



jamk

Kotihoidon asiakkaiden kotiutusprosessin kehittäminen akuuttiosastolta

Nina Nybacka

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Lokakuu 2023

Kehittäminen ja johtaminen

Nybacka, Nina

Kotihoidon asiakkaiden kotiutusprosessin kehittäminen akuuttiosastolta

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Lokakuu 2023, 46 sivua

Kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö YAMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Potilaiden kotiuttaminen osastoilla kotiin on moninainen kokonaisuus, johon kytkeytyy monia tekijöitä. Ne potilaat, jotka osastolta kotiutuvat kotiin kotihoidon turvin, tarvitsevat ennen kotiutusta monen ammattilaisen yhteistyön tuloksena syntynyttä toimivaa hoitopolkua ja hoidon jatkuvuutta.

Tämä tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselyä akuuttiosaston sairaanhoitajille. Tutkimukseen osallistui 10 sairaanhoitajaa. Heille lähetetyssä Webropol kyselyssä oli 7 avointa kysymystä, joissa kysyttiin kotiutusprosessin vaiheista mielipiteitä ja kokemuksia. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita kotiutusprosessiin liittyen.

Tulosten mukaan resurssointi ja hoidon jatkuvuus, sekä moniammatillinen yhteistyö koettiin kehittämiskohteiksi. Lisäksi tuloksista ilmeni, että potilaan omalla motivoituneisuudella ja asenteella, ja omaisten osallisuudella kotiutusprosessissa on oma osuuteensa sen sujuvuuden kannalta.

Työyhteisössä tulisi jatkossa pyrkiä jatkuvaan kotiutusprosessin kehittämiseen esimerkiksi erilaisten pienryhmien ja osastotuntien avulla. Toimiva kotiutusprosessi osastolta kotiin kotihoidon palveluiden turvin palvelee niin hoitavaa henkilöstöä, kuin asiakasta itseään.

Avainsanat (asiasanat)

Kotiutusprosessi, akuuttihoito, kotihoito, moniammatillinen yhteistyö

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Nybacka, Nina

Homecare's clients dischargeprocess development from acutecare unit

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, October 2023, 46 pages

Master`s degree Programme in Social and Health Care Management and Development. Bachelor`s thesis.

Permission for open access publication: YES

Language of publication: Finnish

Abstract

Discharging patients is a process with multiple factors to be taken into account. Those patients who need help of home care services after being discharged, need a plan of a functional treatment path and continuity of treatment provided in cooperation by different healthcare professionals.

This study was done as a qualitative study with the data collected through a survey for the acute ward nurses. 10 nurses participated in the study. In the sent to them Webropol survey consisted of seven open-ended questions about opinions and experiences regarding the different phases of the discharging process. The goal was to find areas for development in the patient discharge process.

The results showed, resourcing and continuity of care together with multi professional cooperation were perceived as areas for improvement. In addition, the results showed that the patient's own motivation and attitude, and the participation of relatives in the discharge process, have their own part in terms of its smoothness.

In the future, the work community should aim for continuous development of the discharging process, for example, through small group sessions and ward staff meetings.

A well-functioning discharge process together with the help of home care services benefits both the caring personnel and the client

Keywords/tags (subjects)

Discharge process, acute care, home care, multiprofessional cooperation

Miscellaneous (Confidential information)

--

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Kotihoidon asiakkaan kotiutusprosessi	3
2.1	Kotiin annettavat palvelut ja kotihoito	3
2.2	Terveydenhuollon palvelut	4
2.3	Kotiutusprosessin vaiheet	5
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	7
4	Opinnäytetyön menetelmät	8
4.1	Laadullinen tutkimus	8
4.2	Aineiston keruu ja kohdejoukko	9
4.3	Aineiston analyysi.....	10
5	Tulokset.....	15
5.1	Kotihoidon asiakkaan kotiutusprosessiin liittyvät haasteet	15
5.2	Potilaan rooli kotiutusprosessissa	18
5.3	Omaisten rooli kotiutusprosessissa	18
5.4	Yhteistyötahojen vuorovaikutus kotiutusprosessissa	20
5.5	Kotiutusprosessiin vaikuttavat tekijät	21
6	Pohdinta ja johtopäätökset.....	23
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
7	Jatkotutkimusehdotukset	33
7.1	Kehittämissuhteet kotiutusprosessin hallintaan	33
	Lähteet	36
	Liite 1. Saatekirje.....	40
	Liite 2. Webropol kyselylomake	41

1 Johdanto

Potilaan kotiuttaminen osastolta kotiin voi olla monimutkainen kokonaisuus. Kotiutukseen vaikuttaa potilaan fyysiset, psykologiset, sosiaaliset, ja toiminnalliset ominaisuudet. Hoitohenkilökunnan osalta kotiuttamista voi lähestyä eri perustein, tai kategorioihin jaettuihin raameihin. Toiminta voi perustua sääntöihin ja olemassa oleviin normeihin, jolloin kaikki potilaat hoidetaan sääntöihin tai standardeihin nojaten. Toisessa mallissa potilas voidaan kohdata myös yksilöllisesti, jolloin potilaan tilaa arvioidaan suhteessa hänen vointiinsa ja saatuihin tuloksiin. (Lämsä 2013, 112.)

Hoidon jatkuvuuden kannalta kotiutuksessa on tärkeää myös, että oleelliset tiedot hoitoon liittyen ovat joko potilaan itsensä tai ammattilaisen saatavilla jatkohoidossa. Kotiutusprosessin valmistelun tulee alkaa heti sairaalajakson alettua. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos painottaa potilaan omaa osallisuutta prosessissa. (Kuusisto, Joensuu, Nevalainen, Pakkanen, Ranne & Puustinen 2019, 39–40.)

Tämä opinnäytetyö käsitteli kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden kotiutusprosessia akuuttiosastolta erään maakunnan hyvinvointialueella. Opinnäytetyö toteutettiin sähköisenä Webropol-kyselynä osastolla toimiville sairaanhoitajille, jotka arkipäivisin hoitavat potilaiden kotiutuksiin liittyviä asioita. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli löytää prosessissa ilmeneviä kehittämistarpeita, joilla kotiutusprosessi saataisiin sujuvammaksi. Tästä työstä saatavilla tuloksilla ja kehittämisehdotuksilla voidaan parantaa akuuttiosaston ja kotihoidon välistä yhteistyötä ja parantaa kommunikation sujumista. Lisäksi asiakas hyötyy, kun hänen ei tarvitse olla akuuttiosastolta kauempaa kuin on hoidollinen tarve. Tämän opinnäytetyön avulla osaston henkilökunta pääsi tuomaan esille omia kokemuksiaan kotiutusprosessista käytännössä.

2 Kotihoidon asiakkaan kotiutusprosessi

2.1 Kotiin annettavat palvelut ja kotihoito

Kotihoito muodostuu kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon kotiin vietävistä palveluista. Kotipalvelu on mahdollista viikon jokaisena päivänä vuorokauden ajasta riippumatta. Kotipalvelua myönnetään esimerkiksi sairaudesta, synnytyksestä tai muista syistä, jotka alentavat toimintakykyä, ja näin ollen heikentävät kotona pärjäämistä. Lisäksi on mahdollista saada kotipalveluihin liittyvää tukipalvelua, mm. ateria-, siivous- ja kylvetysapua. Kotihoidossa työskentelee terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös kodinhoitajia ja kotiavustajia. Kotihoidon palvelut ovat maksullisia ja maksun suuruuden määrittää asiakasmaksulaki. (Kotiin annettavat palvelut, 2015.) Kun asiakas alkaa käyttää kotihoidon palveluja, tehdään niiden aloittamisesta erillinen päätös. Kotihoidon palveluiden käytön taustalla on aina joko kunnan viranomaisen tai lääkärin tekemä päätös palveluiden tarpeesta. Kotona saatavien palveluiden taustalla on palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehty arviointi, johon on kirjattu kaikki palvelutarpeet, myös asiakkaan omat esittämät tarpeet. Lisäksi palvelutarpeen arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia toimintakykymittareita, jotka eivät kuitenkaan yksistään riitä arviointiin. Arviointiin kuuluu myös keskustelut ja havainnointi asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Lisäksi omaiset otetaan huomioon. (Heinola 2007, 26)

Kotihoidon palvelut on pääsääntöisesti kohdistettu iäkkäille henkilöille, sekä palvelut ovat muuttamassa enemmän sairaanhoidollisiksi. Myös kodinhoidollisia töitä on pyritty rajaamaan pois kotihoidosta. Tutkimukset osoittavat, että hyvin suunnitellut, yhdistetyt kotihoidon-, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tukevat iäkkään terveyttä, parantavat hyvinvointia ja tuovat säästöjä. (Andersson, Haverinen & Malin 2004, 482, 484.)

Kotihoidon palveluita yleisimmin tarvitaan, kun fyysinen toimintakyky laskee, lisäksi kotihoidon asiakkailla ilmenee avun tarvetta ruoka-, pyykki- ja siivoushuoltoon liittyen. Näihin liittyen myös asumiseen liittyvät esteet, kuten portaat ja kynnykset aiheuttavat haasteita selviytyä itsenäisesti. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat useimmiten apua päivittäisissä toiminnoissaan, kuten peseytymisessä, wc-käynneissä, pukeutumisessa ja ulkoilussa. Joskus myös psyykkiset ja sosiaaliset syyt, kuten esimerkiksi yksinäisyys ja turvattomuus ovat syynä kotihoidon tarpeelle. (Luoma & Kattainen 2007, 19–20)

Kotihoitoa voidaan hakea silloin, kun ikääntynyt kokee, että ei pärjää enää kotona nykyisellään. Asiakas voi itse, tai hänen läheisensä ottaa yhteyttä oman kunnan palveluneuvontaan tai vastaan. Kotihoidon aloitus voidaan tehdä myös arviointijakson turvin, jonka tarkoituksena on selvittää henkilön jäljellä olevat voimavarat, vahvuudet ja selviytyminen arjessa. Kotihoidon asiakkaaksi tulevalle laaditaan yksilöllinen suunnitelma, joka suunnitellaan asiakkaan tarpeiden mukaan. Suunnitelmaa tehdessä voidaan selvittää myös, onko apua mahdollista saada kolmannelta sektorilta tai läheisiltä. Kotihoidon kustannuksiin vaikuttaa saatujen palveluiden määrä, asiakkaan bruttotulot ja perhekoko. Kunnallisesta kotihoidosta määräytyvää maksua ei voi vähentää kotitalousvähennyksessä. Kotihoitoa on mahdollista saada suoraan myös yksityisiltä yrittäjiltä. Silloin asiakas voi itse määrittää milloin ja millaista palvelua haluaa. Yksityisen kotihoidon kustannukset voi vähentää kotitalousvähennyksessä. (Kunnallinen ja yksityinen kotihoito 2023.)

Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalipalveluja tulee järjestää silloin kun ihminen tarvitsee apua selviytymisessä arjessa, asumiseen, talouden hoitoon tai sosiaaliin syihin liittyen. Myös äkillisissä kriiseissä ja väkivaltilanteissa tulee olla mahdollisuus päästä sosiaalipalveluiden piiriin. (Sosiaalihuoltolaki L1301/2014 11§)

Terveydenhuoltolaissa (L1326/2010 24§) määritetään, että hoitosuunnitelma tulee tarpeen mukaan laatia sen mukaisesti, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista kirjatussa laissa on kerrottu. Suunnitelma tulee pyrkiä laatimaan niin, että se voidaan huomioida tehdessä sosiaalihuoltolain mukaisia päätöksiä. (Terveydenhuoltolaki L1326/2010, 24§)

2.2 Terveydenhuollon palvelut

Suomen sairaalat ovat suurimmilta osilta julkisia laitoksia. Hyvinvointialueilla keskussairaalat ja niiden alueiden osilta yliopistolliset sairaalat vastaavat alueen asukkaiden sairaanhoidosta aina perustasolta erikoissairaanhoitoon. Hyvinvointialueilla on myös terveyskeskuksia, joiden vuodeosastoja kutsutaan sairaala nimityksellä. (Sairaalat ja erikoissairaanhoito 2023.)

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan palveluita, joita on saatavilla sairaaloissa. Palveluihin sisältyy erikoisalojen erilaisia tutkimuksia ja hoitoja. Erikoissairaanhoitoon pääsyyn on olemassa kriteerit, sekä hoidonporrastus ja useimmiten tarvitaan lähete. Perusterveydenhuolto on hyvinvointialueella järjestettyä terveyden hoito- ja edistämistä. Tätä palvelua on saatavilla terveyskeskuksessa,

ja myös esimerkiksi neuvoloissa, kouluissa ja opiskeluterveydenhuollossa. Tähän sisältyy myös hammashoito, mielenterveyteen ja päihdehoitoon liittyvä kuntoutus sekä yleislääketieteellinen vastaanotto. (Terveyspalvelut 2023.)

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin perusterveydenhuollon akuuttiosastolta tapahtuviin kotihoidon asiakkaiden kotiutusprosesseihin.

2.3 Kotiutusprosessin vaiheet

Kotiutusprosessi tarkoittaa sitä prosessia, joka alkaa heti, kun potilas otetaan hoitoon sairaalan vuodeosastolle. Prosessin suunnittelu jatkuu läpi hoitajakson, ja päättyy silloin, kun potilas pääsee kotiutumaan tai siirtyy jatkohoitoon toiseen laitokseen. (Koski 2017, 16.)

