



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian vuodeosastojen kotiuttamisprosessin kartoittaminen

Keskitapio, Inka
Tilus, Minna



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian vuode-
osastojen kotiuttamisprosessin kartoittaminen

Keskitapio, Inka 1500198
Tilus, Minna 1500923
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2017

Minna Tilus ja Inka Keskitapio

Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian vuodeosastojen kotiuttamisprosessin kartoittaminen

Vuosi 2017 Sivumäärä 46

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kartoitus Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian osastolle kotiutusprosessista, jotta kotiutuskäytäntöjä voitaisiin sairaalassa tehostaa ja yhtenäistää jatkossa.

Opinnäytetyön menetelmä on laadullinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin haastatteleamalla sisätautien osastolta 12 hoitajaa, kirurgiselta osastolta 8 hoitajaa ja neurologiselta osastolta 5 hoitajaa. Haastatteluissa kerättiin hoitajien kokemuksia kotiuttamisesta ja erilaisista kotiuttamiskäytännöistä. Haastatteluiden jälkeen aineisto litteroitiin, ja tämän jälkeen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä ylilääkäri Hanna Tapanaisen kanssa. Hanna Tapanainen käytti samaa haastattelupohjaa lääkäreiden haastatteluissa keskijohdon koulutuksen lopputyössään. Tämän opinnäytetyön ja Tapanaisen työn tuloksia voidaan jatkossa vertailla.

Analysoinnin varhaisessa vaiheessa tuli esille osastojen eroavaisuudet kotiuttamisprosessissa. Eroavaisuuksia tuli esille hoitajien kertomana esimerkiksi lääkärin ja hoitajien toimenkuvassa ja eri tahojen yhteistyössä. Selkeämpää vuorovaikutusta lääkärin ja hoitajien välillä kaivattiin. Usea hoitaja koki ongelmaksi potilaan hyvässä kotiuttamisessa ennakoinnin puuttumisen sekä ajanpuutteen potilaiden taustojen selvittämisessä ja onnistuneen kotiuttamisen toteuttamisessa.

Lääkärin rooli vaikuttaa vaihtelevan osastojen välillä, esimerkiksi sisätautien vuodeosastolla lääkäri on tiiviimmin mukana kotiuttamisdialogissa, kun taas kirurgisella vuodeosastolla lääkärin rooli on suppeampi. Kehittämisehdotuksena jokaiselle osastolle voisi tehdä integroidun check-listan kotiuttamiseen, jokaisella osastolla voisi olla oma kotiutushoitaja sekä kirurgisella vuodeosastolla voisi olla lääkäri, joka vastaisi osaston potilaista virka-aikana.

Keskeiset käsitteet: kotiutus, potilaan ohjaaminen, yhteistyö, tehtäväkuvaus, lääkäri, hoitaja

Minna Tilus ja Inka Keskitapio

Charting departmental discharge processes in the hospital of Hyvinkää
Year 2017

Year	2017	Pages	46
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to find out the differences in discharge processes in Hyvinkää hospital's wards of internal medicine, surgery and neurology, so that discharge practices could be intensified and could be unified in the future.

The research method used in this thesis was a qualitative one. The thesis material was collected by interviewing 12 nurses on the ward of internal medicine, 8 nurses on the surgical ward and 5 nurses on the neurological ward. In the interviews the nurses described their own experiences relating to discharge and different practices in connection with the discharge. The interview material was first transcribed and after that the received material was analyzed with the use of content analysis technique.

This thesis was done in cooperation with Head Physician Hanna Tapanainen. Hanna Tapanainen used in her management training programme the same interview form as we did. The results of this thesis and of the work of Tapanainen can in the future be compared.

At a very early stage of analysis differences arose between the discharging processes. Many different practices were found when discussing with nurses, for example in nurses' and doctors' job descriptions and in cooperation with operators. Also more interaction between nurses and doctors was wanted during the discharge process. Several nurses felt that problems in efficient discharging of patients were lack of anticipation and lack of time in researching patients' backgrounds as well as in the discharging process itself.

The role of the doctors seemed to vary between wards. At the internal medicine ward the doctor was more closely within the discharge dialogue, whereas in the surgery ward the role of the doctor was more narrow. As a proposal for future development, a common integrated checklist for discharge planning is suggested. In addition to this, in every department there could be a dedicated discharging nurse, and in surgical ward one assigned doctor responsible for discharging patients during office hours.

Important concepts: discharge, instructing of patients, co-operation, job description, doctor, nurse

Sisällys

1	Johdanto.....	6
1.1	Tutkimuksen lähtökohta	6
1.2	Tutkimustehtävä	7
2	Potilaan kotiuttaminen vuodeosastolta	7
2.1	Kotiutusprosessi	7
2.2	Potilaan ohjaus kotiutuksessa.....	10
2.3	Yhteistyö.....	11
2.4	Sairaanhoitajan ammattikuvaus	12
2.5	Opinnäytetyön yhteys alan kirjallisuuteen ja aikaisempaan tutkimukseen	12
3	Tutkimuksen toteuttaminen	14
3.1	Tutkimusmenetelmä.....	14
3.2	Tutkimuksen eteneminen.....	16
4	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	18
5	Kotiutusprosessi sisätautien vuodeosastolla.....	18
5.1	Kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat	18
5.2	Kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet	23
5.3	Kotiutettavan potilaan ohjaaminen.....	24
5.4	Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö	24
6	Kotiutusprosessi kirurgian vuodeosastolla	27
6.1	Kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat	27
6.2	Kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet	29
6.3	Kotiutettavan potilaan ohjaaminen.....	30
6.4	Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö	30
7	Kotiutusprosessi neurologisella vuodeosastolla	32
7.1	Kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat	32
7.2	Kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet	34
7.3	Kotiutettavan potilaan ohjaaminen.....	35
7.4	Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö	35
8	Eri osastojen kotiuttamiskäytänteiden yhteenveto ja vertailu	37
9	Pohdinta	38
	Lähteet	41
	Liitteet.....	44

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen lähtökohta

Hyvinkään sairaala on toiminut vuodesta 1975 lähtien. Hyvinkään sairaala tarjoaa lähes kaikkien lääketieteen alojen palveluja. Sairaala toimii ympärivuorokautisesti ja sairaala on myös opetussairaala. Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluu kaksi sairaalaa, Hyvinkään sairaala ja Kellokosken sairaala. Lisäksi psykiatrisia avohoitoyksiköitä on kaikissa sairaanhoitoalueen jäsenkunnissa. Hyvinkään sairaala tuottaa myös muille sairaanhoitoalueen kunnille yöpäivystyksen. (Hyvinkään sairaanhoitoalue 2016.)

Hyvinkään sairaalan sisätautien, keuhkosairauksien, kirurgian ja neurologian vuodeosastot sekä niiden hoitohenkilökunta yhdistyivät yhdeksi tulossyksiköksi vuoden 2017 alusta. Uudistus toi mahdollisuuksia kehittää vuodeosastoprosessia yhtenäisemmäksi. Se kuitenkin toi myös haasteita hallinnoida potilasvirtauksia erilaisten käytänteiden vuoksi. (Tapanainen 2017.)

Osasto	Vuodepaikkoja	Soluja	Hoidettavat sairaudet
Sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosasto	71 + 6 ccu	4	Solussa 1 hoidetaan sydänpotilaita, solussa 2 hoidetaan diabetes-, verisairaus- ja munuaispotilaita, solussa 3 hoidetaan gastroenterologisia potilaita ja solussa 4 hoidetaan keuhkopotilaita. CCU= sydänvalvontaosasto
Kirurgian vuodeosasto	65	4	Gastroenterologian, urologian, korva- nenä- ja kurkkutautien, ortopedian ja plastiikkakirurgian erikoisalojen potilaita.
Neurologian osasto 6	16		Hoidetaan ja tutkitaan akuutteja neurologisia sairauksia sairastavia, vaativia lääkitys-, tutkimus- ja hoitoarvioita tarvitsevia sekä pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita. Neurologisen osaston potilaat sairastavat muun muassa seuraavia sairauksia: aivovamma, aivohalvaus, aivokasvain, selkäydinvamma, Parkinsonintauti, monihermostosairaus, aivojen tulehdukset, Ms-tauti ja epilepsia. Osastolla on myös hengityshalvausyksikkö, jonka toiminnasta vastaa keuhkosairauksien vastuualue kotona sekä sairaalassa. Hengityshalvausyksikössä on kolme potilaspaikkaa.

Taulukossa kerrotaan sisätautien, kirurgian ja neurologian osastojen potilaista ja potilaspaikkamääristä. Taulukossa näkyy osastojen osaamisalueet ja millaisia sairauksia eri osastoilla hoidetaan. Erilaiset sairaudet vaikuttavat kotiuttamisprosessiin. (Sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosasto 2016; Kirurgian vuodeosasto 2016; Neurologian osasto 6 ja Hengityshalvauksyksikkö (HHA) 2016.)

1.2 Tutkimustehtävä

Tutkimus tehtiin HUS Hyvinkään sairaalan medisiinisen tulostyöryhmän johtajan Jyrki Lillebergin ehdotuksen pohjalta. Oletusarvona oli, että osastoilla on erilaiset kotiuttamiskäytännöt. Hyvinkään sairaalalla oli tarve kartoittaa sisätautien, kirurgian ja neurologian osastojen kotiuttamisprosessit, jotta niitä voitaisiin tarvittaessa yhdistää, kun uusi vuodeosasto organisaatio perustettiin vuoden 2017 alussa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian osastojen kotiuttamiskäytännöt. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitohenkilöstön haastattelujen avulla tehdä yhteenvedot eri osastojen haastattelun sen hetkisistä kotiuttamisen sisällöistä, jotta niiden pohjalta voitaisiin luoda yhteiset kotiuttamiskäytännöt ja yhteinen työnjako lääkärin ja hoitajien kotiuttamisohjaukseen.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä ylilääkäri Hanna Tapanaisen kanssa. Hanna Tapanainen käytti keskijohdon koulutuksen lopputyössään samaa haastattelupohjaa lääkäreiden haastatteluissa, jonka vuoksi lomakkeesta löytyy myös lääkäreiden ammattinimikkeitä. Mahdollisesti tämän opinnäytetyön ja Tapanaisen projektityön tuloksia voidaan jatkossa vertailla.

2 Potilaan kotiuttaminen vuodeosastolta

2.1 Kotiutusprosessi

Potilaan hyvä kotiuttaminen alkaa jo tulovaiheessa sairaalaan. Tulovaiheessa voidaan arvioida jo niitä voimavaroja ja resursseja mitä potilaalla on tullessa sairaalaan, jolloin jatkossa on helpompaa arvioida potilaan selviytyminen kotona. Hoidon laatutavoitteena on asiakkaan kuntoittava kohtaaminen, kuntoitumista edistävä työote ja asiakaslähtöisyys. On tärkeää muistaa potilaiden oikeus itsenäisyyteen, vaikuttaminen omaan hoitoonsa ja arvon tunteen säilyttäminen. Sairaalahoido tulisi suunnitella niin, että oikeudet ja tekijät toteutuvat hoidossa. (Perälä & Hammer 2003, 24.)

Potilaan kotiuttaminen sairaalan osastolta on monimutkainen prosessi. Kotiuttamiskeskustelut käydään lääkärikierron yhteydessä osaston käytävällä tai potilashuoneessa potilaan kanssa. Lääkäri, hoitaja ja moniammatillinen työryhmä käy keskustelua potilaan kotiuttamisesta kotiin tai siirtymisestä toiseen hoitopaikkaan kuten vuodeosastolle tai asumispalveluyksikköön.

Ryhmällä voi olla erilaisia näkemyksiä potilaan kotiuttamisen ajankohdasta sekä paikasta. Tarkoituksena on löytää yhteisymmärrys kotiutumisen. Kotiuttamisperusteita ovat elämäntilanne, toimintakyky, lääketieteellinen sekä hallinnollinen peruste. Lääkäri tekee virallisen päätöksen potilaan kotiuttamisesta. On tärkeää että kaikki hoitoon osallistuvat henkilöt voivat asettaa yhdessä asiakaslähtöisiä tavoitteita kotiuttamisprosessin aikana. Silloin varmistetaan viiveetön ja esteetön tiedonkulku hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. (Lämsä 2013, 105; Perälä & Hammer 2003, 5.)

Lääketieteellisen sairauden parannuttua kotiuttaminen voi tapahtua yksinkertaisesti ja suoraan viivaisesti kotiin, mistä yleensä potilaat tulevat hoitoon. Potilaiden kokonaistilanteet ovat kuitenkin nykyään yhä useammin monimutkaisempia, koska ihmiset ovat yhä useammin monisairaita, iäkkäitä ja huonokuntoisia, ettei lääketieteellisesti määritellyn sairauden parantuminen tai tilan koheneminen riitä kotiuttamiselle, vaan täytyy tehdä jatkoselvitys. Potilas kotiutetaan sairaalasta kotiin tai lähetetään jatkohoitopaikkaan, kun ei ole enää tarvetta erikoissairaanhoidolle. Täytyy kuitenkin selvittää pärjääkö potilas kotona tai onko hänen kotitilanteensa sellainen, että hän voi siellä asua. Jos potilas ei pärjää kotona, silloin potilas tarvitsee hoitopaikan, jossa hän voi kuntoutua kotikuntoiseksi. (Lämsä 2013, 108.)

Sytä, miksi potilas ei pärjää vielä kotona itsenäisesti, voi olla ettei kykene vielä huolehtimaan itsestään huonontuneen yleistilan vuoksi, huonontuneen psyykkisen tilan vuoksi ja sairauden pahenemisen vuoksi tai koti ei ole asuinkelpoinen; esimerkiksi talossa ei ole hissiä ja potilas asuu ylemmissä kerroksissa ja tarvitsee liikkumiseen apuvälineitä. Tällöin hän tarvitsee jatkohoitopaikan terveyskeskuksen vuodeosastolta tai kuntoutussairaalasta. Toipumisaikaan ei ole varattu resursseja erikoissairaanhoidossa, vaan toipuminen tapahtuu joko jatkohoidossa tai kotona. Potilas tarvitsee toipumisaikaa, jotta hänen toimintakykynsä palautuu ennalleen tai parhaaseen mahdolliseen tulokseen. (Lämsä 2013, 108.)

Todennäköisesti potilaan toimintakyky on muuttunut sairaalassa ollessa, ja kotona selviytyminen itsenäisesti on heikentynyt. Potilaan elämäntilanne tulee myös selvittää, muun muassa onko mahdollisesti omaisia tai läheisiä auttamassa. Potilas saattaa tarvita kotiapua tai jatkohoitopaikan ja nämä tulee järjestää hänelle. Kotiutumisen ajankohtaa täytyy silloin miettiä uudelleen. Jotta ihminen selviytyy jokapäiväisen elämän toiminnoistaan, tarvitsee hänen fyysinen, psyykkinen ja henkinen toimintakykynsä olla riittävän hyvä kotona pärjäämiseen. Jokapäiväisiä elämän toimintoja ovat esimerkiksi opiskelu, työ, vapaa-aika, harrastus, toisista ja myöskin itsestään huolehtiminen. Toimintakykyä voidaan tukea asuin- ja elinympäristöteknillä, toisten ihmisten tuella ja erilaisilla palveluilla. Hyvä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky auttaa ihmistä selviytymään arjesta itsenäisesti, jaksamaan töissä ja voimaan hyvin. (Lämsä 2013, 108; Järnström 2011; Mitä on toimintakyky? 2016.)

