli epäselvä.

”Edellisenä päivänä sitä niiku seurattiin ja sitten sanottiin, että voin lähteä kotiin.”

”(- -) niin koki että anto niiku tsemppiä eteenpäin.”

7.4.2 Ohjaus kotiutumisprosessissa

Toisena haastattelun teemana oli asiakkaan ohjaus. Pääosin osastolla annettuun ohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Ohjaukseen käytetty aika koettiin kaikkien haastateltavien kohdalla riittävänä. Asiakkaat kokivat, että he saivat tuoda lääkärinkierron aikana epäselviä asioita esiin ja ne käsiteltiin yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjaukseen liittyen koettiin tärkeäksi sekä hoitajan että lääkärin kanssa käydyt ohjauskeskustelut. Myös hoitajan rooli lääkärinkierrolla kotiutuskeskustelun aikana koettiin tärkeänä. Haastatteluissa korostui kotiuttavan hoitajan merkitys. Kotiuttava hoitaja kertasi vielä kaikki kotiutukseen liittyvät asiat ja varmisti asiakkaan aikaisemmin saaman ohjauksen. Hoitajan kanssa pystyi helpommin palaamaan asiakasta mietittyttäviin asioihin uudelleen ennen kotiutumista osastolta.

” ... minä sain kyllä hyvää tietoa sieltä ja kaikki puhuttiin. Nii, että hyvin selittivät kaikki ja että turvallisesti lähdin.”

Ohjauksessa käytettiin sekä kirjallista että suullista ohjausta metodina. Haastatteluissa korostui molempien ohjausmetodien käytön tärkeys sekä ohjauksessa käytettävä termistö. Yhdelle asiakkaalle oli käytetty ohjauksessa lääketieteellisiä termejä, eikä hän ollut ymmärtänyt niiden merkitystä. Asiakas oli joutunut itse kysymään sanojen merkitystä tarkemmin. Haastateltavat kokivat kirjallisen materiaalin tukevan sanallista ohjausta, ja toimivan muistilappuna kotiutumisen jälkeen. Kirjallinen ohje ei ole riittävä itsessään ohjauksen toteuttamisessa ja se tulee aina käydä suullisesti läpi asiakkaan kanssa. Kirjallista ohjetta ei oltu aina käyty tarkasti yhdessä asiakkaan kanssa läpi, tämän yksi haastateltavista toi esiin haastattelussa.

”Kyl mä muistan, että kun ton lapun sain, niin siitä muutamalla lauseella oli puhetta, mut ei sit niiku tavallaan tarkkaan käyty sitä läpi.”

Lääkehoidon ohjauksessa haastateltavien kokemukset erosivat. Lääkehoidon suullinen ohjaus oli toteutunut osastolla hyvin. Lääkehoidon ohjaus oli haastateltavien mukaan toteutunut aina lääkärin toimesta. Uuden lääkkeen aloituksen kanssa oli annettu käytännön ohjausta ja varmistettu turvallisen lääkehoidon toteutuminen. Osastohoidon aikana aloitettuja uusia inhalaatiolääkkeitä oli harjoiteltu yhdessä hoitajan kanssa ja varmistettu lääkkeiden oikea ottotekniikka ja -tapa. Asiakkaalle oli jäänyt luottavainen olo lähteä turvallisesti kotiin uuden lääkkeen kanssa.

”Mulla oli se juttu millä otin noita lääkkeitä niin se oli mulle uutta niin kyllä siinä seuras miten mä otan ja neuvo.”

Yhden haastateltavan kohdalla kirjallinen lääkehoidon ohjaus oli ollut epäselvä, ja aiheutti hämmennystä asiakkaalle sekä jatkohoitotaholle. Lääkkeen jako-ohjeet olivat ilmaistua asiakkaalle suullisesti ja kirjallisesti. Kirjallinen ohje oli ollut epäselvä, eikä asiakas itse muistanut suullisesti annettua ohjeistusta. Kotihoito, jolle vastuu lääkehoidon jatkohoidosta oli annettu, joutui ottamaan yhteyttä osastolle asian selvittämiseksi.

”No tuon lääkkeen kanssa oli vähän ongelmia, tuo miten niitä jaettiin, kun tuo iso läjä pienenee niitä kortisonia ja tuota kotihoito ei ymmärtänyt siitä paperista... Minä vähän huonosti ymmärsin sen.”

7.4.3 Jatkohoito ja sen järjestäminen

Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta kaikki haastateltavat painottivat jatkohoitoon liittyvää ohjausta. Ohjauksen avulla varmistetaan jatkohoidon turvallinen toteutuminen.

Jatkohoitoon liittyvässä ohjauksessa oli vaihtelevuutta haastateltavien välillä. Osa koki saamansa jatkohoidon ohjauksen riittävänä. Asiakkaalle oli kerrottu selkeästi kotiutumisen yhteydessä, miten ja milloin jatkokontrollit toteutetaan ja miten hoidonseuranta etenee. Asiakkaalle oli jäänyt luottavainen olo jatkohoittoa ja omahoitoa kohtaan.

Osa asiakkaista kokivat ohjauksen toteutettavan yleisellä tasolla ja toivoivat ohjauksen sisällön olevan enemmän konkreettista ja yksilöllistä neuvontaa. Jatkohoito-ohjeissa olevat neuvot koettiin olevan häilyviä, ja ohjeiden epäselvyyden vuoksi vastuu omahoidosta jätettiin asiakkaan vastuulle. Kuitenkin asiakas itse ymmärsi, etteivät kaikki jatkohoitoon liittyvät ohjeet päde toiselle samalla tavalla. Haastatteluissa kävi ilmi, ettei kirjallisia jatkohoito-ohjeita ollut annettu aina asiakkaan mukaan kotiutuessa.

”No siinä ehkä oli kyllä puutteita et olis voinut ehkä vähän vaikka niiku tarkemmin, (- -) oli vaan semmoisia häilyviä.”

Omaisten huomioimisen tarve oli vain yhdellä haastateltavalla ja se oli toteutunut hyvin. Asiakkaan omaiset olivat kutsuttu osastolle kuulemaan jatkohoidosta ja sen toteutumisesta. Asiakkaalle oli aloitettu osastohoidon aikana uusi laitehoito, ja omaiset oli pyydetty tutustumaan laitteeseen ja sen toimintaan.

Yhdelle haastateltavalle olisi ollut tarvetta järjestää kotihoito jatkohoidon tueksi. Haastattelussa kävi ilmi, että jatkohoidon tukemiseksi olisi ollut tarvetta järjestää kotihoidon palvelut, muttei tätä oltu kysytty asiakkaalta. Jatkohoidon järjestäminen oli jätetty asiakkaan ja omaisten vastuulle. Haastateltava vastasi kieltävästi kysyttäessä tarkentavana kysymyksenä, varmistiko kotiuttava hoitaja kotihoidon tarpeen. Asiakkaan kotona pärjäämistä ei varmistettu kotiutumisen yhteydessä tai se oli jätetty hoitohenkilökunnan oman arvion varaan.

”... ne ohjeet sitten konkretisoituvat kotona ja kaikkea ei muistakaan, kun vasta muutaman päivän kuluttua, että ainiin jostain tämmöisestä olikin puhetta.”

Suurin epäselvyys haastateltavien mukaan jatkohoidon toteuttamisessa oli jatkokontrolliaikojen järjestäminen. Asiakkaille ei ollut selvää kenen vastuulla jatkohoidon järjestäminen on. Asiakas ei aina tiennyt kotiuduttuaan, tuleeko hänen itse varata jatkokontrolliajat vai tulevatko ne postissa suoraan asiakkaalle. Pääsääntöisesti asiakkaat luulivat, että kaikki jatkohoitoon liittyvät ajat tulevat heille postissa, vaikkei näin aina ollut. Epäselvyyttä esiintyi myös siinä, kenelle jatkohoito kuuluu ja missä se toteutetaan. Asiakas ei tiennyt, kuka ottaa vastuun hänen kontrollituloksista ja niiden ilmoittamisesta. Myös tieto siitä, onko asiakkaalle tulossa kontroleja sairauden tai hoidon suhteen oli epäselvää.

”...toi mulle jäi vähän epäselväks, että toi että saanko sitten aikoja, kun kuvittelin että sairaala tota noin niiku mulle ajan hommaa.”

Haastatteluissa korostui takaisinsoiton merkitys osana asiakkaan jatkohoidon turvaamista. Vain yksi haastateltavista ei tuonut haastattelussa esille takaisinsoittoa. Takaisinsoitto koettiin tukevan asiakkaan omahoitoa ja lisäävän hoitoon sitoutumista. Asiakkaat kokivat, että ohjaus- ja kotiinlähtötilanteet ovat sellaisia, ettei niissä muista kysyä kaikkia tarpeellisia asioista. Takaisinsoitto tukee riittävän ohjauksen saantia, kun asiakas voi kysyä muutamän päivän kuluttua omahoitoon ja jatkohoitoon heränneet kysymyksiä. Takaisinsoiton ansiosta usean asiakkaan kohdalla jatkohoidon toteutuminen turvattiin. Takaisinsoiton avulla selvennettiin mahdollisia kotiutuksen yhteydessä syntyneitä epäselvyyksiä.