Tutkimuksessaan Lin, Cheng, Shih, Chu & Tjung (2012) ovat määrittäneet kotiutusprosessin vaiheiksi potilaan tunnistamisen, arvioinnin, suunnitelman laatimisen ja toteuttamisen, koordinoinnin ja uudelleen arvioinnin. Heidän mukaansa kotiutuksen suunnitelmallisuus lisää potilastyytyväisyyttä ja myös joissain tutkimuksissa sen on todettu lyhentävän sairaalajaksojen kestoa ja vähentäneen uusintakäyntejä. Hyvin tehdyn kotiutussuunnitelman tarkoitus ja tavoite on taata hoidon jatkuvuus kotiutumisen jälkeen. (Lin, Cheng, Shih, Chu & Tjung 237–238)

Kotiutusprosessiin osallistuu usein lääkäri ja hoitaja. Lisäksi eri terapeutteja, kuten fysio- ja puhe-terapeuttia saatetaan tarvita osana kotiutusprosessia. Myös sosiaalipuoli osallistuu prosessiin. Kotiutus sairaalasta voi olla sairaalahoidon tarpeen päätyttyä yksinkertainen prosessi, mutta useimmiten kuitenkin potilaat ovat iäkkäitä ja monisairaita, joka mutkistaa prosessin kulkua.

Kotiutusprosessi on monivaiheinen. Kotiuttamisen hankaluus johtuu osin siitä, että hoitoajat ovat lyhentyneet, koska pyritään karsimaan kustannuksia ja vapauttamaan paikkoja tuleville potilaille. Sairaaloilla on paine nykypäivänä kotiuttaa entistä huonossa kunnossa olevia potilaita. Onnistuneessa kotiutuksessa on vaadittu runsaasti hoitohenkilökunnan työaikaa ja eri tahojen tiivistä yhteistyötä. Kommunikointiin liittyvät ongelmat tuovat haasteensa kotiutuksessa. Kotiutumisen epäonnistuessa potilas usein palaa sairaalaan lyhyen ajan sisällä uudelleen. Viivästynyt kotiutuminen on myös yksi syy prosessin ongelmiin. Tällöin potilaan sairaalahoidon tarve on päättynyt, mutta sopivaa jatkohoitopaikkaa ei ole löytynyt. (Lämsä 2013, 105, 108–109.)

Kotiutusprosessin näkökulmasta kriittisin vaihe on ensimmäiset viikot. Onnistuneen kotiutuksen taustalla on se, että asiakas saa riittävästi apua ja kuntoutusta osastojakson aikana. Turvallisen kotiutukset edellytyksenä on toimiva yhteistyö niin sairaalan, omaisten, kuin kotihoidonkin kesken. (Kehusmaa, Mäkelä & Heikkilä 2018, 1,4) Jos kotiutumisen jälkeen potilas pian joutuu uudelleen sairaalahoitoon, on sen syynä yleensä aiemmat diagnoosit tai vatsaongelmat. Myös muut komplikaatiot ja kotihoidon asiakuus voi johtaa uuteen sairaalajaksoon. Kotiutuksessa esiintyviä ongelmia ovat mm. ennakoimattomuus, tiedon siirtymisen katkokset ja tavoitteiden puuttuminen. Kotiutumista voi viivästyttää myös kotipalveluissa esiintyvät keskeneräisyydet, kotiin hankittavien apuvälineiden hankintavaikeudet, sekä joskus myös potilas itse tai hänen omaisensa ovat kotiutumisesta vastaan. Kun potilas on kotiutunut, ovat ensimmäiset päivät ja viikot kotona sellaista aikaa, jolloin on suurin riski uudelleen sairaalaan joutumisesta. (Hammar, 2008, 27) HOTUS- hoitosuosituksen mukaan kotiutusvaiheessa merkittävänä tekijänä voidaan pitää iäkkään omaa valmiutta kotiutumiseen. Niin fyysisen, kuin kyvyn huolehtia itsestään kotioloissa tulee olla kunnossa. Tämä edellyttää niin osastolla kuin kotonakin riittävää ohjaamista ja tiedonantoa. Turvallisen kotiutumisen varmistamiseksi hoitavan henkilöstön tulee tunnistaa iäkkään henkilön rajoitteet esimerkiksi muistissa ja aistitoiminnoissa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2020, 7).

Iäkkään kotiuttaminen onnistuneesti vaatii sen, että iäkäs saa kotiin riittävästi tukea ja että palvelut toimivat saumattomasti. Tämä taas vaatii sen, että yhteistyötä sekä kotiutusprosessin kehittämistä tehdään jatkuvasti eri terveydenhuollon toimijoiden välillä. Kotiutusprosessissa kotiutumisen jälkeisen vuorokaudet ovat kriittisintä aikaa. Yleisimmin epäonnistunut kotiutus johtuu siitä, että se on tehty liian varhain, suunnittelu, tiedonkulku, yhteistyö ja asetetut tavoitteet ovat olleet puutteellisia. (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003,11,13)

Perälä ym. (2003) tekstissään puhuu PALKO-mallista, joka tarkoittaa kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyvien käytänteiden yhteensovittamista. Mallissa on käytössä menetelmiä, joiden avulla tiedonkulku on esteetöntä ja ajantasaista hoitavien tahojen, asiakkaiden ja myös heidän omaistensa välillä, kokonaisuus on koordinoitua, moniammatillisuus saadaan toteutumaan, sekä kotihoidon työ on hallinnoitua. (Perälä, ym. 2003, 15)

Potilaiden oletetaan myös itse osallistuvan kotiutusprosessiin, ja huolehtivan jatkohoidollisista asioista itse kotiutumisen jälkeen. Vuonna 2021 tehdyssä tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että potilaat itse kokevat, että heillä ei ole valtuuksia ottaa tällaisia vastuita hoidostaan. (Rognan, Sporong, Bengtsson, Lie, Andersson, Mowe, Mathiesen 2021, 893.) Erään toisen vuonna 2023 julkaistun tutkimuksen mukaan potilaat haluavat kotiutusprosessissa tulla kuulluksi, osallistua päätöksentekoon, olla riittävän valmiita huolehtimaan itsestään kotiutumisen jälkeen sekä saada selkeät jatkohoito-ohjeet. (Jones, Austad, Silver, Cordova-Ramos, Fantasia, Perez, Kremer, Wilson, Walkey & Drainoni 2023, 1.)

Vuonna 2022 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin hoitajien, lääkärien ja terapeuttien kohtaamia haasteita kotiutusprosessissa sisätautien osastolta Kanadassa sijaitsevassa sairaalassa. Tutkimuksesta nousi esille viisi pääteemaa, joita olivat: kotiutuksen suunnitteleminen, potilaan ja omaisten osallisuus, puutteellinen aika perehtyä kotiutusohjeisiin, kotiutuksen koordinointi ja potilaiden sijoittuminen sekä vähäinen sosiaalinen tuki ja uudelleen sairaalaan joutumisen riski. (Charlebois & Law 2022, e5918)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotiutussuunnitelmat ovat yhä tärkeämmässä roolissa. Pääpis-
teinä voidaan pitää kotiutuksen suunnittelun sisällyttämistä päivittäiseen hoitotyöhön, tunnista-
malla ei-lääketieteelliset tarpeita, sekä omaisten osallistaminen, ja yhteistyön kehittäminen sairaal-
an ja jatkohoidon välillä. (Robeznieks 2017, 39.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää akuuttiosaston sairaanhoitajien kokemuksia sekä mahdollisia kehittämiskohteita osastolla olevien kotihoidon piirissä olevien potilaiden kotiutusprosessissa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää kotiuttamisprosessia akuuttiosastolta.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia kehittämistarpeita kotihoidon asiakkaiden kotiuttamisprosessissa akuuttiosastolta kotiin ilmenee?
2. Millaisilla keinoilla kotiutusprosessista saataisiin mahdollisimman sujuva sekä asiakkaan, että hoitotahojen näkökulmasta?

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus on erään näkemyksen mukaan saanut alkunsa Euroopasta, mistä se on Yhdysvaltojen kautta kulkeutunut takaisin Eurooppaan. Tätä näkemystä pidetään laadullisen tutkimuksen alkuperästä oikeana. Laadullista tutkimusta kuvataan oppaissa synonyymein ”ymmärrettävä”, ”pehmeä”, ”ihmistutkimus”, ”laadullinen” ja ”kvalitatiivinen”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 23.) Laadullinen tutkimus pyrkii löytämään tutkimuksen avulla löydöksiä käyttämättä tilastoja. Tutkimuksella pyritään ymmärrykseen syvällisemmin eikä yleistyksiin. Tutkimuksen tulisi sisältää kuvailua ja tulkintoja. (Kananen 2017, 35.) Laadullisessa tutkimuksen ominaisuuksiin kuuluu se, että se keskittyy tutkittavan näkemyksiin sekä kokemukseen tutkittavasta aiheesta. Tutkimisessa yhdistyy teoria ja käytäntö. Laadullinen tutkimus mahdollistaa tuoda ilmi esimerkkejä, joita voidaan pitää todellisuudessa tapahtuvista asioista tai joita voidaan pitää ihanteina. (Juuti & Puusa 2020, 59–60.)

Laadullisessa tutkimuksessa etsitään vastausta siihen, mitä merkityksiä tutkimuksella haetaan. Tämän edellytyksenä tutkijan tulee tarkentaa, onko tarkoituksena tutkia kokemusten vai käsitysten kautta. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole totuuden löytäminen, vaan löydösten avulla tuoda tietoisuuteen sellaista, jota ei välittömästi kyetä havaitsemaan. Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat kolme asiaa; millaisiin yleisiin ilmiöihin tutkimuskohde liittyy, tarkkailu tutkimukseen liittyviin motiiveihin ja tarkoituksiperiin sekä prosessin kulkuun ja aikataulukseen. (Vilka 2021 118, 120–121). Laadullisessa tutkimuksessa ymmärtämisen mahdollisuus on kaksijakoinen. Toisaalta tulisi miettiä, miten tutkimuksen tekijä ymmärtää tutkittaviaan, ja toisaalta miten muut ymmärtävät tutkimuksesta laadittua raporttia. Laadullisessa tutkimuksessa teorialla on merkitystä ja se on tutkimuksen kannalta välttämättömyys. Teoriaosa kattaa tutkimukseen liittyvän viitekehysten ja muun siihen liittyvän teoreettisen tiedon (Tuomi & Sarajärvi 2018, 76,23). Hyvässä laadullisessa tutkimusraportissa havainnot on asianmukaisesti ryhmitelty, ja tutkimustehtävää tarkennettu tutkimuksen aikana. Lisäksi hyvässä raportissa samaa tarkoittavia havaintoja on tuotu ilmi usein. Lisäksi hyvässä raportissa on käytetty apuna teknisiä apuvälineitä, kun aineistoa on kerätty, sekä raportoitu tutkijan vaikutukset tutkimukseen. (Metsämuuronen 2008, 58)

4.2 Aineiston keruu ja kohdejoukko

Tässä laadullisessa tutkimuksessa käytettiin webropol- sähköistä kyselyä (liite 2). Tämä valittiin siksi, koska sähköpostitse kyselyyn osallistuvat tavoitetaan parhaiten ja ajantasaisimmin verraten paperikyselyyn. Kysely suunnattiin akuuttiosastolla työskenteleville sairaanhoitajille.

Tutkimukseen osallistuvat tulisi valita niin, että heillä on henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tutkijan tulee myös huomioida valitessaan osallistujia se, että tutkittavat saattavat kokea aiheen sensitiivisyyden eri tavoin. Laadullisessa tutkimuksessa myös usein osallistujia on vähän. Tämän tarkoitus on kuitenkin saada tutkittavasta aiheesta mahdollisimman hyvä tutkimusaineisto. Vähäisestä osallistujamäärästä huolimatta aineistoa voi kertyä runsaasti. (Kylmä 2008, 113–114)

Tutkimukseen valittiin osallistujiksi kaikki (N = 15) akuuttiosastolla työskentelevät sairaanhoitajat, joiden työsuhte on kestänyt yli 3kk. Heidät valittiin siksi, että heillä on eniten kokemusta kotiutusprosessista ja sen hoitamisesta. Tutkija ei kokenut tutkimusta aloittaessaan, että aihe olisi niin sensitiivinen, että se aiheuttaisi tutkittaville psyykkistä kuormitusta. Tämä perustui siihen, että tutkimus ei käsitellyt tutkittavien henkilökohtaisia kokemuksia aiheesta, vaan heidän mielipiteitään tutkittavan ilmiön hoitamisesta ja siihen liittyvistä haasteista. Tutkimuksen tekijä sai tutkimukseen osallistujien nimet työpaikan työvuorotaulukosta tietoonsa. Tutkija lähestyi itse sähköpostiviestillä kaikkia tutkimukseen osallistumaan valittuja.