Riskeinä kotiuttamisessa potilasturvallisuuteen liittyen on tiedonkulun siirtyminen jatkohoitopaikkaan tai jokin potilaan kotonapärjäämistä tukeva tukitoimi jää huomiotta. Lääkehoidossa voi potilasturvallisuusriskinä olla lääkemuutoksien epäselvyydet. Hyvässä kotiutuksessa tavoitteena on kuunnella potilaan omaa tahtoa sekä kotiutuminen tulee perustua lääketieteelliseen arvioon. Huolellisesti tehty hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu nimenomaan hyvään moniammatilliseen yhteistyöhön. Vaikka käytössä olisi kuinka tarkat kotiutuksen mallit, tulisi silti huomioida potilaan yksilölliset tarpeet kotiutuksen yhteydessä. Oikeanlaiset palvelut tulisi järjestää jo tukitoimina hyvissä ajoin, että niistä saataisiin maksimaalinen hyöty. (Voutilainen ym. 2002, 128-129; Hammar 2008.)

Sairaalan lyhentyneet hoitoajat luovat myös haasteita kotiuttamiselle. Hoitoaikoja on lyhennetty kaikkialla länsimaissa hoitomuotojen ja teknologian kehittymisen myötä. Sakkomaksun uhallalla perusterveydenhuolto ja vanhustenhuolto ovat velvoitettu ottamaan hoitoon potilaat, jos heidän sairaalassaolonsa alkaa pitkittyä. Kehityksen tavoitteena on vähentää potilaskohdaisia kustannuksia ja vapauttaa potilaspaikkoja uusille potilaille. Osastojen tulee siis kotiuttaa potilaat mahdollisimman nopeasti tehokkuuden maksimoimiseksi. (Lämsä 2013, 108-109; Nopea siirto jatkohoitoon ei paranna vanhusten hoidon tuloksia 2007.)

Ennen kuin potilas lähtee kotiin osastolta, lääkäri keskustelee potilaan kanssa hänen hoidostaan ja sen vaikutuksista potilaan elämänlaatuun, mahdollisesti jatkossa tulevista lisätutkimuksista, kotiutuksesta ja eri jatkohoidon mahdollisuuksista. Hoitohenkilöstö keskustelee potilaan kanssa hänen sairauteensa liittyvistä asioista ja miten ne vaikuttavat hänen nykyiseen elämäänsä. Potilaan kanssa on hyvä keskustella omaisten osuudesta kotona selviytymiseen ja tarpeen mukaan keskustella omaisten kanssa tilanteesta potilaan luvalla. (Kotiinlähtö 2016.)

Jatkossa tulevista lisätutkimuksista ja niihin valmistautumisesta, sekä lääkehoidon toteutuksesta kannattaa keskustella ja antaa kaikki mahdolliset asiapaperit ja dokumentit potilaalle mukaan ja käydä ne läpi yhdessä. Potilas saa osastolta lähtiessään mukaansa lääkereseptit, epikriisin tai se postitetaan potilaalle kotiin, neuvoja lääkkeiden ottotekniikasta, sairauslomatodistuksen sekä muut todistukset esimerkiksi Kelaa varten. Potilaalle annetaan myös kotihoito-ohjeita muun muassa liikuntaan, ravitsemukseen sekä itsehoitoon liittyen. Jatkohoidosta vastaaville kuuluu antaa välittömästi informaatio, jotta hyvä hoitoketju ja hoidon laatu ei katkeaisi hoitopaikan vaihtuessa. (Kotiinlähtö 2016; Nieminen 2002, 8, 15.)

Hoitohenkilöstö kartoittaa potilaan tarpeen kotihoidon palveluille, tukipalveluille sekä apuvälineille ja tarpeen kodin muutostöille. Lääkäri kirjoittaa lähetteen kotisairaanhoidon tai kotisairaalaan ennen kuin potilas kotiutuu sairaalasta, jos hoitohenkilöstö huomaa potilaan tarvitsevan tukea tai potilas itse ilmaisee avun tarvetta. Hoitohenkilöstö järjestää potilaalle kulje-

tuksen kotimatkaa varten sairaalasta, jos hän ei itse kykene sitä järjestämään. Osastolta neuvotaan potilasta, minne hän voi olla yhteydessä, jos hänelle ilmenee ongelmia sairauden kanssa kotona. Potilas saa kotiin sairaalassaolostaan laskun. (Kotiinlähtö 2016.)

2.2 Potilaan ohjaus kotiutuksessa

Kotiuttamisen onnistuminen riippuu useasta seikasta, myös potilaasta. Tärkeää kotiinlähtötilanteessa on potilaan oma asenne kotiutuksen onnistumiseen. Potilaalla olisi hyvä olla riittävät tiedot omasta sairaudestaan ja siitä miten sitä hoidetaan, luottamus omaan kuntoonsa sekä turvallisuudentunne kotona asumiseen, koska nämä asiat vaikuttavat siihen joutuuko potilas todennäköisemmin uudelleen sairaalaan. Jos potilasta ei ohjeisteta kokonaisvaltaisesti hänen sairautensa hoidossa kotiutukseen liittyen ja kartoiteta hänen voimavarojaan selvittää kotona ja käydä läpi fyysisesti potilaan suunnitelmia ja lääkelistoja tai potilas ei ole itse motivoitunut omaan hoitoonsa, niin mitkään kotiutussuunnitelmat tai kotilääkelistat eivät voi estää uudelleen joutumista sairaalaan. (Mixon, Goggins, Bell, Vasilevskis, Nwosu, Schildcrout, Kripalani 2016.)

Potilasohjauksen lähtökohtana on potilaan tarpeet (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 15). Ohjauksen tavoitteena on löytää potilaan omia voimavaroja näkemään muuttunut tilanne uudessa valossa, lisäämään hänen itsetuntemustaan, antaa tietoa ja neuvoja taidollisissa ongelmissa. Potilas tulee ohjata niin, että potilas ymmärtää itsehoito-ohjeet. (Ahonen 1997, 11.)

Ohjaustilanteessa huomioidaan potilaan yksilöllisyys, potilaan mieliala, vastaanottokyky ja potilaan tapa omaksua asiat. Potilaan ohjauksen ajankohta ja paikka pitää harkita tarkkaan, koska on tärkeää, että ohjaustilanne on rauhallinen ja potilaalle on hyvä antaa aikaa omaksua ohjauksessa esille tulleet asiat. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla saadaan muodostettua luotettava ohjaussuhde ja saadaan edistettyä potilaan motivoitumista omaan hoitoon sekä sitoutumaan siihen. (Laine ym. 2004, 21.)

Ohjaustilanteessa hoitajan ammattitaito, havainnointikyky sekä kuuntelutaito luovat potilaalle turvallisen ja luottamuksellisen ohjaustilanteen. Potilaan ohjauksessa on tavoitteena katkeamaton hoitotapahtuma. Ohjaus on yksi osa koko kokonaisuutta sisältäen kirjallisen ja suullisen tiedon. (Ojala & Uutela 1993, 5.)

Hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet ja potilas kykenee ymmärtämään monia sairauksia sekä käsittelemään muuttuneen elämäntilanteensa ja siihen liittyvät uudet haasteet vasta pitkän ajan kuluttua. Tämän takia potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistaminen avohoitoon on erityisen tärkeää potilaalle ja myös hänen omaisilleen. Potilasohjauksessa voidaan hyödyntää kirjallisia ohjeita, verkostoitumista, potilasjärjestöjä ja yhteishenkilötoimintaa avopuolen terveydenhuollon organisaatioiden kanssa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 15.)

Potilaan jatko- ja kotihoito tulee varmistaa ja antaa niihin liittyvä ohjaus, kirjallinen materiaali, mahdolliset kontrolliajat sekä yhteystiedot asianomaisiin paikkoihin. Potilaalle tulee kertoa vertaistuen mahdollisuuksista. Ohjauksen tarkoituksena on selvittää potilaan kanssa hänelle epäselvät asiat kotiinlähtötilanteessa ja ohjata niissä eteenpäin. Lopuksi kirjataan potilastietojärjestelmään hoitotyön yhteenveto toteutuneesta ohjauksesta, annetuista materiaaleista sekä kirjataan jatkosuunnitelma potilaan ohjauksessa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 15.)

2.3 Yhteistyö

Potilaan kotiuttamiseen tarvitaan sairaalan sisäisiä ja ulkoisia eri tahoja sekä ammattialojen edustajia. Potilaan kotiuttamiskeskusteluun osallistuu moniammatillinen työryhmä. Kun yhteistyötä tehdään monilla eri tasoilla ja mitä monimutkaisempia asioita käsitellään, niin korostuu siinä merkittävästi yhteinen kieli, käsitteet sekä moniammatillisen työryhmän vuorovaikutustaidot ja sen säännöt (Lämsä 2013, 105-106; Isoherranen ym. 2008, 27).

Moniammatilliseen tiimiin valitaan osallistujia jokaisesta erikoisosaamisalasta. Jos ongelmia tutkitaan vain muutamien ammattikunnan jäsenten näkökulmasta, voi hoidon laatu horjua. Silloin voi asiakkaiden hoitoon liittyviä asioita tai ongelmia jäädä tutkimatta kokonaisvaltaisesti tai jäädä jopa kokonaan kokonaiskuva huomaamatta. Moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan osapuolilta hyviä vuorovaikutustaitoja, päätöksentekoon osallistumista, vastuuta, motivaatiota ja kykyä sopeutua uusiin tilanteisiin. Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa rinnakkain tapahtuvaa moniammatillista työskentelyä asiakkaan kanssa tai työskentelyä, jossa keskustellaan asiantuntijoiden kanssa yhteisistä käsityksistä ja luodaan asiakaslähtöiset tavoitteet. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 16; Isoherranen 2005, 17.)

Sairaalan kirurgian, sisätautien ja neurologian osastojen ulkoisia yhteistyökumppaneita ovat terveyskeskuksen vuodeosasto, kotihoito, tehostettu kotihoito, tuetut palveluasumisyksiköt, toiset sairaalat, seurakunnat ja yksityiset palveluntuottajat. Sisäisiä yhteistyökumppaneita ovat toiset osastot, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijät, sydänhoitaja, kotiutushoitaja, sihteerit, aulaemäntä, osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, leikkaussalinhoitajat, lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, laitoshuoltajat, sairaalateologit, psykiatrinen sairaanhoitaja, haavahoitaja, diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti, hygieniahoitaja, potilasasiamies ja puheterapeutti. (Lämsä 2013,109.)

2.4 Sairaanhoidajan ammattikuvaus

Sairaanhoidajien haastatteluvastauksia voi paremmin ymmärtää ja samalla verrata niitä sairaanhoidajan yleisiin tehtäväkuvauksiin. Kotiutukseen liittyy niin monta eri osa aluetta ja kotiutus on osa sairaanhoidajien työtehtäviä. Aukaisimme sairaanhoidajan työnkuvaa tutkimuksemme, koska suurin osa haastateltavista oli sairaanhoidajia.

Sairaanhoidajan työ on monipuolista. Sairaanhoidajan työ vaatii vahvoja kädentaitoja ja vankkaa teoreettista tietoa, sekä hänen on kyettävä toimimaan joustavasti sekä hänen on sopeuttava nopeasti muuttuviin tilanteisiin. Sairaanhoidajat tarvitsevat kestävyyttä niin fyysisesti kuin psyykkisesti. (Sairaanhoidaja 2017.)

Sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu lääkehoitoa, hoitotyötä, neuvontaa, ohjausta, tukemista ja tutkimuksien tekemistä. Sairaanhoidajalta vaaditaan paljon hyviä ja ajankohtaisia tietoja sekä käytännöllisiä taitoja, hyviä vuorovaikutustaitoja, erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta sekä todella hyvää stressinsietokykyä ja pitkäjännitteisyyttä. Päätöksien tekoon sairaanhoidajat tarvitsevat ongelmanratkaisutaitoja ja kykyä osata kantaa vastuuta potilaiden hyvinvoinnista ja omasta työstään kokonaisuutena. (Sairaanhoidaja 2017.)

Sairaanhoidajat voivat työskennellä monissa erilaisissa paikoissa esim. sairaaloissa, terveyskeskuksissa, kotisairaanhoidossa, erilaisissa toimenpide- tai kuntoutusyksiköissä. Työympäristö riippuu työpaikasta. Työskentely on moniammatillista ja se tapahtuu laajan ryhmän kesken. Ryhmään kuuluu usein lääkäreitä, sairaanhoidajia, lähihoitajia ja paljon erilaisia terapeutteja. Useimmissa työpaikoissa työ on kolmivuorotyötä. (Sairaanhoidaja 2017.)

Sairaanhoidajien työnkuvaan kuuluu edistää yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen hyvinvointia ja terveyttä. Sairaanhoidajat tekevät ennaltaehkäisevää työtä, auttavat sairauksien hoidossa, antavat tukea ja empatiaa kuntoutumisessa, tekevät ja avustavat toimenpiteissä ja tutkimuksissa, tarkkailevat elintoimintoja ja tukevat ja motivoivat sekä ohjaavat potilaita ja heidän omaisiaan ja läheisiään. (Sairaanhoidaja 2017.)

Sairaalassa sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu vastaanottaa potilas, arvioida ja suunnitella yhdessä lääkärin kanssa hoidon tarve ja sen kokonaisuus. Sairaanhoidajat ottavat vastuuta hoidon koordinoinnista ja osaston johtamisesta. (Sairaanhoidaja 2017.)

2.5 Opinnäytetyön yhteys alan kirjallisuuteen ja aikaisempaan tutkimukseen

Tutkittua tietoa löytyi paljon muun muassa liittyen ikäihmisten kotiuttamiseen, sairaalasta kotiutuminen kotihoitoon sekä eri osaamisalojen kotiuttamiseen. Kotiutusprosessista löytyi

paljon opinnäytetöitä ja tutkimuksia, jotka olivat tehty hoitotyöhön liittyen eri näkökulmista katsottuna. Suoraan samasta näkökulmasta katsottuna olevia tutkimuksia ei löytynyt, joita olisi voinut hyödyntää tutkimusta tehdessä. Tutkimusta, joka kartoittaisi hoitajien työnkuvaa kotiuttamisprosessissa, ei ollut saatavilla. Siksi tutkimukseen teorian/tutkitun tiedon kirjoittaminen tuntui haasteelliselta. (Hammer 2008; Koponen 2003).

Lopulta löytyi kuitenkin yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön, joka oli tehty Haartmanin sairaalan päivystysalueelle. Kyseinen opinnäytetyö tutki sairaanhoitajan kokemuksia kotiuttamisesta Haartmanin sairaalan päivystysalueelta. Opinnäytetyössä on tutkittu miten sairaanhoitajat kokivat potilaan kotiuttamisen suunnittelun, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajalla on potilaan ohjaamisesta kotiutusprosessin aikana, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajalla on potilaan kotiutuksen toteuttamisesta ja tarkistuslistan käytöstä ja täyttyvätkö tarkistuslistan kriteerit sairaanhoitajan näkökulmasta potilasta kotiutettaessa, mikäli listaa käytetään. Tutkimus on tehty vuonna 2014. (Gedike & Lappalainen 2014.) Yhtäläisyyksiä löytyi tutkimuksemme, vaikka kysymykset poikkesivatkin toisistaan paljon. Kyseistä työtä ei ole käytetty lähteenä opinnäytetyössä, koska saman tasoista tutkimusta ei voi käyttää lähteenä.

