



Potilaan ja omaisten ajantasainen tieto hoidon ja kuntoutumisen ete- nemisestä

Opinnäytetyö

Mariella Dufva ja Saara Turunen



Laurea-ammattikorkeakoulu

Potilaan ja omaisten ajantasainen tieto hoidon ja kuntoutumisen etenemisestä

- **Potilashuonetaulun kehittäminen terveyskeskusvuodeosastolla**

Mariella Dufva
Saara Turunen
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2020

Mariella Dufva, Saara Turunen

Potilaan ja omaisten ajantasainen tieto hoidon ja kuntoutumisen etenemisestä

Vuosi 2020 Sivumäärä 53

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli edistää potilaiden ja omaisten ajantasaista tiedonsaantia liittyen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhden hengen potilashuoneissa olevista huonetauluista työkalu, jonka avulla omaiset ja potilas saivat ajantasaista tietoa hoidon ja kuntoutumisen edistymisestä. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi erään kaupungin terveyskeskusvuodeosasto, jonka toiminta on painottunut ortopediseen kuntoutukseen. Potilaat ovat pääosin ikääntyneitä, jolloin hoidossa ja kuntoutumisessa korostuu kokonaisvaltaisuus.

Kyseessä oli toiminnallinen opinnäytetyö, johon sisältyi kaksi henkilökunnalle järjestettyä ideointipajaa liittyen potilashuonetaulujen käyttöön. Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin henkilökunnan ryhmähaastattelua, joka toteutettiin ensimmäisen ideointipajan yhteydessä. Ryhmähaastattelun tavoitteena oli saada tietoa henkilökunnan kokemuksista potilashuonetaulujen käytöstä, sekä potilaiden ja omaisten tiedon tarpeesta. Tässä opinnäytetyössä teoriaa käsiteltiin tiedonkulun, omaisten osallisuuden ja potilaan oikeuksien näkökulmasta.

Opinnäytetyön tuotoksena oli posterit, jotka tehtiin yhteistyökumppanin toimittamalle posteripohjalle. Posterista ilmenivät opinnäytetyön keskeiset tulokset ja johtopäätökset, joiden mukaan potilashuonetaulu on henkilökunnalle tärkeä työväline, jonka välityksellä eri ammattiryhmät saavat ajantasaisen tiedon potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta, sekä hoidon tavoitteista. Lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät saavat potilashuonetaulun välityksellä tietoa potilaan yksilöllisistä tekijöistä, kuten liikkumisen tai aistitoimintojen rajoitteista, jotka helpottavat päivittäistä työskentelyä kyseisen potilaan kanssa.

Potilashuonetaulu menettää kuitenkin merkityksensä, jos siinä olevat tiedot eivät ole ajantasaisia. Potilashuonetaulun päivittäminen koettiin haasteelliseksi, eikä taulun päivittämiseen ole muodostunut yhteisiä toimintatapoja. Henkilökunta ei myöskään kokenut taulua merkittävänä tiedonkulun välineenä, sillä omaiset keskustelivat henkilökunnan kanssa mieluiten kasvotusten, eikä ainakaan osa omaisten tarvitsemista tiedoista sovellu taululla välitettäväksi. Hoitohenkilökunnan omaisilta tarvitsemat potilaan taustatiedot ovat lähtökohtaisesti niin laajoja kokonaisuuksia, ettei potilashuonetaulu sovellu niiden välittämiseen.

Asiasanat: Vuorovaikutus, tiedonkulku, hoito, kuntoutus, potilaat, omaiset

Mariella Dufva, Saara Turunen

Up-to-date information of the progress of treatment and rehabilitation for the patient and the next-of kin

Year 2020

Page count 53

This thesis was designed to help patients and their next of kin to obtain up-to-date information on patient treatment and rehabilitation. The purpose of the thesis was to turn single-patient room information boards into tools for communicating up-to-date information for patients and their next of kin on treatment and rehabilitation progress. The thesis was sponsored by a city health center ward specialized in orthopedic rehabilitation. Most patients are elderly, requiring increased focus on a holistic approach to treatment and rehabilitation.

This was a functional thesis involving two staff brainstorming workshops on the use of patient whiteboards. A group interview for the staff, organized at the first brainstorming workshop, was used for collecting material for the thesis. The interview was designed to gather information on staff experiences on how patient whiteboards are used, and on the need for information by patients and their next of kin. The theoretical discussion in this thesis looked at the issues from the perspectives of information flow, next of kin involvement, and patient rights.

The thesis resulted a poster made on a template provided by the commissioner of the thesis. The poster presents the key results and conclusions of the thesis. They indicate that the patient whiteboard is an important tool for the staff for communicating up-to-date information to different groups of professionals on patient treatment and rehabilitation, and on treatment objectives. Additionally, the patient whiteboard provides information to groups of professionals involved in patient treatment on patient-specific factors such as mobility or sensory impairments, simplifying daily work with the patient.

However, the patient whiteboard loses relevance if information presented on it is out of date. Updating the patient whiteboard was considered challenging, with no procedures established for keeping the information current. Also, the staff did not consider the board a crucial tool for communication, as the next of kin actually prefer to talk to the staff face-to-face, while some of the information required by the next of kin is not suitable for communicating on the board. Furthermore, next of kin provided patient background information required by the nursing staff is typically too extensive to communicate on the patient whiteboard.

Keywords: Interaction, information flow, treatment, rehabilitation, patients, next of kin

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	8
3	Teoriatausta.....	8
3.1	Vuorovaikutus ja viestintä	8
3.2	Potilaan itsemääräämisoikeus ja tiedonsaantioikeus sekä potilastietojen salassapito.....	11
3.3	Ikääntyneen perhesuhteet	14
3.4	Tiedonkulku ja potilasturvallisuus	16
3.5	Omaisten kohtaaminen ja tiedonkulku.....	17
3.6	Potilaan ja omaisen osallisuus hoitoon ja kuntoutukseen	19
3.7	Voimaantuminen (empowerment)	22
3.8	Potilashuonetaulu	24
4	Aineisto ja menetelmät	25
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	25
4.2	Aineistonkeruumenetelmä	27
4.3	Aineiston analysointi.....	29
5	Tulokset	29
5.1	Potilashuonetaulun käytön hyödyt ja haasteet	30
5.2	Päivittäisessä potilastyöskentelyssä tarvittava tieto.....	32
5.3	Henkilökunnan tiedon tarve	33
5.4	Potilaan ja omaisen tiedon tarve	34
5.5	Potilaan yksityisyyden suoja.....	35
6	Johtopäätökset ja pohdinta.....	35
6.1	Tulosten tarkastelu	36
6.2	Tuotos ja palaute	37
6.3	Eettisyys	38
6.4	Luotettavuus	38
6.5	Jatkotutkimusehdotukset	39
	Lähteet.....	40
	Liitteet	44

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli edistää potilaiden ja omaisten ajantasaista tiedonsaantia liittyen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhden hengen potilashuoneissa olevista huonetauluista työkalu, jonka avulla omaiset ja potilas saivat ajantasaista tietoa hoidon ja kuntoutumisen edistymisestä.

Vuorovaikutustaidoilla on keskeinen osa ikääntyneen potilaan hoitotyötä. Vuorovaikutusta tarvitaan potilaan ja hänen omaistensa sekä työyhteisön ja potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa toimimisessa. Onnistunut vuorovaikutus työyhteisössä mahdollistaa potilaan hoidon yhtenäisten näkemysten ja linjausten mukaisesti. Ikääntyneen potilaan, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus antaa mahdollistaa potilaan taustoihin tutustumisen ja käytännön asioista sopimisen. (Tarhonen 2014, 29-31.)

Sujuva tiedonkulku hoitoon osallistuvien kesken on välttämätöntä myös potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Potilasturvallisuusosaamiseen kuuluvat keskeisesti hoitoon osallistuvien ammattiryhmien moniammatillisen yhteistyön ja kommunikoinnin taidot. Tiimityö on mahdollista ilman viestintää, ja lähes kaikki potilasturvallisuutta edistävät käytännöt sisältävät kommunikaatiota. Ammattihenkilöiden tulee huomioida, että potilaiden kanssa puhutaan samaa kieltä. Kun kommunikaatio on toimivaa, potilas voi auttaa henkilökuntaa tilanteen arvioinnissa ja ongelman tunnistamisessa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 177-188.)

Läheiset perhesuhteet ovat ikääntyneelle potilaalle merkittävä voimavara. Kansallisena tavoitteena on tukea ikääntyneiden mahdollisuuksia asua kotona mahdollisimman pitkään, jolloin läheisten roolin merkitys ikääntyneelle kasvaa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 175.) Ikääntyneen potilaan hyvän hoidon edellytys onkin, että hänen perhetilanteensa määritellään ja sitä ymmärretään. Myös Mattila on todennut tutkimuksessaan Lindhardiin ym. (2008) viittaen, että hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoisia potilaan perheen tilanteesta, jolloin hoidon suunnittelussa voidaan huomioida perheen osallistuminen potilaan hoitoon, ja arvioida potilaan ja hänen omaistensa tuen tarvetta. Potilaan ja hänen omaistensa saattaa kuitenkin olla vaikea tuoda tuen tarpeitaan esille. (Mattila, 2011. 33,38; Voutilainen & Tiikkainen 2009, 172-173.)

Tutkimusten mukaan yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa pidetään tärkeänä, ja omaisilta saatua tietoa tulisi huomioida päätöksenteossa ja kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 173). Potilaan kotiutuessa omaiset toivovat tietoa jatkohoidosta ja kuntoutuksesta sekä arkisista asioista. Lisäksi omaiset toivovat yhteystietoja, jonne

voivat olla tarvittaessa yhteydessä. (Aura 2008, 36.) Aloitteellisuuden lisäksi omaiset toivovat hoitohenkilökunnalta luotettavaa ja ajantasaista tietoa potilaan tilanteesta (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 174).

Itsemääräämisoikeus kuuluu keskeisimpiin terveydenhuollon etiikan periaatteisiin. Itsemääräämisoikeuden käsitteeseen kuuluvat suostumus ja siihen liittyvä tiedonsaantioikeus. Itsemääräämisoikeutensa nojalla potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jotta itsemääräämisoikeus voisi toteutua, on potilaan saatava tietoa terveydentilastaan, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä hoidon riskeistä ja hyödyistä. (Halila 2014.) Etenevät muistisairaudet heikentävät potilaan kykyä ymmärtää ja tehdä päätöksiä. Muistisairas saattaa kuitenkin kyetä päättämään joistakin itseään koskevista asioista, mutta päätökset tulee tehdä yhdessä hänen omaistensa tai muun edustajan kanssa. Päätöksiä tehdessä tulisi selvittää, mitä potilas itse toivoisi, eikä mitä omaiset toivovat. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 36.)

Tavoitteellisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa tarvitaan tietoa siitä, minkälainen potilaan toimintakyky on ollut ennen sairaalaan joutumista, ja omaisilta saatu tieto potilaan toimintakyvystä on ensiarvoisen tärkeää. Omaisilta voidaan saada tietoa myös potilaan yksilöllistä tavoista ja tottumuksista, joilla on merkitystä etenkin muistisairaana potilaan hoidossa. Tavoitteellinen hoito ja kuntoutus edellyttää, että hoidon tavoitteet ovat realistisia, konkreettisia, ymmärrettäviä ja yhdessä sovittuja. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 147.) Läheiset ovat merkittävässä roolissa ikääntyneen potilaan hoitoon sitoutumisessa. Läheisten tulee kuitenkin olla tietoisia yhteisistä tavoitteista, jotta he voivat tukea ja kannustaa potilasta hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 185.) Sairaalaympäristössä hoidon ja kuntoutuksen lähtökohtaisena tavoitteena on, että potilaan toimintakyky palautuu sille tasolle kuin se ollut ennen osastohoitojaksoa (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 145). Mitä iäkkäämmistä kuntoutujista on kysymys, sitä enemmän tulee esiin ihmisten erilaisuus ja erilaiset tarpeet. Iäkkään ihmisen kuntoutumista suunniteltaessa olennaisimmat lähtökohdat ovat yksilöllisyys ja autonomia. (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 332-337.)

Terveyttä edistävässä toiminnassa on tärkeää huomioida sosiaalisten suhteiden vaikutus yksilön hyvinvointiin ja työmenetelmiä uudistettaessa tulee arvioida ihmisen elämänhallintaan liittyvät voimavarat. Tarvittaessa yksilön kokemaa elämänhallintaa voi myös rakentaa toisten tuella erilaisten toimintamallien ja työmenetelmien avulla. Hallinnan tunteen tukeminen edellyttää yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistamista, mikä vaatii muutosta yksilö- ja yhteisötasolla. Voimaantumisen (empowerment) käsitteelle nojautuviin malleihin perustuvassa terveyden edistämisessä korostetaan yksilön ja yhteisön aktiivista osallistumista ja roolia. (Pietilä ym. 2002, 156-158.)

Potilashuoneisiin sijoitettujen potilashuonetaulujen avulla voidaan parantaa hoitohenkilökunnan välistä tiedonkulkua ja edistää potilaiden tiedonsaantia ja siten myös potilastyytyvyyttä. Taulun käyttö edellyttää harjoittelua, tehtävien määrittelyä, seuranta ja integrointia päivittäiseen työnsuorittamiseen. (Tan, Hooper, Evans, Braddock & Shieh 2013.) Potilashuonetaulujen suorina tavoitteina voi olla tarjota kirjallista tukea tiedonkululle, tehdä hoitosuunnitelma näkyväksi, edistää mahdollisimman hyvää kotiutumista valmistautumista, parantaa kivunhallintaa, edistää potilaan orientoitumista aikaan ja paikkaan, tarjota potilaiden ja näiden perheiden käyttöön oma, muokattavissa oleva tila sekä näyttää viikolla tarjottava ruoka. Taulua voidaan soveltaa kunkin potilaan tarpeiden mukaisesti, potilas voi itse osallistua sen käyttöön ja tietojenvaihto on dynaamista. Taulun käyttöä taas rajoittaa se, että siihen ei voida laittaa esiin salassa pidettävää tietoa. (Jonckheere 2017-2018, 33-35.) Taulut edistävät potilaat tietoisuutta hoitotiimistään, kotiutusajankohdasta ja -suunnitelmista sekä merkittävästi parantavat potilastyytyvyyttä ylipäättänsä. (Sehgal, Green, Vidyarthi, Blegen & Wachter 2010.)

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat ”vuorovaikutus”, ”potilashuonetaulu”, ”potilas”, ”omainen”, ”tiedonsaantioikeus”, ”itsemääräämisoikeus”, ”voimaantumisen”, ”yksityisyys”, ”tiedonkulku”, ”hoito”, ”kuntoutus” ja ”osallisuus”. Opinnäytetyön teoriaa käsitellään tiedonkulun, omaisten osallisuuden ja potilaan oikeuksien näkökulmasta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää potilaiden ja omaisten ajantasaista tiedonsaantia liittyen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhden hengen potilashuoneissa olevista, 75 cm x 75 cm - kokoisista huonetauluista työkalu, jonka avulla omaiset ja potilas saivat ajantasaista tietoa hoidon ja kuntoutumisen edistymisestä.

3 Teoriatausta

3.1 Vuorovaikutus ja viestintä

Vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä osassa ikääntyneen potilaan hoitotyössä. Vuorovaikutus voidaan kokea potilaan ja hänen omaistensa, sekä työyhteisön ja potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa toimimisena. Vuorovaikutuksessa on merkittävää ikääntyneen kuunteleminen, ajan antaminen, ikääntyneen toimintakyvyn huomioiminen sekä tilanteeseen sopiva viestintätapa. Vuorovaikutuksen ollessa puutteellista, viesti ei välity oikealla tavalla. Onnistunut vuorovaikutus työyhteisössä mahdollistaa yhtenäiset näkemykset ja linjaukset liittyen potilaan hoitoon. Ikääntyneen potilaan, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan välinen vuoro-

vaikutus antaa mahdollisuuden potilaan taustoihin tutustumiseen ja käytännön asioista sopimiseen. Potilaan taustojen tunteminen tukee vuorovaikutustilanteen yksilöllisyyttä, joka osaltaan edistää vuorovaikutussuhteen onnistumista. (Tarhonen 2014, 29-31.)

Viestintä mahdollistaa vuorovaikutuksemme muiden kanssa. Käsite kommunikaatio viittaa latinakieliseen sanaan "communis", tarkoittaen yhteiseksi tekemistä. (Silvennoinen 2004, 18.) Viestintä nimenomaan on mielikuvien ja merkitysten jakamista sekä asioiden ja käsitysten yhteiseksi tekemistä. Viestintä on dynaaminen ja jatkuva prosessi. Viestintätilanne alkaa jo ennen kohtaamista, ennakkoinnissa ja odotuksissa, joita meillä on. Prosessin voi ajatella jatkuvan kohtaamisen jälkeenkin, kun tilanteessa tuotetut ja syntyneet tulkinnat muokkautuvat. Viestintätilannetta edeltävät osallistujien mielikuvat, käsitykset, tunteet, kokemukset, odotukset ja aikaisemmat tapahtumat. Viestintätilanteeseen vaikuttavat kulttuuri, johon vuorovaikutus sijoittuu, asiayhteys sekä muuta erilaiset tilannetekijät. (Silvennoinen 2004, 18-19.)