Sähköinen kysely on nykyaikainen valinta, ja sen avulla voidaan saavuttaa parempi vastausprosentti. Sähköisen kyselyn etuja ovat mm. se, että kysely voidaan tehdä vastaajalle visuaalisesti miellyttäväksi. Sähköiseen kyselyyn on myös mahdollista lisätä ääni- tai videokuvaa, joiden avulla kysymyksiin vastaamista voi helpottaa selkiyttämällä kysyttävää asiaa. Sähköisen kyselyn etu on myös sen helppo palauttamismahdollisuus sekä tutkijalle siinä on taloudellisia etuja. Sähköpostilistausta käytettäessä on helppo varmistua siitä, että vastaaja voi vastata vain kerran hänelle lähetettyyn kyselyyn. Tämän lisäksi on mahdollista lähettää muistutusviesti niille tutkimukseen valituille, jotka eivät vielä ole osallistuneet tutkimuskyselyyn. Tämä saattaa heikentää anonymiteettiä aineistonkeruuvaiheessa, mutta raportoinnissa anonyymiyys säilyy, kuten edellytetään hyvissä tutkimuskäytänteissä. Tutkimukseen valittuja voi lähestyä ennakoiden sähköpostilla tai puhelimitse, jolloin viestiin tulee sisältyä joko verkko-osoite tutkimuskyselyyn tai muu tieto, mihin vastaus lähetetään. Tutkijalta tämä vaatii ennakkoon tehtyä selvitystä, ja tämä myös rajaa aineiston laajuutta, mutta

samalla suurempi vastausprosentti on mahdollinen. Tutkittavien lähestyminen sähköpostilla on helppo ratkaisu, mutta mahdollisesti parempi vastausprosentti olisi saatavilla, jos tutkija on itse paikalla ainestoa kerätessä. Sähköpostiviestiin on siis hyvä sisällyttää selkeät ohjeet vastaamiseen ja motivoida tutkittavia osallistumiseen. (Valli & Perkkilä 2018, 117–119.)

Ennen varsinaista tutkimuskyselyä suoritettiin esitestaus, jonka perusteella ei noussut esiin kyselyssä sen sisällössä tai ulkoasussa tehtäviä muutoksia. Kysely pidettiin avoinna 11.5-1.6.2023 välisenä aikana. Kyselystä tiedotettiin työyhteisön ilmoitustaululla, jossa kerrottiin, että tutkimus on käynnissä, ja pyydettiin lukemaan sähköposti, johon tutkimukseen valituille oli laitettu osallistumisohjeet. Tiedotteessa ei mainittu tarkemmin, kenelle kaikille sähköpostia oli laitettu, vaan pyydettiin yleisesti tarkistamaan sähköposti. Tutkimuksen aikana lähetettiin kaksi muistutusviestiä niin, että ne kohdistuivat niille henkilöille, jotka eivät olleet vielä vastanneet. Määräaikaan mennessä vastauksia saapui 10. Eniten vastauksia saatiin tulosten mukaan niiltä hoitajilta, joilla työkokemusta on yli 16 vuotta. Seuraavaksi eniten vastauksia saatiin niiltä, joilla työkokemusta on 0–5 vuotta.

4.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa analysointi perustuu tutkimuksesta saatuun aineistoon. Tutkijan rooli analysoinnissa vaikuttaa sekä aineiston hankintaan, että sen analysointiin. Analysointia tehdään aineiston hankinnan jälkeen kahdesta eri näkökulmasta; tutkija perehtyy saatuun aineistoon ja pyrkii ryhmittelemään saatua tietoa. Lisäksi tutkija hankkii aiheeseen liittyvää teorian tietoa sekä aiemmin tehtyjä tutkimuksia, joiden perusteella hän ryhmittelee saadun tiedon. Tavoitteena analyysissä on luoda ymmärrys tutkitusta ilmiöstä, sekä mahdollisimman tarkka kuvailu ilmiöstä, ettei analyysi perustu pelkkiin faktoihin. (Juuti & Puusa 2020, 143). Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on yleensä monipuolinen, ja siitä voi nousta esille myös odottamattomia löydöksiä. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että tutkija aihetta valitessaan rajaisi sen mahdollisimman tarkasti, jotta aihetta voisi käsitellä syvällisesti. Tutkijan kuuluu analysoidessa eritellä ja yhdistellä saatua tietoa. Tämä tarkoittaa, että tutkimusaineisto jaetaan osiin, ja kootaan uudelleen menetelmällä, joka työssä on valittu käyttöön. Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää vakuuttavana, kun niihin on päädytty luotettavan analyysin kautta. Tällöin käytetty metodi tulee kuvata tarkoin ja sen tulee olla jäljitettävissä. (Puusa 2020, 146–147)

Tässä tutkimuksessa aihe rajattiin käsittelemään kotihoidon asiakkaiden kotiutusprosessia akuutti-osastolta, jolloin aihe on rajattu tarkasti. Tutkija on perehtynyt laaja-alaisesti tutkittuun aiheeseen, ja käyttänyt lähdemateriaalina kattavasti erilaisia aiheesta kertovia kirjoja, artikkeleita ja muita lähteitä. Lisäksi tuloksissa on avattu kattavasti kaikki tutkimuskyselystä saadut vastaukset, ja tuotu esimerkein esille käytännöllisyys.

Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla. Induktiivisella sisällönanalyysilla tarkoitetaan etenemistä yksittäisistä päätelmistä kohti yleisiä. Sisällönanalyysilla pyritään kuvailemaan tutkittua aihetta yleisesti ja tiiviisti. Tutkittua aihetta analysoidaan järjestelmällisesti ja puolueettomasti (Sarajärvi & Tuomi 2018, 107,117). Sisällönanalyysi keskittyy tutkimuksesta saatuun aineistoon vahvasti ja se sopii aineistojen analysointiin, jotka ovat kirjoitettua tekstiä, haastatteluja, nauhoitteita tai kuvia. (Vuori 2023)

Induktiivinen sisällönanalyysi valittiin menetelmäksi tähän työhön siksi, että sen avulla voidaan tarkistella saatua aineistoa edeten yksittäisistä vastauksista kohti isompia kokonaisuuksia. Lisäksi menetelmän avulla saadaan aineistoa yksinkertaistettua sekä koottua helposti tulkittava kokonaisuus.

Sisällönanalyysissa ensimmäinen vaihe on redusoida eli karsia saadusta aineistosta pois epäolennaisuudet. Tämä voidaan tehdä joko tiivistämällä tai pilkkomalla dataa osiin. Seuraavassa vaiheessa aineistoa aletaan ryhmitellä, jossa samankaltaisuudet ryhmitellään omiin alaluokkiin kuvaavien käsittein. Kolmannessa vaiheessa aineisto käsitteellistetään, jossa tutkimusaineistosta erotellaan olennaisuudet, joiden kautta voidaan muodostaa teoreettiset käsitteet. Käsitteitä yhdistelemällä tulisi päätyä saamaan vastaus tutkimukselle asetettuun tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysille on olemassa erilaisia tyyplejä toteutukseen, koska etukäteen aineistolähtöisyyden vuoksi ei pystytä määrittämään millaisia luokituksia kyseessä olevasta tutkimuksesta nousee. Nämä asiat selviävät analyysin edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123–127).

Tässä tutkimuksessa saadusta aineistosta poimittiin alkuperäiset vastaukset, jotka pelkistettiin sen jälkeen. Pelkistyksistä etsittiin samankaltaisuuksia ja yhdistettiin ne alaluokiksi, tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin yläluokiksi.

Alkuperäisilmaisu	pelkistetty ilmaisu	alaluokka	yläluokka
<p>”Kotihoidon resurssit. Eivät pysty ottamaan potilaita kotiin välttämättä 1–2 vrk säteellä, kun lääkäri sanoo että voisi kotiutua. Myös viikonloppua ja pyhää vasten vaikea kotiuttaa resurssien vuoksi.”</p> <p>”Kotihoidon resurssien riittävyys ja avun saaminen kotiin. Myös kotihoidon asiakkaaksi pääseminen nopeutetusti eikä aina PTA:n tai kotiutusprosessin avulla”</p> <p>”Kotihoidon resurssipula, jolloin eivät voi ottaa asiakkaita kotiin. Tai asiakas on uusi tai asiakkaan palvelujen tarve lisääntynyt niin ettei kotihoito ota asiakasta ennen PTA:ta tai hoitoneuvottelua, joka useimmiten menee viikonkahden päähän palveluneuvonnan työntekijän aikataulun vuoksi. Kuntoutustiimiinkään ei usein mahdu uusia asiakkaita nopealla aikataululla. Hoitojaksot venyvät.”</p>	<p>” Vähäiset resurssit, kotiutukset eivät onnistu 1–2 vrk säteellä eikä ennen pyhiä / vkl.”</p> <p>”Kotihoidon resurssien riittävyys, avun saaminen kotiin. Asiakkaaksi pääseminen nopeammin ilman pta:ta.”</p> <p>”Kotihoidon resurssipula Kotihoito ei voi ottaa uusia asiakkaita tai jos palveluiden tarve kasvanut. PTA ajat menevät pitkälle. Kuntoutustiimille ei mahdu uusia asiakkaita.</p> <p>Hoitojaksot venyvät”</p>	<p>Henkilöstön riittävyys</p> <p>hoidon suunnittelu</p>	<p>toimiva hoitopolku</p>

<p>” Palvelujen saatavuus riittävän nopeasti ja usein(resurssipula)”</p> <p>” Akuutti osastolla kotiutukset tulevat yllättäen, kotihoito ei aina pysty ottamaan omia potilaita takaisin lyhyellä varoajalla.</p> <p>PTA-ajat menee kauas, potilas saattaa odottaa aikaa osastolla, vaikkei muuta tarvetta osastohoidolle. Uusien asiakkaiden saaminen kotihoidon piiriin kestää liian kauan. Kotisairaala ei toimi.”</p> <p>” Prosessi on todella hidas. PTA/hoitoneuvotteluajat menevät yleensä pitkän ajan päähän.”</p> <p>” Kotihoidon asiakkaiden osastojakso on usein pitkittynyt sen vuoksi että kotihoidolla ei ole ollut resursseja ottaa asiakasta kotiin. Lisäksi jos on uusi kotihoidon asiakkuus, aloitukset ovat menneet resurssipulan vuoksi melko pitkälle.”</p>	<p>” Resurssipula. Palvelut riittävän nopeasti.”</p> <p>” Yllättäen tulevat kotiutukset.</p> <p>PTA-ajat venyvät</p> <p>Uusien asiakkaiden saaminen kotihoidon piiriin kestää kauan</p> <p>Kotisairaala ei toimi”</p> <p>” Hidas prosessi.</p> <p>PTA/hone-ajat venyvät pitkälle.”</p> <p>”Kotihoidon vähäiset resurssit. Uusien asiakkuuksien venyminen liian pitkälle resurssipulan vuoksi.”</p>		
---	--	--	--

<p>” Kotihoidon vähäiset resurssit -> asiakas ei välttämättä saa niin paljon käyntejä kuin oikeasti tarvitsisi</p> <p>Palvelutarpeen arvioinnit venyvät joskus harmittavan pitkälle, tämäkin ilmeisesti resurssipulasta johtuvaa</p> <p>” Kotihoidon resurssit vähäiset”</p>	<p>” Kotihoidon vähäiset resurssit.</p> <p>Ei saada tarpeeksi käyntejä asiakkaalle.</p> <p>PTA-ajat venyvät resurssipulan vuoksi.”</p> <p>” Kotihoidon vähäiset resurssit”</p>		
<p>Tiedonkulku yksityinen kotihoito versus ***** kotihoito. (Ei nähdä tekstejä, käyntimääriä yms.)</p> <p>Joskus kotihoidon kotiutusnumerosta vaikea saada ketään kiinni.</p> <p>Anja-lääkkeiden muutokset haastava saada tehtyä osastolta käsin.</p>	<p>”Tiedonkulun ongelmat yksityisen ja kunnallisen kotihoidon välillä.”</p> <p>”Kotiutusnumerosta ei saa ketään kiinni.</p> <p>Lääkemuutoksien toteuttaminen haastavaa.”</p>	<p>Tiedonkulku ja lääkemuutokset</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö</p>

Kuvio 1. Kuvio analyysistä. Sairaanhoidajien kokemuksia kotiutusprosessiin liittyvistä haasteista.

Ennen kuin tutkija kirjoittaa tuloksista, täytyy tarkistella, että onko saaduilla vastauksilla saatu tutkimuskysymyksiin vastauksia. Tulokset tulisi esitellä lukijan kannalta niin, että ne on helppo ymmärtää ja että ne ovat selkeitä. Tuloksia voi havainnoida myös kuvien ja taulukoiden avulla.

(Tuomi & Sarajärvi 2018, 181)

Tässä tutkimuksessa saatua aineistoa lähdettiin analysoimaan yllä olevan kappaleen mukaisesti. Jokaisen kysymyksen vastaukset litteroitiin, jonka jälkeen niille etsittiin yhteinen nimittäjä, ja näin muodostui alaluokka sekä pääluokka.