Opinnäytetyössä on käytetty lähteenä Lämsän väitöskirjaa, koska hänen tutkimuksessaan on paljon yhtäläisyyksiä tähän opinnäytetyöhön. Lämsä on tehnyt tutkimuksensa potilaan näkökulmasta katsottuna. Hän on kiinnostunut tutkimuksessaan potilaana olemisesta. Lämsä on tehnyt tutkimuksensa sisätautien vuodeosastolla havainnoimalla tilanteita potilashuoneissa. Tutkimuksessa kuvataan potilaiden elämässä näkyviä sairaalan käytäntöjä, jotka vaikuttavat potilaan elämään, mutta tutkimuksen keskiössä on potilas. Lämsä toteaa omassa tutkimuksessaan, että suomalaisen sairaalan käytännöistä ja potilaasta on tehty vähän tutkimuksia. Myös meidän ja Lämsän tutkimustuloksissa oli paljon yhtäläisyyksiä. (Lämsä 2013.)

Lähteenä on käytetty myös HUS:sin omia internetsivuja liittyen potilaan kotiinlähtöön. Esille tuotiin myös HUS:sin omat potilasohjeet kotiutuksesta. Ohjeessa on pähkinänkuoressa kerrottu potilaille mitä hoitohenkilökunnan työnkuvaan kuuluu, ja mitä dokumentteja potilaat saavat kotiinlähtö tilanteessa. (Kotiinlähtö 2016.)

Goncalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron, Shepperd ovat tehneet cochrane-katsauksen ja katsauksen tulokset tukevat opinnäytetyön tuloksia. Katsauksessa tutkittiin yhdestätoista eri maasta n.12 000 potilasta. Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa on tehty laaja meta-analyysi, jossa on tutkittu tuoko yksilöllisesti laadittu kotiutussuunnitelma hyötyjä rutiininomaisempaan kotiutustapaan. Meta-analyysin tulosten kirjoittajat totesivat sen, että räätälöity kotiutussuunnitelma todennäköisesti lyhentäisi potilaiden sairaalassaoloaika sekä vähentäisi potilaiden joutumista uudestaan sairaalahoitoon kolmen kuukauden sisällä. Meta-analyysissä myös huomattiin, että yksilöllisesti laadittu kotiutussuunnitelma saattaisi lisätä potilaiden ja

henkilökunnan tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon. Yksilöllisesti suunnitellulla kotiutus suunnitelmalla ei kuitenkaan vaikuttanut olevan vaikutusta lääkityksen toteutumiseen sairaalahoitojen jälkeen, jatkohoitopaikkoihin tai kuolleisuuteen. (Goncalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron, Shepperd 2016.) Cochrane-katsauksia käytetään kliinisen ja terveystieteiden päätöksien tukena, ne tarjoavat näyttöönperustuvaa sekä tiivistettyä tietoa terveydenhuollon menetelmille. Näitä katsauksia hyödynnetään Suomessa muun muassa Käypä hoito -suosituk- sissa, Terveystieteen tietokannoissa ja terveydenhuollon menetelmien arvioinneissa. (Katsauk- sen tekijöille 2017.)

3 Tutkimuksen toteuttaminen

3.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää eli kvalitatiivista tutkimusta käyttäen. Tiedonhankintatavaksi valittiin haastattelu, jonka avulla kartoitettiin potilaiden kotiutuspro- sessi sairaalassa, hoitajien kokemana. Tiedonhankintatapa valittiin siksi, että opinnäytetyöhön osallistuvilta hoitajilta saataisiin mahdollisimman laajoja vastauksia ja kotiutusprosessia pys- tyttäisiin tarkastelemaan monipuolisemmin. Työssä käytetään pääasiassa laadullista tutkimus- otetta, mutta toimeksiantajamme toivomuksesta haastattelussa on muutama määrällinen ky- symys, joita me emme käyttäneet omassa työssämme.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään löytämään ilmiölle ymmärrys, selitys ja teoria. Kvali- tatiivinen tutkimusote sisältää laajan kirjon erilaisia lähestymistapoja, mutta niistä löytyy paljon päällekkäisyyksiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen hallinta on vaativaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan pääasiassa prosesseja ja kuinka ihmiset kokevat ja näkevät reaali- maailman. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla pyritään tuloksiin ilman tilastollisia menetelmiä tai muita määrällisiä keinoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 154.)

Tutkimuskohdejoukko on valittu mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti eikä sattumanvarai- sesti. Tutkimustulokset tuovat olemassa olevaa tietoa näkyviin, näitä tarkastellaan myöhem- min tutkimuslukuissa. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan kehittää yksiköiden työskentelyta- poja.

”Laadullisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai moti- vaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimus liittyy siis uskumukseen, asenteisiin ja käyttäytymisen muutokseen”. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.)

Keskeinen merkitys kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tutkimusilmiöiden ymmärtämisen lisääminen. Tutkimusmenetelmiä apuna käyttäen voidaan mm. havainnoida, haastatella ja dokumentoida. Määrällisesti ei voida mitata monia hoitamisen ilmiöitä tai pelkästään tutkia asioita havainnoimalla, usein tarvitaan ilmiöiden ymmärtämiseksi ihmisten omia kuvauksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tekijät tunnetaan ja teoriaa sovelletaan käytäntöön ja ilmiöön. Keskeinen merkitys kvantitatiivisessa tutkimuksessa on olemassa olevan tiedon vahvistaminen. Siinä ei ole tarkoituksena kehittää uutta teoriaa tai hakea uutta tietoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään lukuja, kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa sanoja ja lauseita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65, 74.)

Tutkimuksen tiedonhankinta tapahtui haastatteluna eli puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä. Haastattelussa kysymykset olivat kaikille samat, haastattelut käytiin vapaamuotoisesti. Haastattelukysymykset oli tehty etukäteen tarkkaan miettien mitä tietoa haluttiin tietystä asiasta selvittää. Haastattelukysymykset tehtiin toimeksiantajan haluaman tiedon mukaisesti. Tarkoituksena oli saada haastateltavilta täsmälliset vastaukset ennaltasovittuihin kysymyksiin. Haastateltavat vastasivat kysymyksiin vapaasti omin sanoin. Tarkoituksenamme oli, että hoitajat kertoisivat omia näkemyksiä kotiutusprosessin työnkuvastaan. Kysymyksiin ei si-dottu vastausvaihtoehtoja. Haastattelun eteenpäin viemiseksi oli apukysymyksiä aukaisemaan varsinaisia kysymyksiä. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 47.)

Haastattelussa otettiin huomioon, että ihmiset tulkitsevat asioita ja heidän tulkintansa ovat keskeisiä ja se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Haastattelun tekeminen on kuin palapeliä, jonka vastaukset ovat osa kokonaisuutta. Näin saimme rakennettua analysointivaiheen kautta kokonaisvaltaisen kuvan sekä ymmärryksen tutkimuskohteesta. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 48.)

Haastattelutilanteessa haastattelijalla on suuri vastuu luoda luottamuksellinen ilmapiiri heti alussa arvostavalla, kunnioittavalla ja kiinnostuneella asenteella, koska haastattelijan asenne vaikuttaa haastattelun kulkuun positiivisesti. Haastattelijan vuorovaikutustaidoista riippuu, mitä haastateltavasta saadaan kysymyksillä selville. Henkilökemiat vaikuttavat myös haastattelutilanteeseen. Haastateltavan vastauksia ei saa kyseenalaistaa eikä haastattelija saa tuoda omia mielipiteitään haastateltavalle esille. Haastattelujen avulla haastattelija laajentaa tutkittavasta asiasta laajempaa, vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa ja muuttaa kuvaansa. (Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja 2014, 72.)

Opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysia ja induktiivista eli aineistolähtöistä menetelmää. Kvalitatiivisen aineiston analyysi on mahdollista toteuttaa sisällönanalyysillä, kvantifioinnin eli sisällön erittelyn avulla tai tietokoneohjelmien avulla. Kvalitatiivista aineistoa analysoitiin aineiston keräämisen yhteydessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysi on keino tiivistää aineisto induktiivista eli aineistolähtöistä. Sisällönanalyysin prosessiin kuuluu Miles ja Huberman (1994) mukaan kolme eri vaihetta, aineiston redusointi eli aineiston pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmilla tiedoilla tai teorioilla ei saisi olla vaikutusta siihen, mitä asioita analyysistä nousee. Aineistolähtöisessä analyysissä on jo tehty valintoja, kuten tutkimuskysymykset sekä tutkimusasetelma. Tutkijoiden täytyy olla tarkkoja siitä, etteivät omat asenteet ja ajattelumaailma vaikuta tutkimuksen laatuun, vaan analyysi tapahtuu ainoastaan aineiston pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.)

3.2 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimuksen ympäristö oli Hyvinkään sairaala ja kohteena oli sisätautien, kirurgian ja neurologian osastojen hoitajat. Tutkimuslupa saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä tammikuussa 2017 aineiston keräämistä varten. Ylilääkäri Hanna Tapanainen ohjasi opinnäytetyötä ja avusti luvan hakemisessa. Haastattelut aloitettiin sisätautien ja kirurgian vuodeosastolta tammikuussa 2017, neurologian vuodeosastolla hoitajia haastateltiin helmikuussa 2017.

Aineistot kerättiin tammi-helmikuu 2017 aikana haastattelemalla kaikkien osastojen hoitajia. Haastattelut tehtiin kolmen päivän aikana. Yhden osaston haastatteluun meni aina yksi päivä, huomioiden osastojen sen hetkisen tilanteen. Haastatteluille järjestyi aina osastoilla rauhallinen tila ja haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Sisätautien osastolta haastateltiin 12 henkilöä, kirurgian osastolta 8 henkilöä ja neurologian osastolta 5 henkilöä. Tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava käsitys kotiutusprosessista ja lopettaa kunnes ei enää tullut mitään uutta tietoa esille haastatteluista.

Haastattelulomaketta käytiin useita kertoja läpi ylilääkäri Hanna Tapanaisen ja osastonhoitaja Riikka Sipilän kanssa, koska Hanna Tapanainen haastatteli samalla haastattelulomakkeella lääkäreitä. Yhteisellä haastattelulomakkeella haastateltiin siis sekä sairaanhoitajia että lääkäreitä. Kysymyksien piti olla soveltuvia molemmille ammattiryhmille. Haastattelurunkoa testattiin myös toisillemme ja otettiin aikaa kauanko haastattelut veivät aikaa. Olemme molemmat työskennelleet sisätautien vuodeosastolla ja olemme molemmat olleet kirurgian vuodeosastolla työharjoittelussa. Neurologian vuodeosastosta meillä ei ollut mitään aiempaa kokemusta. Pystyimme kuitenkin vastaamaan kysymyksiin realistisesti oman näkemyksemme ja kokemuksemme perusteella. Muokkasimme kysymyksiä toisillemme tekemien haastattelujen pohjalta realistisemmaksi.

Haastattelulomake oli tarkoitettu haastattelijan tueksi ja muistilistaksi, ei haastateltavan itse täytettäväksi kyselylomakkeeksi, jonka vuoksi haastateltavat eivät saaneet lomaketta etukäteen. Yksi haastattelu kesti n.10- 45min ja koko osaston haastatteluihin meni n. 4-6 tuntia. Sisätautien vuodeosaston osastonhoitajan kanssa sovittiin, että haastateltavan hoitajan sijaiseksi haastattelun ajaksi tuli toinen hoitaja. Sijaistava hoitaja vastasi haastattelussa olevan hoitajan potilaiden hoidosta, jolloin potilastyö ei häiriintynyt. Haastateltavat valikoituivat sen mukaan, kuka oli työvuorossa haastattelujen ajankohtana. Haastattelupäivät sovittiin osastonhoitajien kanssa erikseen ja haastattelujen ajankohta määräytyi sen mukaan, miten sijainen järjestyi osastolle. Tarkoituksena oli aloittaa haastattelut kuitenkin mahdollisimman nopealla aikataululla.

Haastattelulomake löytyy liitteenä. (Liite nro 1.) Kysymykset teemoiteltiin aiheittain, jotta ne olisi helpompi purkaa myöhemmin. Aiheita olivat kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat, kotiutettavan potilaan ohjaaminen ja kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö. Opinnäytetyöhön lisättiin teema *kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet*, koska kyseisestä aiheesta tuli paljon materiaalia ja oli näin helpommin analysoitavissa. Tulokset käytiin läpi näillä teemakokonaisuuksilla eli tulokset on sijoitettu kunkin teemaotsikon alle. Haastattelut aloitettiin kysymyksillä, jotka liittyivät edelliseen kotiutusprosessiin, jonka oli hoitaja viimeksi tehnyt ja lopuksi kysimme yleisesti osaston kotiutusprosessista, joka mahdollisti haastateltavan vastaamaan vapaammin.

Kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat -kysymykset analysoimme yhdessä, koska vastauksissa tuli paljon yhtäläisyyksiä ja vastaukset liittyivät potilaan kotiuttamisen sujuvuuteen.

- Miten kotiutustilanne sujui?
- Mitä tässä viimeisimmässä kotiutuksessa olisi voitu tehdä toisin? Ja miksi?
- Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että kotiuttamisprosessi ei toiminut tai toimi sujuvasti?
- Vaikuttaako kotiuttamiseen usein jokin muu asia?
- Miten ”potilasmateriaali” vaikuttaa kotiutusprosessiin ja millä tavalla?

Analysointi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi. Nauhoitettu materiaali kuunneltiin ja kirjoitettiin sanasta sanaan. Nauhoitteet purettiin muutamien päivien sisällä haastatteluista. Litteroituja haastatteluja tuli 60 A4:sta. Aineisto litteroitiin siten, ettei siitä pysty päättelemään haastateltavien henkilöllisyyttä. Haastattelut luettiin ja sisältöön perehdyttiin tarkasti. Aluksi etsittiin ja alleviivattiin pelkistettyjä ilmaisuja ja karsittiin sellaista tietoa, jota ei tarvinnut tähän tutkimukseen. Pelkistetyistä ilmauksista

tehtiin taulukot ja sen jälkeen aineisto klusteroitiin eli etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin ja niille tehtiin alaluokat. Abstrahointi aloitettiin erottelemalla aineistosta olennainen tieto ja sen jälkeen valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisen käsityksen aineisto, jonka perusteella tehtiin johtopäätökset. Yläluokat muodostuivat alaluokkien yhdistämisistä. Kokoavat käsitteet muodostettiin yläluokista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-111.)