7.4.4 Kotiutusprosessin kehittäminen asiakkaan näkökulmasta

Haastattelun lopussa asiakkailta kysyttiin vapaamuotoisesti ehdotuksia kotiutusprosessin kehittämiseksi asiakkaan näkökulmasta. Takaisinsoitto koettiin erittäin hyvänä ja palvelevana toimintatapana kotiutusprosessissa. Haastateltavat kokivat, että takaisinsoitto tulisi toteuttaa jokaisella osastolta kotiutuvalle asiakkaalle.

”Vois olla niiku rauhassa kotona et tää kuuluu tähän hoitoon.”

Takaisinsoitosta ei ollut aina etukäteen informoitu asiakasta, mutta se koettiin aina positiivisena. Kehittämisehdotuksena nousi haastatteluiden pohjalta, että asiakkaalle kerrottaisiin mahdollinen takaisinsoiton ajankohta. Asiakas pystyisi valmistumaan soittoon, ja luoda rauhallisen hetken puhelun ajaksi henkilökohtaisten asioiden käsittelemiseksi.

”... Se ei kaikissa kohti ole toimiva, kun potilas joutuu kyttäämään sen puhelimen vieressä pitkään, että ööö milloin sitä soitetaan...”

Yksi haastateltava toi esiin kehittämissuhteuksena Kela-taksin toiminnan. Kotiutuva asiakas oli joutunut odottamaan Kela-taksia sairaalan aulassa tunnin kuumeisena ja heikkovointisena. Asiakas ei esittänyt konkreettista kehittämissuhteusta, mutta koki että toiminta tulee kehittää asiakasystävällisemmäksi odotusajan ja -paikan osalta.

Haastatteluista nousi esiin annettuun ohjaukseen ja jatkohoitoon liittyviä kehittämissuhteuksia. Asiakkaat toivoivat, että heidän kanssaan keskusteltaisiin kokonaisvaltaisemmin heidän tilanteestaan. Ohjauksen toivottiin olevan konkreettisempaa. Myös ohjauksen vastuu toivottiin olevan yhdellä henkilöllä asiakaskohtaisesti, jotta ohjaus olisi loogista ja selkeämpää.

”Se nyt ehkä oli että, kun on useampi lääkäri siinä ni sit oli vähän silleen, ku oli toisen kanssa puhuttu toista ja toisen kanssa toista ni olis ollut ehkä kivempi, et olis ollut yks ja sama lääkäri siinä koko ajan”

Jatkohoito-ohjeita toivottiin suullisen ohjauksen lisäksi laajemmin kirjallisena. Kirjalliset hoito-ohjeet tukevat asiakkaan kotona pärjäämistä, ja niiden avulla asiakas voi palata tarkistamaan jatkohoitoon liittyviä ohjeita.

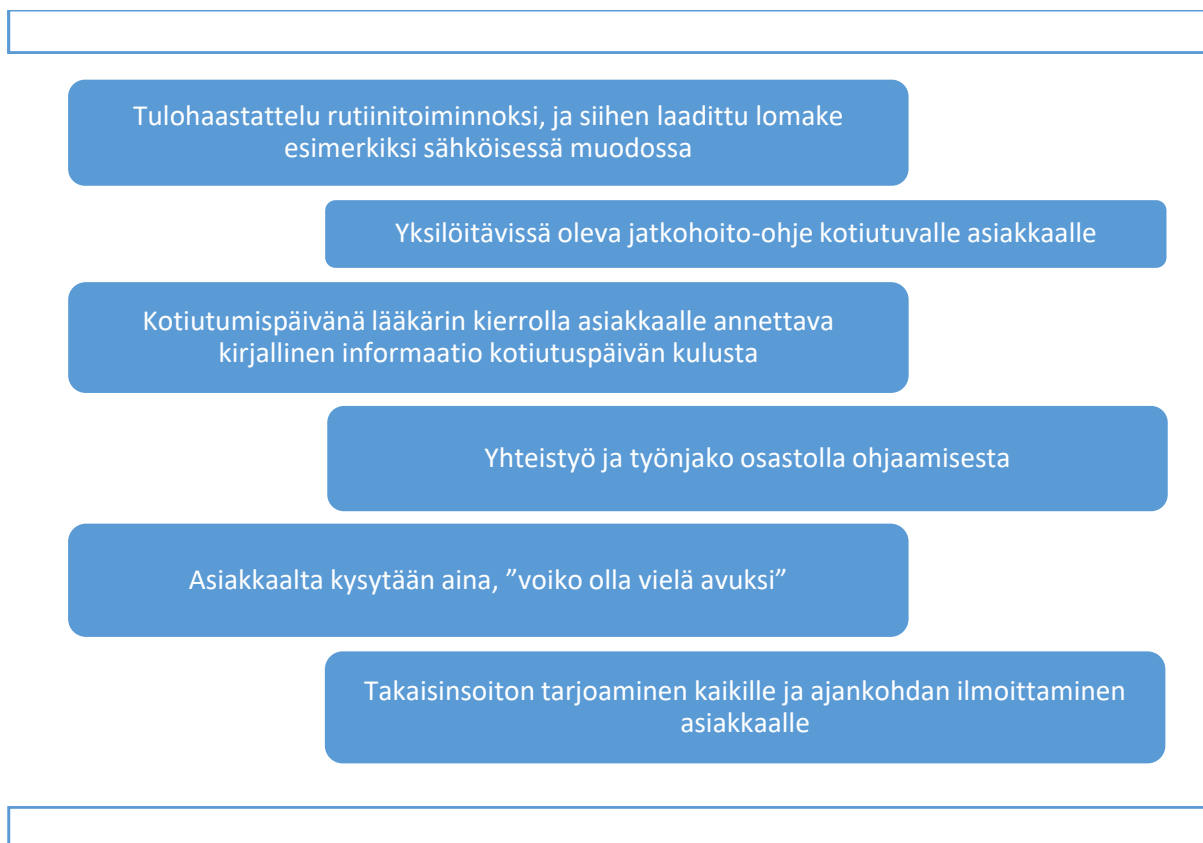
”... siinä vaiheessa, ku on kuumeessa ja kipeä, voi äkkii mennä niiku puolet vähän ohi, ni ois voinut olla niiku silleen paremmin niiku tekstin muodossa

Yksi haastatteluista noussut kehittämissuositus liittyi kotiutukseen liittyvään tiedonkulkuun. Asiakkaalla sekä hoitohenkilökunnalla oli kotiutuksen suhteen epäselvyyttä ja se välittyi toteutuneeseen palvelukokemukseen. Asiakkaalta oli kysely usean hoitajan sekä laitoshuoltajan toimesta mahdollisesta kotiutumisesta ja sen ajankohdasta. Asiakkaalle itselleen oli sanottu lääkärin toimesta kotiutuksen olevan vielä epäselvää. Asiakkaalla oli itsellään vaikeuksia suunnitella tulevaa kotiutusta epäselvyyksien vuoksi. Hän toivoi parannusta osaston sisäiseen tiedonkulkuun.

” ensimmäisenä tuli kysymään kotiuttava hoitaja, että sä pääset tänään kotiin (- -) mutta ilmeisesti joutu sitten kysymään lääkäriltä, että missä vaiheessa pääsen koska hän kävi kaks kertaa mun luona, että ai sä et oo vieläkin saanut tietoa. (- -) Ja sitten siinä kävi laitoshuoltaja että ai sä oot vieläkin täällä. Sitten kotiuttava hoitajakin, että hänen pitää mennä kysymään lääkäriltä, että miten tää etenee. Lääkäri tuli mullekin vasta 4 tienoilla kertomaan, että nyt pääset kotiin. ”

7.5 Kotiutusprosessin kehittämissuositukset osastolle 54

Kotiutusprosessin kehittämissuositukset keuhkosairauksien vuodeosastolle laadittiin osaston henkilökunnan kanssa pidettyjen oppimiskahvilatyöskentelyjen sekä asiakkaiden haastatteluiden tulosten pohjalta. Kehittämissuositukseen vaikutti myös muut tutkimukset, jotka antoivat samoihin kehittämistarpeisiin viittaavia tuloksia kotiutusprosessiin liittyen.



KUVIO 6. Kotiutusprosessin kehittämissuosituksia osastolle 54

Kehittämishankkeen tuloksien perusteella laadittiin kuusi kotiutusprosessin kehittämissuosituksista kohdeorganisaatiolle. Suositukset osaston kotiutusprosessin kehittämiseksi on kuvattu kuviossa 6. Perusteet kehittämissuosituksille on esitelty seuraavaksi.