Viestintä perustuu kielen lisäksi ainakin äänenkäyttöön, kinesikkaan sekä tilankäyttöön ja välimatkaan. Äänenkäyttöön sisältyy puhenopeus ja puheen tauotukset ja painotukset sekä äänen sävyt ja muut piirteet. Kinesikalla tarkoitetaan ilmeitä, eleitä, kehon liikkeitä, asentoja ja katseita. Tilankäyttöön ja välimatkaan liittyviä tekijöitä kutsutaan viestinnän yhteydessä proksemiikaksi. Etäisyyskin voi toimia merkityksiä välittävänä tekijänä. Myös pukeutuminen vaikuttaa viestintään, esimerkiksi valkoinen työvaate viestii puhtaudesta ja asiantuntemuksesta. Kieli sekä sanattomat (nonverbaaliset) merkkijärjestelmät ovat kulttuurisidonnaisia. Sama sana voi saada hyvinkin erilaisen merkityksen eri kulttuureissa ja kielissä. Vieläkin hienoisempia sävyeroja ihmisten kesken on konnotaatioissa, sanoihin liittyvissä mielleilymissä. Sanattomien viestien käyttämisessä tulee olla jopa tarkempi kuin sanallisten, sillä sanattomien viestien käyttö on vaikeammin hallittavissa kuin sanojen. Esimerkiksi puheen tauotuksella voi vaikuttaa paljon. Hiljaa pysyminen voi pakottaa keskustelukumppania puhumaan, koska hiljaisuus koetaan herkästi painostavaksi. Toisaalta hiljaa pysyminen on vaikeaa, jos keskustelukumppani ei mielestämme vastaa tekemäämme kysymykseen riittävän nopeasti. Silloin saatamme vastata hänen puolestaan, jolloin aito vuorovaikutus jää tapahtumatta, ilman että välttämättä tiedostamme sitä. Myös ilmeitä ja eleitä voi olla vaikea hallita. Kielellisen ja sanattoman viestinnän vaikutuksia ja merkitysvyyttä ei voi ilmaista tarkkoina prosenttilukuina kattamaan kaikki tilanteet ja vuorovaikutukseen osallistuvat. Sanattoman viestinnän merkitystä on kuitenkin vaikea ylikorostaa. Viestinnän alkuvaiheessa kiinnitämme enemmän huomiota ilmeisiin ja eleisiin. Vasta sen jälkeen alamme kuunnella sanoja ja niiden merkityksiä. Jos sanallinen ja sanaton viestintä ovat ilmiselvästi ristiriidassa keskenään, on sanaton viesti se mikä menee perille. (Silvennoinen 2004, 21-27.)

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä hoitotyötä tekevien ammattitaitoa. Vuorovaikutus viittaa toisaalta vuoron perään tapahtuvaan toimintaan ja toisaalta vaikuttamiseen, joka kohdistuu toi-

sen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin. Vuorovaikutuksessa kumpikin osapuoli on samanaikaisesti aktiivinen toimija. Ei voi puhua vuorovaikutuksesta, jos vain toisella osapuolella on mahdollisuus puhua tai muuten vaikuttaa. Ollessaan vuorovaikutuksessa keskenään viestivät henkilöt sekä puhuvat, kuuntelevat että katselevat. Oman roolin tajuaminen ja vuorovaikutuksen eri sävyjen hallinta liittyvät olennaisesti vuorovaikutustaitoihin. Kuten muitakin taitoja, vuorovaikutustaitoja voi oppia. (Silvennoinen 20014, 15-16.)

Empaattinen ja aito kuunteleminen on monesti tarpeellisempaa kuin puhuminen. Kuntoutujan tilanteen positiivisiin muutoksiin tähtäävä ja voimavarakeskeinen kuunteleminen edellyttää läsnä olevaa ja eläytyvää kuuntelua ja keskittymistä ja asiakkaan arvostamista niin, että se näkyy kuuntelemis- ja puhutavasta. Vuorovaikutusta tulee rakentaa asiakkaan omista lähtökohdista ja tarpeista käsin ja antaa asiakkaalle aikaa ja tilaa niin, että asiakas saa kertoa loppuun asiansa keskeytyksettä. Asiakkaan oikeus omiin tunteisiin on tunnustettava ja asiakkaan kertomus ja mielipiteet tulee ottaa todesta niin, että hänen tarkoituksensa ei väheksytä, epäillä tai kiellätä. Keskustelun lisäksi voidaan käyttää muitakin viestintäkanavia, kuten piirtää, kirjoittaa tai kuvata. Kuuntelemista tapahtuu, kun lakkaamme puhumasta ja kohdistamme huomionsa toiseen ihmiseen ja asiaan, josta tämä puhuu. Kuulemisella tarkoitetaan sitä, kun varmistetaan keskittymällä ja tarkentavilla kysymyksillä tekemällä, että toisen puheesta itselle syntynyt käsitys on mahdollisimman todellinen, totuus sellaisena kuin puhuja on sen tarkoittanut. Arvostava dialogi ilmenee kuuntelijan tavassa kiinnittää puhujaan huomiota, katsekontaktissa sekä positiivisista ja kannustavista ilmeistä ja eleistä. (Suvikas ym. 2013, 127-128.)

Asiakkaan kanssa keskustelulle tulee varata riittävästi aikaa. Ihmisillä on tapana toisen puheessa täydentää puhujan lauseita ja pyrkiä tuomaan esille, että olisi ikään kuin etukäteen ymmärtänyt, mitä puhuja ajattelee. Tällä tavalla menetellen kuuntelija paljastaa omat ennakkokäsityksensä ja oman suhtautumisensa asiaan, mikä aiheuttaa asiakkaassa hämmennystä, lukkiutumista tai vastaan väittämisen tarvetta. Kysymyksiä esittävän on maltettava pidättyä omista kommentteista, odottaa rauhassa vastauksia ja lisäkysymyksillä autettava asiakasta löytämään olennainen asia. (Suvikas ym. 2013, 127-128.)

Perusmuodossaan havainnoinnin ja kuuntelemisen taito on kyky poimia oleellinen asia toisten sanomista. Se on kuitenkin myös taitoa tunnistaa omia tulkintoja. Kuuntelemista ei pidä nähdä vain siten, että se tarkoittaa toisten sanomien kuuntelemista. Lisäksi kuunteleminen on tilan antamista sille, että kuuntelemme omaan mieleemme tulevia ajatuksia ja tuntemuksia. Siten pystymme tiedostamaan, millä tavoin juuri sillä hetkellä kuuntelemme, millä tavoin kuultu asiaa koskettaa tietoisuuttamme, mitä mieleemme nousee omasta kokemusmaailmasta ja millaisia reaktioita meissä herää kuulemamme johdosta. (Silvennoinen 2004, 112.)

3.2 Potilaan itsemääräämisoikeus ja tiedonsaantioikeus sekä potilastietojen salassapito

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, potilaslaki) 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaslain mukaan potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Potilaslain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Potilaslaki 5 §.)

Potilaalle annettavan tiedon tulee olla riittävää, täsmällistä ja adekvaattia, ja se edellyttää tiedon vaihtamista potilaan ja hoitavan henkilöstön välillä koko hoitajakson ajan. Potilas käyttää voimavarojaan omien lähtökohtiensa mukaan. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ottamasta tietoa vastaan ja vastaanottaa passiivisena tarjottu hoito ja hoiva. (Naukarinen 2008, 30-31.)

Tiedonsaantioikeuden kohdalla tulee harkittavaksi, mikä on olennaista ja riittävää tietoa potilaan päätöksenteon kannalta, mikä on riittävän ymmärrettävä ilmaisu, olisiko tietojen antamiseen käytettävä tulkia ja kenen kuuluu vastata kuluista (Halila 2014).

Täysi-ikäisen potilaan laillisella edustajalla taikka lähiomaisella tai muulla läheisellä on potilaslain mukaan oikeus saada kuulemista ja suostumuksen antamista varten tarpeelliset tiedot, kun potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan (potilaslaki 9 §). Jos potilas ei pysty päättämään asioistaan, pitää selvittää, kenellä on tiedonsaantioikeus. Esiin nousee myös kysymys siitä, voiko hyvin ahtaasti tullut tietosuoja aiheuttaa jopa vaaratilanteita terveydenhuollossa? (Halila 2014.)

Potilaslaissa säädetään potilasasiakirjoihin liittyvien tietojen salassapidosta. Tietojen luovuttamiseen terveydenhuollon toiselle toimintayksikölle tai muulle taholle vaaditaan pääsääntöisesti potilaan suostumus kirjallisena. Potilaan jatkohoitoon lähettävä voi kuitenkin voi luovut-

taa tarpeelliset potilastiedot potilaan vapaaehtoisen informoidun yksilöidyn suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen perusteella. Tiedot voidaan luovuttaa potilaan laillisen edustajan vastaavalla suostumuksella, jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä. Tietosuojassa on laajasti ottaen kysymys paitsi rekisteröityjen ja rekisterinpitäjien myös hoitosuhteeseen nähden sivullisten oikeuksien optimaalisesta yhteensovittamisesta. Potilasrekisteritiedot on lähtökohtaisesti suojattava sivullisista ja toisaalta pidettävä potilaan hoitoon osallistuvien tahojen saatavilla. Sivullisilla saattaa kuitenkin olla oikeuksia tietojen saantiin lain nojalla myös ilman potilaan suostumusta. Usein tietojen käsittelyssä on otettava huomioon muidenkin kuin hoitosuhteen osapuolten intressejä, eikä intressipunninta aina ole itsestään selvää ja helppoa. (Ylipartanen 2010, 21, 81.) Potilastiedot ovat samalla henkilötietoja, koska henkilötietoja ovat kaikki tiedot, jotka liittyvät tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan henkilöön. Henkilötietojen käsittelyyn sovelletaan EU:n yleistä tietosuojasetusta, jota täydennetään ja täsmennetään kansallisella lainsäädännöllä. Henkilötietojen käsittelyyn kuuluu esimerkiksi henkilötietojen kerääminen, säilyttäminen, käyttö, siirtäminen ja luovuttaminen. Siten potilastietojen käsittelyssä tulee aina noudattaa myös tietosuojalainsäädännön mukaisia tietosuojaperiaatteita. (Valvira 2018.)

Toisen maailmansodan jälkeen sotarikosoikeudenkäyntien yhteydessä vuonna 1947 lausuttiin Nürnbergin ohjeistossa julki ns. *Informed consent* -periaate, joka koskee potilaan itsemääräämisoikeutta. Tämän periaatteen mukaan toimenpiteen kohteena oleva henkilö on itsenäinen subjekti, joka on tietoisena toimenpiteen luonteesta ja mahdollisista seuraamuksista kykenee antamaan harkitun, itsenäisen ja riippumattoman suostumuksen. (Ylipartanen 2010, 80.) Itsemääräämisoikeus kuuluu keskeisimpiin terveydenhuollon etiikan periaatteisiin. Itsemääräämisoikeuden käsitteeseen kuuluvat suostumus ja siihen liittyvä tiedonsaantioikeus. Itsemääräämisoikeutensa nojalla potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jotta itsemääräämisoikeus voisi toteutua, on potilaan saatava tietoa terveydentilastaan, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä hoidon riskeistä ja hyödyistä. (Halila 2014.)

Suostumus liittyy itsemääräämisoikeuden käsitteeseen. Puhutaan tietoisesta suostumuksesta tarkoittaen, että potilaan päätökset perustuvat hänen saamaan riittävään ja ymmärrettävään tietoon asiasta. Tietoinen suostumus käsittää sekä tilanteet, joissa potilas suostuu johonkin, että tilanteet, joissa hän kieltäytyy jostakin. Viimeksi mainittua tilannetta voitaisiin pitää tietoisena kieltäytymisenä. (Sarvimäki & Stenbock-Hul, 2009, 144.) Suostumukseen kuuluu, että potilas myöntyy hoitoon tai toimenpiteeseen siten, että hänellä on tieto ja ymmärrys asiasta ja suostumus on vapaaehtoinen. Suostumuksen antajalla pitää olla kyky päättää omista asioistaan ja hänen pitää ymmärtää asian merkitys. Suostumus voidaan antaa joko kirjallisena tai suullisena. Pienissä asioissa suostumusta voidaan pitää oletettuna. Tärkeimmissä hoitopäätöksissä on sekä potilaan että hoitavan henkilöstön oikeusturvan kannalta tärkeää dokumentoida

suostumus potilasasiakirjoihin. Suostumuksen periaatteista ollaan Suomessa varsin yksimielisiä, ja potilaan osallistuminen päätöksentekoon myös sitouttaa potilaan hoitoon eri tavalla kuin määräykset. Yksityiskohdissa näkökannat monesti kuitenkin eriaävät. (Halila 2014.)

Itsemääräämisoikeus ja oikeus henkilökohtaiseen integriteettiin pohjautuvat ajatuksille vapaudesta ja ihmisarvosta. Kun ihmisellä on arvo sinänsä, on hänellä oltava oikeus elää ainutkertaisena yksilönä, jolla on oikeus tehdä omat päätöksensä omien arvostustensa ja vaakaumuksensa pohjalta. Tämän oikeutensa käyttämiseksi yksilöllä täytyy olla itsemääräämisen kyky eli pätevyyttä ja myös mahdollisuuksia käyttää kykyä. Itsemäärääminen liittyy riippumattomuuteen ja autonomiaan. Filosofi Juhani Pietarisen mukaan autonomialla on kolme ulottuvuutta: ajattelun, tahdon sekä toiminnan autonomia. Ajattelun autonomia tarkoittaa ihmisen kykyä harkita, vertailla eri vaihtoehtoja toisiinsa ja ymmärtää oman toimintansa seuraukset. Käsitteen piiriin kuuluu myös uuden tiedon hankkiminen ja käyttäminen omien mieliteiden muodostamiseen. Autonomisen ajattelun menettäminen johtaa siihen, että ihminen menettää myös tunteen ulkoisten tapahtumien hallinnasta. Tahdon autonomian koskee kykyä muodostaa omia toiveita ja asettaa niitä tärkeysjärjestykseen, tarkastella niitä kriittisesti ja hallita niitä. Yksilö voi täten arvioida elämänsä ja päättää, millaisiin päämääriin pyrkiä. Toiminnan autonomia on yksilön kyky toteuttaa se, mitä hän haluaa ja on päättänyt. Edellytyksenä tälle on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kyky sekä erilaiset tiedot ja taidot. Autonomian toteutuminen voi estyä sekä ulkoisista että sisäisistä syistä. Ulkoisista lähteistä tulevat vaikutteet voivat käytännössä katsoen valloittaa ihmisen ajatukset ja tahdon. Myös terveys, toimintakyky sekä ajattelun ja tahdon jonkinasteinen häiriintyminen voivat rajoittaa yksilön ajattelun, tahon ja toiminnan autonomiaa. Esimerkiksi dementia ja masennus vaikuttavat ihmisen ajatteluun ja tahtoon kuten myös fyysiset sairaudet ja fyysinen väsymys. Toimintakyvyn heikkeneminen voi muodostaa rajoitteen myös toiminnan autonomialle. Vaikka ihminen olisi kyennyt tekemään itsenäisen päätöksen, hänellä ei ehkä ole kykyä toimia sen mukaisesti, koska hänellä ei ole voimaa, rohkeutta tai tietoa. Sellaisissa hoitoyksiköissä, joissa potilaiden itsemääräämisoikeutta ei huomioida ja kunnioiteta, on autonomiaa rajoittava ilmapiiri. Yksilön toiminnan autonomiaa voivat rajoittaa myös resurssipula ja apuvälinepula sekä sosiaalisen tuen, empatian ja rohkaisun puute. Itsemääräämisoikeuteen liittyvät kysymykset kuuluvat vaikeimpiin eettisiin haasteisiin hoidossa. Ongelmat voidaan jaotella kahteen osa-alueeseen: Miten tulee taata itsemääräämisoikeuden kunnioitus silloin, kun potilas on kykenevä tekemään omat päätöksensä? Miten tulee menetellä silloin, kun potilaan päätöksentekokyky on heikentynyt esimerkiksi dementian tai muun psyykkisen häiriön takia? Itsemääräämisoikeus ei tarkoita sitä, että potilaalla olisi oikeus esimerkiksi valita mitä tahansa hoitomuotoja. Itsemäärääminen hoidossa voidaan ilmaista paremminkin yksilön oikeutena olla osallisena ja myötävaikuttamassa omaa hoitoaan ja elämäntilannettaan koskevissa kysymyksissä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137-141.)

