

Marjo Kero-Järvilä & Minna Lillkåla

**PROSESSI ASIAKKAAN SIJOITTUMISESTA OSASTOLTA
KOTIHOIDON PALVELUJEN PIIRIIN**

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite

Opinnäytetyö

CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi YAMK

Toukokuu 2020

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Toukokuu 2020	Tekijä/tekijät Marjo Kero-Järvilä ja Minna Lillkåla
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma ylempi YAMK		
Työn nimi PROSESSI ASIAKKAAN SIJOITTUMISESTA OSASTOLTA KOTIHOIDON PALVELUJEN PIIRIIN Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä Soite		
Työn ohjaaja Yliopettaja Annukka Kukkola	Sivumäärä 45+2	
Työelämäohjaaja Palvelualuejohtaja Sari Kallinen Keski- Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä Soite		
<p>Asiakkaan kotiutuessa sairaalasta kotihoidon palvelujen piiriin kohdataan toisinaan haasteita. Asiakaslähtöiset prosessit vaativat tiivistä yhteistyötä ja rajapintojen hiomista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vuodeosaston sairaanhoitajien sekä lääkärin kokemuksia potilaiden/asiakkaiden kotiuttamisesta kotihoitoon. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöisesti kotiutusta kotihoidon palveluihin, ja kuvata prosessikaaviossa asiakkaan tulo palvelujen piiriin.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelemalla viittä asiantuntijaa, joilla oli kokemusta kotiuttamisesta. Teemahaastatteluun osallistui Keski- Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä Soiten yleislääketieteen osastoilta kotiuttavia hoitajia ja lääkäri. Tutkimus oli laadullinen, joista haastatteluluiden avulla hankittiin tietoa kokemuksista ja saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Saatu aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksista nousivat keskeisinä asioina, että pääsääntöisesti kotiutukset osastolta kotihoitoon sujuu hyvin mutta tuloksista myös nousi asioita, jotka hidastavat asiakkaan kotiutusta. Tuloksista voitiin luokitella kolme pääteemaa: kuinka ongelmia nähtiin lähettävässä-, vastaanottavassa-, ja kolmannessa tahossa. Lisäksi kotihoidon palveluprosessia ja osaston kotiutusprosessin kehittäminen nousivat esille. Johtopäätöksinä tutkimuksessa todettiin, että kotiutumisen prosessi vaatii selkeämmän kotiutusprosessimallin ja kotiutuksen toimintamallin kehittämisen. Saatujen tulosten pohjalta kehitettiin kotihoidon prosessikaavio yhdessä työpaikkaohjaajien kanssa. Prosessikaaviota voidaan hyödyntää osastoilla kotiutusta suunniteltaessa ja kotiuttamisvaiheessa. Lisäksi prosessikaaviosta ja sen tuomista mahdollisuuksista hyötyvät kaikki, asiakas, osastot sekä kotihoidon toiminnanohjauskeskuksen työntekijät. Tuloksia voi lisäksi hyödyntää Soiten ulkopuolellakin kotiuttavat ja vastaanottavat tahot.</p>		
Asiasanat asiakaslähtöinen prosessi, hoidon jatkuvuus, kotiutumisen prosessi, kotihoito, kotiutuminen		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date May 2020	Author Marjo Kero- Järvilä and Minna Lillkåla
Degree programme Development and leadership in health care and social services		
Name of thesis PROCESS OF CUSTOMER PLACEMENT IN THE DEPARTMENT OF HOME CARE SERVICES Central Ostrobothnia Association of Social and Health Services Soite		
Supervisor Principal Lecturer Annukka Kukkola	Pages 45+2	
Instructor Service area manager Sari Kallinen		
<p>When a client returns home from a hospital for home care services, challenges are sometimes encountered. Customer-driven processes require close collaboration and grinding of interfaces. The purpose of the thesis was to describe the experiences of the nurses in the ward and the doctor about repatriating patients / clients to home care. The aim was to develop customer-oriented repatriation to home care services, and to describe in the process diagram the customer's entry into services.</p> <p>The research material was collected through thematic interviews with five experts with experience in repatriation. The thematic interview was attended by nurses and a doctor from the general medicine departments of the Central Ostrobothnia Association of Social and Health Services, Soite. The research was qualitative, from which interviews were used to obtain information about experiences and the obtained material was analyzed by content analysis.</p> <p>The obtained material was processed by inductive content analysis. The main issues that emerged from the results are that, as a rule, withdrawals from the department to home care are going well, but the results also raised issues that slow down the customer's withdrawal. Three main themes could be categorized from the results: how problems were seen in the sending, receiving, and third party. In addition, the development of the home care service process and the ward repatriation process came to the fore. In conclusion, the study found that the repatriation process requires the development of a clearer repatriation process model and a repatriation operating model. Based on the results obtained, a home care process diagram was developed together with workplace counselors. The process diagram can be utilized in the departments during the repatriation planning and repatriation phase. In addition, the process diagram and the opportunities it brings benefit everyone, the customer, the departments and the employees of the home care department. The results can also be utilized by parties discharging and receiving outside Soite.</p>		

Key words

continuity of care, customer-oriented process, discharge, discharge process, home care

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PROSESSI	2
3 ASIAKASLÄHTÖINEN PROSESSI	8
4 KOTIHOITO OSANA PALVELUPROSESSIA	11
4.1 Kotihoito.....	13
4.3 Kotiutusprosessi kotihoitoon.....	16
4.4 Kotihoidon asiakkaat	18
4.5 RAI arviointimittari.....	18
4.6 Kotihoidon toiminnanohjauskeskus	20
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	23
5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	24
5.2 Soiten yleislääketieteelliset osastot.....	24
5.3 Konstruktiivinen tutkimus opinnäytetyön lähestymistapa	25
5.4 Aineistonkeruu ja analyysi	26
6 TUTKIMUSTULOKSET	29
6.1 Kotiuttavien sairaanhoitajien ja lääkärin kokemuksia kotiutusprosessista	29
6.2 Kotiuttavien sairaanhoitajien näkemys kotiuttamisprosessin kehittämisestä	31
6.3 Yhteenveto keskeisistä tuloksista.....	32
7 KOTIHOIDON PROSESSIN KUVANTAMINEN	34
8 POHDINTA	36
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	36
8.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta	38
8.3 Ammatillinen kasvu	40
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	42
LÄHTEET	43
LIITTEET	
KUVIOIT	
KUVIO 1 Tutkimuksen suunnitteluajakaava vuodelle 2019-2020.....	24
KUVIO 2 Konstruktiivisen tutkimusprosessin eteneminen.....	28

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena oli kuvata asiakkaan kotiutuksen prosessi kotihoitoon ja prosessin kehittäminen. Opinnäytetyön aihe oli lähtöisin työelämän tarpeesta ja valintaa tuki Soiten organisaation strategia ja hoitoketjun ja kotiuttamisprosessin kehittämishanke 2019. (Soite, 2020.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vuodeosaston sairaanhoitajien sekä lääkärin kokemuksia potilaiden/asiakkaiden kotiuttamisesta kotihoitoon. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöisesti kotiutusta kotihoidon palveluihin, ja kuvata prosessikaaviossa asiakkaan tulo palvelujen piiriin.

Tavoitteena oli saada toimivampi ja joustavampi kotiutusprosessi. Tavoitteena oli, että uudelleen kuvattu prosessi nopeuttaa ja selkeyttää asiakkaan kotiutumista kotihoidon palvelujen piiriin. Toimiva kotiutusprosessi hyödyntää ensisijaisesti asiakasta. Asiakkaan osastojakso lyhenee ja asiakas pääsee nopeammin kotiutumaan omaan kotiin. Prosessi selkeyttää kotiuttavien hoitajien toimintatapaa kotiutuksen mahdollistamisesta kotihoitoon. Prosessi selkeyttää myös kotihoidon Toiminnanohjauskeskuksen työntekijöitä, jotka järjestävät tarvittavat palvelut asiakkaalle ja mahdollistavat kotiutukset kotihoitoon. Tavoitteena oli yksinkertaistaa ja nopeuttaa kotiutusprosessia joustavaksi.

Sairaalasta kotiutuminen on yksi keskeinen tapahtuma terveydenhuollossa. Aiemmin osastojaksot olivat pidempiä erilaisten tutkimusten ja hoitojen varten. Nykyään lääketiede on paljolti kehittynyt ja useat tutkimukset ja hoidot ovat polikliinisia ja varsin lyhytkestoisia. Potilaat kotiutetaan aiemmin näiden lyhyiden hoitajaksojen jälkeen. (Rauhasalo 2003,11.) Usein ongelmana voi olla viivästynyt kotiuttaminen asiakkaan omaan kotiin, mikäli hän tarvitsee kotihoidon palveluita. Kotihoidon palveluita ei pystytä järjestämään tarvittavan nopeasti. Tällöin potilas joutuu jäämään vielä osastolle odottamaan uutta kotiutusta. Kotiuttamisen suunnittelu ja toteuttamiseen on panostettava riittävästi ja moniammatillisesti, jotta kotiutus onnistuu kerralla. (Lämsä 2013,109.)

2 PROSESSI

Prosessi on peräisin latinan kielen sanoista *processus ja procedere*, jotka tarkoittavat ”eteenpäin viemistä”. Prosesseissa viedään jotain eteenpäin, jolloin tämä jalostuu. Sitä mitä prosesseissa viedään eteenpäin, sanotaan virtayksiköksi. Virtayksikkö voi olla pohjimmillaan materiaalia, informaatiota tai ihmisiä. (Modig & Åhlström 2013, 17.) Prosessit voivat olla rakenteeltaan, tarkoituksiltaan ja mittasuhteiltaan hyvinkin erilaisia. Jokaiselle prosessille on määrätty tietyt tekijät, ennen kuin ne on saatu toimiviksi. Kaikille prosesseille määriteltävät yhteiset tekijät ovat; Prosessin lähtötiedot, toiminnot, tuloste, prosessin omistaja, prosessin tulosteen käyttäjä eli asiakas, prosessin tulosteen, suorituskyvyn ja joustavuuden mittarit. (Pesu 2004, 2.)

Prosessista voidaan käyttää myös nimitystä palveluketju tai hoitoketju. Prosessi kuvaa asiakkaan/potilaan tarpeisiin tehokkaasti, joustavasti ja laadultaan varmennetusti vastaavaa eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, josta päällekkäisyydet ovat reaaliaikaisen ja kattavan informoinnin avulla minimoitu. Prosessissa asiakas etenee toimipisteestä toiseen joustavasti. Yleisin tavoite ja edellytys on moniammatillisen, organisaatorajoja ylittävän yhteistyön parantaminen, jatkuvuuden takaaminen eri organisaatioihin siirryttäessä, perusterveydenhuollon aseman vahvistaminen sekä asiakkaan palvelu- ja hoitokokonaisuuden laadun paraneminen. (Tanttu 2007, 79–80.)

Prosessiajattelun sisäistäminen sisältää seuraavia asioita; Yhteinen näkemys ja tavoitteiden asettaminen, kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu, kokonaisnäkemysten luominen toiminnasta, päällekkäisen työn poistaminen rajapinnoilta, prosessien hallinnan kehittäminen sekä kokonaistoiminnan koordinointi. (Tanttu 2007, 168.) Prosessin kehittämislajuuksuus voi vaihdella laajoista kehittämishankkeista pienempiin muutoksiin. Usein kehittäminen lähtee liikkeille esille tulleista ongelmista, joihin etsitään ratkaisua. Selkeät tavoitteet tulee olla. Prosessin kehittämismallin apuna voidaan käyttää kolmevaiheista kehittämismallia. Prosessin kehittämisessä ensin kartoitetaan nykytilanne. Kartoitusvaiheen päätehtäviä ovat työn organisointi, prosessikuvausten laatiminen sekä prosessin toimivuuden arviointi. (Lecklin 2006, 128.)

Kartoitusvaihe on tärkeä osa laadukkaan johtamisjärjestelmän rakentamista. Kartoitusvaihe antaa pohjatiedot kehitettävän prosessin valintaan. Toiseen vaiheeseen sisältyy ongelmien selvittäminen ja

niiden ratkaiseminen, työkalujen valinta, mittareiden asettaminen ja erilaisten kehittämisvaihtoehtojen arviointi. Kolmas vaihe pitää sisällään prosessin parantamisen. Viimeisessä vaiheessa on jatkuva kehittäminen, joka kuuluu olennaisena osana laatutyöhön. Lähtöruutuun palataan, kun prosessi on saatu parannettua. Prosessin toimivuutta arvioidaan säännöllisesti ja tarpeen mukaan käynnistetään isompi tai pienempi uudistustyö. (Lecklin 2006, 134–135.)

Usein on kyse jostain osa-alueen parantamisesta. Tällaisia kehittämisvaihteita voivat olla: Muutosten hallinta, tietojärjestelmien suunnittelu tai uusien rutiinien liittäminen, henkilöstön koulutus tai perehdytys, toiminnan saattaminen läpinäkyväksi, vastuiden ja valtuuksien selkeys tai työnjako, koulutus tai osaamistarpeiden selvittäminen, resurssitarpeiden systemaattisempi arviointi, ristiriitaisuuksien tai epäselvyyksien selvittämien, päällekkäisyyksien poistaminen, tavoitteiden tai mittareiden asettaminen tai riskien tehokas arviointi. (Lecklin 2006, 128.)

Prosessin omistajaksi kutsutaan henkilöä tai henkilöryhmää, jolle kokonaisvastuu prosessista kuuluu. Prosessin omistaja on tyypillisesti perinteisessä pyramidiorganisaatiossa linjajohtaja ja horisontaalisessa organisaatiossa eniten prosessin kanssa tekemisissä oleva henkilö. Prosessin omistajan tehtäviin kuuluvat tehtävien jakaminen ja aikatauluttaminen, prosessin kehittymisen seuraaminen, dokumentoinnista vastaaminen ja tuloksista raportoiminen. Lisäksi omistaja huolehtii prosessin kehittämisen suunnasta ja strategiasta sekä resurssien ja tuen saatavuudesta. Hän huolehtii myös kehittämistyön esteiden poistamisesta ja suhteiden hoidosta johtoryhmään ja prosessin asiakkaisiin. (Pesu 2004, 4.)

Prosessin omistaja on vastuussa prosessin teknisestä suunnittelusta. Laajimmillaan prosessinomistaja voi olla vastuussa kaikesta prosessin toiminnasta. Omistaja toimii prosessin kehitystiimin vetäjänä kehittäen toimintaa organisaation tavoitteiden mukaisesti. Prosessin kehitystiimi on vastuussa prosessin kehittämistyöstä ja tukee siinä prosessinomistajaa. Prosessinomistajan roolin määrittelyn yhteydessä on tärkeää määritellä myös yksikön johtajien ja esimiesten rooli suhteessa prosessinomistajaan. Prosessinomistaja vie kehitystä eteenpäin. Hän määrittelee prosessille mittarit ja tavoitteet organisaation strategian pohjalta, sekä hankkii ja varaa prosesseille resurssit. Hänelle kuuluu myös prosessien ylläpito, kehittäminen ja arviointi. Prosessinomistajan vastuullaan on myös poistaa prosessin pullonkaulat,

informoida muuta johtoa ja sidosryhmiä prosessin tarpeista, suoriutumisesta ja kehitystarpeista. (Laamanen & Tuominen 2003, 33.)

Prosessin seuraamista ja kehittämistä varten on laadittava mittarit. Hyvä mittari on oikeaan johtava, helppokäyttöinen ja mittaa haluttua kohdetta kattavasti. Hyvin valitut mittarit kytkevät yrityksen operatiivisen toiminnan strategisiin tavoitteisiin. Lisäksi mittarien seurantatieto tulisi koota ja kommunikoida siten, että kaikki operatiivisesta toiminnasta vastaavat henkilöt voisivat tehokkaasti käyttää tietoa hyväksi prosessin suorittamisessa, uudistamisessa ja jatkuvassa parantamisessa. Mittarit tulisi myös kytkeä kannustejärjestelmiin, joiden perustana käytetään yrityksen missiota ja strategiaa. (Pesu 2004, 6).

