

Laura Määttä

Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen potilaiden kotiutuksissa sairaalasta

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja ylempi AMK

Kajaanin

ammattikorkeakoulu

Kevät 2023



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Määttä Laura

Työn nimi: Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen potilaiden kotiutuksissa sairaalasta.

Tutkintonimike: sairaanhoitaja ylempi (AMK), sosiaali- ja terveystieteiden koulutus

Asiasanat: kotiutus, osaamisen kehittäminen, moniammatillisuus

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan kotiutusosaamista Kainuun hyvinvointialueella keskussairaalassa. Metodologiaksi valikoitui toimintatutkimus, koska se on käytännön toiminnan kehittämistä. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen syklien mukaisesti.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto hoitohenkilökunnan kotiutusosaamisesta. Tutkimuskysymys oli, mitä osaamista hoitohenkilökunta tarvitsee potilaiden kotiutuksissa? Kartoitus toteutettiin kirjallisuuskatsauksen avulla Finna ja Cinahl tietokannoista. Hyväksytyksi katsaukseen tuli 12 tutkimusta, jotka analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tulokseksi muodostuneet yläluokat olivat ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen, viestintä osaaminen, moniammatillinen toiminta ja kotiutuskokonaisuuden hallinta.

Toisen syklin tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen nykytilaa ja kotiutuksen haasteita Kainuun keskussairaalassa. Kehittämiskysymys oli mitä haasteita potilaiden kotiutuksiin liittyy? Kartoitus toteutettiin Kainuun hyvinvointialueen työntekijöistä koostuneella projektiryhmän ryhmähaastattelulla. Haastattelun teemat nousivat ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksen tuloksista. Haastattelun aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tulokseksi muodostuneet yläluokat eli haasteet olivat ohjaus ja hoidontarpeen arviointi, viestintä, yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi sekä jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma sekä sen pilotointi soveltuvin osin. Aineiston hankintamenetelmänä hyödynnettiin soveltaen 6-3-5 menetelmää. Kolmannen syklin kehittämiskysymys oli miten henkilökunnan kotiutusosaamista kehitetään? Tulokseksi muodostui henkilöstön koulutus, henkilöstön perehdytys, yhteisten toimintaohjeiden laatiminen, yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa sekä henkilöstön välinen yhteistyö. Kolmannessa syklissä laadittiin lisäksi kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma ja pilotoitiin sitä soveltuvin osin. Pilotoinnissa laadittiin moniammatillisen kotiutuksen työohje. Työyhteisössä hoitohenkilökunta arvioi työohjetta SWOT-analyysin avulla.

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata suunnitelma kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönotosta. Kehittämiskysymys oli kuinka kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma implementoidaan käytäntöön? Käyttöönottoprosessi on kuvattu IOWA-mallin mukaisesti. Sitä hyödyntämällä voidaan kehittämissuunnitelman mukainen toiminta vakiinnuttaa osaksi hoitohenkilöstön pysyviä kotiutuskäytäntöjä. Kehittämissuunnitelman käyttöönotolla voidaan edistää yhtenäisiä käytäntöjä potilaiden kotiutuksissa ja kehittää henkilöstön kotiutusosaamista.

Opinnäytetyön tavoitteeseen vastattiin laatimalla kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma, joka otetaan käyttöön hoitohenkilökunnan kotiutusosaamisen kehittämiseksi. Opinnäytetyön perusteella voidaan johtopäätöksinä todeta, että kotiutukset vaativat hoitohenkilökunnalta laaja-alaista osaamista. Potilaiden kotiutuksissa tulisi hyödyntää moniammatillista yhteistyötä sekä yhtenäisiä toimintatapoja kotiutusten tueksi. Potilaiden kotiutusten suunnittelu tulisi aloittaa heti hoitajakson alussa ja potilaiden osallisuutta kotiutusprosessissa tulisi lisätä.

Abstract

Author(s): Määttä Laura

Title of the Publication: Developing the competence of the nursing staff in discharging patients from the hospital.

Degree Title: Master of Health care

Keywords: discharge, competence development, multiprofessional

The objective of the thesis was to develop the discharge competence of the nursing staff in the central hospital of the Kainuu welfare area. Action research was chosen as a methodology because it develops practical activities. The thesis was carried out in accordance with the cycles of action research.