Järnströmin mukaan ikääntyneen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä on, että hänen toiveistaan ja mielipiteistään kysytään. Potilaan mielipiteet tulee huomioida, sillä potilas ei välttämättä myöhemmin tuo mielipiteitään esiin, jos hän kokee, ettei niillä ole merkitystä. Huomioitavaa kuitenkin on, että toiset tuovat mielipiteensä esiin, jos he kokevat sen tarpeelliseksi eivätkä pidä siitä, että heidän mielipiteistään kysytään erikseen. Jatkohoitoon liittyvät asiat ovat merkityksellisiä itsemääräämisen kannalta, mutta jatkohoitosuunnitelmista keskustellaan ikääntyneen potilaan kanssa vain harvoin, eikä potilaan toiveita kotiutumiseen liittyen aina kysytä. Myös avun odottaminen rajoittaa ikääntyneen potilaan itsemääräämisoikeutta tilanteissa, joissa potilas on riippuvainen hoitohenkilökunnan avusta. Myös hoitoyksikön käytänteet ja aikataulut rajoittavat osaltaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaalla ei ole esimerkiksi mahdollisuutta päättää mihin aikaan hän herää, tai haluaako hän ruokailua mieluummin yksin vai muiden seurassa. (Järnström 2011, 175-177.) Potilaiden itsemääräämisoikeus ei toteudu myöskään tilanteissa, joissa hoito- tai palvelusuunnitelma tehdään ilman potilaan tai hänen omaisensa läsnäoloa (Tarhonen 2013, 30.)

Etenevät muistisairaudet heikentävät potilaan kykyä ymmärtää ja tehdä päätöksiä, jolloin itsemääräämisoikeus ja potilaan turvallisuus asettuvat vastakkain. Jos päätöksentekokyvyn heikentyminen aiheuttaa potilaalle vaaraa, voidaan hänen itsemääräämisoikeuttaan rajata perustellusti. Huomattavaa on, että muistisairas saattaa kyetä päättämään joistakin häntä koskevista asioista, mutta päätökset tulee tehdä yhdessä hänen omaistensa tai muun edustajan kanssa. Päätöksiä tehdessä tulisi selvittää, mitä potilas itse toivoisi, eikä mitä omaiset toivoivat. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 36.)

3.3 Ikääntyneen perhesuhteet

Läheiset perhesuhteet ovat ikääntyneelle potilaalle merkittävä voimavara. Kansallisena tavoitteena on tukea ikääntyneiden mahdollisuuksia asua kotona mahdollisimman pitkään, jolloin läheisten roolin merkitys ikääntyneelle kasvaa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 175.) Läheiset ihmiset ja etenkin lastenlapset tuovat ikääntyneelle kokemuksen tarpeellisuudesta, joka edistää hänen itsetuntoaan ja tunnetta arvokkuudesta. Ikääntynyt saattaa myös kyetä ilmaisemaan toiveitaan omaisilleen ääneen, jolloin omaiset voivat tukea ikääntyneen uskoa hänen omaan pärjäämiseensä. Omaisilla ja heidän antavallaan avulla saattaa myös olla merkittävä rooli, kun ikääntyneen potilaan kotiutusta sairaalasta suunnitellaan. Omaiset saattavat kuitenkin myös kuluttaa ikääntyneen potilaan voimavaroja, joten hoitohenkilökunnan tulisi huomioida kuinka potilas määrittelee omaisensa, ja kuinka paljon hän haluaa heidän osallistuvan hoitoon. (Aura 2008, 16.)

Omainen ei ole käsitteenä yksiselitteinen, eikä sitä ole erikseen määritelty potilaslaissa. Potilaslakiin liittyy kuitenkin hallituksen esitys (HE 185/1991), jossa omaisiksi määritellään potilaan puoliso, lapset, sisarukset ja vanhemmat. Omaisina voidaan pitää myös muita, potilaan

kanssa pysyvästi asuvia henkilöitä, tai läheistä ystävää (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri). Ikääntyneen potilaan omaisverkostoon saattaa kuulua myös lapsenlapsia, muita sukulaisia, lasten puolisoita, ja ystäviä. Omaiseen ei siis välttämättä ole sukulaissuhdetta, tai yhteistä asumismuotoa, ja jokainen määrittelee käsitteen omaisistaan ja lähipiiristään henkilökohtaisesti (Voutilainen & Tiikkainen 2009,171).

Vesan mukaan omaisten roolit on jaettu neljään kategoriaan; Arjen auttajiin, edunvalvojiin, tukijoihin ja vastuunkantajiin. Arjen auttajat huolehtivat ikääntyneen ravitsemuksesta, lääkähoidosta, hygieniasta ja asuinympäristön ylläpidosta, sekä asioinnista kodin ulkopuolella. Edunvalvojat arvioivat iäkkään palveluiden tarvetta, auttavat sosiaalisten etuuksien hakemisessa sekä huolehtivat iäkkään raha-asioista. Tukijan roolissa omainen tukee ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä olemalla läsnä, ja mahdollistamalla ikääntyneelle hänelle mielekkäiden asioiden toteuttamisen. Vastuunkantajat taas kokevat olevansa vastuussa ikääntyneestä, ja ovat huolissaan ikääntyneen terveydentilasta ja kotona pärjäämisestä.

Roolin muodostumiseen vaikuttavat ikääntyneen ja hänen omaisensa välinen suhde, omaisen henkilökohtainen elämäntilanne, omaisen saama tuki ja roolin mielekkyys. Hyvä suhde ikääntyneen kanssa, avoin vuorovaikutus sekä osapuolten välinen arvostus ja luottamus ovat edistäviä tekijöitä roolissa toimimiseen. Roolissa toimimista hankaloittavia tekijöitä ovat ristiriidat ikääntyneen kanssa, kommunikaatiovaikeudet tai ikääntyneen kieltäytyminen ulkopuolisesta avusta. Roolissa toimimista edistää myös, jos omainen on itse terve, ja hänellä on aikaa ikääntyneen auttamiseen. Aikataulun puute, henkilökohtaisen elämän velvollisuudet tai roolissa toimimisen sitovuus taas osaltaan hankaloittavat roolissa toimimista. Ulkopuolinen tuki edistää omaista ikääntyneen auttamisessa. Tukea saadaan perheeltä, ikääntyneen hoitoon osallistuvilta henkilökunnalta sekä ulkopuolisista palveluista. Hoitohenkilökunnan kohtaaminen heiltä saatu tieto edistää omaisen toimimista roolissa, ja vastaavasti epämiellyttävät kokemukset kohtaamisista ja vähäinen tiedonsaanti taas heikentävät roolissa toimimista. Omaisen rooli on mielekäs, kun omainen kokee sen merkitykselliseksi, ja hän saa mielihyvää ikääntyneen auttamisesta. Tähän vaikuttavat henkilökohtaiset piirteet, kuten hoivaava luonne, ikääntyneeltä ja hoitohenkilökunnalta saatu positiivinen palaute, sekä riittävä määrä tietoa ja ymmärrystä ikääntyneen sairaudesta. (Vesa 2016, 32-38.)

Perheen merkitys korostuu sairauksien ja terveysongelmien yhteydessä. Perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen, ja perheenjäsenten sisäiset roolit ja rutiinit saattavat muuttua. Perheenjäsenen sairastuminen ja sairaalahoito aiheuttavat omaisille tunteita ja huolia, jolloin syntyy erilaisia tuen tarpeita. Myös sairastumiseen liittyvä riippuvaisuus toisen ihmisen, kuten puolison tai lapsien avusta, saattaa kuormittaa perhesuhteita ja johtaa vaikeimmillaan kaltoinkohteluun. Ikääntyneen potilaan hyvän hoidon edellytys onkin, että hänen perhetilanteensa määritellään ja sitä ymmärretään. (Voutilainen & Tiikkainen, 2009, 172-

173.) Myös Mattila (2011, 33,38) on todennut tutkimuksessaan Lindhardiin ym. (2008) viita-
ten, että hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoisia potilaan perheen tilanteesta, jolloin hoidon
suunnittelussa voidaan huomioida perheen osallistuminen potilaan hoitoon, ja arvioida poti-
laan ja hänen omaistensa tuen tarvetta. Potilaan ja hänen omaistensa saattaa kuitenkin olla
vaikea tuoda tuen tarpeitaan esille.

3.4 Tiedonkulku ja potilasturvallisuus

Sujuva tiedonkulku hoitoon osallistuvien kesken on välttämätöntä myös potilasturvallisuuden
varmistamiseksi. Potilasturvallisuusosaamiseen kuuluvat keskeisesti hoitoon osallistuvien am-
mattiryhmien moniammatillisen yhteistyön ja kommunikoinnin taidot. Tiedonkulun ja yhteis-
työn taidot ovat merkittäviä tekijöitä vaaratapahtumissa. (Helovuo ym. 2012, 181-182.) Kom-
munkointi on kaikkein tärkein työkalu yhteistyöhön perustuvassa potilasturvallisuuden hallin-
nassa. Tiimityö on mahdotonta ilman viestintää, ja lähes kaikki potilasturvallisuutta edistävät
käytännöt sisältävät kommunikaatiota. (Helovuo ym. 2012, 188.)

Myös potilaalla itsellään on tärkeä rooli turvallisuuden kehittämisessä. Ainoastaan potilas on
läsnä hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa, kun taas terveydenhuollon ammattilaiset osallistu-
vat hoitoon yleensä vain oman toimintansa osalta, osana prosessia. Hoitovirheen syntymiseen
on usein myötävaikuttanut huono kommunikaatio potilaan ja terveydenhuollon ammattihenki-
löiden välillä. Potilaita ja heidän läheisiään onkin kannustettava ja tuettava avoimeen kanssa-
käymiseen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Ammattihenkilön tulee
osata suhtautua potilaan ja tämän läheisten kysymyksiin ja palautteisiin luonnollisena ja ar-
vokkaana osana turvallisuuden ja toiminnan kehittämistä. Useimmiten potilas on itse paras
tietolähde omasta itsestään ja terveysongelmistaan. Ammattihenkilöiden olisikin kannustet-
tava potilaita seuraamaan hoitoaan ja ilmoittamaan havaitsemistaan sivuvaikutuksista ja vaa-
ratapahtumista. Väestötasolla tapahtuva haittatapahtumista tiedottaminen kannustaa poti-
laita ja omaisia valppauteen. Toisaalta liika pelottelu saattaa aiheuttaa epäluottamusta. (He-
lovuo ym. 2012, 22, 177-178.)

Ammattihenkilöiden tulee huomioida, että potilaiden kanssa puhutaan samaa kieltä. Ammat-
tisanasto voi tehdä ymmärtämisen potilaalle mahdottomaksi. Potilaalle tulee antaa riittävästi
aikaa kertoa sairaudestaan ja sen etenemisestä, ja heitä tulee kannustaa tekemään kysymyk-
siä. Kun kommunikaatio on toimivaa, potilas voi auttaa henkilökuntaa tilanteen arvioinnissa ja
ongelman tunnistamisessa. Potilaiden ja tämän läheisten antaman palautteen tulisi olla olen-
nainen osa toiminnan laadun ja turvallisuuden arviointia hoitoa antavassa organisaatiossa. Po-
tilaalla ja omaisilla voi olla aktiivinen rooli potilasturvallisuuden edistämisessä, mutta on kui-
tenkin tärkeää ottaa huomioon kunkin potilaan lähtökohdat. Jokainen potilas ei halua osallis-

tua turvallisuuden edistämiseen. Potilasturvallisuus myöskään voi perustua potilaan ja omaisten toimimiseen varmistajina, vaan tämä voi olla ainoastaan lisäsuoja. Vastuu kuuluu aina ammattihenkilöille. (Helovuori ym. 2012, 177-178.)

Erityisesti sairaalat ovat monimutkaisia, dynaamisia ja tietorikkaita ympäristöjä. Sairaalaympäristö on monella tavoin haasteellinen potilaiden ja omaisten tiedonsaannin kannalta. Potilaita hoitavat moniammatilliset hoitoryhmät ja potilaan terveystietojen jakaminen on koordinoitava eri palveluntarjoajien kesken. Potilaan tiedot voivat muuttua nopeasti, ja tietolähde on pirstoutunut sairaalahoitajien, sairaanhoitajien, kirurgien ja erilaisten asiantuntijapalveluiden kesken. Kun näitä tietoja annetaan potilaille, lääkärit välittävät suuren osan näistä tiedoista suullisesti ja usein melko nopeasti. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että potilaat unohtavat lähes välittömästi 40-80% siitä, mitä heille on kerrottu lääkärin tapaamisen aikana. Lisäksi sairaalassa olevat potilaat ovat usein vakavasti sairaita, ahdistuneita ja stressaantuneita, mikä vähentää entisestään heidän kykyään vastaanottaa ja käsitellä näitä tietoja. (Kendall, Mishra, Pollack, Aaronson & Prat) Potilas tarvitsee tietoa sairaudestaan, hoidosta ja sen tavoitteista sekä riskeistä voidakseen sitoutua hoitoonsa ja olla siihen osallinen. Tieto tulee antaa luotettavasti ja selkeästi, oikea-aikaisesti ja riittävästi, sekä myös kirjallisessa muodossa. Tieto tulee antaa yhteisymmärryksessä ja varmistaa, että potilas ymmärtää ja sisäistää annetun tiedon. Kokemus kuulluksi tulemisesta ja osallisuudesta lisää luottamusta, jolloin potilas kokee helpoksi myös kertoa oireistaan, toiveistaan ja huolistaan ja muista mieltä askarruttavista kysymyksistä sekä myös huomaamistaan epäkohdista. (Suomen potilasturvallisuusyhdistys)

3.5 Omaisten kohtaaminen ja tiedonkulku

Omaiset odottavat saavansa tietoa läheisensä sairaudesta ja sen hoidosta sekä mahdollisista osastosiirroista. Mahdolliset muutokset hoitosuunnitelmassa pitäisi perustella heille hyvin. Tiedonsaanti ja tiedonkulku koetaan haasteelliseksi etenkin tilanteissa, joissa potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Potilaan kotiutuessa omaiset toivovat tietoa jatkohoidosta ja kuntoutuksesta sekä arkisista asioista. Lisäksi omaiset toivovat yhteystietoja, jonne voivat olla tarvittaessa yhteydessä. Tietoa toivotaan annettavan sekä kirjallisesti että suullisesti. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus tai vastuuhoidajan puuttuminen aiheuttaa haasteita tiedonkululle, sillä tieto potilaan hoidosta ei siirry eteenpäin aukottomasti. Hoitohenkilökunnalta saatu tieto saatetaan myös kokea ristiriitaiseksi, jos tieto ei ole yhteneväistä. (Aura 2008, 36.)

Tutkimusten mukaan yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa pidetään tärkeänä, ja omaisilta saatua tietoa tulisi huomioida päätöksenteossa ja kaikissa hoitoprosessin vaiheissa (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 173). Tutkimusten mukaan omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta aloitteellisuutta yhteydenpidossa, mutta omaiset joutuvat usein olemaan aktiivisempi

osapuoli saadakseen tietoa. Omaiset saattavat kaivata itselleen tukea kuormittavassa tilanteessa, mutta joutuvat olemaan tässäkin aloitteen tekijänä. Aloitteellisuuden lisäksi omaiset toivovat hoitohenkilökunnalta luotettavaa ja ajantasaista tietoa potilaan tilanteesta. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 174.)

Lisäksi omaiset toivovat hoitohenkilökunnalta enemmän aikaa heidän kohtaamiseensa. Hoitohenkilökunnan tulisikin aloittaa keskustelu omaisten kanssa, myös ilman erityistä syytä. (Aura 2008, 38-39; Porre-Mutkala 2012; Voutilainen & Tiikkainen 2009, 174.) Omaiset odottavat henkilökunnalta ystävällisyyttä, asiallisuutta, sekä halukkuutta ja arvostusta yhteistyötä kohtaan. Lisäksi omaiset toivovat, että myös heidän voinnistaan ja jaksamisestaan oltaisi kiinnostuneita. (Aura 2008, 41.) Omaisten aktiivisuus ja säännölliset vierailut osastolla vaikuttavat tiedonkulkuun, jolloin säännöllisesti osastolla vierailevat omaiset saavat enemmän tietoa potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta, verrattuna esimerkiksi toisella paikkakunnalla ja harvemmin osastolla käyviin omaisiin (Aura 2008, 38).

Omaisten kohtaamisen haasteita ovat vuorotyö, kiireinen ympäristö, ja vaihtuvat hoitajat. Hoitajat saattavat kokea, että keskustelut omaisten kanssa vievät aikaa potilastyöstä, ja omaiset taas saattavat kokea häiritsevänsä hoitajia. Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen vaikuttavat myös osapuolten persoonalliset ominaisuudet, jotka voivat osaltaan edistää tai hankaloittaa kohtaamistilanteita. Jos omainen on tyytymätön hoitoon, tai hänet koetaan vaativaksi, yhteydenpitoa ja kohtaamista saatetaan jopa vältellä. Haastavissa kohtaamisissa tulisi kuitenkin huomioida taustalla olevia tekijöitä, kuten omaisen ahdistus, kuormittuneisuus tai syyllisyyden tuntemukset. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 174.) Hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten välisen yhteistyön haasteena saattavat olla myös erilaiset näkemykset hoidon tavoitteista ja jatkohoidosta. Myös erilaiset näkemykset potilaan hoidon asiantuntijuudesta saattavat asettaa haasteita omaisten kohtaamiselle. Omaisen saattaa kokea olevansa asiantuntija koska tuntee ikääntyneen potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja toiveet. Hoitajat kuitenkin saattavat kokea olevansa asiantuntijoita potilaan hoidon nykytilanteen osalta, eikä potilaan menneisyyteen liittyviä asioita koeta tärkeäksi. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 175.)