5 Tulokset

Tässä tutkimuksessa haettiin vastausta tutkimuskysymyksiin, jotka olivat: millaisia kehittämistarpeita kotihoidon asiakkaiden kotiuttamisprosessissa akuuttiosastolta kotiin ilmenee, ja millaisilla keinoilla kotiutusprosessista saataisiin mahdollisimman sujuva sekä asiakkaan, että hoitotahojen näkökulmasta. Tutkimustulosten perusteella molempiin kysymyksiin saatiin vastaukset kyselystä. Vastausten perusteella kotiutusprosessin kehittämistarpeita on useita, mm. liittyen ammattilaisten osaamiseen, sekä potilaan roolin tähdentämiseen. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että kotiutusprosessin sujuvoittamiseksi on tehtävissä useita erilaisia keinoja, kuten mm. työtehtävien selventämistä, resurssien suunnittelua ja kokonaisvaltaisesti palveluiden hyödyntämistä kolmas sektori mukaan lukien.

5.1 Kotihoidon asiakkaan kotiutusprosessiin liittyvät haasteet

Tutkimuksesta nousi esille, että yksi kotiuttamisen haaste on resurssien riittämättömyys, jonka vuoksi kotiutukset pitkittyvät. Resurssien riittämättömyys kotihoidossa näyttäytyi osastojaksojen pitkittymisenä. Vastauksissa tuli esille juuri se, että vaikka osastohoidon tarve on päättynyt, joutuu potilas odottamaan kotihoidon palveluiden alkamista osastolla, koska kotiutumista ei voida tehdä turvallisesti ilman kotihoidon palveluita. Ne potilaat, joilla ei ennestään ollut kotihoidon palveluita käytössään, ja nykyisen osastojakson jälkeen sitä tarvitsevat, joutuivat odottamaan vieläkin kauemmin osastolla kotiutumista verraten niihin potilaisiin, joilla on olemassa oleva kotihoidon asiakkuus ennen osastojaksoa.

Esimerkiksi potilas, jolla osastohoidon tarve on päättynyt akuuttivaiheen jälkeen, ei voi kotiutua, koska kotihoito ei pysty vastaanottamaan asiakasta nopealla aikataululla. Potilaan vointi on kuitenkin sellainen, että häntä ei voida kotiuttaa ilman kotihoidon käyntejä esimerkiksi hygienianhoidon ja lääkehoidon turvallisen toteutumisen takaamiseksi. Toisena esimerkkinä potilas, joka tarvitsisi kotihoidon käyntejä väliaikaisesti kotiutumisen jälkeen esimerkiksi haavanhoidon tai lääkehoidon

takia, voi joutua odottamaan kauan, että käynnit saadaan aloitettua. Tähän vaikuttaa kotihoidossa ilmeneva resurssien vähäisyys ja toisaalta kasvaneet asiakasmäärät.

Vastausten perusteella tuotiin esille, että kotiutus ei ollut mahdollista ennen kuin palvelutarpeen arviointi osastolla oli tehty. Palvelutarpeen arviointiin saattoi sijoittua pitkänkin ajan päähän. Vastauksissa aikojen venymisen koettiin johtuvan puutteellisista resursseista. Nopeat ja yllättävät kotiutukset, esimerkiksi ennen pyhiä, aiheuttivat myös haasteita. Esimerkiksi jos kotihoitoon ei ole voitu ennakoida tulevaa kotiutusta, niin äkillisesti tuleva kotiutus vaatii kotihoidolta venymistä ja töiden uudelleen organisointia. Saatujen vastausten perusteella potilaan näkökulmasta myös tiedonkulkuun liittyvät haasteet pitkittivät kotiutusprosessia. Esimerkkinä tiedonkulkuun liittyviä haasteita ovat mm. puutteellisesti tehdyt hoitotyönyhteenvedot, vaillinaiset lääkelistat ja epäselvät ohjeistukset koskien jatkohoitoa kotona. Lisäksi vastauksista nousi esille kotiuttamisen haasteiksi päivittäisiin toimintoihin liittyvät asiat, kuten esimerkiksi lääkehoito ja ruokahuolto.

Esimerkiksi potilas, jolla on käytössään säännölliset kotihoidon palvelut, ja jonka lääkäri kierrolla toteaa olevan kotikuntoinen, ei välttämättä voikaan kotiutua sinä päivänä. Tähän vaikuttaa se, että kotihoidolla ei ole resursseja käynnistää asiakkaan käyntejä uudelleen nopealla aikataululla.

Toisena esimerkkinä tiedonkulkuun liittyvät haasteet. Esimerkiksi potilaalle on voitu määrätä tietyn ajan päähän kontrolliverikokeita, vastaanottoja tai on määrätty uusia lääkkeitä. Jos nämä ovat epäselvästi kirjattu hoitotyönyhteenvetoon, tai esimerkiksi uudesta lääkkeestä puuttuu resepti, niin se voi vaarantaa hoidon jatkuvuuden kotiutumisen jälkeen. Myös esimerkiksi epäselvästi merkityt lääkitysohjeet voivat aiheuttaa kotiutumisen jälkeen puutteita hoidon jatkuvuudessa, voi jäädä mm. epäselväksi, jos jokin lääke on määräaikainen, tai annos muuttuu jonkun ajan kuluttua.

Muutamissa vastauksissa mainittiin haasteelliseksi potilaan osastojakson aikana tehdyt lääkemutokset ja niiden huolehtiminen kotiutumisen jälkeen. Vastauksissa ilmeni haasteeksi se, kuka huolehtii esimerkiksi lääkemutoksista kotona, varsinkin, jos potilaalla on käytössään annosjakelulääkitys. Esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaalla on annosjakelulääkitys, ja osastojaksolla on tehty useita lääkemutoksia, niin haaste on siinä, että lääkitys saadaan ajantasaiseksi myös kotiutumisen jälkeen. Lisäksi huolta ilmeni ravitsemuksen toteutuksesta, erityisesti siitä kuka pystyisi huolehtimaan potilaalle ruokaa jääkaappiin kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksessa tuotiin esille, että jos

omaiset asuvat kaukana, eikä lähipiiristä löydy apua ruoka-asioissa, niin hoitotyön ammattilaisilla herää huoli potilaan ravitsemuksesta kotona, jos potilas ei kykene kauppa-asioita hoitamaan.

Esimerkiksi potilaalle on voitu tehdä useita lääkemuutoksia osastojakson aikana. Näiden saattaminen ajan tasalle myös kotona, kuuluu kotihoidon huolehtia. Jotta kotihoito voi huolehtia lääkehoidon myös kotona ajantasaiseksi, vaatii se osaston henkilökunnalta selkeitä ohjeita sekä tiedotusta osastojakson aikana tehdyistä lääkemuutoksista. Virheiden välttämiseksi monesti kotiutuessa pyritään jakamaan muutamaksi päiväksi potilaalle kotiin lääkkeet mukaan, jotta kotihoito ehtii reagoida tehtyihin muutoksiin. Ravitsemuksen toteutumiseen kotona yleensä tarvitaan joko läheisten apua, tai sitten useimmilla potilailla voi olla kotona käytössään ateriapalvelu, jonka saa käyttöön, kun kotiutumisesta ilmoitetaan.

Vastauksissa ilmeni myös näkemyserot potilaan kotikuntoisuudesta. Joskus potilas koki oman toimintakykynsä heikommaksi, mitä se käytännössä on. Esimerkiksi potilas voi kokea, että ei pääse liikkumaan, mutta hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan liikkuminen onnistuu esimerkiksi apuvälineiden turvin. Tutkimuksen mukaan potilaan näkökulmasta osastojakso saattoi pidentyä hoidon tarpeen päättymisen jälkeen sen vuoksi turhaan, koska kotihoidon resurssit eivät vastausten perusteella olleet välttämättä riittäviä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin, tai jos avun tarve oli kasvanut osastojakson aikana. Vastauksista ilmeni myös se, että potilaat kokivat pitkittyneen osastojakson kalliiksi.

Esimerkiksi potilaalla on voinut aiemmin olla käytössään kotihoidon käynnit kerran vuorokaudessa, mutta osastojakson jälkeen toimintakyky on muuttunut siten, että käyntejä tarvittaisiin enemmän. Tähän ei välttämättä kotihoito pysty nopealla aikataululla vastaamaan, jos tarve on muuttunut radikaalisti. Potilas voi myös kokea esimerkiksi yksinäisyyttä tai pelokkuutta, jonka vuoksi kieltäytyy / ei halua kotiutua sairaalasta.

Tutkimuksessa nousi myös esille se, että osastolta potilaita kotiuttavalla hoitajalla ei aina ole tarpeeksi aikaa perehtyä kotiutuvan potilaan asioihin. Kotiuttavalla hoitajalla on yleensä useita vastuita liittyen kotiutumiseen ja sen hoitamiseen. Tämä vaatii hoitajalta työtehtävien priorisointia ja osin myös tehtävien delegoimista. Aikaa tarvitaan mm. kotiutukseen liittyviin paperitöihin ja jatko-

hoidon suunnitteluun, sekä hoidon jatkuvuuden varmistamiseen. Lisäksi vastauksista ilmeni tarvetta tarkistuslistalle, jotta kotiutusprosessissa mikään osa-alue siihen liittyen ei jäisi huomiomatta tai tekemättä.

Esimerkiksi vastuuvuorossa olevalla hoitajalla voi olla tehtävänään huolehtia useammasta kotiutuvasta potilaasta, sekä muita osastohoitoon liittyviä työtehtäviä, jolloin aikaa voi olla niukalti käytettävissä kotiutuvien asioiden setvimiseen.

5.2 Potilaan rooli kotiutusprosessissa

Vastausten perusteella potilaan oma aktiivinen ote ja motivaatio vaikuttaa kotiutumisprosessiin. Esimerkiksi osastojaksolla aktiivisesti omaan kuntoutumiseen ja itse tekemiseen panostava potilas kuntoutuu kotikuntoiseksi nopeammin. Potilas voi aktiivisesti edistää omaa kotiutumistaan voitinsa mukaan olemalla yhteydessä omaisiinsa liittyen kotiutumiseen. Osastojakson aikana potilas voi oma-aloitteisesti tehdä hänelle määrättyjä kuntoharjoitteita sekä olla yhteydessä omaisiin / kotihoitoon ennen kotiutumista.

Lisäksi vastauksissa ilmeni se, että potilaan oma motivaatio ja halu ottaa apua vastaan kotiutumisen jälkeen vaikuttaa prosessin pituuteen. Potilaan, joka ei ole halukas ottamaan apua kotiin vastaan, osastojakso voi pitkittyä, koska kotiutusta ei voida turvallisesti tehdä. Vastauksissa tuli ilmi, että potilas voi itse vaikuttaa millaisia ja miten usein kotihoidon palveluita haluaa vastaanottaa. Potilaan oma kokemus siitä, mihin kotona apua tarvitsee, vaikuttaa toteutettaviin palveluihin. Lisäksi potilas voi päättää haluaako kunnallisen vai yksityisen kotihoidon palveluita. Vastauksissa ilmeni myös, että potilas voi toivoa ajankohtaa omalle kotiutumiselleen, ja vaikuttaa kuinka prosessi etenee osastojakson aikana. Esimerkiksi potilas voi ilmaista haluavansa kotiin tiettyinä päivinä, jolloin kotona saattaa olla omaisia läsnä tai muutoin apua enemmän saatavilla.

5.3 Omaisten rooli kotiutusprosessissa

Vastausten perusteella koettiin, että kun omaiset olivat osallisena kotiutusprosessiin, niin kotiutuminen tapahtui sujuvammin ja helpommin. Omaiset sujuvoittavat kotiutumista olemalla apuna esimerkiksi jatkohoitoon liittyvissä asioissa, kuten laboratorio- tai röntgenkontrolleissa. Omaiset myös edesauttavat kotiutumista avustamalla potilasta kotiutumisen jälkeen arkisissa askareissa.

Esimerkiksi kotiutusvaiheessa omaiset voivat käydä potilaan kotona valmiiksi täyttämässä jääkaappiin ruokatarvikkeita, tai kotiutuessa auttaa apteekkiasioinnissa. Lisäksi omaiset voivat avustaa potilasta pääsemään tarvittaviin jatkotutkimuksiin kuten esim. verikokeisiin tai röntgen tutkimuksiin.

Useissa vastauksissa omaisten rooli koettiin keskeisenä, ja heiltä toivottiin aktiivista otetta kotiutusvaiheessa. Omaisten aktiivisella roolilla tarkoitetaan sitä, että he toisivat selkeästi esille hoitohenkilökunnalle, kuinka paljon pystyvät ottamaan vastuuta ja olemaan mukana läheisensä hoidossa. Esimerkiksi voivatko auttaa kauppaa- tai lääkeasioissa, sekä tiedottamista siitä, millaisessa kunnossa kokevat läheisensä pärjäävän kotona. Esimerkiksi omaiset voisivat joko puhelimitse, tai käydessään vierailulla kertoa hoitohenkilökunnalle omista toiveistaan potilaan kotiutumiseen liittyen. Lisäksi he voisivat selkeästi ilmoittaa, mistä asioista ottavat vastuun siinä vaiheessa, kun potilaan kotiutumista aletaan suunnitella.

Myös todenmukaisia toiveita kotiin annettavasta avusta toivottiin omaisten näkökulmasta. Vastauksissa ilmeni myös tarve sille, että omaiset pitäisivät tiiviisti yhteyttä ja tukisivat potilaan kotiin pääsyä, sekä kannustaisivat potilasta palveluiden käyttöönotossa. Omaisilta toivottiin myös itse yhteydenpitoa kotihoitoon, sikäli potilas on kotihoidon asiakas ennestään.

