



Turvallinen kotiutuminen vuodeosastolta kotihoitoon Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa

Janina Tuliniemi, Minna Kiviranta



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Turvallinen kotiutuminen vuodeosastolta kotihoitoon
Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa**

Janina Tuliniemi, Minna Kiviranta
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö, AMK
Toukokuu, 2021

Janina Tuliniemi, Minna Kiviranta

Turvallinen kotiutuminen vuodeosastolta kotihoitoon Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa

Vuosi

2021

Sivumäärä

45

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Perusturvakuntayhtymä Karviaisen yksiköiden kotiuttamismallin kehittämisessä ja lisätä kotiutumisen turvallisuutta. Tarkoituksena oli kartoittaa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen vuodeosaston ja kotihoiton kotiutumiskäytäntöjä ja niihin liittyviä haasteita sekä löytää kotiutumisprosessin mahdolliset ongelmakohdat.

Tutkimuksen teoriaosuus koottiin käyttämällä potilasturvallisuuteen, laadullisen tutkimuksen teoriaan sekä hoitotieteen tutkimukseen perustuvaa kirjallisuutta. Työssä hyödynnettiin myös Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kotisivuja sekä haastateltiin esihenkilöitä molemmista yksiköistä. Tutkimusmenetelmänä oli kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. Aineistonkeruu toteutettiin sekä haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa, että jakamalla kirjallista kyselyä osastolta kotiutuville potilaille. Asiakaskyselyyn ei saatu yhtään vastauksia, mikä eväsi mahdollisuuden asiakasnäkökulman muodostumiseen. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tarkoituksena oli löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Tutkimustulosten puolesta turvallista kotiutumista osastolta kotihoitoon Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa voitaisiin kehittää. Molemmissa yksiköissä nousi esille yhteistyöhön liittyviä tekijöitä. Tiedonsiirto oli sujuvaa ja raportit olivat sisällöltään pääsääntöisesti kattavia. Ongelmaksi koettiin kuitenkin yhteydenotot eri tahoihin. Myös kirjauksissa olisi kehitettävää sisällöltään. Kommunikoinnin tärkeys korostui ja potilasta kotiuttaessa olisi tärkeää sopia työnjaosta. Aikainen yhteydenotto ja laadukkaan taustatyön tekeminen ehkäisisi näkemuserojen syntymistä. Lääkkeitä asiakkailla on yleensä paljon, jonka koetaan lisäävän lääkehoidon haastavuutta. Kiire, resurssit ja kotiutuksen vaatima työmäärä nousivat keskeisinä asioina esille. Potilaan oma näkemys tulisi kartoittaa hoitojakson alusta alkaen sekä kotiutumisprosessin kaikissa vaiheissa, kokonaisvaltaisemman hoidon vuoksi. Muutokset voivat aiheuttaa esimerkiksi vaaratilanteita. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen vaatii perusteellista taustatyötä. Haastavaksi koettiin kotiutujan kotikuntoisuuden arviointi, koska osaston ja kodin olosuhteet poikkeavat toisistaan huomattavasti. Kehittämiskohteiksi nousivat yhteydenpidon helpottaminen, selkeän ohjeistusten luominen, turvallisen lääkehoidon varmistaminen, resurssien lisääminen sekä potilaiden ja omaisten osallistaminen kotiutuksen sujuvuuteen. Seuraavaksi opinnäytetyön aiheeksi sopisi asiakasnäkökulman kartoitus, joka toisi lisäarvoa kehitystyöhön.

Asiasanat: Potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, ikääntyneet, potilassiirrot

Janina Tuliniemi, Minna Kiviranta

Safe discharge from the ward to home care in Karviainen Joint Municipal Authority

Year

2021

Pages

45

The purpose of this thesis was to provide information which can be used to develop the units the repatriation model and to increase the repatriation security in Karviainen Joint Municipal Authority. The purpose was to survey inpatient and repatriation practices and its their related challenges to identify possible problems in the repatriation process within Karviainen Joint Municipal Authority.

The theoretical part framework of the research was collected by using literature which was based on patient safety, qualitative research theory and nursing research. Karviainen Joint Municipal Authority's websites were utilized and forepersons from both units were interviewed for this thesis. The research method used was qualitative research.

The data collection was carried out both by interviewing medical staff and by distributing a written questionnaire to patients returning from the ward. No responses were received from the customer survey, which denied the possibility of a customer perspective being formed. The research material was analyzed by content analysis. The purpose was to find answers to the research questions.

The results reveal that repatriation security within Karviainen Joint Municipal Authority can be developed further. Both units had cooperation factors that came to the fore. Data transmissions were fluent, and reports were extensive by their content. However, the experienced problem was contacting different parties. Also, the content of the records could be improved. The importance of communication was highlighted and when it comes to the regarding patient discharge, it would be important to agree on the division of labor.

Early contact and qualitative research work would prevent differences of opinion from forming. Clients typically have plenty of medicines which is perceived to increase the challenges of pharmacotherapy. Busy schedule, resources and the amount of work required for repatriation were highlighted as the key issues. The patient's own view should be charted from the beginning of the treatment period and at all stages of the discharge process, due to ensure holistic treatment.

Changes can cause for example hazards. Securing the continuity of the treatment would require thorough background work. Assessing the home conditions of the repatriation was considered challenging, because the conditions in the ward and at home differ considerably.

Development areas were facilitating communication, creating clear guidelines, ensuring safe medical treatment, increasing resources, and involving patients and relatives to make discharge smooth. For the next thesis a topic for further research could be charting of customer perspectives, which would add value for the development work.

Keywords: Patient safety, continuity of care, elderly, patient transports

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Keskeiset käsitteet	8
2.1	Peruskuntayhtymä Karviainen	8
2.2	Ikääntyneet laitos- ja kotihoidon asiakkaat	8
2.3	Koti- ja vuodeosastohoito	10
2.3.1	Nummelan vuodeosasto	11
2.3.2	Säännöllinen kotihoito	11
2.4	Potilasturvallisuus.....	12
2.4.1	Vaaratapahtumat.....	12
2.4.2	Monilääkityksen eli polyfarmasian vaikutus lääketurvallisuuteen	14
2.4.3	Hoidon jatkuvuus ja kotiutuminen vuodeosastolta kotihoitoon.....	15
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	18
4	Opinnäytetyön toteutus ja menetelmät.....	18
4.1	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	19
4.2	Otantamenetelmät ja aineiston keruu	19
4.2.1	Haastattelu.....	20
4.2.2	Avoin kysely	21
4.3	Aineiston analyysi	22
4.3.1	Sisällönanalyysi	22
4.3.2	Litterointi ja koodaus	23
4.4	Tulokset.....	26
5	Pohdinta.....	30
6	Luotettavuus	32
7	Eettisyys.....	34
	Lähteet	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
	Kuviot	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
	Taulukot	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

lääkkäät elävät yhä vanhemmiksi ja avun sekä tuen tarve kasvaa. Nykyisessä palvelurakenteessa on tavoitteena ylläpitää asiakkaan toimintakykyä sekä tarjota palveluita monipuolisesti kotona asumisen tueksi. Siirtyminen vuodeosastolta kotihoitoon tulisi suunnitella yhdessä kotiutujan kanssa, huomioiden hänen yksilöllisyytensä ja tarpeensa. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020a.) Perusturvakuntayhtymä Karviainen on Vihdin kunnan ja Karkkilan kaupungin muodostama kuntayhtymä. Kotiutumisprosessin kehittäminen on ajankohtainen aihe Perusturvakuntayhtymä Karviaiselle vuonna 2021 tapahtuvan palvelurakennemuutoksen vuoksi. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020a.)

Aihe valikoitui tilaajan toivomuksesta, koska yksiköissä on havaittu kotiutumisen sujuvuudessa vaihtelua. Opinnäytetyöhön haetun teorian pohjalta ilmeni runsaasti riskitekijöitä, jotka voivat vaarantaa turvallisen kotiutumisen toteutumista. Työ toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin haastattelemalla molempien yksiköiden hoitohenkilökuntaa. Asiakasnäkökulmaa kartoitettiin potilaille jaetulla kyselylomakkeella, joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kotiutumisella potilaan siirtymistä terveystieteiden vuodeosastolta säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi. Potilaalla voi olla jo voimassa oleva asiakkuus kotihoidossa tai asiakas voi olla tuleva säännöllisen kotihoidon asiakas. Turvallisuudella tarkoitetaan potilasturvallisuuden eri ulottuvuuksia. Teoreettisessa viitekehityksessä tuodaan esiin lainsäädännöllistä perustaa ikääntyneiden hyvinvoinnin tukemisesta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen vuodeosaston ja kotihoidon kotiutumiskäytäntöjä ja niihin liittyviä haasteita sekä löytää kotiutumisprosessin mahdolliset ongelmakohdat. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää yksikön kotiuttamismallin kehittämisessä, ja lisätä kotiutumisen turvallisuutta. Tutkimuskysymyksiä ovat: Mistä tekijöistä kotiutuminen koostuu? Mitkä tekijät edistävät tai estävät turvallista kotiutumista?

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Peruskuntayhtymä Karviainen

Peruskuntayhtymä Karviainen on Vihdin kunnan ja Karkkilan kaupungin muodostama kuntayhtymä. Karviainen järjestää perusterveydenhuollon sekä sosiaalityöpalveluita noin 37900 asukkaalle. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020a.)

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen keskeisenä periaatteena ja toimintapohjana toimii elämäkaarimalli. Kaikki Karviaisen palvelut on jaettu ikäryhmien mukaisesti palvelukokonaisuuksiksi. Jokainen palvelukokonaisuus muodostaa oman palvelulinjansa, joita ovat perheiden, työikäisten ja ikäihmisten palveluiden linja. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020a.) Opin- näytetyön aihe rajautui koskemaan Vihdin vuodeosastolta kotiutuvia, säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Keskeiset käsitteet selkeytyivät kirjallisuuteen tutustumisen avulla.

2.2 Ikääntyneet laitos- ja kotihoidon asiakkaat

Monissa länsimaalaisissa kulttuureissa ikääntynyt henkilö mielletään työelämän lopettaneeksi noin 65- vuotiaaksi, joka saa eläke-etuuksia (Oulun yliopisto 2015). Suomen laissa ikääntynyt väestö määritellään vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaksi väestöksi. Ikääntyneeksi on kuitenkin haastavaa määritellä elinvuosien mukaan, koska toimintakyky voi vaihdella suuresti ikään katsomatta. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) määrittelee iäkkääksi henkilön ”jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. Gustavson (2020) toteaa, että nykypäivänä vanhus käsitteen käyttö on vähentynyt. Se saatetaan mieltää negatiiviseksi ja kokea loukkaavana. Kotimaisten kieltenkeskus (2020a & 2020b) määrittelee vanhus ja ikäihminen termien tarkoittavan vanhaa ihmistä. Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä ikääntynyt henkilöistä, jotka ovat yli 65-vuotiaita ja ovat oikeutettuja kotihoidon palveluihin.

Opinnäytetyössä ikääntyneistä puhutaan myös potilaina sekä asiakkaina. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Potilas muuttuu asiakkaaksi siirtyessään osastohoidosta kotihoitoon. Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) määrittää asiakas termiä käytetään henkilön ollessa sosiaalipalvelujen piirissä. Usein kotihoidon asiakkuus sisältää sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluja. Etene (2011) määrittää asiakastermin korostavan asiakkaan ja ammatillisen henkilöstön tasa-arvoisuutta ja asiakkaan päätösvaltaa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoidikaattorin (2020b) mukaan Vihdin alueella tyypillinen ikääntynyt kotihoidon asiakas on yli 75-vuotias. Vuonna 2018 Vihdin

kotihoidon 209 asiakkaasta 158 oli 75- vuotta täyttäneitä tai sitä vanhempia. Kotihoidon asiakkaista oli 32 henkilöä 65-74 -vuotiaita vuonna 2018.

Vihdissä terveydenhuoltopalvelut on yhdistetty Karkkilan kaupungin kanssa, ja kotihoitoa järjestetään sitä tarvitseville henkilöille. Kotihoidon palveluja perusturvakuntayhtymä Karviainessa ovat kotipalvelu ja kotihoidon tukipalvelut sekä kotisairaanhoido. Kotihoidon palveluita on mahdollista saada käyttöönsä kriteerien täytyessä ikäihmisten palveluohjauksen tai neuvonnan kautta, koska Suomen laki sitä velvoittaa. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020c.) NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research) on toteuttanut tutkimuksen vuonna 2013, jonka tarkoituksena oli kartoittaa valtioiden osallistumista kotihoidon järjestämiseen Euroopassa. Kotihoitoa pidetään pääsääntöisesti kustannustehokkaana palveluna hoitamaan ikääntyvää väestöä. Osassa Euroopan maissa kotihoidon järjestäminen ei missään kohdassa kuulu valtiolle eikä kunnille, vaan sen järjestävät omaiset ja läheiset. Osassa Euroopasta naisten velvollisuutena on jäädä työelämästä pois, pitämään huolta vanhemmista ikäpolvista perheen sisällä. Varallisuustilanteen ollessa parempi, valtiot kykenevät osallistumaan kotihoitoon merkittävästi enemmän. Tutkimukseen osallistui 31 maata, joista 26 oli EU-maita. Tutkimus kuitenkin osoitti, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista kotihoidon palveluista rahoitetaan ainakin osittain julkisista varoista. Ruotsissa, Tanskassa, Suomessa ja Norjassa tutkimuksen mukaan on hyvin vähän epävirallisia hoitotahoja, koska valtio tarjoaa kotihoitoa lain puitteissa. (Genet, Kroneman & Boerma 2013.)

Hammar (2008) on selvittänyt kotihoidon asiakkaisen olevan monisairaita ja heillä on käytössään useita samanaikaisia lääkityksiä. Tavallisimmin kotihoidon asiakkaat sairastavat tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, sydän- ja verisuonisairauksia, aineenvaihduntahäiriöitä, erilaisia hengityselinten sairauksia, ruoansulatushäiriöitä, syöpätauteja sekä heillä oli erilaisia vammoja. (Hammar 2008.) Järvinen (2018) on tutkinut 65- täyttäneitä ja sitä vanhempia kotihoidon asiakkaita. Tutkimuksessa on todettu asiakkailla olevan keskimäärin 4,6 sairausdiagnoosia ja säännöllisessä käytössä asiakkailla oli 2-19 lääkettä. Sairausdiagnooseja sekä lääkkeitä oli eniten ryhmässä, jossa kotihoito vastasi lääkehoidosta. Keskimäärin sairausdiagnooseja oli 5,2 ja säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä 10,2. (Järvinen 2018.) Onditi (2017) on tutkinut kotihoidon asiakkaiden monilääkitystä. Kohderyhmän ikä vaihteli 70-90- vuoden välillä. Kohderyhmässä säännöllisessä käytössä lääkkeitä oli 11-31 ja keskimäärin ryhmällä oli käytössä 19 eri lääkevalmistetta. (Onditi 2017.)