Omahoitaja-mallin on todettu edistävän tiedonkulkua hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten välillä. Omahoitaja tuntee potilaan taustat ja ajantasaisen tilanteen, jolloin potilaan ja omaisten ei tarvitse toistuvasti kertoa asioista eri hoitajille. (Aura 2008, 40.) Tiedonkulku on sujuvampaa, kun omaiset tietävät kehen voivat olla yhteydessä, eikä heidän tarvitse etsiä potilaan tilanteesta tietävää hoitajaa osastolta. Henkilökunnan ja omahoitajan vaihtuvuus aiheuttavat kuitenkin haasteita, etenkin jos potilas ei tiedä kuka hänen omahoitajansa on. (Porre-Mutkala 2012.)

3.6 Potilaan ja omaisen osallisuus hoitoon ja kuntoutukseen

Nykyään vallitsee laaja yksimielisyys siitä, että potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa on tavoiteltavaa. Näkemykset kuitenkin vaihtelevat sen suhteen, miksi potilaan oma osallistuminen on toivottavaa, miten osallistumisen käytännössä tulee tapahtua ja miten sitä tulee edistää. Tarkasteltaessa potilaan omaa osallistumista käsitteenä, nousee keskiöön tiedonkulku terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välillä koskien eri hoitovaihtoehtoja sekä se, miten potilas ymmärtää hänelle hoidoista annetun informaation sekä kysymys siitä, mitä mahdollisuuksia potilaalla on vaikuttaa olemassa olevien vaihtoehtojen puitteissa tehtäviin valintoihin. (Edwards & Elwyn 2009, 17-18.)

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee selvittää missä laajuudessa potilas itse haluaa osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja pyrkiä toimimaan potilaan tahdon mukaisesti, olipa potilaan valinta sitten lääkärivetoiseen, jaettuun, taikka potilaan omaan päätöksentekoon nojaava malli. Avainroolissa potilaan oman osallistumisen mahdollistamisessa on potilaalle tehokkaasti annettu informaatio ja se, että potilaalle annetaan riittävät välineet päätöksenteon tueksi. (Edwards & Elwyn 2009, 5.)

Aina asiakas ei ole kykenevä ottamaan vastuuta omasta terveydestään, eikä asiakkaan omien voimavarojen tukeminen tuolloin yksin riitä. Näissä tilanteissa on välttämätöntä ottaa vastuuta asiakkaan puolesta, myös vaikka jouduttaisiin toimimaan vastoin asiakkaan omaa kantaa. Esimerkiksi dementiaa potevien asiakkaiden kohdalla joudutaan usein pohtimaan itsemääräämiseen liittyviä kysymyksiä ja etsimään tilannekohtaisia ratkaisuja. Eettiset ongelmat syntyvät, kun vallitsee ristiriita kahden periaatteen tai arvon välillä. Ominaista eettisille ongelmille on, että niihin ei ole yhtä ainoaa kaikkiin tilanteisiin sopivaa ratkaisua, vaan niistä voidaan olla eri mieltä ja jokainen tilanne vaatii keskustelua ja yksilöllistä ratkaisua. (Kyngäs & Hentinen 2008, 52-54.)

Hoitoon sitoutumista pidetään liian usein itsestään selvänä. Tiedetään kuitenkin, että hoitoon sitoutuminen ei tapahdu automaattisesti ja muutoksiin kehottamalla. Kehottaminen voi saada potilaassa aikaan jopa vastustusta, jolloin potilas alkaakin puolustaa nykyistä toimintatapaansa. Sairauden ehkäisy ja hoito useimmiten edellyttävät jonkinlaista muutosta totuttuun arkielämään. Hallinnan ja määräysvallan säilyttäminen sairauden hoidosta vaatii kuitenkin potilaalta paljon rohkeutta. Hoitoon sitoutumisella on perinteisesti tarkoitettu terveydenhuollosta saatujen hoito-ohjeiden noudattamista. Nykykäsityksen mukaan hoitoon sitoutuminen lisäksi käsittää sen, että sairastunut henkilön toimii aktiivisesti, tavoitteellisesti ja vastuullisesti sairautensa hoidossa yhteistyössä terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Usein hoitoon sitoutumista säätelevien tekijöiden ajatellaan koskevan asenteita ja arvoja, mutta sitoutumista säätelevän monet muutkin asiat. Sitoutumiseen tarvitaan tahtoa, terveyteen liittyvän käyt-

täytymisen havainnointia ja arviointia päivittäin, oppimista ja uusien toimintatapojen harjoittelua sekä keskustelua ammattilaisten kanssa. Hoitoon sitoutuminen on tärkeä potilasturvallisuuteen liittyvä tekijä. Potilaan osallistuminen on määritelty yhdeksi tavoitteeksi potilasturvallisuusstrategiassa. Kansalliset terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat ovat kuitenkin viime vuosina korostaneet potilaan osallisuutta, joka on eri asia kuin osallistuminen. Osallistuminen tarkoittaa, että henkilö on mukana muiden määrittämässä tilanteessa. Osallisuus puolestaan syntyy osallistumisen lisäksi toiminnasta ja vaikuttamisesta. Tarkasteltuna hoitoon sitoutumisen näkökulmasta, osallisuus edellyttää tasavertaisuutta, mielipiteiden ilmaisua ja yhteistä päätöksentekoa potilassuhteen vuorovaikutuksessa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 299-300.)

Tavoitteellisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa tarvitaan tietoa siitä, minkälainen potilaan toimintakyky on ollut ennen sairaalaan joutumista, ja omaisilta saatu tieto potilaan toimintakyvystä on ensiarvoisen tärkeää. Omaisilta voidaan saada tietoa myös potilaan yksilöllistä tavoista ja totumuksista, joilla on merkitystä etenkin muistisairaana potilaan hoidossa. Tavoitteellinen hoito ja kuntoutus edellyttää, että hoidon tavoitteet ovat realistisia, konkreettisia, ymmärrettäviä ja yhdessä sovittuja. Kuntoutujalle tulisi asettaa välitavoitteita, joiden kautta kuntoutus etenee kohti päätavoitetta. Saavutettavissa olevat välitavoitteet antavat potilaalle onnistumisen kokemuksia, jotka osaltaan lisäävät motivaatiota ja hoitoon sitoutumista. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 147.) Läheiset ovat merkittävässä roolissa ikääntyneen potilaan hoitoon sitoutumisessa. Läheisten tulee kuitenkin olla tietoisia yhteisistä tavoitteista, jotta he voivat tukea ja kannustaa potilasta hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 185.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan hoitajan ja potilaan välisen suhteen tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen, ja potilaalle tulee järjestää mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. Hoitajan tulee tehdä yhteistyötä potilaan omaisten ja läheisten kanssa, ja mahdollistaa heidän osallistumisensa potilaan hoitoon. (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on tärkeä ymmärtää potilaan mieltymyksiä, arvoja ja uskomuksia, jotta hoito olisi oikea (Helovuori ym. 2012, 177-178.)

Ikääntyneiden kuntoutukseen on järkevää panostaa inhimillisten syiden ohella siksi, että pelkästään hoivapalveluja lisäämällä ei voida selviytyä väestörakenteen vanhenemisen tuomista haasteista. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää nähdä ikääntynyt ihminen aktiivisena toimijana sekä huomioida kuntoutujassa ja hänen ympäristössään olevat vahvuudet, joihin kuntoutuksessa voidaan tukeutua. Toimintakykyä parantavia kuntoutuskeinoja ovat erilaisten apuvälineiden ja kodin muutostöiden sekä terapiamuotojen, kuten fysioterapian ja toimintaterapian lisäksi esimerkiksi kuuntelu, rohkaiseminen, neuvonta, ohjaaminen ja sopeutumismenestys. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 821.)

Ikääntyneen potilaan hoito ja kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä, jonka tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuutta ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti. Ikääntymiseen liittyvät vanhenemismuutokset, kuten sairaudet ja niihin liittyvät lääkitykset, aistitoimintojen heikkeneminen sekä psykososiaaliset tekijät, tuovat kuntoutukseen haasteita. Sairaalaympäristössä hoidon ja kuntoutuksen lähtökohtaisena tavoitteena on, että potilaan toimintakyky palautuu sille tasolle kuin se ollut ennen osastohoitojaksoa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 145.)

Kuntoutus on perinteisesti mielletty toimenpiteiksi, joiden tarkoitus on sairaudesta, viasta tai vammasta johtuvan toimintavajeen ennaltaehkäisy, korjaaminen, lievittäminen tai kompensointi. Jos kuntoutus ymmärretään tämän määritelmän mukaisesti, saattaa kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutustulosten mittaaminen jäädä liian mekaanisiksi. Kuntoutuksen täytyy fyysisen suorituskyvyn lisäksi vaikuttaa yksilön elämänlaatuun, psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaalisen selviytyvyyteen. Kuntoutuksen ideologian uudistumisen myötä puhutaankin kuntoutettavan sijaan kuntoutujasta. Kuntoutumista tarvitsevaa henkilöä ei enää pidetä passiivisena toimenpiteiden kohteena, vaan hänestä on tullut aktiivinen toimija, jonka oma panostus ja motivaatio ovat prosessin etenemisen kannalta olennaisia. Puhutaan voimavarakeskeisestä kuntoutuksesta, mikä on asenteiden ja motivaation kannalta merkittävää. Toiminnanvajeiden rinnalla tulee huomioida vahvuudet, joihin kuntoutusprosessissa tukeudutaan. John Youngin mallissa läkkäiden kuntoutustoimenpiteet jaetaan kovaan ja pehmeään kuntoutukseen. Pehmeään kuntoutukseen kuuluvat sopeutumisvalmennus, kouluttaminen, ohjaaminen, rohkaiseminen ja kuunteleminen. Kovan kuntoutuksen piiriin kuuluvat fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, lääkehoito, apuvälineet, kodin ja ympäristön muutostyöt sekä kotihoidon järjestäminen. Äkillisestä sairastumisesta koituu iäkkäille henkilöille työkäisiin verrattuna huomattavasti suurempi riski toimintakyvyn laskuun. Normaalin elimistön vanhenemismuutokset heikentävät osaltaan toipumista akuutista sairaudesta. Kuitenkin fysiologisia vanhenemismuutoksia enemmän toipumiskykyyn vaikuttavat pitkäaikaissairaudet ja niihin liittyvä haavoittuvuus. Työkäisiin verrattuna iäkkäillä on myös suurempi riski saada komplikaatioita sairauksista ja toimenpiteistä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 279-282.)

Mitä iäkkäämmistä kuntoutujista on kysymys, sitä enemmän tulee esiin ihmisten erilaisuus ja erilaiset tarpeet. Iäkkään ihmisen kuntoutumista suunniteltaessa olennaisimmat lähtökohdat ovat yksilöllisyys ja autonomia. Autonomialla tarkoitetaan, että ihminen itse tuntee oman elämänsä parhaiten ja hänellä on oikeus itse päättää asioistaan. Tekemisen mielekkyys motivoi ihmisiä tavoitteelliseen toimintaan. Kuntoutumista voi edistää toteuttamalla niitä taitoja, osaamista ja harrastuneisuutta, joita ihmisellä jo ennestään on. Ikääntyvä ihminen hyötyy kuitenkin myös uuden kokeilusta. Arkityössä vaaditaan luovia ratkaisuja, jotta mielekästä tekemistä voidaan soveltaa kuntoutuksen edistämiseen. (Suvikas ym. 2013, 332-337.)

Sairaus alentaa aina toimintakykyä, ja erityisesti ikääntyneen potilaan kohdalla nopean ja riittävän tehokkaan geriatrisen kuntoutuksen edistäminen on tärkeää. Sairaaloissa ja vuodeosastoilla kuntoutumisen tukemisessa korostuvat kuntoutumista edistävä työote ja kuntoutumisen jatkuvuudesta huolehtiminen. Jatkuvuuden turvaaminen vaatii hyvää suunnittelua ja toimivaa yhteistyötä. Kuntoutumista edistävässä työotteessa on perustana ikääntyneen ja hänen lähiympäristönsä voimavarojen hyödyntäminen. (Suvikas ym. 2013, 354-356.)

Hoitoon sitoutumisesta koskevassa ohjauksessa ja tutkimuksessa on viime vuosina vaikuttaneen voimaantumista (empowerment) koskeva toimintamalli, jonka mukaan terveydenhoitohenkilöstön tulee ohjata asiakasta siten, että tämä pystyy olemaan ensisijainen toimija ja päätöksentekijä omassa hoidossaan. (Kyngäs & Hentinen 2008, 61.)

3.7 Voimaantuminen (empowerment)

Voimaantuminen (empowerment) ei varsinaisesti ole teoria, vaan taustaoletus tai lähtökohta, joka on viime vuosina vaikuttanut hoitoon sitoutumista koskevassa ohjauksessa ja tutkimuksessa. Voimaantumisen käsitteen avulla pystytään myös kuvaamaan ja ymmärtämään prosessina hoitoon sitoutumista ja sitoutumisen seuraamuksia. Todellinen hoitoon sitoutuminen edellyttää voimaantumista. Voimaantumisen määritelmät vaihtelevat tieteenalojen välillä ja myös saman alan sisällä. Voidaan kiteyttää, että sillä yleisesti ottaen tarkoitetaan kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä. Voimaantuminen on yksilöllinen ja henkilökohtainen prosessi, joka lisää henkilön kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä ja joka tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Prosessia määrittävät henkilön asettamat tavoitteet sekä tilanteeseen ja omiin kykyihin liittyvät uskomukset. Ympäristötekijät voivat muodostua prosessissa merkityksellisiksi. Tällaisia tekijöitä ovat mahdollisuus omista asioista päättämiseen, myönteinen ilmapiiri ja tuki. Prosessista seuraa sisäinen voimantunne, joka auttaa potilasta hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämisessä ja päätöksenteossa. Voimaantuneena ihminen tuntee omat voimavaransa ja hän määrää itse itseään sekä toimintaansa. Hän on muun muassa sitoutunut omaan hoitoonsa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 59-60.)

Terveyttä edistävässä toiminnassa on tärkeää huomiota koko yhteisön ja sosiaalisten suhteiden vaikutus yksilön hyvinvointiin. Työmenetelmiä uudistettaessa tulee arvioida ihmisen hallinnan tunteeseen ja elämänhallintaan liittyvät voimavarat. Elämänhallinnan tarkastelussa huomioon otetaan elämän erilaisia ulottuvuuksia ja yksilön terveys laajassa mielessä. Hallittavuuteen kuuluu kokemus itse ja ympäristön voimavaroista siten, että yksilö luottaa mahdollisuuteensa vaikuttaa elämänsä kulkuun ja kykenee säätelemään elämäntilannettaan. Elämänhallinta tarkoittaa myönteistä orientaatiota elämään, elämän laatua, ja on terveyden säilymistä ennakoiva tekijä. Tarvittaessa yksilön kokema elämänhallinta voi myös rakentua toisten tuelle erilaisten toimintamallien ja työmenetelmien avulla. Hallinnan tunteen tukeminen

edellyttää yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistamista, mikä vaatii muutosta yksilö- ja yhteisötasolla. Empowerment-malleihin perustuvassa terveyden edistämässä korostetaan erityisesti yksilön ja yhteisön aktiivista osallistumista ja roolia. Kyseiset mallit tavallaan vastaavat terveyttä edistäviin malleihin kohdistuneeseen kritiikkiin, jonka mukaan terveyttä edistävä toiminta on perinteisesti ollut alisteista tavoitteidensa, toimintana ja sisältönsä suhteen. Pohdittavaksi jää empowerment-mallin mahdollisuus olla laaja-alainen, terveyttä edistävä toimintamalli. (Pietilä ym. 2002, 156-158)

Terveyspalvelujen piirissä potilaan aseman vahvistumisesta on keskusteltu jo pitkään, termien vaihdellessa keskustelijoiden ja keskusteluyhteyden mukaan. Potilaan voimaantumisen puhuminen on nuori ilmiö terveyspalveluista käytävässä keskustelussa. Voimaantuminen on vastine englanninkieliselle empowerment – termille. Potilaiden voimaantuminen on kansainvälinen ilmiö ja osa uudelleen muotoutuvaa terveydenhuoltoa. Potilaan voimaantuminen ja voimaannuttaminen vaikuttavat terveyspalveluja tarvitsevien henkilöiden käyttäytymiseen ja muokkaavat terveyspalveluiden tarjontaa. (Tuorila 2013.)