Joissain vastauksissa myös koettiin, että omaisten näkemyserot hoidon tarpeesta saattoivat toisaalta myös hidastaa kotiutumista. Tämä näkyi niin, että kotiutusta jouduttiin siirtämään omaisten tai potilaan omasta toiveesta, tai jouduttiin esimerkiksi tekemään lisätutkimuksia ennen kotiutusta. Esimerkiksi potilas itse voi kokea, että ei pysty vielä liikkumaan oma-aloitteisesti, mutta hoitohenkilökunnan mukaan liikkuminen onnistuu riittävän turvallisesti kotiutumista ajatellen. Joskus myös omaiset tai potilas itse toivoo joitain tutkimuksia, ennen kun kotiutuminen tehdään, esimerkiksi vaikka joku tietty verikoe. Myös omaiset saattoivat joskus kokea, että heidän läheisensä ei vielä ole kotikuntoinen, esim. omaiset saattavat vaatia tiettyjen taitojen onnistumista ennen kuin kotiutuminen toteutetaan, esim. vessakäynnit itsenäisesti tai muuta vastaavaa.

Vastausten perusteella haasteena koettiin omaisten näkökulmasta liian nopeasti tehty kotiutus tai se, että omaiset eivät pystyneet osallistumaan kotiutumiseen esimerkiksi avustamalla kauppa- tai

lääkeasioissa. Liian nopeasti tehdyt kotiutukset saattavat johtaa lyhyellä aikavälillä uuteen sairaalajaksoon.

5.4 Yhteistyötahojen vuorovaikutus kotiutusprosessissa

Lähes kaikissa vastauksissa yhteistyötahojen toiminta koettiin hyväksi. Vastauksista nousi esille hyvänä puolena se, että kotiutusta suunniteltaessa on yksi numero kotihoitoon, johon otetaan yhteyttä. Tällä numerolla saadaan yhteys kotihoitoon kaikissa tilanteissa. Myös ne potilaat, joilla ei ole vielä käytössään kotihoidon palveluita, saadaan ketju aluilleen tämän yhden numeron kautta. Samaisesta numerosta voidaan järjestää myös arviointitiimin käynnit. Numerosta järjestyy useamman kunnan alueella toimivat kotihoidon palvelut.

Soittaessaan kotiutusnumeroon osastolla kotiutumista vastaava hoitaja saa vastauksen kaikkiin kotihoidon kotiutustilanteisiin liittyen. Esimerkiksi pta-ajat uusille ja vanhoille asiakkaille, joilla hoidon tarve on muuttunut, tai väliaikaisten käyntien järjestäminen tai asiakkaan kotihoidon käyntien selvittäminen ennen kotiutumisen suunnittelua.

Palvelutarpeen arviointi aikoja toivottiin järjestyvän nopeammin. Nopeasti tehty palvelutarpeen arviointi voisi mahdollistaa nopeamman kotiutuksen, kun olisi tiedossa, millaista apua kotiin tarvitaan sairaalajakson jälkeen. Lisäksi kotisairaalan toimintaa toivottiin kehitettävän ja lisäävän, jotta osastolta voitaisiin kotiuttaa myös niitä asiakkaita, jotka eivät vaadi sairaalahoitoa, mutta vaativat esimerkiksi suonensisäistä lääkehoitoa. Kotisairaalan toiminnan lisäämisellä myös ne potilaat, jotka tarvitsevat muuta sairaalatasoista hoitoa, mutta eivät vaadi sairaalassa olemista, voisivat kotiutua nopeammin omaan kotiinsa.

Palvelutarpeen arviointeja tekevät kotihoidossa tietyt henkilöt, jolloin ajan saaminen lyhyellä varoituksella voi olla mahdotonta. Lisäksi aikaa varatessa tuli ottaa huomioon, että palaveriin olisi hyvä osallistua myös potilaan omaisten, jotta voitaisiin rakentaa sellainen palvelusuunnitelma, joka tukisi potilasta parhaiten kotioloissa ja voitaisiin selvittää miten paljon omaiset voivat auttaa. Lisäksi kotisairaalan toiminta on vielä osin kehitysvaiheessa ja sen käynnistäminen laajemmalla alueella on vasta käynnissä.

Tutkimuksessa nousi esille myös arviointitiimin tarve, mutta sen aloittamisen koettiin venyvän pitkälle aikavälille, jolloin myös osastojakso pitkittyy. Arviointitiimillä tarkoitetaan sellaista tiimiä, joka voi aloittaa käynnit potilaan kotona sairaalajakson jälkeen ilman, että potilas on ennestään kotihoidon asiakas. Lisäksi arviointitiimin käynnit sopivat niille potilaille, joilla tarve on arvioitu väliaikaiseksi. Potilas voi tarvita arviointitiimin käyntejä esimerkiksi haavanhoitojen vuoksi, tai esimerkiksi tilanteessa, jossa jokin raaja on murtuman vuoksi kipsattu tai lääkehoidon vuoksi.

Väliaikaiset käynnit sopivat esimerkiksi niille potilaille, jotka tarvitsevat leikkaushoidon jälkeistä avustusta tai haavanhoitoa tai esimerkiksi ne potilaat, jotka tarvitsevat määräaikaisesti injektiona annettavaa lääkitystä, jota potilas ei halua itse annostella.

Vastauksissa ilmeni myös tarvetta yleisesti pidettäville kotihoidon ja akuuttiosaston välisille palaverille. Näillä palavereilla voitaisiin esimerkiksi pureutua niihin tilanteisiin, jotka tuottavat haasteita palveluketjussa. Näillä palavereilla voitaisiin parantaa hoidon jatkuvuutta.

Tämä kehittäisi myös moniammatillista toimintaa, kun kuultaisiin vastapuolen palautetta kotiutus-tilanteista sekä kotihoidosta kuultaisiin prosessin vaiheista akuuttiosaston näkökulmasta. Tietoisuuden lisäämisellä puolin ja toisin voitaisiin kotiutusprosessista tehdä entistä sujuvampi.

5.5 Kotiutusprosessiin vaikuttavat tekijät

Saatujen vastausten perusteella todettiin, että resursseja tulisi olla enemmän, joka helpottaisi kotiutusprosessia. Useissa vastauksissa ilmeni myös tarve ennakoida potilaan kotiutumista entistä paremmin. Tämä tarkoittaa osaston näkökulmasta sitä, että jo osastojakson alkuvaiheessa alettaisiin suunnitella kotiutumista. Lisäksi toivottiin nopeampaa reagointia ja yhteydenpitoa kotihoitoon hyvissä ajoin ennen suunniteltua kotiutumista. Esimerkiksi osastolla voitaisiin hyvissä ajoin reagoida siihen, että potilas mahdollisesti tarvitsee apua kotona osastojakson jälkeen. Lisäksi heti osastojakson alussa tulisi olla selvillä, jos potilaalla on jo käytössään joitain palveluita, jotta voitaisiin reagoida, jos palveluita tarvitsee lisätä. Esimerkiksi potilaalla on voinut olla ennen osastolle joutumista kotihoidosta yksi käynti päivässä, mutta jakson jälkeen käyntejä tarvittaisiin useampi.

Esimerkiksi kun potilas on otettu osastolle, kirjattaisiin hoitosuunnitelmaan heti, millaisia palveluita on käytössä ja mitä ne sisältävät, tai mikä on potilaan kunto ollut ennen osastolle joutumista.

Tämän avulla voitaisiin reagoida nopeammin ja aiemmin siihen, että kotiutuessaan potilas tarvitsee tukea kotiin. Potilaan tila on voinut myös sairauden vuoksi heiketä niin, että tarvitsee enemmän tukea päivittäisissä toiminnoissa. Esimerkiksi liikkuminen on voinut heikentyä niin, että ei pääse liikkumaan ilman hoitajan tukea tai apuvälineitä, tai ei kykene enää annostelevaan lääkkeitä dosetista ilman apua.

Myös yhteistyön kehittämistä osastolla lääkärin ja hoitajien kesken pidettiin yhtenä kehittämiskohteena. Vastauksissa tämä ilmeni toiveena siitä, että osastolla lääkäri katsoisi ensimmäisenä ne potilaat, jotka mahdollisesti ovat kotiutumassa. Esimerkiksi kun lääkäri on aamupäivän aikana tutkinut potilaan sekä tarkistanut lääkelistan, voi hoitaja aloittaa oman osuutensa kotiutusprosessista. Tähän sisältyy mm. lääkkeiden jakaminen tarvittaessa kotiin mukaan, yhteydenpito kotihoitoon ja omaisiin sekä mahdollisen kotiutuskyydin tilaaminen sekä muut tarvittavat valmistelut jatkohoitoon liittyen.

Yleensä osastolla hoitajat pyrkivät kartoittamaan ennen lääkärin kiertoa ne potilaat, jotka voisivat mahdollisesti kotiutua. Näistä potilaista hoitaja tiedottaa lääkärille, joka tekee ratkaisun siitä, voiko potilas kotiutua. Lääkärin katsoessa nämä potilaat ensin, helpottaa se hoitajan työtä siinä mielessä, että kotiutumiseen liittyviä muita järjestelyitä päästään tekemään hyvissä ajoin.

Myös kolmannen sektorin apua, sekä digipalveluiden lisäämistä ehdotettiin prosessin sujuvoittamiseksi. Esimerkiksi ne potilaat, jotka kokevat turvattomuutta, mutta eivät välttämättä tarvitse fyysistä apua kotioloissa, voisivat hyötyä esimerkiksi videopuhelulla tehtävistä kotihoitoon käynneistä. Kolmannen sektorin palveluita voidaan hyödyntää potilaan toiveesta, tai tilanteessa, jolloin kunnallinen palvelu ei pysty tarjoamaan palveluitaan. Potilailla liittyy kotiutumiseen joskus myös pelokkuutta, vaikka osastohoidon tarve on päättynyt. Kuitenkaan pelkkä pelokkuus ei riitä saamaan kotihoitoon käyntejä. Lisäksi on potilaita, jotka kykenevät toimimaan kotona itsenäisesti, mutta tarvitsisivat jonkinlaista valvontaa esimerkiksi lääkehoidon toteutumiseen. Valvonnan tarve liittyy usein potilaalla oleviin perussairauksiin.

Tutkimuksessa ilmeni myös se, hoitajat toivoivat asiakkaille järjestyvän väliaikaisia käyntejä tai mahdollistamaan kotiutuminen heti, kun osastohoidon tarve on päättynyt. Tutkimuksen mukaan

hoitajat toivoivat kotihoidolta lisää valmiuksia ottaa asiakkaita kotiin ja valmiutta vastata muuttuneisiin asiakkaan tarpeisiin. Esimerkiksi potilas, jolla on käytössään kotihoidon asiakkuus, mutta käyntejä tulisi lisätä kotiutumisen jälkeen tai käyntien luonne on muuttunut, esimerkiksi haavanhoidot tai lääkitykset.

Tutkimuksen perusteella kotiutusprosessissa voidaan katsoa potilaan oman roolin ja osallisuuden olevan merkittävää. Se kuinka potilas itse suhtautuu kotiutumiseen ja on motivoitunut, vaikuttaa prosessin etenemiseen. Potilaan omaisilla on myös oma roolinsa, ja heidän avullaan kotiutuminen voi sujua jouhevammin.

6 Pohdinta ja johtopäätökset

Analysoinnin jälkeen pääteemoiksi nousivat seuraavat asiat: Toimiva hoitopolku, omaisten vastuunotto ja osallisuus, moniammatillinen yhteistyö, potilaan oma-aloitteisuus ja motivaatio, hoidon jatkuvuus, ihmisen perustarpeet ja hoidon sujuvuus.