Ikääntyneet elävät yhä vanhemmiksi ja muistisairauksien määrä kasvaa. Koko Suomessa vuonna 2015 Säännöllisessä kotihoidossa muistisairaus oli todettu 20,4 prosentilla asiakkaista, lyhytaikaisessa eli alle 90 päivää kestävässä laitoshoidossa oleilla potilailla 27,7 prosentilla ja pitkäaikaisessa eli yli 90 päivää kestävässä laitoshoidossa muistisairaus oli todettu 53,5 prosentilla potilaista. Kotihoidon asiakkaisiin ei ole laskettu niitä henkilöitä, jotka ovat olleet laskentahetkellä laitoshoidossa. Laskentaan on huomioitu ne henkilöt, jotka ovat saaneet

diagnoosin muistia tai tiedon käsittelyä heikentävästä sairaudesta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020c.) Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos on todennut, että muistisairauden tunnistaminen voi olla haastavaa. Se on todettu vuoden 2011 Ikäihmisten palveluiden vertailukehittämishankkeen aineiston perusteella. Aineistosta kävi ilmi, että kognitiivisen toimintakyvyn alentumista oli 72 prosentilla kotihoidon asiakkaista, mutta dementoiva sairaus oli diagnosoitu vain 35 prosentilla. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

2.3 Koti- ja vuodeosastohoito

Kotihoito käsitteenä sisältää kotisairaanhoidon palveluita sekä kotipalvelua. Kotihoidon tarjoamat palvelut ja sisällöt voivat vaihdella kunnittain. (Palvajärvi 2012.) Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittelee kotipalvelun tarkoittavan ”asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.” Kotipalvelun tukipalveluita voivat olla ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalvelut ja siihen voi myös kuulua asiakkaan sosiaalisia suhteita ja vuorovaikutusta tukevia palveluja. Kotisairaanhoidon terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan ”hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua.” Terveydenhuoltolain (1326/2010) vuodeosastohoidolla eli laitoshoidolla tarkoitetaan potilaan saamaa hoitoa ja kuntoutusta sairaalassa, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon yksikön vuodeosastolla tai samankaltaisessa toimintayksikössä.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee kuntien vastuut sekä velvoitteet sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä. Terveyskeskuksen vuodeosastohoito sekä kotihoito kuuluvat kuntien järjestämään perusterveydenhuoltoon. Kansanterveyslaki (66/1972) määrittelee kansanterveystyön eli perusterveydenhuollon yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaksi terveyden edistämiseksi sekä siihen kuuluvat sairauksien ja tapaturmien ehkäisy, että yksilön sairaanhoito. Kotihoidon työn perusteina on myös sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kotihoito voi olla joko sosiaalihuollon tai terveydenhuollon alainen yksikkö. Yksiköstä vastaava taho määräytyy sen mukaan vastaako sen toimeenpanosta sosiaali- vai terveydenhuollon toimielin. Uuden yksikön alaisuus määräytyy tehtävien painotuksen mukaan. Asiakkaan edun mukaisesti noudatetaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon säädöksiä, jotka vastaavat parhaiten asiakkaan palveluntarvetta ja lääketieteellisiä tarpeita (1301/2014). Potilaan tai hänen omaisensa ollessa tyytymätön terveydenhuollossa saatuaan hoitoon, hänellä on oikeus tehdä asiasta virallinen kantelu. Kantelut saadusta hoidosta tehdään joko Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon Valviraan tai siihen aluehallintovirastoon, jonka alueella potilas on ollut hoidettavana. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020d.)

2.3.1 Nummellan vuodeosasto

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen Nummellan vuodeosastolla on 36 potilaspaikkaa. Potilaspaikoista yksi on ylipaikka. Ylipaikka otetaan käyttöön tarvittaessa erikoissairaanhoidon ruuhkautuessa tai kotihoidon lääkäri voi sopia osaston lääkärin kanssa paikan varaamisesta kotihoidon asiakkaalle. Kotihoidon asiakas voi siirtyä suoraan vuodeosastolle esimerkiksi saattohoitoon tai valmistautumaan toimenpiteeseen. (Tallgren & Kölhi 2020.) Ensisijaisesti potilaat tulevat osastolle lääkärin läheteellä sairaalasiirtona toisesta yksiköstä, kuten erikoissairaanhoidosta päivystyksestä tai Lohjan kaupungin arviointiosastolta. Potilaita voi saapua kaikkina vuorokaudenaikoina. Osastolla hoidetaan akuutisti sairastuneita potilaita, toteutetaan kuntouttavaa hoitotyötä sekä tarjotaan muuta lyhytaikaista osastohoitoa. Osa potilaista on pitkäaikaishoitoa tarvitsevia, jotka eivät pärjää enää kotona ja ovat siirtymässä palveluasumisen piiriin. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020b.)

Osastolla hoitoa toteutetaan moniammatillisena työryhmänä, johon kuuluvat lähi- ja sairaanhoitajat, osastonhoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutti sekä osastonlääkärit. Osastolla on kaksi lääkäriä. Lääkärit, osastonhoitajat, fysio- ja toimintaterapeutti ovat tavattavissa osastolla arkipäivinä virka-aikaan. Osastonlääkärit tekevät potilaskierron päivittäin hoitajan kanssa, jolloin hoitoa pohditaan yhdessä potilaan kanssa. Osastonlääkärien kanssa potilaskierrolla kiertää kahdesti viikossa seniorilääkäri. Joka toinen viikko on kierto, johon osallistuvat myös kotihoidon osastonhoitajat, tilapäisen kotihoidon osastonhoitaja, sosiaalityöntekijä, geriatri sekä osastonlääkärit. Työryhmässä pyritään moniammatillisesti pohtimaan potilaiden jatkohoitoa sekä kotiutumisen edellytyksiä. Lopullisen päätöksen potilaan kotiutumisesta tekee aina lääkäri. (Tallgren & Kölhi 2020.)

2.3.2 Säännöllinen kotihoito

Kotihoito muodostuu yhdistyneistä kotipalveluista sekä kotisairaanhoidosta, joka toteutetaan ympärivuorokautisesti. Kotihoidon palveluita on mahdollista saada käyttöönsä ikäihmisten palveluohjauksen tai neuvonnan kautta. Palveluntarve tulee ensisijaisesti kartoittaa ja tehdä mahdollisesti ensiarviointikäynti. Käynti tehdään aina asiakkaan kotiin, hänen valtuuttamallaan luvalla. Käynnillä arvioinnissa käytetään apuna erilaisia toimintakykyä mittaavia mittareita. Jos asiakas käynnin perusteella hyötyisi kotihoidon palveluista, voidaan niitä järjestää tarpeen mukaan. Kotihoidon palvelut kattavat monipuolisesti apua asumiseen, hoivaan ja huolenpitoon sekä elämään liittyviin toimintojen suorittamiseen ja ylläpitämiseen. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020c.)

Asiakkaan on mahdollista saada kotihoidon säännöllisiä palveluita alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, sairauden, vamman tai muun merkittävän tekijän perusteella. Asiakaskunta muodostuu Karviaisessa ikäihmisistä, vammaisista ja pitkäaikaissairaista. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020c.)

Säännöllinen kotihoito muodostuu jatkuvasta hoidon ja tuen tarpeesta, johon asiakas tarvitsee toistuvasti apua, jopa päivittäistä terveydenhuollon ammattitaitoa. Jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kootaan myönnetty tuen palvelut. Kotihoitoa mahdollistetaan moniammatillisena yhteistyönä, johon lähihoitajien ja sairaanhoitajien lisäksi kuuluu myös lääkäripalvelut, fysioterapia sekä toimintaterapia. Lisäksi on saatavissa erilaisia tukipalveluita, kuten turvaranneke ja ateriapalvelu. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020c.)

2.4 Potilasturvallisuus

Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Jokaisella on myös oikeus perustuslain mukaan riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa oikeanlaista, tarvitsemaansa hoitoa oikeaan aikaan. Potilasturvallisuus muodostuu hoidon turvallisuudesta, lääkehoidosta sekä laiteturvallisuudesta. Potilaan näkökulmasta hoidon tulee olla laadukasta ja aiheuttaa mahdollisimman vähän haittaa. (Terveystalouden- ja hyvinvoinninlaitos 2020d.)

Laiteturvallisuudella tarkoitetaan laitteiden toimivuutta sekä niiden oikeaa käyttöä. Laitteet tulee huoltaa säännöllisesti eikä niitä tule käyttää, mikäli niiden toimivuudesta ei ole varmuutta. Laiteturvallisuuteen kuuluu myös niiden asianmukainen käyttäminen ja niiden käyttöön perehtyminen. Hoidon turvallisuus sisältää hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden. Hoidon turvallisuus tarkoittaa mahdollisia hoidon aiheuttamia haittoja potilaalle ja hoitamisen turvallisuus hoitoprosessien poikkeavuuksia kuten sovitusta hoitokäytänteestä poikkeamista. Lääkehoidon turvallisuus sisältää lääketurvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkevalmisteeseen liittyvää turvallisuutta ja siihen liittyviä mahdollisia lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia. Lääkitysturvallisuus sisältää lääkkeen käyttöön kuuluvan turvallisuuden ja siihen kuuluvat lääkityspoikkeamat. Lääkityspoikkeamat voivat olla esimerkiksi lääkkeen väärä antoaika tai väärä vahvuus. (Stakes & Lääketurvallisuuden kehittämiskeskus Rohto 2006.)

2.4.1 Vaaratapahtumat

Vaaratapahtumilla tarkoitetaan hoitotyössä tapahtuvia läheltä piti-tilanteita sekä haittatapahtumia. Läheltä piti-tilanteilla tarkoitetaan tapahtumaa, joissa potilaalle olisi voinut tapahtua haittaa, mutta tapahtumalta vältyttiin sattuman tai ennakoinnin vuoksi. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaalle aiheutuu voi aiheutua haittaa. Poikkeamalla tarkoitetaan terveydenhuollon toiminnassa tapahtuvia suunnitelluista tai sovitusta toiminnasta poikkeamista, jonka vuoksi potilaalle voi aiheutua vaaraa tai haittatapahtumia. Poikkeama voi liittyä terveydenhuollossa tuotteisiin, toimintaan, ympäristöön tai järjestelmiin. (Valvira 2007.)

Lain mukaan jokaisella yksiköllä tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma, jonka tarkoituksena vähentää hoidosta johtuvia haittoja ja hoitovirheitä. Vaaratapahtumat käydään aina läpi potilaan kanssa yksikön ohjeiden mukaisesti sekä hänen toivoessaan myös omaisten. Suunnitelmasta tulee löytyä myös ohjeet poikkeamien, vaaratilanteiden ja häiritsevien tapahtumien raportointiin. Näille on olemassa oma raportointijärjestelmänsä. Yleisesti käytössä on HaiPro-raportointimalli ja ohjelma, jossa ilmoituksen voi tehdä sähköisesti. Tärkeänä osana raportointia on organisaation luoma avoin potilasturvallisuuskulttuuri, jossa kannustetaan raportoimaan tilanteista avoimesti, jotta ne voidaan käsitellä ja niistä voidaan oppia. Tapahtumat tulisi käsitellä moniammatillisesti ja syyllistämättä ketään. Moniammatillisessa tiimissä tulisi pohtia, kuinka vastaisuudessa samankaltaiset tapahtumat voidaan välttää. Yksikön tulee tiedottaa vakavista ja harvinaisista tapahtumista myös organisaation rajojen yli. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Organisaatioilla on myös raportointivastuu. He noudattavat raportoivat voimassa olevien lakien ja ohjeistusten mukaan myös muille viranomaisille tapahtumista, jotka liittyvät potilasturvallisuuteen. Niihin on olemassa myös omia ohjelmiaan kuten tartuntatautirekisteri ja rekisteri sairaalainfektioista. "Terveyshaittaan johtavista häiritsevistä tapahtumista ilmoitetaan lakisääteiseen sairaaloiden hoitoilmoitusjärjestelmään", jota kutsutaan HILMO:ksi. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011.) Jokaisella yksiköllä on vastuu raportoida haitoista, jotka aiheutuvat terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoidon tai suorittaman toimenpiteen seurauksena. Potilaalle aiheutuva haitta voi olla esimerkiksi haavainfektion aiheuttama hoitoajan pidentyminen tai sairaalassa syntynyt painehaava. Tietoja voidaan hyödyntää yksikkötasolla sekä valtakunnallisesti. (Kuisma 2010.)

Kuisma (2010) käsittelee tutkimuksessaan potilasturvallisuutta ja vaaratapahtumien HaiPro-raportointia yhden organisaation eri yksiköissä, kuten erikoissairaanhoidossa sekä asumispalveluyksiköissä. Aineisto koostui 1688 vaaratapahtumailmoituksesta. Tutkimuksessa keskeisenä sisältönä todettiin potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta tärkeiksi osioksi esimerkiksi huolellinen kirjaaminen ja raportointi, selkeät toimintamallit ja ammattitaitoinen yhteistyö. Tutkimustuloksista käy ilmi, että yleisin vaaratapahtuma liittyi lääkehoitoon. Lääkehoidon vaaratapahtumia oli 53 % eli 892 tapahtumaa. Yleisin lääkehoitoon liittyvä vaaratapahtuma liittyi joko lääkkeenantoon tai sen jakamiseen. Toiseksi yleisin vaaratapahtuma oli potilaalle aiheutuneet tapaturmat tai onnettomuudet kuten kaatuminen, joita oli 29 % eli 496 ilmoituksesta. Kolmanneksi yleisin ilmoituksen syy oli tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset, joita oli 4 % eli 71 ilmoituksesta. Yleisimmin vaaratapahtumaan johtivat suulliset tiedonkulun ongelmat ja puutteet. Vellonen, Kaunonen ja Suominen (2019) ovat tutkineet kotihoidon vaaratapahtumia ja toteavat tutkimuksessaan, että yleisimpiä lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia ovat jako-, anto- ja kirjaamisvirheet. Lääkehoidon vaaratapahtumiin johtivat usein viestinnän ongelmat. Viestintään liittyviä ongelmia todettiin erityisesti sairaalan ja kotihoidon välillä. Tutkimuksessa ilmenee, ettei kotihoitoa aina informoida

lääkemuutoksista, potilas ei saanut tarvittavaa lääkitystä tai häntä ei ohjattu lääkehoidon suhteen oikein. Tutkimuksessa myös todetaan, ettei HaiPro-ilmoitusten määrä vastaa todellista vaaratapahtumien määrää. (Vellonen, Kaunonen & Suominen 2019.)