Empowerment-käsite on käytössä monilla eri tieteenaloilla. Tutkijat lähestyvät käsitettä monista eri lähtökohdista ja käyttävät sitä eri yhteyksissä. Empowerment -käsitteestä käytettyjä käännöksiä ovat esimerkiksi voimaantuminen, voimauttaminen, toimintakykyisyyden lisääminen, valtaistuminen ja valtaistaminen. Siitosen mukaan suomennos voimaantuminen vastaa parhaiten empowerment – käsitteeseen keskeisesti sisältyvää ihmisestä itsestään lähtevää voimaantumisprosessin luonnetta (Siitonen 1999, 82-83.) Voimaantumisen käsitettä määrittelevä asiantunteva diskurssi näyttää Siitosen mukaan palautuvan aina ajatukseen: ”Voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään – voimaa ei voi antaa toiselle”. (Siitonen 1999, 91.)

Voimaantuminen on vaikuttanut potilasohjauksen käytäntöihin sekä ohjausta koskevaan tutkimukseen huolimatta siitä, että se on käsitteenä abstrakti ja siksi vaikeasti sovellettavissa käytännön hoitotoimintaan ja tutkimukseen. Voimaantuminen ei ole ohjausstrategia tai -tekniikka, vaan taustalla vaikuttava näkemys, joka ohjaa sekä asiakasta että terveydenhuoltohenkilöstöä. Asiakas nähdään aktiivisena ja vastuullisena toimijana ja yhteistyökumppanina, joka kykenee myös itsenäiseen päätöksentekoon omassa hoidossaan. Ensisijaisesti asiakas toimii ja tekee päätökset jokapäiväisessä hoidossaan. Terveydenhuoltohenkilöstön tulee ohjata ja tukea asiakasta siten, että asiakas voi tehdä tietoisia päätöksiä omassa hoidossaan ja saavuttaa asettamansa tavoitteet. Tämä hoitoon sitoutumiseen ja voimaantumiseen taustaoletuksina nojaava toimintamalli on vastakohta pitkään terveydenhuollossa vallinneelle lääketieteelliselle toimintamallille, joka on alkujaan tarkoitettu akuutteihin tilanteisiin. Se ei sovellu pitkäaikaiseen hoitoon tai ehkäisevään terveydenhoitoon. Lääketieteellisen toimintamallin mukaan tavoitteiden asettaminen ja hoitopäätösten tekeminen kuuluu ainoastaan asiantuntijoille, koska ne vaativat ammatillista asiantuntemusta ja vastuuta. Tästä lähtökohdasta käsin

potilasohjauksella pyritään vain saamaan asiakas ymmärtämään asia ja noudattamaan annettuja ohjeita. (Kyngäs & Hentinen 2008, 61.)

Tuorilan mukaan voimaantuminen tarkoittaa sitä, että päätösvalta sairauteen liittyvissä asioissa ja omassa elämässä muutenkin on jälleen potilaalla itsellään. Tärkeimpiä voimaannuttajia on laadukas ja ymmärrettävä tieto, sillä se auttaa potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa, tekemään perusteltuja päätöksiä ja suhtautumaan terveyspalveluihin analyttisemmin. Voimaantumisella on kuitenkin huonosti hallittuna kielteisiäkin piirteitä. Se saattaa lisätä terveydenhuollon kustannuksia ja edistää normaalien elämäntapahtumien ja erilaisuuden lääketieteellistämistä. Terveydenhoitoalan ammattilaisten auktoriteetti saattaa myös vähentää kansanterveyden kannalta kielteiselläkin tavalla. (Tuorila 2013.)

Halilan mukaan potilaan voimaannuttamisen (empowerment) on todettu parantavan myös potilasturvallisuutta. Tietoisuus hoidon periaatteista ja mahdollisista riskeistä voi auttaa potilasta tunnistamaan riski- ja vaaratilanteita, valmistautumaan paremmin hoitotoimenpiteisiin ja hoitoon sekä raportoimaan poikkeavuuksista ja havaitsemistaan puutteista. Voimaannuttaminen saa myös aikaan kriittisyyttä, johon palvelujen tarjoajan on usein aihetta suhtautua vakavasti. (Halila 2014.)

3.8 Potilashuonetaulu

Potilashuoneisiin sijoitettujen potilashuonetaulujen (patient whiteboard) avulla voidaan parantaa hoitohenkilökunnan välistä tiedonkulkua ja edistää potilaiden tiedonsaantia ja siten myös potilastyytyväisyyttä. Taulun käyttö edellyttää harjoittelua, tehtävien määrittelyä, seuranta ja integrointia päivittäiseen työnkulkuun. Taulujen toimivuudelle tuo lisähaasteita myös potilaan henkinen tila, kielelliset esteet ja puutteet potilaan näkökyvyssä tai lukutaidossa. (Tan, Hooper, Evans, Braddock & Shieh 2013.)

Karnin (2016) mukaan Hursh, Salisbury, Lenhart, Doran ja Zadvinski (2013) kuvaavat taulujen käyttöä keinona ylittää prosessuaalisia esteitä kohti potilas- ja perhekeskeistä hoitoa ja rohkaista potilasta osallistumaan aktiivisesti hoitoonsa. Kirjallisessa muodossa oleva tieto tuntuu konkreettisemmalta kuin suullisesti annettu tieto ja muistuttaa potilasta sekä perhettä ja muita hoidon tarjoajia hoitosuunnitelmasta.

Antoine Jonckheeren (2017-2018, 33-35) mukaan potilashuonetaulujen suorina tavoitteina voi olla tarjota kirjallista tukea tiedonkululle, tehdä hoitosuunnitelma näkyväksi, edistää mahdollisimman hyvää kotiutukseen valmistautumista, parantaa kivunhallintaa, edistää potilaan orientoitumista aikaan ja paikkaan, tarjota potilaiden ja näiden perheiden käyttöön oma, muokattavissa oleva tila sekä näyttää viikon ruokalista. Epäsuorina tavoitteina Jonckheere mainitsee hoidon laadun parantamisen, kumppanuussuhteen kehittämisen potilaan ja heidän lä-

heistensä kanssa, hoitosuunnitelman organisoinnin parantamisen, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä viestintään kannustamisen, luottamuksen edistämisen, sairaalahoidon keston lyhentämisen sekä hoitokokemuksen ja potilastyytyväisyyden parantamisen. Potilashuonetaulun etuihin kuuluu, että kaikki lukemaan ja kirjoittamaan kykenevät pystyvät hyötymään taulusta. Taulun käyttö on helppoa, yksinkertaista, nopeaa ja interaktiivista. Taulua voidaan soveltaa kunkin potilaan tarpeiden mukaisesti, potilas voi itse osallistua sen käyttöön ja tietojenvaihto on dynaamista. Taulun käyttöä taas rajoittaa se, että siihen ei voida laittaa esiin salassa pidettävää tietoa. Taulun pitäminen ajan tasalla voi olla haasteellista, kun hoidon tarjoajia on useita. Taulua on päivitettävä manuaalisesti. Potilaan toimintakyvyn rajoitteet voivat estää ohjetaulusta hyötymisen. Tämä lista eduista ja puutteista ei kuitenkaan perustuu objektiiviseen tutkimustietoon, vaan Lovainin katolisen yliopiston yliopistolliseen keskussairaalaan kuuluvan Godinnen sairaalan “Qualité et Amélioration Continue” -yksikön hoitohenkilökunnan vapaaehtoisesti antamiin kannanottoihin.

Sehgalin ym. (2010) mukaan taulut edistävät potilaat tietoisuutta hoitotiimistään, kotiutusajankohdasta ja -suunnitelmista sekä merkittävästi parantavat potilastyytyväisyyttä ylipäättänsä. Potilashuonetaulut mahdollistavat läpinäkyvämmän viestinnän kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien välillä. Hyötyjen maksimoimiseksi taulujen käyttö tulee integroida päivittäiseen työnkulkuun selkein vastuunjaoin ja tiedot tauluilla tulee pitää oikeina ja ajan tasalla.

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli erään kaupungin terveyskeskusvuodeosasto, jonka toiminta on painottunut ortopediseen kuntoutukseen. Suurin osa potilaista ohjautuu osastolle jatkokuntoutukseen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta, ja osasto tekee tiivistä yhteistyötä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS:n kanssa. Potilaat ovat pääosin ikään-tyneitä, jolloin hoidossa ja kuntoutumisessa korostuu kokonaisvaltaisuus. Potilaiden hoito ja kuntoutus osastolla on moniammatillista yhteistyötä, johon lääkärit, fysioterapeutit, hoitohenkilökunta ja sosiaalihoitajat osallistuvat. Osastolla on 60 potilaspaikkaa, ja potilailla on käytössään yhden hengen potilashuoneet.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen kehittämistyö. Toiminnallisen eli tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on uudistaa käytäntöjä ja kehittää ratkaisuja käytännön ongelmiin (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 18).

Toiminnallinen kehittämistyö on lähestymistapa, jossa teoretietoa ja kokemuksellista käytännön tietoa yhdistetään, ja tavoitteena on ratkaista yhteisössä ilmeneviä ongelmia, sekä saada

aikaan muutoksia. Kehittämistyön toteuttaja ja työn kohteena oleva yhteisö ovat keskenään vuorovaikutuksessa koko prosessin ajan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 114.)

Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli posterit, johon kerättiin opinnäytetyön aiheen keskeinen sisältö. Posterit tuotettiin yhdessä opinnäytetyön tilaajaorganisaation kanssa. Opinnäytetyön tekijät saivat posteria varten tilaajaorganisaatiolta valmiin pohjan, johon oli otsikoitu posterin sisältö. (Liite 4.)

Kanasen (2017, 10-18) mukaan perinteiset tutkimukset eivät pyri aikaansaamaan muutosta, vaan kuvaamaan, selittämään ja ymmärtämään ilmiötä. Tarkoituksena on löytää lainalaisuuksia, joilla käytäntöä voidaan selittää ja ymmärtää. Osa tutkimuksista taas pyrkii poistamaan ongelmia ja aikaansaamaan muutosta, mihin tarvitaan toimenpiteitä. Tällaisia muutokseen pyrkiviä tutkimuksia voidaan nimittää interventionistisiksi tutkimuksiksi. Muutokseen pyrkiviä tutkimuksia ovat toimintatutkimus, kehittämistutkimus ja konstruktioivinen tutkimus. Kehittämistutkimus on joko pelkkää kvalitatiivista tutkimusta tai yhdistelmä kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta. Tutkija ei itse ole mukana muutosprosessissa. Kaikki kehittäminen ei ole kehittämistutkimusta, vaan kehittämistutkimuksella tulee olla tutkimuksellinen ote ja tutkimusosio. Konstruktioivisessa tutkimuksessa pyritään ratkaisemaan ja poistamaan ongelma. Ongelman ratkaisuun käytetään konstruktioita, tarkoittaen ongelmanratkaisua esimerkiksi mallin, suunnitelman, organisaation tai koneen rakentamisen. Tutkimus on kuitenkin tieteellistä vain, jos se kytkeytyy aikaisempaan tutkimukseen, teoriaan tai kirjallisuuteen asiasta. Tutkija ei itse ole mukana muutosprosessissa, vaan toimii muutosagenttina opastaen muutoksen kohteena olevia henkilöitä muutosprosessin toteuttamisessa. Toiminta-, kehittämis- ja konstruktivististen tutkimusten erot ovat pieniä. Ne eroavat toisistaan lähinnä sen suhteen, onko tutkija itse mukana muutosprosessissa ja mikä on ratkaisun suhde aihealueen teoriapohjaan.

Laadullinen tutkimus tulee yleensä kyseeseen silloin, kun tutkimuksen kohteena ilmiötä ei tunneta, jolloin ei ole teorioita, jotka selittäisivät kyseistä ilmiötä. Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään ilmiötä, selvittämään, mistä ilmiössä on kyse. Sillä ei pyritä yleistämään kuten määrällisellä tutkimuksella, jonka taustalla on aina hyvä käsitys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä eli teorit ja mallit. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole mahdollista laatia aineistonkeruuvaiheessa yksityiskohtaisia kysymyksiä. Jos se olisi mahdollista, kyseessä olisi määrällinen tutkimus. (Kananen 2017b, 32-33.)

Uusien tutkimusalueiden lisäksi laadullinen tutkimusote soveltuu myös olemassa olevaan tutkimusalueeseen, johon halutaan saada uusi näkökulma tai jos epäillään vakiintunutta tai aiemmin käytettyä metodiikkaa, tutkimustuloksia tai teorian tai käsitteen merkitystä. Toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Laadullinen tutkimus kattaa laajan kirjon erilaisia, keskenään monin tavoin päällekkäisiäkin lähestymistapoja. Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoilla on kaikilla tavoitteena löytää

tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Tutkimusmenetelmän valinnassa on olennaista, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä teoreettinen tavoite tutkimuksella on. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 65-67.)

Tämän opinnäytetyön keskeisiä tutkimuskysymyksiä ovat:

- Minkälaista tietoa potilas ja omaiset tarvitsevat liittyen hoitoon ja kuntoutumiseen?
- Miten potilashuonetaulu edistää omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä tiedonsaantia?
- Mitä tietoja potilashuonetaulujen kautta voidaan jakaa omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä?

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimusotteiden luokitteluun on olemassa monia eri tapoja. Yksinkertaisin tapa on tutkimusotteiden (lähestymistapojen) jako laadulliseen (kvalitatiiviseen) ja määrälliseen (kvantitatiiviseen) tutkimukseen. Tutkimusotteet muodostavat metodologian, jonka alapuolelle sijoittuvat tutkimusmenetelmät (metodit). Metodit jakautuvat aineistonkeruumenetelmiin ja analyysimenetelmiin. Tutkimusmenetelmät määräytyvät tutkimusotteen mukaan. Eri aineistonkeruumenetelmille on luotu omat tyypilliset analyysimenetelmänsä. (Kananen 2017a, 13.)

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin henkilökunnan ryhmähaastattelua, jonka tavoitteena oli saada tietoa henkilökunnan kokemuksista liittyen potilashuonetaulujen käyttöön.

Ryhmähaastattelun avulla voidaan saada tietoa usealta henkilökunnan jäseneltä samanaikaisesti. Tutkimuskysymyksiin voidaan myös saada erilaisia ja perusteltuja näkökantoja, kun haastateltavat reagoivat toistensa näkökantoihin. (Ojasalo ym. 2015, 41-42.)

Haastattelun tavoitteena on kerätä sisällöltään laajoja vastauksia, jotka ovat laadullisessa tutkimuksessa merkityksellisempiä kuin vastausten määrä. Jotta henkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä voitaisiin kartoittaa mahdollisimman laajasti, haastattelussa tulee välttää kysymyksiä, joihin voidaan vastata yksisanaisesti. (Vilkkä 2015, 128-129.)

Haastatteluilla hankitaan kehittämistyön kohteesta käytännön tietoa, jonka avulla voidaan paremmin ymmärtää ilmiötä ja ilmiön kanssa toimivia ihmisiä. Ryhmähaastatteluilla voidaan ajankäyttöä tehostaa yksilöhaastatteluihin verrattuna, mutta ryhmähaastattelu tuottaa erilaista aineistoa kuin yksilöhaastattelu. Haastattelu voi olla muodoltaan strukturoimaton, puolistrukturoitu tai strukturoitu. Avoimessa haastattelussa tutkija antaa tutkittavalle vain ai-

heen, josta kertoa, ja tutkija pyytää kertomuksen perusteella lisätietoa tarkentavin kysymyksin. Teemahaastattelu on avointa haastattelua rajatumpi. Ilmiö pyritään kattamaan teemoilla ja ilmiöstä pyritään saamaan keskustelun avulla kokonaisymmärrys. Teemalla tarkoitetaan aihekokonaisuutta, ilmiön osaa. Ilmiö jaetaan teemahaastattelussa ilmiön ymmärtämisen kannalta oleellisiin osa-alueisiin ja tutkittavaa keskustelutetaan näistä aiheita eli teemoista. Tutkija tarkentaa saatuja teemojen sisältöjä lisäkysymyksin. Tutkijan ja tutkittavan välinen vuoropuhelu kuuluu siten olennaisena osana teemahaastatteluun. Teemahaastattelu edellyttää, että tutkijalla on ennakkokäsitys ilmiöstä. Tämän ennakkokäsityksen pohjalta tutkija voi laatia haastattelun teemat. Ennalta suunnitellut teemat saattavat teemahaastattelussa keskustelun kuluessa nousta esille automaattisesti. Siinä tapauksessa keskustelu etenee luonnollista rataansa. Teemojen suunnittelulla etukäteen varmistetaan kuitenkin, että kaikista olennaisista osa-alueista tulee keskusteltua. Tutkija laatii teemahaastattelua varten haastattelusuunnitelma ja -rungon. (Kananen 2017a, 49-50.)

Teemahaastattelusta ei yleensä selvitä yhdellä haastattelukierroksella, koska ensimmäisen haastattelun aineiston analysoinnin jälkeen nousee esille uusia kysymyksiä, joita on tarpeen käydä läpi haastateltavan kanssa uudessa haastattelussa (Kananen 2017b, 95).