Toimiva hoitopolku

Hoitoketju tarkoittaa palveluista muodostuvaa yhteistyötä ja sopimusta siitä, miten potilaat tulisi hoitaa ja tutkia tietyissä tilanteissa. Tässä hoidon porrastus on tärkeää. Toimivan hoitoketjun tulisi olla mahdollisimman hyvin käytäntöä palveleva, ja siksi se tulisi laatia moniammatillisesti eri hoitoportaiden välillä. Toimivan hoitopolun keskiössä ovat halu tehdä yhteistyötä, yhteneväiset näkemykset ja toisten arvostaminen. Hyvä hoitoketju koostuu hyvin suunnittelusta ja aukikirjoitetusta suunnitelmasta. Työllistävin vaihe on yhteistyön muodostuminen. Myös tietotekniikan hyödyntäminen hoitopolun rakentamisessa on tärkeää, ja jatkossa kehittäminen niin, että potilaan tiedot siirtyisivät automaattisesti riippumatta missä potilasta hoidetaan, pidetään tärkeänä. (Nuutinen 2000, 1822–1823,1826)

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisessa yhteistyöllä tarkoitetaan ryhmää, joka koostuu eri ammattialojen ammattilaisista. Yhteistyön avulla pyritään saamaan ratkaisu potilasta koskeviin ongelmiin, joiden ratkaiseminen haasteellista yksittäisen ammattiryhmän kesken. Moniammatillisuuden keskeisenä tekijänä on tiedon jakaminen ja työn koordinointi. Lisäksi se vaatii jokaiselta työryhmän jäseneltä osallistumista päätöksentekoon, vastuun ottamista sekä selkeään roolijaon. Edellytyksenä onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle on luottamus ja kunnioitus sekä tiimi- ja kommunikaatiotaidot. Onnistuneessa yhteistyössä pyritään kohti yhdessä asetettuja tavoitteita. Moniammatillisuus vaatii myös työryhmän jäseniltä oman ammatti-identiteetin ja osaamisen tunnistamista. (Sandström, Keiski-Turunen, Hassila, Aunola & Alahuhta 2018)

Omaisten vastuunotto ja osallisuus

Omaisten osallisuudella on keskeinen vaikutus hoitotilanteisiin. Omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyöllä tuetaan tukea tarvitsevaa henkilöä, omaisia ja muuta lähipiiriä. Yhteistyö omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä vahvistaa myös luottamuksen ja arvostuksen tunnetta molemminpuolisesti. Omaisia tulisi kannustaa siihen, että he toisivat aktiivisesti esille läheisensä hoitoon liittyviä asioita. Tämä on tärkeää erityisesti siinä tilanteessa, kun hoidettava ei pysty itse tuomaan esille toiveitaan. Omaisten ja ammattilaisten välinen yhteistyö tukee asetettuja tavoitteita ja vahvistaa hoitotyön perhelähtöistä toimintaa. (Kotiranta 2015, 5,7,11,18)

Ihmisen perustarpeet

Maslowin tarvehierarkia on viisiportainen, ja se käsittää ihmisen perustarpeet. Perustarpeena ihmisillä on fyysinen selviytyminen, jonka täytyttyä ihminen on valmis siirtymään seuraavalle portaalle. Fyysiset tarpeet kattaa mm. syömisen ja juomisen, unen sekä lämmön. Toisena portaana on turvallisuuteen liittyvät tarpeet, kuten laki, pelottomuuden tunne ja vakaus. Kolmantena portaana on kuuluvuuden ja rakkauden tarpeet. Tähän sisältyy perhe- ja ystävyysuhteet, sekä kuuluvuuden tunne johonkin. Neljäs portas on arvostuksen tarve, johon sisältyy itsensä arvostaminen sekä arvostuksen ja kunnioituksen saaminen muilta. Viidentenä perustarpeena on itsensä toteuttamisen

tarve. Tässä tarpeessa ihminen toteuttaa omia haaveitaan ja kykenee kasvamaan ihmisenä. (Mcleod 2018)

Potilaan oma-aloitteisuus ja motivaatio

Jotta potilas toimisi oma-aloitteisesti ja olisi motivoitunut omaan hoitoonsa, tulee sen perustua omaan tahtoon ja vapauteen valita itse. Hoitotyössä tulisi kunnioittaa potilaan omia päätöksiä, vaikka ne poikkeaisivat asiantuntijan näkemyksestä. Silloin kun potilas kokee saavansa riittävästi tukea, häntä kunnioitetaan ja hänestä huolehditaan, saavutetaan optimaalisin motivaatio potilaalle. Potilaan kanssa keskusteleminen auttaa potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Keskustelun avulla tuetaan potilasta muutoksessa. Keskustelun tavoitteena on empatian ilmaisu, potilaan tilanteen ja hänen toiveidensa eroavuudet, eteneminen potilaan toiveiden mukaisesti sekä pystyvyyden tunteen tukeminen. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009)

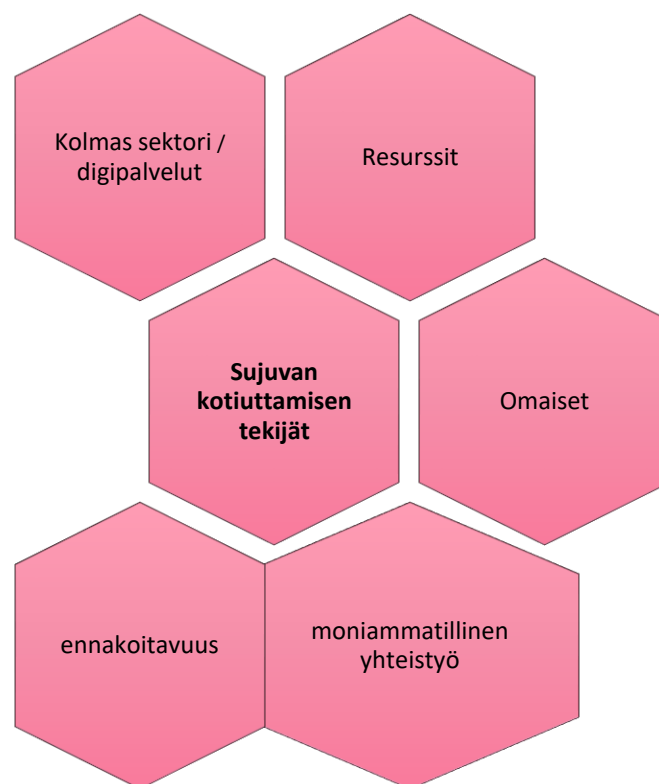
Kuntoutuakseen potilaan tulee olla motivoitunut kuntoutumiseen. Ilman potilaan omaa motivaatiota on kyseessä hoivan antaminen, jolla pyritään ylläpitämään nykyistä kuntoa. Potilaan oma motivoituminen on vaikuttavan kuntoutumisen perusta. Jotta motivaatio saadaan säilymään, tulee asetettujen tavoitteiden olla mielekkäitä ja realistisia myös potilaalle. Motivaatio saattaa heikentyä, jos kuntoutumista tapahtuu hitaasti. Tällöin ammattilaisen rooli on tukea potilaan pystyvyyden tunnetta. Myös pienet muutokset tavoitetta kohti vahvistavat potilaan sitoutuneisuutta kuntoutumiseen. (Autti-Rämö 2021)

Hoidon sujuvuus ja jatkuvuus

Useiden tutkimusten perusteella hoidon jatkuvuutta terveydenhuollossa voi kuvata kolmessa eri osa-alueessa: tiedonkulku, vuorovaikutus ja pitkäaikainen hoitosuhde sekä hoidon suunnittelu ja toteutus. (Raivio 2016, 22.) Hoidon jatkuvuudella on merkityksellinen rooli perusterveyden huollossa. Potilaan näkökulmasta hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeää on riittävä hoito ja tiedon siirtyminen sujuvasti. Hoidon jatkuvuudesta hyötyvät eniten korkean iän omaavat potilaat ja ne, joilla on pitkäaikaisia ja vaikeasti hoidettavia sairauksia. Hoidon jatkuvuudella on myös vaikutuksia siihen, miten tehokasta ja laadukasta palvelu on, sekä myös kustannusvaikutuksia. Jatkuvuudella

vahvistetaan myös ammattilaisten välistä luottamusta, potilaiden kokemaa turvallisuutta sekä kokemusta hoidosta. (Raivio 2017)

Tutkimuksen mukaan sujuvaa kotiuttamista tukevat riittävät resurssit, kolmannen sektorin / digipalveluiden saatavuus, omaisten tuki, moniammatillinen yhteistyö sekä kotiutumisen ennakoitavuus.



Kuvio 2. Sujuvan kotiuttamisen tekijät

Digipalveluiden ja teknologian hyödyntämisellä tuetaan ikäihmisten hyvinvointia ja edistetään terveyttä. Iäkkäät voivat omien kykyjensä mukaisesti käyttää teknologiaa tukemaan arjessa. Lisäksi teknologian lisäämisellä lisätään työntekijöiden työhyvinvointia työtehtävien keventyessä. Teknologisilla ratkaisuilla tuetaan iäkkäiden selviytymistä kotona, mahdollistetaan tuen saaminen sai-

rauksissa ja asuminen itsenäisesti. Teknologian lisääntyessä tulevana vuosina tulevat iäkkään tarvitsemaan sen suhteen ohjaamista ja opastamista. Digipalveluiden luotettavuutta pyritään lisäämään osallistamalla iäkkäitä niiden kehittämiseen. (Valtioneuvosto 2022, 26–27.)

Kolmannella sektorilla tarkoitetaan kansalaislähtöistä, yhdistys- ja säätiömuotoista toimintaa. Kolmannen sektori rajapinta on häilyvä ja moninainen. Se määritellään usein niin, että toimijat ovat muita, kun valtiolla tai kuntien yritysten alla olevaa toimijoita. Kolmannella sektorilla myös korostuu kansalaisaktiivisuus, demokratia, vapaaehtoisuuteen perustuminen, yleinen hyödyllisyys ja yhteisöllinen toiminta. Suomessa sen rooli sosiaali- ja terveyspalveluissa on ollut täydentää julkista sektoria. (Grönlund & Seppälä 2021, 341)

Resurssien vähäisyys voi johtaa herkästi potilaan uusintakäynteihin sairaalassa. Niukkoja resursseja voi ilmetä esimerkiksi kiireen tuntuna, jolloin vuorovaikutus hankaloituu ja näin ollen jatkohoitosuunnitelmat jäävät epäselviksi. Nopeasti tehty kotiutus voi myös potilaalle sekä hänen omaisilleen näyttäytyä niin, että jatkohoidon suunnittelu on jäänyt tekemättä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2020, 13.)

Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituksen (2020) mukaan läheisten osallistuessa kotiutukseen, potilas tuntee itsensä varmemmaksi sen suhteen, että selviytyy kotona. Lisäksi omaisille tulisi antaa tietoa oikea-aikaisesti, jotta he voivat valmistautua läheisensä kotiutumiseen osastolta. Omaisten rooli koetaan myös merkittävänä osana kotiutusta, ja myös kotiutumisen jälkeen kotona. Jotta omaiset voisivat osallistua mahdollisimman monipuolisesti potilaan kotiutumiseen, tulee vuorovaikutuksen ammattilaisten ja omaisten kesken olla positiivista, jotta omaiset kokevat tulevansa huomioituksi kotiutusprosessissa. Epäedullisella vuorovaikutuksella voi esimerkiksi olla vaikutusta siihen, että omaisten kysymyksille liittyen kotiutukseen ei uskalleta kysyä, sekä omaiset saattavat kokea pettymistä, vihaa ja stressiä kun eivät tule kohdatuiksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2020, 16–17)

Hoitotyön tutkimussäätiön (2020) hoitosuosituksessa kerrotaan, että kun monen eri ammattiryhmän edustajat tekevät yhteistyötä kotiutumisprosessissa, niin se saattaa edistää kotiutumisen sujumista. Kokemuksen mukaan kotihoidossa työskentelevillä on keskeinen rooli kotiutuneen seurannan ja hoidon suhteen. Lisäksi suosituksen mukaan kotiutunut potilas mahdollisesti arvostaa

saamaansa moniammatillisesti toteutunutta lääkehoitoon liittyvää ohjausta. Kuitenkin suosituksessa todetaan, että tiedonkulku ja kommunikaatio on puutteellista eri toimijoiden kesken. Moniammatillisen yhteistyön esteeksi saattaa muodostua vastuun jakautuminen eri tekijöille. (Hoito-työn tutkimussäätiö 2020,14.) Moniammatillinen yhteistyön vaatimuksina on niin resurssit, ajankäyttö sekä yhteensovitetut aikataulut. Lisäksi vaaditaan sosiaalista osaamista. (Thylefors, Persson & Hellström 2005, 111)

Lämsä (2013) kertoo tekstissään, että tutkimusten mukaan, kun kotiutumisen suunnittelu aloitetaan potilaan saavuttua osastolle, on todennäköisempää, että kotiutuminen onnistuu. Kotiutus etenee, kun prosessia viedään eteenpäin moniammatillisesti tarkastellen eri näkökulmista. (Lämsä 2013, 109.) Tutkimuksessa nousi esille hyvin vahvasti riittämättömät resurssit. Resurssien vähäisyys tai niiden puute tuottaa ison haasteen palveluketjuun. Useissa vastauksissa toistui sama resursseihin liittyvä haasteellisuus, joka koettiin kotiuttamisprosessia hidastavana tekijänä.

Andersson ym. (2004, 489) julkaisussaan toteavat resurssipulan aiheuttavan haasteita työyhteisöön, joiden vaikutus voi näkyä asiakkaille sekä eri työvaiheissa. Resurssipulaa myös käytetään perusteena, kun asiakkaan tarpeisiin ei pystytä vastaamaan. (Andersson, ym. 2004, 489)

Toisaalta tässä tutkimuksessa myös oli esillä vahvasti moniammatillinen yhteistyö ja sen sujuvuuden varmistaminen sekä akuuttiosaston sisällä, että kotihoidon kanssa. Vastauksissa toistui monen eri ammattilaisen välillä toteutuva yhteistyö, jota ilman sujuva kotiutuminen ei ole mahdollista tehdä. Vuonna 2005 julkaistussa tutkimuksessaan Thylefors ym. kertovat, että tiimityön perusteena on se, että usein monimutkaisten asioiden selvittely vaatii laaja-alaista tietoa ja osaamista. Lisäksi he tuovat ilmi, että nähdäkseen kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilanteen, vaaditaan monenlaista ammatillista osaamista. Tutkimus osoittaa, että moniammatillinen yhteistyö on tehokkaampaa, kuin yksittäisen ammattilaisen panostus. Moniammatillisuus on myös kustannustehokasta, sekä päällekkäisen työn ja virheiden minimointia. (Thylefors ym. 2005, 102–103)

Tutkimuksen perusteella kävi ilmi, että kotiutusprosessiin liittyy useita eri tekijöitä, joiden perusteella kotiutuminen voidaan tehdä turvallisesti ja mutkattomasti. Turvallisen kotiutumisen takaamiseksi palveluketjun toimivuus on välttämätöntä.