4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössä on käytetty tutkimuksen eettisyydestä annettuja ohjeita ja suosituksia. (Tutkimuseettiset ohjeet 2017.) Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Haastattelujen materiaali oli ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden luettavissa. Nauhoitteet on hävitetty asianmukaisesti ja litteroinnin paperiversiot on silputtu analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen digitaaliset tiedostoversiot hävitetään. Haastattelujen määrää suunniteltaessa yritettiin ottaa huomioon vertailumahdollisuus, jotta aineisto olisi myös luotettava. Haastateltavien määrää supistaessa ilmeni että haastattelujen määrä oli yliarvioitu jo alun perin luotettavuuden turvaamiseksi. Haasteena oli neurologian osaston pieni otanta ja siksi luotettavuus voi olla heikompaa kyseisellä osastolla verrattuna kahteen muuhun.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että meitä tekijöitä oli kaksi. Haastattelussa on käytetty suoria lainauksia, mitkä elävöittää ja lisäävät myös luotettavuutta tutkimukseen. Haastattelut tehtiin niin, ettei haastateltavia ohjattu suuntaan tai toiseen. Haastattelujen ilmapiiiri oli rento ja se tehtiin hyvässä yhteistyössä. Haastateltavat kertoivat omista kokemuksistaan ja me emme tuominneet tai kyseenalaistaneet heidän kertomiaan asioita. Aineisto litteroitiin alusta loppuun samaa kaavaa noudattaen, joka lisää työn luotettavuutta.

Mietimme ilmeneekö opinnäytetyössä eettisiä ongelmia sen vuoksi, koska molemmat tutkimuksen tekijät työskentelevät yhdellä näistä tutkittavista osastoista. Meillä molemmilla oli ennako-oletuksia tutkittavasta aiheesta. Tutkimus tehtiin tutkitun tiedon ja haastatteluista analysoidun tiedon perusteella ja ennako-oletukset sekä omat mielipiteet pidettiin erossa tutkimustuloksista. Ennako asenteet eivät sen vuoksi vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Analysointivaiheessa tuotiin esille ainoastaan asioita, joita litteroinnin pohjalta oli tullut ilmi.

5 Kotiutusprosessi sisätautien vuodeosastolla

5.1 Kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat

Sisätautien vuodeosastolla kotiutuspäätöksen tekee aina lääkäri. Lääkäreiden päätökseen vaikuttavat potilaan vointi ja kunto sekä myös hoitajien ja potilaiden arviointi kotona pärjäämi-

sestä. Päätökseen vaikuttaa myös potilaan hoidon tarve, eli se ettei potilas tarvitse enää erikoissairaanhoidon hoitoja, toimenpiteitä tai potilas tarvitsee vielä toipumisajan jatkohoito-paikan esimerkiksi terveyskeskuksesta. Jos potilas ei tarvitse enää suonensisäisiä lääkityksiä tai nesteytyksiä, vaikuttaa tämä myös lääkärin arvioon kotiutuspäätöksessä. Jatkohoidon suhteen lääkäri arvioi pystyykö potilas huolehtimaan turvallisesti omasta hoidostaan, hoitamaan arjen askareita esim. hakemaan lääkkeitä apteekista ja ruokaa kaupasta.

”Prosessi aloitetaan yleensä jo potilaan tullessa sairaalaan miettimällä heti ensimmäisillä lääkärinkierroilla kotiuttamisajankohtaa ja -paikkaa. Kotiuttamista pohditaan lääkärinkierroilla yleensä moniammatillisesti ja eri vaihtoehtoja läpikäyden.” (Lämsä 2013, s.109.)

Tutkimuksessa selvisi miten haastateltavat kokivat kotiuttamiset eri viikonpäivinä. Kotiutukset onnistuvat pääsääntöisesti arkena hyvin, mutta maanantai, tiistai ja perjantai koetaan kii-reisimmiksi päiviksi. Viikonloppuna kotiutetaan harvemmin ja ne koetaan yleensä haastaviksi, koska hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä on vähemmän. Jos viikonloppujen kotiutukset suunnitellaan jo viikolla valmiiksi, niin silloin ne sujuvat.

Tutkimuksessa selvitettiin mitä asioita hoitajat kokevat tärkeiksi kirjata kotiutuksen yhteydessä potilastietojärjestelmään. Haastatteluissa tuli esille, että kotiutusprosessin edetessä useampi hoitaja kirjaa potilastietojärjestelmään potilaan ohjeistamisesta ja lääkehoidosta. Hoitajat kirjaavat myös mitä toimenpiteitä potilaalle on tehty, esimerkiksi kanyylin poisto, perushoito ja peruselintoimintojen mittaamiset. Kirjattaviin asioihin kuuluivat lisäksi potilaan vointi, millaisessa kunnossa kotiutui, minkälaisia jatkosuunnitelmia potilaalle oli suunniteltu, keihin oltiin oltu yhteydessä kotiutuksessa esimerkiksi omaiset ja jatkohoitopaikka, ja millä kyydillä ja kenen kanssa potilas kotiutui. Hoitajat kirjasivat potilaasta hoitotyön yhteenvedon. Uutena toimenpiteenä oli check-listan kirjaaminen sisätautien osastolla.

Check-lista on kehitelty sisätautien osastolle marraskuussa 2016 ja on siellä parhaillaan käytössä. Kehittelijöinä toimivat ylilääkäri Hanna Tapanainen, osastonhoitaja Riikka Sipilä ja tulosyksikön johtaja Jyrki Lilleberg. Check-lista on otettu käyttöön tammikuussa 2017 kirurgian ja neurologian osastoilla. (Tapanainen 2017.)

Check-lista toimii apu- ja kommunikointivälineenä eri ammattiryhmien välillä. Uusille työntekijöille lista toimii hyvänä muistilistana ja turvana kotiuttamisessa. Check-listaan on merkitty lääkärin, hoitajien, sihteerien ja fysioterapeuttien kohdat, johon voi kukin kyseinen ammattilainen itse merkitä tehdyksi ne toimet, joita hänen kuuluu tehdä kotiuttamisen yhteydessä. Jokainen, joka työskentelee potilaan kanssa, näkee listasta mitä potilaan kotiuttamisen hyväksi on jo tehty, mitä pitää vielä tehdä ja kuinka paljon muut työryhmän jäsenet ovat jo tehneet. (Tapanainen 2017.)

Kotiutuksen sujuvuus

Haastateltavien mukaan viimeisin kotiutus sisätautien vuodeosastolla on pääsääntöisesti sujunut suunnitelmien mukaan, eikä mitään erityistä ongelmaa ole esiintynyt ja kaikki kotiutuksen osa-alueet toimivat. Kotiutusten sujuvuuteen vaikuttivat moniammatillisen ryhmän toimivuus, miten ja milloin jatkohoito-paikkaan pääsee, resurssit ja hoitajien henkilökohtainen osaaminen ja organisointikyky. Kotiutusprosessin toimivuuteen vaikuttivat potilaan oma motivaatio ja kuinka orientoitunut hän oli omien sairautensa hoitoon, laboratorion vastauksien saaminen ajoissa, sydänhoitajan ohjeistus potilaalle, sekä potilaan kotitilanteen selvittäminen ajoissa eli jo heti sairaalaan tultaessa.

”Onnistunut kotiuttaminen vie osastoilla usein paljon työaikaa ja resursseja henkilökunnalta ja vaatii yhteistyötä eri tahojen, kuten potilaan ja omaisten, jatkohoitopaikan, kotisairaanhoidon, kotipalvelun, päivätoimintayksiköiden ja terveyskeskuksen kanssa.” (Lämsä 2013, s.109.) Meidän tutkimuksessamme ilmenivät myös nämä asiat.

Sisätautien vuodeosastolla kotiutusprosessiin toimimattomuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat lääkärit, yhteistyökumppanit, hoitajat, potilaan kotitilanne, potilas ja omaiset. Hoitajat kertoivat, että lääkärit eivät tee määräyksiä, reseptejä, tutkimuksia ja lausuntoja ajoissa, vaan ne jäivät kotiutuspäivälle ja niitä jouduttiin välillä odottamaan turhankin pitkään. Laboratoriovastauksien saaminen joskus kesti ja se vaikutti kotiuttamiseen.

”Yleensä siinä on se, että reseptien vieminen kestää lääkäreiltä potilaalle. Lääkäristä pitkälti kiinni milloin pystyy tekemään oman osuutensa kotiutuksesta.”

Osastolla pitäisi olla enemmän resursseja, niin lääkäreitä kuin hoitajiakin, koska kierrot venyvät ja määräyksien toteuttamiseen menee aikaa. Lisäresursseja toivottiin myös jatkohoitopaikkoihinkin, jotta potilaita saataisiin siirrettyä eteenpäin nopeammin.

”Ei ehditä valmistella, tutkia potilaan tilannetta ja sitä kautta ennakoida kotiutukseen liittyviä asioita. Esimerkiksi apuvälineet tai kotihoito ja sen saatavuus.”

Hoitajat kokivat, että hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen (hoi-lehti) ja potilaan tietoihin perehtymiseen pitäisi olla enemmän aikaa. Potilaiden jatkohoitopaikkojen järjestely koetaan

aikaavieväksi. Lääkärit ja hoitajat voisivat ennakoida kotiutukseen liittyvissä asioissa enemmän. Asioita, joita lääkärit voisivat ennakoida, olivat lääkärin määräyksien tekeminen aikaisemmin ja lääkärin kommunikointi hoitajille potilaan suunnitelmista ajoissa.

”Vähän turhauttavaa hoitajalle kotiuttaa semmoinen, jonka lääkärikin on hoitanut puolitiehen”

”Olisi vaatinut potilaan paremman tuntemisen, jos olisi halunnut vielä kattavamman hoi-lehden siinä ajassa niillä resursseilla.”

Jos tiedetään, että potilas tarvitsee jatkohoitopaikkaa tai lisäapuja kotiin jo sairaalaan tultessa, niin näitä asioita voitaisiin jo hoitaa ennakkoon. Tässä vaiheessa pystyttäisiin huomioimaan paremmin, jos potilaalla on kotona puoliso, joka on myös huonossa kunnossa ja jos potilas on toiminut omaishoitajana tai toisinpäin. Huonokuntoiset ja monisairaavat ovat työläämpiä ja raskaampia kotiuttaa, koska he tarvitsevat enemmän apuja ja usein myös jatkohoitopaikan erikoissairaanhoidon jälkeen.

”Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotiuttaminen onnistuu todennäköisemmin, mikäli kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan. Kotiuttaminen sujuu parhaiten, mikäli asiaa lähestytään monesta näkökulmasta ja mukana on usean eri ammattialojen edustajia.”(Lämsä 2013, s.109.)

Lämsän tutkimustuloksena nousi myös esiin, että kotiutus sujuisi parhaiten, jos sitä tarkastellaan useammasta näkökulmasta, useammat eri ammattialojen edustajat ovat mukana kotiuttamisissa sekä kotiuttamista aletaan suunnitella jo potilaan saapuessa sairaalaan. Meidän tutkimustuloksessakin ilmeni nämä samat tulokset.

Asioiden selvittäminen ennakkoon sujuvoittaisi kotiuttamista, koska hoitajat voisivat ajoissa kommunikoida omaisten kanssa potilaan kotiutussuunnitelmista ja järjestelemään omaisten kanssa turvallista kotiutumista, ettei kotiutuspäivänä tarvitsisi antaa niin paljon informaatiota ja ruveta järjestelemään vasta tässä vaiheessa potilaan tarvitsemia apuja kotiin. Myös potilaalle olisi helpompi sisäistää informaatiota pieninä annoksina kerrallaan.

”Omainen oli siellä jo hyvissä ajoin hakemassa, mutta en mä voinut sitä kuitenkaan kotiuttaa, kun sieltä puuttui niitä viimeisimpiä määräyksiä.”

”Joskus myös omaiset vaikuttaa siihen. Heillä on näkemys, ettei potilas pärjää kotona, joten suunnitelmat menee uusiksi, ei voidakaan kotiuttaa. ”

Ulkopuoliset yhteistyökumppanit koettiin hidastavana ja raskaana, koska yhteistietojen selvittely oli haastavaa ja informaatio ei välttämättä mennyt perille asti. Jatkohoitopaikkaan siirtyminen ei ollut sujuvaa, koska siirtokuljetukset tulivat milloin sattui. Ajoittain oli myös epäselvyyksiä tulevasta jatkohoitopaikasta, esim. kotitehossa ei voitu ottaa vastaan enempää potilaita resurssipulan takia tai jatkohoitopaikoissa ei ollut tilaa.

”Kommunikaatio-ongelmat näiden terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreille sijoittuvien hoitotahojen välillä vaikeuttavat kotiuttamisprosessia entisestään.”(Lämsä 2013, s.109.)

”Ikävä laittaa potilasta terveyskeskukseen sen takia tai vuodeosastolle, kun tarvitsee neljä kertaa vuorokaudessa suonensisäistä antibioottia, kun hän muuten pärjäisi kotona, koska se olisi ollut sit se vaihtoehto muuten, jos se ei olisi onnistunut se kotiteho. ”

Sisätautien vuodeosastolla potilaan näkökulmasta katsottuna hoitajat kokivat, että kotiutusprosessi onnistui vaihtelevasti ja parantamisen varaa olisi. Kotiutukset onnistuivat hyvin oma-toimisilla ja asiallisilla potilailla. Hoitajat kokivat, että potilaan kannalta kotiutushoitajasta oli hyötyä kotiuttamisessa. Negatiivisena koettiin, että potilaat joutuivat odottamaan kotiutusta pitkälle iltapäivään. Odotusaikaa lisäsi reseptien puuttuminen, lääkärin tapaaminen ja jatkohoitosuunnitelmien tekeminen. Hoitajien ja lääkärin työnjaossa oli sekavuuksia ja päällekkäisyyksiä, jotka sotkivat potilaan asioita.

Kotiutushoitaja kartoitti yli 75-vuotiaiden kotitilanteen ja toimintakyvyn osastolle saapuessa. Kotiutushoitaja suunnitteli yksilöllisesti potilaan tarpeet huomioiden turvallisen kotiutumisen, huomioiden potilaan kotitilanteen sekä siellä pärjäämisen, ja näin mahdollisesti saataisiin lyhennettyä sairaalassaoloaika. Tarvittaessa kotiutushoitaja voi myös järjestää lyhytaikaisia hoitopaikkoja potilaille. Kotiutushoitajan työnkuvaan kuului tehdä laaja-alaisesti yhteistyötä oman organisaation, perusterveydenhuollon ja yksityisen sektorin henkilökunnan kanssa sekä potilaiden omaisten kanssa. (Sipilä 2017.)

”Kotiutushoitaja, niin siitä on mun mielestä suurta hyötyä, kun sillä on resursseja selvitellä potilaan kaikkia asioita. Kyllä se potilas siitä hyötyy kun sitten taas se, että vedetään ja huiskitaan tämän työn lomassa.”

”Suurin osa kotiutuksista menee aika myöhäiseksi iltapäivään edelleen, että potilas joutuu aika usein odottamaan niitä lääkärin tekemiä jatkosuunnitelmia, lääkelistan tarkistuksia aika pitkään.”

”Välillä varmaan ihan hyvin, välillä erittäin huonosti. Riippuu tietysti kotiutustilanteesta, että kotiutuspäivästä ja kellon ajasta.”

Organisaation näkökulmasta katsottuna kotiutusprosessit eivät toteudu tavoitteiden mukaisesti hoitajien kokemuksen mukaan. Hyvänä kotiutusprosessissa koettiin, jos lääkärit selvittävät kotiin lähtevien potilaiden asiat ensin ja tekevät kierrolla heille paperit valmiiksi. Kotiutushoitajasta on hyötyä kotiutuksissa, mikä helpottaa hoitajien työmäärää.