Haastattelutilanne toteutetaan puolistrukturoidusti ennakkoon laadittujen kysymysten pohjalta. Kysymysten järjestystä ja sanamuotoja voidaan muuttaa haastattelun aikana, ja kysymyksiä voidaan tarvittaessa lisätä tai jättää pois. (Ojasalo ym. 2015, 108.) Keskustelun ollessa avointa, haastattelijan tulee huolehtia, ettei keskustelu ajaudu aiheen ulkopuolelle. Kaikkien osallistujien tulee myös päästä osallistumaan keskusteluun tasapuolisesti. (Vilka 2015, 126.)

Haastattelun kohderyhmänä olivat osastolla pitkäaikaisesti työskennelleet henkilökunnan jäsenet. Koska potilaiden hoito ja kuntoutus on osastolla moniammatillista toimintaa, ryhmä saattaa muodostua sairaanhoitajista, lähihoitajista sekä fysioterapeuteista. Haastattelun ajankohdasta sovittiin etukäteen osastonhoitajan kanssa, ja osastonhoitaja valitsi ryhmän jäsenet. Haastattelukysymykset toimitettiin osastonhoitajalle etukäteen. Haastatteluun odotettiin osallistuvan 5- 10 osaston työntekijää.

Kun haastateltavat ovat käsiteltävien asioiden äärellä, heidän on helpompi muistaa ja kuvailla haastattelussa käsiteltäviä asioita (Ojasalo ym. 2015, 106). Haastattelut toteutettiin opinnäytetyön tilaajan tiloissa osallistujien työaikana.

Teemahaastattelun jälkeen tallenteena olevat aineistot puretaan tekstiksi ja analysoidaan (Kananen 2017a, 49-50). Koska opinnäytetyön tekijöitä kiinnostaa ainoastaan haastattelussa esiin tulleet asiat, eikä yksittäiset sanat tai käytetyt sanavalinnat, tekstissä voidaan käyttää puhekieltä (Ojasalo ym. 2015, 110). Litteroinnissa usein riittää melko karkea taso, jolloin huomioidaan puhujan lauseen sanoma tiivistetyssä muodossa. Propositiotason litteroinnissa kirjataan vain sanoman ydinsisältö. (Kananen 2017b, 134-135.)

4.3 Aineiston analysointi

Analyysimenetelmillä tutkimusaineistosta selvitetään vastaukset tutkimuskysymyksiin tai ratkaisu tutkimusongelmaan. Analyysimenetelmät riippuvat tutkimusotteesta ja aineistonkeruumenetelmistä. (Kananen 2017b, 68).

Laadullisessa tutkimuksessa analyysi tehdään aina kuva- tai tekstimuodossa. Haastattelun äänittämisen avulla opinnäytetyön tekijät voivat keskittyä haastatteluun ja haastateltaviin, ja haastattelutilanteeseen voidaan myöhemmin palata uudelleen. Kun haastattelu kuunnellaan useampaan kertaan, voidaan huomioida uusia näkökulmia, ja haastattelu voidaan raportoida tarkasti. (Ojasalo ym. 2015, 107; Vilkkä 2015, 137.).

Kun aineisto on muutettu tekstimuodoksi, teksti luetaan useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi. Aineistosta kerätään toistuvia ja toisistaan eroavia ilmaisuja, jotka muodostavat aineistolle teemoja. Teemojen avulla aineistosta voidaan kirjoittaa jäsennelty kuvaus, josta ilmenevät tutkimuskysymysten kannalta olennaiset asiat. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 157.) Teemoittelusta voidaan käyttää myös nimitystä aineiston pelkistäminen. Pelkistämässä litteroidusta aineistosta poimitaan tutkimuskysymysten kannalta oleelliset ilmaisut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

5 Tulokset

Haastatteluaineisto kerättiin ideointipajojen yhteydessä, jotka järjestettiin opinnäytetyön tilaajan tiloissa 25.9.2019 ja 9.10.2019. Ensimmäiseen ideointipajaan osallistui 18 henkilökunnan jäsentä ja toiseen ideointipajaan 14 henkilökunnan jäsentä. Tässä opinnäytetyössä ideointipajalla tarkoitettiin yhteistyökumppanin tiloissa järjestetty kokoontumista henkilökunnan kanssa, jonka ajankohdasta oli sovittu etukäteen yksikön osastonhoitajan kanssa. Osastonhoitaja oli kutsunut osallistujat paikalle etukäteen. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut entuudestaan tiedossa, keitä kokoontumiseen osallistuu. Tapaamisen tarkoituksena oli keskustella potilashuonetaulun käytöstä, sen hyödyistä, sekä sen käyttöön liittyvistä haasteista. Osallistujiin kuului sairaanhoitajia sekä lähihoitajia, ja ensimmäiseen ideointipajaan osallistui myös fyioterapeutteja.

Haastattelut äänitettiin, ja litteroitavaa materiaalia muodostui yhteensä 21 sivua. Haastattelu pohjautui yhteentoista, ennakkoon laadittuun kysymykseen, jotka lähetettiin opinnäytetyön tilaajalle ennen ensimmäistä ideointipajaa. Ideointipajan nauhoituksen sisältö teemoiteltiin, ja sisällöstä muodostettiin 5 teemaa; ”potilashuonetaulun käytön hyödyt ja haasteet”,

”päivittäisessä potilastyöskentelyssä tarvittava tieto”, ”henkilökunnan tiedon tarve”, ”potilaan ja omaisen tiedon tarve ” sekä ”potilaan yksityisyyden suoja”. (Liite 2).

Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun toinen opinnäytetyön tekijöistä oli laatinut lomakkeen, joka sisälsi kirjallisen tiedotteen opinnäytetyöstä ja ryhmähaastattelusta sekä suostumuslomakkeen. Lomake jaettiin osallistujille ja heitä pyydettiin allekirjoittamaan suostumus. (Liite 1). Suostumukset kerättiin talteen. Osallistujille kerrottiin myös suullisesti olennaisimmat tiedot haastattelun tarkoituksesta, haastattelun äänittämisestä ja äänitallenteen käsittelystä. Toinen opinnäytetyön tekijöitä oli opinnäytetyön yhteydessä syntyneiden huomioiden perusteella laatinut kysymykset, jotka haastattelussa ainakin oli tarkoitus esittää. Haastattelun kuluessa opinnäytetyön tekijät vuorottelivat kysymysten esittämisessä, ja tekivät osallistujille tarpeen mukaan jatkokysymyksiä ennalta määriteltyjen kysymysten lisäksi. Haastattelun jälkeen äänitetty aineisto muutettiin tekstimuodoksi käyttäen litterointitasona peruslitterointia. Peruslitteroinnissa puhe litteroidaan sanatarkasti puhekieltä noudattaen, jättäen kuitenkin pois täytesanat, toistot, keskenjäävät tavut ja yksittäiset äännähdykset (Tietoarkisto 2019).

Toinen ryhmähaastattelu toteutettiin kaksi viikkoa ensimmäinen haastattelun jälkeen. Osallistujille kerrottiin mistä haastattelussa on kysymys. Osallistujille jaettiin kirjallinen tiedote ja suostumuslomake kuten ensimmäisessä haastattelussa. Suostumukset kerättiin talteen. Ensimmäisessä haastattelussa saatujen vastausten ja näkökantojen perusteella laadittu kysymyksiä niistä seikoista, jotka olennaisimpina nousivat esiin ensimmäisessä haastattelussa sekä laadittu ehdotuksia potilashuonetaulujen käyttöä koskeviksi käytännöiksi. Nämä kysymykset ja ehdotukset käytiin osallistujien kanssa läpi, opinnäytetyön tekijöiden vuorotellessa kysymysten esittämisessä. Haastattelu äänitettiin. Haastattelun jälkeen äänitallenne muutettiin tekstiksi referoivaa litterointitapaa käyttäen. Referoivassa litteroinnissa haastatteluäänitteet puretaan muistiinpanoiksi suurpiirteisesti, esimerkiksi ranskalaisin viivoin ja vain joitain suoria lainauksia tai puheen osia ylös kirjoittaen (Tietoarkisto 2019).

5.1 Potilashuonetaulun käytön hyödyt ja haasteet

Ensimmäiseen teemaan, liittyen potilashuonetaulun käytön hyötyihin ja haasteisiin, muodostui kolme alateemaa; ”työkalu henkilökunnalle”, ”päivittäminen” sekä ”toimintatapojen kehittäminen”.

Potilashuonetaulun hyödyistä nousi esille etenkin, että potilashuonetaulu on henkilökunnalle hyödyllinen työkalu, josta saa nopean yleiskuvan potilaasta. Potilashuonetaulua voidaan käyttää muistin tukena, jolloin kaikkia tietoja ei tarvitse kantaa taskussa.

Siiitä saa semmoisen ihan nopean yleiskatsauksen potilaasta.

Se on ainakin uusille hoitajille niin tosi hyvä.

...voi käyttää muistin tukena, niin ei tarvitse sitten niin paljon olla taskussa muistiinpanoja....

Potilashuonetaulun päivittäminen koettiin haasteelliseksi, eikä taulun päivittämiseen ole muodostunut yhteisiä toimintatapoja. Potilaan tullessa osastolle, hänet vastaanottava hoitaja tai vuorossa oleva fysioterapeutti on kirjannut potilashuonetaululle ne tiedot, jotka tulotilanteessa ovat saatavilla. Tulotilanteen tiedot on kirjattu potilashuonetaululle viimeistään seuraavana päivänä, aloituspalaverin yhteydessä.

Ainakin sitä kannattaa täyttää niiltä osin kuin tiedossa on, silloin kun se potilas saapuu osastolle...Joko vastaanottava hoitaja tai iltavuorossa oleva fysioterapeutti, mutta viimeistään seuraavan päivän aloituspalaverissa.

Pitäisi ehkä sopia, että kuka se on niin sitten tulisi tehtyä.

Oleellisempaa on, että siellä on niitä asioita joita toinen ammattiryhmä voi aina täydentää tai korjata, mutta että pyrittäisiin siihen heti jotain kirjoittamaan.

Osastolla lääkärinkierrot ovat kaksi kertaa viikossa. Kierrolle osallistuvat lääkärin lisäksi hoitaja ja fysioterapeutti, jotka tapaavat potilaan henkilökohtaisesti. Opinnäytetyön tekijöiden ehdotuksena oli, että potilashuonetaulua päivitetäisiin näiden kiertojen yhteydessä. Osallistujat olivat ehdotukseen myöntyväisiä, sillä potilas olisi tilanteessa mukana, ja omaiset saisivat potilashuonetaulun kautta ajantasaisimman tiedon potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen liittyvistä tavoitteista. Lääkärinkiertojen välillä potilashuonetaulua täytettäisiin tarvittaessa, potilaan hoitajan tai fysioterapeutin toimesta. Haasteena kuitenkin on, että potilaiden tullessa hoitohenkilökunnalle tutuksi, päivittäminen herkästi unohtuu, tai siihen ei ole aikaa.

Se rutiini pitäisi varmasti olla, että aina sen kierron yhteydessä se päivitetään viimeistään.

Se on niin kuin sellainen rutiini, että voidaan hyödyntää se hetki, kun kaikki on siinä, fysioterapeutti, hoitaja, potilas ja lääkäri.

Osallistujien mukaan potilaiden omaiset kiinnittävät huomiota potilashuonetauluun, mutta harvemmin kirjoittavat siihen mitään, vaan keskustelevat enemminkin hoitajan kanssa kasvotusten. Osallistujille ehdotettiin, että potilashuoneisiin laadittaisiin ”Tervetuloa”- kirje omaisille, jossa mainittaisiin mahdollisuudesta jättää viestejä henkilökunnalle potilashuonetaulun välityksellä. Potilashuoneissa on jo käytössä kirjallinen kuntoutumisohje, joten tätä ei koettu tarpeelliseksi.

Aika harvoin omaiset kirjoittavat siihen mitään, vaikka siinä on heillä se paikka mihin he voi kirjoittaa.

Kyllä mä luulen, että omaiset lukevat sitä taulua. - Ja monesti myös potilaat itse.

Jos omaisilla on sanottavaa, he yleensä sanoo kun on täällä, suoraan hoitajalle.

Siinä (kuntoutumisohjeessa) on aika paljon kerrottu niitä asioita omaiselle tästä osaston toiminnasta”. - Että sitten kun sekin lappu on suhteellisen pitkä, niin en tiedä kuinka monet omaiset sitä sitten lukee.

5.2 Päivittäisessä potilastyöskentelyssä tarvittava tieto

Potilashuonetaululla tärkeäksi koettu tieto muodosti kolme alateemaa; ”hoidon ja kuntoutumisen tavoitteet”, ”tulosity ja hoidon alkamispäivämäärä” sekä ”hoidossa huomioitavat asiat”.

Päivittäisessä potilastyöskentelyssä tarvittaviksi tiedoiksi mainittiin potilaan hoidon kokonaisuutena tavoitteena kotiutuminen, siirtyminen jatkohoitoon sekä millä edellytyksillä potilas voi kotiutua.

Se on aika tärkeä se jatkohoito siinä olla.

Mikä on meidän hoitojakson tavoite ja mihin me tähdätään. Onko potilas menossa kotiin vai jonottaako hän jatkohoitopaikka, ja millä apuvälineillä liikkuvana hän voi kotiutua.

Tulosity ja hoidon alkamispäivämäärä koettiin tärkeäksi, jotta henkilökunta saa nopeasti tiedon esimerkiksi murtumista ja niistä johtuvista rajoitteista. Hoidon alkamispäivämäärän esillä oleminen taas auttaa huomaamaan, jos hoito pitkittyy.

Tulopäivä, eli voi seurata, että jos se sairaalassa olo pitkittyy, pitäisi alkaa hyltyskellot soimaan, jos alkaa kolme kuukautta lähestymään.

Tärkeäksi tiedoksi mainittiin myös potilaan päivittäisessä hoidossa huomioitavat asiat, kuten allergiat, erityisruokavaliot, tukisidosten käyttö, ja kuulolaitteet.

Potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on tärkeää huomioida esimerkiksi ortopedisten potilaiden varauskiellot, miten potilas liikkuu ja minkälaisia liikkumisen apuvälineitä potilas tarvitsee. Potilashuonetaulun koettiin myös säästävän aikaa, kun edellä mainittuja tietoja ei tarvinnut lähteä etsimään potilastietojärjestelmästä.

Siinä on ainakin hyvät ohjeet siitä, että onko täyspainovaraus, raajapainovaraus, mitä kieltoja on ja miten potilas liikkuu...

...jos se on päivitetty, niin pystyy kuka tahansa helpommin mennä auttamaan potilasta.

Potilas joutuu sitten odottamaan sen aikaa, kun hoitaja etsii tietokoneelta tiedon....

Osallistujille annettiin esimerkkejä kansainvälisistä lähteistä, joissa potilashuonetaululle kirjattiin potilaan hoitajan nimi ja taulua hyödynnettiin mm. kivun seurannassa. Osallistujien mukaan hoitajan nimen kirjaaminen on haasteellista päivittämisen osalta, koska yksikössä tehdään kolmivuorotyötä. Hoitajien nimet ovat näkyvillä henkilökorteissa, ja tarvittaessa he kertovat nimensä potilaalle. Lähteiden mukaan omaiset halusivat usein tietää potilaan asioista tietävän hoitajan nimen, jotta hoitajaa ei tarvitsi etsiä osastolta, mutta osastolla potilaan hoitaja on helppo kutsua potilashuoneeseen hoitajakutsun välityksellä.

Kuitenkin omaisilla on se potilaan kutsukellon kautta mahdollisuus saada se hoitaja sinne paikalle....

Melkein jokaiselta hoitajalta kuitenkin löytyy nimilappu, niin kyllähän sen siitä näkee tai kertoo sitten kun menee potilaan luo.

Tuoko se lisäarvoa sitten jos kivusta hirveästi puhutaan kipeälle potilaalle.....Ja jos se katsoo sitä omaa korkeaa kipunumeroa, sehän lisää sitä kivun kokemusta”. “Tutkitusti kivusta puhuminen lisää kipua.

5.3 Henkilökunnan tiedon tarve

Henkilökunnan tiedon tarve muodosti yhden alateeman, ”potilaan toimintakyky ja elämäntilanne”.

Haastateltavien mukaan henkilökunta toivoo omaisilta tietoa potilaan aikaisemmasta toimintakyvystä sekä asumisolosuhteista. Jos potilaan kotihoidon palvelut tulevat esimerkiksi yksityiseltä palvelun tuottajalta, henkilökunta tarvitsee tietoa palvelun sisällöstä, sillä tiedot eivät ole saatavilla potilastietojärjestelmästä. Henkilökunnalla on myös kokemusta tilanteissa, joissa potilaan omaishoitajan uupumus tulee ilmi vasta potilaan kotiutusvaiheessa. Potilaan jatkohoidon suunnittelu tulisikin aloittaa yhteistyössä omaisten kanssa jo varhaisessa vaiheessa. Omaisilta tarvitaan tietoa myös tilanteissa, joissa potilas siirtyy saattohoitoon. Lisäksi henkilökunta kaipaa omaisilta tietoa potilaan henkilökohtaisista tottumuksista, jotka helpottavat yhteistyötä etenkin muistisairaiden potilaiden kanssa.