Yhteenvedon tutkimuksesta todettiin, että kotiutusprosessin kehittämiseksi on tarvetta. Kotiutusprosessin kehittäminen voi tapahtua pilkkomalla prosessia osiin. Tutkimustulosten perusteella sujuva kotiutusprosessi koostuu monesta eri osa-alueesta, jotka nousivat pääteemoiksi analysoinnissa. Tutkimuksen mukaan kotiutusprosessin voidaan katsoa olevan prosessi, jossa vaaditaan sen toteuttajalta monialaista osaamista.

Kotiutusprosessia kehittämällä voidaan taata niin potilasta, kuin hoitohenkilökuntaakin palveleva toimiva palvelukokonaisuus. Kotiutusprosessin kehittämällä voidaan tehdä sekä taloudellisia, että henkilökunnan työtä helpottavia toimenpiteitä.

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija on tutkimuksensa ajan noudattanut eettisiä periaatteita. Tutkimuksessa käytetty analysointitapa ja menetelmät voisivat näin ollen olla käytettävissä muissakin tutkimuksissa. Tutkimuksen tulisi saada tuloksilla aikaan asioita, joista tutkittavat voivat hyötyä. Tutkimuksella ei myöskään saisi aiheuttaa haittaa tutkittaville millään tavoin. (Juuti & Puusa 2020, 175) Tutkimusetiikka voidaan jakaa kolmeen eriin kategoriaan, joita ovat: totuuden tavoittelu ja etsiminen, luotettavuus, tutkimuksen kohteena olevien ihmisarvo ja tutkijoiden väliset suhteet. Totuuden tavoittelussa ja luotettavuudessa tutkija pyrkii tutkimuksessaan tuomaan julki luotettavia tuloksia sekä noudattamaan tieteelliselle tutkimukselle ominaisia menetelmiä. Tutkittavien ihmisarvolla tarkoitetaan, että tutkija välttää tutkimuksessaan vahingon aiheuttamista ja kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta. Tutkijoiden välisillä suhteilla tarkoitetaan, että tutkija kunnioittaa ja huomioi muiden tutkijoiden työt asianmukaisesti. Tutkimusetiikka koskettaa kysymyksiä, jotka liittyvät tutkittaviin sekä aineiston hankintaa, miten tieteellistä tietoa on sovellettu, käytetty ja millaisia vaikutuksia sillä on sekä tieteen sisällä tapahtuvia asioita (Kuula 2013, 24–25.)



Kuvio 3. Tieteen etiikan peruskysymykset, mukailen Sarajärvi & Tuomi 2018, 148.

Hyvän tieteellisen käytännön perusteina on vastuullisuus, luottamus, arvostaminen ja rehellisyys. Hyviin tieteellisiin menettelytapoihin kuuluu toimintaympäristö, jonka avulla osoitetaan, että tutkimuksen aineisto on kerätty vastuullisella tavalla ja niin, että se on jäljitettävissä. Tutkimusta tehdessä tulisi myös ottaa huomioon aiemmat tutkimukset aiheeseen liittyen. Lisäksi asianmukaiset luvat ja suostumukset tulee olla haettuna ennen tutkimuksen aloittamista. Lisäksi tulee huomioida, ettei tutkija toiminnallaan aiheuta vaaraa tutkittavien terveydelle tai turvallisuudelle. Ennen aineiston keruuta tulee olla myös sovittuna, miten aineistoa säilytetään ja käytetään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 11,13.)

Tässä tutkimuksessa tutkija noudatti eettisiä periaatteita ja pyrki toimimaan mahdollisimman vastuullisesti ja luotettavasti tutkimuksen edetessä. Lisäksi tutkija työssään kunnioitti aiempia tutkimuksia tuoden niitä omassa työssään julki asianmukaisin viittauksin. Lisäksi tutkija huolehti, että saatu aineisto on tietoturvallisesti säilytettyinä ja ainoastaan tutkijan saatavilla tutkimuksen jälkeen.

Ennen tutkimuksen aloittamista haettiin virallinen tutkimuslupa Hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti. Kaikille tutkimukseen valituille lähetettiin sähköpostitse infokirje (Liite 1), jossa kerrottiin

tutkimuksesta ja sen sisällöstä. Infokirjeessä painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja sitä, että vastaamisen voi jättää kesken missä vaiheessa kyselyä vain. Infokirjeessä tuotiin myös esille, miten aineistoa säilytetään. Tutkimukseen osallistuvia ei voinut tunnistaa kyselystä, koska vastaukset kerättiin anonyymisti. Ennen virallisen tutkimuksen aloittamista suoritettiin tutkimuksen esitestaus. Esitestauksen perusteella ei noussut esille mitään muutostarpeita kyselylomakkeen tai infokirjeen suhteen.

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on saada tutkitusta aiheesta mahdollisimman hyvä käsitys, ja tätä pidetäänkin keskeisenä osana tutkimuksen laadun arviointia. Myös tutkimusaineisto ja käytetty menetelmä sitä analysoitaessa verrattuna teoriakehykseen on keskeistä laadun arvioinnissa. Lisäksi tulisi huomioida tutkimusprosessissa tutkijan, tutkimukseen osallistuneiden sekä tutkimuksesta saadun aineiston välinen vuorovaikutus. (Puusa & Julkunen 2020, 195.)

Luotettavuudella tarkoitetaan, että tutkija pyrkii perustelemalla vakuuttamaan lukijan ammatillisesta osaamisestaan. Lisäksi perusteluissa tulisi ilmetä millaisia tutkimusmenetelmiä ja miksi tutkija on valinnut ratkaistakseen tutkimusongelman tai vastatakseen tutkimuskysymyksiin. (Juuti & Puusa 2020, 175.) Luotettavuutta arvioidessa on hyvä muistaa mitä tutkitaan ja mikä on tutkimuksen tarkoitus. Lisäksi tutkijan oman sitoutuvuus tutkimuksen tekoon ja omiin oletuksiin ennen ja jälkeen tutkimuksen. Arvioidessa on myös hyvä käsitellä miten aineisto on kerätty, minkälaisia erityispiirteitä se on sisältänyt ja millaisia ongelmia prosessin aikana ilmeni. Tulee myös perustella, miten tutkittavat on valittu, mutta toisaalta myös huolehtia yksityisyydensuojasta. Myös tutkimuksen aikataulut, miten aineistoa on analysoitu sekä arvio siitä miksi raporttia tulee pitää luotettavana, on osa luotettavuuden arviointia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163–164.) Tutkimusta tekevällä tutkijalla on merkittävä osa pohdittaessa tutkimuksen luotettavuutta. Kun tutkija on tutustunut huolellisesti tutkittavaan ilmiöön ja käsittelee aihetta useasta näkökulmasta, paranee tutkimuksen luotettavuus. Luotettavuuden arvioinnissa myös valitut metodit tulee ottaa huomioon (Aaltio & Puusa 2020 182). Vilka (2021, 197) toteaa teoksessaan, että tutkimustekstissä tulee perustella ja kuvailla mahdollisimman tarkasti millaisia valintoja on tutkimuksen aikana tehnyt, ja miten on ratkaissut nämä valinnat ja miten on päätyntä näihin ratkaisuihin. Lisäksi näitä valintoja tulee pystyä arvioimaan tarkoituksenmukaisuuden ja tutkimuksen tavoitteiden näkökulmasta. (Vilka 2021, 197)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on pyritty parantamaan erilaisin keinoin viimeisten vuosikymmenten aikana. Niin aineiston keruu- kuin analyysimenetelmiä on kehitetty. Kuitenkin yhtenä perusvaatimuksena on, että tutkijalle annetaan aikaa tarpeeksi tehdä tutkimustyönsä. Myös tutkimuksen julkisuus on ollut aiheena, kun keskustellaan luotettavuudesta. Tämä tarkoittaa, että tutkija mahdollisimman yksityiskohtaisesti raportoi työstään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165)

Tutkimusta tehdessä on tärkeässä roolissa luottamus tutkijan toimesta. Tutkittaville tulee antaa asianmukaista tietoa tutkimuksesta ja sen vaikutuksista. Tutkijan tulee myös huolehtia, ettei tutkittaville aiheudu haitta tutkimukseen osallistumisesta. Tutkijan tulisi pyrkiä olemaan objektiivinen, ja tarkastella tutkimustaan ulkopuolisena. Täysin tämä ei ole saavutettavissa, mutta on tärkeää tutkijana tunnistaa oma suhtautumisensa ja pyrkiä siihen, ettei omilla asenteilla olisi liiallisia vaikutuksia tutkimukseen ja siitä saatuihin tuloksiin. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sääntöjen mukaisesti tutkimusmateriaalia säilytetään 2 vuotta, jonka jälkeen tutkija vastaa aineiston sääntöjen mukaisesta hävittämisestä. Tutkija vastaa myös tutkimuksen aikana ja sen jälkeen siitä, että osallistujien anonymiys säilyy asianmukaisesti, eikä tutkimuksessa kirjoitettavasta tekstistä voi tunnistaa osallistujia.

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta pyrittiin lisäämään mahdollisimman kattavasti rakennetulla infokirjeellä. Infokirje pyrittiin rakentamaan selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Lisäksi tutkittaville annettiin infokirjeen mukana yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää myös sitä, että vastauksia saatiin työkokemuksen perusteella niin tuoreilta ammattilaisilta, kuin kokeneilta työntekijöiltä.

Lisäksi luotettavuutta pyrittiin lisäämään kattavalla teoriapohjalla aiheeseen liittyen. Luotettavuutta on myös saatu erilaisista aiheeseen liittyvistä aiemmista tutkimuksista niin kotimaassa, kuin kansainvälisestikin. Lukijalle perustellaan ja esitellään tässä työssä kattavasti tutkimukseen liittyen tehtyjä valintoja. Myös esimerkit avaavat aihetta lukijalle laajemmin.

7 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyötä on mahdollista jatkojalostaa äärettömästi eri tavoin. Tämän työn pohjalta voisi tehdä lukuisia erilaisia tutkimuksia eri näkökulmista. Tästä työstä voisi esimerkiksi tehdä jatkotutkimuksia koskien, onko tästä tutkimuksesta saaduilla tuloksilla ja parannusehdotuksilla saatu toimivia tuloksia koskien kotiutusprosessia. Lisäksi aihetta voisi tarkastella myös siitä näkökulmasta, kun potilas siirtyy jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tai kun potilas kotiutuu suoraan erikoissairaanhoidosta kotiin.

Aihetta on mahdollista tutkia myös kotihoidon näkökulmasta. Jos jatkossa tehtäisiin tutkimus myös kotihoidon näkökulmasta, aihetta on mahdollista lähestyä myös siltä kannalta, miten näkemykset eroavat akuuttiosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken. Lisäksi aiheesta voisi tehdä tutkimuksen myös potilaiden näkökulmasta. Näin saataisiin kaikilta asiaan jollain tapaa liittyviltä aiheeseen liittyvää kokemustietoa. Kotiutusprosessin kokemuksia voisi tutkia myös osastolla työskentelevien lääkäreiden näkökulmasta. Aihetta voisi jatkossa myös tutkia tehtyjen tutkimusten, ja niiden kautta kehittyneiden uusien käytäntöjen sopivuudesta ja toimivuudesta käytännössä.

Jatkohyödyntämistä tässä aihepiirissä löytyy monipuolisesti ja niiden vaikutus olisi erittäin hyödyllinen, kun lähdetään kehittämään kotiutusprosessia sujuvammaksi. Aihetta tutkimalla laajemmin ja monipuolisemmin, saataisiin vieläkin enemmän yksityiskohtaista tietoa siitä, miten eri näkökulmista kotiutusprosessi etenee ja millaisia haasteita siinä esiintyy. Aiheen tutkiminen myös laajemmalti kuin yhden terveyskeskuksen osalta, voisi saada aikaan entistäkin monipuolisempia vastauksia ja näin ollen voitaisiin hyötyä alueittain käytössä olevista toimintatavoista. Erilaisten kotiutusprosessin kehittämiseen liittyvien töiden vertailu on myös hyvä aihe jatkotutkimuksia varten.

7.1 Kehittämisehdotukset kotiutusprosessin hallintaan

Akuuttiosastolla voitaisiin lähteä ensimmäisiksi kehityksiksi valita pääteemoista moniammatillinen yhteistyö ja hoidon jatkuvuus.

Akuuttiosastolla voitaisiin näiden kahden teeman ympärillä alkaa pitämään esimerkiksi kuukauden välein pienryhmiä, joissa käsiteltäisiin molempia teemoja teorian kautta ja pyrittäisiin vielä syvällisemmin pureutumaan oman työyhteisön sisällä ilmeneviin haasteisiin. Pienryhmien teemat voisivat rakentua esimerkiksi tässä tutkimuksessa teetetyn kyselytutkimuksen kysymysten ympärille. Pienryhmiin osallistujat olisivat ihannetilanteessa sekä osaston henkilökuntaa, sekä kotihoidon työntekijöitä. Pienryhmien tuotoksena voitaisiin kehittää uusia toimintamalleja, joille haettaisiin tueksi tutkittua tietoa. Näitä ryhmiä voisi myös aluksi pitää erillään toisistaan, eli olisi alkuun omat ryhmät osaston henkilökunnalle ja omat ryhmät kotihoidon henkilökunnalle.