Prosessista laaditaan yleensä lisäksi prosessikuvaus tunnistamis- ja määrittämävaiheen jälkeen. Prosessikuvaus sitoo prosessin perustekijät yhteen havainnollisella tavalla ja auttaa sekä havaitsemaan, että ratkaisemaan prosessissa esiintyviä ongelmia. Prosessikuvauksen avulla on usein helpompi tunnistaa mittarit ja määrittää vastuut, jolloin myös toimintojen väliset vastualueet selkiytyvät ja sisäinen työnjako toteutuu. Kuvaaminen saattaa tarkentaa prosessin rajojen määrittelyä ja jopa edellyttää, että rajat määritellään uudelleen. (Pesu 2008, 8.)

Prosessiajattelulla tarkoitetaan organisaatioiden sisäisten toimintaketjujen tunnistamista ja toiminnan suunnittelua asiakkaan lähtökohdista. Prosessiajattelu ei rajoitu vain yksittäisen organisaation sisälle vaan siinä pyritään kehittämään koko toimintaketjua. Ajattelumallin ideana on taata asiakkaalle saumaton hyvä hoito huolimatta siitä, mikä yksikkö häntä hoitaa. Prosessiajattelussa keskitytään kokonaisuuden hallintaan yksittäisten toimintojen sijaan. Prosessit ovat määriteltyjä, mitattavissa olevia toistuvia toimintoja, jotka ylittävät yksikkö ja organisaatorajat. (Tanttu 2007, 12.)

Prosessiajatteluun liittyy toiminnan luokittelu ydin- ja tukiprosesseihin. Ydinprosesseilla tarkoitetaan varsinaista lisäarvoa tuottavaa toimintaa, jolla on suora yhteys asiakkaaseen. Tukiprosessit ovat toimenpiteitä, joilla luodaan edellytykset ydinprosessien toiminnalle. Prosessiajattelun edut korostuvat ympäristössä, joka on altis muutoksille. Funktionaalisesti organisoitu toiminta on usein jäykkää ja sen uudelleenorganisointi saattaa vaatia mittavia muutoksia. Prosessiajattelu on ensisijaisesti

toimintaedellytysten ja vaikuttavuustavoitteiden välisten suhteiden pohtimista sekä optimaalisten rakenteiden hakemista strategian ja yhteiskunnallisten tavoitteiden kannalta. Enää ei riitä, että teemme oikeita asioita oikein, vaan pitää pohtia, miksi toimimme niin kuin toimimme, silloin kun teemme oikeita asioita oikein. (Virtanen & Wennberg 2007, 106–112.) Prosessien tunnistaminen koostuu keskeisten tavoitteiden, asiakkaiden, toimintojen sekä suoritteiden määrittämisestä. Tärkeää on selvittää mihin prosessilla pyritään eli tavoite. Ensin määritellään organisaation asiakkaat ja heidän tarpeet, jotka liittyvät perustehtävään. (Leirimaa 2009, 18.)

Prosessiajattelulla tarkoitetaan organisaatioiden sisäisten toimintaketjujen tunnistamista ja toiminnan suunnittelua asiakkaan lähtökohdista. Prosessiajattelu ei rajoitu vain yksittäisen organisaation sisälle vaan siinä pyritään kehittämään koko toimintaketjua. Ajattelumallin ideana on taata asiakkaalle saumaton hyvä hoito huolimatta siitä, mikä yksikkö häntä hoitaa. Prosessiajattelussa keskitytään kokonaisuuden hallintaan yksittäisten toimintojen sijaan. Prosessit ovat määriteltyjä, mitattavissa olevia toistuvia toimintoja, jotka ylittävät yksikkö ja organisaatorajat. (Tanttu 2007, 12.)

Prosessikuvausta voidaan käyttää prosessiajattelun työkaluna toiminnan kuvaamisvälineenä. Prosessia määriteltäessä täsmennetään prosessin sisältö. Prosessikuvaus on tietyn vaiheen esitys, jossa käydään läpi vaiheiden syötteet, toimenpiteet, toimijat sekä tulokset. Prosessien kuvaukset ovat lisäksi hallinnan, arvioinnin ja parantamisen sekä henkilöstö-, materiaali-, tieto-, ja taloushallinnon apuvälineitä. (Virtanen & Wennberg 2007, 121–123.) Toimivassa prosessissa korostuu eri palvelunantajien yhteistyö asiakkaan hoidossa siten, että palvelun tuottajarakenne on asiakkaalle näkymätön. Prosessissa toteutuu hoidon ja tiedon jatkuvuuden periaate, jossa osat on sovitettu yhteen ja päällekkäiset toiminnot on karsittu. Asiakaslähtöisessä prosessissa palvelut ja toiminnot organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakas on koko ajan selvillä prosessin kokonaisuudesta ja palvelu- ja hoitotilanne on hallinnassa riippumatta siitä, mikä toimintayksikkö kulloinkin palvelua antaa. (Tanttu 2007, 80–81.)

Prosessiajattelun sisäistäminen sisältää seuraavia asioita; Yhteinen näkemys ja tavoitteiden asettaminen, kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu, kokonaisnäkemysten luominen toiminnasta, päällekkäisen työn poistaminen rajapinnoilta, prosessien hallinnan kehittäminen sekä kokonaistoiminnan koordinointi. (Tanttu 2007, 168.) Prosessin suunnitteluvaiheessa huomioidaan organisaation missio, visio sekä arvot. Sen jälkeen tarkastellaan asiakastarpeet sekä odotukset. Prosessiin valitaan innostuneet tekijät sekä

huomioidaan kehittämismahdollisuudet. Sitten laaditaan kehittämissuunnitelma, jonka avulla hyödynnetään löydettyt mahdollisuudet ja vahvuudet. Viimeiseksi vertaillaan prosessin etenemistä tavoitteisiin sekä prosessin kehittäminen. (Laamanen 2011, 14–15.) Prosessin kehittämislajuuus voi vaihdella laajoista kehittämishankkeista pienempiin muutoksiin. Usein kehittäminen lähtee liikkeille esille tulleista ongelmista, joihin etsitään ratkaisua. Selkeät tavoitteet tulee olla. Prosessin kehittämismallin apuna voidaan käyttää kolmevaiheista kehittämismallia. Prosessin kehittämisessä ensin kartoitetaan nykytilanne. Kartoitusvaiheen päätehtäviä ovat työn organisointi, prosessikuvausten laatiminen sekä prosessin toimivuuden arviointi. (Lecklin 2006, 128.)

Kartoitusvaihe on tärkeä osa laadukkaan johtamisjärjestelmän rakentamista. Kartoitusvaihe antaa pohjatiedot kehitettävän prosessin valintaan. Toiseen vaiheeseen sisältyy ongelmien selvittäminen ja niiden ratkaiseminen, työkalujen valinta, mittareiden asettaminen ja erilaisten kehittämisvaihtoehtojen arviointi. Kolmas vaihe pitää sisällään prosessin parantamisen. Viimeisessä vaiheessa on jatkuva kehittäminen, joka kuuluu olennaisena osana laatutyöhön. Lähtöruutuun palataan, kun prosessi on saatu parannettua. Prosessin toimivuutta arvioidaan säännöllisesti ja tarpeen mukaan käynnistetään isompi tai pienempi uudistustyö. (Lecklin 2006, 134–135.) Usein on kyse jostain osa-alueen parantamisesta. Tällaisia kehittämisvaiheita voivat olla: Muutosten hallinta, tietojärjestelmien suunnittelu tai uusien rutiinien liittäminen, henkilöstön koulutus tai perehdytys, toiminnan saattaminen läpinäkyväksi, vastuiden ja valtuuksien selkeys tai työnjako, koulutus tai osaamistarpeiden selvittäminen, resurssitarpeiden systemaattisempi arviointi, ristiriitaisuuksien tai epäselvyyksien selvittämien, päällekkäisyyksien poistaminen, tavoitteiden tai mittareiden asettaminen tai riskien tehokas arviointi. (Lecklin 2006, 128.)

Palveluprosessin tarkoitus on tuottaa asiakkaalle saumatonta palvelua, jossa eri toimijat tekevät yhteistyötä ja toimijoiden toiminta on asiakkaalle näkymätöntä. (Tanttu 2007, 80.) Prosessit eivät ole kuitenkaan pelkkä kuvaus hoitoketjusta, vaan ne sisältävät eri yksiköiden välillä olevat arvot, kustannukset ja laadun. Organisaation toiminnan kuvaaminen läpinäkyväksi aloitetaan prosessien tunnistamisesta. Prosessien tunnistaminen edellyttää selkeää käsitystä organisaation perustehtävästä, päämääristä ja tavoitteista. Laadunhallinta puolestaan edellyttää, että prosesseja katsotaan asiakaslähtöisesti. (Virtanen & Wennberg 2007, 114.) Prosessin asiakkaana voi olla paitsi ulkoinen asiakas, myös sisäinen asiakas, kuten toinen prosessi tai seuraava työvaihe. Olipa asiakas kuka tahansa,

prosessin on aina tarjottava asiakkaalleen parasta mahdollista palvelua. Palvelun tasoa on kehitettävä jatkuvasti, että prosessin asiakkaan tarpeet tulevat tyydytetyksi yhä paremmin. (Pesu 2004, 4.)

Prosessin omistajaksi kutsutaan henkilöä tai henkilöryhmää, jolle kokonaisvastuu prosessista kuuluu. Prosessin omistaja on tyypillisesti perinteisessä pyramidiorganisaatiossa linjajohtaja ja horisontaalisessa organisaatiossa eniten prosessin kanssa tekemisissä oleva henkilö. Prosessin omistajan tehtäviin kuuluvat tehtävien jakaminen ja aikatauluttaminen, prosessin kehittymisen seuraaminen, dokumentoinnista vastaaminen ja tuloksista raportointi. Lisäksi omistaja huolehtii prosessin kehittämisen suunnasta ja strategiasta sekä resurssien ja tuen saatavuudesta. Hän huolehtii myös kehittämistyön esteiden poistamisesta ja suhteiden hoidosta johtoryhmään ja prosessin asiakkaisiin. (Pesu 2004, 4.) Hän määrittelee prosessille mittarit ja tavoitteet organisaation strategian pohjalta. Prosessinomistajan vastuullaan on myös poistaa prosessin pullonkaulat, informoida muuta johtoa ja sidosryhmiä prosessin tarpeista, suoriutumisesta ja kehitystarpeista. (Laamanen & Tuominen 2003, 33.)

Prosessin seuraamista ja kehittämistä varten on laadittava mittarit. Hyvä mittari on oikeaan johtava, helppokäyttöinen ja mittaa haluttua kohdetta kattavasti. Hyvin valitut mittarit kytkevät yrityksen operatiivisen toiminnan strategiaan tavoitteisiin. Lisäksi mittarien seurantatieto tulisi koota ja kommunikoida siten, että kaikki operatiivisesta toiminnasta vastaavat henkilöt voisivat tehokkaasti käyttää tietoa hyväksi prosessin suorittamisessa, uudistamisessa ja jatkuvassa parantamisessa. Mittarit tulisi myös kytkeä kannustejärjestelmiin, joiden perustana käytetään yrityksen missiota ja strategiaa. (Pesu 2004, 6.) Prosessista laaditaan yleensä lisäksi prosessikuvaus tunnistamis- ja määrittämävaiheen jälkeen. Prosessikuvaus sitoo prosessin perustekijät yhteen havainnollisella tavalla ja auttaa sekä havaitsemaan, että ratkaisemaan prosessissa esiintyviä ongelmia. Prosessikuvauksen avulla on usein helpompi tunnistaa mittarit ja määrittää vastuut, jolloin myös toimintojen väliset vastualueet selkiytyvät ja sisäinen työnjako toteutuu. Kuvaaminen saattaa tarkentaa prosessin rajojen määrittelyä ja jopa edellyttää, että rajat määritellään uudelleen. (Pesu 2008, 8.)

3 ASIAKASLÄHTÖINEN PROSESSI

Asiakaslähtöisten palveluketjujen kehittäminen on alkanut sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä painottaen asiakkaan asemaa terveydenhuollossa ja terveyspalvelujen järjestämistä asiakaslähtöisesti. Prosessin toteuttaminen edellyttää kokonaiskuvaa ja kokonaisvastuuta siitä, kuinka asiakas siirtyy hoitotai palveluyksiköstä toiseen. Asiakkaan kannalta prosessissa asiakas on keskipisteenä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen tarpeistaan lähtöisin. Asiakas saa tarvittavan hoidon, palvelun, ohjeet sekä muun informaation huolimatta siitä, mihin organisaatioon häntä palvelevat ihmiset kuuluvat. (Tanttu 2007, 165–167).

Asiakaslähtöisen palvelumallin lähtökohtaa etsittäessä tulee huomioida kulloinkin tarkastelussa olevan julkisen palvelun luonne. Tämä tarkoittaa, että mietitään, millaisilla palveluilla asiakkaan turvallinen hoito saadaan järjestettyä. Oleellista on julkishallinnon organisaatioiden toiminnalle asetettujen vaikuttavuustavoitteiden näkeminen prosessiajattelun lähtökohtana. Asiakaslähtöisyys on sekä palveluyksikön että siellä toimivien ihmisten ympäristöherkkyyttä ja kykyä nähdä ulkopuolinen todellisuus mahdollisimman realistisesti. Lisäksi se on asiakkaiden ja ympäristön tarpeiden tulkitsemista ja muuntamista joustavaksi, asiakaslähtöiseksi toimintamalliksi. Tällöin palvelujen tuottamisen ja arvioinnin tärkeimpinä kriteereinä ovat asiakkaan tarpeet. Toisaalta se on ammattilaisten kykyä laadukkaaseen palvelutoimintaan. Asiakaslähtöisyys ei rajoitu kuitenkaan asiakastyötä tekevien osaamiseen, vaan koskee palveluyksikköä, sen hallintoa, henkilöstörakennetta ja toimintaprosesseja. (Leirimaa 2009, 15).

Prosessilla tarkoitetaan toimintaketjuja. Toimintaketjujen kehittämisellä pyritään tuottamaan asiakkaille entistä parempaa palvelua. Palveluntarjoajan näkökulmasta kehittämistyö auttaa vähentämään tuottamattomia yksityiskohtia. (Laamanen & Tinnilä 2009, 7.) Käsitteenä prosessi pitää sisällään

toiminnan, resurssit ja tulokset. Prosessiin liittyvänä tärkeänä tekijänä on saadun palautteen hyödyntäminen. (Laamanen 2001, 19 – 20.)

Prosessiajattelun lähtökohtana on asiakkaan tarpeet. Ensimmäiseksi selvitetään, kuinka asiakkaan tarpeisiin vastataan. Toiseksi prosessi suunnitellaan ja mietitään tarvittavat toimenpiteet ja resurssit. Lisäksi tarvittavat tiedot ja materiaalit on selvitettävä. Onnistuneen prosessin jäsentämisestä on hyötyä asiakkaalle, työntekijöille sekä organisaatiolle. (Laamanen 2001, 21 – 22.)

Toimivassa prosessissa korostuu eri palvelunantajien yhteistyö asiakkaan hoidossa siten, että palvelun tuottajarakenne on asiakkaalle näkymätön. Prosessissa toteutuu hoidon ja tiedon jatkuvuuden periaate, jossa osat on sovitettu yhteen ja päällekkäiset toiminnot on karsittu. Asiakaslähtöisessä prosessissa palvelut ja toiminnot organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakas on koko ajan selvillä prosessin kokonaisuudesta ja palvelu- ja hoitotilanne on hallinnassa riippumatta siitä, mikä toimintayksikkö kulloinkin palvelua antaa. (Tanttu 2007, 80–81).

Prosessin suunnitteluvaiheessa huomioidaan organisaation missio, visio sekä arvot. Sen jälkeen tarkastellaan asiakastarpeet sekä odotukset. Prosessiin valitaan innostuneet tekijät sekä huomioidaan kehittämismahdollisuudet. Sitten laaditaan kehittämissuunnitelma, jonka avulla hyödynnetään löydetty mahdollisuudet ja vahvuudet. Viimeiseksi vertaillaan prosessin etenemistä tavoitteisiin sekä prosessin kehittäminen. (Laamanen 2011, 14–15).