”Kyllähän siinä on paljon tapahtunut, siinä mielessä hyvään suuntaan, että on tällä hetkellä olemassa kotiutushoitaja niin kuin hoitajan apuna, että se on aika hyvin.”

Sisätautien vuodeosastolla kotiutusprosessissa tavoitteet eivät toteudu, koska hoitajat kokevat, etteivät päässeet kotiuttamaan sovittuun tavoiteaikaan, lääkäreiltä vei paljon aikaa selvittää potilaiden asiat eli kiertää potilaat ja tehdä lääkemääräyksiä potilaille. Hoitajilla oli paljon työtä kotiutukseen liittyen ja hoitajat eivät ehtineet muun työn ohessa paneutua kotiutettavien asioihin kunnolla.

”Tämä on organisaation ongelma, että kaadetaan kaikki hommat hoitajan piikkiin.”

”Ei varmaan tyydyttävästi, kun koko ajan tulee uutta ohjetta, miten pitää toimia, että saataisiin kotiutus nopeasti suoritettua, ennen yhtä potilaat ulos talosta.”

5.2 Kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet

Sisätautien vuodeosaston hoitajien työtehtäviin kuuluu kotiutettavan lääkehoidon toteuttaminen, esimerkiksi hoitaja jakaa potilaalle tarpeen vaatiessa lääkkeitä mukaan esimerkiksi muutaman päivän antibioottikuurit. Osastolta annetaan lääkkeitä potilaan mukaan, jos potilas ei pääse apteekkiin kotiutuspäivänä tai lähipäivinä, tai on kyse muutaman päivän kestävästä antibioottikuurista. Lääkkeitä annetaan myös jatkohoitopaikkoihin mukaan, jos siellä ei ole tarvittavia lääkkeitä potilaalle. Kotiutuspäivänä käydään potilaan lääkitykset läpi yhdessä potilaan kanssa, ja kerrataan kaikki ohjeet ja määräykset vielä tässä vaiheessa, esimerkiksi pistokset käydään läpi yhdessä. Jatkohoitopaikkoja myös ohjeistetaan tarpeen vaatiessa potilaan lääkehoidosta ja käydään heidän kanssaan myös potilaan lääkelista läpi.

Sisätautien vuodeosaston hoitajien tehtäviin kuuluu huolehtia potilaan perustarpeista kuten hygienia, omaisuus ja hyvinvointi. Potilaan hygienian hoitoon kuuluu suihkuttaminen tai siinä avustaminen, huolehditaan potilaan ihon kunnosta ja tarpeen vaatiessa rasvaamisesta. Potilaita avustetaan tarvittaessa pukeutumisessa ja huolehditaan, että potilas kotiutuu asianmukaisissa vaatteissa. Potilaan tavarat pakataan, huolehditaan arvotavarat mukaan ja tarkastetaan lopuksi, että hänellä on se kaikki mukana, mitä hänellä on ollut sairaalaan tullessaan. Ennen kotiinlähtöä hoitajat poistavat kanyylit ja hoitavat mahdolliset haavat.

5.3 Kotiutettavan potilaan ohjaaminen

Sisätautien vuodeosastolla potilasta ohjeistetaan terveellisempiin elämäntapoihin ja turvalliseen lääkkeenottoon. Potilaiden kanssa käydään läpi arjessa selviytymistä ja jos ongelmilanteita esiintyy, niin miten he toimivat niissä tilanteissa ja mihin ottavat yhteyttä. Potilaita ohjataan, motivoidaan ja tuetaan jatkohoitopaikkaan siirtymisessä.

Potilas saa sairaalasta paperisena versiona mukaansa lääkelistan, reseptit, epikriisin ja tulevat jatkokontrolliajat. Potilaille annetaan myös jatkohoito-ohjeet kirjallisena, jos sellaisia on saatavilla. Yleisesti potilaita ohjeistetaan ilmoittautumaan sihteerille ennen sairaalasta poistumista, koska sihteerit kirjaavat potilaan ulos ja antavat tulevat myös jatkokontrolliajat kirjallisina. Esimerkkinä päällekkäisistä toimenpiteistä on se, että samalla osastolla sekä hoitaja että sihteeri voivat antaa kirjallisena jatkokontrolliajat.

”Tässä tapauksessa tuli kerrottua terveyskeskuspaikasta ja minkä vuoksi sinne tarvitsee vielä mennä. Potilas oli kovin ymmärtäväinen ja tyytyväinen, kun pääsi lähemmäs omaa kotia.”

5.4 Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö

Yhteistyökumppanit

Sisätautien vuodeosastolla hoitajat olivat eniten yhteydessä ulkopuolisiin yhteistyökumppaneihin, kuten potilaiden omaisiin ja jatkohoitopaikkoihin. Sisäiset yhteistyökumppanit olivat pääosin kotiutushoitaja ja oma osastonlääkäri. Haastattelujen perusteella laskimme, että yhden kotiutuksen vaatima moniammatillinen yhteistyö vei noin 15 minuuttia - 1 tunti. Yhteistyö sujui pääosin hyvin, mutta jatkohoitopaikkojen resurssien puutteellisuus ja vähyys tuottivat yhteistyöhön hankaluuksia. Kiljavalle täytyi lähettää tiedot potilaasta faksilla. Hoitaja kokivat vanhentuneen teknologian hidastavan kotiuttamista, ”vaikea kommunikoida faxin kanssa.”

Kiljavan sairaala on alueellinen kuntoutussairaala. Kiljavan sairaalan omistavat Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnat: Järvenpää, Mäntsälä, Hyvinkää, Nurmijärvi ja Tuusula sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (HUS). Kiljavan sairaala sijaitsee Nurmijärvellä Sääksjärven rannalla. Keskeisenä ydintoimintana ja osaamisena Kiljavan sairaalassa on vaativa moniammatillinen kuntoutus. Osana sairaalan toimintaa on myös pitkäaikais- ja intervallihoido sekä valtionkonttorin kustantama veteraanikuntoutus. Pääasiassa potilaita tulee jatkokuntoutukseen leikkauksen jälkeen, vammautumisen tai sairastumisen vuoksi. (Kiljavan sairaala 2017.)

Työtehtävät ja niiden kartoittaminen

Sisätautien vuodeosastolla lääkärin työtehtäviin kuuluu tehdä päätös siitä, että potilas kotiutuu. Hoitajat kertoivat, että lääkärit laativat reseptit, sairaslomatoistukset, epikriisit, jatkosuunnitelmat sekä tarkastavat lääkelistat. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa yleisesti sekä antaa ohjeistukset lääkityksestä sekä jatkosuunnitelmista. Lääkäri antaa potilaalle tai hoitajalle kirjallisen materiaalin, kuten reseptit, jatkosuunnitelmat ja todistukset. Uutena toimenpiteenä lääkäreillä oli check-listan laitto potilastietojärjestelmään, kun kotiutuspäätös on tehty.

”Mä ajattelen, että etenkin jos on tullut uusia lääkkeitä, niin lääkärin olisi hyvä käydä ne potilaan kanssa läpi ja selittää minkä takia ja mihin.”

”Lääkäri päättää, että kotiutetaan ja sitten se katsoo lääkelistat ja reseptit ja kaikki jatkot sille potilaalle, tarviiko niinku jotain erikoissairaanhoidon jatkoja, vai riittääkö perusterveydenhuollon vai tarviiko jatkoja ollenkaan ja mitähän muuta.”

Sisätautien osastolla merkittäväksi hoitajan työtehtäväksi nousi esille potilaiden kotitilanteiden selvittäminen, onko kotona tukiverkosta ja millaisilla tukitoimilla potilas pärjäisi kotona. Jos potilas tarvitsi kotiapuja tai tukitoimia, hoitaja järjesti ne hänelle. Hoitajat olivat yhteydessä potilaan luvalla omaisiin ja varmistivat, että omaiset olivat tietoisia millaisessa kunnossa potilas oli kotiutushetkellä, millaisia suunnitelmia hänelle oli tehty terveyden edistämiseksi ja oliko hänelle järjestetty tukitoimia kotiin. Hoitajat kirjasivat potilastietojärjestelmään potilaan hoidosta ja sen edistymisestä ja hoitotyön yhteenvedon potilaan kotiutuessa. Uutena toimenpiteenä yhdessä solussa on käydä check listan mukaiset asiat ennen potilaan kotiutumista.

”Lääkärin on käytävä hoitajan kanssa kotiutusasiat läpi, eikä vain törkätä papereita hoitajalle, koska hoitaja ei voi tietää mitä se lääkäri on ajatellut niistä, jos niitä ei olla käyty läpi.”

Toiseksi merkittäväksi työtehtäväksi nousi esille lääkelistan ja reseptien läpikäyminen potilaiden kanssa, lääkkeiden jakaminen ja tarvittaessa niiden antaminen potilaan mukaan. Yleisimpiä hoitotoimenpiteitä olivat kanyylien ja katetriin poistaminen ja haavahoidot. Hoitajien tehtävänä oli varmistaa, että potilas oli ymmärtänyt lääkärin ohjeet ja tarvittaessa kävivät asiat uudestaan läpi potilaan kanssa ja järjestivät lääkärin määräämät jatkohoidot. Hoitajat varmistivat vielä, että potilas kotiutuu kotikuntoisena niin fyysisesti, psyykkisesti kuin henkisesti.

Sisätautien vuodeosastolla sihteerien työnkuvaan kuului varata ajat jatko- ja laboratoriotutkimuksiin. Sihteerit antoivat potilaille tutkimuksista tulosten kotiutuksen yhteydessä. He tilasivat potilaille asianmukaiset kyydit tarpeen vaatiessa kotiin tai jatkohoitopaikkoihin. Potilaan kotiutuessa sihteerit kirjasivat potilaat ulos sairaalasta. Uutena asiana yhdessä solussa oli se, että sihteerit tarkistivat onko check-listan asiat tehty ja kuittasivat sen tehdyksi osastohoidon päättyessä.

Yhteistyön sujuvuus

Sisätautien vuodeosastolla haastateltavat toivoivat kotiutuksiin enemmän suunnitelmallisuutta ja parempaa organisointia sekä ennakointia potilaan kotiuttamisiin. Esimerkkeinä haastatteluissa nousi esille, että lääkärit selvittäisivät ensin kotiin lähtevien potilaiden asiat ja hoitajat aloittaisivat kirjaamaan hoitotyön yhteenvedon aikaisemmin. Hoitajat voisivat kertoittaa potilaan elämäntilanteen, kuten millainen se on ollut ennen osastolle tuloa, koska silloin voisi ennakoida ja järjestää hyvissä ajoin potilaan tarvitsemat tukitoimet kotiin jo ennen kotiutuspäivää. Tarvittaisiin enemmän hoitajaresursseja, jotta kotiutuminen olisi tehokkaampaa.

”Tuntuu siltä, että itse en niinkään voi tehdä enää enempää, koska on paljon kiinni siitä lääkäristä milloin hän saa oman osuutensa tehtyä, niin silloin kotiutus tapahtuu nopeasti.”

”Se semmoinen suunnitelmallisuus, että asioiden miettiminen etukäteen, sit se helpottaa.”

Yhteistyö työryhmän sisäisten jäsenten kanssa kotiutusprosessissa koetaan pääsääntöisesti hyvänä ja toimivana. Huonona yhteistyössä pidettiin tietokatkoksia työryhmän välillä sekä kotiutushoitajan toimenkuvaan toivottiin muutoksia.

”Pääsääntöisesti ihan hyvin. Kotiutushoitajan toimenkuvaan en ole tyytyväinen. Sieltä saattaa tulla välillä, että hoida ite, mikä on mun mielestä väärin, koska heidät on palkattu siihen hommaan.”

”Mielestäni ihan hyvin. Välillä on jotain katkoksia ja ongelmia. Pääsääntöisesti kaikki pyrkii samaan, vaikka se välillä hajanaiselta tuntuukin.”

6 Kotiutusprosessi kirurgian vuodeosastolla

6.1 Kotiutuspäätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat

Kirurgian vuodeosastolla kotiutuspäätöksen tekee aina lääkäri. Lääkäreiden päätökseen vaikuttavat potilaan vointi, kunto, potilaan kotitilanne, lääketieteelliset perusteet, potilaan oma ja hoitajan tahto. Potilaan kivut ja haavojen tilanne tulee olla hallinnassa. Kotiuttamiseen vaikuttaa myös, miten toimenpide tai leikkaus on sujunut ja kuinka monta päivää leikkauksesta on.

Kirurgisella osastolla haastateltavat kokivat, että arkisin alkuvuikosta on helpompi kotiuttaa, mutta loppuviikkoa kohden on kiireisempää. Hoitajat kokivat, ettei kotiuttaminen eroa eri viikonpäivinä oikeastaan mitenkään heidän näkökulmasta katsottuna, mutta viikonloput koetaan vaikeammiksi kotiuttaa. Viikonloppukotiutusten haasteena on riittävien apuvälineiden saanti, päivystävän kirurgin saaminen osastolle kotiutuspäätöstä tekemään ja henkilökunnan vähyyt. Hoitajat kertoivat, että viikonloppuisin on vaikeampi järjestää haavanhoitoja potilaille kotiin.

Haastateltavat kertoivat kirjaavansa kotiutuksen yhteydessä mitä ovat potilaalle ohjeistaneet haavahoidosta, lääkähoidosta ja jatkokontrolleista, mitä toimenpiteitä ovat tehneet potilaalle kuten haavanhoito, haavan kunto, lääkelistan tarkistus, mitä potilaalle on annettu mukaan. Hoitajat kirjaavat myös millä kyydillä ja kenen kanssa potilas kotiutuu.

”Kaikki mä kirjaan ja kaikki mitä oon hänen kanssaan puhunut ja reseptit ja nää.”

”Lääkärihän kirjaa kierrolla, että potilas kotiutetaan. Me hoitajat ei kirjata siinä, mutta siis kotiuttamisesta kirjasin ihan kaiken. Mitä mä sille potilaalle puhuin ja kaiken mitä papereita annoin, kirjasin reseptit, haavanhoito-ohjeet, infektioseurantakaavakkeet, kaikki mitä papereita annoin ja mitä sitten puhuin, oikeastaan kaiken kirjasin.”

Kotiutuksen sujuvuus

Kirurgian vuodeosastolla haastateltavien mukaan viimeisin kotiutus on pääsääntöisesti sujunut suunnitelmien mukaan, eikä mitään erityistä ongelmaa esiintynyt. Yksittäisiä ongelmia koettiin olevan haavahoitojen järjestämisessä pyhäaikoina potilaan kotiin ja välillä kotiutukset olivat kovin hätäisiä.

Kotiuttamiseen vaikuttivat potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen vointi, omaiset ja jatkohoitopaikka. Kotiutusprosessin toimivuuteen vaikutti myös se, että oli annettu selkeät hoito-ohjeet kirjallisesti ja suullisesti, reseptit oli tehty ajoissa ja yhteistyö toimi mutkattomasti.

”Tämä kotiutus oli helppo, koska ymmärsi kaikki ohjeet. Mutta joskus ne eivät pysty keskittymään, muistamaton on yli 80, jotka kuitenkin lähtevät kotiin. Vaihteleva tilanne.”

”Siinä oli ehkä se, että joutu sitä haavanhoitoa järjestämään, kun oli pyhäaika, niin että missä se saadaan järjestymään.”