Moniammatillista yhteistyötä voisi myös kehittää osastotuntien avulla esimerkiksi niin, että osastotunneilla tehtäisiin aiheeseen liittyviä tehtäviä sellaisissa ryhmissä, joissa jäsenet koostuvat eri ammattiryhmien edustajista. Tällöin osastotunnilla käsiteltäviin aiheisiin saataisiin monipuolista näkökulmaa, ja voitaisiin vahvistaa keskinäistä yhteistyötä.

Aiheita voitaisiin käsitellä myös osastontunteina aina ajankohtaisesti, kun jokin aiheeseen liittyvä nousee esille. Tällöin sillä hetkellä tarkisteltava aihe voitaisiin heti käsitellä ja miettiä kehittämistä. Osastotuntien pituus voitaisiin pitää lyhyenä ja ytimekkäänä, jolloin mielenkiinto ja keskittyminen säilyisi paremmin.

Toisena kehitysehdotuksena on sähköinen alusta, johon voitaisiin koota ajankohtaisesti ne haasteet mitä kotiutuksissa sillä hetkellä ilmenee. Alustalle kerättäisiin infoa niin osaston lääkäreiltä, sairaan- ja lähihoitajilta, laitosapulaisilta sekä kuntoutuksen työntekijöiltä. Tämä voisi tapahtua nimettömästi, jolloin kynnyksensä kirjoittaja havainnoista olisi matalampi. Alustalle nousevia ehdotuksia voisi aika ajoin koostaa tiedostoksi, jota voitaisiin jakaa henkilökunnalle sähköpostitse tai sisältöä voitaisiin käydä läpi osastokokouksissa. Alustalle voisi kirjoittaa esseemuotoisena mielipiteitä, ajatuksia, kokemuksia, kuitenkin niin, että potilaan tietoturva ei vaarannu sekä erilaisia kehitysehdotuksia mitä mieleen tulee.

Jatkossa voitaisiin myös paneutua muihin pääteemoihin samaisten osastotuntien ja sähköisten alustojen kautta. Pidetyistä osastotunneista ja alustoista voitaisiin koota yhtenäinen kansio esille tulleista asioista, ja kansiota voisi jatkossa hyödyntää mm. uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Koottu kansio voisi osin toimia myös osana opiskelijoiden perehdytystä.



Kuvio 4. Kotiutusprosessin kehittäminen akuuttiosastolla.

Moniammatillisen yhteistyön, sekä hoidon jatkuvuuden kehittäminen näiden keinojen avulla on mahdollista. Näiden pienryhmä-, osastotuntien sekä sähköisen alustan avulla voidaan samalla kehittää kotiutusprosessia, sekä vahventaa keskinäistä moniammatillista työskentelyä. Samalla, kun oppien avulla löydetään uusia keinoja kehittyä, voidaan myös hoidon jatkuvuutta kehittää niin, että se palvelee niin ammattilaisia, kuin potilaitakin.

Lähteet

Aaltio, I., & Puusa, A. 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Teoksessa Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. Helsinki: Gaudeamus

Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Yhteiskuntapolitiikka 69. Viitattu 14.9.2023, 7.10.2023. [Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta: vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina \(julkari.fi\)](#)

Autti-Rämö, I. 2021. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 18.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16318>

Charlebois, K. & Law, S. 2022. Optimising the discharge process in internal medicine in Québec: A qualitative interpretive descriptive study to understand the challenges faced by healthcare professionals. Health & Social care in the Community 2022;30. Vitiator 7.10.2023. [Optimising the discharge process in internal medicine in Québec: A qualit...: EBSCOhost \(jamk.fi\)](#)

Grönlund, H. & Seppälä, T. 2021. Onko sektorilla väliä? Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin toimijoiden ylläpitämien matalan kynnyksen kohtaamispaikkojen keskinäiset erot ja yhtäläisyydet. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58(4). Viitattu 18.10.2023. <https://doi-org.ezproxy.jamk.fi:2443/10.23990/sa.88823>.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa -kotihoitoon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Vaajakoski: Gummerus. Viitattu 30.7.2023. [978-951-44-7522-1.pdf \(tuni.fi\)](#)

Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa toim. Heinola, R. ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIHOITO. Opas ikääntyneiden kotihoitoon laatuun. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, oppaita 70. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2020. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Hotus-hoitosuositus. Viitattu 31.7.2023, 6.10.2023. [Hoitotyön tutkimussäätiö | 21.12.2020 \(hotus.fi\)](#)

Jones, K., Austad, K., Silver, S., Cordova-Ramos, E., Fantasia, K., Perez, D., Kremer, K., Wilson, S., Walkey A. & Drainoni, M-L. 2023. Patient perspectives of the hospital discharge process: a qualitative study. Journal of patient experience 5/2/2023. Viitattu 30.7.2023. [Patient Perspectives of the Hospital Discharge Process: A Qualitative Study...: EBSCOhost \(jamk.fi\)](#)

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. Helsinki: Gaudeamus.

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. Helsinki: Gaudeamus.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkea koulu.

Kehusmaa, S., Mäkelä, M. & Heikkilä, R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa- tarpeet ja palveluratkaisut. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.10.2013. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Koski, J. 2017. SAIRAALASTA KOTIHOITON. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämiseksi lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro-gradu tutkielma. Viitattu 27.9.2023. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18007/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf.

Kotiin annettavat palvelut, 2015. Valvira. Viitattu 24.2.2023. <https://www.valvira.fi/sosiaali-huolto/kotiin-annettavat-palvelut>.

Kotiranta, T. 2015 OMAISYHTEISTYÖ. Hyvinvointia ja osallisuutta edistämässä. Omaisena edelleen ry. Viitattu 13.10.2023. [Omaisyhteistyö-hyvinvointia-ja-osallisuutta-edistämässä-julkaisu.pdf](https://www.omaisyhteistyö-hyvinvointia-ja-osallisuutta-edistämässä-julkaisu.pdf) ([omaisenaedelleen.fi](https://www.omaisenaedelleen.fi))

Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. 2023. Terveyskylä.fi. Viitattu 30.7.2023. [Kunnallinen ja yksityinen kotihoito | Ikätalo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](https://www.terveyskyla.fi/kunnallinen-ja-yksityinen-kotihoito-ikatalo-terveyskyla-fi)

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa. Hansaprint Oy.

Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P. & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 11(1–2), 38–52. Viitattu 12.3.2023 <https://doi-org.ezproxy.jamk.fi/2443/10.23996/fjhw.70465>.

Kylmä, J. 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Kuopion Yliopiston julkaisuja. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Viitattu 7.10.2023. [urn isbn 978-951-27-0130-8.pdf](https://www.urn-isbn-978-951-27-0130-8.pdf) (uef.fi)

L1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 18.7.2023. [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](https://www.finlex.fi/lainsaadanto/ajantasainen-lainsaadanto/1301/2014)

L1326/2010. Terveystuettujen hoitolaissa. Viitattu 28.7.2023. [Terveystuettujen hoitolaissa 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](https://www.finlex.fi/lainsaadanto/ajantasainen-lainsaadanto/1326/2010)

Lin, C-J., Cheng, S-J., Shih, S-C. & Chu, C-H. 2012 Discharge planning. International Journal of Gerontology 6. Viitattu 18.10.2023. [https://www.researchgate.net/publication/257704376 Discharge Planning](https://www.researchgate.net/publication/257704376_Discharge_Planning).

[Discharge processes and medicines communication from the patient perspectiv...: EBSCOhost \(jamk.fi\)](#)

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Viitattu 13.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>.

Sairaalat ja erikoissairaanhoito, 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 3.5.2023 <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>.

Sandström, S., Keiski-Turunen, A., Hassila, L., Aunola, E. & Alahuhta, M. 2018. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 44. Viitattu 30.7.2023. [ePooki 44 2018.pdf \(theseus.fi\)](#)

Terveyspalvelut, 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.3.2023. [terveyspalvelut - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#).

Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. 2005. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. Journal of Interprofessional Care 3/2005. Viitattu 14.9.2023. [Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professi...: EBSCO-host \(jamk.fi\)](#)

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

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta.2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Viitattu 7.10.2023. [Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa \(tenk.fi\)](#)

Valli, R. & Perkkilä, P. 2018. Sähköinen kyselylomake ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Ikku-noita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalla tukijalle. 5.p. Jyväskylä. PS-kustannus

Valtioneuvosto, 2022. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Periaatepäätös. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:70. Viitattu 7.10.2023. [Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 – Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuori, J. 2023. Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Laadullinen verkkokäsikirja. Toim. Vuori, J. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 29.7.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallönanalyysi/>.

Liite 1. Saatekirje

Hei Arvoisa Kollega!

12.3.2023

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa, ja työstän tällä hetkellä opinnäytetyötäni.

Kutsun Sinut osallistumaan tutkimukseen, jonka aiheena on *kotihoidon asiakkaiden kotiutusprosessin kehittäminen akuuttiosastolta*.

Tutkimus toteutetaan sähköisellä webropol-kyselyllä, johon löydät linkin tämän tekstin loppuksi. Kyselyyn vastaaminen kestää arviolta 10–20 minuuttia. Kysymyksiä on 8 kappaletta.

Kyselyyn vastataan anonyymisti, ja aineistoa käsitellään anonyymisti. Tutkimuksen tekijä säilyttää tutkimusaineistoa JAMK:in ohjeiden mukaisesti 2 vuotta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi jättää kesken halutessaan missä vaiheessa kyselyä vain.

Kysely on avoinna 11.5-1.6.2023 välisenä aikana.

Tutkimustuloksista ja valmiista opinnäytetyöstä pidetään info vuoden 2023 loppupuolella, tarkempi ajankohta ilmoitetaan tutkijan toimesta erikseen.

[LINKKI TÄHÄN](#)

Jos Sinulla on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen, otathan yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Nina Nybacka, sairaanhoitaja (amk) YAMK-opiskelija, JAMK, kehittäminen ja johtaminen

p. xxxxxxxxx

sähköposti: xxxxxxxxxx

Liite 2. Webropol kyselylomake

Kotihoidon asiakkaiden kotiutusprosessin kehittäminen 2023

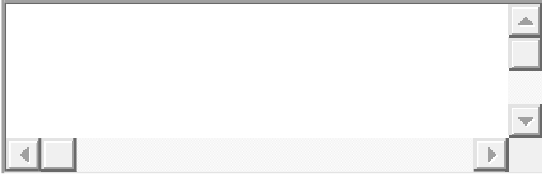
1. Työkokemuksesi vuosissa

- 0–5 vuotta
- 6–10 vuotta
- 11–15 vuotta
- yli 16 vuotta

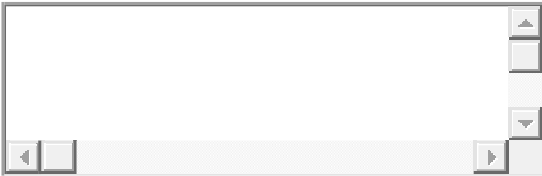
2. Ammatilaisen näkökulmasta, millaisia haasteita koet olevan koti- hoidon asiakkaan kotiutusprosessissa

3. Ammatilaisen näkökulmasta: Millaisilla toimenpiteillä kotiutuspro- sessi olisi sujuvampi?

4. Potilaan näkökulmasta: Millaiset asiat tekevät kotiutuksesta haastavan?

A rectangular text input field with a light gray border and a white background. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, neutral, and downward arrows. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.

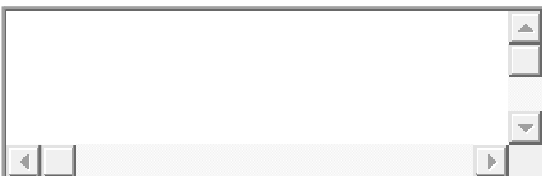
5. Potilaan näkökulmasta: Millaisiin asioihin potilas voi itse vaikuttaa kotiutusprosessissaan?

A rectangular text input field with a light gray border and a white background. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, neutral, and downward arrows. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.


6. Millä tavoin kuvailisit yhteistyötahojen toimintaa ja miten kehittäisit sitä?

A rectangular text input field with a light gray border and a white background. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, neutral, and downward arrows. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.

7. Miten koet omaisten roolin asiakkaan kotiutuksessa? Millaisia asioita toivoisit omaisilta kotiutustilanteessa?

A rectangular text input field with a light gray border and a white background. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons with upward, neutral, and downward arrows. On the bottom left, there is a left-pointing arrow button, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow button.

8. Onko vielä jotain, mitä haluaisit kertoa liittyen kotihoiton asiakkaiden kotiutusprosessiin?

An empty text input field with a light gray border and a white background. It features vertical scrollbars on the right side and horizontal scrollbars at the bottom, indicating it is a multi-line text area.

Kysymykset pohjautuvat Hotus-hoitosuositukseen: läkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta

Hoitotyön tutkimussäätiö | 21.12.2020 (hotus.fi) 22.3.23

• Lähetä