Palveluprosessin tarkoitus on tuottaa asiakkaalle saumatonta palvelua, jossa eri toimijat tekevät yhteistyötä ja toimijoiden toiminta on asiakkaalle näkymätöntä. (Tanttu 2007, 80.) Prosessit eivät ole kuitenkaan pelkkä kuvaus hoitoketjusta, vaan ne sisältävät eri yksiköiden välillä olevat arvot, kustannukset ja laadun. Organisaation toiminnan kuvaaminen läpinäkyväksi aloitetaan prosessien tunnistamisesta. Prosessien tunnistaminen edellyttää selkeää käsitystä organisaation perustehtävästä, päämääristä ja tavoitteista. Laadunhallinta puolestaan edellyttää, että prosesseja katsotaan asiakaslähtöisesti. (Virtanen & Wennberg 2007, 114). Prosessin asiakkaana voi olla paitsi ulkoinen asiakas, myös sisäinen asiakas, kuten toinen prosessi tai seuraava työvaihe. Olipa asiakas kuka tahansa,

prosessin on aina tarjottava asiakkaalleen parasta mahdollista palvelua. Palvelun tasoa on kehitettävä jatkuvasti, että prosessin asiakkaan tarpeet tulevat tyydytetyksi yhä paremmin. (Pesu 2004, 4.)

Soiten visiona on, että asiakas on palvelujen keskiössä. Toiminta-ajatuksena on palveluiden tuottaminen yhdenvertaisuusperiaatteen mukaan niin, että ne ovat laadukkaita ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Palveluiden tulee tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä, toimintakykyä ja osallisuutta. Tavoitteena on asiakkaan mahdollisuus asua omassa turvallisessa kodissaan niin pitkään, kun mahdollista kotihoidon tai tukipalveluiden turvin. Kaikissa Soiten hoivan- ja hoidon yksiköissä tehdään asiakkaan tarpeiden mukainen yksilöllinen, voimavaralähtöinen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma. Toiminta perustuu normeihin, laatusuosituksiin hyvän ikääntymisen turvaamisesta ja palvelujen parantamisesta. (Soite 2017.)

4 KOTIHOITO OSANA PALVELUPROSESSIA

Kotiutuksen tavoitteena on luoda potilaalle hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle. Onnistunut kotiuttaminen mahdollistaa iäkkään ihmisen kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Hyvä kotiutus perustuu sairaalasta kotiin siirtyvän vanhuksen elämäntilanteen kartoittamiseen. Kotiutuksessa korostuvat vanhuksen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistaminen. (Rissanen 2012, 23.) Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua sekä huomioitava ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 § 15.)

Onnistunut kotiutuminen edellyttää, että asiakas saa tarvittaessa apua ja riittävää kuntoutusta. Hyvin sujunut kotiutus vähentää päivystyskäyntejä ja jatkohoitoa sairaalassa. Esimerkiksi lyhyet kotihoitotaksot auttavat seuraamaan sekä hoidettavan kuntoutumisen etenemistä, että läheisen jaksamista (THL).

Hoitoketjun ja kotiuttamisprosessin kehittämishanke aloitettiin 2019 Soitessa. Hankkeella haetaan ratkaisua kotiuttamisprosessiin, palvelun laatuun sekä kohdentumiseen ja asiakkaan ohjautumiseen hoitoketjussa. Kotihoidon osalta kotiutusprosessin tavoitteena on se, että siirretään potilasohjaus sekä kaikki kotona tapahtuva vaativa hoito samalle palvelualueelle. Eli Kotiuttamishoitajat, kotihoidon arviointitiimi, kotisairaala sekä tehostettu kotikuntoutuminen. Tavoitteena on ensisijaisesti ohjata potilaat kotona tapahtuvaan hoitoon. (Soite, 2019.)

Asiakaslähtöisten palveluketjujen kehittäminen on alkanut sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä painottaen asiakkaan asemaa terveydenhuollossa ja terveyspalvelujen järjestämistä asiakaslähtöisesti. Prosessin toteuttaminen edellyttää kokonaiskuvaa ja kokonaisvastuuta siitä, kuinka asiakas siirtyy hoitotai palveluyksiköstä toiseen. Asiakkaan kannalta prosessissa asiakas on keskipisteenä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen tarpeistaan lähtöisin. Asiakas saa tarvittavan hoidon, palvelun, ohjeet sekä muun informaation huolimatta siitä, mihin organisaatioon häntä palvelevat ihmiset kuuluvat. (Tanttu 2007, 165–167).

Asiakaslähtöisyys on viime aikoina noussut myös oleelliseksi laadun mittariksi. Palvelu-rakenteiden muuttuessa asiakkaiden kohtaaminen ja kokemukset ovat entistäkin tärkeämmässä roolissa myös palveluntarjoajan näkökulmasta. Toisaalta myös asiakkaat ovat aiempaa tietoisempia valinnan mahdollisuuksistaan palveluiden suhteen, joten asiakkaan tavoitteiden ja toiveiden kuuleminen on tärkeää. (STM 2013, 35.)

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea ikääntyvän väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. Lain tarkoituksena on myös parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun, palvelujen kehittämiseen sekä mahdollisuuksia saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita. Ikääntyneillä on oikeus saada ohjausta olemassa oleviin palveluihin omien yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Palvelujen rakennetta ja toimintatapoja on kunnissa muutettava niin, että kotiin annettavaa tukea lisätään ja monipuolistetaan. Kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään on myös ikäihmisen oma toive. (Laki ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista §1.)

Kuntien on pystyttävä vastaamaan ikääntyvän väestön palvelutarpeiden kasvuun. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista säätelee, että palveluja suunniteltaessa on painotettava asiakkaan kotona kuntoutumista sekä asumista edistäviä toimintatapoja. Ennusteen mukaan ikääntyvän väestön palvelujen tarpeet kasvavat vuoteen 2030 mennessä 40 % jolloin resurssien kohdentuminen on oleellista. (STM 2013, 11, 13,15). Samaan aikaan työikäisen väestön määrä pysyy samana ja hoitohenkilökunnan saatavuus vähenee. Palvelurakenteiden muutoksissa suuntaus on vahvasti kotona asumista tukevien palveluiden kehittämisessä, jossa kotihoito nähdään yhtenä keskeisimpänä tukimuotona ja kehittämiskohteena. (Groop 2014 5–8; Sote- ja maakuntauudistus 2017.) Kotihoidon asiakasmäärät tuovat omat haasteensa myös kotihoidolle. Väestön ikääntyessä kotihoidon palveluja tullaan tarvitsemaan yhä enemmän ja työmäärä lisääntyy, joten se vaikuttaa myös työn tehokkuuteen sekä sujuvuuteen. (THL.)

Suuri osa iäkkäistä asuu omissa kodeissaan ilman säännöllisiä palveluja hyvin korkeaan ikään saakka. Toimintakyvyn säilyminen on edellytyksenä kotona asumiseen. Kuntoutuksen, terveyden sekä muiden hyvinvointia edistävien palvelujen osuutta tulee lisätä palvelukokonaisuuksissa. Asiakkaille tulee tarjota yksilöllistä räätälöityä palvelua. Yhteiskuntamme on tilanteessa, jossa toimintoja tehostetaan ja jonka vuoksi myös hoitotyö ja sen johtaminen ovat suurien haasteiden edessä.

Organisaatiolta ja niiden johtajilta vaaditaan suorituskyvyn parantamista ja tehokkuuden ja vaikuttavuuden sekä työtyytyväisyydenkohottava aivan uudelle tasolle. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2112–2015, 24.)

Vanhuspalveluiden toiminta on perustunut vanhuspalvelulakiin ja hyväksytyihin kriteereihin tukipalveluissa, kotihoidossa ja laitos- ja palveluasumisessa sekä osto-palveluissa. Palvelut on järjestetty viipymättä ja vanhuspalvelulain edellyttämät määräraajat on alitettu kaikissa vanhusten palveluissa. Soite-kuntayhtymän toiminnan aloittamisen vaatimusten mukaisesti lähtökohtana on mahdollisimman sujuva ikäihmisten hoitoketju. (Kokkola osavuositarkastus 1/2016, 7). Kokkolan ja Kruunupyyn suunnitelmassa ikääntyneiden palvelujen järjestämisen tavoitteeksi asetettiin vuosina 2015-2017, että ikääntynyt voisi asua mahdollisimman pitkään turvallisesti omassa kodissaan. (Kokkolan kaupunki 2015, 6 – 7.)

Kotihoidossa asiakkaat ovat entistä heikkokuntoisempia ja paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden määrä kasvaa jatkuvasti. Osa kotihoidon asiakkaista käy toistuvasti päivystyksessä. Kotihoitoon tarvitaan nopeasti saatavilla olevaa terveydenhuollon tukea ja palveluja. Kotihoidon henkilöstön riittävyyteen ja osaamiseen on etsittävä nopeasti ratkaisuja. Vanhuspalveluihin tarvitaan lisää toimintakyvyn tukemisen ammattilaisia ja kotona asumisen tueksi kotiin tuotavia tai etäyhteydellä toimivia terveydenhuollon palveluja (THL).

4.1 Kotihoito

Terminä kotihoito on kuvaa yhdistettyä kotihoitoa ja kotisairaanhoidoa. Huomattava osa kotihoidon asiakkaista käyttää näitä molempia palveluita. Kotihoidon toiminta perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön (sosiaalihuoltolaki 710/1982, kansanterveyslaki 66/1972.) Kotisairaanhoidon palvelu perustuu terveydenhuolto lakiin (1326/2010). Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti

toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vastaa kotihoidon ja -palvelujen lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta. Kotipalvelun- ja kotisairaanhoidon palveluilla tuetaan kotona selviytymistä. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Kotipalveluja voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut. Kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta, hänellä on oikeus kotihoitoon. (STM 2020.)

Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Kotipalvelun työntekijät seuraavat myös asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Monissa kunnissa palveluja saa myös iltaisin ja viikonloppuisin; ja yöpartiotkin ovat yleistymässä. Kotipalvelun maksu määräytyy sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. (STM 2020).

Asiakkaan vointia arvioidaan jatkuvasti ja tarpeen mukaan palveluja lisätään tai vähennetään. Kotihoidossa esimiehen yksi tärkeistä tehtävistä on tuottaa asiakkaiden palvelut tarkoituksenmukaisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti, auttaa ja palvella työntekijöiden tietojen ja taitojen hyödyntämisessä sekä huolehtia työntekijöistä. Johtaminen voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: itsensä johtamiseen, toiminnan johtamiseen ja ihmisten johtamiseen. Onnistunut johtaminen edellyttää jokaisen kolmen osa-alueen tasapainoista toteuttamista. Esimies seuraa säännöllisesti työntekijöiden asiakaskäyntien määrää sekä laatua. Palveluesimies koordinoi, seuraa ja valvoo hoitosuunnitteluprosessia ja sen toteutumista ja on tiimin tukena ja neuvonantajana myös ongelmatilanteissa. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 134).

Kotihoidon palvelujen sujuvuus edellyttää yhteistä palvelunäkemyksiä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden palveluntuottajien kesken. Kotona asumisen mahdollistamiseksi tarvitaan eri hallinnonalojen, kuten asumis-, kulttuuri-, liikunta-, liikennepalvelujen ja yhdyskuntasuunnittelun yhteistyötä. (Paljärvi 2012, 23.)

Kotihoidon henkilökunnalla on oleellinen rooli ja vastuu asiakkaan hoidossa. Kotihoidon piirissä korostuu yhteistyön ja toimivan konsultaatiojärjestelmän merkitys sekä laadun, vaikuttavuuden että talouden näkökulmasta katsottuna. Jotta kotihoidon lääkäri voi arvioida asiakkaan kokonaisuutta sekä

asiakkaalle kuuluvia etuisuuksia, tarvitsee hän tietoa asiakkaasta. Asiakkaan vointia seurataan säännöllisesti ja käytössä on useita erilaisia mittareita. Näistä esimerkiksi RAI, IADL, MNA, MMSE, CERAD, GDS-15 ja lisäksi uutena kuntoutussuunnitelma. Asiakkaasta päivitetään lakisääteinen hoito- ja palvelusuunnitelmaa tilanteen mukaan, jotta se on aina ajan tasalla. Mikäli asiakkaan tilanne muuttuu ja palvelun tarve vähenee tai asiakas saattaa tulla pelkästään tukipalveluilla toimeen hänelle ohjataan asianmukaista palvelua ja kotihoidon palvelut mahdollisesti päättyvät kokonaan. Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) määrittelee tukipalvelut käsitteen palveluiksi, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisensa tueksi. Tukipalveluilla täydennetään henkilökohtaista huolenpitoa. Kunnat määrittelevät tukipalveluiden maksut kuntakohtaisilla hinnastoilla, palveluita voivat tuottaa myös kuntien hyväksymät, yksityiset palveluntuottajat palvelusetelien avulla. Kotihoidon tehtäväkenttä on muutoksessa ja entistä useampia palveluja saa jatkossa kotiin. Kotihoidon prosessit uudistuvat ja etenkin asiakkaan omien voimavarojen ylläpitämiseen ja kuntoutukseen kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Näillä keinoin pyritään mahdollistamaan aikaisempaa useammalle ikäihmiselle kotona asumisen jatkuminen sekä kotihoidon resurssien riittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013.)

3.2. Soiten kotihoito

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymän Soiten kotihoito perustuu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja -asetukseen (607/83), kansanterveystalokuntayhtymän lakiin (kansanterveystalokuntayhtymän laki 66/72), terveydenhuoltolakiin (1326/2010) sekä lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalokuntayhtymän (ns. vanhuspalvelulaki 980/2012). Kotihoidon tarkoituksena on neuvonnan, ohjauksen, hoidon toteutuksen ja kuntoutumista edistävän työotteen avulla turvata toimintakyvyltään heikentyneiden henkilöiden omassa kodissa asuminen mahdollisimman pitkään. (Soite 2017.)

Kotihoidon toimintaperiaatteena on tuottaa laadukasta, asiakaslähtöistä, monipuolista ja turvallista hoitoa ja hoivaa ikäihmisille kotihoidon kriteerien mukaisesti. Hoidon toteutuksessa käytetään asiakkaan omatoimisuutta tukevaa kuntouttavaa työotetta, jonka avulla henkilökunta kannustaa asiakasta selviämään mahdollisimman omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissaan. Tarkoituksena on, että asioita ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan yhdessä asiakkaan kanssa. Kotihoidon toiminta-ajatuksena on yhdessä asiakkaan, omaisen ja yhteistyötahojen kanssa tukea asiakkaan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. (Soite 2017.)

Kotihoidon toiminta on luottamuksellista ja henkilöstöä sitoo vaitiolovelvollisuus. Kotihoidon henkilöstöön kuuluu sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisia, jotka työskentelevät moniammatillisessa yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa. Kotihoito on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät toimintakyvyn vajauksen vuoksi voi käyttää kaikille kuntalaisille tarkoitettuja avopalveluita. Kotihoito perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn ja terveydentilan arviointiin, jonka perusteella tehdään yksilöllinen hoidon ja avun tarpeen arviointi. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan toimintakykymittareilla. (Soite 2017.)

Kotihoito kohdennetaan eniten hoitoa, hoivaa ja sairaanhoitoa tarvitseville kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaille. Yksilöllisesti suunnitelluilla hoivalla ohjataan, tuetaan ja autetaan asiakasta selviytymään omatoimisesti tai tuettuna päivittäistoiminnoistaan ja hoidostaan. Hoidon ja avun tarpeen arviointi on jatkuvaa ja tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen ja hoivan ja avun tarpeen väheneminen tai loppuminen. Kotihoidon käyntejä voidaan toteuttaa myös joko videopuhelun avulla tai fyysisinä kotikäynteinä. Lääkehoidon toteuttamisen apuna voidaan käyttää lääkerobottia. (Soite 2019.). Omaisia ja lähipiiriä ohjataan ja kannustetaan osallistumaan hoitoon ja huolenpitoon. Kotihoito Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Soiten alueella toimii pääsääntöisesti kahdessa vuorossa seitsemänä päivänä viikossa. (Soite 2017.)