The purpose of the first cycle was to map previous research information of the nursing staff's discharge competence. The research question was, what skills do the nursing staff need when they discharge patients? The mapping was carried out using a literature review from the Finna and Cinahl databases. 12 studies were accepted for the review, which were analyzed by inductive content analysis. The upper categories that were formed as a result were guidance skills and survival support, communication skills, multi-professional activities and management of the patient discharge as a whole.

The purpose of the second cycle was to describe the current state of the nursing staff's discharge expertise and the challenges of discharge in Kainuu central hospital. The development question was what challenges are associated with discharging patients? The survey was carried out with a group interview of the project group consisting of employees of the Kainuu welfare area. The themes of the interview emerged from the results of the literature review on the first cycle. The interview material was processed with inductive content analysis. The resulting upper categories, or challenges, were guidance and assessment of the need for care, communication, cooperation and coordination of discharge as well as planning and implementation of follow-up care.

The purpose of the third cycle was to describe the development plan of discharge competence and the pilot test it in applicable parts. The 6-3-5 method was used as the data acquisition method. The development question of the third cycle was how to develop the staff's discharge skills? The result was staff training, staff orientation, the preparation of common operating instructions, cooperation with patients and their relatives, and cooperation between staff. In the third cycle development plan of discharge skills was also drawn up and pilot tested where applicable. In the pilot work instructions for multiprofessional discharge were drawn up. In the work community the nursing staff evaluated the work instructions using a SWOT analysis.

The purpose of the fourth cycle was to describe the plan for implementing the discharge competence development plan. The development question was how to implement the discharge competence development plan into practice? The commissioning process is described according to the IOWA model. By utilizing it, the activities in accordance with the development plan can be established as a part of the nursing staff's permanent discharge practices. With the implementation of the development plan uniform practices in patient discharge can be promoted and the staff's discharge skills can be developed.

The aim of the thesis was answered by preparing a discharge competence development plan, which will be implemented to develop the nursing staff's discharge competence. Based on the thesis, it can be concluded that discharges require transversal skills from the nursing staff. Discharging patients, they should utilize multiprofessional cooperation and unified operating methods to support discharges. Planning for patients' discharges should start right at the beginning of the treatment period, and patients' participation in the discharge process should be increased.

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Kotiutuksen lähtökohdat.....	3
1.2	Osaamisen kehittäminen ja johtaminen	4
1.3	Opinnäytetyön metodologia	6
1.4	Opinnäytetyön projektiorganisaatio	7
1.5	Lähteet.....	10
2	Kirjallisuuskatsaus (sykli 1)	13
2.1	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus (suunnittelu)	13
2.2	Aineiston haku (toiminta).....	13
2.3	Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)	17
2.3.1	Ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen.....	18
2.3.2	Viestintäosaaminen.....	19
2.3.3	Moniammatillinen toiminta	19
2.3.4	Kotiutuskokonaisuuden hallinta.....	20
2.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	22
2.5	Luotettavuus ja eettisyys.....	28
2.6	Lähteet.....	30
3	Kotiutusosaamisen nykytila ja haasteet (sykli 2).....	34
3.1	Henkilöstön kotiutusosaaminen (suunnittelu).....	34
3.2	Ryhmähaastattelu (toiminta)	35
3.3	Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)	37
3.3.1	Ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi	39
3.3.2	Viestintä	39
3.3.3	Yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi	40
3.3.4	Jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen	40
3.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	40
3.5	Luotettavuus ja eettisyys.....	44
3.6	Lähteet.....	46
4	Kotiutusosaamisen kehittäminen (sykli 3).....	49
4.1	Kehittämismenetelmien hyödyntäminen (suunnittelu).....	49

4.2	Aineiston hankinta 6-3-5 menetelmällä (toiminta).....	51
4.3	Aineiston analysointi (havainnointi).....	52
4.4	Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma (reflektointi).....	55
4.5	Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman pilotointi soveltuvin osin (sivusyklin suunnittelu ja toiminta).....	60
4.6	Kehittämisen arviointi (sivusyklin havainnointi)	62
4.7	Johtopäätökset (reflektointi).....	64
4.8	Lähteet.....	65
5	Käyttöönottosuunnitelma (sykli 4).....	67
5.1	Näyttöön perustuvan toiminnan merkitys (suunnittelu)	67
5.2	Implementointisuunnitelma IOWA mallilla (toiminta).....	68
5.3	Lähteet.....	73
6	Pohdinta	75
6.1	Opinnäytetyön johtopäätökset	75
6.2	Luotettavuus.....	77
6.3	Eettisyys.....	79
6.4	Osaamisen johtamisen kehittyminen.....	81
6.5	Jatkotutkimusaiheet	83
6.6	Lähteet.....	85