Henkilökunnan mukaan edellä olevia tietoja ei tarvita potilaan päivittäisessä hoidossa, mutta on tärkeää, että ne löytyvät potilaan hoitokertomuksesta.

Tiettyjä tapoja millä (potilas) on tottunut tekemään niitä asioita, niin se yhteistyö on sitten hoitajankin kanssa helppoa.

Myös joskus, jos heillä on esimerkiksi yksityinen kotihoito, niin siitä tarvitaan tieto, kuinka usein ma miksi käyvät, koska me ei nähdä yksityisen puolen tekstejä lainkaan.

Ne ei ehkä ole sellaisia asioita, mitä tarvitsee, kun hoitaa potilasta. On hyvä olla siellä tiedoissa kyllä.

5.4 Potilaan ja omaisen tiedon tarve

Potilaan ja omaisen tiedon tarve muodosti yhden alateeman, ”kotiutumisajankohta ja hoitava lääkäri”.

Henkilökunnan mukaan potilaat ja omaiset kyselevät eniten kotiutumisajankohtaa sekä hoitavan lääkärin nimeä. Lisäksi tietoa kaivataan tutkimusten tuloksista, kuntoutumisaikatauluista, lääkityksestä sekä potilaan sen hetkisestä voinnista. Henkilökunnalle ehdotettiin, että potilaan hoitavan lääkärin nimi kirjoitettaisiin potilashuonetaululle. Tämä kuitenkin koettiin ongelmalliseksi lääkäreiden vaihtuvuuden ja potilashuonetaulun päivittämisen kannalta.

Milloin se pääsee kotiin, se on aina ensimmäinen kysymys. - Kotiutuspäivä ja lääkäri.

Kyllähän ne voivat ne voivat kysyä, jos haluavat tietää, kuka se lääkäri on.

Kotiutumisajankohdan kirjaaminen herätti osallistujien keskuudessa runsaasti keskustelua. Tällä hetkellä suunnitellulle kotiutumisajankohdalle on potilashuonetaululla oma kohta, mutta se on useimmiten täyttämättä. Osallistujat kertoivat, että lääkärit monesti eivät ilmoita suunniteltua kotiutumisajankohtaa potilaan aloituspalaverissa. Suunnitellun kotiutumisajankohdan kirjaamisen puolesta esitettiin argumentteina, että se on tieto, jota henkilökunta tarvitsee ja jota (potilaat tai) omaiset usein kysyvät. Tuotiin myös esille, että suunniteltu kotiutumisajankohta on hyvä näkyä, koska potilas ja omaiset silloin helpommin orientoituvat siihen, että osastohoito kestää vain tietyn, rajatun ajan. Esitettiin kuitenkin myös, että potilas tai omaiset saattavat pelästyä päivämäärää siksi, että pelkäävät, että potilas kotiutetaan aiemmin kuin tämän kunto sallisi. Potilaat tai omaiset eivät välttämättä ymmärrä, että kyseessä on suunniteltu kotiutuspäivämäärä, jota voidaan tarpeen tullen muuttaa. Pääosa osallistujista katsoi, että suunniteltu kotiutumisajankohta on hyvä kirjoittaa tauluun, silloin kun se lääkäriltä saadaan tiedoksi.

On monta kertaa ajatuksia, jotka ei toteudu. Jos se on siihen prantätty, omaiset tai potilas kiinnittyy siihen, että kyllä tämä on luvattu.

Ja sit pitää muistaa nimenomaan siirtää sitä kotiutuspäivää, jos kotiutus viivästyy.

Se (kotiutuspäivä) auttaa myös prosessoimaan sitä asiaa ja auttaa orientoitumaan siihen ajatukseen, että tänne ei jäädä.

5.5 Potilaan yksityisyyden suoja

Potilaan yksityisyydensuoja muodosti yhden alateeman, ”potilaan suostumus ja yksityisyys”. Potilaan yksityisyyden suojan haasteita ovat, että potilashuoneiden ovia pidetään usein auki, jolloin ohikulkijat saattavat nähdä potilashuonetaululla olevia tietoja. Potilaat saattavat myös tutustua toisiinsa osastojakson aikana, ja vierailta toistensa huoneissa. Huomioitavaa on myös se, että potilaan luona saattaa käydä vierailijoita, joiden nähtäville potilas ei tietojaan halua. Osallistujat olivat kuitenkin melko yhtä mielisiä siitä, ettei taululle laitettaisi lääketieteellisiä diagnooseja. Aistitoimintojen heikentyminen, esimerkiksi alentunut kuulo tai näkö, oli osallistujien mielestä tärkeä tieto, joka helpottaa työskentelyä potilaan kanssa.

Meitä on hyvin yksityisyyttä suojelevia ihmisiä, ja sitten tällaisia hölösuita ja avoimia ketkä kertoo kaikkia omat asiansa....että ois ehkä hyvä olla joku semmoinen yhteinen linja.

Se on hyvä kysyä potilaalta, että sulla on tällainen ongelma, että auttaa meidän toimintaa jos se pistetään tohon (potilashuonetaululle)....

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Ikääntyneen väestön määrä tulee lisääntymään lähitulevaisuudessa, ja kansallisena tavoitteena on tukea ikääntyneiden mahdollisuuksia asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Potilaan omaisten rooli onkin usein merkittävä potilaan kuntoutumisen, jatkohoidon ja kotona pärjäämisen kannalta. Koska omaiset ovat monelle ikääntyneelle merkittävä voimavara, heitä tulisi ottaa osalliseksi potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Tämä kuitenkin edellyttää, että heillä on ajantasainen tieto potilaan tilanteesta.

Omaisten ja hoitohenkilökunnan välisen tiedonkulun merkitys korostuu etenkin tilanteissa, joissa potilaan kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, esimerkiksi muistisairauden takia. Potilaan näkökulmasta on kuitenkin huomioitava, mitä tietoja potilashuonetaululle voidaan kirjata, kunnioittaen potilaan yksityisyyttä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää omaisten ja potilaiden ajantasaisista tiedonsaantia liittyen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen, hyödyntäen potilashuoneissa olevia huonetauluja. Opinnäytetyön tekijöiden tarkoituksena oli selvittää, minkälaista tietoa potilas ja omaiset tarvitsevat hoitoon ja kuntoutumiseen liittyen, miten potilashuonetaulu voisi edistää tiedonsaantia, sekä mitä tietoja potilashuonetaulun välityksellä voidaan jakaa.

Tämän opinnäytetyön haasteena oli, että potilashuonetauluja ei juurikaan ole käytössä, ja tutkittua tietoa potilashuonetauluista tai niiden hyödyistä oli saatavilla niukasti. Löysimme kuitenkin joitakin kansainvälisiä lähteitä liittyen potilashuonetaulujen käyttöön ja niihin liittyviin kokemuksiin.

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kahta henkilökunnan ryhmähaastattelua, jotka toteutettiin opinnäytetyön yhteistyökumppanin tiloissa syksyllä 2019. Nämä haastattelut soveltuivat tiedonkeruumenetelmäksi hyvin, ja opinnäytetyön tekijät saivat henkilökunnalta erilaisia näkökulmia potilashuonetaulujen käytöstä. Keskustelu pysyi yllä, kun osallistujat reagoivat toistensa näkökulmiin, ja ennakkoon laaditut kysymyksemme herättivät runsaasti keskustelua osallistujien välillä.

6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksista voidaan päätellä, että potilashuonetaulu on henkilökunnalle tärkeä työväline, jonka välityksellä eri ammattiryhmät saavat ajantasaisen tiedon potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta, sekä hoidon tavoitteista. Lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät saavat potilashuonetaulun välityksellä tietoa yksilöllisistä tekijöistä, kuten liikkumisen- tai aistitoimintojen rajoitteista, jotka helpottavat päivittäistä työskentelyä ko. potilaan kanssa. Potilashuonetaulu koetaan käytännölliseksi, kun tärkeät potilaskohtaiset tiedot ovat saatavilla nopeasti, eikä hoidon kannalta merkittävämpiä tietoja tarvitse lähteä etsimään potilastietojärjestelmästä.

Potilashuonetaulu menettää kuitenkin merkityksensä, jos siinä olevat tiedot eivät ole ajantasaisia. Potilashuonetaulun hyödyntäminen edellyttää mekaanista päivittämistä, joka saattaa olla haasteellista potilaan hoito- ja kuntoutustyön ohella.

Omaiset keskustelevat henkilökunnan kanssa mieluiten kasvotusten. Omaisten tiedon tarve liittyy usein potilaan sen hetkiseen vointiin, tutkimustuloksiin ja ennen kaikkea kotiutumiseen ja siihen liittyviin käytännön asioihin. Edellä mainittujen tietojen välittäminen potilashuonetaulun kautta on kuitenkin käytännössä mahdotonta toteuttaa mekaanisen päivittämisen takia. Kotiutumisajankohta kiinnostaa omaisia, päivämäärä olisi teknisesti helppo pitää esillä taululla. Suunniteltu kotiutuspäivämäärä ei kuitenkaan ole aina tiedossa hoidon alkaessa tai pitkälti sen edetessäkään. Henkilökunnalla on myös eriäviä näkemyksiä siitä, onko suunnitellun kotiutuspäivän kirjoittamisesta taululle enemmän hyötyä vai haittaa potilaan ja omaisten tiedon tarpeen kannalta. Päivämäärän näkyminen taululla toisaalta muistuttaa potilasta ja

omaisia siitä, että hoidon on tarkoitus kestää rajatun ajan, jonka jälkeen potilas kotiutuu. Toisaalta huomautettiin, että päivämäärä voi aiheuttaa sekaannusta ja hätäannystä, jos potilas ja omaiset käsittävät sen ehdottomaksi kotiutuspäiväksi ja pelkäävät, että potilas saateetaan kotiuttaa hoidollisesti liian aikaisessa vaiheessa. Siten jos päivämäärä kirjoitetaan taululle, on potilaalle ja omaisille tärkeä korostaa, että kyse on vain kotiutumisaikakohdan ennakoarviosta, ei sitovasta päätöksestä.

Tuloksien mukaan henkilökunta kaipaa omaisilta tietoa potilaan taustoista, kuten aikaisemmasta toimintakyvystä, mahdollisista kotihoidon palveluista sekä asuinolosuhteista. Nämä tiedot ovat kuitenkin lähtökohtaisesti niin laajoja kokonaisuuksia, ettei potilashuonetaulu sovellu niiden välittämiseen.

Kaikki potilasta koskevat tiedot ovat lähtökohtaisesti potilas- ja henkilötietoja, joita ei saa ilmaista ulkopuolisille ilman potilaan lupaa eikä pitää niitä esillä ulkopuolisten nähtävillä. Siten potilastietojen kirjoittamiselle näkyviin potilashuonetaululle tulee pyytää lupa potilaalta, tai omaiselta, jos potilas ei ole kykenevä päättämään asiasta. Henkilökunta katsoo, että diagnooseja ei ylipäätään tule kirjoittaa taululle. On myös syytä huomioda, että varsinkin potilaan tulositystä saattaa ilmetä seikkoja, joiden kirjoittamista taululle tulee harkita erityisen tarkasti.

6.2 Tuotos ja palaute

Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli posterit, jotka julkaistiin yhteistyökumppanin julkisissa tiloissa. Opinnäytetyön tekijät saivat posteria varten yhteistyökumppanin laatiman pohjan, joka oli otsikoitu valmiiksi. Otsikot olivat: "Johdanto", "Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset", "Menetelmät", "Tulokset", "Johtopäätökset ja pohdinta", "Jatkokehittämisen suositukset", "Lähteet" ja "Yhteystiedot". Posteriin liitettiin myös opinnäytetyön tekijöiden yhteistyökumppanin luona potilashuonetaulusta ottama valokuva. Posterin pohjana toimi MS Powerpoint, ja versiot posterista sekä niihin liittyvät palautteet välitettiin sähköpostitse opinnäytetyön yhteistyökumppaneille. Opinnäytetyön yhteistyökumppani vastasi posterin julkaisusta.

Palautetta varten opinnäytetyön yhteistyökumppanille lähetettiin kirjallinen palautekysely, johon sisältyi 3 kysymystä. Kysymykset koskivat yhteistyön sujumista opinnäytetyön tekijöiden kanssa opinnäytetyöprosessin aikana sekä työpajojen ja posterin toteuttamisesta. Lisäksi tiedusteltiin mahdollisia muita kommentteja.

Yhteistyökumppani antoi työstä palautteen, jossa totesi, että työ sujui täsmällisesti ja sovitua työskentelytapaa noudattaen. Työpajojen toteutuksessa näkyi paneutuminen aiheeseen, eikä yhden työpajan vaikuttanut lopputulokseen tai häirinnyt prosessia. Posterista ilmeni, mitä tehty ja miksi. Johtopäätöksissä käsiteltiin henkilökuntaa keskusteluttaneita seikkoja

taulun käytöstä, omaisyhteistyöstä ja siihen liittyvistä haasteista. Työskentely oli herättänyt hyvin keskustelua ja pohdintaa aiheesta. (Liite 5.)

6.3 Eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tieteellisen tutkimuksen tulokset voivat olla uskottavia, luotettavia ja eettisesti hyväksyttäviä vain, jos tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.) Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee sitä, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimusetiikka tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan, aina ideointivaiheesta tutkimustulosten kautta tiedottamiseen. (Vilka 2015, 41.) Kehittämistyö tulee tehdä tarkasti ja huolellisesti, ja seurausten tulee olla käytäntöä hyödyttäviä. Kehittämistyön tavoitteiden tulee olla korkean moraalien mukaisia (Ojasalo ym. 2015, 48.)

Tämän opinnäytetyön tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä sekä terveydenhoitoalan ammattieettisiä säädöksiä ja ohjeita. Koska tämän opinnäytetyön yhteydessä on haastateltu erään kaupungin terveyskeskusvuodeosaston henkilökuntaa, on opinnäytetyölle haettu ja saatu tutkimuslupa kyseiseltä kaupungilta. Haastattelun äänittämiseen on pyydetty ja saatu kirjallinen lupa haastatteluun osallistuvilta.

Opinnäytetyön tekijät ovat sitoutuneet noudattamaan salassapitovelvoitetta. Opinnäytetyön tekijät eivät käytä saamiaan tietoja potilaan tai asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi, eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja eteenpäin. Ryhmähaastatteluissa syntyneet äänitteet säilytetään salasanojin suojattuina tiedostoina ja hävitetään, kun opinnäytetyö on valmistunut. Tutkimustulokset esitetään niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä.

6.4 Luotettavuus

Jotta laadullinen tutkimus olisi luotettava, tulisi kaikki tutkimuksen vaiheet kuvata kirjallisesti ja yksityiskohtaisesti. Haastattelutilanteita kuvatessa tulisi tuoda esiin haastatteluympäristö, haastatteluun käytetty aika, sekä mahdolliset virhetulkinnat ja haastattelun häiriötekijät. Jos aineistosta muodostetaan teemoja, kirjallisesta kuvauksesta tulee käydä ilmi perusteet muodostetuille teemoille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 219.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös haastattelukysymysten laajuus; suppeiden kysymysten avulla ei saada riittävästi tietoa haastateltavan näkemyksen esiintuloa,

mutta liian laajat kysymykset saattavat johtaa tarpeettoman laajaan aineistoon, josta on hankalaa poimia tutkimuksen kannalta oleellisia asioita. Jos kysymyksien laadinnassa keskitytään ainoastaan haastattelijan näkökulmasta olennaisiin asioihin, haastateltavan näkökulmat saattavat jäädä sivuun. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 217.)

Haastateltavien luottamus kysymysten esittäjiä kohtaan on ensiarvoisen tärkeää luotettavuuden kannalta. Haastateltavien tulee saada varmuus siitä, ettei heidän antamiaan vastauksia käytetä heitä vastaan, eikä heidän vastauksistaan aiheudu heille haittaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 218.)

Laadullisessa tutkimuksessa analysointi edellyttää luovuutta, sekä kykyä käsitellä asioita eri näkökulmista. Aineiston sisältöä ei tule käsitellä valmiiksi määriteltyjen luokitusten mukaisesti, vaan luokitukset tulee löytää sisällöstä sellaisenaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006,219.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi perustui ryhmähaastatteluiden litterointiin, joka tehtiin sanatarkasti. Aineistosta poimittiin haastattelun kysymyksiin pohjautuvia, keskeisiä ja toistuvia teemoja, joiden perusteella laadittiin kuvaus potilashuonetaulujen hyödyistä, niiden käyttämisen haasteista sekä soveltuvuudesta tiedonkulun välineeksi. Analyysin tukena käytettiin suoria lainauksia haastateltavien antamista vastauksista.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tekijät ehdottaisivat, että omaisten kokemuksia tiedonkulusta ja ajan-
tasaisen tiedon saannista kartoitettaisiin tarkemmin, esimerkiksi erillisenä opinnäytetyönä. Omaisilta saatua tietoa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi ikääntyneen potilaan kotiutuksen suunnittelussa. Samoin erillisen opinnäytetyön aiheeksi soveltuisi ensimmäisen ideointipajan yhteydessä esille tullut ehdotus omaisten osallisuuden kehittämisestä potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa.