Tulohaastattelu rutiinitoiminnoksi, ja siihen laadittu lomake esimerkiksi sähköisessä muodossa

Asiakkaiden haastatteluista nousi esiin, ettei kotioidon tarpeesta oltu kysytty ja kotioidon järjestäminen oli jäänyt omaisten vastuulle, Asiakkaan kotiolojen selvittäminen on tärkeä osa kotiutusprosessia (Dainty & Elizabeth 2009, 312). Tulohaastattelu aloittaa kotiutusprosessin suunnittelun jo asiakkaan tullessa sairaalaan ja antaa tietoa asiakkaan kotioloista ja kotiin tarvittavista palveluista, jolloin kotiutus on nopeampi ja helpompi toteuttaa. Lämsän (2013, 109, 124) tutkimuksessa todetaan myös, että kotiutusprosessi sujuu parhaiten, kun suunnittelu aloitetaan heti asiakkaan saapuessa sairaalaan.

Yksilöitävissä oleva jatkohoito-ohje kotiutuvalle asiakkaalle

Asiakkaiden tarve selkeille, mutta yksilöidylle kirjallisille hoito-ohjeille nousi selkeästi esiin tutkimuksen tuloksista. Myös Palonen, Kaunonen ja Åstedt-Kurki (2016, 66) suosittelivat tutkimuksensa pohjalta asiakaskohtaista jatkohoito-ohjetta. Jatkohoito-ohje voisi olla

yleistä tietoa sisältävä informatiivinen ohje, johon voisi merkitä asiakkaan jatkohoitoon liittyvät asiat ja mahdolliset kontrollit yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan.

Kotiutumispäivänä lääkärin kierrolla asiakkaalle annettava kirjallinen informaatio kotiutuspäivän kulusta

Tutkimuksen tuloksissa havaittiin, että asiakkaiden näkemysten mukaan tiedonkulku kotiutuspäivänä osastolla oli heikkoa ja asiakkaat kokivat, että joutuivat odottamaan kauan kotiutusta. Asiakkaalle annettava kirjallinen tiedote päivän kulusta tukisi asiakkaan vapautta suunnitella kotiin lähtöä. Lämsä ja Mäkelä (2009) tuovat esiin tutkimuksessaan löydöksen, joka tukee kehittämissuositustamme. Tutkimuksen mukaan, asiakkaalle ei ole kokonais käsitystä tulevasta ja siitä, miten asiat etenevät päivän aikana. Tämän seurauksena asiakas ei kykene jäsentämään tulevia tapahtumia kotiutuspäivän aikana. (Lämsä & Mäkelä 2009, 2555.)

Yhteistyö ja työnjako osastolla ohjaamisesta

Asiakkaat kokevat tutkimuksen tulosten perusteella, että ohjaus toteutuu hyvin ja laadukkaasti osastolla. Ainut havaittu ongelma ohjauksen toteutumisessa on asiakkaiden näkemysten mukaan se, että ohjausta antava henkilö vaihtuu usein ja sen vuoksi asiakas on saanut ristiriitaista tietoa. Henkilökunnan näkemysten mukaan kokonaisvaltainen ohjaus sisältää useita eri aiheita ja siksi on tärkeää, että kaikki antavat ohjausta. Ohjausta annetaan koko asiakkaan osastolla oloajan ja siksi ohjausta antava henkilö vaihtuu. Hoitoon sitoutumisen on havaittu paranevan asianmukaisella ja asiakasta tukevalla ohjauksella, kun taas epäselvä tai ristiriitainen ohjaus aiheuttaa asiakkaassa hämmennystä ja heikentää sitoutumista omahoitoon (Lunnela 2011, 82; Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206). Osastolla kannattaa keskittyä selkeään työnjakoon ohjauksessa. Moniammatillisessa yhteistyössä ohjausta annettaessa tulee varmistaa, että tieto asiakkaan saamasta ohjauksesta kirjataan, jotta ohjauksen epäselvyyksiltä vältyttäisiin.

Asiakkaalta kysytään aina, ”voiko olla vielä avuksi”

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän palvelupalautelomakkeessa kysytään, onko asiakkaalta kysytty ”Voimmeko olla vielä avuksi? (liite 5). Siten kyseisen kysymyksen esittämisen määrä vaikuttaa palvelupalautteissa nähtävään asiakaskokemukseen. Henkilökunnan näkemyksissä hyvä vuorovaikutus ja kiireettömyys ohjaustilanteissa ovat tärkeitä ja ohjauksen lopuksi onkin hyvä vielä varmistaa, ettei asiakkaalle ole jäänyt epäselvyyttä käsitellyistä asioista. Myös Kääriäinen (2007) näkee, että kiire haittaa laadukkaan ohjauksen antamista asiakkaalle ja voi vaikuttaa asiakkaan kokemukseen kuulluksi tulemisesta.

Hoitajan tehtävä on varmistaa, että asiakas on saanut kaiken tarvitsemansa ohjauksen. (Kääriäinen 2007, 90–91.)

Takaisinsoiton tarjoaminen kaikille ja ajankohdan ilmoittaminen asiakkaalle

Takaisinsoitto todettiin tutkimuksen tuloksissa sekä asiakkaiden että henkilökunnan kokemusten mukaan tärkeäksi palveluksi. Takaisinsoittoa arvostettiin asiakkaiden näkemyksissä erityisen paljon. Asiakkaan kokemuksen mukaan takaisinsoiton ajankohta olisi hyvä tietää etukäteen, jottei soittoa tarvitsisi odotella. Takaisinsoitto on asiakkaan jälkihoitoa, joka vähentää hoitajaksojen uusiutumista ja tukee asiakkaan kotona pärjäämistä (Braet, Weltens ja Sermeus (2016, 121). Allenin, Hutchinsonin, Brownin ja Livingstonin (2017, 52) tutkimuksessa todettiin, että asiakkaat arvostavat takaisinsoittoa ja mahdollisuutta olla yhteydessä kotiuttavaan tahoon tarvittaessa ja, että tämä lisää turvallisuuden tunnetta ja kotona pärjäämistä. Osastolla 54 takaisinsoittoa tarjotaan vain osalle potilaista, mutta takaisinsoiton tarjoaminen kaikille asiakkaille voisi vähentää sairaalahoitoon palaamista ja parantaa asiakaskokemusta.

8 ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Johtopäätökset

Tässä luvussa käsitellään kehittämishankkeen tuloksia verrattuna aiemmin tutkittuun tietoon ja arvioidaan kehittämishankkeen toteutusta ja eettisyyttä. Keskeisimmät tulokset liittyvät asiakkaan ohjaukseen, asiakaskokemukseen ja jatkohoitoon.

8.1.1 Kokonaisvaltainen ohjaus

Kokonaisvaltaiseen ohjaukseen kuuluu henkilökunnan näkemysten mukaan yksilöllistä, ymmärrettävää ja kiireetöntä kuuntelua sekä asiakkaan motivointia ja motivointia kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Asiakkaan ymmärrys annetusta tiedosta tulee varmistaa. Myös muut tutkimukset tukevat näkemystä, että ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja vuorovaikutuksellista (Kääriäinen 2007, 90–91; Lipponen ym. 2008, 122). Useissa tutkimuksissa (Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 67; Kääriäinen 2007, 90; Zakrisson & Hägglund 2010, 153; Lipponen ym. 2008, 131) on nähty kiireen haittaavan ohjauksen laatua ja toteutumista. Vuorovaikutuksellinen, sitouttava ohjaus merkitsee sitä, että hoitaja kuuntelee asiakasta ja ohjaa sen mukaan, mikä asiakkaan tarve on. (Lunnela 2011, 82; Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206; Leikkola 2014, 56; Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 522). Myös Lipponen ym. (2008, 122) näkee ohjauksen merkityksen asiakkaan voimaannuttamisessa siten, että asiakkaan näkemys otetaan huomioon ja hän tekee itse päätökset, hoitajan antaessa tukea ja päätöksentekoon tarvittavat tiedot.

Haastatteluista kehittämiskohteeksi nousi kirjalliset hoito-ohjeet. Asiakkaiden mukaan ohjeet ovat yleisiä, ja asiakkaan omalle vastuulle jää niiden soveltaminen omaan hoitoon. Allenin, Hutchinsonin, Brownin ja Livingstonin (2017, 524) tutkimuksessa nousi sama ilmiö esiin; kirjallinen tieto on hyvin yleisellä tasolla kirjoitettua, eikä palvele yksilöllisesti asiakasta. Myös Palosen (2016, 57), Kääriäisen (2008, 91) ja Kasevan (2011, 31) tutkimuksissa todetaan, että kotihoito-ohjeiden tulee olla konkreettisia, ja huomioida asiakkaan tarpeet yksilöllisesti asiakkaan kotona pärjäämisen tukemiseksi.