2.4.2 Monilääkityksen eli polyfarmasian vaikutus lääketurvallisuuteen

Monilääkityksellä tarkoitetaan usean lääkkeen, vähintään viiden lääkkeen käyttöä samanaikaisesti (Nikula 2019.) Lääketurvallisuuden keskeisiksi riskeiksi Schepelin ja Kuitusen (2020) mukaan voidaan tunnistaa potilassiirtojen lisäksi polyfarmasia eli monilääkitys. Schepel ja Kuitunen toteavat, että potilaan tullessa sairaalaan monilääkittyjen kotilääkityksen selvityksessä on usein ongelmia. Ajantasaisten lääkitystietojen selvittämistä sekä lääkelistan ylläpitoa vaikeuttavat eri hoitoyksiköiden tietojärjestelmät, jotka eivät sovi yhteen. Tiedot eivät siirry eri järjestelmien välillä. Hoitoyksikössä pitäisi olla ohjeistettu selkeä prosessi lääkelistan ajantasaisuuden tarkistamiseen. Erityistä huolellisuutta vaativia tilanteita ovat; potilaan sairaalaan saapuminen, siirtyminen yksiköstä toiseen sairaalan sisällä, kotiutuminen tai siirtyminen toiseen hoitoyksikköön. He ovat käyttäneet artikkelissaan muun muassa Helsingin (HUS) ja Kuopion (KYS) yliopistollisten sairaaloiden tutkimuksia. Tutkimuksissa arvioitiin moniammatillisesti 150 päivystykseen tulleen iäkkään lääkehoitoa. Tutkimuksessa on todettu, että HUS:ssa 16 % ja KYS:llä 33 % tutkittavista potilaista lääkitys oli osasyynä päivystykseen tulemiseen. (Schepel & Kuitunen 2020.) Monilääkitys voi muodostua esimerkiksi silloin, kun lääkkeet ovat usean eri lääkärin määräämiä ja samoihin vaivoihin tarkoitettuja. Myös itsehoitolääkkeet ja luontaistuotteet voivat lisätä monilääkitystä eli polyfarmasiaa. Lääkkeiden käyttö koko väestössä, erityisesti iäkkäässä väestössä on Suomessa kasvanut viime vuosikymmenten myötä. Potilaalla voi olla useita kroonisia sairauksia, joiden hoito edellyttää usean lääkevalmisteen käyttöä. Lääkkeet voivat vaikuttaa toistensa tehoon, lisätä tai heikentää käytettyjen lääkkeiden vaikutuksia ja aiheuttaa erinäisiä haittavaikutuksia. (Nikula 2019.)

Potilaiden, joilla on useita lääkevalmisteita käytössä yhtäaikaaisesti, tulisi käydä säännöllisemmin myös lääkärin tapaamisissa. Monilääkitys aiheuttaa paljon riskejä, jotka saattavat vaikeuttaa potilaan hyvinvointia ja terveyttä. Ihmisen homeostaattiset mekanismit heikkenevät iän karttuessa. Homeostaattisilla mekanismeilla tarkoitetaan sitä, että ihmisen kyky kompensoida lääkkeiden haittavaikutuksia heikkenee ja näin ollen haitallisten reaktioiden mahdollisuus kasvaa. Haittavaikutuksina voi esiintyä monella tavalla, kuten muistin heikkenemisenä, sekavuutena, huimauksena, kaatuiluna tai käytöshäiriöinä. (Kivelä & Rähä 2007.) Suomessa tuli voimaan 1.5.2011 uusi terveydenhuoltolaki, joka on uudistanut lupakäytäntöä niin, että potilaan hoidossa tarvittavien tietojen käyttäminen julkisella sektorilla eri toimipisteissä olisi mahdollisimman helppoa. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on parantaa hoidon laatua ja tukea sen turvallisuutta sekä vähentää päällekkäisyyksiä. Turvallisuutta lisää sähköinen maanlaajuisen Kanta-palvelun käyttöönotto Karviaisen alueella vuonna 2015. Jotta tietoja voidaan luovuttaa muille terveydenhuollon palvelujen antajille, se edellyttää potilaan antamaa

erillistä suostumusta. Suostumus on voimassa toistaiseksi ja sisältää kaikki järjestelmässä jo olevat ja myös siihen jatkossa tallennettavat potilastiedot. Potilaalla on oikeus myös rajata suostumuksen laajuutta erikseen tehtävällä kiellolla. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020 d.) Potilastiedot ovat salassa pidettäviä asiakirjoja rikoslain (1889/39) mukaisen rangaistuksen uhalla.

Yhdysvaltojen länsiosassa toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin 770 potilasta, jotka siirtyivät sairaalasta jatkohoitoon kotiin. Tutkimusryhmän potilaiden keski-ikä oli 71-vuotta, heillä oli keskimäärin 16 aktiivista lääketieteellistä ongelmaa ja keskimäärin yhdellä potilaalla oli käytössä 15 eri lääkettä. Tutkimuksessa ilmeni huomattavia eroja sairaalan ja kotilääkelistoissa. Tutkimuksessa koettiin muun muassa, että 90,1 prosentilla potilaista puuttui ainakin yksi lääkelistalta, 92,1 prosentilla kotiutuneista potilaista listalla oli lääkkeitä, jotka eivät olleet käytössä ja 89,9 prosentilla listalla oli lääkkeitä, joissa oli virheellisiä nimiä. Tutkimuksen perusteella iäkkäiden monisairaiden monilääkitys on ongelma myös kansainvälisesti. Pitkät lääkelistat lisäävät riskiä virheisiin lääkelistoilla ja vaarantavat potilasturvallisuutta. (Brody ym. 2016.)

2.4.3 Hoidon jatkuvuus ja kotiutuminen vuodeosastolta kotihoitoon

Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kotiutumisella potilaan siirtymistä terveysaseman vuodeosastolta säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi. Potilaalla voi olla jo voimassa oleva asiakkuus kotihoidossa tai hän voi olla uusi säännöllisen kotihoidon asiakas. Uudet kotihoidon asiakkaat siirtyvät ensin tilapäisen kotihoidon asiakkaiksi. Mikäli tilapäinen kotihoito arvioi asiakkaan kotihoidon tarpeen jatkuvan, siirtyy asiakas viimeistään neljän viikon kuluttua säännöllisen kotihoidon piiriin. (Sainio 2020.) Somersaaren (2013) mukaan kotiuttamisesta puhutaan, kun prosessia tarkastellaan kotiuttamiseen osallistuvan henkilökunnan näkökulmasta ja kotiutumisesta, kun kotiin siirtymistä katsotaan potilaan kannalta. Tässä työssä pyrimme tarkastelemaan asiaa molemmista näkökulmista. Kotiutusprosessi alkaa potilaan saapuessa osastohoitoon ja päättyy potilaan siirtyessä kotihoidon piiriin. Kotiutusprosessilla tarkoitetaan osastohoidon aikana tehtävää kotiutumisen suunnittelua, toteuttamista ja arviointia. (Niskanen 2012.) Kotiutumista tulisi suunnitella yhdessä potilaan kanssa jo tulovaiheessa. Nopea kotiutuminen edesauttaa potilaan toimintakyvyn säilymistä. Kotiutusprosessi sisältää monia ulottuvuuksia ja sen huolellinen toteutus on avainasemassa onnistuneessa kotiutumisessa. (Koski 2017.) Onnistunut kotiutus vaatii yhteistyötä osaston henkilökunnan, potilaan, omaisten sekä kotihoidon välillä. Mikäli potilaan palvelutarve, terveydentila, voimavarat ja toimintakyky on onnistuttu arvioimaan potilaan kotiutuessa hänen tarpeitaan vastaaviksi vähentää se riskiä joutua takaisin sairaalahoitoon. (Kehusmaa, Mäkelä & Heikkilä 2018.)

Hammar (2008) on selvittänyt kotiutusikäntöjä noin 22 kunnan alueella. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei tavoitteita asetettu potilaslähtöisesti ja käytänteet vaihtelivat suuresti. Hoidon jatkuvuuden puutteita ilmeni eikä oman alueen muita palveluja tunneta riittävästi. Potilailla ei ollut välttämättä nimettyjä omahoitajia tai lääkäreitä, jotka koordinoisivat hoitoa. Tiedonsiirron ongelmia havaittiin erityisesti eri yksiköiden välillä. Siirrettävän tiedon sisällöstä ei ollut selkeitä sopimuksia eikä selkeää siirtotapaa. Kotiutuksia ei valmistella potilaslähtöisesti eikä valmistelu tue riittävästi potilaan selviytymistä kotona. Tutkimuksessa on myös todettu, ettei kotiutumissa hyödynnetä riittävästi eri toimijoiden asiantuntemusta. Kotiutumisen suunnittelu aloitetaan liian myöhään ja aikaa sen valmisteluun jää liian vähän. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät ole ajantasaisia tai ne ovat tiedoiltaan puutteellisia tai saatavilla olevia tietoja ei hyödynnetä. (Hammar 2008.)

Potilaan saapuessa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen vuodeosastolle hoitajat arvioivat jo saapumistilanteessa kotiutumisen edellytyksiä. Hoitaja laatii alustavan hoitosuunnitelman mukana saapuneiden asiakirjojen sekä potilaan kanssa yhdessä läpi käydyn esitietolomakkeen pohjalta. Lääkäri pyrkii tapaamaan potilaan saapumispäivänä tai seuraavana arkipäivänä. Kotihoitoon otetaan yhteyttä 2-7 päivää ennen kotiutumista. Mikäli potilaan avun tarve on suuri, pyritään kotihoitoon olemaan yhteydessä jo osastohoidon ensimmäisinä päivinä. Kotiutumisen edellytyksiä arvioidaan yhdessä potilaan kanssa sekä ottamalla yhteyttä omaisiin. Omaisiin yhteydenotto tapahtuu tavanomaisesti samana päivänä kuin kotihoitoon. Ajoittain on tilanteita, joissa potilas siirtyy osastolle muusta yksiköstä jo kotiutumiskuntoisena. Tällöin yhteydenotto kotihoitoon kotiutumisesta voi tulla jo samana päivänä. (Tallgren & Kölhi 2020.)

Hoitaja arvioi hoitotoimien yhteydessä potilaan kuntoutumista ja kotiutumisen edellytyksiä päivittäin. Kuntoutumisen edistymistä arvioidaan myös yhdessä lääkärin kanssa päivittäisillä kierroilla. Hoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa tarpeen mukaan. Hoitosuunnitelmaan päivityksestä on vastuussa ensisijaisesti omahoitajat, mutta omahoitajien ollessa poissa kulloisenaikin päivänä potilaasta vastuussa olevat hoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa. Hoitaja kirjaa hoitosuunnitelmaan kotiutumista sovitut asiat ja tarvittavat yhteydenotot. Koska kotiutumisen valmistelu pyritään aloittamaan ajoissa, voi kotiutumisen valmistelua jatkaa seuraavana päivänä toinen hoitaja. Lääkäri tekee potilaalle tarvittaessa lähetteen fysioterapiaan tai toimintaterapeutille, jolloin he myös osallistuvat arvioitiin ja lisäävät hoitosuunnitelmaan kuntouttamisohjeet sekä arvioivat apuvälineiden tarvetta. Osastohoidossa olevien potilaiden kotiutumisen edellytyksiä kartoitetaan myös joka toisella viikolla olevalla moniammatillisella kierroilla, jolloin kotiutumista pystytään pohtimaan useasta näkökulmasta. Tällöin voidaan arvioida tarkemmin myös mahdollisten muutostöiden, apuvälineiden ja tukien tarvetta kotona, koska paikalla on myös kotihoito-osastonhoitajat sekä fysioterapeutit. (Tallgren & Kölhi 2020.)

Potilaan kotiutuessa kotiuttava hoitaja antaa kotihoidolle puhelinraportin ja käy yhdessä vielä läpi tarvittavat apuvälineet, lääkelistan, potilaan sen hetkisen toimintakyvyn ja avun tarpeen. Kotiutuksesta vastaava hoitaja ottaa yhteyttä sidosryhmiin tarvittavien apuvälineiden, tukitoimien kuten turvarannekkeen tai ateriapalvelun saamiseksi potilaalle. (Tallgen & Kölhi 2020.) Apuvälineet kotiin kuljettaa joko kotihoidon työntekijä, omainen tai Werstas. Werstas on perusturvakuntayhtymä Karviaisen kuntouttavan työtoiminnan työpaja, jolla pyritään parantamaan pitkäaikaistyöttömän asiakkaan elämän- ja arjenhallintaa. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2021.) Hoitaja myös varmistaa, että potilaalla on tarvittavat varat taksia varten, vaatteet, kotiavaimet tai potilaan voinnin vaatiessa vastaanottajana kotihoidon hoitaja tai omainen kotiutumista varten. Kotiutumispäivänä kotiutumisesta voi vastata osastolla hoitaja tai hoitajapari. Lähihoitaja voi vastata muutoin kotiutuksesta, mutta sairaanhoitaja huolehtii lääkehoidosta. Sairanhoitaja jakaa tarvittaessa potilaalle lääkkeitä mukaan. Potilaan lääkehoidosta voi vastata kotona omainen, potilas itse tai kotihoito. Lääkäri tekee potilaalle tarvittavat reseptit sekä tarkistaa lääkelistan ennen kotiutumista. Osastonsihteerin tilaa potilaalle tarvittaessa Kela-taksin sekä ohjelmoi mahdolliset jatkohoidot kuten laboratorionäytteidenoton lääkärin ohjeen mukaan. Hoitaja laatii myös hoitotyönyhteenvedon osastohoitojaksosta. Kotihoidolla sekä vuodeosastolla on sama potilastietojärjestelmä ja potilaan siirtyessä kotihoitoon lääkelista ja muut kirjaukset ovat saatavilla, mutta ilman potilaan erillistä suostumusta kotihoito ei näe osaston hoitajien laatimia päivittäiskirjauksia. (Tallgren & Kölhi 2020.)