Liitteet

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä vastaavia hyvinvointialueita on Suomessa 21. Hyvinvointialueet vastaavat alueensa sosiaali- ja terveys- ja pelastuspalvelujen järjestämisestä. Lisäksi Helsingin kaupunki vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä alueellaan. HUS-yhtymä on järjestämisvastuussa niistä vaativan erikoissairaanhoidon toiminnoista, joista erikseen on säädetty. (Hyvinvointialueet 2023.) Soteuudistus on laaja rakenteellinen uudistus, jonka tavoitteena on tasa-arvoinen palveluiden saatavuus ja terveyserojen kaventaminen (Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2023).

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa kuvataan, että Suomessa kaikille potilaille tulee tarjota heidän tarpeidensa mukaista turvallista hoitoa. Hoidon ja palveluiden tulee olla laadukkaita ja asiakaskeskeisiä sekä asianmukaisesti toteutettuja. Lisäksi tärkeää on edistää potilaiden osallisuutta ja turvallisuuskulttuuria Suomessa. Hoitoalan toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa sekä perustua hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimenpanosuunnitelma 2022-2026 2022, 8-12.)

Suurin osa Suomen sairaaloista on julkisia organisaatioita. Sairaala on paikka missä hoitoa toteutetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja tuottamista ohjaa lainsäädäntö ja asetukset (muun muassa terveydenhuoltolaki) sekä valvoo viranomaiset (muun muassa aluehallintovirastot ja Valvira). Kainuun keskussairaala kuuluu Kainuun hyvinvointialueeseen. Kainuun hyvinvointialue vastaa koko Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kainuun keskussairaalassa toimii erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä sosiaalipalveluita. Sairaalassa toimii päivystys, poliklinikat, vuodeosastot sekä niihin liittyvät tukitoiminnot. Sairaansijoja Kainuun keskussairaalassa on 240 ja vuodeosastohoitopäiviä somaattisilla osastoilla noin 60 000 vuodessa. (Kainuun hyvinvointialue 2023.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö muuttuu jatkuvasti. Yhteiskunnalliset painopisteet muuttuvat ja kansalaisten palveluiden tarpeessa on myös alueellisia eroja. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 10-11.) Toiminnan painopisteet siirretään perustason palveluihin ja ennalta ehkäisevään toimintaan (Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus 2019, 150-151). Sosiaali- ja terveysalalla pyritään jatkuvasti kehittämään toiminnan tehokkuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Hoitotyössä potilaiden hoitoon ja ohjaukseen käytettävissä oleva

aika on lyhentynyt, jonka vuoksi tarvitaan uusia toimintamalleja. On tärkeää määritellä potilaiden tarvitsemana hoito ja ohjaus sekä painottaa asioita, jotka ovat oleellisia potilaan selviytymisessä ja kotona selviytymisen tukemisessa. Keskeistä osaamista hoitohenkilökunnalle on tuntee oman organisaation potilaiden hoitoketjut sekä viestintä- ja yhteistyömenetelmät. (Lauri 2006, 114.)

Organisaation strategia ja tavoitteet ohjaavat sen toimintaa. Rajallisten resurssien vuoksi potilaiden hoitajaksojen tulisi olla mahdollisimman lyhyitä. Potilaiden hoitoprosessien tulisi olla sujuvia ja nopeita. Sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä sairaalahoidon tavoitteena on, että potilaat kotiutuisivat sairaalasta mahdollisimman pian omaan kotiinsa ja selviytyisivät kotona itsenäisesti tai erilaisten tukipalveluiden avulla. Osa potilaista tarvitsee kuitenkin jatkohoitoa terveyskeskuksessa, mutta potilasjonot jatkohoitopaikkoihin ovat pitkiä. (Isoherranen 2012, 131.)