Soiten kotihoidon palveluja haetaan ottamalla yhteyttä Kotihoidon toiminnanohjauskeskukseen, jossa tehdään alustava hoidon ja hoivan tarpeen kartoitus. Mikäli asiakkaalla on jo olemassa olevat kotihoidon palvelut, siirtyy asiakas omalle kotihoidon alueelle. Mikäli asiakkaalla ei ole kotihoidon palveluita, siirtyy hän arviointijaksolle kotihoidon arviointitiimiin. Tämän jakson jälkeen asiakkaalle tehdään uusi hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka mukaan edetään. Kotihoitoa toteutetaan asiakkaan kanssa yhdessä tehdyn hoito- ja kuntoutumissuunnitelman mukaan. Kotihoidon piiriin voidaan ottaa asiakas, joka ei selviydy päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti tai omaistensa turvin ja jonka toimintakyky on selvästi alentunut. Asiakkaan kodin olosuhteiden tulee vastata hänen hoidon tarpeitaan ja turvallisuutta sekä tukea kotona selviytymistä.

4.3 Kotiutusprosessi kotihoitoon

Sairaalasta kotiuttamista pidetään moniulotteisena – ja toimijaisena prosessina. Se sisältää erilaisia vaiheita ja toimintoja. Huolellisesti suunnitellulla kotiutusprosessilla voidaan helpottaa potilaan kotiutumista sairaalasta kotiin ja vaikuttaa jatkossa siihen, ettei potilas joutuisi palaamaan sairaalaan uudestaan. Lin

(2012) työryhmänsä kanssa jakaa kotiutusprosessiin seitsemään vaiheeseen, joita ovat 1) identifiointi, 2) arviointi, 3) tavoitteen asettaminen, 4) suunnittelu, 5) toteutus, 6) koordinointi ja 7) arviointi. (Lin, Cheng, Shih, Chu & Tjung 2012, 237–240.)

Sairaalasta kotiuttaminen on eri yksikköjen ja muiden toimijoiden rajapintojen kriittisimpiä solmukohtia. Kotiuttamisen onnistuminen edellyttää onnistuneen hoidon ja kuntoutumisen lisäksi onnistuneita rajojen ylittämisiä ja hyvää yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Sairaalasta kotiuttamiseen liittyvinä rajapintoina voidaan nähdä eri ammatti-ryhmien väliset rajat, kuten lääkäreiden, hoitajien, sosiaalityöntekijöiden ja fysioterapeuttien väliset rajat. (Mabire, Büla, Morin & Goulet 2015, 451–457.) Jotta kotiutusprosessi olisi onnistunut tulisi sairaalan henkilökunnan tunnistaa jo hoitajakson aikana ne potilaat, joiden kotiuttaminen saattaa olla haasteellista, ja joilla on todennäköisesti ongelmia kotona pärjäämisessä. (Hunt 2016, 16–20.)

Koposen (2003) väitöskirjassa käytetään nimitystä selviytymisprosessi, jossa kotona alkuun pääseminen ja uuden selviytymisen muutokset, johtivat uuden avun hankkimiseen. Tärkeäksi hän nostaa osapuolten yhteistyön tekemisen ja myös perheenjäsenten mukaan ottamisen. Tutkimuksen mukaan potilaan ja perheenjäsenen hyvä kontakti niin kotihoidon kuin sairaalanhenkilökunnan kanssa auttoi sairaalan ja kodin siirtymävaiheen yli. (Koponen 2003, 110 – 114.)

Asiakkaan kotiuttaminen liian huonokuntoisena aiheuttaa epävarmuutta niin asiakkaassa kuin hänen läheisilleen. Tällöin tärkeäksi osaksi nousee riittävien apujen järjestäminen kotiin. Tässä vaiheessa onkin tärkeää, että otetaan jo ajoissa yhteyttä kotiin järjestettävän avun piiriin. Tärkeään osaan nousee myös raportointi, sen oikea- aikaisuus, niin suullisena kuin kirjallisenakin. (Gardner, Arve & Kiviniemi 2002, 14 – 19.) Koponen (2003) erityisesti nostaa esille potilaat, jotka toistuvasti kulkevat sairaalan ja kodin väliä. Tällöin tulee panostaa toimivan kontaktin luomiseen kotiutusprosessissa. Apua tulee kohdentaa tiiviimmin tässä vaiheessa eli tehostaa, ja myöhemmin sitä voidaan harventaa selviytymisen mukaan. (Koponen 2003, 116.)

Potilaat kokevat, että henkilöstön vähäinen määrä ja kiire vaikuttavat kotiutusvaiheen ohjaukseen. Lisäksi koetaan, että henkilöstöllä on liian vähän tietoa ja ohjausvalmiuksia, joka johtaa siihen, että asioita ei osata esittää ymmärtävästi. Kääriäisen (2007) tutkimuksessa potilaat jäivät ilman ohjausta juuri kotiutusvaiheessa. He kokivat, että ohjauksen saanti jäi heidän omalle vastuulle. Potilaat eivät tunteneet ohjauksen käsitettä, jolloin he eivät osanneet esittää kysymyksiä. (Kääriäinen 2007, 90 – 91.) Laadukasta ohjausta toteuttaessa tulee huomioida, että se on potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista. Pelkät riittävät resurssit eivät takaa laadukasta ohjausta. Kääriäisen (2007) tutkimuksesta ilmenee, että potilaat toivat esille, että heidän elämäntilannettaan ei kuultu, eikä he saaneet mahdollisuutta keskustella

ongelmistaan. Potilasohjauksen saanti ja siihen liittyvän tiedon kulku ei tulisi olla potilaan vastuulla. (Kääriäinen 2007, 120.) Kosken (2017) pro-gradu tutkimuksen tuloksissa ilmenee, että kotiuttamisprosessi ei sujunut niin hyvin kuin olisi toivottavaa. Jatkohoidosta huolehtiminen, tiedottaminen ja ennako- valmistelut olivat puutteellisia. Isointa hukka aikaa tuli erityisesti odottamisesta. (Koski 2017, 65 – 89.)

4.4 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidon asiakkuus perustuu viranomaispäätökseen, jonka tekee yleensä kotihoidon palveluesimies. Kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat ikääntyneet henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut iän mukanaan tuoman fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen tai erilaisten sairauksien vuoksi. Asiakkaat eivät kuitenkaan ole heterogeeninen ryhmä, vaan asiakkaiden tarpeet vaihtelevat paljonkin. Ikääntyneiden henkilöiden lisäksi asiakkaina voi olla vammaisia henkilöitä tai päihde- ja mielenterveysasiakkaita, riippuen kunnan palvelujärjestelmästä (STM 2020.) Kotihoidon asiakkuus alkaa useimmiten sairaalahoidon jälkeen. Tällöin tarvitaan avun ja tarpeen arviointia osana kotiutumista. Sairaalassa asiakkaalle laaditaan jo kotiutumissuunnitelmaa. Yleensä tämä suunnitelma on erillinen kotihoidon tekemän hoito- ja palvelusuunnitelman kanssa. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan hoidon, palveluiden ja kuntoutuksen tarpeet sekä tavoitteet ja niihin keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. (Hammar 2008, 25.)

THL:n (2017) kotihoitoon tekemässä tutkimuksessa tuodaan esille, kuinka kotihoidon asiakasmäärät ovat nousseet puolella vuoden 2014- 2016 aikana. Eniten asiakasmäärät ovat nousseet Uudenmaan alueella. Väestön ikääntyessä palvelua tarvitsevien määrä kasvaa, mutta kuitenkin hoitohenkilökunnanmäärä on laskussa. Kotihoidon riittävä resursointi tulee olemaan välttämätöntä asiakasmäärien kasvaessa. Henkilöstön riittävyyteen joudutaan jatkossa kiinnittämään huomiota. Kotihoidon asiakkaan luona tehtävät käynnit vaihtelevat asiakkaan palvelutarpeen mukaan muutamista kerroista kuukaudessa useisiin käynteihin vuorokaudessa. (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2017, 1 – 5.) Asiakkaalle on tärkeää, että hän saa kotonaan, selviytyy siellä ja voi toipua siellä sairaudestaan tai elää siellä kroonisen sairauden kanssa. Omaiset pitävät tärkeänä sitä, kuinka asiakas pystyy suoriutumaan toiminnoistaan ja miten myös omaisia tuetaan asiakkaan hoidossa. (Hammar 2008, 24 – 25.)

4.5 RAI arviointimittari

Rai arviointi on yksi tärkeimmistä mittareista, joilla mitataan osastoilla kuin kotihoidossakin asiakkaan voimavaroja ja avun tarvetta. RAI tulee sanoista Resident Assessment Instrument. Ohjelman perusversio on luotu 80- luvun puolivälissä ja RAI on kansainvälinen ohjelma, joka toimii monessa eri maassa. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 24 – 25.) RAI- arviointijärjestelmä saatiin Suomeen 2000- luvun alussa. THL valvoo RAI- välineiden suomalaisaversioita. Jokainen RAI- väline muodostuu useammasta osasta: kysymyslomake vastausvaihtoehtojen kanssa, käyttäjänkäsikirja, arvioinnin perusteella lasketut mittarit sekä palvelujen ja hoidon päätöksentukiherätteet. (Finne- Soveri 2015, 168.)

RAI arvion keskeinen toimintamalli perustuu asiakaslähtöisyyteen, asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, hoidon suunnittelun tavoitteisiin, kuntoutumista edistävään toimintaa sekä hoidon tulosten systemaattiseen arviointiin. RAI:n perustana on, että asiakas nähdään aktiivisena, omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun osallistujana. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 24.) RAI- järjestelmä on tehty kustannusten arvioimista, laadun seuranta ja maksujärjestelmän kehittämistä varten. Tarkoituksena on laaja-alainen asiakkaan voimavarojen ja tarpeen kartoitus asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten.

RAI- arvioinnista saadaan laatuindikaattoreita hoidon arviointiin ja kehittämisen seurantaan. Näiden avulla voidaan verrata samantyyppisten toimijoiden kanssa hoidon laatua sekä vertailla toimintaa. RAI- arvioinnilla pyritään saamaan kokonaiskuva asiakkaan tämän hetkisestä terveydentilasta. (Raisoft 2019.) RAI- arviointi sisältää erilaisia osioita riippuen missä toimintaympäristössä sitä halutaan käyttää. Tämän mukaan RAI antaa kysymyskokonaisuudet. Eri hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI- versiot esimerkiksi pitkäaikaiseen laitoshoittoon, kotihoitoon, palveluasumiseen, akuuttihoitoon ja mielenterveys-hoittoon. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22.)

Luotettavan RAI-arvioinnin toteuttaminen edellyttää tietoa, taitoa ja aikaa ja teknistä osaamista. Arvioinnin tekemisessä voidaan hyödyntää RAI-käsikirjaa, joka selventää käsitteitä, ohjaa arviointiin ja kirjaamiseen liittyvissä kysymyksissä sekä tarjoaa esimerkkejä arvioinnin tueksi. RAI-arviointien tuloksena saadaan ohjelmasta käyttöön useita erilaisia organisaatiota-soisia ja asiakaskohtaisia raportteja, mittarituloksia, CAPseiksi kutsuttuja herätteitä sekä RUG-asiakasrakenneluokituksia. Organisaation tasolla voidaan seurata ja vertailla esimerkiksi asiakasrakennetta, arviointien määrää ja ajantasaisuutta, mittarituloksia ja CAP-yhteenvedoja. (THL 2019.)

Soiten kotihoidossa käytetään RAI- tietojärjestelmää ikäihmisten hoidon suunnittelussa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Rai järjestelmän tietopohja koostuu palelutarpeen arvioinnin yhteydessä kerätystä standardoidusta tiedosta. Standardoidun tiedon käyttökelpoisuus perustuu lukuisissa maissa kysymyslomakkeisiin, joiden avulla arvioidaan palvelutarve. Rai järjestelmään sisältyy käsikirjoja sekä apuvälineitä yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman luomiseen. Tiedonkeruu on tietokoneistettu, joten järjestelmään sisältyvät mittarit ovat välittömästi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laativien ammattilaisten käytettävissä. Rai- arvioinnista voidaan seurata asiakkaan muistia (CPS), toimintakykyä (ADHL), masennusta (DRS), painoindeksiä (BMI), kipua (Pain), terveydentilaa (CHESS) sekä itsenäistä selviytymistä (SRI).

4.6 Kotihoidon toiminnanohjauskeskus

Kotihoidon Toiminnanohjauskeskuksessa on optimointitiimi, jonka yksi tehtäväalue on kotihoidon optimointi eli asiakkuuksien ja asiakaskäyntien hallinta (1800-1900 asiakasta ja 350-400 työntekijää) sekä kotikäyntien jakaminen työntekijöille. Tämän lisäksi he ottavat vastaan henkilöstön poissaoloilmoitukset, turvapuhelinhälytykset, varahenkilöstön sijoittamisen ja järjestävät lyhytaikaiset ulkopuoliset sijaisuudet sekä vastaavat asiakkaiden ja omaisten puheluihin. Lisäksi toiminnanohjauksessa otetaan vastaan tiedot kotiutuvista ja uusista asiakkaista ja järjestetään palveluita yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. (Soite 2019.)

Kotihoidon optimointitiimissä on käytössä Tiedon optimointi eli toiminnanohjausjärjestelmä. Tämän ohjelman avulla nähdään alueiden asiakastilanteet ja on kotiutuksenkin kannalta tärkeä ohjelma. Optimointi on kehittänyt optimointitekniikkaa hyödyntävä resurssisuunnittelun työkalu, joka tehostaa suunnittelua ja tuottaa laadukkaat työsuunnitelmat. Näin vältetään yli- ja alimiehityksiltä ja henkilöstölle jää enemmän aikaa hoivalle ja huolenpidolle. Ohjelma korvaa manuaalisen suunnittelun ja ratkaisee monimutkaisemman optimointitehtävän reaaliaikaisesti joka päivä. Käyttäjän määrittelemien ehtojen pohjalta ohjelma pääättelee, miten kotihoidon käynnit voidaan parhaiten toteuttaa huomioiden hoitovastuut, asiakkaan palvelun tarpeet sekä työntekijän osaaminen. Reittioptimointi laskee parhaan mahdollisen reitityksen asiakkaan sijaintien pohjalta ottaen huomioon työntekijän kulkuvälineen, matkajat ja taukotarpeet. Optimointi mahdollistaa myös tiimien sekä alueiden välisen resursoinnin, mikä tuo lisäjoustoa suunnitteluun. Soiten optimointi tapahtuu keskitetysti Toiminnanohjauskeskuksesta. Tällä toimenpiteellä on saatu edelleen tehostettua kotihoidon toimintaa. (Tieto 2015.)

Kotihoidon optimoinnilla on tarkoitus vähentää kuluja sekä tehostaa tuottavuutta. Optimointi mahdollistaa tehokkuutta ilman että palvelujen laatu heikkenee, säästää työajan suunnittelu-aikaa, auttaa kohdistamaan kotihoidon resurssit optimaalisesti sekä tarjoaa ajantasaiset tiedot kotihoidon ammattilaisten käyttöön. Optimoinnin avulla päivittäin rakennetaan työnjako työvuorossa oleville työntekijöille ja huomioidaan että kotihoidon asiakkaat saavat parhaan mahdollisen palvelun käytettävissä olevalta henkilöstöltä. (Soite 2019.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vuodeosaston sairaanhoitajien sekä lääkärin kokemuksia potilaiden/asiakkaiden kotiuttamisesta kotihoitoon. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöisesti kotiutusta kotihoiton palveluihin, ja kuvata prosessikaaviossa asiakkaan tulo palvelujen piiriin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että kotihoiton prosessikaaviota voidaan hyödyntää osastoilla kotiutusta suunniteltaessa ja kotiuttamisvaiheessa. Tavoitteena oli mahdollistaa asiakkaan nopea kotiutuminen ja kotihoiton palvelujen järjestäminen. Kotihoiton prosessikaaviosta ja sen tuomista mahdollisuuksista hyötyvät kaikki, asiakas, osastot sekä kotihoiton toiminnanohjauskeskuksen työntekijät.

Opinnäytetyön tutkimusosiossa haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1 Millaisia kokemuksia kotiuttavilla sairaanhoitajilla ja lääkäreillä on kotiutusprosessista?