Asiakkaan saapuessa kotiin, on pyritty järjestämään niin, että kotihoidon hoitaja olisi vastassa. Joskus vastassa voi olla myös omainen. Kotihoidossa vastuuhoidaja sekä vastuutiimi ovat vastuussa palvelu- ja hoitosuunnitelman päivityksestä ajan tasalle. Osastolta kotiuttava hoitaja on vastuussa siitä, että kaikki asiakkaan voinnista sekä toimintakyvystä tulee raportoituja kotihoidon piiriin. Osastoa on ohjattu soittamaan kotihoidon toimistosihteerin numeroon kaikissa kotiutustilanteissa, joka välittää kotiutuvan asiakkaan tiedot vastuutiimille. Osastolta kotiuttava hoitaja järjestää potilaalleen kuljetuksen kotiin, joko omaisen kyydillä, taksilla tai ambulanssilla. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tulee kotiutumiseen vaadittava siirto ilmoittaa vastaanottavalle hoitajalle kotihoitoon. Asiakkaan siirtyessä omaan kotiinsa, saa hän mukaansa tarvittaessa lääkkeet muutamaksi päiväksi. Peruskuntayhtymä Karviaisessa säännöllisessä kotihoidossa osalla asiakkaista on käytössään lääkelaatikko, jonka sisällä säilytetään asiakkaiden lääkkeitä turvallisen lääkkeidenoton varmistamiseksi. Lääkelaatikkoa säilytetään asiakkaan kotona ja se on lukossa. Asiakkaan kotiutuessa lääkkeet tulisi siirtää lukittuun lääkelaatikkoon, mutta aina se ei ole mahdollista, jos asiakas kotiutuu esimerkiksi taksilla. Joskus asiakkaan liikkuminen kotioloissa vaatii esimerkiksi pyörätuolia, eikä sen kanssa liikkumista ole tarkastettu. Näiden esimerkkien myötä voi syntyä useita läheltä piti-tapahtumia sekä vaaratapahtumia. (Sainio 2020.) Työnantajan tehtävänä on kerätä tietoa riskeistä, vaarantilanteista ja haittatapahtumista, jotta niitä voidaan käyttää palvelujärjestelmän kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Työnantajan on perehdytettävä työntekijänsä työn

vaatimiin työturvallisuusasioihin. Asiakkaan kotona suoritettavassa hoitotyössä olosuhteet ovat vaihtelevia ja työhön liittyy erilaisia riskejä, joita on etukäteen vaikea arvioida, sekä työnantajan, että työntekijän puolesta. (Työturvallisuuskeskus 2019.) Asiakkaan kotona hoitaja voi kohdata erilaisia vaaratilanteita, joita voivat aiheuttaa asunnon tilat ja niiden siisteys, asunnossa säilytettävät kemikaalit ja tavarat, vialliset sähkölaitteet tai asuinolosuhteet. Ongelmaksi voi muodostua myös riittävän ergonomian toteutuminen. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020e.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen vuodeosaston ja kotihoidon kotiutumiskäytäntöjä ja niihin liittyviä haasteita sekä löytää kotiutumisprosessin mahdolliset ongelmakohdat. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää yksikön kotiuttamismallin kehittämisessä, ja lisätä kotiutumisen turvallisuutta.

4 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmät

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2020. Teoriapohja ja tutkimussuunnitelma saatiin pääosin valmiiksi syksyn aikana. Tutkimusluvut haettiin tammikuussa 2021 ja samaan aikaan luotiin myös haastattelu- ja kyselylomakkeet lopulliseen muotoonsa. Tutkimusluvut saatiin helmikuun puolella välissä. Asiakkaille suunnatut kyselylomakkeet toimitettiin osastolle ja kysely toteutettiin maaliskuun aikana. Osastonhoitajalle välitettiin sähköposti, jossa oli hoitajille informaatio asiakaskyselyn jakamisesta kotiutuville potilaille. Kyselyn mukana oli myös saatekirje sekä potilaille että hoitajille. Asiakkaille tarkoitettuja kyselyitä osastolle toimitettiin 35 kappaletta saatekirjeineen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin pienryhmähaastatteluilla valituilta hoitajilta kotihoidosta sekä vuodeosastolta. Hoitajat valittiin sen mukaan, kenellä oli eniten tietoa asiasta. Valintakriteerinä käytämme työkokemusta. Työkokemusta Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa vuodeosastolla tai kotihoidossa tuli olla vähintään kolmen vuoden ajalta. Alustavan suunnitelman mukaan hoitajia molemmista yksiköistä olisi ollut kuusi, eli yhteensä 12. Kummastakin yksiköstä kolme sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa, koska molempien ammattikuntien edustajat osallistuvat kotiutuksiin sekä asiakkaiden vastaanottamiseen kotona. Avoimella kyselyllä kotiutuneille potilaille ja heidän omaisilleen pyrittiin saamaan tutkimukseen mukaan asiakasnäkökulma. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden ja omaisten kokemuksia kotiutumisen onnistumisesta.

4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Laadullista tutkimusta, eli kvalitatiivista tutkimusta voidaan käyttää, kun pyritään selvittämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä on merkityksen tai tarkoituksen selvittäminen sekä sen kokonaisvaltaisen käsityksen ymmärtäminen. Laadullista tutkimusta voidaan käyttää, kun halutaan tietoa aiheesta, josta ei vielä tiedetä mitään, tai aiheesta, josta halutaan täysin uusi näkökulma. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 17-23) sillä voidaan pyrkiä myös todentamaan samanlaisuuksia, eroavaisuuksia tai tapoja toimia. Laadullisella tutkimuksella voidaan myös kehittää mittareita. Laadulliseen tutkimukseen valitaan henkilöt, joilla on varmaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Tietoa tavoitellaan niin kauan, ettei uutta tietoa enää tule esille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-83.)

Laadulliset tutkimukset ovat usein odotuksista koostumattomia, eli hypoteesittomia. Tarkoituksena on luoda aineistosta tuotos ilman ennako-odotuksia, tai ainakin mahdollisimman vähillä odotuksilla. Laadullisen tutkimuksen tehtävänä on auttaa luomaan uutta tulosta myöhemmälle määrälliselle tutkimukselle. Tyyppinä laadullisella tutkimuksella esiintyy esimerkiksi merkityksien käsittäminen (fenomenologia) ja säännönmukaisuuksien havainnointi (fenomenografia). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 17-19.) Laadullista tutkimusta ei voi ennalta suunnitella yhtä tarkasti kuin määrällistä tutkimusta. Tutkimusmenetelmä muodostuu tutkimuksen edetessä. Se on usein kooltaan pienempi, kuin määrällinen. (Grönfors & Vilkkä 2011.) Teorian pohjalta muodostuneet tutkimuskysymykset olivat: Mistä tekijöistä kotiutuminen koostuu? Mitkä tekijät edistävät tai estävät turvallista kotiutumista?

4.2 Otantamenetelmät ja aineiston keruu

Kvalitatiiviseen tutkimukseen kerätään aineistoa monella eri lähestymistavalla. Sen tarkoituksena on tutkia ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä sekä motivaatiota. Se auttaa hahmottamaan tilannetta ja lisäämään ymmärrystä. Sillä voidaan saavuttaa uudenlainen ja kriittinen näkökulma näyttöön perustuvan tiedon ja toiminnan arvioinnissa. Aineistoa kerätään haastattelulla, havainnoinnilla, videoinnilla ja dokumentoimalla. Otokset voidaan määrittellä joko tarkoituksen mukaisella otannalla, verkosto-otannalla tai teoreettisella otannalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 17-23.)

Otantamenetelmiä on useita. Sen avulla valitaan perusjoukosta ne, joilta pyritään keräämään aineisto tutkimusta varten. Perusjoukolla tarkoitetaan molempien yksiköiden kaikkia hoitajia, jotka osallistuvat osastolla potilaan kotiutukseen sekä kotihoitossa asiakkaan vastaanottoon. Kokonaisotanta käsittää koko perusjoukon. Tätä voidaan käyttää, mikäli perusjoukko ei ole liian iso. (Vilkkä 2007.) Laadullisessa tutkimuksessa tekijä itse päättää ja valitsee aineiston keruuseen osallistuvat henkilöt ja kohteet. Lähes aina valitaan henkilöt, joilla on ilmiöstä paljon kokemusta. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan tarkasti otoksen valintojen perustelut. (Grönfors & Vilkkä 2011.) Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein harkinnanvaraista

otantaa. Tutkittavia yksilöitä ei oteta kovinkaan suurta määrää. Tutkittavia pyritään haastattelemaan perusteellisesti, jolloin aineiston laatu korostuu. Aineiston määrällä ja laadulla on merkitystä, koska aineiston tulisi olla kattava. Tärkeää on huomioida millaista analyysia ja tulkintaa siitä pyritään tekemään. Aineisto valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Grönfors & Vilka 2011.)

Hoitajien määrä tutkittavissa yksiköissä on suuri, jonka vuoksi ei ole mahdollista haastatella koko perusjoukkoa. Tämän vuoksi perusjoukosta valittiin harkinnanvarainen näyte haastatteluun. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otoksen sijaan käytetään usein nimitystä harkinnanvarainen näyte. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 58-60.) Harkinnanvaraiseen näytteeseen valittiin ne hoitajat, joilla oletettiin olevan eniten tietoa tutkimuksen kohteesta. Tämän vuoksi haastatteluun valikoitui hoitajat, joilla on vähintään kolmen vuoden työkokemus Perusturvakuntayhtymä Karviaisen yksiköissä. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista ja anonyymia. Mikäli osallistujia olisi ollut haluttua enemmän, olisi tutkimukseen otettu he, joilla on eniten työkokemusta Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa.

4.2.1 Haastattelu

Haastattelu on tiedonkeruu tapa, jolla yhdeltä tai useammalta haastateltavalta henkilöltä kysytään heidän mielipiteitään tai ajatuksiaan tutkittavasta aiheesta. Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa vastaukset saadaan puhutussa muodossa. Tutkimushaastattelulla on aina selkeä päämäärä. Haastattelua käytetään tutkimusaineiston kartoittamiseksi, jonka jälkeen aineistoa on tarkoitus analysoida ja tulkita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42-43)

Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnan haastattelut toteutetaan puolistrukturoituna haastatteluna, neljässä pienryhmässä. Jokaiseen ryhmään osallistuu kolme työntekijää. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat ja haastateltavat vastaavat niihin omin sanoin. Jatkossa tässä opinnäytetyössä nimitämme puolistrukturoitua haastattelua teemahaastatteluksi. Teemahaastattelu keskittyy kohdennettuihin aiheisiin, joiden avulla kartoitetaan jokaisen haastateltavan omia kokemuksia ja mielteitä. Haastattelu etenee haastattelijan johdolla, ennalta suunniteltujen kysymysten pohjalta. Kysymykset on laadittu avoimeksi, eikä valmiita vastauksia ole. Avointen kysymysten pohjalta haastateltava pystyy vastaamaan niihin vapaasti. Teemahaastattelu pienryhmässä avaa mahdollisuuden saada monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-62.) Haastattelut toteutetaan opinnäytetyön tilaajan osoittamissa tiloissa, haastattelut äänitetään myöhempää analysointia varten. Prosessin jälkeen äänitteet hävitetään anonyymiyden suojaamiseksi. Haastatteluun varataan noin tunti aikaa. Ne toteutetaan Peruskuntayhtymä Karviaisen osoittamissa tiloissa tai mahdollisesti etäyhteydellä vallitsevan pandemiatilanteen vuoksi.

Ennen varsinaisia haastatteluita testattiin yhteyksien toimivuutta, haastattelukutsujen toimitamista sekä perehdyttiin Teams-ohjelman käyttöön. Hoitajien haastattelut toteutuivat kolmena ryhmänä etäyhteydellä vallitsevan pandemiatilanteen vuoksi. Haastattelut toteutettiin ilman kuvayhteyttä ja ne äänitettiin myöhempää analysointia varten. Hoitajille kerrottiin äänityksistä sekä äänitysten käytöstä ja tuhoamisesta. Haastatteluihin osallistui yhteensä 13 hoitajaa. Osallistujista lähihoitajia oli kahdeksan ja sairaanhoitajia viisi. Hoitajien valintakriteereinä käytettiin vähintään kolmen vuoden työkokemusta tutkittavista työyksiköistä sekä osallistumista kotiutusprosessiin. Haastattelujen ajankohdat suunniteltiin hoitajien työvuorojen mukaisesti, jonka vuoksi haastattelujen toteutus viivästyi ja haastattelut toteutettiin vasta maaliskuun loppupuolella ja huhtikuun puolessa välissä. Haastattelut toteutettiin ennalta suunnitellun kyselylomakkeen mukaisesti, mutta tarvittaessa tehtiin tarkentavia kysymyksiä. Haastattelut kestivät yhteensä kolme tuntia, joten ennalta varattu aika oli riittävä. Hoitajille annettiin mahdollisuus ennalta tutustua kysymyksiin. Hoitajat osallistuvat aktiivisesti keskusteluun, koska kokivat aiheen olevan ajankohtainen ja tärkeä. Myös yksikköjen osastonhoitajat osallistuivat aktiivisesti opinnäytetyön etenemisen tukemiseen omalla panoksellaan, muun muassa kertomalla opinnäytetyöstä ja sen toteutuksesta yksikköpalaverissa sekä osastotunnilla sekä mahdollistamalla etähaastattelujen toteutumisen työajalla.

4.2.2 Avoin kysely

Kyselytutkimuksessa aineisto kerätään usein standardoidusti, jolla tarkoitetaan kysymyksen muotoilua kaikille vastaajille samalla tavalla. Tässä työssä perusjoukko tarkoittaa kaikkia vuodeosastolta kotihoitoon kotiutuneita. Kyselyyn vastaajat muodostavat näytteen perusjoukosta. Kattava näyte pyritään saamaan jakamalla kysely kaikille osastohoidosta säännölliseen kotihoitoon kotiutuville kuukauden kestäväällä ajanjaksolla. Ajanjakson pituudessa on pyritty huomioimaan mahdollinen vastauskato. Kysely tehdään yhden kerran. Kyselyillä voidaan kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista asenteista sekä mielipiteitä ja käsityksiä. Kysymykset voidaan laatia monivalintatyypillisesti tai avoimina kysymyksinä. Kysymykset voivat olla strukturoituja, avoimia tai näiden yhdistelmiä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiina, avoimessa kysymyksessä vastaukselle on jätetty valmis tila ja näiden yhdistelmä sisältää molempia. Lisäksi lomakkeeseen voidaan laatia taustakysymyksiä kuten ikä tai sukupuoli. Kysymykset tulee laatia suorina yksinkertaisina kysymyksinä ja vastauksiin voidaan myös pyytää perusteluja. Kysymysten kieleen ja asetteluun on kiinnitettävä huomiota. Kysymysten tulee olla selkeitä ja muotoiltu niin, että tulokinnan varaa ei ole. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193-201.)