Lääkehoidon ohjaukseen tulee tutkimuksen tulosten perusteella kiinnittää erityistä huomiota. Lääkitysvirheiden riski on suuri kotiutuessa. Selkeä, ajantasainen ja tarkistettu lääkelista ja reseptit tulee myös suullisesti käydä läpi asiakkaan ja tarvittaessa omaisen tai muun jatkohoidosta vastaavan tahon kanssa. Asiakkaan on tärkeää tietää, mitä lääkkeitä hän on saanut kotiutumispäivänä, jotta hän osaa jatkaa lääkitystä oikein. Myös Palosen, Kaunosen & Åstedt-Kurjen (2016, 66) ja Lunnelan (2011, 72) tutkimusten mukaan asiakkaat tarvitsevat konkreettista, yksityiskohtaista ja selkeää lääkehoidon ohjausta sisältäen

ajantasaisen lääkelistan ja sen yksityiskohtien selventämisen asiakkaalle. Mäkinien ym. (2017, 262-273) tutkimuksen mukaan suurin riski asiakkaiden kotiutumisen jälkeisessä lääkehoidossa on osastohoidon aikana tehdyt lääkemuutokset.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että usean eri hoitohenkilökunnan jäsenen osallistuminen hoitoon ja ohjaukseen vaikuttaa kotiutusprosessin onnistumiseen. Useiden lääkäreiden osallistuminen ohjaukseen on koettu tekevän asiakkaan saamasta informaatiosta sekavaa. Saman löydöksen teki myös Allen, Hutchinson, Brown ja Livingston (2017) tutkimuksessaan. Henkilökunnan näkemyksissä tuli esille, että kaikkien hoitohenkilökunnan jäsenten tulee osata ohjata asiakasta. Työnjaon selvyys vähentänee päällekkäistä ohjausta. (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 523.)

Yhteystietojen antaminen kotiutuvalla asiakkaalla nähtiin henkilökunnan mielipiteissä tärkeänä, jotta asiakas voi tarvittaessa kysyä neuvoa kotiutumisen jälkeen. Haastattelujen perusteella asiakkaille jäi kotiutumisen jälkeen kysymyksiä, joihin he eivät olleet saaneet vastausta. Tämä tuli esiin haastattelun aikana asiakkaiden esittäessä tutkijoilta hoitoonsa liittyviä kysymyksiä. Muissa tutkimuksissa nousi myös esiin yhteystietojen antamisen tarve kotiutuvalla asiakkaalla (Braet, Weltens & Sermeus 2016, 121; Palonen 2016, 58).

8.1.2 Asiakaskokemus kotiutusprosessissa

Tuloksissa kotiutuksen suunnittelu ja yhteistyö omaisten kanssa nähtiin asiakasystävällisinä osina kotiutusprosessia. Suunnittelu helpotti asiakkaiden ja omaisten valmistautumista kotiutumiseen ja antoi toivoa paranemisesta. Aikaisempien tutkimusten mukaan, asiakkaat eivät aina ehdi sopeutua tulevaan sairaalasiirtoon tai osastohoidon loppumiseen, eikä asiakas itse ei aina tiedä, miten hänen hoitonsa tulee etenemään. (Lämsä & Mäkelä, 2009, 2554; Dyrstad, Laugaland & Storm 2015, 1701-1702.) Osastolla tapahtuva kotiutuksen suunnittelu ja ennakointi koetaan hyvänä asiakaspalveluna ja kotona pärjäämistä tukevana toimintana. Joanna Briggs-säätiön suosituksessa (Braet, Weltens, Vleugels 2012, 3) korostetaan kotiutuksen huolellista suunnittelua onnistuneessa kotiutusprosessissa.

Haastatteluissa nousi esiin, että kotiin pääsemisen odottaminen kotiutuspäivänä heikensi asiakaskokemusta. Niin henkilökunta kuin asiakkaat havaitsivat tulosten mukaan puutteita kotiutuspäivänä tapahtuvassa tiedonkulussa osastolla. Asiakkaan informointi kotiutuspäivän kulusta on tärkeää. Asiakkaat kokivat, että joutuivat odottamaan kotiutusta kauan osastolla. Myös kotiutumiseen kuuluvaa Kela-taksin odottamista kritisoiitiin, koska sairaana on raskasta odottaa kauan istualtaan. Asiakasta tulisi pyytää itse arvioimaan jaksamistaan odottamiseen. Asiakkaan luottamuksen saavuttaminen on vuorovaikutuksellisen

ohjauksen toteutumiseksi tärkeää. Allenin, Hutchinsonin, Brownin ja Livingstonin (2017, 522) tutkimuksessa todettiin asiakkaan epävarmuuden lisääntyvän kotiutumisessa ja jatkohoidossa, mikäli työntekijä ei esitellyt itseään hoitotilanteessa. Asiakas tulee tiedostaa jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen rooli ja tehtävä kotiutumisessaan ja jatkohoidossaan.

Asiakkaan yksilöllinen huomioiminen koko kotiutusprosessin ajan nousi vahvasti esiin henkilökunnan näkemyksissä. Myös omaisten jaksamisen huomioiminen ja asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi tulee huomioida. Asiakkaan mielipiteen kunnioittaminen on osa asiakkaan yksilöllistä huomioimista (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 523; Järnström 2011, 252–254; Dyrstad ym. 2015; Järnström 2011).

8.1.3 Jatkohoito ja kotona pärjäämisen varmistaminen

Jatkohoidon turvaamiseksi ja kotona pärjäämisen varmistamiseksi henkilökunta näki tärkeimmiksi tekijöiksi kotiapujen tarpeen arvioinnin ja kotiolojen selvittämisen haastattelemalla asiakasta ja/tai tarvittaessa omaisia. Asiakkaan ja omaisen osallistaminen on tärkeää suunniteltaessa jatkohoitoa ja kotiin järjestettäviä palveluita. Asiakkaat kokevat tärkeäksi osallistumisen neuvotteluihin kotihoidon palveluista. (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2017, 523.) Toisaalta geriatristen asiakkaiden mielipiteitä ei aina huomioida tarpeeksi kotiutusta suunniteltaessa (Järnström 2011, 252–254.) Kaikki asiakkaat eivät halua tai kykene osallistumaan päätöksentekoon kotiutuksesta ja silloin hoitohenkilökunta tekee päätökset omaisten kanssa (Dyrstad, Laugaland & Storm 2015, 1703–1704).

Kotiutussuunnitelma laaditaan moniammatillisesti yhteistyössä omaisten kanssa. Tarvittavat kotiavut ja apuvälineet kuuluvat kotiutussuunnitelmaan. Silvennoinen-Nuora (2010, 253) havaitsi tutkimuksessaan, ettei apuvälineiden tarpeellisuutta huomioida kotiutuvien asiakkaiden mukaan riittävästi. Useiden tutkimusten perusteella moniammatillisesti laadittu kotiutussuunnitelma ja kotiutuksen suunnittelun aloittaminen jo asiakkaan tullessa sairaalaan tukevat kotiutumisen onnistumista (Dainty & Elizabeth 2009, 312; Lämsä 2013, 109, 124; Braet, Weltens, Vleugels 2012,3). Kotiutuksen huolellinen suunnittelu lyhentää sairaalahoidon kestoa ja vähentää asiakkaan hoitoon palaamista (Braet, Weltens, Vleugels 2012,3).

Asiakas tarvitsee kotiutuessaan selkeät hoito-ohjeet ja yhteystiedot sekä tiedon, mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa. Kontrolliajat ja asiakkaan vastuu niiden järjestämisestä tulee olla asiakkaan tiedossa. Haastatteluiden perusteella toiminta osastolla ei toteutunut tämän osalta. Myös sähköisten palveluiden hyödyntämisen mahdollisuus tulisi tuoda asiakkaiden tietoon digitalisaation korostumisen myötä. Asiakkaiden jatkohoidon varmistamiseksi

voidaan esimerkiksi tuottaa lomake, johon hoitaja tai lääkäri merkitsee jatkohoitoon liittyvät asiat (Palonen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 66). Haastatteluissa nousi esille, että hoito-ohjeiden toivotaan olevan konkreettisia ja yksilöllisiä, siksi olisi tärkeää tehdä lomake, joka on yksilöitävissä asiakkaan tarpeisiin sopivaksi.

Takaisinsoitto koetaan toimivana ja toivottuna palveluna osana kotiutusprosessia niin henkilökunnan kuin asiakkaiden näkemyksissä. Braet, Weltens ja Sermeuksen (2016) tutkimus tukee löydöstämme. Heidän mukaansa takaisinsoitto kotiutumisen jälkeen ehkäisee tehokkaasti hoitajaksojen uusiutumista ja tukee asiakkaan kotona pärjäämistä (Braet, Weltens ja Sermeus (2016, 121). Yksi haastatelluista asiakkaista toivoi tietoa tarkasta ajasta, milloin takaisinsoitto tapahtuu, jotta voisi valmistautua siihen paremmin ja turha soiton odottaminen jäisi pois asiakkaan arjesta.