Erilaiset sairaudet lisääntyvät iän myötä, joten iäkkäät henkilöt tarvitsevat välillä sairaalahoitoa. Hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet ja akuuttisairaanhoidon sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt, joten potilaat siirtyvät kotihoitoon entistä varhaisemmassa vaiheessa. Turvallisen kotiutumisen suunnitteluun on siis entistä vähemmän aikaa. Moni iäkäs henkilö auttaa kotona myös puolisoaan, jonka toimintakyky on alentunut. Monet kotona asuvat iäkkäät henkilöt tarvitsevat palveluita huolehtiakseen omasta sekä puolisonsa terveydestä. (Palonen ym. 2020.)

Lyhyetkään hoitoajat eivät ole tehokkaita ja vaikuttavia, jos potilaat palaavat uudelleen hoitoon siksi, ettei heillä ollut valmiuksia hoitaa itseään kotona (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 49). Potilaiden kotiutuminen edellyttää suunnittelua ja yhteistyötä eri tahojen välillä. Onnistuneen kotiutumisen edellytyksenä on potilaan terveydentilan, toimintakyvyn, voimavarojen ja palvelun tarpeen arviointi. (Kehusmaa, Mäkelä & Heikkilä 2018, 1–5.) Palvelujen ja tuen tarvetta lisäävät muun muassa väestön ikääntyminen, muistisairaudet ja yksinäisyys (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023, 2020, 22).

Tämän ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan kotiutusosaamista. Opinnäytetyön prosessi liittyy koko Kainuun keskussairaalan potilaiden kotiutuksia toteuttavaan hoitohenkilöstöön, koska opinnäytetyössä kehitettyjä asioita voidaan mahdollisesti hyödyntää kaikissa kotiutuksia toteuttavissa hoitoyksiköissä.

1.1 Kotiutuksen lähtökohdat

Kainuun väestö ikääntyy, joten sairastavuus ja palvelutarve lisääntyy. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, erityisesti erikoissairaanhoidon kustannukset ovat Kainuussa maan korkeimmat. Näihin haasteisiin tulee vastata toimintoja uudistamalla ja painopiste tulisi saada ennalta ehkäiseviin palveluihin. (Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut 2021.)

Sairaaloissa osastojen vuodepaikkoja on vähennetty ja potilaiden hoito siirtymässä avopainotteiseksi. Hoitoprosessit ovat nopeita ja potilaiden hoitoajat lyhentyneitä (Lipponen 2014, 17; Pälöinen ym.2020). Toiminnan sujuvuuden takia tulee potilaiden kotiutustoiminnan olla tehokasta. Kuitenkin sairaalan osastoilla hoidettavat potilaat ovat entistä iäkkäämpiä ja monisairaita. (Aho-pelto 2017, 17–18.) Monisairastavuus lisääntyy jatkuvasti ja monisairaat potilaat ovat keskeinen potilasryhmä kaikkialla terveydenhuollossa (Monisairas potilas 2021). Monisairaahan potilaan hoidosta ei välttämättä ole kenelläkään kokonaiskuvaa (Kari 2022, 22). Tämä voi aiheuttaa palveluiden pirstaleisuutta ja heikentää potilaan elämänlaatua.

Kainuun keskussairaalan osastoille potilaat tulevat joko päivystyksellisesti, suunnitellusti kutsuttuna tai jatkohoitoon toisista sairaaloista. Kotiutettaessa potilaita sairaalasta on huomioitava, että osa potilaista tarvitsee jotakin tukea, hoitotoimia tai kotiin vietäviä palveluita. Suunnitellusti hoitajaksolle tulevien potilaiden kotiutusta suunnitellaan jo ennalta, mutta päivystyksellisesti sairaalaan joutuvilla potilailla tilanne on usein erilainen. Ensisijaisesti hoitohenkilökunnan tulee kartoittaa potilaiden kotona pärjäämisen edellytykset sekä potilaiden mahdollisuus kotiutua suoraan omaan kotiin, joskin edelleen terveyskeskusten jatkohoitopaikoille on tarpeensa. Vaikka sairaalan osastoilla on runsaasti potilaita, tulee potilaiden kotiutusten olla turvallisia ja varmistettuja.