Tutkimuksen asiakasnäkökulman materiaali suunniteltiin kerättävän kotiutuneilta potilailta kyselytutkimuksena. Kysely jaettiin saatekirjeineen kotiutuville potilaille kotiutumispäivänä osastolta kotiuttavan hoitajan toimesta. Kyselyyn saattoi vastata potilas itse tai jos potilas oli itse kykenemätön vastaamaan, saattoi kyselyyn vastata omainen, joka osallistui potilaan kotiutumiseen. Kyselyiden keräämisen suunniteltiin tapahtuvan kotiutuneilta asiakkailta kotihoiton hoitajien toimesta.

Tällä kyselyllä pyrittiin kartoittamaan potilaan ja omaisen kokemuksia ja mielipiteitä siitä, kuinka kotiutuminen on sujunut osastohoidosta kotihoitoon. Kysymykset laadittiin avoimina kysymyksinä, jolloin kysymyksen alle jätetään tyhjä tila vastausta varten. Taustakysymyksiä kyselyssä olivat: onko vastaaja omainen, vai potilas ja onko osastohoito kestänyt yli vai alle 5 päivää. Osastohoidon kestolla on vaikutusta siihen, kuinka kauan hoitajilla on ollut aikaa valmistella kotiutumista. Lopuksi vastaajan tuli arvioida kokonaisuutena tyytyväisyyttä kotiutumiseen asteikolla 1-5. Ykkösen ollessa erittäin tyytymätön ja viiden ollessa erittäin tyytyväinen. Kysely suoritettiin anonymisti ja materiaali suunniteltiin tuhottavan analysoinnin jälkeen. Kyselyn ohkeen laadittiin saatekirje potilaille sekä hoitajille, jotka jakoivat kyselyn. Hoitajille annettiin saatekirje, jotta he osasivat kertoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta potilaalle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 196-201.)

Asiakasnäkökulman saamiseksi valittiin kirjallinen kysely, joka oli helppo jakaa kotihoiton piiriin kotiutuville potilaille osastolla hoitajien toimesta. Kyselyt kohdentuivat näin oikealle potilasryhmälle tietosuojaa kunnioittaen. Kyselyt laadittiin tutkimuksen teorian, oman kokemuksen pohjalta vastaten opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Potilaille jaettujen kyselyiden tarkkaa määrää emme tiedä, mutta arvion mukaan niitä jaettiin vain alle kymmenen. Asiakaskyselyitä ei palautunut yhtäkään kotihoitolle. Valitettavasti tästä johtuen asiakasnäkökulmaa ei ole saatavilla.

4.3 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen analyysille on tavallista yleistyksen perusteella syntyneestä teorian käsittely, eli induktiivinen päättely. Sillä pyritään tekemään päätelmiä aineistosta erottuvien piirteiden perusteella. Aineistoa pyritään tulkitsemaan yksityiskohtaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista valita useista erilaisista analyysitavoista. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erona voidaan pitää sitä, että määrällisessä tutkimuksessa tutkimusongelmat muotoillaan etukäteen, kun taas laadullisessa tutkimuksessa tutkittava tehtävä voi muuttua tutkimuksen edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-103.)

4.3.1 Sisällönanalyysi

Ennen analysointia aineistolle suoritetaan tietojen tarkistus. Aineistosta tarkastetaan mahdolliset virheellisyudet tai puuttuvat tiedot. Asiakkaille suoritettavan kyselyn osalta on

tarkistettava, tarvitseeko joitakin lomakkeita hylätä. Puuttuva vastaus ei ole peruste hylätä lomaketta, mikäli se on muutoin huolellisesti täytetty. Seuraavaksi tietoja tarvittaessa täydennetään, mikäli kyselylomakkeita ei palaudu riittävästi. Silloin niitä voidaan karhuta asiakailta aineiston täydentämiseksi. Aineisto tulee seuraavaksi järjestellä analysointia varten. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221-222.)

Induktiivista, eli aineistolähteistä analyysia käytetään silloin, kun ei ole aiempaa tietoa aiheesta tai tieto hyvin hajanaista. Sisällönanalyysi voidaan ryhmitellä kolmeen eri vaiheeseen, joihin kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäoleellinen tieto pois. Ryhmittelyllä aineistosta käydään läpi ilmaukset ja niiden avulla aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Sen jälkeen teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta saadun tiedon pohjalta ja tiivistetään niistä yhdistäväksi käsitteeksi. (Seitamaa-Hakkarainen 2020.) Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Induktiivisessa analyysissa tarkoituksena on muodostaa teoreettinen kokonaisuus niin, ettei aikaisemmat tiedot ohjaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 165-167.)

4.3.2 Litterointi ja koodaus

Litteroinnilla tarkoitetaan tallennetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista. Se voidaan toteuttaa kahdella eri tavalla. Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta tai valikoida teemojen mukaan. Ennen litterointia on tärkeää tietää, miten kerättyä aineistoa tullaan analysoimaan. Tässä työssä haastattelut tullaan kirjoittamaan puhtaaksi kokonaisuudessaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222.) Koodauksella tarkoitetaan tekstin tiivistämistä litteroinnin jälkeen. Tutkija etsii aineistosta vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistoa voidaan käsitellä kahdella eri tavalla, sekä aineisto- että teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä lähestymisessä tulkinta muodostetaan aineiston perusteella ja teorialähtöisessä käytetään teoriapohjaa apuna tulkinassa. (Kananen 2017, 136-137.)

Haastattelun jälkeen nauhoitettu aineisto litteroitiin eli tutkimusmateriaali muutettiin tekstimuotoon analysoinnin mahdollistamiseksi. Litterointi suoritettiin sanantarkasti, jotta suorien lainauksien käyttäminen oli mahdollista. Sanatarkkaa aineistoa tuli yhteensä 39 sivua puhtaaksi kirjoitettuna Word-ohjelmalla. Aikaa litterointiin kului kolmin kertainen aika haastatteluihin nähden, eli noin yhdeksän tuntia. Apuna käytettiin myös Word-ohjelman sanelutoimintoa, mutta sen haasteeksi muodostui ajoittain haastateltavien päällekkäin puhuminen. Aineistoa analysoitiin alkuun suullisesti pohtien, minkälaisia teema-alueita aineistosta tuli ilmi. Aineisto käsiteltiin kokonaisuutena, kaikista haastatteluista.

Aineisto luettiin huolellisesti läpi ja samalla kartoitettiin aineiston yhteneväisyyksiä. Kaikki opinnäytetyön aiheeseen liittyvät asiat alleviivattiin kuulakärkikynällä haastattelumateriaalista. Näin materiaalista saatiin karsittua selkeästi työn aiheeseen liittymättömät materiaalit. Tämän jälkeen aloitettiin teemoittelu, eli aineiston ryhmittely. Vastauksia haettiin tutkimuskysymyksiin. Aineistoa koodattiin erivärisillä yliviivaustuseilla teemoittelun tukemiseksi. Jaottelu toteutettiin teemoittelusta esille nousseiden avainsanojen ja aihepiirien perusteella. Esimerkiksi lääkehoitoon liittyvät aihepiirit kuten ”lääkelista ajantasalla” merkittiin sinisellä värillä ja ajankäyttöön liittyvät kuten ”kiire” tai ”monta kotiutusta samaan aikaan” oranssilla värillä. Koodauksen jälkeen aineistosta koottiin taulukko. Toistuvat avainsanat ja aihepiirit ryhmiteltiin. Ryhmistä muodostui viisi teemaotsikkoa. Teemaotsikoiden sisällöt vastaavat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, jotka ohjasivat sisällönanalyysia. Aihepiirien ja avainsanojen toistuvuutta laskettiin materiaalissa, jotta siitä voidaan tehdä johtopäätöksiä sekä yleistää vastauksia. Omana teemanaan taulukossa on muista eroavat vastaukset sekä yksittäiset huomiot, jotka kuitenkin koettiin tärkeäksi ja esille nostettaviksi. Aineisto käytiin läpi useita kertoja sekä teemoittelua tarkastettiin, jotta kaikki oleellinen tulisi huomioituksi. Aiheita korjattiin oikeiden teemaotsikoiden alle tarkemman tarkastelun jälkeen. Aineiston analysointi oli erittäin aikaa vievä prosessi. Koska haastattelussa materiaalia syntyi runsaasti avoimien kysymysten vuoksi, aineistosta oleellisen tiedon tavoittaminen ja ryhmittely oli haastavaa. Osa avainsanoista sopi useamman teemaotsikon alle, joten jäsentely oli ajoittain haasteellista.

Avainsanat/aihepiirit	Pääteemat	Tutkimuskysymykset
Raportointi, tiedonsiirto, yhteydenotot, kirjaaminen, yhteistyökumppanit, apuvälineet- ja turvapalvelut, omaiset, ateriapalvelut, kauppalvelut, hoitokokoukset, osallistaminen, näkemuserot, kommunikointi, potilassiirrot	Yhteistyö	

Lääkemuutokset, lääkkeiden jakaminen, lääkkeiden antaminen, korvaavat lääkevalmisteet, lääkkeiden lopetus, aloitus, tauotus, lääkkeet kotiin, lääkelistat, antajat, erikoislääkkeet, kaksoistarkistus, ajantasaisuus	Lääkehoito	<p>Mistä tekijöistä kotiutumisen koostuu?</p> <p>Mitkä tekijät edistävät tai estävät turvallista kotiutumista?</p>
Hoitosuunnitelma, hoitoyksiköt, onnistunut kotiutuminen, kirjaaminen, potilastietojärjestelmä, kotiolot, mobiilisovellus, hoitolinjaukset, potilaan hoitoisuus, kotikuntoisuus, omahoitajat, keikkalaiset, vuorotyö, kartoituskäynti	Hoidon jatkuvuus	
kotiutusviive, kotiutumisen peruuntuminen, resurssit, kiire, asiakkaan vastaanotto, taustatyö, kotiutuskäynti, työpäivän rakenne	Ajankäyttö	
Asiakasprosessikuvaus, osaston paikkatilanne, palvelurakenne, työnkuvat, äkilliset muutokset, taloudellisuus	Yksittäiset huomiot	

Taulukko 1: Tulosten ryhmittely

4.4 Tutkimustulokset

Molemmissa yksiköissä nousi esille kotiutuksessa toimivia, että kehitystä kaipaavia tekijöitä. Esille nousseet teemat saattavat edistää, mutta myös estää turvallista kotiutumista. Turvallinen kotiutuminen koostuu kerätyn aineiston perusteella yhteistyöstä, lääkehoidosta, hoidon jatkuvuuden turvaamisesta, ajankäytön suunnittelusta sekä muista yksittäisistä seikoista.

4.4.1 Yhteistyö

Yhteistyötä yksiköiden välillä helpottaa yhteinen potilastietojärjestelmä. Tiedonsiirto on sujuvaa ja raportit ovat sisällöltään pääsääntöisesti kattavia. Ongelmaksi koetaan kuitenkin yhteydenotot. Ei tiedetä mihin numeroon tulisi ottaa yhteyttä, tai numeroista ei vastata. Haastattelussa nousi esille, että kirjauksissa on kehitettävää sisällön suhteen. Kirjauksissa on ajoittain puutteita tai niitä ei ole. Haastateltavat kokivat, että kirjausten pitäisi olla sisällöltään kuvaavia ja selkeitä, jotta kotiutusta olisi helpompi jatkaa, jos hoitaja vaihtuu. Kommunikoinnin tärkeys korostui ja potilasta kotiuttaessa olisi tärkeää sopia työnjaosta, jotta välttyttäisiin tekemästä päällekkäistä työtä ja varmistamaan, että kotiutukseen liittyvät asiat tulee hoidettua. Yksiköiden välillä sovitut asiat toteutuvat haastateltavien mielestä hyvin. Hoitokokoukset koetaan tärkeiksi, molemmissa yksiköissä nousi esille tarve järjestää hoitokokouksia matalammalla kynnyksellä. Kokouksien toivottiin olevan moniammatillisia ja tarvittaessa niihin osallistuisivat myös esimerkiksi sosiaalityöntekijät sekä fysioterapeutit. Yhteistyö fysioterapeuttien kanssa koettiin sujuvaksi molemmissa yksiköissä. Fysioterapeuttien kotikäynnit ja kodin kartoitus koettiin tärkeiksi, mutta ne voivat aiheuttaa viivettä kotiutumiseen. Hoitajat kokivat apuvälineiden saamisen kotitutujalle helpoksi ja nopeaksi. Saatavat tukipalvelut tunnetaan pääasiallisesti hyvin, mutta niiden tilaaminen ja järjestäminen on epäselvää. Haastavaksi koettiin erityisesti eri ruokapalvelut sekä turvapalvelut. Ei välttämättä tiedetä, mistä niitä tilataan ja kuka tilauksen hoitaa. Kaivataan selviä menettelyohjeita, miten toimitaan palvelun jatkon suhteen tai jos kyse on kokonaan uudesta palvelusta. Omaisten osallistamista varhaisessa vaiheessa kotiutukseen pidettiin merkittävänä. Yhteydenoton toivottiin tapahtuvan hyvissä ajoin, jotta he ovat tietoisia kotiutuksen etenemisestä sekä pystyvät osallistumaan mahdollisuuksiensa mukaan. Omaisiin koettiin ajoittain olevan hankalaa, eivätkä sovitut asiat aina välttämättä toteudu. Näkemyserot kaikkien kotiutukseen osallistuvien tahojen välillä hankaloittavat sujuvaa ja onnistunutta kotiutusta. Haastattelussa nousi esille yhteydenottojen ajankohtien merkitys. Aikainen yhteydenotto ja laadukkaan taustatyön tekeminen ehkäisee näkemyserojen syntymistä. Potilassiirroissa koettiin olevan haasteita taksilla tapahtuvien kotiutuskyytien sujumisen suhteen. Hoitajat kokivat huolta saattotilanteista, vaikka kyytejä tilatessa on sovittu toimintatavoista.