8.2 Kehittämishankkeen arviointi

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää kotiutusprosessin sujuvuutta. Tarkoituksena oli, että potilasturvallisuus ja asiakastyytyväisyys paranevat. Tavoitteenamme oli laatia kehittämisuosituksia kotiutusprosessin laadun parantamiseksi. Kehittämishanke oli työelämälähtöinen, ja tarve kotiutusprosessin kehittämiseen nousi kohdeorganisaation toiveesta. Haipro-haittatapahtumailmoitukset sekä palvelupalautteiden analyysi tukivat kehittämishankkeen tarpeellisuutta. Työ oli ajankohtainen, ja kehittämishankkeemme aikana yhtymä alkoi työstämään isompaa kehittämishanketta koko yhtymän yhteisen kotiutusprosessin kehittämiseksi. Olimme yhteydessä yhtymän kehittämishankkeen projektipäällikköön, ja saimme häneltä myös palautetta hankkeemme tarpeellisuudesta ja hyödynnettävyydestä heidän kehittämishankkeeseensa. Täten oli perusteltua jatkaa kehittämishankkeemme työstämistä. Kehittämishankkeemme tuloksia voidaan hyödyntää yhtymän isommassa hankkeessa, koska tuloksemme luo hyvän pohjan kotiutusprosessin laajemmalle kehittämiselle.

Kehittämishanke toteutettiin palvelumuotoilun näkökulmasta. Halusimme korostaa kohdeorganisaation kehittämisessä asiakkaan kokemusta palvelusta ja kotiutusprosessin onnistumisesta. Tuulaniemen (2011, 254) painottama asiakaslähtöinen lähestymistapa on palvelumuotoilussa keskeisintä. Sen kautta pystyimme kehittämään palveluita, joiden kehittämistarve oli perusteltua. Tutkimuksen näkökulman laajentamiseksi ja palvelun toimivuuden takaamiseksi tutkimukseen otettiin mukaan myös osaston henkilökunta.

Valittu lähestymistapa oli toimiva. Miettisen (2011, 30) mukaan palvelumuotoilussa keskeisintä on selvittää asiakkaiden kokemukset organisaation tarjoamista palveluista, ja se toimi kehittämishankkeemme lähtökohtana. Koimme tärkeäksi perehtyä ennalta

annettuihin palvelupalautteisiin sekä tehtyihin Hai-pro-ilmoituksiin kotiutusprosessin osalta, sillä sen kautta pystyimme kohdentamaan palvelun kehittämisen yksityiskohtaisemmin kehittämistarpeen mukaisesti.

Toteutimme kehittämishankkeen Tuulaniemen (2011, 130) mukaisen palvelumuotoilun prosessikuvauksen mukaisesti. Kehittämistarpeen määrittelyyn vaikutti tutkijoiden työkokemus kohdeorganisaatiossa, ja siksi määrittelyyn tueksi otettiin luotettavuuden takamiseksi myös tietoa tapahtuneista vaaratapahtumista ja palvelupalautteista. Tällä vahvistimme käsitystä kehittämishankkeen tarpeellisuudesta ja lisäsimme tietoa ratkaistavista ongelmista. Yhteiset tavoitteet kehittämisprosessille saatiin neuvottelemalla kohdeorganisaation edustajan kanssa. Tutkimuslupahakemuksella varmistettiin, että asiakasnäkökulmaa saa selvittää. Henkilökunnan osallistuminen mahdollistettiin organisaation taholta. Tutkimusvaiheessa saatiin tärkeää tietoa sekä asiakkailta, että osaston henkilökunnalta. Ideointivaiheessa kerätty tieto jalostettiin kotiutusprosessin kehittämissuosituksiksi.

Tutkimusvaiheen toteutus sujui hyvin, mutta kehittämistarpeen määrittelyvaiheessa olisi mahdollisesti ollut tarpeellista jättää palvelupalautteet ja vaaratapahtumailmoitukset kehittämishankkeen määrittelyvaiheen lisätiedoksi, sillä tutkimustietoa kotiutusprosessista löytyi paljon. Oppimiskahvilan toteutuksessa ongelmaksi muodostui käsitteiden avaaminen ja siksi tarkempi sisällön laadullinen analyysi palvelupalautteiden tuloksista olisi ollut tarpeen. Analyysi tehtiin kuitenkin hyvin vähäisestä määrästä tietoa ja palvelupalautteiden tulokset olivat esitetty määrällisessä muodossa, mikä hankaloitti laadullisen analyysin tekemistä. Kehittämisen näkökulma kysymysten asettelussa olisi tuonut huomattavasti enemmän uusia ideoita henkilökunnalta. Teema palvelualltius ei auennut osallistujille. Tulosten kannalta olisi mahdollisesti ollut parempi käyttää käsitettä vuorovaikutuksellinen ohjaus, vaikka palvelupalautteessa tarkoitettiin palveluallttiutta. Teemat ja kysymykset olivat myös hyvin samankaltaisia, tuoden paljon samanlaisia vastauksia. Erilainen kysymyksen asettelu olisi voinut tuoda enemmän tietoa. Haastatteluiden tuloksissa näkyy, että haastateltavia oli vain viisi. Kaikilta haastateltavilta ei saatu yhtä paljon tietoa, joten useamman asiakkaan haastatteleminen olisi ollut perusteltua. Haastattelukysymysten teemat nojautuivat teorian tietoon. Lisäkysymysten tarve ilmeni haastatteluvaiheessa, mikä teemahaastattelulle on ominaista vapaamman haastattelurungon vuoksi.

8.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta ohjaavat erilaiset tutkimustyölle asetetut tieteen normit ja eettiset periaatteet. Tutkimuksen laatua voidaan mitata eettisyyden näkökulmasta tutkijoiden eettisen toiminnan kautta. Tutkijoiden on sitouduttava toimimaan eettisesti koko tutkimusprosessin ja sen vaiheiden ajan. Tutkijoiden tulee kunnioittaa kohdeorganisaatioita sekä tutkittavia että

muita tutkimukseen osallistuvia henkilöitä. (Vilka 2007, 100; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 163.)

Suunnittelu, toteutus ja raportointi tulee olla luotettavaa ja näkyvää (Vilka 2007, 100). Toikko ja Rantanen (2009, 121) toteavat luotettavuuden näkyvän kehittämistoiminnassa käyttökelpoisuutena, ja kehittämishankkeen tuottaman tiedon tulee olla hyödynnettävissä ja hyödyllistä kohdeorganisaatiolle. Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa luotettavia ja uskottavia tuloksia. Tämän edellytyksenä on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan rehellistä, huolellista ja tarkkaa työskentelytapaa prosessin jokaisessa vaiheessa. Tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti hyväksyttäviä ja kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä. Tutkimusluvan laatiminen ja sen hakeminen on osa suunnitteluvaihetta. Tutkimuslupien hankkiminen tulee olla rehellistä ja niissä tulee esittää tutkimuksen perustiedot. Koko prosessin ajan tutkijoiden tulee noudattaa vastuullisen toiminnan periaatteita. (Kuula 2011, 133; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen on tärkeä osa eettisyyttä. Tutkijoiden on taattava, ettei tutkittavien yksityisyyden suojaa loukata ja henkilötiedot suojataan tunnistettavuuden poistamiseksi. (Vilka 2007, 95.)

Tämän kehittämishankkeen toteuttamisessa ja raportin kirjoittamisessa on noudatettu tarkkaan kehittämishankkeen toteutuksessa noudatettavia eettisiä toimintaperiaatteita ja ohjeita. Kehittämishankkeen idea keskusteltiin kohdeorganisaatiossa ja osaston esimiehet olivat kiinnostuneita hankkeen toteutumiselle. Koko hankkeen ajan, olemme toimineet niiden mukaan ja hankkeen kohdeorganisaatiota, osallistujia ja toisiamme kunnioittaen. Olemme tiedottaneet kohdeorganisaatiota hankkeen etenemisestä ja aikatauluista, sekä huomioineet esimiesten toiveet toteuttamisaikataulusta henkilökunnan osalta. Tutkimusluvassamme määritimme tarkasti tutkimuksen perustiedot sekä tutkimusprosessin etenemisen ja käytettävät metodit. Tämän jälkeen suunnittelimme kehittämishankkeen tarkempaa käytännön toteutusta ja aikataulua

Osaston henkilökunnan osallistuminen kehittämishankkeeseen oli vapaaehtoista ja he saivat omilla toiveillaan vaikuttaa toteuttamisajankohtaan, minkä huomioimme ajankohtaa valitessamme. Annoimme mahdollisuuden henkilökunnalle myös keskeyttää työskentelyn aiheen parissa, mikäli se olisi aiheuttanut työntekijöille epämiellyttäviä tunteita. Työntekijöille kerrottiin tarkasti kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet ja mitä heidän työskentelyltään vaaditaan. Työpajatoiminnassa meidän roolimme tutkijoina oli aktivoida henkilökuntaa työskentelyyn sekä kehittämään yhteisiä osaston toimintatapoja. Learning Cafe työskentelyssä saatu materiaali tuhottiin raportin kirjoittamisen jälkeen, eikä sitä annettu

kenenkään muiden käytettäväksi. Raportoinnissa emme tuoneet esille kenenkään henkilöllisyyttä siten, ettei yksittäisiä osallistujia pystytä tunnistamaan. Työpajoista nousseet kehittämistarpeet olivat henkilökunnan yhdessä laatimia.