Sairaalahoido itsessään on riski iäkkään henkilön toimintakyvyn alenemiselle. Toimintakyvyn ylläpitäminen on merkittävä tekijä arkipäivän toiminnoista selviämässä. Riittämätön kotiutumisen suunnittelu on yhteydessä uusintakäynteihin ja sairaalahoidon palaamiseen. Syinä kotona pärjäämättömyydelle voi olla iäkkäiden henkilöiden epävarmuus tai pelko selviytymisestä, henkilökunnan geriatrisen osaamisen puute sekä puutteet palvelujärjestelmässä ja palveluissa. (Palonen 2020.)

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on laatinut hoitosuosituksen iäkkään turvallisesta kotiutumisesta sairaalasta. Hoitosuositus koskee sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä henkilöitä ja se on kohdennettu terveydenhuoltoon. Suosituksen tarkoituksena on koota laadukas näyttö iäkkään henkilön turvalliseen sairaalasta kotiutumiseen. Tavoitteena on kehittää yhtenäisiä toimintatapoja kotiutumisen tueksi sekä uusintakäyntien vähentämiseksi. Suosituksessa kuvataan kotiutuksissa huomioitaviksi alueiksi iäkkään kuuleminen, potilaan kokonaisvaltainen yksilöllinen tilanne, hoitajan ammatillinen vastuu ja kotiutusolosuhteet, moniammatillinen yhteistyö, kotiutumiseen liittyvä tieto, ohjauksen ymmärtäminen, omahoitoon ohjaaminen, läheisten huomioiminen, kotiympäristö ja palveluiden tarve, kotikuntoutus, lääkehoito ja ravitsemus. (Palonen ym. 2020.)

1.2 Osaamisen kehittäminen ja johtaminen

Osaamisen johtaminen sisältää kaiken toiminnan, jonka avulla organisaation strategian edellyttämää osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. Osaamisen johtaminen on osaamisen hallintaa. Tärkeää on organisaatiossa toimivien ihmisten osaamisen tason nostaminen sekä sen tehokas hyödyntäminen. On ymmärrettävä myös henkilökunnan yksilötason näkökulmasta oppiminen. (Viitala 2005, 14–16.) Osaaminen tarkoittaa yksilön näkökulmasta kykyä suoriutua tehtävistään, kehittää työtään ja ratkaista siinä esiintyviä ongelmia. Yksilön osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, kontakteista, asenteesta ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Yleensä kuitenkin työ koostuu useamman ihmisen panoksesta ja on näin ollen organisaation osaamista. (Ojala 2008, 47, 50.)

Oppiminen on keskeinen asia käsiteltäessä osaamista. Ihmisen oppimiseen vaikuttavat lähityöympäristö, johtaminen, ilmapiiri ja mahdollisuudet saada oikeaa tietoa. Oppimiskyky, osaaminen ja luovuus ovat aineettomia resursseja, joilla on merkitystä organisaation arvoon. Oppimista tulisi tapahtua jatkuvasti sekä yksilön että organisaation tasolla. Nimitystä oppiva organisaatio voidaan käyttää, kun puhutaan organisaation jatkuvasta uusiutumisesta ja sopeutumisesta. (Ojala 2008, 16.) Osaamisvaatimukseen yleisesti vaikuttavat muun muassa ammattien sisäiset tarpeet sekä toimintaympäristön muutokset. Sosiaali- ja terveysalalla keskeisiä muutoksia ovat palveluiden integraatiot sekä väestön ikääntyminen, terveyserojen kasvu, monikulttuurisuus sekä tietotekniikan kehittyminen. Nämä edellyttävät oman osaamisen kehittämistä sekä henkilöstöltä että johdolta. (Laulainen, Zitting & Niiranen 2020, 154.)

Olennaista osaamisen ymmärtämistä on määritellä ydinosaaminen. Kamenskyn (2014, 205) mukaan ydinosaaminen on pitkäaikaisen oppimisen tulos. Ydinosaamista ovat tiedot, taidot, arvot, asenteet ja kokemukset. Jokaisen on tärkeää tuntee työyksikön perustehtävä. Osaamista tulee kehittää ja johtaa tavoitteellisesti sekä seurata kehitystä. Muutokset työssä ja haasteet osaavien työntekijöiden saatavuudessa nykyaikana nostavat osaamisen ja oppimisen johtamisen erityiseen rooliin. (Ojala 2008, 65–80.) Osaaminen näkyy yleensä taitavana ja tarkoituksenmukaisena toimintana. Osaamisen soveltaminen käytäntöön on keskeistä. Esihenkilöiden tulisi tarkastella osaamista erilaisista näkökulmista ja tukea henkilöstöä osaamisen hyödyntämisessä ja kehittämisessä. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 50-51.)