”Saadaan selkeätä raporttia kotiutujasta.”

”Puhelinraportointi yleensä sujuvaa, kirjallinen raportointi myös kattava.”

“Kirjauksissa kehitettävää.”

“Tarvittavat palvelut tai avut tulee kirjata, mutta myös se, jos niitä ei tarvita. Näin ei tällä hetkellä ainakaan toimita.”

Tietämättömyys mihin numeroon ja milloinkin tulisi soittaa, eikä siellä välttämättä edes vastata. Joskus takaisinsoitto tulee, toisinaan ei.”

”Kaikki sovittu pitää, se on kivaa.”

“Omaisista pyritään osallistamaan, riippuen omaisen panoksesta ja kyvyistä osallistua.”

“Omaisen näkemys asiakkaan kotikuntoisuudesta voi olla hyvinkin erilainen hoitavan tahon kanssa.”

”Yhteistyö fysioterapeuttien kanssa sujuu aika mukavasti, apuvälineet saa nopeasti.”

“Mahdolliset kodin kartoituskäynnit tukevat kotiutumista, kotiutumiseen voi niiden takia tulla viivettä ja kotiin pääseminen hidastuu.”

4.4.2 Lääkehoito

Molemmista yksiköissä lääkehoitoon liittyvät asiat herättivät keskustelua. Lääkemuutoksista raportoidaan hyvin ja lääkelistat ovat ajan tasalla saman potilastietojärjestelmän vuoksi. Joskus ongelmia kuitenkin ilmenee, kun lääkkeitä tauotetaan, lopetetaan tai palautetaan lääkelistalle. Erityisen haastavaksi koetaan, jos potilasta on hoidettu muissa hoitoyksiköissä kuin Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa, jolloin lääkelistassa voi olla runsaasti muutoksia. Lääkkeitä listoilla on yleensä paljon, jonka koetaan lisäävän lääkehoidon haastavuutta. Kotiutusta helpottavaksi ja nopeuttavaksi tekijäksi koettiin osastolta mukaan jaettavat lääkepussit, jotka sisältävät lääkelistan mukaiset annokset. Yleensä lääkkeet on jaettu mukaan noin kahdeksi päiväksi, mutta sopimuksen mukaan tarvittaessa myös pidemmäksi ajaksi. Ongelmaksi nousi, ettei kotiutujalle mukaan jaetuissa lääkepussissa lue välttämättä lääkkeiden nimiä, vahvuuksia tai määriä. Ajoittain pusseihin on merkitty vain päivämäärä ja kellonaika. Lääkkeet kaksoistarkastetaan osastolla, mutta kotihoidon hoitajan tulisi myös pystyä tarkastamaan pussin sisällön oikeellisuus. Haastavaksi tarkastamisessa koettiin mahdolliset lääkevaihdot tai poikkeavat lääkevahvuudet. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa muun muassa lääkkeiden lukumäärään. Haastattelussa puheeksi nousi potilailla harvemmin käytössä olevat lääkevalmisteet, jotka eivät kuulu osaston peruslääkevalikoimaan. Lääkkeiden saantiin voi tulla pidempiäkin taukoja, jos lääkettä ei saada apteekista, omaisilta tai kotihoidolta.

”Jos potilaalla menee jotain erikoisia suihkeita tai silmätippoja, niin sitten kun ne tulee meille, vaikkakin tulisivat päivystyksen kautta, niin ei meillä välttämättä niitä suihkeita tai silmätippoja ole. Tulee taas tauko siihen lääkkeeseen, ennen kuin me sitten saadaan niitä, että siinä olisi varmaan yksi kehityksen paikka. Ois hyvä, jos joku hoksais laittaa lääkkeet mukaan lähtötilanteessa.”

”Läkelistan siistiminen tärkeää ennen kotiinlähtöä, että vaaratilanteet voidaan välttää. Läkelistalle jäänyt mm. sama lääke kahteen kertaan jne, lopetettuja lääkkeitä listalla, antoajat puuttuu.”

“Epäselvyyksiä lääkitykseen voi aiheuttaa päivystyksessä tai muissa hoitoyksiköissä tehdyt muutokset, johtuen eri potilastietojärjestelmistä.”

”Se on ongelma, että on pussi lääkkeitä ja siinä ei lue mitään. että meet ihmisen luo iltakäynnille ja pussista annan lääkkeitä ja siinä ei lue mitään, siellä on vaan kasa pille-reitä, niin kyllä se on niinku oikeesti ongelma. voi olla korvaavia lääkkeitä jne.”

4.4.3 Hoidon jatkuvuus

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen sisällä tapahtuva kotiutuminen koetaan pääsääntöisesti sujuvaksi. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen vaatii perusteellista taustatyötä. Asuinolosuhteiden kartoittaminen ennen kotiutusta tulisi haastateltujen hoitajien mielestä olla merkittävässä osassa turvallista kotiutumista. Jos hoidon tarve on suuri, yhteydenottoa osastolta kotihoitoon toivotaan mahdollisimman ajoissa ja tämä pääsääntöisesti toteutuukin. Kotiutusyhteydenotto riippuu siitä, kauanko potilas on ollut osastolla. Ennakoivat yhteydenotot koetaan tärkeiksi. Kotiuttavan hoitajan vaihtuminen kotiutuksen aikana koettiin ongelmalliseksi hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoitosuunnitelma ja tarkka kirjaaminen ovat tärkeitä, jotta suunniteltua jatkohoitoa voidaan toteuttaa potilassiirtojen jälkeen. Kirjauksissa on ajoittain puutteita tai niitä voidaan tulkita usealla tavalla. Hoitajat kokivat myös haasteelliseksi sen, ettei mobiilisolvelluksessa näy kaikki kirjaukset sekä hoidon kannalta merkittävät linjaukset. Haastavaksi koettiin kotiutujan kotikuntoisuuden arviointi, koska osaston ja kodin olosuhteet poikkeavat toisistaan huomattavasti. Hoitajat toivat esille esimerkkejä, kuten osastolla hyvinkin itsenäisesti toimiva potilas saattaa kotiolosuhteissa tarvita monipuolisempaa tukea ja apua. Tämä voi johdattaa haastateltavien mielestä siihen, että kotiutunut henkilö palaa päivystyksen kautta takaisin osastolle.

”Kaiken kaikkiaan tuntuu, että potilaat on nykyisin huonokuntoisempia, joita hoidetaan kotona.”

“Oon huomannut, että jos itse haluaa kotiin, niin se kotiin myös tulee”

” Sitten siellä on kotona ihmisiä, joiden ei todellakaan pitäisi siellä olla ja ne on siellä sen ehkä yhden yön ja lähetetään pärjäämättömyyden vuoksi takaisin päivystykseen.”

“Hoitotyön kirjaukset näkyvät molemmissa yksiköissä, jos potilaalta on kysytty suostumukset tähän. kotihoidossa olevassa hoitotyön mobiilisolvelluksessa eivät kuitenkaan kertomuksen tekstit näy. Kertomus tekstistä käy ilmi yleensä muun muassa hoitolinjaukset ja lääkärinmääräykset. Sosiaalipuolen kirjaukset eivät näy kotihoidossa eikä osastolla.”

“Välillä kotiutuu potilaita, jotka palautuvat osastolle parin päivän päästä. Kodin muutostyöt on tekemättä, valmiudet kotiutukselle on huonot.”

“Kotiutujissa on paljon asiakkaita, jotka odottavat palveluasumispaikkaa. Näillä potilailla on vähän hankala tilanne koska he eivät tarvitse osastohoitoa, kun ei ole lääketieteellistä perustetta, mutta eivät oikein myöskään pärjää kotona.”

“Kotiutumisen hoitaja saattaa vaihtua kesken kaiken, useitakin kertoja. Kirjaaminen pitää olla niin tarkkaa, että esimerkiksi keikkalainen voi seuraavana päivänä jatkaa kotiutusta ja tietää mitä on jo tehty ja mitä ei ole tehty.”

4.4.4 Ajankäyttö

Ajan rajallisuus näkyy kotiutumistilanteissa turvallisuuskysymyksenä. Haastatteluissa kiire, resurssit ja kotiutuksen vaatima työmäärä nousivat keskeisinä asioina esille. Erityisen haastavaksi koettiin tilanteet, joissa kotiutujia on useampi, tai kotiutukset tapahtuvat ennakoimattomasti jopa saman päivän aikana. Kotiutumiset painottuvat aamuvuoroihin, joka koetaan muutenkin hoitotyön kannalta kiireisimmäksi ajaksi. Ajankäytön tehostamiseksi haastateltavat toivoivat ennakointia, jotta kotiutuksen valmistelut voitaisiin aloittaa hyvissä ajoin. Alustava kotiutuspäivämäärä olisi hyvä sopia jo potilaan tullessa osastolle. Tämän toivotaan tapahtuvan moniammatillisesti, koska arvioinnin koetaan olevan vaikeaa. Aikaa hoitotyöstä vie omaisten sekä yhteistyötahojen tavoittaminen ja sen haasteellisuus. Mahdollisista muutoksista informointi nostettiin esille myös ajankäytön yhteydessä, koska turha odottelu tai kotiutuksen ennenaikainen järjestely sitoo resursseja. Haastattelussa ilmeni, että asiakkaalla voi olla kotona useita vastaanottajia, hoitohenkilökunnan lisäksi vastaanottamassa voi olla esimerkiksi omainen ja silloin kotihoidoin voi olla turha. Hoitajat toivat myös esille, voiko vastaanottava hoitaja olla perus- tai lähihoitaja, jos asiakkaalla ei ole lääkemuutoksia.

“Voisiko omainen olla asiakasta vastassa ja kotihoito tehdä käynnin vasta myöhemmin, ehkä jopa seuraavana päivänä.”

”Yhteistyötä haittaa eri tahojen kanssa jatkuva kiire.”

”Useinhan me mennään sinne silti, vaikka omainen olisin hakenut ja ollut paikalla. Menen silti aina kotiutuskäynnille. Se on välillä turhaa meidän puolelta, varsinkin jos ei ole lääkityksessä muutoksia. Voisi tehdä etukäteen selvitystyötä riittääkö tavallinen käynti vai tarvitaanko sairaanhoitajan kotiutuskäynti.”

”Sit jos se ei tuukkaan kotiin, ni sitte se tieto ei tuu meille heti. Eli joudutaan turhaanki odotella tai tehdä turhaa työtä.”

“Kotiutus vie paljon aikaa ja se aika on pois osaston hoitotyöstä ja kuntoutuksesta.”

“Jos asiakkaan hoitoisuus on korkea ja täysin kotihoidon varassa, esimerkiksi asiakkaalla tarvitaan paljon käyntejä ja joka käynnille 2 hoitajaa, tulee se huomioida kotihoidon resursseissa ja tällöin voidaan tarvita jopa lisäresurssia vuoroon.”

4.4.5 Yksittäiset huomiot

Lisäksi haastatteluissa nousi esille monia yksittäisiä tai eriäviä seikkoja. Haastateltavien mielestä potilaan oma näkemys tulisi kartoittaa hoitajakson alusta alkaen sekä kotiutumisprosessin kaikissa vaiheissa, kokonaisvaltaisemman hoidon vuoksi. Nopeasti muuttuvat tilanteet vaikuttavat kaikkiin hoitotyön vaiheisiin. Muutokset voivat aiheuttaa esimerkiksi vaaratilanteita tai tehdä turhaksi jo tehdyn työn. Kotiutuminen saattaa peruuntua tai jo tehtyjä

toimenpiteitä ei tarvita. Epäselvyyttä ilmeni myös eri ammattikuntien työtehtävissä sekä omassa työnkuvassa. Organisaation palvelurakenne on myös työntekijöille epäselvä, eikä kaikkia tarjolla olevia palveluita tunneta. Esille nousi myös kotihoidon käytössä oleva asiakasprosessikuvaus. Asiakasprosessissa sairaanhoitaja vastaanottaa kotiutuvan asiakkaan kaikissa tilanteissa, mutta tämän koettiin olevan ajoittain tarpeetonta. Haastatteluissa sivuttiin myös taloudellisia kysymyksiä. Esille nousi, kuinka voitaisiin välttää tilanteita, joissa on tilattu kalliita tuotteita, joita ei tarvita tai tuotteet saapuvat vasta potilassiirron jälkeen. Osaston paikatilanne koetaan ajoittain riittämättömäksi, koska osastolle jonottavat potilaat luovat painetta kotiutuksiin.

”Ollaanko yhteydessä tilapäiseen kotihoitoon vai säännölliseen”

“Me ei oikeen tiedetä kenen työnkuvaan kuuluu mitäki ja kuka hoitaa? Tai oletetaan et toi toinen hoitaa”

“Kotihoidolla on käytössä asiakasprosessikuvaus. se on niinku että että sairaanhoitajan tarkoitus on ottaa kotiutuja vastaan, tarvittiin siellä jotain erityistä tai ei. käytäntö on jäänyt siitä, kun joskus on ollut lääkemuutoksia tai yllätyksiä kotiutuksen yhteydessä.”

“Joskus lääkettä tai tarvikkeita tilataan, eikä sille enää olekaan tarvetta.”

5 Johtopäätökset

Tutkimustuloksia tarkastellessa, voidaan todeta, että tutkimuskysymyksiin saatiin kattavasti vastauksia. Tutkimustulokset olivat hyvin yhteneväiset kerätyn teorian kanssa. Kirjallisuudessa ja tutkimustuloksissa kotiutumisen keskeiseksi tekijäksi nousi potilasturvallisuus ja sen merkitys kotiutumistilanteissa. Osastonhoitajien haastattelussa ilmeni, että Peruskuntayhtymä Karviaisella on olemassa selkeä runko kotiutusprosessista, mutta käytännössä sen noudattaminen on vaihtelevaa ja ajoittain haasteellista. Onnistunut kotiuttaminen vaatii yhteistyötä osaston henkilökunnan, potilaan, omaisten sekä kotihoidon välillä. Potilaan palvelutarve, terveydentila, voimavarat ja toimintakyky tulisi arvioida potilaan kotiutuessa hänen tarpeitaan vastaaviksi. Arviointi koettiin haastavaksi ja yhteistyötä arvioinnin toteutuksessa tulisi tehostaa. Kaikkien osatekijöiden ollessa kunnossa kotiutumisen turvallisuus paranee ja kotiutuminen on sujuvaa.