Lähteet

Painetut

Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Edwards, A. & Elwyn, G. Shared decision-making in health care : achieving evidence-based patient choice. 2009. 2 painos. Oxford: Oxford University Press.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Porvoo: Kirjayhtymä Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona -Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, M. & Hentinen, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Patient's Self-determination and its Prerequisites in Health Care Survey on Patients and Staff. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet 157. Kuopio: Kopijyvä.

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2015. Kehittämistyön menetelmät- uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum Media Oy.

Suvikas, A, Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. 7. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Tuomi J. & Sarajärvi S. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Voutilainen P. & Tiikkainen P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ylipartanen, A. 2010. Tietosuoja terveydenhuollossa. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. 3 uudistettu painos. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Sähköiset

Aura M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 26.4.2019. Saatavilla: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80372/gradu03374.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Halila, R. Potilaan oikeudet. Potilasturvallisuuden perusteet. 2014. Viitattu 27.4.2019. Saatavilla: https://www.oppiportti.fi/op/ptp00301/do?p_haku=etiikka#s2

Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS. Potilastietojen luovuttaminen lähiomaisille. Viitattu 25.4. 2019. Saatavilla: https://www.hus.fi/potilaalle/potilasasiakirjat_tietojen_salassapito/potilastietojen-luovuttaminen-lahiomaisille/Sivut/default.aspx

Jonckheere, A. 2017-2018. *L'implémentation d'un tableau de communication dans les chambres d'une unité de soins permet-elle d'améliorer la satisfaction des patients hospitalisés ?* Master en sciences de la santé publique. Finalité spécialisée. Université catholique de Louvain. Faculté de santé publique. Saatavilla: <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A13929>

Järnström S, 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.7.2019. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/66771>

Karn, C. 2016. The use of personalized whiteboards in the inpatient acute care setting and their effect on patient and nurses perception of communication. The University of San Francisco. Viitattu 21.4.2019. Saatavilla: <https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1324&context=capstone>

Kendall, L., Mishra, S. R., Pollack, A., Aaronson, B. & Pratt, W. Making background work visible: opportunities to address patient information needs in the hospital. Viitattu 11.7.2019. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765671/>

Kessels, R.P.C. Patients' memory for medical information. Journal of the Royal Society of medicine 2003 May; 96(5): 219-222. Viitattu 11.7.2019. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539473/>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.7.2019. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Porre-Mutkala, M. 2012. Hoidon laatu vanhainkodissa vanhusten ja omaisten kokemana. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.6.2019. Saatavilla: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83142/gradu05556.pdf?sequence>

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 26.4.2019. Saatavilla: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Viitattu 28.4.2019. Saatavilla <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96298/GRADU-1415796403.pdf?sequence=1>

Sehgal NL, Green, A, Vidyarthi AR, Blegen MA, Wachter RM. Patient Whiteboards in the Hospital Setting. *J. Hosp. Med*2010;4;234-239. doi:10.1002/jhm.638. Viitattu 19.7.2019. Saatavilla: <https://pmj.bmj.com/content/89/1056/604.long>

Suomen potilasturvallisuusyhdistys. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Viitattu 11.7.2019. Saatavissa: <http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Potilaan-ja-asiakkaan-aktiivinen-osallistuminen.pdf>

Tan, M., Hooper Evans, K., Braddock, C. H., & Shieh, L. 2013. Patient whiteboards to improve patient-centred care in the hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1056), 604. Viitattu 27.4.2019. Saatavilla: <https://pmj.bmj.com/content/89/1056/604>

Tarhonen, T. 2014. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.7.2019. Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf

Tietoarkisto. 2019. Aineistonhallinnan käsikirja. Kvalitatiivisen datatiedon käsittely. Litteointi. Viitattu 24.11.2019. Saatavilla: <https://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-kasittely.html>.

Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 2013;129(6):666-7. Viitattu 28.4.2019. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/6/duo10877>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 28.7.2019. Saatavilla: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira. 2018. Terveystietojen salassapito. Potilastietojen ja henkilötietojen käsittely. Viitattu 24.11.2019. Saatavilla: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/salassapito/potilastietojen_kasittely

Vesa, N-M. 2019. Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 25.4. 2019. Saatavilla: https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/122937/gradu2016Vesa_Niina-Ma-rika.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Säädökset

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu 17.8.1992.

Liitteet

Liite 1: Suostumuslomake ja saatekirje

Liite 2: Haastattelurunko

Liite 3: Aineiston analysointi

Liite 4: Posterit

Liite 5: Arviointi ja palaute

Liite 1: Saatekirje ja suostumuslomake

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

1. Tiedote osallistumisesta ammattikorkeakoulututkintoon (sairaanhoidtaja AMK, Laurea-ammattikorkeakoulu) kuuluvana opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen ”Potilaan ja omaisen ajantasainen tieto hoidon ja kuntoutumisen etenemisestä”

Tutkimuksen suorittajat (opinnäytetyön tekijät): Mariella Dufva ja Saara Turunen. Tutkimuksesta vastaavat tutkijat: Saara Turunen (saara.s.turunen@student.laurea.fi) ja Mariella Dufva (mariella.dufva@laurea.fi)

Tämän tutkimuksen (opinnäytetyön) tavoitteena on kehittää hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää tiedonkulkua potilaan, hänen omaistensa sekä hoitohenkilökunnan välillä Espoon sairaalan osasto 2:lla. Osaston potilailla on käytössään yhden hengen potilashuoneet, joihin kaikkiin on sijoitettu 75 x 75 cm potilashuonetaulut. Opinnäytetyön tarkoituksena on toteuttaa ideointipaja henkilökunnalle liittyen potilashuonetaulujen käyttöön tiedonkulun työvälineenä.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytetään henkilökunnan ryhmähaastattelua, joka toteutetaan ensimmäisen ideointipajan yhteydessä. Ryhmähaastattelun tavoitteena on saada tietoa henkilökunnan kokemuksista potilastaulujen käytöstä, sekä potilaiden ja omaisten tiedon tarpeesta. Haastattelun kysymykset pohjautuvat opinnäytetyön keskeisiin tutkimuskysymyksiin. Haastattelun kohderyhmänä on osastolla pitkäaikaisesti työskennelleet henkilökunnan jäsenet. Haastattelun ajankohdasta on sovittu etukäteen osastonhoitajan kanssa, ja osastonhoitaja on valinnut ryhmän jäsenet. Haastattelukysymykset on toimitettu osastonhoitajalle etukäteen.

Haastattelu äänitetään, jonka jälkeen äänitetty aineisto muutetaan tekstimuodoksi. Haastattelun äänittämiseen pyydetään osallistujilta kirjallinen suostumus.

Ideointipajan jälkeen pidetään toinen paja ideoiden käsittelemiseksi tarkemmin. Paja äänitetään. Äänittämiseen pyydetään osallistujien suostumus.

Koska tutkimuksen yhteydessä haastatellaan Espoon sairaalan osaston 2:n henkilökuntaa, on opinnäytetyölle haettu ja saatu tutkimuslupa Espoon kaupungilta.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat noudattamaan Espoon kaupungin salassapitovelvoitetta.

Tutkimuksen osallistuvien henkilötietoja kerätään tutkimuksessa vain suostumuslomakkeessa, johon tulee osallistujan nimi ja yhteystiedot. Varsinaiseen tutkimusaineistoon ei kerätä osallistuvien henkilötietoja. Tutkimusaineistosta (ryhmähaastattelussa tehdystä äänitteestä) saattaa kuitenkin sattumalta ilmetä henkilötietoja, esimerkiksi jos keskustelun aikana mainitaan osallistuja nimeltä. Tutkimuksesta tai tutkimusraportista ei kuitenkaan tule ilmenemään osallistujien henkilötietoja.

Tutkimusaineisto (äänitteet) säilytetään lukollisessa kaapissa ja/tai salasanoin suojattuina sähköisinä tiedostoina. Tutkimuksen valmistuttua äänitteet hävitetään asianmukaisesti.

2. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen tutustunut edellä olevaan, kyseessä olevan tutkimuksen kuvaukseen ja tieteellisen tutkimuksen tietosuojailmoitukseen. Olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta sekä sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä ja käsittelystä. Olen saanut tutkimuksen tutkijoilta riittävästi suullista tietoa tutkimuksesta sekä siinä kerättävästä aineistosta ja sen käsittelystä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkimusta koskevia kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen niihin.

Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni tai kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen missä vaiheessa tahansa tutkimusta ennen tutkimuksen valmistumista ilmoittamalla siitä tutkimuksesta vastaavalle tutkijalle.

Antamiani tietoja saa käyttää tieteelliseen raportointiin vain sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

O Suostun osallistumaan tutkimukseen ryhmähaastattelun / työpajan osanottajana, haastattelun äänittämiseen ja äänitettyjen äänitallenteiden käyttämiseen tutkimustarkoituksessa.

Tutkimukseen osallistuvan nimi _____

Sähköpostiosoite _____

Paikka ja aika

Espoo 9.10.2019

Tutkimukseen osallistuva Suostumuksen vastaanottaja (tutkija)

Liite 2: Haastattelurunko

- Miten taulut nykyisellään koetaan toimiviksi? Minkälaisia hyviä ja huonoja puolia taulussa tällä hetkellä on?
- Mitkä ovat suurimmat haasteet taulun käytössä tällä hetkellä?
- Minkälaista hyötyä taulun käytöstä on saatu tähän mennessä?
- Mitkä ovat taulun otsikoista koetaan tärkeiksi?
- Mitkä taulun otsikoista koetaan vähemmän merkityksellisiksi?
- Minkälaisia rutiineja henkilökunnan kesken taulun käyttöön tulisi luoda, jotta taulusta saataisiin paras mahdollinen hyöty?
- Minkälaista tietoa henkilökunta kaipaa omaisilta?
- Minkälaista tietoa omaiset ja potilaat kaipaavat henkilökunnalta?
- Tulisiko potilashuonetauluissa ottaa käyttöön nykyiseen verrattuna enemmän otsikoita, tarkentaa tai muuttaa nykyisiä otsikoita?
- Näkökohtia potilaan yksityisyyden huomioimiseksi?

Liite 3: Aineiston analysointi

Teema	Alateema	Alkuperäinen ilmaisu
Potilashuonetaulun käytön hyödyt ja haasteet	Työkalu henkilökunnalle	<p>”(Potilashuonetaulua) voi käyttää muistin tukena, niin ei tarvitse sitten niin paljon olla taskussa muistiinpanoja, niin voi sieltä helposti tarkistaa.”</p> <p>”Siitä (potilashuonetaulusta) saa semmoisen ihan nopean yleiskatsauksen potilaasta.”</p> <p>” Se on ainakin uusille hoitajille niin tosi hyvä.”</p>
	Päivittäminen	<p>”Jos taulua ei ole päivitetty tai siihen ei ole kirjoitettu mitään.”</p> <p>”Jos siellä lukee vielä vanhat tiedot.”</p>

		<p>”Kyllä, ja se voi jopa hidastaa kuntoutumista, että se päivittäminen voi joskus jäädä ja siihen (potilas-huonetauluun) sokeutuu kun on tutut potilaat.”</p> <p>”Aika harvoin omaiset kirjoittavat siihen mitään, vaikka siinä on heille se paikka mihin he voi kirjoittaa. Sitä on tosi ilahtunut silloin kun joskus on kirjoitettu.”</p> <p>”Jos omaisilla on sanottavaa, he yleensä sanoo, kun on täällä, suoraan hoitajalle.”</p>
	Toimintatapojen kehittäminen	<p>”Se pitäisi varmasti olla rutiini, että aina sen kierron yhteydessä se päivitetään viimeistään.”</p> <p>”Ja silloin kun lääkärinkierto niin asetetaan uusia tavoitteita. Yleensä potilas on mukana, että kyllä se hyvä aika täyttää, jos jotain muuttunut, tai käydään läpi potilaan kanssa ja asetetaan ne tavoitteet yhdessä. Että se, on niin kuin sellainen rutiini, että voidaan hyödyntää se hetki, kun kaikki on siinä, fysioterapeutti, hoitaja, potilas ja lääkäri.”</p>

		<p>”Ainakin sitä kannattaa täyttää niiltä osin kuin tiedossa on, silloin kun se potilas saapuu osastolle. Joko vastaanottava hoitaja tai iltavuorossa oleva fysioterapeutti, jos ehtii tutkia potilaan, mutta viimeistään seuraavan päivän aloituspalaverissa.”</p>
Päivittäisessä potilastyökentelyssä tarvittava tieto	Hoidon ja kuntoutumisen tavoitteet	<p>”No tavoitteet on erittäin tärkeät siellä. Mikä on se meidän hoitajakson tavoite ja mihin me tähdätään. Onko potilas menossa kotiin vai jonottaako hän jatkohoitopaikkaa ja millä apuvälineillä liikkuvana hän voi kotiutua.”</p> <p>”Tavoite kirjoitetaan, ja se on kotiutuminen, ellei se ole jatkohoitopaikka. Siellä siintää jokin päivä. Mun mielestä se on erittäin tärkeä, että se on siellä.”</p>
	Tulosy ja hoidon alkamispäivämäärä	<p>”Tulopäivä, eli voi seurata että jos se sairaalassa olo pitkittyy, pitäisi hälytyskellot soida jos alkaa kolme kuukautta lähestymään.”</p>
	Hoidossa huomioitavat asiat	<p>”Sit on kans nää huomioitavat asiat tosi tärkeitä esimerkiksi allergiat, tukisidosten laittaminen aamulla tai kylmäsidonta tai kuulolaitteiden käyttö.”</p>

		<p>”Tiettyjä tapoja millä on tottunut tekemään niitä asioita niin se yhteistyö on sitten hoitajankin kanssa helppoa.”</p>
Henkilökunnan tiedon tarve	Potilaan toimintakyky ja elämäntilanne	<p>”Myös jos heillä on esimerkiksi yksityinen kotihoito, niin siitä tarvitaan tietoa, kuinka usein se käy ja miksi käy, koska me ei nähdä heidän yksityisten puolen tekstejä lainkaan.”</p> <p>”Ja sitten jos on vaikka kyseessä omainen, jonka potilaan omaishoitaja on tosi uupunut eikä millään enää jaksaa hoitaa, niin toivottaisi että mahdollisimman aikaisessa vaiheessa he toisen esiin meillä.”</p>
Potilaan ja omaisten tiedon tarve	Kotiutumisaikajankohta ja hoitava lääkäri	<p>Se kotiutumisaikajankohta ja sitte se tavallaan se tavoite ja suunnitelma ja kuntoutumisaikataulu kysytään usein.”</p> <p>”Ja vastaava lääkäri. Meiltä on kysytty paljon”.</p> <p>”Kotiutumispäivämäärä ja lääkäri.”</p>
Potilaan yksityisyyden suoja	Potilaan suostumus ja yksityisyys	<p>”Mutta ei mitään lääketieteellisiä diagnooseja. No, kuulo, näkö ja tällaista kyllä.”</p>

		<p>”Näistä ois hyvä sopia yhteisesti, mitkä on parempi jättää pois, koska tässä tää muuten menee mutun tuntuulla ihmisen mukaan”.</p> <p>”Tai potilaan mielestä, se on hyvä kysyä potilaalta, että sulla on tällöinen ongelma, että auttaa meidän toimintaa jos pistetään tohon”.</p> <p>”Ongelma poistuis jos ovi pidettäis kiinni, mut sitten ku jos potilas on siellä huoneessa vaikka vuoteessa, ni monet haluaa että ovi on auki”.</p>
--	--	---

Liite 5: Arviointi ja palaute

PALAUTE OPINNÄYTETÖN TILAAJALTA

Opinnäytetyö: Potilaan ja omaisen ajantasainen tieto hoidon ja kuntoutumisen etenemisestä

Tekijät: Mariella Dufva ja Saara Turunen

1. Miten teidän mielestänne yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden kanssa on sujunut opinnäytetyöprosessin aikana?

Työ on sujunut täsmällisesti, ja suunnitellulla tavalla noudattaen tehtävästä sovittua työskentelytapaa.

2. Mielipiteenne työpajojen ja posterin toteuttamisesta?

Työpajojen toteutuksessa näkyi paneutuminen aiheeseen, yhden työpajan siirto ei vaikuttanut lopputulokseen tai häirinnyt prosessia.

3. Mahdolliset muut kommentit

Posterissa tulee ilmi mitä tehty ja miksi. Johtopäätösten osalta on löytynyt henkilökuntaa keskusteltaneita seikkoja taulun käytöstä, omaisyhteistyöstä ja siihen liittyvistä haasteista. Työskentely on herättänyt hyvin keskustelua ja pohdintaa aiheesta. Kiitokset opiskelijoille hyvin osastoa hyödyntäneestä työstä.

KIITOS PALAUTTEESTANNE!