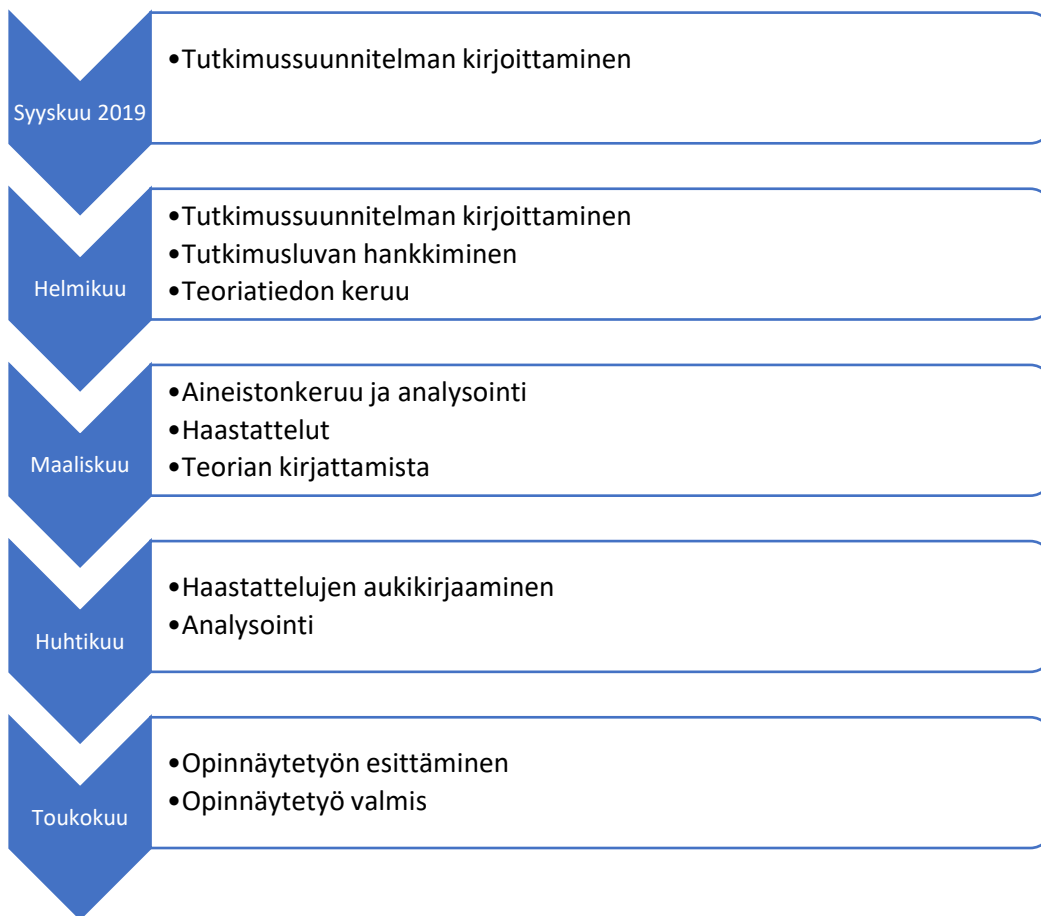
2 Miten kotiuttamisprosessia tulisi kehittää kotiuttavien sairaanhoitajien ja lääkärien mielestä?

Näistä tutkimuskysymyksistä saadut tulokset toimivat pohjana kehittää uusi kotihoiton kotiuttamisprosessikaavio Soiten hoidon ja hoivan toimialueelle.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön suunnitelman tekemisen aloitimme syyskuussa 2019. Tutkimuksen kohderyhmän valinnan ja rajauksen jälkeen valitsimme lähestymistavan ja aineistonkeruu- sekä analysointimenetelmän. Tutkimuslupa saatiin huhtikuussa 2020. Ryhmähaastattelut aloitettiin maaliskuussa 2020. Prosessin kuvantaminen tapahtui maaliskuussa 2020. Prosessimallinnus kuvannettiin QPR-ohjelmalla. (LIITE 5.)

Aikataulu kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytetyön prosessin eteneminen.

5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Haastatteluiden kohderyhmäksi valitsemme yleisimmät kotiuttamistahot Soiten kotihoitoon. Haastattelimme viittä sairaanhoitajaa ja yhtä lääkäriä. Hoitajat ja lääkäri toimivat Soiten yleislääketieteen osastoilla, jotka sijaisevat; Kokkolassa, Tunkkarissa ja Kannuksessa.

Prosessin kuvantaminen tehtiin yhteistyössä palvelualuejohtajan kanssa. Valitsimme ohjausryhmään niitä toimijoita, jotka liittyivät kotihoidon asiakkaan prosessiin kotiutumisen vaiheeseen yleislääketieteen osastoilta Kokkolassa. Ohjausryhmään kuuluivat ohjaava opettaja, palvelualuejohtaja (kotihoitosta), palvelualuejohtaja (yleislääketieteenosastot) ja geriatrian erikoislääkäri (yleislääketieteen osasto).

5.2 Soiten yleislääketieteelliset osastot

Soiten yleislääketieteen osastot vastaavat Keski- Pohjanmaan asukkaiden hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta, silloin kun erikoissairaanhoidolle ei ole tarvetta. Osastot sijaitsevat kanta – Kokkolassa ja maakunnassa. (Soite 2020.) Yleislääketieteen osastot vastaavat potilaiden yleislääketieteen alaan kuuluvasta akuuttihoitosta, toimintakyvyn kartoituksesta ja kuntoutumisen tukemisesta. Osastolla tapahtuvan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on aina ensisijaisesti se, että potilas pärjää kotona tai muussa ympäristössä, josta hän on hoito – tai kuntoutusjaksolle tullut joko ilman palveluita tai erilaisten palveluiden turvin. Hoitajaksolla tuetaan, ylläpidetään ja parannetaan potilaan toimintakykyä kuntouttavan hoitotyön keinoin. (Soite 2020.)

Osastojen toiminnan tavoitteena on edistää potilaan terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua ottaen huomioon myös hänen läheistensä hyvinvointi ja jaksaminen, joka pitää sisällään saattohoitopotilaiden omaisten ja läheisten saattamisen elämään potilaan kuoleman jälkeen. Osastohoito tähtää selviytymiseen omassa kodissa tai muussa tarkoituksenmukaisessa ympäristössä. Osastolla tapahtuvan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on aina ensisijaisesti se, että potilas pärjää kotona tai muussa ympäristössä, josta hän on hoito- tai kuntoutusjaksolle tullut joko ilman palveluita tai erilaisten palveluiden turvin. (Soite 2020.)

5.3 Konstruktiivinen tutkimus opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyössä käytimme konstruktiivista tutkimusmenetelmää. Konstruktiivisessa tutkimusmenetelmässä pyritään luomaan jokin konkreettinen tuotos. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata prosessi, jonka vuoksi konstruktiivinen tutkimusmenetelmä sopi lähestymistavaksi ja siihen vaikutti myös muiden toimijoiden kanssa tehtävä yhteistyö. Asiakaslähtöisyys oli keskeinen näkökulma opinnäytetyössämme. Asiakkaan tarpeiden tulee olla keskiössä toiminnan ja palveluiden organisoimisessa.

Konstruktiivisessa tutkimuksessa osallistetaan käytännön toimijoita ja pyritään muuttamaan totuttua toimintatapaa ja olemassa olevia käytänteitä. Ojasalo, Moilanen & Ritalahden (2015) mukaan konstruktiivinen tutkimus perustuu innovaatioihin ja uusiin ideoihin. Prosessi alkaa mielekkään ongelman nimeämisestä. Toisena vaiheena on tiedon hankkiminen. Kolmannen vaiheen muodostavat ratkaisut. Neljännessä vaiheessa ratkaisuja testataan ja viidennessä vaiheessa ratkaisut perustellaan teoritiedolla. Kuudennessa vaiheessa on ratkaisun soveltamisalueen tarkasteleminen. (Ojasalo ym. 2015, 65 – 68.) Smith (2015) tuo esille, että kuinka kehittäjä itse osallistuu aktiivisesti ratkaisemalla ongelmia ja analysoi kysymyksiä. Hänen mukaansa konstruktiivisen lähestymistavan yksi periaatteista on juuri aktiivinen osallistuminen. (Smith 2015, 3.) Kuvio 2.

Konstruktiivisessa tutkimuksessa käytännön ongelma ja sen ratkaisu sidotaan teoreettiseen tietoon. Ratkaisun on osoitettava toimivaksi, muuallakin kuin kohdeorganisaatiossa. Usein lisätyötä vaatii toimivuuden testaaminen sekä tieteellisen annin osoittaminen. Konstruktiivisessa tutkimuksessa kohdeorganisaatio saa ratkaisun ongelmaan, joka perustuu teoreettiseen tietämykseen. Siinä korostuu tutkimuksen toteuttajien ja hyödyntäjien välinen kommunikointi. Prosessiin kuuluu erilaisia vaiheita mm. ongelman määrittely, yhteistyön rakentaminen, tutkimuksen ja kehittämisen kohteesta hankittu teoreettinen sekä käytännöllinen tieto, ratkaisujen laatiminen, jonka jälkeen ratkaisua testataan, arvioidaan ja tarkastellaan. (Hirsjärvi ym. 2000, 161—165; Kakkuri-Knuuttila ym. 2006, 217.)



Kuvio 2. Konstruktiivisen tutkimusprosessin eteneminen (mukaillen Ojasalo ym. 2009, 67; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.)

5.4 Aineistonkeruu ja analyysi

Käytimme tässä opinnäytetyössä teemahaastattelua. Haastattelut taltioitiin nauhoittamalla. Haastattelu eteni teemahaastattelurungon mukaisesti (LIITE 1). Aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua, jossa edetään keskeisen etukäteen valitun teeman ja siihen liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Teemahaastattelun etuna voidaan pitää sitä, että tutkijana voi olla varma keneltä halutun informaation saa. (LoBiondo- Wood & Haber 2002, 303.) Haastattelijan läsnäolo antaa mahdollisuuden haastateltaville, että voivat tarkentaa kysymyksiä, mikäli niitä ei ymmärretä oikein. Joustavaa haastattelussa on myös se, että kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä, kun tutkija sen katsoo aiheelliseksi ja kuinka haastattelu etenee. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3.)

Ryhmähaastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman rikas aineisto haastateltavilta. Ryhmähaastatteluun osallistuvien valinnan kriteerinä pidetään samankaltaisuutta tutkittavan asian, iän, sukupuolen, mutta ei osallistuvien mielipiteiden suhteen. Suositus on, ettei haastateltavat tunne toisiaan entuudestaan. (Jokinen & Koskinen 2001, 307.) Ryhmähaastattelu voi aiheuttaa rajoitteita esimerkiksi silloin, kun aihe on arkaluonteinen. Tällöin kuitenkin voi käydä niin, että rajoite tuo keskusteluun luontevuutta. Keskinäinen vuorovaikutus haastateltavien kesken luo merkityksen keskustelulle. Ryhmän koko ei saa kasvaa liian suureksi, koska tällöin haastetta tulee purkamisen työvaiheessa. (Gillis & Jackson 2002, 235.)

Haastatteluihin osastonhoitajat valitsivat ne sairaanhoitajat, joilla oli kokemuksia kotiutustilanteista kotihoitoon. Ryhmähaastattelun tavoitteena on saada monipuolista tietoa samanaikaisesti usealta ihmiseltä. Haastattelijan tehtävänä on pitää keskustelu valitussa teemassa ja mahdollistaa saada kaikkien haastateltavien ääni kuulluksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61 – 63.)

Toimitimme kaikille haastateltaville tiedotteen (LIITE 3) opinnäytetyöhön liittyen heidän henkilökohtaisiin työsähköposteihin sekä teemahaastattelurungon (LIITE 2) etukäteen. Näin haastateltavat pystyivät antamaan tietoisesti suostumuksen osallistumisestaan. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tämä menettely tuki myös heitä mahdollisuuteen valmistautua haastatteluun ennakkoon. Haastattelut toteutuivat maaliskuussa 2020 hallinnon kokoushuoneessa Soitessa. Haastattelut äänitämme haastateltavien suostumuksella. Ryhmähaastattelut toteutuivat kahdessa ryhmässä Kokkolassa sairaanhoitajien kanssa maaliskuussa, ryhmään osallistui kolme haastateltavaa. Seuraavan ryhmähaastattelun jouduimme pitämään puhelimen välityksellä vallitsevan COVID-19 viruksen vuoksi, koska emme saaneet enää kokoontua. Etäyhteyden avulla haastateltiin lääkäri ja kaksi sairaanhoitajaa. Tähän tilanteeseen kuitenkin haastateltavat olivat hyvin ymmärtäväisiä ja pystyimme käymään hyviä haastatteluja tilanteesta huolimatta. Haastateltavat olivat hyvin valmistautuneet etukäteen annettuihin kysymyksiin, joka edesauttoi haastattelun kulkua. Haastattelupaikka on silloin optimaalinen, kun haastattelutilanne on mahdollisimman häiriötön. Haastattelu tilanteessa olisi hyvä istua mahdollisimman lähellä, jotta luottamus ei kärsi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 89 – 91.)

Hyvä haastattelija tietää haastattelun tarkoituksen ja tuntee aihepiirin. Hänen tulee kyetä kohtaamaan erilaisia tilanteita haastatteluissa ja olla luottamusta herättävä. Tutkijan tulee pystyä olla neutraali tilanteista huolimatta. Haastattelun aikana voi kohdata monenlaisia mielipiteitä ja voimakkaitakin tunteita. Haastattelutilanteessa tutkija ei voi ilmaista omaa mielipidettään eikä omia tunteitaan. Tämä voisi jopa keskeyttää haastattelutilanteen. Laadullisessa tutkimuksessa mielenkiinto kohdistetaan nimenomaan tutkittavaan ja hänen kokemuksiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 93.)

Käytimme aineiston analyysiin induktiivista sisällönanalyysiä, joka on aineistolähtöinen menetelmä (LIITE 4.) Sisältöanalyysin tarkoituksena on saada kuva tutkittavasta aiheesta tiivistetyssä muodossa kuitenkin niin, että tekstistä ei katoa sen informatiivinen osuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103 – 107.) Sisältöanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: pelkistäminen, aineiston rytmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Ensimmäisessä vaiheessa saatu aineisto pelkistetään niin, että ylimääräinen tieto rajautuu pois. Samalla listataan samanlaiset ilmaisut, jotta ne voidaan jakaa kategorioihin. Aineiston

ryhmittelyvaiheessa aineiston alkuperäisilmaukset käydään läpi ja siitä etsitään samankaltaisuuksia ja / tai eroavaisuuksia. Tässä vaiheessa luodaan pohjaa tutkimuksen perusrakenteelle ja alustavia kuvia tutkittavasta asiasta. Viimeisenä vaiheena on aineiston käsitteellistäminen. Tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Lopulta saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Lopullisen analysoinnin jälkeen vastaukset tuhoetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122 – 127.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tutkimuksessa kuvaillaan kotiuttavien sairaanhoitajien sekä kotiutuksesta vastaavan lääkärin kokemuksia kotiutus tilanteissa kotihoidon palvelujen piiriin Keski-Pohjanmaan kuntayhtymä Soiten yleislääketieteen osastoilta. Haastattelujen perusteella ilmeni, että kotiutukseen liittyi monia haasteita ja moniulotteisia asiakokonaisuuksia. Haastattelun avulla selvitettiin kotiuttavien hoitajien kokemuksia kotiutusprosessista ja miten kotiutusprosessia tulisi kehittää kotiuttavien hoitajan mielestä. Aineiston induktiivisen sisällönanalyysin avulla muodostui kolme pääluokkaa ja 12 alaluokkaa (LIITE 4.)

6.1 Kotiuttavien sairaanhoitajien ja lääkärin kokemuksia kotiutusprosessista

Kotiuttavien hoitajien ja lääkärin kokemukset kotiuttamisprosessista jakautuivat kolmeen pääluokkaan; Vastaanottovasta tahosta johtuvat ongelmat, lähettävästä tahosta johtuvat ongelmat ja kolmannesta tahosta johtuvat ongelmat. Vastaanottavasta tahosta johtuvista ongelmista muodostui kolme alaluokkaa, jotka olivat palveluntuottajaa vaikea tavoittaa, palvelun saatavuus sekä palveluiden laajuus.

Lähettävästä tahosta johtuvista ongelmista muodostui kuusi alaluokkaa, jotka olivat useita yhteydenottoja ja toistoa, osastojen ja kotihoidon välinen yhteistyö puutteellista, osastoilla ei tunneta kotihoidon toimintatapaa, kirjaaminen puutteellista, kirjaaminen ja informointi ei toteudu sekä asiakas joutuu odottamaan kotiin pääsyä. Kolmannesta tahosta johtuvista ongelmista muodostui kaksi alaluokkaa, jotka olivat omaisista johtuva viivästyminen sekä kuljetuksesta aiheutuvat ongelmat.