Sairaalasta potilaita kotiuttaa pääasiassa sairaanhoitajat. Hoitotyössä tarvitaan viestintä- ja vuorovaikutusosaamista, opetus- ja ohjausosaamista, yhteistyökykyä sekä osaamista tukea potilaita ja omaisia (Lauri 2006, 100). Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksissa on muun muassa kirjattu vastuu potilaan hoidon jatkuvuudesta, asiakkaiden tiedottaminen palveluista sekä lähellä olevien palveluiden järjestäminen ja potilasturvallisuus osana hoitoprosessia. Lisäksi työhön kuuluu potilaiden ja omaisten sitouttaminen hoitoon sekä moniammatillinen viestintä ja tiimityö. (Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset 2019.) Sotetie (2020) hankkeessa selvitettiin tulevaisuuden oleellisinta osaamista sotealalla. Tärkeimmäksi osaamiseksi nousi asiakaslähtöisyysosaaminen, jonka lisäksi tärkeänä koettiin muun muassa tietosuojaan liittyvä osaaminen, ohjaus- ja neuvontaosaaminen sekä monialainen yhteistoiminta. (Holvikivi, Arell-Sundberg, Ritsilä & Laanterä 2021.)

Kainuun sotessa toteutuneessa hankkeessa kehitettiin kotiutusta vuosina 2011–2012. Kotiutus toiminnan kehittäminen Kainuun keskussairaalassa oli osa KYTKE-hankkeessa kehitettävää ikäihmisen kotoa kotiin-prosessia. Hankkeessa laadittiin uusi malli potilaiden kotiutukseen ja sen myötä hoitajien kotiutusosaaminen osastoilla kehittyi ja potilaita kotiutui enemmän suoraan kotiin kuin aiemmin. (Komulainen & Vääräniemi 2012.) Edelleen kuitenkin potilaiden kotiutuksissa on kehitettävää.

Kainuun hyvinvointialueella koordinoidaan keskitetysti osaamisen kehittämistä. Organisaatiossa toimii osaamisen kehittämisen yksikkö. Tulosityksiköittäin on laadittu henkilöstön osaamisen kehittämissuunnitelmat. Kehittämissuunnitelma on esihenkilön osaamisen johtamisen työkalu. Sen tavoitteena on varmistaa, että työyksikkö kykenee toteuttamaan tehtävänsä tehokkaasti ja laadukkaasti sekä pidemmällä että lyhyellä aikavälillä. Suunnitelmissa on käytetty BSC-näkökulmaa,

jonka pohjalta on laadittu kehittämistarpeet, kehittämistoimenpiteet, aikataulut, edistymisen seuranta ja arviointi sekä vastuuhenkilöt. (Leinonen 2017.)

Osaamisen vahvistamisen tarve voi perustua esimerkiksi toiminnassa havaittuihin puutteisiin tai osaamisvajaisiin. Toimintaympäristö ja muutostilanteet voivat myös aiheuttaa osaamisen tarpeen muutoksia. Tällöin olisi tärkeää tunnistaa osaamisvajheet. (Holopainen ym. 2014, 69.) Osasto B:n (kirurgia) kehittämissuunnitelmassa asiakkaan näkökulmasta esille on nostettu yhdeksi kehittämistarpeeksi kotiutusprosessin kehittäminen (toimintatavat, kirjaaminen, tiedonsiirto). Toimenpiteiksi on kirjattu kotiutuskriteerien tunteminen, kotiutuksen check-listan käyttäminen sekä uusi sairaala hankkeen tavoitteiden mukainen prosessien kehittäminen. Lisäksi on kirjattu henkilökunnan osallistaminen kotiutusprosessien kehittämiseen ja henkilökunnan kotiutusosaamisen kehittäminen. (Parkkisenniemi 2022.)

Kainuun sotessa on laadittu yleinen kotiutuksen prosessikartta vuonna 2020. Erikoissairaanhoidon osastoalueelle on myös laadittu työohje: Hyvän hoidon kriteerit osastolla A ja B. Siinä on nostettu esiin viisi periaatetta, joista yksi on kotoa kotiin -ajattelu. Siihen liittyen on kirjattu potilaiden jatkohoidon suunnittelu ja koordinointi, potilaiden opetus ja ohjaus, tiedonkulun varmistaminen, potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja hoitoon sitouttaminen. (Parkkisenniemi & Tietäväinen 2018.)