”Melkein kotiuttamiseen liittyy oikeastaan kaikki muu, koko se niin kun ihmisen miten perusasiat, perusarki, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, kaikki tällaiset suhteet liittyy siihen potilaan kotiutumiseen.”

Kirurgian vuodeosastolla kotiutusprosessin toimimattomuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat lääkärin, yhteistyökumppanit, kiire ja ohjeiden puuttuminen. Lääkäreiden kiireiden takia asioita jäi kesken, kierrot olivat hätäisiä ja papereita jouduttiin odottamaan. Hoitajat kokivat, että kotiuttamiseen tarvittiin selkeämpiä ohjeistuksia ja kirjallisia materiaaleja esim. leikkauksen jälkeisiä ohjeita ja tekonivelopasta. Lääkäreiltä toivottiin hoidon ennakkointia, kuten reseptien ja sairauslomatodistuksien kirjoittamista aikaisemmin, jo ennen kotiutuspäivää. Hoitajat toivoivat kotiuttamisen apuvälineeksi check-listaa ja selkeitä jatkohoito-ohjeita, kuten haavanhoito-ohjeita potilaan kunnan internetsivulle, eli kuka ja missä haavan jatkohoito järjestetään potilaan kotikunnassa.

Yhteistyökumppaneihin ei aina saada yhteyttä, ja sisäisten yhteistyökumppaneiden aikataulun sovittaminen hoitajan ja potilaan aikatauluun on haastavaa. Jatkohoitopaikkoja ei vapaudu sitä mukaa, kuin niitä tarvittaisiin ja potilaiden kyydit tulevat miten sattuvat. Huonokuntoiset, muistamattomat ja monisairaant ovat vaikeampi kotiuttaa, koska he tarvitsevat enemmän apua ja jatkohoitopaikan. Nuori ja lääkkeetön potilas on nopeampi kotiuttaa.

”Meillähän siis hoitaja pääasiassa kotiuttaa, lääkäri harvemmin kotiuttaa. Siinä on ehkä puolensa ja puolensa.”

”Varmaan aika vaihtelevaa, mä luulen, että riippuu vähän hoitajasta, kun ei ole mitään selkeitä ohjeita.”

”Mitä huonompikuntoinen ja jos on muistiongelmia tai muuta vastaavaa, niin ainahan se on haastavampaa ja pitää käydä tarkemmin ne asiat läpi ja ne pitää olla paljon tai hyvin selkeästi, pitää olla ne kaikki kirjallisesti ylhäällä ne asiat ja tosi huonokuntoiset ihmiset menevät tietenkin jatkohoitopaikkaan, niin se vaatii paljon enemmän meiltä.”

Kirurgian vuodeosastolla, potilaan näkökulmasta katsottuna, hoitajat kokivat, että kotiutusprosessi onnistuu vaihtelevasti. Kotiutus onnistui hoitajien mukaan potilaan näkökulmasta katsottuna yleisesti hyvin. Hoitajat antoivat selkeät ja ymmärrettävät kotiutusohjeet, jotka potilaan on helpompi ymmärtää ja sisäistää.

Hoitajat kokivat, että potilaiden kannalta kotiutus ei onnistu osaston kiireen vuoksi, koska silloin heille ei ehditä antaa niin kattavia ohjeita itsehoidosta suullisesti kuin he tarvitsisivat ja useimmat potilaat toivoivat, että he pääsisivät kotiutumaan jo aikaisemmin päivällä. Hoitajat kokivat myös, että joskus omaiset eivät olleet tyytyväisiä potilaiden kotiutuksiin.

”Meiltä saa ehkä maanläheisemmät ohjeet, selkeämmät ohjeet. Kun sitten taas lääkäri saattaa puhua niin, ettei välttämättä potilas kaikkea ymmärrä.”

Kirurgian vuodeosastolla organisaation näkökulmasta katsottuna hyvää kotiutusprosessissa oli ennakointi ja potilaiden nopea kotiutus. Toisaalta, noin puolet haastateltavista koki, että kotiutusprosessit toteutuivat huonosti, koska hoitajat kokivat, ettei heillä ollut selkeitä ohjeita kotiutukseen. Kotiutusprosessin sujumattomuuteen vaikutti myös se, että jatkohoitopaikkoja ei saatu selvitettyä ajoissa, osastolla oli kiire ja kotiutukset eivät toteutuneet ennen tavoiteaikaa eli klo 13.

”Kyllä täältä aika nopeasti kotiutetaan. Terveyskeskukseen yleensä otetaan aika hyvin.”

”No on se parantunut ainakin tässä neljän vuoden aikana, mitä mä oon täällä ollut, että osataan vähän ajatella jo etukäteen.”

”Organisaation kannalta haastavinta on varmaan just se kiire sekä sit se, että aina ei saada niitä jatkoja selvitettyä. Silloin kun se potilas on täältä kotiutumassa, sit ei pystytä niin kun takaamaan sitä tuleeko sille hoidolle jatkuvuutta vai ei tuu.”

6.2 Kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet

Kirurgian vuodeosastolla hoitajien työtehtäviin kuuluu lääkehoidon toteuttaminen. Hoitajat antavat potilaalle lääkeohjausta sekä ohjeistavat potilasta kipulääkkeiden otossa ja pistotekniikassa. Kirurgian vuodeosastolla hoitajien toimenpiteisiin kuului poistaa potilaalta kanyylit ja drenit, huolehtia potilaan perustarpeista kuten hygienia, avustaa potilasta esim. avannepussin vaihdossa ja rintaproteesin sovituksessa, hoitaa haavat ja ohjeistaa haavanhoidossa.

”...poistin sen kanyylin, sitten mä autoin häntä liikkeelle vessaan, autoin vähän aamupöydässä, sitten aukaisin ne sidokset sieltä jaloista ja katsoin ne kaikki...”

”...avannepussin vaihto vielä käytiin yhdessä läpi potilaan kanssa, kuinka se tapahtuu ja että osaa sen kotona tehdä...”

6.3 Kotiutettavan potilaan ohjaaminen

Kirurgian vuodeosastolla potilaita ohjeistettiin suullisesti ja kirjallisesti. Ennen leikkausta he olivat saaneet kotiin tietoa tulevasta leikkauksesta kirjallisena ja siitä, miten toimenpiteen jälkeen toimitaan. Ohjeet käytiin osastolla toimenpiteen jälkeen uudestaan läpi potilaan kanssa. Mitä sai tehdä ja mitä ei saanut tehdä toimenpiteen jälkeen, ja minne hänen kuului ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Potilaat saivat ohjeita siitä, millainen ruokavalio edistää toimenpiteen jälkeen potilaan vointia. Fysioterapeutit sekä hoitajat ohjeistivat miten ja milloin potilas voi liikkua. Potilaille kerrottiin mahdollisista vatsantoiminnan muutoksista, mustelmista, turvotuksista ja infektion merkeistä, joita voi esiintyä toimenpiteen jälkeen.

Haavanhoito-ohjeet käytiin läpi suullisesti ja annettiin potilaalle ennen kotiutumista myös kirjallisena. Haavanhoito-ohjeissa kerrottiin, että miten hänen kuului seurata haavaa ja haavan vuotoa ja milloin hakaset tai tikit poistettaisiin. Potilaat saivat ohjausta turvalliseen lääkkeenottoon, kivunhoitoon ja heille annettiin reseptit lääkkeitä. Heidän kanssaan käytiin läpi jatkosuunnitelmat ja jatkokontrollit ja he saivat niistä kirjallisen ohjeen. Potilaille annettiin erilaisia todistuksia, kaavakkeita ja lomakkeita, kuten sairauslomatodistus, taksitodistus, ja infektionseurantakaavake.

6.4 Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö

Yhteistyökumppanit

Kirurgian vuodeosastolla hoitajat olivat eniten yhteydessä sisäisiin yhteistyökumppaneihin, kuten lääkäriin ja fysioterapeuttiin. Muita sisäisiä yhteistyökumppaneita olivat syöpähoitaja, sosiaalihoitaja, diabeteshoitaja. Ulkopuoliset yhteistyökumppanit, joihin oltiin yhteydessä, olivat jatkohoitopaikka ja omaiset. Jatkohoitopaikkoja olivat terveyskeskus ja kotihoito. Haastattelujen perusteella laskimme, että yhden kotiutuksen vaatima moniammatillinen yhteistyö vei noin 15 minuuttia - 1 tuntia. Yhteistyö sujui pääosin hyvin. Hoitajat kokivat, että kotiutusta hidastaa se, että lääkärit eivät ole saatavilla, vaan muualla työtehtävissä kuten leikkaussalissa operoimassa.

Toimenkuvat ja niiden kartoittaminen

Kirurgian vuodeosastolla lääkärin työtehtäviin kuuluu tehdä päätös potilaan kotiutumisesta. Kotiuttamisessa lääkäri tekee reseptit, sairauslomatoistuksen ja kirjaa jatkohoito-ohjeet potilastietojärjestelmään. Lääkäri suunnittelee jatkohoidot ja käy pintapuolisesti asioita läpi potilaan kanssa.

”Meillähän ei kirurgit tee muuta kuin ne reseptit ja nehan ei silleen kotiuta ollenkaan, kun sisätaudeilla ne kotiuttaa ja meillä ne ei, ne lähtee leikkaamaan.”

”Lääkärin toimenkuvaan taitaa kuulua oikeestaan vaan tehdä päätös, että potilas voi kotiutua.”

Kirurgian vuodeosastolla hoitajien työtehtäviin kuului potilaiden ohjeistaminen lääkehoidossa, haavahoidossa, ravitsemuksessa, erittämisessä, liikkumisessa, infektioiden seuraamisesta ja jatkohoidoissa. Hoitajat kartoittivat potilaiden kotona pärjäämistä, kuten tarvitsivatko potilaat tukitoimia kotiin. Hoitajat olivat omaisten, sekä sisäisten että ulkopuolisten yhteistyökumppaneitten kanssa yhteistyössä. Hoitajat antoivat potilaille lääkereseptit ja tarvittaessa antoivat lääkkeitä. Hoitajien toimenpiteitä olivat kanyylin ja tipan poistaminen, haavahoidot, haavojen tarkistaminen ja ompeleiden poistaminen.

Kirurgian vuodeosastolla sihteerin työtehtäviin kuuluu matkakorvauslomakkeen tekeminen ja kyytien järjestäminen, potilaan uloskirjaaminen, jatkokontrollien ja jatkohoitosten varaaminen. Sihteerit laittoivat hoitajille kotiutukseen liittyvät paperit valmiiksi. Kotiutuspapereihin kuuluivat reseptit, haavanhoito-ohjeet, terveyskeskuksen yhteystiedot ja palautelomake.

”Heillä paljon varmasti semmoisia asioita, mitä ei ees hoitaja tiedä mitä siinä yhteydessä tekee.”

Kirurgisella osastolla hoitajien työtehtäviin kotiuttamisessa ohjeistaminen nousi merkittävämpään osaan kuin sisätautien osastolla. Sisätautien osastolla potilaiden kotitilanteen selvittäminen oli laajempaa ja tarkempaa.

Sisätautien osastolla sihteerien toimenkuvaan kuului tarkastaa, että check-listan asiat oli tehty ja kuittasivat sen. Kirurgisella osastolla ei ollut vielä haastatteluja tehdessä käytössä check-listaa. Muuten toimenkuvat olivat yhtäläiset.

Yhteistyön sujuvuus

Kirurgian vuodeosastolla haastateltavat toivoivat kotiutuksiin suunnitelmallisuutta ja ennakoitua esimerkiksi lääkäri voisi tehdä reseptit valmiiksi edellisenä päivänä, kotiutuvat potilaat hoidettaisiin ensin ja potilaan toimintakyky kartoitettaisiin heti hoitoon tullessa. Osastolle toivottiin myös check-listan käyttöä, koska siinä olisi selkeästi lääkärin ja hoitajan työnkuva kotiuttamisessa.

”En usko, että itse voisin hirveesti tehdä paremmin tai nopeammin. Kotiutuksia voisi ennakoida vähän edellisenä päivänä.”

Kirurgian vuodeosastolla yhteistyö työryhmän sisäisten jäsenten kanssa kotiutusprosessissa koettiin pääsääntöisesti hyvänä. Ongelmaksi tutkimuksessa nousi lääkäreiden vaikea tavoitettavuus ja lääkärit eivät tehneet ajallaan papereita tai kirjoittivat vääriä papereita.

”Melko hyvin, et ainoa minun mielestä ongelma on se, että lääkärit ei tee ajallaan papereita tai kirjoittaa vääriä reseptejä. Et ne on hankalasti tavoitettavissa.”

7 Kotiutusprosessi neurologisella vuodeosastolla

7.1 Kotiutus päätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat

Neurologian vuodeosastolla kotiutus päätöksen tekee aina lääkäri. Lääkäreiden päätökseen vaikuttavat potilaan terveydentila, vointi, potilaan oma tahto, omaisten tahto, kotona selviytymisen arviointi ja hoitajien arvio potilaasta. Kotiutus päätökseen vaikuttaa myös moniammatillisen kuntoutuskokouksen pohjalta tehty päätös.

Haastateltavat kertoivat, että maanantaisin kotiutukset kestivät kauemmin, koska lääkäreiden kierrot kestivät kauemmin, kun heidän täytyi lukea tarkemmin uusien potilaiden tietoja. Keskiviikkoisin kotiutuksia päästiin toteuttamaan myöhemmin, koska osastolla on aamulla moniammatillinen kuntoutuskokous. Perjantaina kotiutettiin paljon, niin että saadaan tyhjiä paikkoja viikonlopuksi. Viikonloppuna kotiutettiin harvemmin, mutta kotiutukset olivat haastavampia, koska takapäivystäjä oli niin kiireinen ja kotihoitoa oli vaikeampi saada järjestettyä viikonloppuna.

Haastattelussa tuli esille, että neurologian vuodeosastolla kotiutusprosessin edetessä useampi hoitaja kirjasi potilaan kunnon, orientaation, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen, päivittäisen hoidon tarpeesta ja elintoiminnot eli vitaalit. Esille nousivat myös yhteydenpidot yhteistyökumppaneihin ja omaisiin, sekä esitietojen ja hoitotyön yhteenvedon täyttäminen. Haastatteluissa hoitajat kokivat tärkeäksi kirjata myös lääkkeiden antamiset ja niiden jakamiset, sekä millä potilas poistuu sairaalasta ja kenen kanssa.

Kotiutuksen sujuvuus

Neurologian vuodeosastolla kotiutusprosessin toimivuuteen vaikuttavia tekijöitä oli lääkärin toimintatapa ja se, että kaikilla olisi samat yhteiset pelisäännöt, ennakointi ja tiedottaminen kaikin puolin.

”Joskus saattaa olla niin kun, jos lääkäri sattuu olemaan, joka ei ole niin kun meidän osastolla ollut niin paljon, niin ei ole selkeitä ne rajat ja ohjeet mitä kukakin tekee.”

”Paljon se on siitä, miten kuinka ymmärtäväinen potilas on ja onko hänellä minkälainen omainen siellä apuna vai onko kotihoito.”

”Se riippuu siitä mihin siirtyy, meneekö terveyskeskukseen vai Kiljavalle elikkä jatkokuntoutukseen, jolloin meidän hoitajien osuus siitä kasvaa.”