Yhteistyö Karviaisen yksiköiden välillä koettiin pääsääntöisesti sujuvaksi, mutta esille nousi myös samankaltaisia ongelmia kuin jo tehdyissä tutkimuksissa. Käytännössä haasteita ilmeni yhteistyötahojen tavoittamisessa. Tämä ei noussut niin vahvasti esille aiemmissa tutkimuksissa, mutta tutkimusyksiköissä tämä koettiin haasteeksi, koska se vaikuttaa olennaisesti kotiutumisen etenemiseen ja sujumiseen. Muita aiempien tutkimustietojen kanssa samankaltaisia yhteistyöongelmia ilmeni kuten ettei tunneta palvelurakennetta tai kaikkia yhteistyötahoja. Tutkimuksessa tuli esille myös toimivia osa-alueita kuten raportin sisällöt sekä sovitusta

asioista kiinnipitäminen. Tutkimusaineiston perusteella hoidon jatkuvuudessa on ongelmia. Useiden samankaltaisten vastausten perusteella tämä johtuu muun muassa hoitajien koke-
masta kiireestä, resurssien vähyydestä ja useista samanaikaisista kotiutuksista. Nämä tekijät
voivat johtaa katkoksiin tiedonkulussa, jotka aiheuttavat haittaa potilaan hoidon jatkuvuu-
dessa, että vaarantavat potilasturvallisuutta.

Lääketurvallisuudessa havaittiin parannettavaa kotiutumisen yhteydessä. Lääketurvallisuus
nousi vahvasti esiin tutkimustiedossa, mutta näissä yksiköissä se ei noussut niin suuressa roo-
lissa esille kuin aiemman tutkimustiedon perusteella olisi voinut olettaa. Yksiköiden potilaat
ovat iäkkäitä ja monisairaita ja lääkelistoilla on tämän vuoksi paljon lääkkeitä, jotka ovat jo
lääketurvallisuutta heikentäviä tekijöitä. Lääkehoidon toteutumista yksiköiden välillä helpot-
taa yhtenäinen potilastietojärjestelmä, josta lääkitys on tarkastettavissa. Lääkehoidon ongel-
mat lisääntyvät, mikäli potilas on ollut välillä muualla hoidossa kuten sairaalan päivystyk-
sessä, jolloin lääkemuutokset eivät näy Peruskuntayhtymä Karviaisen järjestelmässä. Selke-
äksi kehityskohteeksi nousi kotiutuessa lääkkeiden merkitsemiskäytännön muuttaminen niin,
että kotihoidon henkilökunta voi varmistua lääkepussin sisällöstä niitä tarkistaessa. Asiakasnä-
kökulma jäi tutkimuksesta valitettavasti uupumaan, mutta tutkimusaineiston perusteella voi-
daan todeta, että potilasta ja omaisia voisi osallistaa enemmän kotiutuksen suunnitteluun.
Teoriatiedon perusteella potilaan osallistuminen kotiutussuunnitteluun nopeuttaa kotiutu-
mista sekä ehkäisee osastohoitoon palaamista.

Kerätyn tutkimusaineiston perusteella kehittämiskohteiksi muodostui yhteydenpidon helpotta-
minen, selkeän ohjeistusten luominen, turvallisen lääkehoidon varmistaminen, resurssien li-
sääminen ja oikea kohdentaminen sekä potilaiden ja omaisten osallistaminen kotiutuksen su-
juvuuteen. Uusien työntekijöiden perehtyminen kotiutumisprosessiin, palvelurakenteeseen ja
työnkuviin tulisi varmistaa. Seuraavan opinnäytetyön aiheeksi sopisi asiakasnäkökulman kar-
toitus, joka toisi lisäarvoa kehitystyöhön.

6 Pohdinta

Tutkimusyksiköiden esihenkilöt ovat tukeneet työn tekemistä opinnäytetyöprosessin edetessä.
Yhteistyö on ollut sujuvaa ja esihenkilöt olivat kiinnostuneita opinnäytetyön aiheesta. Tutki-
muksen toteuttajat ovat työskennelleet tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä useiden
vuosien ajan. Käytännökokemus täydentyi opinnäytetyötä tehdessä käsitellyllä teoriatie-
dolla. Tietoa on pyritty hakemaan ja käsittelemään tietoa monipuolisesti.

Haastattelut olivat erityisen mielenkiintoisia. Haastattelut sujuivat hyvin etäyhteydellä pan-
demiatilanteesta huolimatta, mutta etäyhteydellä haastateltavien havainnointi oli haastavaa.
Pandemiatilanne myös hankaloitti asiakasnäkökulman saamista, koska yksiköissä ei pystynyt

vierailemaan henkilökohtaisesti. Informaatio kyselyistä toimitettiin sähköpostitse, kirjallisesti ja puhelimitse yksiköille, mutta henkilökohtaisesti pidetty tiedotustilaisuuden henkilökunnalle olisi todennäköisesti edesauttanut työn etenemistä. Vierailut ei valitettavasti olleet mahdollisia vallitsevan koronapandemian vuoksi. Asiakasnäkökulma olisi ollut tärkeä osa työtä, mutta pidemmän palautusajan toteutus ei ollut mahdollista, eikä jo jaettuja kyselyitä voitu karhuta. Aikataulun vuoksi palautusaikaa oli mahdotonta jatkaa ja salassapitokäytännön vuoksi karhuaminen oli mahdotonta.

Analyysivaiheen toteuttaminen oli työlästä mutta hyvin antoisaa. Haastattelut etenivät ennalta luotujen kysymysten pohjalta, mutta keskustelun edetessä tehtiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Niiden ansiosta keskustelu syventyi sekä koko haastattelu-aika saatiin käytettyä tehokkaasti. Molempien yksiköiden haastattelu toi rikkautta tutkimustuloksiin sekä avartsi myös opinnäytetyön tekijöiden näkökulmia toisen yksikön toimintatavoista. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista ja osallistuneet kokivat aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Turvallisen kotiutumisen kehitystyön edistämiseksi opinnäytetyö toimitetaan yksiköiden esihenkilöille, jotta tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kotiutusprosessin kehittämisessä. Opinnäytetyö tullaan myös esittelemään molempien yksiköiden henkilökunnille koronapandemian salliessa.

6.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus liittyy vahvasti tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Tutkijan ennakkokäsitykset voivat vaikuttaa merkittävästi tuloksen lopputulokseen. Hänen tulee kyetä abstraktiin ajatustyöhön sekä pystyttävä käsittelemään tutkimusmateriaaleja eri lähtökohdista. Saatu materiaali riippuu siitä, kuinka tutkija on saavuttanut tutkittavan asian. Materiaalin laatuun vaikuttaa, kuinka hyvin tutkija on pystynyt valikoimaan aineistonkeruumenetelmän. Aineistonkeruumenetelmä valitaan tutkimuksenaiheen, tutkimusmenetelmän ja tutkimusresurssien mukaan. Tutkijan tulee selvittää millä menetelmällä saadaan parhaiten tietoa käsiteltävästä aiheesta. Mikäli aineisto ei ole tarkastelun jälkeen riittävää ja sen perusteella ei voi tehdä luotettavaa analyysiä tulee tutkijan täydentää sitä. Materiaalia voidaan täydentää usealla tavalla riippuen aineistokeruun menetelmästä. Kyselyitä voidaan karhuta, mutta tutkija voi myös joutua suorittamaan täydentäviä haastatteluja tai havainnointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-143.) Luotettava aineisto opinnäytetyössä on eettistä, aitoa, sisäisesti ristiriidatonta, ajantasaista sekä kattavaa (Vuori 2021). Saatu aineisto analysoidaan tarkasti. Työn luotettavuutta lisää suoritettujen analyysien tarkka kuvaus. Mikäli kaikki työn vaiheet ovat kuvattu tarkoin pystyy ulkopuolinen arvioija arvioimaan, miten johtopäätöksiin on päädytty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-143.) Tulosten tulkinnessa on tärkeää pystyä perustelemaan tutkimuksen päätelmät. Tutkija voi myös esittää suoria haastatteluitteita tukemaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tulee kyetä tarkastelemaan tuloksia myös teoreettisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231-233.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on hankala selvittää. Yleensä tutkimus tehdään aiheesta, josta ei vielä tiedetä mitään. Vaikka kohdehenkilöt voidaan tarkkaan valita, saattaa se silti asettaa ongelmia tutkimuksen luotettavuudelle. Monet laadullisen tutkimuksen käytännöt edellyttävät, että tutkittavat asiat ovat realistisesti olemassa. Tämä luo pohjaa laadullisen tutkimuksen luotettavuudelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-136.) Tutkimuksissa on tärkeää arvioida niiden luotettavuutta ja tutkijan tulee kyetä osoittamaan, kuinka saatuihin tuloksiin on päädytty. Tutkijan tulee kuvata tutkimuksessa tarkoin henkilöt, paikat ja tapahtumat sekä luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimuksen konkreettisesta toteuttamisesta. Kuvauksessa on oleellista kuvata olosuhteet, joista aineisto on saatu. Kuvauksessa tulee ilmetä haastatteluun kulunut aika, häiriötekijät, virhetulkinnat ja tutkijan oma itsearviointi haastattelusta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tutkia uskottavuuden, vahvistettavuuden, siirrettävyyden sekä vastaavuudella. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista. Uskottavuus edellyttää, että tutkimuksen analyysiprosessi, osallistuvat tahot ja tulokset on kuvattu selkeästi. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kirjaamista niin, että tutkimuksen kulkua on helppo seurata ja sen materiaalit on käsitelty totuuden mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 138-139.) Tiedonkeruumenetelmänä haastattelu voi joskus esiintyä haastavana, koska se voi sisältää virhelähteitä, jotka voivat aiheutua haastateltavista, haastatteliijoista tai haastattelutilanteesta. Esimerkiksi haastateltava voi antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia ryhmähaastattelun yhteydessä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten uudelleen käytön mahdollisuutta toisessa tutkimusympäristössä. Jotta aineisto olisi siirrettävissä, vaatii se aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. Vastaavuudella tarkoitetaan tutkijan muodostamien tutkimusaiheiden todenmukaisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 201-203.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluiden paikka ja olosuhteet kuvataan tarkasti. Tutkijoita työssä on kaksi, mikä lisää omalta osaltaan luotettavuutta, varsinkin analysoinnin sekä tulkinnan osalta. Aineistonkeruumenetelmä valikoitui laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Haastatteluun päädyttiin, koska aiheen rajauksen jälkeen todettiin sen tuottavan yksityiskohtaista tietoa tutkittavaan aiheeseen. Analyysi ja aineiston käsittely on kuvattu työssä yksityiskohtaisesti. Luotettavuutta lisää teemoittelun syntymisen tarkka kuvaus sekä niiden perustelu. Tutkimuksen tuloksia on vertailtu teoreettiseen viitekehykseen sekä luotettavuutta on vahvistettu suorilla haastattelulainauksilla. Johtopäätökset on tehty tulosten huolellisen tarkastelun pohjalta. Aineiston luotettavuutta lisää haastateltavien vapaaehtoisuus ja kokemus aiheen tärkeydestä. Haastatteluissa ilmeni aitoa halua parantaa kotiutumisen turvallisuutta ja sujuvuutta. Tiedon hankintaan käytettiin kansainvälisiä ja kotimaisia hoitotieteellisiä julkaisuja. Hankinnassa käytettiin vain luotettaviksi määriteltyjä tietokantoja.

Opinnäytetyön laatijat ovat työskennelleet tutkittavissa yksiköissä. Tutkijoiden työkokemus eri yksiköissä koettiin lisäävän luotettavuutta, koska se helpotti kysymysten laatimista. Kysymykset luotiin avoimiksi, jotta mahdollisia ennakkokäsityksiä saatiin karsittua. Näin haastattelijoiden omat näkemykset ja ajatukset eivät ohjailleet haastatteluiden kulkua. Luotettavuuden tukemiseksi materiaalit käsiteltiin sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti.

6.2 Eettisyys

Tutkijalla on asema, jolla hän pystyy merkittävästi vaikuttamaan tutkimuksen syntyyn ja kulkuun. Mitä avoimempi tiedonkeruumenetelmä on, sitä vaikeampaa on arvioida mahdollista eettisyyttä. Tutkimuksen lopputulokset vaikuttavat eettisyyteen. Hyvän tutkimuksen pohjalla on eettinen sitoutuminen, joka luo pohjaa tutkittavalle työlle. Jo pelkän tutkittavan asian valinta liittyy vahvasti eettisyyteen. Reiluun tieteelliseen tutkimuseetiikkaan kuuluu, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten esimerkiksi rehellisyyttä ja tarkkuutta. Heidän tulee myös soveltaa tieteellisten tutkimusten kriteerien mukaisia ja eettisesti vaikuttavia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Vilka 2015.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2021) on määritellyt tutkimuksessa käytettävän hyvän tieteellisen käytännön edellyttävän tiedeyhteisössä sovittuja eettisiä toimintatapoja. Toimintatapoihin kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus kaikissa tutkimustyön vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.)

Tutkijan tulee myös huomioida muiden tekemä työ, sekä kunnioittaa jo muiden aikaisemmin tekemiä töitä aiheeseen liittyen. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu ja toteutettu yksityiskohteisesti ja harhaanjohtamatta. Toimikunnan tulee käsitellä tutkimuksiin liittyvä tutkimuslupa. Muiden tutkijoiden osuuden tai työmäärän vähättely rikkoo toimivaa eettisyyttä. Vastuu eettisten periaatteiden noudattamisesta kuuluu koko työryhmälle sekä tutkimuksen johtajalle. (Tuomi & Sarajärvi 2009. 125-133 ; Vilka 2015.)