Vuodeosaston sairaanhoitajien sekä lääkärin mielestä yhteistyö kotihoidon kanssa oli ajoittain haastavaa. Koettiin että kotiutuksesta jouduttiin soittamaan liian monelle taholle kotihoitoon ja toivoivat yhden puhelun riittävän. Myös vastaanottavassa ja lähettävässä yksikössä oli tiedonkulussa puutteita mm. kotiutuksesta oli sovittu, mutta siitä ei ollut kirjausta ja mitä sovittu. Koettiin myös, että osastolla ei tunneta kotihoidon toimintatapaa eikä ole tuntemusta, kuinka potilas/asiakas kotona pärjää. Osastolla koettiin vaikeaksi arvioida kotitilannetta. Kotiutusta viivästytti myös lääkärin toiminta. Jos omalääkäri ei ole vuorossa, niin silloin toinen lääkäri ei välttämättä uskalla kotiuttaa, koska ei tunne asiakasta. Myös reseptejä joutuu joskus odottamaan. Usein myös tilanteita, että omaiset eivät halua vielä kotiutusta tai heitä ei saa kiinni. Omaiset usein ainoat, jotka voivat käydä kaupassa ostamassa ruokaa.

Asiakkaan kotiutuksen järjestelyyn liittyi paljon työtehtäviä ja niistä suurin osa oli hoitajan vastuulla. Kotiutus vaiheeseen liittyi paljon puheluita, suunnittelua ja tiedon välittämistä kotihoitoon.

Vuodeosastojen sairaanhoitajien ja lääkärin mielestä yhteistyö kotihoidon kanssa koettiin ajoittain haastavaksi. Kotihoidon toiminnanohjauskeskuksen työntekijöitä oli vaikea tavoittaa. Puhelimeen ei vastattu tai se oli varattu. Toiminnanohjauskeskuksen puhelut ruuhkautuivat, josta aiheutui viivettä. Palvelun saatavuudessa kotiuttavat hoitajat kokivat, että palvelut eivät järjesty toivotulla tavalla ja asiakkaat kokevat pettymystä. Kotihoito ei pystynyt järjestämään palveluita uudelleen, vaikka asiakkaalla oli ollut kotihoidon palvelut ennen sairaalaan joutumista. Kotihoidon resurssi nähtiin tarpeeseen nähden liian pienenä, koska asiakkaille ei pystytty järjestämään lisää tai enemmän apuja kotiutumisen vaiheessa, kun palvelun tarve on tilapäisesti lisääntynyt. Erityinen huomio nousi maakunnista, joihin koettiin eri arvoisuutta Kanta- Kokkolaan nähden, joihin ei ollut tarjota erikoistiimejä kotiin. Hyviäkin puolia yhteistyössä nähtiin erityisesti silloin, kun tavoitettiin kotihoidosta asiakkaan omahoitaja.

” kotihoidon resurssit, monesti ei pystytä lisäämään niitä apuja, saattaa joutua odottelemaan monta päivää niitä.”

” joskus on ihanaa, kun omahoitaja sanoo, että ihanaa, että ilman muuta saa tulla kotiin.”

Vuodeosastojen ongelmaksi sairaanhoitajat ja lääkäri kuvasivat, kuinka yhteydenottotahoja on monta ja toistetaan samaa asiaa usealle ihmiselle. Raporttia asiakkaasta annetaan useaan kertaan. Osastojen ja kotihoidon välinen yhteistyö nähtiin puutteellisena. Osastolla työskentelevillä hoitajilla ei ollut tuntemusta kotihoidon työnkuvasta. Asiakkaan tiedon siirtämisessä oli katkoksia ja se oli puutteellista. Informaatio ei mennyt eteenpäin. Kirjaaminen nähtiin tässä kohtaan tärkeänä osana tiedonkulkua. Kotihoidossa tehtäviin kirjauksiin toivottiin enemmän asiakkaan tilasta ja hänen voimavaroista kuvailevaa tekstiä, jotta sitä voitaisiin peilata osastolla olevaan tilanteeseen ja näin ollen miettiä myös tavoitteita osastolla oloajalle. Osaston omaan sisäiseen kirjaamiseen toivottiin tarkkuuta jo asiakkaan sisätulovaiheessa ja kaikkien ammattiryhmien osallistumista kirjaamisen ja informoinnin prosessiin. Kotiuttavat hoitajat kokivat, että ajoittain asiakkaat joutuivat odottamaan osastolla liian kauan kotihoidon palveluita, lääkärin tekemiä reseptejä tai omaisia ei tavoitettu. Asiakkaan itsensä arvostamista nähtiin osana yhteistyön kokonaisuutta. Osastojen sairaanhoitajat näkivät tärkeänä, että asiakas ei leimautuisi omien perussairauksiensa vuoksi, ennen kuin häntä on edes tavattu.

” että ei leimata tiettyjen sairauksien takia potilasta hankalaksi.”

” ei tunneta kotihoidon kenttää, asiaa ei näe täältä kuin osaston kannalta.”

” kirjaukset ovat kohdillaan, kellonajat milloin haetaan ja, kuka hakee.”

Kolmannesta tahoista johtuvat ongelmat liittyivät asiakkaan omaisiin ja muihin kotiutukseen liittyviin tahoihin, kuten kuljetuspalveluihin. Jos asiakkaalla oli omaisia, heitä oli ajoittain vaikea tavoittaa, ei saatu puhelimitse kiinni. Lisäksi omaisilla saattoi olla täysin erilainen näkemys kotiutuksesta ja siihen liittyvästä ajankohdasta. Muita kotiutusta hidastavina tahoina mainittiin taksipalveluihin liittyvä joustamattomuus- jäykkyys. Tämä aiheutti osastolla haastetta suunnitella omaa työtänsä ja oman ajanhallintaa

” omaiset sanoo, että tykkäisi, että ei kotiutettas vielä vaan vasta huomenna.”

” ongelma on siinä, että kun taksi ei saa enää koukata edes kaupan kautta, vaikka ihminen olisi asiallinen- jäykkää on.”

6.2 Kotiuttavien sairaanhoitajien näkemys kotiuttamisprosessin kehittämisestä

Kotiutuksen toimintamallin kehittämiseen luokiteltiin haastatteluiden perusteella kaksi pääluokkaa, joista muodostui kolme alaluokkaa. Pääluokat ovat kotiutuksen prosessin kehittäminen ja osaston kotiutusprosessin kehittäminen. Sairaanhoitajat sekä lääkäri kokivat, että kotihoidon palvelujen saatavuuden tulisi parantua, jotta prosessi olisi joustavampi. Tällöin kotiutusta tulisi pystyä yksinkertaistamaan, jotta se olisi nopeampaa ja mutkatonta. Kotiutumista sairaalasta kotiin pitäisi pystyä tapahtumaan virka- ajan ulkopuolellakin, jotta viivettä ei syntyisi. Tällä taattaisiin asiakkaiden joustava liikkuminen hoitoketjussa. Eniten haastateltavat toivat esille, että yhteydenottokanavia olisi vain yksi, jotta kaikkien aikaa voitaisiin säästää. Kotiuttavat sairaanhoitajat ja lääkäri kokivat kotiuttamistilanteen ongelmalliseksi, koska yhteydenottotahoja oli liian monta, jonne raporttia tuli antaa. Erilaisten palveluiden saatavuus nähtiin koko Soiten alueella epätasa-arvoa luovana. Kanta-Kokkolan alueella asiakkaille oli mahdollisuus järjestää erikoistiimejä, joilla kotiutusta voitiin nopeuttaa ja kotiutus tapahtui joustavammin.

” iltaisinkin pitäisi olla joustoa, vaikka potilas tulee päivystyksestä kotiin...tarkistetaan lääkkeet illan ajalta ja aamulla.”

” kotiutuksen pitäisi sujua mutkattomasti.”

” asiakkaan kotiutuminen pitäisi sujua virka- ajan ulkopuolellakin.”

Osastojen omiin kotiuttamiskäytäntöihin sairaanhoitajat toivoivat myös muutosta. Osaston sairaanhoitajat kokivat, että kotiutuksen suunnittelu pitäisi alkaa varhain sairaalaantulovaiheessa. Osastojen sairaanhoitajan tulisi informoida jo tässä vaiheessa alustavalla kotiutustiedolla, jotta kotihoito ehtisi reagoida mahdollisiin palveluiden muutoksiin etukäteen. Jokaisen ammattiryhmän osaamista toivottiin hyödynnettävän enemmän kotiutus tilanteissa. Tärkeänä nähtiin lähi- ja perushoitajien näkemysten hyödyntäminen kotiutuksen tilanteissa, koska heillä on yleensä enemmän tuntemusta potilaan/asiakkaan toimintakyvystä. Kotihoidon kirjauksia tulisi pystyä hyödyntämään kotiutuksen suunnittelussa.

” pitäisi olla se tieto alkuvaiheessa hyvin, ne tiedot siellä papereissa, miten potilas on ollut siellä kotona ja minkä kuntoinen se on. Millaisia apuja ollut. ”

” kotiuttamishoitajien työn pitäisi vähentää osastojen puhelunsoittojen määrää.”

Asiakkailta saatavaa palautetta haastateltavat kertoivat saavansa niukasti. Asiakkaat eivät antaneet varsinaisesti kotiutuksesta palautetta, vaan osastojaksosta. Satunnaisesti asiakkaan omaiset tai läheiset kiittivät saamastaan kotiutuksen informaatiosta ja heidän kuulemisesta kotiutumisen tilanteissa. Koordinoivien hoitajien panosta pidettiin tärkeänä kotiutumisen suunnittelussa erityisesti maakunnissa, jossa koettiin heidän puhelimesta vietetyn ajan vähentyneen.

6.3 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Saatujen tulosten mukaan kotiutumisen prosessi sairaalasta kotihoidon palveluiden piiriin sujuu pääsääntöisesti hyvin, mutta asiakkaan kotiutuminen viivästyy hänestä riippumattomasta syystä. Viivästyminen syntyy niin kotihoidon päässä, että osastolta. Molempien kotiuttamisprosesseissa on viivästyksiä aiheuttavia tekijöitä. Ne liittyivät yhteyden saamiseen, kirjaamisiin, varhaiseen suunnitteluun, palvelujen saatavuuteen ja yhtenäisen käytännön puuttumiseen. Prosessin keskiössä tulee olla asiakas, joka otettaisiin mukaan kotiutuksen suunnitteluun jo alusta lähtien. Myös hänen omaisten rooli on tärkeässä asemassa kotiutuksen suunnittelussa. Kotiuttavan tahon olisi hyvä ottaa omaiset mukaan suunnitteluvaiheessa ja käydä läpi, kuinka he voivat auttaa joustavassa siirtymisessä kotiutusvaiheessa. Selkeämpi kotiutuksen suunnittelu auttaisi lähettävää kuin vastaanottavaa tahoa.

Jotta kotiutus voisi olla sujuvampaa haastateltavat toivoivat, että yhteistyötä tehtäisiin enemmän kotihoidon kanssa. Tutustuttaisiin toisten työnkuviin, palveluihin, jotta kotiutuksen haasteet tulisivat selkeämmin julki. Kotiutukseen toivottiin sujuvuutta, joka edellyttäisi hyvää perehtymistä kotiuttamiskäytäntöihin niin sairaalassa kuin kotihoidossa. Yhteistyön merkitys kotihoidon henkilökunnan ja sairaalan henkilökunnan välillä on tärkeässä osassa. Henkilöstön tulee tuntea toisen yksikön toimintaa ja myös toisiaan työntekijöinä- antaa kasvot toisilleen. Työkiertojen mahdollisuus koettiin hyvänä.

Palveluiden epätasa-arvoisuus Kokkolan alueella nostettiin esille haastatteluissa. Asiakkaita sairaalasta kotiutettiin myös maakuntiin yleislääketieteenosastoilta ja tällöin kaikkia kotihoidon erityistiimejä ei ollut saatavilla maakunnissa. Kotiuttavat hoitajat olisivat nähneet tärkeänä, että tämän tyylisestä palvelusta olisivat hyötyneet myös maakunnissa asuvat asiakkaat, joiden sen hetkinen kotiutustilanne olisi vaatinut myös kanta- Kokkolassa toimiva kotihoidon erityistiimejä; arviointiyksikkö ja tehostettua kotikuntoutusta.

7 KOTIHOIDON PROSESSIN KUVANTAMINEN

Kotihoidon QPR prosessikaaviota olemme kuvantaneet yhdessä osan ohjausryhmän jäsenten kanssa. Covid- 19 viruksen vuoksi, emme ole voineet kokoontua yhteen, joten prosessia on käyty läpi teams-palavereiden muodossa. Ohjausryhmän yhteinen tavoite oli saada aikaan mahdollisimman selkeä asiakaslähtöinen prosessimallinnus. Prosessin suunnittelussa käytettiin apuna jo aiemmin tehty kotihoidon prosessia. Saatujen tulosten perusteella huomioitiin uudessa kotihoidon prosessikaaviossa asiakkaaksi tulo. Pyrittiin nopeuttaa asiakkaan pääsyä kotihoidon palvelujen piiriin sekä vähentämään osastoilta tulevia useita yhteydenottoja kotiutuksesta. Ohjausryhmässä jokainen sai tuoda mielipiteensä esiin ja tavoitteena oli saada aikaan mahdollisimman sujuva prosessimallinnus.

Prosessi alkaa yhteydenotosta kotihoitoon, toiminnanohjauskeskukseen (optimointi) asiakkaan kotiuttamisen vaiheessa. Toimintaohjauskeskuksen hoitaja ottaa vastaan alustavan raportin asiakkaasta, hänen palveluiden tarpeesta, toimintakyvystä ja selvittää hänen asunpaikkansa maantieteellisesti. Mikäli asiakas asuu Kanta- Kokkolan alueella ja mikäli hänellä ei ole aikaisempia kotihoidon palveluita, asiakas siirtyy arviointitiimin arviointijaksolle. Jos asiakkaalla on jo olemassa olevat kotihoidon palvelut, hän palaa omaan tiimiin asiakkaaksi. Lisäksi etäteknologiaa pyritään soveltuville asiakkaille järjestämään. Näitä ovat esimerkiksi Videovist (etäyhteys) tai Evondos lääkerobotti. Etäpalvelut koskettavat koko Soiten aluetta. Mikäli asiakas joutuu odottamaan kotihoidon palveluita, hänelle järjestetään palvelusetelin kautta tarvittavat avut. Asiakas voi itse valita palveluntuottajan.

Kotihoidon tiimin sairaanhoitaja soittaa lähettävään yksikköön tarkempaa raporttia asiakkaasta ja palvelun tarpeesta. Asiakkaan kotiuduttua esimies tekee palvelu – ja maksu päätöksen Lifecare ohjelmaan. Asiakkaan käynnit alkavat sovittuna ajankohtana kotiutumisen jälkeen. Asiakkaan oman tiimin hoitajat tekevät yhdessä asiakkaan kanssa hoito- ja kuntoutumissuunnitelman jo ensikäynnin aikana. Asiakkaan toimintakykyä ja vointia seurataan koko hoidon ajan ja arvioidaan samalla asiakkaan palveluiden tarpeen määrää.

Kotihoito toteuttaa hoitosuunnitelman mukaista hoitoa ja arviointia. Esimies koordinoi, seuraa ja valvoo hoitosuunnitteluprosessia ja sen toteuttamista. Lääkäri on asiakkaan hoidossa mukana koko prosessin ajan. Mikäli asiakkaan voinnissa tapahtuu mahdollisia muutoksia, niistä ilmoitetaan toiminnanohjaukseen sekä esimiehelle, jotta voidaan suunnitella uudet käyntien sisällöt ja muuttaa mahdolliset palvelut. Prosessin missä vaiheessa hyvässä asiakkaat palvelut voivat päättyä useastikin syystä. (LIITE 5.)