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 86) toteavat, että on eettisesti perusteltua tiedottaa haastateltavia haastattelusta rehellisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Asiakkaiden saatekirje (Liite 2) laadittiin niin, että tutkimukseen osallistuvat saivat selkeän ja riittävän informaation kehittämishankkeestamme. Työn tarkoitus ja tavoite olivat näkyvillä, ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tietosuojasta informoitiin tarkasti. Asiakkaiden haastattelut toteutettiin yksityisyyttä kunnioittaen. Ennen haastattelun alkamista, testasimme nauhoituslaitteen toimivuuden ja kuuluvuuden. Nauhoittamalla pyrittiin lisätä tutkimuksen luotettavuutta raportin kirjoittamisessa. Haastattelun aikana toimimme neutraalisti ja johdattelematta asiakkaita vastauksissa. Arvioimme ensimmäisten haastatteluiden aikana tarvetta muuttaa kysymysten asetelua haastattelun toteuttamiseksi, mutta kysymykset ymmärrettiin oikein, eikä tarvetta tarkennuksille tullut. Koimme tärkeäksi arvioida tutkimuksessa käytettävää työkalua luotettavuuden lisäämiseksi.

Hirsjärvi ja Hurme (2008, 185) toteavat, että haastattelun ja sen raportoinnin luotettavuutta parantaa aineiston analysointi ja haastattelun litterointi mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Litterointi toteutettiin heti haastattelun jälkeen. Haastattelussa on litteroitu kaikki haastattelijoiden ja haastateltavien puheet ja vuorovaikutus on raportoitu. Molemmat kehittämishankkeen tekijät litteroivat aineiston luotettavuuden lisäämiseksi. Raporttiin laitoimme lukijalle näkyväksi analyysin teon eri vaiheet luottamuksen lisäämiseksi. Haastattelut raportoitiin luotettavasti ja haastateltavien vastauksia kunnioitettiin ja kirjattiin asioita muuttamatta, sekä tunnistettavuus turvattiin. Allekirjoitimme vaitiolosopimuksen ja toimimme sen mukaisesti koko tutkimusprosessin ajan. Haastateltavien nimet ja tiedot sekä äänitallenteet tuhottiin asianmukaisesti heti haastattelujen litteroinnin jälkeen.

Kehittämishankkeen luotettavuuden ja näkyvyyden lisäämiseksi kävimme esittelemässä hankkeemme tulokset niiden valmistuttua kohdeorganisaatiolle. Tulosten esittelytilaisuus oli ennalta sovittu ja vapaa kaikille osallistujille. Tapaamiseen oli kutsuttu osaston henkilökuntaa ja esimiehet. Haastatteluun osallistujia emme kutsuneet heidän anonymiteetin säilyttämisen vuoksi, eikä tulosten esittelyllä ollut vaikutusta tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden näkökulmasta. Olimme laatineet PowerPoint-esityksen hankkeestamme ja sen toteutuksesta sekä tuloksista. Kehittämishankkeemme koettiin henkilöstön keskuudessa mielenkiintoisena, ja tulokset herättivät paljon keskustelua sekä uusia kehittämisideoita.

8.4 Jatkokehittämisehdotukset

Kehittämishankkeen jälkeen olisi mielenkiintoista tutkia ja seurata, miten hankkeemme vaikuttaa kotiutuksien onnistumiseen ja sujuvuuteen seuraavan puolen vuoden ja vuoden aikana. Palvelupalautteiden kautta voisi seurata asiakaskokemuksen kehittymistä. Kehittämisehdotusten toteutumisen ja niiden edelleen kehittämisen seuraaminen antaisi lisää yleistettävää tietoa asiakkaiden tarpeista ja hyvistä käytännöistä kotiutusprosessissa.

Kehittämishankkeen jatkoksi voisi tutkia asiakkaiden uudelleen sairaalaan joutumisen riskitekijöitä. Tähän liittyen voisi tutkia, millaisella henkilöllä on kohonnut riski palata osastohoitoon pian kotiutumisen jälkeen, ja millä keinoilla hoitoon palaamista voidaan tehostaa ennaltaehkäistä. Jatkotutkimusaiheena olisi myös yhteistyö Case Managerin ja osaston henkilökunnan kesken kotiutusten suunnittelussa.

Kehittämishankkeemme tulosten perusteella takaisinsoitto koettiin tärkeänä ja toimivana palveluna asiakkaan kotiutusprosessissa. Yhtenä kehittämissuosituksena ehdotimme kohdeorganisaatiolle takaisinsoiton toteuttamista jokaiselle kotiutuvalla asiakkaalla. Takaisinsoittoa tarjotaan kohdeorganisaatiossa jokaiselle asiakkaalle, mutta sitä ei toteuteta rutiinimaisesti kaikille osastolta kotiutuville. Asiakkaat, jotka eivät koe tarvitsevansa takaisinsoittoa, jäävät ilman soittoa. Teoriapohjassa esittelemämme aikaisemmat tutkimukset korostavat myös takaisinsoiton merkitystä jatkohoidon tukemisessa. Braetin, Weltensin ja Sermeuksen (2016, 121) mukaan asiakkaan jälkihoitoon kuuluu takaisinsoitto. Jatkokehittämisen kannalta olisi kiinnostavaa tutkia tarkemmin takaisinsoiton merkitystä vuodeosastolla, ja seurata takaisinsoiton saaneita asiakkaita verrattuna heihin, jotka eivät takaisinsoittoa ole saaneet.

Työyhteisössä keskusteltiin uusien toimintatapojen käyttöönottamisesta ja niiden tärkeydestä asiakkaan turvallisen kotiutumisen toteuttamiseksi. Keskusteluissa nousi esiin osastolla huomattu uusi kehittämistarve. Osastolla ei ole selkeää toimintatapaa tai ohjeistusta, miten toimitaan silloin, kun kotiuttava hoitaja ei ole esimerkiksi äkillisen sairastumisen vuoksi saatavilla. Kotiutuksen ja jatkohoidon järjestely on pääasiallisesti aina kotiuttavan hoitajan vastuulla. Tutkimuksen näkökulmasta kotiuttavan hoitajan rooli on merkittävä osastolla, ja sen vuoksi olisi kiinnostavaa tutkia tarkemmin kotiutuksen laatua, jos asiakas kotiutuu osastolta ilman kotiuttavaa hoitajaa.

Keuhkosairauksien vuodeosastolla työskennellään kahdessa eri tiimissä, jonka kesken osastohoidossa olevat asiakkaat jakautuvat hoitajien ja lääkäreiden kesken. Kehittämishankkeemme valmistumisen jälkeen kohdeorganisaatiossa työskentelymalli muuttuu tiimityöstä yksilövastuulliseen hoitotyöhön. Hoitotyönmallin muutos antaa itsessään jo eri

valmiudet sekä haasteet asiakkaiden hoitoon. Tämä antaa myös kehittämisideaksi tutkia yksilövastuullisen hoitotyön merkitystä esimerkiksi asiakkaan jatkohoidon suunnitteluun tai yksittäisen asiakkaan ohjaukseen kotiutuksen yhteydessä.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän kotiutusprosessin kehittäminen tulee antamaan jatkossa yhtenäiset käytännöt kotiutusprosessiin. Kehittämishankkeemme mahdollista vaikutusta asiakaskokemuksen huomioimiseen prosessissa on mielenkiintoista seurata. Kehittämishankeemme tulokset antavat tietoa yhtymän kehittämistarpeista asiakkaiden näkökulmasta vuodeosastolta toteutettujen kotiuttamisien osalta. Muutosten tarve yhtymän yhtenäisen kotiutusprosessin toteutuessa osaston 54 kotiutusprosessin käytäntöihin antaa palautetta meille kehittämishankkeen tekijöinä.