Tutkimukseen osallistuvalla henkilöltä on pyydettävä joko kirjallinen tai suullinen suostumus ja hänellä on oikeus saada tietää kaikki häntä koskevat seikat, jotka esiintyvät tai vaikuttavat tutkimuksen tulokseen, sekä osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Hänen tulee ymmärtää ja käsittää mistä tutkimuksessa on kysymys ja ymmärtää vaitiolovelvollisuuden merkitys. Tutkimusaiheen määrittely ei saa missään olosuhteissa loukata ketään potilas- tai ihmisryhmää. Jokaista tutkimukseen osallistuvaa henkilöä tulee kohdella kunnioittavasti ja heillä on oikeus anonymiteettiin. Tutkimukseen liittyvä materiaali tulee arkistoida ja hävittää asiaan kuuluvalla tavalla. Jos tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat lapsia, tulee huomioida heidän kehitys- sekä ikätasonsa. Jos kyseessä on lapsi, joka ei kykene päättämään itsenäisesti osallistumisestaan, tulee lupaa kysyä hänen lähiomaisiltaan. Jos tutkimus arkaluontoisuutensa vuoksi kärsisi lähiomaisiin otettavasta kontaktista, voi lupaa kysyä tutkimuseettisestä toimikunnasta.

Lapsilla on yhteneväinen oikeus kuulla ja ymmärtää tutkimuksen sisältö, kuin aikuisilla ihmisillä. (Pekkarinen 2018.)

Tämän opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on noudatettu tutkimuseettisiä periaatteita. Työn eettisten periaatteiden noudattamista vahvistaa kahden tutkijan osallistuminen työhön. Työssä on pyritty huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen sekä objektiivisuuteen. Työn kulku on suunniteltu huolella ja opinnäytetyön tekijät ovat sitoutuneet eettisten periaatteiden noudattamiseen sekä vaitiolovelvollisuuteen. Tutkimukseen osallistujille on korostettu osallistumisen olevan vapaaehtoista ja kerrottu kuinka anonymius toteutuu tässä työssä. Tutkimuksessa saatu haastattelumateriaali on hävitetty käsittelyn jälkeen. Työ on tehty muiden tutkijoiden työtä kunnioittaen käyttäen asiankuuluvia lähdeviitteitä.

Lähteet

Painetut

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Painos. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammatti-korkeakoulun julkaisuja 234. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Painos. Helsinki: Sanoma Pro oy

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. Painos. Helsinki: Tammi.

Sähköiset

Brody, A., Gibson, B., Tresner-Kirsch, D., Kramer, H., Tharaen, I., Coarr, M. & Rupper, R. High Prevalence of Medication Discrepancies Between Home Health Referrals and CMS 485 Plans of Care and its Potential to Affect Patient Safety in Vulnerable Elders. J Am Geriatr Soc 64, 11, 166-170. Viitattu 28.5.2021. [High Prevalence of Medication Discrepancies Between Home Health Referrals and CMS 485 Plans of Care and its Potential to Affect Patient Safety in Vulnerable Elders \(europepmc.org\)](https://www.europepmc.org/)

Etene 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Viitattu 23.10.2020. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Genet, N., Kroneman, M., & Boerma, W. 2013. Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study. Health policy 110, 1, 84-93. Viitattu 27.5.2021. <https://www.sciencedirect.com/neli.laurea.fi/science/article/pii/S0168851013000195?via%3Dihub>

Grönfors, M. Vilka, H. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätymenettelyt. Sofia-Sosiologi-Filosofiapu Vilka. Viitattu 12.10.2020. http://vilka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Gustavson, T. 2020. Kehittämismalli ikääntyneiden hyvinvoinnin tukemiseen Lapinjärven kunnassa. YAMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.12.2020. [Opinnäytetyö_Tiia_Gustavson.pdf \(theseus.fi\)](https://theseus.fi/)

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. Stakes tutkimuksia 179. Viitattu 14.10.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus.

Järvinen, T. 2018. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutus. Lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto. Farmakologian ja lääkehoidon osasto. Helsinki. Viitattu 23.10.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/279443/LIENSI-AATTI%20Tiina%20J%C3%A4rvinen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 3.11.2020. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kehusmaa, S., Mäkelä, M. & Heikkilä, R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa - tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 14, 1-5. THL. Viitattu 13.10.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Lääkelaitos & Kela. Viitattu 9.11.2020. https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf

Koski, J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon. Pro-gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 20.11.2020. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18007/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf?sequence=-1&isAllowed=y

Kotimainen kielitoimisto 2020a. Kielitoimiston sanakirja. Viitattu 23.10.2020. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/vanhus>

Kotimainen kielitoimisto 2020b. Kielitoimiston sanakirja. Viitattu 23.10.2020. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/ik%C3%A4ihminen>

Kuisma, P. 2010. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro-gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere. Viitattu 12.11.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 12.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 13.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%20potilaalla%20terveyden-%20ja%20sairaanhoitopalveluja%20k%C3%A4ytt%C3%A4v%C3%A4%20tai%20muuten%20niiden%20...>

Laki salassapitorikoksesta 1995/578. Viitattu 16.11.2020. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L38>

Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista. 812/2000. Viitattu 12.10.2020. [Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja... 812/2000 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812)

Nikula, K. 2019. Iäkkäiden polyfarmasia ennen ja nyt. Turun yliopisto, Kliininen laitos, geriatrია. Turku. Viitattu 1.11.2020. https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/147014/Nikula_Kimmo_Opinnayte.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Onditi, K. 2019. Monilääkityt ikäihmiset kotihoidossa-kokemuksia lääkehoidosta ja ajatuksia palvelun kehittämisestä. Pro-gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, Hallintotieteen ja terveyshallintotieteen yksikkö. Oulu. Viitattu 23.10.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201705101775.pdf>

Oulun yliopisto 2015. Ikääntynyt henkilö. Viitattu 13.10.2020. https://www.oulu.fi/gasel/esiselvitys_k%C3%A4sitteet

Palvajärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu 3.11.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf

Pekkarinen, E. 2018. Kuka suostuu lasten ja nuorten tutkimuksessa? Vastuullinen tiede. Tutkimusetiikka ja tiedeviestintä Suomessa. Vastuullinen tiede. Viitattu 25.11.2020. <https://vastuullinentiede.fi/fi/tutkimuksen-suunnittelu/kuka-suostuu-lasten-ja-nuorten-tutkimuksessa>

Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020a. Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Viitattu 11.10.2020. <http://www.karviainen.fi/>

Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020b. Ikäihmisten palvelut. Viitattu 12.10.2020. http://www.karviainen.fi/ikaihmissen_palvelut/vuodeosastot_tehostettu_asumispalvelu_vanhainkodit/vuodeosastot

Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020c. Kotihoito. Viitattu 12.10.2020. http://www.karviainen.fi/ikaihmissen_palvelut/kotihoito

Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2020d. Tietosuojat. Viitattu 16.11.2020. http://www.karviainen.fi/kuntayhtymän_hallinto/tietosuojat/prime101.aspx

Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2021. Viitattu 8.1.2021 <https://karviainen.fi/sosiaalipalvelut/tukea-tyollistymiseen/tyohon-kuntoutuksen-palvelut/>

Schepel, L. & Kuitunen, S. 2020. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 136, 2, 212-22. Viitattu 10.2.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15348>

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2020. Piritta Seitamaa-Hakkarainen: Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix. Viitattu 19.12.2020. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

Somersaari, K. 2013. Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas turvallisesti kotiin. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.10.2020. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/54020/kaantynyt%20lonkkamurtumapotilas%20turvallisesti%20kotiin%20Katja%20Somersaari%20Opinnaytetyo%20Kuntoutus%20YAMK.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 3.11.2020. <https://finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Potilasturvallisuus. Viitattu 13.10.2020. <https://stm.fi/potilasturvallisuus>

Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Viitattu 14.10.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveysturvallisuuslaki 1326/2010. Viitattu 13.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2010/20101326>

Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos 2020a. Muuttuvat vanhustalut. Viitattu 1.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhustalut>

Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos 2020b. Tilasto- ja indikaattoripankki sotkanet. Viitattu 14.10.2020. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1t9Y1C4s3dLPWdbU20jMEAA==®ion=szZzAwA=&year=sy6rBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202004030539

Terveysturvallisuus- ja hyvinvoinninlaitos 2020c. Tilasto- ja indikaattoripankki sotkanet. Viitattu 26.10.2020. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1t9Y1jTcEAA==®ion=s07MBAA=&year=sy4rAwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741

- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017. Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11., % asiakkaista. Viitattu 26.10.2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3122>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020d. Potilasturvallisuus. Viitattu 13.10.2020 <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020e. Turvallisuus kotiin annettavissa palveluissa. Viitattu 18.1.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito/turvallisuus-kotiin-annettavissa-palveluissa>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 5.11.2020 <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021. Mitä on hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)?. Viitattu 29.4.2021. [Hyvä tieteellinen käytäntö \(HTK\) | Tutkimuseettinen neuvottelukunta \(tenk.fi\)](https://www.tenk.fi/hyva-tieteellinen-kaetanto-htk-tutkimuseettinen-neuvottelukunta)
- Työturvallisuuskeskus 2019. Sosiaali- ja terveysala. Viitattu 18.1.2021. <https://ttk.fi/tyoturvallisuus-ja-tyosuojelu/toimialakohtaista-tietoa/sosiaali-ja-terveysala>
- Valvira 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Viitattu 5.2.2021. https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf
- Vellonen, M, Kaunonen, M. & Suominen, T. 2019. Kotihoidon lääkehoidon vaaratapahtumat - Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 31, 3, 191-204. Viitattu 10.2.2021. [Kotihoidon lääkehoidon vaaratapahtumat - Integratiivinen kirjallisuuskatsaus - ProQuest \(laurea.fi\)](https://www.proquest.com/health-care/integrative-literature-review-home-care-pharmaceutical-incidents/docview/238888888)
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vuori, J. 2021. Aineiston tuottaminen. Viitattu 27.5.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/aineiston-tuottaminen/>
- Julkaisemattomat
- Tallgren, M. & Kõlhi, T. 2020. Osastonhoitajien haastattelu. 4.12.2020. Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Vihti
- Sainio, L. 2020. Osastonhoitajan haastattelu. 21.12.2020. Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Vihti

Taulukot

Taulukko 1: Tulosten ryhmittely	25
---------------------------------------	----

Liitteet

Liite 1: Haastattelu Perusturvakuntayhtymä Karviaisen hoitajille kotihoidossa ja osastolla...	42
Liite 2: Avoimen kyselyn saatekirje	43
Liite 3: Kysely säännöllisen kotihoidon asiakkaille ja omaisille osastohoidosta kotiutumisen sujuvuudesta Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa	44

Liite 1: Haastattelu Perusturvakuntayhtymä Karviaisen hoitajille kotihoidossa ja osastolla

Haastattelu Perusturvakuntayhtymä Karviaisen hoitajille kotihoidossa ja osastolla

Miten koet yhteistyön kotiutukseen osallistuvien tahojen välillä sujuvan?

Miten lääkehoidon jatkuvuus ja turvallisuus siirtotilanteissa mielestäsi toteutuvat, onko havaittu ongelmia ja olisiko siinä kehitettävää?

Miten hoidon jatkuvuus mielestäsi siirtotilanteissa toteutuu ja onko tiedonkulku sujuvaa tai onko havaittu ongelmia, ja onko siinä kehitettävää?

Missä vaiheessa kotiutusta, ollaan yhteydessä kotihoitoon? Missä vaiheessa kotiutumista mielestäsi tulisi olla yhteydessä?

Kuka on yhteydessä omaisiin ja missä vaiheessa? Missä vaiheessa kotiutumista mielestäsi tulisi olla yhteydessä?

Saatko helposti yhteyden kotiutukseen osallistuviin tahoihin?

Käytetäänkö kotiutuksen suunnitteluun ja järjestelyyn riittävästi aikaa?

Mitkä asiat koet toimivaksi kotiutumisessa?

Mitä haluisit kehittää kotiutumisessa?

Liittyykö kotiutumiseen joitakin erityisen hankalia/toimimattomia asioita/mahdollisia vaaratilanteita?

Liite 2: Avoimen kyselyn saatekirje

Arvoisa asiakas,

Olette olleet hoidossa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen osastolla ja nyt kotiutumassa kotihoidon asiakkaaksi. Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjalla sairaanhoitajatutkintoa. Osana opintojamme teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on: Turvallinen kotiutuminen vuodeosastolta kotihoitoon Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan ja hänen omaisensa kokemuksia kotiutumisen sujuvuudesta sekä hoidon turvallisesta jatkuvuudesta. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, kaikki kyselyn tiedot käsitellään luottamuksellisesti ilman nimeänne ja sen voi palauttaa suljetussa kirjekuoressa kotihoidon työntekijälle xx.xx.2021 mennessä. Toivomme, että voisitte vastata tähän kyselyyn. Vastauksenne on arvokas ja sen avulla voidaan kehittää kotiutumisen sujuvuutta ja turvallisuutta.

Lisätietoja voitte tarvittaessa saada allekirjoittaneilta.

Kiitos yhteistyöstä!

Janina Tuliniemi ja Minna Kiviranta
sairaanhoitajaopiskelijat Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohja

Janina puhelinnumero
Minna puhelinnumero

Liite 3: Kysely säännöllisen kotihoidon asiakkaille ja omaisille osastohoidosta kotiutumisen sujuvuudesta Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa

Kysely kotihoidon asiakkaille ja omaisille osastohoidosta kotiutumisen sujuvuudesta perusturvakuntayhtymä Karviaisessa.

Vastaaaja (merkitse X oikean vaihtoehdon kohdalle):

Asiakas___ Omainen ___

Kestikö osastohoitonne enemmän kuin viisi päivää?

Kyllä___ Ei___

Kartoitettiinko kotiolojasi osastohoidon aikana, jos kartoitettiin niin miten?

Miten osallistuit kotiutusta koskevaan päätöksentekoon ja kuinka toiveesi huomioitiin kotiutumisen suhteen?

Miten apuvälineiden ja tukipalveluiden tarvetta kotiin kartoitettiin osastohoidon aikana? Olitko tarvinnut mielestäsi muita apuvälineitä tai palveluita?

Muuttuiko lääkityksesi osastohoidon aikana? Millaista ohjausta sait lääkehoidon toteutukseen kotona? Varmistettiinko ennen kotiutumista, että reseptit ovat valmiina, tarvittavia lääkkeitä on kotona tai saitko tarvittavat lääkkeet mukaasi osastolta?

Saitko riittävät jatkohoito-ohjeet, jos et, niin mitä kokisit tarvinneesi lisää?

Kuka sinut vastaanotti kotiin saavuttuasi? Jos kotihoito ei ollut vastassa kotiutuessasi, saitko tiedon, koska kotihoito tulee luoksesi ensimmäiselle käynnille?

Lopuksi voit kirjoittaa halutessasi tähän vapaasti asioista, jotka liittyvät tyytyväisyyteesi tai tyytymättömyyteesi kotiutumista koskevissa asioissa.