8 POHDINTA

Alla olevissa luvuissa pohdimme opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi pohdimme opinnäytetyön kehittämisosuutta sekä ammatillista kasvuamme YAMK- opintojen aikana.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on tärkeässä osassa, kun tehdään tutkimusta. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimusta tehdessä on noudatettu tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009,23). Hyvä tieteellinen tutkimus edellyttää rehellisyyttä tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa, myös muiden tutkijoiden kunnioitusta (TENK 2012). Tutkimuksen etiikkaan kuuluu aito kiinnostus tiedon hankintaan, pyrkimys hankkia luotettavaa tietoa, eettisten vaatimusten noudattaminen sekä toimia tutkimusta edistäen. Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen ulkopuoliseen etiikkaan sekä sisäiseen etiikkaan. Ulkopuolinen etiikka on tutkimuksen käsittely sekä aiheen valinta. Sisäinen etiikka on todellisuus, luotettavuus sekä tutkimuksen raportointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Tutkimuksen tekijä määrittelee mitä tietoa työhönsä poimii. Tämä pitää paikkansa etiikan, että vallankäytön näkökulmasta. (Olsson 2009, 282.) Tutkijan on varmistettava tiedonhankintamenetelmien eettisyys sekä oltava tarkka, huolellinen sekä esitettävä rehellisesti tutkimuksensa tulokset. (Ojasalo ym. 2015, 49.) Eettisyys liittyy myös tutkimuksen laatuun ja luotettavuuteen. Nämä tulevat esiin muun muassa käytettyjen lähteiden sekä lähdeviitteiden kautta. Huolimattomuus kirjaamisen tai aineiston säilyttämisen suhteen vaikuttavat tutkimuksen eettisyyteen tai luotettavuuteen. (Tuomijärvi & Sarajärvi 2018, 149-151.) Lähdemerkintöjen epätarkkuus voi olla plagiointia. Sepittämistä voi taas puolestaan olla tulosten vääristäminen tai kaunistelu. Tämän vuoksi tutkimuksen vaiheet on tärkeä kuvata tarkasti vaiheittain raportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.)

Opinnäytetyön alussa pohdimme millaisen kyselyn, tai haastattelun tekisimme tutkimuksessa mukana oleville tahoille. Päädyimme ryhmähaastatteluun. Haastateltavat olivat vapaaehtoisia. Haastateltaville kerrottiin riittävästi tietoa tutkimuksen aiheesta ennen haastatteluita lähettämällä heille sähköpostitse haastattelutiedotteen. Tulokset esitettiin niin, ettei kotiuttavia yksiköitä tunnisteta. Raportti työstä

kirjoitettiin niin, ettei ketään yksittäistä henkilöä voi tunnistaa aineistosta. Haastatteluaineisto oli pelkästään haastattelijoiden käytössä ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti työn valmistuttua. Tutkimustyön aineistoa säilytettiin tietokoneella salasanalla suojattuna ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Haastattelutilanteessa omat roolimme oli tutkijoina. Tutkijoina emme saaneet käyttää haastattelussa liian ohjaavia kysymyksiä, koska se olisi voinut johdattaa haastateltavan omia näkökulmia ja ajatuksia tutkijan näkemyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu nimenomaan tutkittavaan ja hänen kokemuksiinsa. Haastattelun tuloksia on hyödynnetty kotihoidon kotiuttamisprosessin kehittämisessä ja prosessin kuvantamisessa. Opinnäytetyötä varten anottiin tutkimuslupa Soiten johtajaylihoitajalta ja tutkimuslupa myönnettiin 17.4.2020.

Tieteellinen tutkimus voi olla luotettava ja tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Opinnäytetyön luotettavuus eli laadukkuus perustuu hyvään ja riittävän tarkkaan tutkimusprosessin vaiheiden kuvauksiin. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan vahvistaa monella tapaa. Yksi niistä on dokumentaatio, jolloin opinnäytetyössä tehdyt valinnat ja ratkaisut dokumentoidaan ja esitetään perusteluineen totuudenmukaisesti. Tällöin lukija voi todeta johtopäätösten, tulosten sekä valintojen oikeellisuuden aukottomuuden. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 16; Kananen 2012, 69 – 71, 161 – 165.) Luotettavuudesta voi puhua silloin, kun tutkimuskohde ja tulkittumateriaali ovat yhteensopivia. Tällöin teoriaan eivät ole vaikuttaneet epäolennaiset tekijät esimerkiksi väittämät ja ohjeet. Laadullisessa tutkimuksessa arviointia tehdään koko ajan suhteessa analyysitapaan, teoriaan, tutkimiseen, tulkintaa, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan tulee pystyä perustelemaan ja kuvaamaan tutkimustekstiään ja tehtyjä johtopäätöksiään. (Vilka 2015, 196 – 197.)

Laadullinen tutkimus on kokonaisuudessaan ainutkertainen. Tutkimusta ei voida toistaa sellaisenaan uudestaan. Teoreettisen toistettavuuden mukaan lukijan tulisi päätyä tutkimustekstiä luettaessa samaan tulokseen kuin tutkimuksen tekijäkin. Jotta tähän päästään, tulee tutkimusprosessissa käytettyjen periaatteiden ja kulun olla tarkoin kuvattuja. Tutkimustekstiä on hyvä havainnollistaa aineistokatkelmilla ja päätelmillä. Aineistokatkelmia tarkoitetaan tekstissä esiintyvää vuoropuhelua ja päättelyä. Jotta luotettavuutta voidaan arvioida, tulee myös huomioida puolueettomuusnäkökulma. Tämä on siksi tärkeää, koska tutkimusryhmän jäsenet ovat usein itse osa tutkimaansa yhteisöä ja siihen liittyvää toimintakulttuuria. (Vilka 2015, 198.)

Luotettavuusmittarit ovat alun perin kehitetty luonnontieteissä, josta ne ovat muokkautuneet yhteiskuntatieteisiin. Tämän vuoksi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus on vaikeampaan kuin kvantitatiivisen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan lisätä monilla eri asioilla. Yksi tällainen asia on dokumentaatio. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tulkinnan ristiriidattomuus. Tällöin perustellaan kaikki ratkaisut ja valinnat tutkimuksen eri vaiheissa. Parhaiten luotettavuus saadaan selville, kun aineisto luetutetaan tutkittavilla eli heillä, jota aineisto koskee. Laadullisen tutkimuksen saturaatio eli aineisto alkaa toistamaan itseään, saavutetaan silloin, kun vastauksista ei saada enää mitään uutta. Tällöin ei tutkimukseen tarvita esimerkiksi lisää haastateltavia. (Kananen 2010, 69–71.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisää sitoutumisemme kotihoidon asiakkaiden palvelujen järjestämiseen ja kehittämiseen. Tavoitteena oli, että kotiuttamisprosessi kotihoitoon on Soiten alueella yhtenäisenä käytäntönä ja kotiuttamistahojen työn helpottamiseksi. Ohjausryhmässä oli myös asiantuntijoita, jotka tietävät kotihoidon palvelut sekä tämänhetkisen kotiutusprosessin. Opinnäytetyössä pyrimme ensisijaisesti hakemaan uusimpia- ja luotettavia lähteitä. Kotiuttamisprosessista kotiin löytyi vähän tutkittua materiaalia esimerkiksi väitöskirjoja, nämäkin tehty 2000- luvun alkupuolella. Kotiuttamisprosessiin sujuvuuteen ollaan Soitessa haluttu panostaa paljon ja tästä kertoo myös potilasohjauksen hanke, jota on tehty vuoden ajan. Prosessin kuvantamista helpottaa lähettäviltä tahoilta saatu palaute ongelma kohdista ja niihin vaikuttavista tekijöistä.

8.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvantaa prosessi asiakkaan sijoittumisesta kotihoidon palvelujen piiriin. Opinnäytetyömme oli työelämälähtöinen, joka sai alkunsa meidän molempien osallisuudesta Soiten potilasohjauksen hankkeessa. Lähestymistavan mukaisesti tutkimuksessa kuvataan tuloksia kotiuttavien hoitajien kokemuksista. Haastateltavaksi tähän tutkimukseen osallistui henkilöitä, joilla tiedettiin olevan kokemusta kotiutumistilanteista jo useampia. Tutkimuksen aineisto kerättiin laadulliselle tutkimukselle tyypillisellä menetelmällä, haastattelulla, joka nauhoitettiin. Nauhoitetut haastattelut litteroitiin puheentunnistusohjelmalla tekstiksi deduktiivista sisällönanalyysia varten. Prosessimallinnusta ja sen kehittämistä auttoivat haastatteluista saadut tiedot. Haastattelut olivat antoisia ja kysymyksiäkin herättäviä. Saatoimme myös havaita, että haastattelu avasi molempien osapuolten silmiä ja ymmärrystä toisen tekemään työtä kohden. Hyväksi ratkaisuksi huomattiin juuri eri taustoista kotiuttavat tahot, jolloin saatiin rikastuttavaa aineistoa.

Toteutettujen haastattelun perusteella kotiuttaminen ei ole sujunut niin jouhevasti ja hyvin kuin olisi toivottavaa. Aineistosta nousi viisi keskeistä pääluokkaa, vastaanottotahosta johtuvat ongelmat, lähettävästä johtuvat ongelmat, kolmannesta tahosta johtuvat ongelmat, kotihoidon kotiutus prosessin kehittäminen ja osaston kotiutusprosessin kehittäminen. Kotiuttavien hoitajien vastauksissa nähdään, että ongelmakohтия kotiutustilanteissa syntyy ennen kotiutuspäivää. Tätä kuvastaa tuloksissa nousseet kirjaamiseen liittyvät havainnot ja varhaisessa vaiheessa kotiutuksen aloittaminen. Kotihoidolle on tärkeää saada tieto asiakkaan palvelutarpeesta mahdollisimman aikaisin, jotta suunnittelutyö voi alkaa hyvissä ajoin ennen asiakkaan tuloa kotiin. Haastatteluissa ilmeni, kuinka hukka-aikaa syntyy, kun yhteyttä ei saada vastaanottavaan tahoon. Tätä tukee myös Kosken (2017) tekemä tutkimus sairaalan kotihoidon välisestä yhteydenpidosta. Tämä ei tue asiakaslähtöistä kotiutumisen prosessia, johon tulee pyrkiä suoraviivaisesti.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että kotiutusprosessi itsessään on runsaasti pieniä yksityiskohtia sisältävä vaihe, joka on moniulotteinen. Haastatteluista saadut tulokset vahvistavat aikaisemmista tutkimuksista satuja tuloksia siitä, että kotihoidon ja sairaalan välinen yhteistyö nousee merkittävään rooliin juuri kotiutumisen vaiheessa sairaalajakson jälkeen kotiin. Puutteita nähdään myös tiedonkulussa ja siihen kotiutustilanteeseen liittyvässä valmistelussa. Tähän viittaavat myös Hesselink (2014) ja Koski (2017) joiden tutkimustuloksista keskeisiksi ongelmiksi ovat nousseet; palveluiden koordinoimiseen liittyvät ongelmat, tiedonkulkuun liittyvät haasteet ja ammattiryhmien vastuut ja epäselvyydet omassa organisaatiossa. (Hesselink 2014, 1–11; Koski 2017, 98 – 99.) Kaikkien haastateltavien kanssa esille nousi yhteistyö kotihoidon kanssa, heitä oli vaikea tavoittaa puhelimitse eikä kotihoidon tehtävänkuvaa tunnettu. Kotihoidon ja sairaalan välinen yhteistyö on kuitenkin oleellinen osa potilaan sujuvaa kotiutumista, ja hoidonkokonaisvastuun ja pääpainon tulisi olla avohoidossa.

Tulosten pohjalta ilmeni, että kotiuttavat sairaanhoitajat ja lääkäri saivat vähän palautetta kotiuttamisen prosessiin liittyen. Tähän kysymykseen hoitajien tuntui olevan vaikea vastata ja vain muutama hoitaja muisteli saaneensa joskus palautetta. Asiakkaat eivät antaneet haastateltavien hoitajien mukaan heille suoraa palautetta juuri lainkaan. Lähinnä omaiset saattoivat antaa suullista palautetta. Tämä nähdään oman työnkehittämisen haasteena, koska palautetta ei saada tai sitä ei tunnisteta. Tällöin kotiutumisenprosessiin ei saada tarpeeksi kuuluviin asiakkaan kantaa ja hänen toiveitaan prosessin sujuvoittamiseksi.

Prosessikuvausta tulee arvioida tulevaisuudessa mittaamalla, toteutuuko prosessikuvaus. Prosessin päivittäminen eli ajan tasalla pitäminen on tärkeää. Tämä vaatii tietojen päivittämistä ja tähän tulee valita

prosessin omistaja. Prosessin kehittäminen jatkossa vaatii yhteisesti sovittuja toimintamalleja ja siihen tulee käyttää suunnitelmallisuutta. Kun ajatellaan muitakin kotiuttavia tahoja kehittäessä kotiutumisen prosessia olisi hyvä miettiä asiakaslähtöisesti kotiutumisen tilannetta, mitkä asiat antavat arvoa jo itse asiakkaalle siinä tilanteessa. Miten saadaan hänen toiveensa ja omaisten toive kuuluvaksi? Opinnäytetyössämme kuvaamme prosessin asiakkaan sijoittumisesta kotihoidon palveluiden piiriin. Prosessi on hyödynnettävissä Soiten hoidon ja hoivan palvelualueella kotihoidossa. Prosessi antaa selkeämmän kuvan asiakkaan polusta kotihoidossa ja auttaa ymmärtämään kotiuttavaa tahoja asiakkaan hoitopolusta. Prosessin kuvantaminen helpottaa myös uusien työntekijöiden perehdyttämistä.

8.3 Ammatillinen kasvu

Koulutukseen hakeminen oli pitkän pohdinnan tulosta, koska opintoihin tulisi vaikuttamaan työn, perheen ja opiskelujen yhteensovittaminen. Tämä kaikki on vaatinut järjestelmällistä suunnittelua ja aikataulujen luomista, jotta kaikelle löytyisi oma aikansa. Tavoitteeksi on heti opintojen alussa luotu aikataulussa pysyminen ja tehtävien ajallaan saattaminen loppuun. Se ei ole ollut helppoa. Opintojen aikana työtehtäviimme tuli muuttumaan paljon ja aloitimme yksikön esimiehen tehtävät.

YAMK- opinnoista on ollut hyötyä muutosprosessien eteenpäin viemisessä. Opinnoista olemme saaneet vahvistusta henkilöstöhallintoon ja työnkehittämiseen, tätä tarvitsemme nykyisessä työssäni päivittäin. Olemme saaneet varmuutta ilmaisutahtoihin, niin viestintään kuin vuorovaikutustaitoihinkin. Nämä taidot korostuvat juuri palaveri käytänteissä, tiedottamisessa, niin asiakkaille kuin työntekijöille.

Koulutuksen aikana saamista uusista tiedonhankintataidoista on ollut hyötyä myös nyt uudessa työnkuvassani. Opintojen etenemiseen aikataulun mukaisesti, on vaikuttanut saamani tuki omilta esimieheltä. Lisäksi potilasohjauksen hankkeessa mukana oleminen antoi kipinän opinnäytetyön tekemisille, koska aihe oli kiinnostava. Yhdessä olemme jakaneet työhön liittyvät kipukohdat ja työelämästä tulleet haasteet. Olemme voineet peilata työssä tapahtuvia muutoksia opinnäytetyön aikana tuleviin haasteisiin.

Vaikkakin Covid-19 aiheutti työrintamalla paljon muutosta, on opinnäytetyön tekeminen ollut mielenkiintoista ja työlle on kaikesta huolimatta löytynyt aikaa. Opinnäytetyön tekemistä on helpottanut se, kuinka olemme jatkuvasti tekemisessä kotihoidon asiakkaiden kanssa ja heihin liittyvien kotiutumisen haasteiden. Työ antaa vahvistusta sille, että kotihoidon kotiutumisen prosessia on

kehitettävää, jotta se olisi sujuvaa niin asiakkaan näkökulmasta kuin lähettävän ja vastaanottavan tahon puolelta.

Opinnäytetyönprosessin koimme YAMK-opintojen aikana haastavimmaksi osuudeksi. Kuitenkin työ saatiin alulle nopeasti ja pääsimme nopeasti siinä eteenpäin. Työ on välillä ollut tauolla, mutta mielessä. Olemme pitäneet tiiviisti yhteyttä ja sopineet aikatauluja pysyneet niissä. Se on auttanut työntenemisessä suuresti.