LÄHTEET

- Aalto, P. 2014. Muutos sosiaali ja terveydenhuollon organisoinnissa ja hoitotyön johtajuus. *Hoitotiede*; 26:3, 231-232.
- Ahonen, T. 2017. *Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kehittämiseen*. 2. Painos. Espoo: Tarja Ahonen.
- Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R. & Livingston, P. 2017. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2), 518–527.
- Bedman, B. 2008. When is patient education unethical? *Nursing Ethics* 15(6), 813-820. [viitattu 2.1.2019]. Saatavilla: <https://journals-sagepub-com.aineistot.lamk.fi/doi/pdf/10.1177/0969733008095389>
- Braet, A., Weltens, C. & Vleugels, A. 2012. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home to reduce readmissions: a systematic review. Joanna Briggs Institute. [viitattu 5.3.2019] Saatavilla: http://ovidsp.dc1.ovid.com.aineistot.lamk.fi/sp-3.32.2a/ovidweb.cgi?&S=GPPNFPEJDMACBIKKPKDKGMOAH-BAAA00&Link+Set=S.sh.44%7c1%7csl_190
- Braet, A., Weltens, C. & Sermeus, W. 2016. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 14 (2):106-173.
- Dainty, P. & Elizabeth, J. 2009. Timely discharge of older patients from hospital: improving the process. *Clinical Medicine* 9(4), 311–314. [viitattu 8.4.2019]. Saatavissa: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/9/4/311.full.pdf+html>
- Diana, C., Pacenti, E. & Tassi, R. 2009. Visuaaltilien Communication tools for (service) design. First Nordic Conference on Service design and Service Innovation. [viitattu 13.3.2019] Saatavilla: <http://www.ep.liu.se/ecp/059/006/ecp09059006.pdf>
- Dyrstad, D., Laugaland, K. & Storm, M. 2015. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 24(11-12), 1694–1706.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. *Hoitotiede* 26 (1), 63–73.

Farahani, A. M., Mohammadi, E., Ahmadi, F. & Mohammadi, N. 2013. Factors influencing the patient education: A qualitative research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 18(2), 133–139.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press 2008

Huovinen, T. & Roivio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. Sivut 94–113.

Ikonen, H-M. 2017. Puhelinhaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P., Ruusu-vuori, J. & Aho, A-L. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino. Sivut 270–284.

Innokylä 2019. Learning cafe eli oppimiskahvila. [viitattu 13.3.2019] Saatavilla:

<https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. [viitattu 2.4.2019] Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. [viitattu 3.4.2019] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Julkunen-Vehviläinen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro OY

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2011:16

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sivut 77–97.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere. Vastapaino.

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

Kähkönen O., Kankkunen P. & Saaranen T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24(3): 201–215.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Lee, S. 2011. Evaluating Serviceability of Healthcare Servicescapes: Service Design Perspective. International Journal of Design, 5(2), 61-71.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Leikkola, P. 2014. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. [viitattu 9.4.2019] Saatavilla: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96181/978-951-44-9599-1.pdf?sequence=1>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. [viitattu 10.4.2019]. Saatavilla: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Artikkel. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45(2), 121–135.

Lunnela J. 2011. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisen edistäminen tehostetun ohjauksen ja sosiaalisen tuen avulla. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede ja terveyshallinto [viitattu 28.11.2018] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294136.pdf>

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta.

Lämsä, R. & Mäkelä, R. 2009. "En olisi vielä kotiin lähdössä". Tieteessä-Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 64(33), 2551-2557. [viitattu 27.11.2018] Saatavissa: <https://www.laakari-lehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/quot-en-olisi-viela-kotiin-lahdossa-quot-sairaala-osaston-kaytannoista-potilaan-silmin/>

Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu- yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) 2011. Palvelumuotoilu- uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. 2. painos. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. 21–42.

Mäkinen, E., Koljonen, M., Ojala, R. & Laitinen, K. 2017. Lääkineuvonta ja lääkityslistan ajantasaisuuden varmistaminen sairaalasta kotiutettaessa. Dosis 33(4), 262-275 [viitattu 27.11.2018] Saatavissa: https://dosis.fi/wp-content/uploads/2018/03/Dosis_4_2017.pdf

Nordmark Sofi, Soderberg Siv & Skär Lisa 2015. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. Informatics for health & social care 40 (1), 23–44.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.

Palonen, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Päivystysklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjauksen kehittämiskohteita potilaiden, läheisten ja hoitajien kuvaamana. Gerontologia 30 (2), 63–77.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2019-2020. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän julkaisut.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2017. Henkilöstösuunnitelma 2018–2020. Keuhkosairauksien vuodeosasto 54. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän julkaisut.

Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. International Journal for Quality in Health Care 19(2), 113–119. [viitattu 21.1.2019] Saatavissa: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/2/113/1804653>

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. 9–36.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2017. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Hyäri-
nen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere:
Vastapaino. Sivut 46–83.

Sahlström, M., Liukka, M., Roine, R., Aaltonen, L. & Kinnunen, M. 2018. Hyvä suunnittelu
ehkäisee riskisiirtoja. Suomen Lääkärilehti 73(1-2), 62-63.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa
vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamis-
tieteiden laitos. [viitattu 3.4.2019] Saatavilla: [http://tampub.uta.fi/bitstream/han-
dle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja ter-
veysministeriön julkaisuja 2006:19

Sydänmaanlakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johta-
minen. Helsinki: Talentum

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 [viitattu 10.4.2019]. Saatavilla: [http://www.fin-
lex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.fin-lex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326)

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Huurre, T. & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan
arviot potilasohjausosaamisestaan – kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. Hoito-
tiede 30 (3), 179–190.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere
University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos.
Helsinki, Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäily-
jen käsitteleminen Suomessa. [viitattu 12.1.2019] Saatavilla: [https://www.tenk.fi/si-
tes/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum.

Vilka, H. 2007. Tutki ja Mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Zakrisson, A-B. & Hagglund, D. 2010. The astma/COPD nurses' experience of educating
patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. Scandinavian
Journal of Caring Sciences 24(1), 147–155. [viitattu 9.4.2019] Saatavilla: [http://web.b.eb-
scohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=b6bbe0f9-a9aa-4a8c-
ac6a-d3f7950fef39%40sessionmgr103](http://web.b.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=b6bbe0f9-a9aa-4a8c-ac6a-d3f7950fef39%40sessionmgr103)

LIITTEET

LIITE 1 TUTKIMUSLUPA

LIITE 2 SAATEKIRJE

LIITE 3 SUOSTUMUSLOMAKE

LIITE 4 HAASTATTELULOMAKE

LIITE 5 PALVELUPALAUTE-LOMAKE

LIITE 1 Tutkimuslupa

3 (3)

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Liitetään viranhaltijan päätökseen

**Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymä**
Viranomaisen:
Toimialajohtaja

Kunnallisasiat

Päivämäärä:
03.10.2018Pykälä:
173**Oikaisuvaatimusoikeus**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Muutoksenhakukielto

Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksistä, jotka koskevat virka- tai työehtosopimuksen tulkintaa tai soveltamista (KvesL 26 §).

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään ja sen yhteystiedot:

Toimielin: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän hallitus
Postiosoite: Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Käyntiosoite: Keskussairaalankatu 7
Puh.: (03) 819 11
Faksi: (03) 819 2308
Sähköpostiosoite: kirjaamo@phsotey.fi
Aukioloaika: 9-15

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista ennen viraston aukioloajan päättymistä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, sähköistä tiedoksiantoa käytettäessä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä ja muussa tapauksessa seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimusaika taloudellisin ja tuotannollisin perustein tehdystä irtisanomisesta koskevasta päätöksestä alkaa kulua vasta irtisanomisajan päättymisestä.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen

Pvm:

Kuntalain 95 §:n 1 momentin mukainen erityistiedoksianto asianosaiselle

Asianosainen: Pirjo Orre

- Annettu tiedoksi sähköisesti, pvm:
- Lähetetty tiedoksi kirjeellä, joka on annettu postin kuljettavaksi, pvm:
(kuntalaki 95 §) Tiedoksiantaja:
- Luovutettu asianosaiselle
Paikka ja pvm:
- Muulla tavoin, miten TWeb

Vastaanottajan allekirjoitus

Oikaisuvaatimuksen sisältö

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen sekä sen tekijä ja yhteystiedot.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle oikaisuvaatimusajan kuluessa ennen sen viimeisen päivän virka-ajan päättymistä riippumatta tavasta, jolla se toimitetaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

Omalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä.

Tämän luvan myöntämiseen liittyvät tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä TWebiin.

Lisätietojen antaja	Tutkimuskoordinaattori Marjo Soini puh. 044-719 5263
Toimivallan peruste	Terveystieteellisen tutkimuksen tekeminen Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä
Nähtävänäoloaika	05.07.2018
Nähtävänäolopaikka	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä / kirjaamo, Keskussairaalankatu 7 15850 Lahti
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Marketta Koskinen
Tiedoksi	Lauri Lammi, Jarkko Lehtonen, Marjo Soini
Liitteet	Kehittämishankkeeseen liittyvät asiakirjat
Allekirjoitus	Juhani Sand Toimialajohtaja

3 (3)

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Liitetään viranhaltijan päätökseen

**Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymä**

Kunnallisasiat

Viranomainen:
ToimialajohtajaPäivämäärä:
03.10.2018Pykälä:
173**Oikaisuvaatimusoikeus**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Muutoksenhakukiello

Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksistä, jotka koskevat virka- tai työehtosopimuksen tulkintaa tai soveltamista (KvesL 26 §).