Neurologian vuodeosastolla kotiutuksen sujuvuuteen vaikuttivat potilaan omaiset. Omaisille oli ensiarvoisen tärkeää antaa ohjeet ja neuvot potilaan hoidosta. Ohjeet annettiin omaiselle samalla, kun he tulevat hakemaan potilasta kotiin. Omaisten aikataulut eivät menneet osaston aikataulujen mukaisesti ja se toi haasteita. Sujuvuuteen vaikutti myös, onko kotiuttamassa osaston oma lääkäri vai joku toinen, jolle ei ole osaston käytännöt tuttuja. Silloin haasteena olivat selkeät rajat ja ohjeet siitä, mitä kukin tekee.

Kotiutusprosessin toimimattomuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat jatkohoitopaikka, omaiset, potilas, lääkäri ja ajan puute. Hoitajat kokivat heidän työmääränsä kasvavan, kun potilas siirretään Kiljavalle. Työmäärää lisäsi raportointien määrä eri tavoilla mm. suullinen raportointi ja papereiden lähettäminen. Jos potilas oli muistamaton, monisairas, sekava ja hänellä oli puheen, liikkumisen ja asioiden ymmärtämisen kannalta haasteita, silloin se vaikuttaa potilaan turvalliseen kotiutumiseen. Koettiin myös haasteena, että ajanpuutteen vuoksi ei ehditä käymään tarkasti lääkärin ohjeita potilaille läpi.

”Se siirtyminen sinne Kiljavalle varsinaisesti sujuu hyvin, mutta se kaikki paperirumba siinä Kiljavan ja meidän välillä, niin se on aikaa vievää.”

”Enemmän sitä ,kun kotisairaanhoidon kanssa asioi, niin se vie aikaa.”

Haastateltavat kokivat, että kotiutuksissa tulee paljon päällekkäisyyksiä ja kertauksia. Hoitajien mielestä, jos kaikki terveydenhuollon palvelut olisivat samassa potilastietojärjestelmässä, niin asiat helpottaisivat huomattavasti.

”Kotiutuksessa tulee paljon päällekkäisyyksiä ja kertauksia. Mun mielestä sen pitäisi tulla lyhyemmäksi ja ytimekkäämmäksi.”

”Ei mitään olisi voinut tehdä toisin.”

Neurologian osastolla nousi voimakkaasti esiin omaisten tarpeet ja huomiointi. Potilaan koti-olot ja toimintakyky ja apuvälineiden tarve ovat myös isossa roolissa kotiuttamisessa. Kuljetukset eivät tule aina sovittuun aikaan hakemaan potilasta jatkohoitopaikkaan ja se hankaloittaa kotiuttamista.

”Omainen sanoi, ettei ole kotikuntoinen, saa tietysti lääkärin kanssa keskustella siitä mikä on sitten tulos, joskus on ollut että on päivän pari lisää.”

Potilaan näkökulmasta katsottuna kotiutusprosessi onnistui suurimmaksi osaksi hyvin neurologian vuodeosastolla. Yksi hoitajista koki, että omaiset eivät aina ole tyytyväisiä. Organisaation näkökulmasta katsottuna kotiutusprosessi onnistui hyvin. Potilaat kotiutuivat nopeasti ja pääsivät jatkohoitopaikkaan helposti. Yksi hoitajista oli sitä mieltä, etteivät kotiutukset toteutuneet organisaation asettamaan tavoiteaikaan ennen kello 13.

”Mä luulen, että potilaat kokee täällä sen aika hyväksi, mutta sitten niille saattaa tulla siellä kotona jotain epäselvyyksiä siitä huolimatta.”

”Tietysti omaiset on semmoinen oma casensa, vaikka potilas on tyytyväinen, mutta omaiset eivät ole tyytyväisiä.”

”Kyllä täältä aika nopeesti kotiutetaan. Terveyskeskukseenkin yleensä otetaan aika hyvin.”

7.2 Kotiutukseen liittyvät lääkehoidot ja toimenpiteet

Neurologian vuodeosastolla hoitajien toimenpiteisiin ja lääkehoidon toteuttamiseen kuului huolehtia potilaan perushoidosta, avustaa potilaita pukeutumaan, peseytymään sekä pakkaamaan tavaroita kotiutuksessa. Yksi hoitaja mainitsi erikseen lepovyöpotilaan vieroittamisen lepovöistä ennen jatkohoitopaikkaan siirtymistä. Potilaiden luona kävi ennen siirtoa fysioterapeutti. Puolet haastateltavista eivät kokeneet tekevänsä mitään toimenpiteitä kotiutuksen yhteydessä. Potilaille annettiin ja jaettiin tarvittaessa lääkkeitä mukaan kotiin sekä jatkohoitopaikkoihin. Heitä ohjeistettiin lääkehoidossa sekä neuvottiin heitä pistämään omatoimisesti.

Lepositeet olivat potilaan turvallisuussyistä käytettäviä sidoksia, joilla potilasta pystyttiin tarvittaessa rajoittamaan lääkärin luvalla. Sidontajärjestelmän osien pitää olla asianmukaisia, terveydenhuollon laitteille ja tarvikkeille annettujen vaatimusten tasoisia. Potilas voidaan

kiinnittää vuoteeseen vyötäröstä, ranteista ja nilkoista. Kiinnitys vaihtelee potilaan tilan mukaan, pyritään kuitenkin välttämään sitomista. Sidottua potilasta tulee valvoa. (Vaula & Henriksson 2015.)

7.3 Kotiutettavan potilaan ohjaaminen

Neurologian vuodeosastolla potilaita ohjattiin, motivoitiin ja tuettiin jatkohoitopaikkaan siirtymisessä. Myös omaisia ohjattiin kotiinlähtötilanteessa. Potilaille kerrottiin miksi on ollut sairaalassa, minkä takia kotiutuu, mitä tulee jatkossa, tuleeko jatkotutkimuksia, mihin voi ottaa yhteyttä ongelmatapauksessa. Potilaalle annettiin kotiin lähtiessä kotilääkekortti sekä Kiljavan sairaalasta esitteet tarvittaessa.

”Hyvin vähän siihen otin kantaa, koska meillä meidän ylilääkäri kotiuttaa kierrolla ja antaa hyvät ohjeistukset. ”

”Käytiin lääkkeet läpi, jos tulee vaivoja tai oireita pyysin ottamaan yhteyttä omaan lääkäriin tai päivystykseen.”

7.4 Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö

Yhteistyökumppanit

Neurologian vuodeosastolla eniten hoitajat ovat olleet yhteydessä ulkopuolisiin yhteistyökumppaneihin ja omaisiin. Sisäiset yhteistyökumppanit olivat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti ja sihteeri. Haastattelujen perusteella laskimme, että yhden kotiutuksen vaatima moniammatillinen yhteistyö vie noin 15 minuuttia - 3 tuntia. Yhteistyötä hankaloitti hoitajien mielestä jatkohoitopaikan yhteyshenkilön tavoittaminen ja erityisesti yhteistyö Kiljavan kanssa koettiin myös suuritöisenä kotiutusprosessissa.

”Useampi päivä, jos ajatellaan sitä varsinaisena siirtopäivänä ei, mutta jos lähetään edellisenä päivänä jo niin, se on se soitto ja sitten ne meidän paperiosuus plus sitten muutama päivä sitä ennen.”

”Eliikkä jos nyt pitää mieltii tunteeko sen potilaan vai ei, jos sä joudut sieltä teksteistä, hoitopäivästä kaikki ne etsiä tiedot, jotta sä saat tehty sen hyvän hoin, informatiivisen hoin, niin viehän se enempi aikaa kun se että olet hoitanut muutamia päiviä, tunnet jo kaikki liikumiset ja orientaatiot.”

Toimenkuvat ja niiden kartoittaminen

Neurologian osastolla lääkärin työtehtäviin kuului kotiuttamisessa tehdä reseptit, ohjata potilaita lääkehoidossa ja käydä läpi potilaan kanssa lääkelistan muutokset. Lääkäri antoi myös potilaalle kotihoito-ohjeet, rajoitukset ja ohjeisti ja antoi potilaille jatkohoito-ohjeet. Haastateltavat kokivat, että osaston omalääkäri kotiuttaa potilaat itsenäisesti, kun taas vieraampi lääkäri antaa vastuuta kotiuttamisesta enemmän hoitajille.

”Niin kuin sanoin, riippuu lääkäristä, otetaanko mekin koppia.”

”Minun mielestäni lääkärin toimenkuvaan kuuluu käydä aina lääkkeet läpi, käydä niiden vaikutuksia ja ohjeet antaa potilaalle ja sitten hänelle kuuluu myös antaa kotihoito-ohjeet.”

”Meillä lääkäri käy aina juttelemassa potilaan kanssa ja kotiuttaa ja antaa sitten yleensä nämä kaikki paperit, siis antaa reseptit ja antaa jotain jatkoja jos on,”

Neurologian osastolla hoitajan työtehtäviin kuului arvioida potilaan pärjäämistä kotona, riittäisikö hänelle olemassa olevat kotiavut ja oliko turvallista potilaan kotiutua. Hoitajan tuli selvittää, kuka huolehtii potilaan lääkehoidosta ja huolehtii hänen käytännön asioistaan kotona. Hoitajat selvittivät kuljetustarpeen, millä ja milloin ja kenen kanssa potilas kotiutui sairaalasta. Lisäksi hoitaja huolehtii, että kotona ollaan vastaanottamassa potilasta oikeana aikana. Hoitajat varmistivat, että potilas on ymmärtänyt lääkärin antamat ohjeet ja tarpeen vaatiessa kävivät ohjeet uudelleen läpi. Hoitajat kirjasivat hoitotyön yhteenvedon potilastietojärjestelmään potilaan kotiutuessa.

”No just tietysti kattoo se, että minkälaisiin oloihin, pärjääkö ylipäättään kotona, onko kehtään siellä auttamassa, jos ei oo niin pärjääkö yksin kotona, tarviiko sitten hommata apuja.”

Neurologian osastolla sihteerien työtehtäviin kuului tilata potilaille sopiva kyyti kotiin tai jatkohoitopaikkoihin, kirjata potilaat ulos, varata aikoja jatkotutkimuksiin ja laboratoriokäynneille. Sihteerit antoivat potilaalle tutkimuksista tulosten kotiutuksen yhteydessä ja lähettivät faksilla tarvittaessa potilaan paperit jatkohoitopaikkaan.

Yhteistyön sujuvuus

Neurologian vuodeosastolla haastateltavat kokivat kotiutuksen katkonaiseksi, koska kotiutus tapahtui muiden töiden lomassa. Kotiuttamiseen olisi hyvä käyttää aikaa, olla huolellinen potilaan asioita järjestettäessä, niin että potilaan asiat olisivat kunnossa, kun hän menee kotiin. Se voi olla ajoittain haasteellista, koska yhdellä hoitajalla voi olla useampia potilaita, jotka tarvitsevat intensiivistä huolenpitoa. Siksi olisi hyvä tehdä mahdollisimman paljon ennakkoon

potilaan kotiutumisen hyväksi. Haastateltujen hoitajien mielestä sisäiseen tiedottamiseen voitaisiin panostaa. Potilaan kotitilanteen voisi kartoittaa tarkemmin ja hyvissä ajoin. Yksi hoitaja koki, että jos osaston omalääkäri kotiuttaa, niin se on tehokasta ja ei ole mitään muuttamisen tarvetta. Haastateltavat kokivat, että yhteistyö sujuu osaston sisäisen jäsenten kanssa tosi hyvin.

”Mä en oikeen tiedä miten henkilökohtaisesti sitä parantaa tai nopeuttaa, kun mä en välttämättä niin kuin sillain ite organiso, ehkä semmoinen tiedottaminen kaikin puolin ja sitten varmaan noi jos mietitään siten niitä siirto, että potilas siirtyy johonkin toiseen hoitolaitokseen et jos niitä pystyy ennakoimaan.”

8 Eri osastojen kotiuttamiskäytänteiden yhteenveto ja vertailu

Tutkimuksen tuloksena löytyi paljon yhtäläisyyksiä ja eroja osastojen kotiuttamisprosessissa. Tutkimuksessa kävi ilmi joitakin eroavaisuuksia, jotka erottuivat selkeästi osastojen välisissä kotiuttamisprosesseissa. Tässä tutkimuksessa esille tulleita eroja on esitelty muutamia, mutta emme ole tehneet laajempaa eroavaisuuksien analyysia. Tutkimuksessa tuli myös ilmi osastojen vahvuuksia sekä heikkouksia joita on tuotu myös esille tässä luvussa.

Vahvuudet

Sisätautien vuodeosastolla vahvuudeksi ilmeni kotiutushoitajan apu kotiutuksissa ja lääkäreiden osallistuminen aktiivisesti potilaan hoitoihin. Kirurgian vuodeosastolla vahvuudeksi koettiin monipuolisemmat ohjeet sairauksien hoitoon. Neurologian vuodeosastolla ilmeni vahvuudeksi moniammatillinen tiimi ja osaston oma lääkäri, joka osallistuu aktiivisesti kotiutusprosessiin.

Heikkoudet

Sisätautien ja kirurgian vuodeosastolla heikkouksia oli henkilökunnan vähyys kotiuttamaan monisairaita potilaita, jotka vaativat laajempaa selvitystä onnistuneeseen kotiuttamiseen. Neurologian osastolla koettiin heikkoudeksi laajat raportoinnit jatkohoitopaikkoihin ja omisille, koska päällekkäiset raportoinnit vievät työajasta paljon aikaa. Ennakoinin ja kommunikoinnin puute ilmeni jokaisella osastolla hyvin vahvasti hoitohenkilökunnan välillä. Näyttää siltä, että Hyvinkään sairaalassa sairaanhoitajan ja lähihoitajan/perushoitajan tehtävänkuvauksia ei ole tarkkaan määritelty kotiutusprosessissa, jolloin tehtävänkuvaukset ja sitä kautta kotiutusvastuut vaihtelevat osastoittain.

Kotiutus päätös ja kotiutukseen vaikuttavat asiat

Haastattelujen perusteella lääkärin kotiutus päätökseen vaikuttaa kirurgisella osastolla leikkaukseen liittyvät asiat, kun taas sisätautien osastolla otetaan enemmän huomioon potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Neurologian osastolla toimii moniammatillinen kuntoutuskokoustiimi, joka on mukana potilaan kotiutusprosessissa tekemässä päätöksiä ja suunnitelmia potilaan kotiuttamisessa. Tällaista moniammatillista kuntoutustiimiä ei ole sisätautien tai kirurgian osastoilla.

Kirurgisella osastolla kirjaamisvaiheessa haastattelussa kukaan ei maininnut jatkohoitoa tai omaisten kanssa tehtyä yhteistyötä verrattuna sisätautien ja neurologian osastoon. Sisätauti-osastolla tuli esille vahvasti potilaan asioiden ja kotitilanteen selvittäminen ennakkoon. Kirurgisella osastolla taas toivottiin enemmän ennakoitua lääkäreiden toimintaan. Kirurgisella osastolla haastateltavat kokivat, että sisätautien osastolla lääkärit osallistuivat enemmän potilaan hoitoon. Neurologisella osastolla kotiutustilanteen sujuvuus arvioitiin heikommaksi kuin sisätautisella ja kirurgisella osastolla. Neurologiselta osastolta kotiuttamiseen liittyy useammin jatkohoitopaikka ja siksi kotiuttamiset ovat laajempia ja haastavampia.

Kotiutukseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö

Kirurgisella osastolla oltiin enemmän yhteydessä sisäisiin yhteistyökumppaneihin. Sisätautien ja neurologian osastoilla oltiin eniten yhteydessä ulkopuolisiin yhteistyökumppaneihin. Kirurgisella osastolla haastateltavat kokivat, että sisätautien osastolla lääkärit osallistuivat enemmän potilaan hoitoon. Kirurgisella osastolla hoitajien työtehtäviin kotiuttamisessa ohjeistaminen nousi merkittävämpään osaan kuin sisätautien osastolla. Sisätautien ja neurologian osastolla potilaiden kotitilanteen selvittäminen oli laajempaa ja tarkempaa.

Sihteerien työtehtävät eivät juurikaan eronneet sisätautien, kirurgian ja neurologian osastoilla. Erona ilmeni, että sisätautien osastolla sihteerien työtehtäviin kuului tarkastaa, että check-listan asiat oli tehty ja sihteerit kuittasivat listan. Kirurgian ja neurologian osastolla ei vielä ollut haastatteluja tehdessä käytössä check-listaa. Muuten toimenkuvat olivat yhtäläiset.

9 Pohdinta

Meidän opinnäytetyömme tavoitteena oli kartoittaa Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian osastojen kotiuttamisprosessit. Tavoitteena oli haastatella kaikilta osastoilta yhteensä n.36 hoitajaa. Tarkoituksena oli haastatella sairaanhoitajia ja lähihoitajia/perushoitajia. Haastattelut oli tarkoitus tehdä vuonna 2016 loppuvuodesta. Tutkimuslupa kesti odotettua kauemmin ja pääsimme haastattelemaan vasta tammikuussa 2017.

Tavoiteltu määrä haastatteluja ei toteutunut, koska osastoiden kiire vaikutti siihen, ettei hoitajilla ollut mahdollisuuksia päästä haastateltavaksi, mutta toisaalta saimme tarvitsemamme tiedon tällä määrällä haastatteluja. Haastateltavien vastaukset olivat hyvin samankaltaisia ja sen vuoksi päätimme supistaa haastattelujen määrää 25 hoitajaan. Haastatteluja kertyi litteoituna 60 sivua A4, pelkistettyjä ilmaisuja 29 sivua A4 ja klusteroituja 46 sivua A4. Eli yhteensä materiaalia kertyi meille 135 sivua A4. Haastatteluita tehdessämme havaitsimme, että haastattelulomakkeen kysymykset olivat liian paljon samantyyllisiä ja haasteeksi muodostui myös kysymysten luokittelu viimeisimmästä kotiutuksesta ja kotiutuksesta yleensä, koska useampi hoitaja ei muistanut edellistä kotiutusprosessiaan. Tutkimuksessa jäimme miettimään, kuinka monta kotiutusta tulee yhdelle hoitajalle viikossa, koska monelle oli haastavaa muistaa edellistä kotiuttamistaan.

Analysointia tehdessämme teemoittelimme tulokset ja yhdistimme joitakin kysymyksiä, koska vastaukset olivat niin samankaltaisia ja käsitelivät samaa asiaa. Analysoinnissa haasteena oli löytää vastauksia kysymyksiin, koska aina haastateltava ei suoranaisesti vastannut annettuun kysymykseen. Haastateltavat saattoivat vastata myös kerralla useampaan kysymykseen, tai sitten eivät ymmärtäneet annettuja kysymyksiä ollenkaan. Hoitajille oli vaikea aukaista kysymyksiä, ilman että olisi johdatellut heitä vastauksiin. Neurologian osastolla haasteeksi tuli perushoitajien kokemus siitä, ettei heidän työkuvaansa kuulu potilaan kotiuttamisprosessi. Haastattelimme kuitenkin puolet neurologian osastolta perushoitajia. Vastaukset olivat ennemminkin hoitajien mielipiteitä, kuin heidän työnkuvastaan kertomista.

Opinnäytetyössämme onnistuimme saamaan laajaa tietoa hoitajien kokemuksista, näkemyksistä ja heidän tuntemuksistaan. Onnistuimme luomaan haastateltaville rauhallisen haastattelutilanteen, vaikka heillä oli kiireisiä työpäiviä haastattelupäivinä. Osasimme aukaista kysymyksiä heille, ilman että olisimme johdatelleet heitä vastauksien antamisessa.

Opinnäytetyöstämme nousseita vastauksia voidaan hyödyntää, kun osastoja aletaan yhtenäistää ja tekemään yhteistyötä tiiviimmin osastojen välillä. Tuloksia voidaan myös hyödyntää, jos halutaan kehittää yhteistyötä eri ammattikuntien välillä. Tämän opinnäytetyön pohjalta on hyvä jatkaa jatkokehittämistä tämän asian suhteen tekemällä säännöllistä tutkimusta miten muutetut toimenpiteet kotiuttamisen yhtenäistämässä toimii hoitohenkilökunnan mielestä käytännössä. Tätä opinnäytetyötä voidaan käyttää pohjana sekä vertailuna siihen, kokevatko hoitohenkilökunta muutokset helpottavana vai työtä lisäävinä muutoksina kotiutuksissa.

Sisätautien osastolla työskentelee kotiutushoitaja, joka käy kartoittamassa jokaisen yli 75-vuotiaan osastolle tullessa. Kehittämisehdotuksena mietimme, miksi kotiutushoitaja ei voisi käydä myös nuorempien potilaiden luona kartoittamassa heidän tarpeitaan. Tämä auttaisi myös hoitajia ja potilaita jatkohoidon suunnitteluissa sekä kotiin tarvittavien apuvälineiden

hankinnoissa. Kehittämisehdotuksena kirurgiselle osastolle olisi hyvä saada yksi lääkäri tai-kandi kokopäiväisesti hoitamaan akuutteja asioita ja kotiuttamisia. Silloin ei hoitajien eikä potilaiden tarvitsisi odottaa leikkaamassa olevien lääkäreiden aikatauluja ja lääkärit voisivat tehdä työnsä rauhallisemmin, ilman että heidän tarvitsisi vastata kesken leikkauksien puheli-meen kotiutusasioissa. Neurologian osastolla voitaisiin antaa enemmän vastuuta lähihoitajille ja perushoitajille kotiuttamisprosessissa. Neurologian osastolle olisi hyvä saada check-lista, jonka mukaan jokaiselle määräytyy omat työtehtävät kotiutukseen liittyen.

Jokaisella osastolla, mutta erityisesti sisätautien ja kirurgian osastoilla, ilmeni, ettei tiedon kulku ollut kovin hyvää lääkärin ja hoitajien kesken. Hoitajat toivoivat avoimempaa keskus-telua lääkäreiden kanssa potilaiden asioista ja hoitosuunnitelmista. Jokaiselle osastolle toi-vottiin selkeitä kotiuttamisohjeita ja/tai tarkastuslistaa, mutta tähän asiaan varmasti auttaa check-lista, jota on jo alettu käyttää osittain osastoilla. Mietimme olisiko mahdollista aloittaa potilaan kotitilanteen selvittäminen jo päivystykseen tullessa? Osastoilla koettiin haasteel-liseksi selvittää samaan aikaan potilaan akuuttivaivoja ja kotitilanteita.

Lähteet

Kirjalliset lähteet

Ahonen, H. 1997. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Tampere; Tammer- Paino

Hirsijärvi, S & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki; Yliopistopaino.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa; WSOY

Isoherranen, K.; Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä- moniammatillinen yhteistyö. Helsinki; WSOY

Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä; Suomen yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki; Sanoma Pro Oy

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sive, T. & Välimäki, P. 2004. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Porvoo; WS Bookwell Oy

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tampere: Juvenes print- Suomen Yliopistopaino Oy.

Mixon, A., Goggins, K., Bell, S., Vasilevskis, E., Nwosu, S., Schildcrout, J. & Kripalani, S. 2016. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. Journal of Hospital Medicine. Sep; 11(9):603-9

Nieminen, A., Parkkinen, K., Louekoski-Huttunen, T., Malin, A., Rontu, P. & Pammo, O. 2002. Kotiutusprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Ojala, T. & Uutela, A. 1993. Rakentava vuorovaikutus. Porvoo; WSOY

Perälä, M-L & Hammer, T. 2003. PALKOmalli. Palveluja yhteensovittava kotiuttaminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes. Aiheita 29/2003. Stakesin monistamo. Helsinki.

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

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus.

Projektityö

Tapanainen, H. 2017. Keskijohdon koulutus, projektityö. Vuodeosastolta kotiutuminen sujuvammaksi työnjaon ja toimintatapojen kehittämällä. HUS Hyvinkään sairaala, Medisiininen tulostusyksikkö.

Sähköiset lähteet

Gedike, J & Lappalainen, M-R 2014. Sairaanhoidtajien kokemuksia kotiuttamisesta Haartmanin sairaalan päivystysalueelta. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Otaniemi. Viitattu

13.6.2017. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80402/OpinnaytetyoPDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Goncalves-Bradley, D., Lannin, N., Clemson, L., Cameron, I. & Shepperd, S. 2016. Discharge planning from hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1. Art. No.: CD000313. Viitattu 14.3.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub5/full>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa -kotihoitoon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 12.6.2017. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>

Hyvinkään sairaanhoitoalue 2016. HUS. Viitattu 12.11.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyvinkaa/Sivut/default.aspx>

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 12.6.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>

Katsauksen tekijöille. 2017. Cochrane Finland. Viitattu 4.6.2017. <http://finland.cochrane.org/fi/katsauksen-tekij%C3%B6ille>

Kiljavan sairaala 2017. Viitattu 18.4.2017. www.kiljavansairaala.fi

Kirurgian vuodeosasto 2016. Viitattu 30.10.2016 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/kirurgian-vuodeosasto/Sivut/default.aspx>

Koponen, L 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Väitöskirja. Tampere; Tampereen yliopisto. Viitattu 14.6.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1>

Kotiinlähtö 2016. Viitattu 30.10.2016 <http://www.hus.fi/potilaalle/hoidossa/kotiinlahto/Sivut/default.aspx>

Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lämsä, R 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Viitattu 3.2.2017. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104408>

Mitä on toimintakyky? 2016. THL. Viitattu 4.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Neurologian osasto 6 ja Hengityshalvauksyksikkö (HHA) 2016. Viitattu 30.10.2016 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/neurologian-osasto-6-ja-hengityshalvauksyksikko/Sivut/default.aspx>

Nopea siirto jatkohoitoon ei paranna vanhusten hoidon tuloksia 2007. Stakes. Viitattu 12.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=9825&iprint=2&p_hakusana=

Sairaanhoitaja 2017. TE-palvelut. Viitattu 21.4.2017. http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/217_ammatti

Sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosasto 2016. Viitattu 30.10.2016

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/sisatautien-ja-keuhkosairauksien-vuodeosasto/Sivut/default.aspx>

Tutkimuseettiset ohjeet 2017. Viitattu 27.5.2017. <https://staff.jyu.fi/Members/matu-kuiv/Tietosuoja/Tutkimuseettiikka/?searchterm=eettiset%2520ohjeet>

Vaula, E & Henriksson, M 2015. Toiminta jouduttaessa rajoittamaan potilaan oikeuksia somaattisessa hoidossa. Akuuttihoito-opas. Viitattu 4.5.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01321&p_haku=potilaan%20sitominen

Suulliset lähteet

Sipilä, R. 2017. Kotiutushoitajat tehtävänkuvaus.

Liitteet

Liite 1: Potilaan kotiutusprosessi	45
--	----

Liite 1: Potilaan kotiutusprosessi

Viikonpäivä_____ Osasto____ Sairaanhoitaja____
Kellonaika__:_:___ Solu_____ Lähihoitaja____
Työvuoro_____ Lääkäri____
Erikoistuva lääkäri____
Seniorilääkäri____

Kysymme sinulta kysymyksiä, jotka liittyvät potilaan kotiuttamiseen.

KOTIUTUSPÄÄTÖS JA KOTIUTUKSEEN VAIKUTTAVAT ASIAT

Mitkä tekijät vaikuttivat kotiutuspäätökseen?

- omaiset, kotitilanne, muu terveydentila, muut hoitajat, lääkäri

Miten kotiutus eroaa eri viikonpäivinä?

Mitä kirjasit potilastietojärjestelmään?

- vointi, lääkkeet, ohjeistus, toimenpiteet

Miten kotiutustilanne sujui? Arvosana 1-5

- Oliko tässä kotiutuksessa jotain erityistä?

Mitä tässä viimeisimmässä kotiutuksessa olisi voitu tehdä toisin? Ja miksi?

Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että kotiuttamisprosessi ei toiminut tai toimi sujuvasti?

Vaikuttaako kotiuttamiseen usein jokin muu asia?

- kotitilanne, omaiset, jatkohoito

Miten ”potilasmateriaali” vaikuttaa kotiutusprosessiin ja millä tavalla?

Miten kotiutusprosessi onnistuu tällä hetkellä potilaan näkökulmasta katsottuna? Arvosana 1-5

Miten kotiutusprosessi onnistuu tällä hetkellä organisaation näkökulmasta katsottuna? Arvosana 1-5

KOTIUTUKSEEN LIITTYVÄT LÄÄKEHOIDOT JA TOIMENPITEET

Minkälaista lääkehoitoa toteutit kotiinlähtötilanteessa? (lääkkeiden jakaminen, pistosopetus, marevan ohjeistus ja annostus, reseptit)

Minkälaisia toimenpiteitä teit potilaalle? (haavahoito, perushoito, kanyylin poisto jne.)

KOTIUTETTAVAN POTILAAN OHJAAMINEN

Miten ohjeistit potilasta kotiinlähtötilanteessa?

- liikunta, ravitsemus, lääkehoito

Mitä lomakkeita, ohjevihkosia tai muuta materiaalia annoit potilaalle?

KOTIUTUKSEEN LIITTYVÄ MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Mihin sisäisiin ja ulkopuolisiin yhteistyökumppaneihin olit yhteydessä tähän kotiutukseen liittyen? fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykiatrinen hoitaja, sosiaalihoitaja, kotiutushoitaja, tk-osasto, kotihoito, omaiset

- Kuinka paljon yhteistyökumppanit veivät aikaasi? (tk-osasto, kotihoito, omaiset)

Miten yhteistyö sujui? Arvosana 1-5

Mitä kuuluu lääkärin toimenkuvaan kotiuttamisessa?

Mitä kuuluu hoitajan toimenkuvaan kotiuttamisessa?

Mitä kuuluu sihteerin toimenkuvaan kotiuttamisessa?

Mitä asioita/ toimenpiteitä voisit tehdä toisin että kotiuminen olisi tehokkaampaa ja sujuisi paremmin/nopeammin?

Lääkärit:

- Mitä asioita/toimenpiteitä voisit antaa hoitajien tehtäväksi tehostaksesi kotiutumista?

Hoitaja:

- Mitä asioita/toimenpiteitä voisit tehdä enemmän? Miksi?

Miten yhteistyö sujuu työryhmän/osaston sisäisten jäsenten kanssa kotiutusprosessissa? Arvosana 1-5

Arvosana: tyydyttävä 0-1, hyvä 2-3, kiitettävä 4-5