.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Opinnäytetyön tulokset vahvistavat aikaisempaa tietoa siitä, että kotiutumisen prosessi on monivaiheinen ja aikaa vievä prosessi.

Opinnäytetyön johtopäätöksiä nousivat esille:

1. Kotihoidon asiakaslähtöisen prosessin kehittäminen tulee olla osa strategiaa jatkossakin.
2. Kotihoidon ja yleislääketieteenosastojen yhteistyön, tiedonkulun ja kirjaamisen kehittäminen.
3. Kotiutuksen toimintamallin kehittäminen

Jatkotutkimusaiheet:

1. Yleislääketieteen sekä kotihoidon asiakaslähtöisen kotiutuksen kehittämisen hyödyntäminen.
2. Yhtenäinen toimintaohje osastoille kotiuttamistilanteisiin.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Vainio, S. & Kehusmaa S. 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-899-9> . Viitattu 23.2.2020.
- Finne-Soveri, H. 2015. Hyvä vai huono Suomi. Teoksessa Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (toim.) Onnistuminen -RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta suomessa. Helsinki. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. THL:n raportti 9/2015.168-169. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1. Viitattu 13.3.2020.
- Gardner, S., Arve, S. & Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutumisprosessin elementit – kuvaus kotiuttamishoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n.o 3.
- Gillis, A. & Jackson, W. 2002. Research for Nurses: Methods and Interpretation. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus - vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf>. Viitattu 3.3.2020.
- Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Öhlén, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Suñol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven, L. & Wollersheim, H. 2014. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. BMC Health Services Research 14. 2-11. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-389>. Viitattu 12.2.2020.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Painos 2. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer -Paino.
- Hunt, K.2016. Keeping our frail and elderly patients out of hospital. Practice Nurse 46 (2) 16-20.
- Jokinen, P., & Koskinen, L. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä- haastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede 13 (6), 300-309.
- Kakkuri-Knuuttila, M-L. & Heinlahti, K. 2006. Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteenfilosofia. Helsinki: Gaudeamus.
- Kananen J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes print.
- Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro oy.
- Koski, J. 2017. Sairaalaan kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämistä lean-menetelmiä hyödyntäen. Itä-Suomen Yliopisto. Pro-gradu-tutkielma.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.
Saataavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf>. Viitattu 20.3.2020.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Saataavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>. Viitattu 3.1.2020
- Laamanen, K. Moision J. & Tuominen K. 2011. Asiantuntijayrittäjän liiketoimintaprosessit. Benchmarking Ltd Oy.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista
Saataavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> Viitattu 20.9.2019.
- LiBiondo-Wood, G. & Haber, J. 2002. Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization. 5. Edition. St.Louis.Missouri: Mosby Elsevier.
- Lin, C-J., Cheng, S-J., Shih, S-C., Chu, C-H. & Tjung, J-J. 2012. Discharge planning. International Journal of Gerontology (6) 237–240.
- Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.
- Lämsä, R. Potilaskertomus. 2013. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tampere: Suomen Yliopisto paino Oy- Juvenes print.
- Mabire, C., Büla C., Morin, D. & Goulet, C. 2015. Nursing dis-charge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. Geriatric Nursing 36 (6) 451-457.
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica Publishing.
- Noro, A., Finne- Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI- järjestelmän vertailukehittämisessä. Stakes.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Kuopio. Itä-Suomen Yliopisto.
- Pesu, J. 2008. Prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen osana laatutyötä. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.
- Raisoft 2019. Saataavissa: <https://www.raisoft.com/fi/ohjelmisto/> Viitattu 13.2.2020

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirjatyö. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13481/9513915492.pdf?se-quence> Viitattu 22.11.2019.

Smith, K. 2015. Constructivis Design Theory. Saatavissa: <http://www.kevindsmith.org/uploads/1/1/2/4/11249861/idt7074-constructivist-design-theory-kevin-smith.pdf>. Viitattu 10.4.2020.

STM, 2020. Saatavilla: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. Viitattu: 10.3.2020

Rissanen, M. 2012. Kotoa Kotiin. Kotiuttamisen ohjekirja. Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/kotihoito/toimiva-kotihoito-lappiin/kotihoito/kotiutumisen/lpks-kotiuttamisen-ohjekirja> . Viitattu 3.9.2019.

Tanttu, A. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Vaasan yliopisto-University of Vaasa.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25>. Viitattu 9.3.2020.

Tieto. 2015. Saatavissa: <https://www.itewiki.fi/p/optimointi-tekee-kotihoidon-resurssit-nakyviksi>. Viitattu 5.1.2020.

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

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 4-15. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Viitattu 17.12.2019.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto> Viitattu 1.9.2019.

Soite.2019. Kotihoito. <https://www.soite.fi/kotihoito> Viitattu 11.9.2019

Soite.2020. Yleislääketieteen osasto y1 Yle, Kokkola. Saatavissa: https://www.soite.fi/yleislaaketieteen_osasto_1_kokkola Viitattu 12.1.2020.

Soite.2020. Yleislääketieteen osasto, Kannus. Saatavissa: https://www.soite.fi/yleislaaketieteen_osasto_kannus Viitattu 28.12.2019.

Soite. 2019. Hoitoketjun ja kotiuttamisprosessin kehittämishanke loppuraportti 2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta> Viitattu 12.1.2020.

Vilka, H. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

LIITE 1

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

17.4.2020

5§

ASIA

Tutkimuslupa, Marjo Kero-Järvilä ja Minna Lillkåla, Prosessi asiakkaan sijoittumisesta kotihoidon palvelujen piiriin

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan. Valmis opinnäytetyö on toimitettava Soiten yhteyshenkilölle ja sovittava tulosten esittelystä yksikön henkilökunnalle.



PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ Piia Kurikkala

Vt Johtajaylihoitaja

LIITE 2**RYHMÄHAASTATTELURUNKO**

1. Millaisia kokemuksia sinulla on kotiutusprosessista?
2. Miten koet tämänhetkisen kotiutusprosessin sujuvan?
3. Millainen on myönteinen kokemus kotiuttamisesta?
4. Mikä tällä hetkellä toimii kotiutuksissa? mikä ei?
5. Onko jokin asia, mikä hankaloittaa asiakkaan kotiutusta?
6. Millaisia haasteita on tullut kotiutusilanteessa?
7. Miten kehittäisit kotiuttamisprosessia kotihoitoon?
8. Miten koet, kuinka asiakaslähtöisyys näkyy tällä hetkellä kotiutuksessa?
9. Minkälaista palautetta asiakkailta/potilailta tullut?

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE

Opinnäytetyön nimi: Prosessi asiakkaan sijoittumisesta kotihoidon palvelujen piiriin

Opinnäytetyön tarkoitus: Opiskelemme Centria-ammattikorkeakoulussa kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opintoihin sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata henkilöstön kokemuksia asiakkaan kotiutumisesta kotihoidon palveluihin. Saatuja tuloksia hyödynnetään kehitettäessä asiakkaiden palveluprosessia osastolta kotihoitoon. Tutkimustamme ja prosessin kehittämistä varten tarvitsen vapaaehtoisia ryhmähaastatteluun. Ryhmän koko on noin 6-10 henkilöä. Ryhmähaastatteluun tarvitsemme kotiuttamisesta vastaavia hoitajia.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii yliopettaja Annukka Kukkola Centria-ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluvat yliopettaja Annukka Kukkolan lisäksi palvelualuejohtaja Sari Kallinen, palveluesimies Susanna Meriluoto-Hyry, palvelualuejohtaja Ritva Jämsä sekä terveyskeskuslääkäri Mari-Lis Kangasvieri.

Tutkimuksen kulku: Opinnäytetyöhön kuuluva ryhmähaastattelu on teemahaastattelu ja sen ajankohta on ___/___ klo ____. Aikaa haastatteluun kuluu noin 1,5 tuntia ja se toteutuu Soiten hallinnon kokoushuoneessa. Nauhoitamme haastattelun osallistujien luvalla. Haastateltavat tulevat saamaan teemahaastattelurungon ennakkoon. Ilmoittautumiset toivomme saavamme ___/___ mennessä. Mikäli olet halukas haastatteluun, voit ilmoittaa siitä oman esimiehen kautta tai suoraan meille.

Vapaaehtoisuus: Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisen tai peruuttaa osallistumisen perustelematta, milloin tahansa tutkimuksen aikana.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen: Ryhmähaastatteluun osallistuminen on luottamuksellista. Tutkimuksen tekijää sitoo vaitiolovelvollisuus. Ryhmähaastatteluun osallistuvilta ei kerätä tunnistetietoja eikä haastateltavan henkilöllisyyttä paljasteta opinnäytetyössä. Aineisto käsitellään ja tulokset esitetään hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen siten, ettei yksittäisen henkilön vastauksia voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Nauhoitettu aineisto puretaan kirjoitetuksi tekstiksi ja nauhoite tuhotaan tutkimuksen valmistuttua. Aineisto säilytetään tietokoneella salasanalla suojattuna. Kaikkea aineistoa käsitellään ja säilytetään tietoturvallisesti. Koko aineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön tuloksista tiedottaminen: Suunnitelman mukaan opinnäytetyö valmistuu keväällä 2020 ja on luettavissa sähköisesti Theseus- tietokannasta (www.theseus.fi).

Terveisin

Marjo Kero-Järvilä
Minna Lillkä

LIITE4

Tutkimus-kysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
1. Millaisia kokemuksia sinulla on kotiutusprosessista?	"ajoittain haasteellista saada optimointia kiinni "	Puhelimeen ei vastata	Palvelun tuottajaa vaikea tavoittaa	Vastaanot-tavasta tahosta johtuvat ongelmat	Selkeän kotiuttamis prosessi-mallin puuttumine n
	" optimoinnin puhelin varattu kauankin"	Puhelin on varattu			
	" tulee sitä viivettä, kun ei saada heti yhteyttä optimointiin."	Optimoinnin puhelut ruuhkautuu			
	"osastolla puhutaan potilaille kotiutuspäivästä ja pettymys on jos niitä palveluita ei saada heti"	Kotihoidon palvelut eivät järjesty toivotulla tavalla	Palvelun saatavuus		
"että ei ole aina antaa niitä tarvittavia palveluita, kenellä niitä on jo aikaisemmin ollut. Miksi niitä ei voi sitten käynnistää niitä uudelleen ?"	Kotihoito ei voi järjestää uudelleen palveluita				
"kotioidon resurssit...monesti ei pystyä lisäämään niitä apuja, saattaa joutua odottelemaan monta päivää niitä."	Kotihoidon resurssit riittämättömiä				
	"kun lisätään apuja sinne maakuntaan ja siellä on tarve massiiviselle avulle, niin on haastavaa. Kokkolassa on erikoistiimejä , niin kotiutus on joustavampaa.	Maakunnissa ei ole erikoistiimejä	Palveluiden laajuus		

LIITE 4

Tutkimus- kysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
1. Millaisia kokemuksia sinulla on kotiutus- Prosessista?	"yhteydenotto tahoja on monta, pitää soittaa sinne optimointiin ja kotihoidon sairaanhoitajalle raporttia."	Joudutaan soittamaan liian monelle raporttia			
	" joutuu toistamaan monia asioita useaan kertaan."	Joudutaan toistamaan samoja asioita	Useita yhteydenottoja ja toistoa		
	" yhteydenottotahoa jo monta...optimointi, kotisairaanhoitaja, vaikka olisi jo vanha asiakas. Samoja asioita käydään monesti läpi."	Liian monta yhteydenottoa kotiutuksesta			
	" että se informaatio menee eteenpäin."	Tiedonkulussa katkoksia	Osastojen ja kotihoidon välinen yhteistyö puutteellista	Lähetettävistä tahosta johtuvat ongelmat	Selkeän kotiuttamisprosessin puuttuminen
	"kotisairaanhoitaja ei edes tiedä, että asiakas on kotiutunut."	Tiedonkulku puutteellista			
	" Ei tohdita kotiuttaa potilasta, ei ole luottamusta vastaanottavaan yksikköön"	Ei luoteta kotihoitoon			
"ei tunneta kotihoidon kenttää, asiaa en näe täältä kuin osaston kannalta"	Ei tunneta kotihoidon kenttää	Osastoilla ei tunneta kotihoidon toimintatapaa			
" tietääkö ne (koordinoivat hoitajat), että onko se edes kotikuntoinen että voi kotiutua?"	Ei tuntemusta asiakkaan selviytymisestä kotona				
"vaikea arvioida, onko 20 minuutin käynti vain 30 minuutin käynti siellä kotona tarpeen"	Osastolla vaikea arvioida kuinka asiakas kotona pärjää				

Tutkimus- kysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
1. Millaisia kokemuksia sinulla on kotiutusprosessista	" Osaston näkökulmasta voi tulla tilanne, ettei ole tavannut potilasta ja pitää alkaakin kotiuttaa. Tieto on kirjauksien varassa. "	Tieto kirjausten varassa	Kirjaaminen puutteellista	Lähettäväs- tä tahosta johtuvat ongelmat	Selkeän kotiuttamisprosessin puuttuminen
	" sinne ei ole kirjoitettu, mitä ollaan sovittu kotihoidon kanssa."	Sovituista asioista ei ole kirjattu mitään	Kirjaaminen ja informointi ei toteudu		
	" kotiutus tulee yhtä äkkiä ja silloin tunnint ei tahdo riittää"	Äkkinäinen kotiutus aiheuttaa ylitöitä	Asiakas joutuu Odottamaan kotiin pääsyä		
	"lääkäri ei kääntänyt lääkelistaa kotilääkelistaksi, reseptejä saa odottaa."	Osastolääkitys jää päälle. Ei saa reseptejä			
	"jäädään odottamaan osastolla omalääkäriä, ja kotiutus siirtyy"	Omalääkäri ei ole töissä.	Omaisista johtuva viivästyminen	Kolman- nesta tahosta johtuvat ongelmat	
	" omaisia ei saada kiinni, ei pysty kotiuttamaan, jos omainen ei tiedä."	Omaisista ei tavoiteta			
	"omaiset sanoo, että tykkäisi että ei kotiutettusi vielä vaan vasta myöhemmin."	Omaisesta estävät kotiutuksen	Kuljetuksesta aiheutuvat ongelma		
	" ongelma on siinä, että kun taksi ei saa enää koukasta edes kaupan kautta vaikka ihminen olisi asiallinen- jäykkää on."	Taksipalvelu jäykkää			

Tutkimus-kysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
2. Miten kotiuttamisprosessia tulisi kehittää kotiuttamishoitajien mielestä?	"Kotiutus pitäisi sujua mutkattomasti"	Kotiutuksen yksinkertaistaminen			Kotiutuksen toimintamallin kehittämisen
	"Asiakkaan kotiutuminen pitäisi onnistua virka-ajan ulkopuolellakin"	Kotiutuminen virka-ajan ulkopuolella	Kotihoidon palvelujen saatavuuden parantaminen	Kotihoidon kotiutusprosessin kehittäminen	
	"iltaisinkin pitäisi olla joustoa, vaikka potilas tulee päivystyksestä kotiin... tarkistetaan lääkkeet illan ajalta ja aamulla "	Joustavampi kotiutus			
	"yhteydenottokanava olisi vain optimointi, ei tarvitsisi muualle soitella."	Yhteydenotto vain optimointiin	Vain yksi yhteydenotto-taho		
	"perus- ja lähihoitajatkin voisi olla siinä kotiutuksessa , kun ne tietää potilaan hyvinkin, kun tekevät enemmän hoitotoimenpiteitä."	Lähi- ja perushoitajien näkemyksen hyödyntäminen	Hoitajien osaamisen hyödyntäminen	Osaston kotiutusprosessin kehittäminen	
	"pitäisi olla se tieto alkuvaiheessa hyvin ne tiedot siellä papereissa, miten potilas on ollut siellä kotona ja minkä kuntoinen se on. Millaisia apuja ollut ."	Kotihoidon kirjaamisten hyödyntäminen	Potilastietojen hyödyntäminen		
	"kotiuttamishoitajien työn pitäisi vähentää osastojen puhelinsoittojen määrää"	Kotiuttamishoitajien työ vähentäisi puhelin soittoja			

LIITE 5

**Prosessin
muutiedot**
 Valinnainen Sari
 Mallinnaja Kero-Järvelä Marja
 Viimeksi päivitetty 19.5.2020
 Hyväksymys-pvm
 Versio



Kotihoito