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään ja sen yhteystiedot:

Toimielin: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän hallitus
Postiosoite: Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Käyntiosoite: Keskussairaalankatu 7
Puh.: (03) 819 11
Faksi: (03) 819 2308
Sähköpostiosoite: kirjaamo@phsotey.fi
Aukioloaika: 9-15

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista ennen viraston aukioloajan päättymistä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, sähköistä tiedoksiantoa käytettäessä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä ja muussa tapauksessa seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimusaika taloudellisin ja tuotannollisin perustein tehdystä irtisanomisesta koskevasta päätöksestä alkaa kuluu vasta irtisanomisajan päättymisestä.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen

Pvm:

Kuntalain 95 §:n 1 momentin mukainen erityistiedoksianto asianosaiselle

Asianosainen: Pirjo Orre

- Annettu tiedoksi sähköisesti, pvm:
- Lähetetty tiedoksi kirjeellä, joka on annettu postin kuljettavaksi, pvm:
(kuntalaki 95 §) Tiedoksiantaja:
- Luovutettu asianosaiselle
Paikka ja pvm:
- Muulla tavoin, miten TWeb

Vastaanottajan allekirjoitus

Oikaisuvaatimuksen sisältö

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen sekä sen tekijä ja yhteystiedot.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle oikaisuvaatimusajan kuluessa ennen sen viimeisen päivän virka-ajan päättymistä riippumatta tavasta, jolla se toimitetaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joulukuun tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

Omalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä.

LIITE 2. Tiedote tutkimuksesta

Arvoisa kotiutuja

Olemme Lahden ammattikorkeakoulun opiskelijoita, ja teemme opinnäytetyönämme kehittämishanketta kotiutusprosessin kehittämisestä. Opinnäytetyönämme on keuhkosairauksien vuodeosaston kotiutusprosessin kehittäminen asiakaslähtöisesti paremmaksi. Hanke on osa opintojamme (YAMK Johtaminen ja kehittäminen, LAMK). Kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää kotiutuksien sujuvuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta ja asiakastytyväisyyttä. Tavoitteenamme on selvittää mahdollisia kotiutukseen liittyviä kehittämistarpeita ja sen kautta luoda asiakaslähtöisempi kotiutusprosessi sekä yhtenäistää kotiutuskäytäntöjä.

Pyytäisimme saada lupaa haastatella teitä osana tutkimusta. Haastattelu toteutetaan puhelimitse ja kestää noin 10-20minuuttia. Haastattelussa selvitetään asiakastytyväisyyttä ja kokemusta toteutuneesta kotiutuksesta. Haastattelut toteutetaan teille sopivana ajankohtana noin 1-2 viikkoa kotiutuksesta. Vastauksenne olisivat tärkeitä kotiutusprosessin kehittämistä varten. Haastattelussa saatuja tietoja käytetään ainoastaan tutkimuksessa. Olemme vaitiolovelvollisia, ja haastattelu sekä vastaukset käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei tuloksista pysty tunnistamaan vastaajaa.

Ystävällisin terveisin

Tiia Kangassalo, Sairaanhoitaja

Raisa Mononen, Sairaanhoitaja

LIITE 3. SUOSTUMUSLOMAKE

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Kirjallinen suostumuslomake Kotiutusprosessin kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalan keuhkosairauksien vuodeosastolla-haastattelututkimukseen osallistumisesta.

Olen saanut tämän suostumuksen liitteenä tiedotteen tutkimuksesta hankkeessa Kotiutusprosessin kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalan keuhkosairauksien vuodeosastolla. Olen saanut riittävästi tietoa kehittämishankkeesta ja osallistun vapaaehtoisesti haastatteluun.

Annan suostumukseni siihen, että minulle soitetaan haastattelua varten ja haastattelussa saatuja tietoja käytetään tutkimuksessa. Tiedän haastattelun nauhoittamisesta ja aineiston salassa pitämisestä. Voin halutessani peruuttaa antamani suostumuksen ilmoittamalla siitä tutkimuksen vastuuhenkilölle tai keuhkosairauksien vuodeosastolle.

Sukunimi, etunimet

Puhelinnumero

Kotiutumispäivä

Paikka ja aika

Allekirjoitus



PÄIJÄT-HÄMEEN
hyvinvointiyhtymä

LAMK

Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

LIITE 4. HAASTATTELULOMAKE

HAASTATTELU

Hei ja kiitos jo tässä vaiheessa kiinnostuksesta ja halusta osallistua opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyömme aiheena on kotiutusprosessin kehittäminen keuhkosairauksien vuodeosastolla. Työn tarkoituksena on edistää kotiutuksien sujuvuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta ja asiakastytyväisyyttä. Tavoitteenamme on yhtenäistää kotiutuskäytäntöjä.

Olemme valinneet tähän haastatteluun kotiutusprosessiin liittyvät 3 teemaa, joiden pohjalta haastattelu toteutetaan. Teemat ovat "kotiutusprosessin onnistuminen", "potilasohjaus" ja "jatko-hoito ja sen järjestäminen". Tässä haastattelussa potilasohjauksella tarkoitetaan hoitohenkilökunnalta saamaasi opastusta liittyen terveydentilaasi ja hyvinvointiisi. Ohjauksen tarkoituksena on tukea kotona pärjäämistäsi sairaalahoidon jälkeen. Haastattelu kestää 20-30 minuuttia. Mikäli haastattelun aikana koet, ettet halua jatkaa haastattelua, sinulla on oikeus lopettaa haastattelu halutessasi. Haastattelu nauhoitetaan vastausten käsittelyä varten. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, vastaukset käsitellään siten, ettei vastaajaa voi tunnistaa niistä ja haastattelun materiaali hävitetään työn valmistuttua.

Kysymme ensin muutaman taustakysymyksen liittyen perustietoihisi. Oletko valmis aloittamaan haastattelun?

Haastateltava henkilö:

Henkilön ikä:

Sairaalassa olo aika:

Haastattelun kesto:

Teema 1. Kotiutusprosessin onnistuminen

Miten koet kotiutuksen suunnittelun tukeneen kotiutumisen onnistumista? Otettiinko mielipiteesi huomioon?

Teema 2. Ohjaus

Miten arvioisit ohjaukseen käytetyn ajan? Oliko se tarpeisiisi nähden riittävä?

Miten koet ohjauksen tukeneen kotona pärjäämistäsi, esim. oikeanlaista omahoitoa ja lääkehoitoa?

Teema 3. Jatkohoito ja sen järjestäminen

Miten hoidon jatkuvuus varmistettiin?

Olivatko jatkohoito-ohjeet helposti ymmärrettävissä ja jatkohoito helposti järjestettävissä?

Miten omaisesi tai läheisesi huomioitiin kotiutumisessasi?

Miten kehittäisit asiakkaan näkökulmasta kotiutumisprosessia?

Haastattelu on päättynyt. Haluamme kiittää osallistumisestasi.

LIITE 5. Palvelupalaute-lomake

Jatkosuunnitelma	☹	☹	☹	☹	☹	Ei koske minua
Olin koko ajan osallisena kotiutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain riittävän ajoissa tiedon kotiin pääsystä tai jatkohoitoon siirtymisestä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulta kysyttiin tarvitsenko kotona apua.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läheiseni huomioitiin riittävästi kotiin tai jatkohoitoon siirtyessäni.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain kirjallisenä jatkohoito-ohjeet.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain kirjallisenä yhteydenottotiedot.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän vastuulleni jäävät asiat.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulta kysyttiin lopuksi "voimmeko vielä olla jotenkin avuksi?".....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annan saamastani palvelusta arvosanan 4 5 6 7 8 9 10
 4 = ala-arvoinen, 10 = kiitettävä

Voin suositella saamaani palvelua En Kyllä

Tähän voit tarkentaa antamiasi vastauksia.

Ehdotuksia

Kiitoksia

Kehitettävää

Taustatiedot

Asiakkaan ikä: 0-6 v. 7-17 v. 18-30 v. 31-45 v. 46-64 v.
 65-75 v. 76- v.

Asiakkaan äidinkieli: Suomi Ruotsi Muu

Palautteen antaja: Asiakas Läheinen Muu

Yhteydenottopyyntö

Jätä yhteystietosi, mikäli haluat meidän ottavan sinuun yhteyttä palautteen johdosta.

Nimi: _____ Puhelinnumero: _____

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

Kiitos palautteestasi!

Palauta lomake palautelaatikkoon tai postitse:

Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden yksikkö / Kehittämispäällikkö, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti

29.6.2018 / K400362