1.3 Opinnäytetyön metodologia

Opinnäytetyön metodologiaksi kotiutusosaamisen kehittämiseen valittiin toimintatutkimus, koska se on käytännön toiminnan kehittämistä. Toimintatutkimuksessa pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia ja saamaan aikaan muutosta (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 58). Toimintatutkimus on yleisesti käytetty menetelmä sosiaali- ja terveysalan toiminnan kehittämisessä (Lauri 2006, 115-116). Toimintatutkimuksissa yhdistyvät työn tutkiminen ja kehittäminen yhteisöllisestä näkökulmasta (Pärnä 2012 ,63).

Toimintatutkimus on selkeä prosessimainen sykleissä etenevä toimintatapa. Siinä tutkimus ja toiminta yhdistyvät käytännön läheisesti. Jokaiseen sykliin sisältyy eri vaiheita, joita ovat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi. Prosessiin osallistetaan työelämän ihmisiä, joita asia koskettaa ja näin koko työyhteisön osaaminen kehittyy. Yhdessä selvitetään vallitseva nykytilanne

ja sitoudutaan tavoitteelliseen kehittämistyöhön. Toimintatutkimus tavoittelee siis käytännön hyötymistä. Tutkimuksen tekijä on yleensä itse aktiivinen toimija prosessissa ja hänen omat kokemuksensa sekä havainnot ovat osa aineistoa. Tutkijan näkökulmasta toimintatutkimus on aina myös oman työn kehittämistä. (Heikkinen 2010, 16–19; Kananen 2014, 11–16.)

Toimintatutkimukseen voidaan ajatella kuuluvan konstruoivia sekä rekonstruoivia vaiheita. Konstruoiva toiminta suuntaa tulevaisuuteen, kun taas rekonstruoiva on jo toteutuneen toiminnan havainnointia ja arviointia. Syklin vaiheet vuorottelevat ja syklit seuraavat toisiaan. Sykliin sisältyy aina tutkimus. Toimintatutkimus voi johtaa jatkuvasti uusiin kehittämisideoihin. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 78–82.) Toimintatutkimus on siis prosessi, jossa toiminta, tutkimus ja arviointi ovat jatkuvasti yhteydessä syklien ja niiden vaiheiden mukaisesti. Toimintatutkimuksessa teoria ja käytäntö yhdistyvät interventioiden avulla. Onnistunut toimintatutkimus antaa uutta tietoa toiminnasta ja tuottaa uusia toimintatapoja käytännön hyväksi. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 114-115.)

1.4 Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Opinnäytetyön tilaaja organisaatio oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä eli Kainuun sote (myöhemmin Kainuun hyvinvointialue). Opinnäytetyön tekijä ja tilauksen toimeksiantaja työskentelevät aikuisten somaattisen erikoissairaanhoidon osastoalueella. Projektiryhmä koostuu Kainuun keskussairaalan työntekijöistä, jotka osallistuvat potilaiden kotiutuksiin sairaalasta. Projektiryhmään pyydettiin mukaan vapaaehtoisia työntekijöitä eri yksiköistä, jotta saatiin monipuolisesti näkökulmia ja kokemuksia kotiutuksista. Projektiryhmään suunniteltiin mukaan hoitotyöntekijä osastolta A (sisätaudit), hoitotyöntekijä osastolta B (kirurgia), hoitotyöntekijä päivystyksestä, hoitotyöntekijä yleislääketieteen osastolta (perusterveydenhuolto) ja sairaalan sosiaaliohjaaja sekä Kainuun kuntien asiakasohjaaja ja Kajaanin alueen kotiutuskoordinaattori. Projektihenkilöstön valintaa tehtiin yhdessä toimeksiantajan ja esihenkilöiden kanssa. Tarkoituksena oli saada erilaisten yksiköiden ammattilaisten näkökulmia kuten erikoissairaanhoidon osastot, perusterveydenhuollon osastot ja päivystys. Näistä kaikista yksiköistä sairaalassa kotiutetaan potilaita.

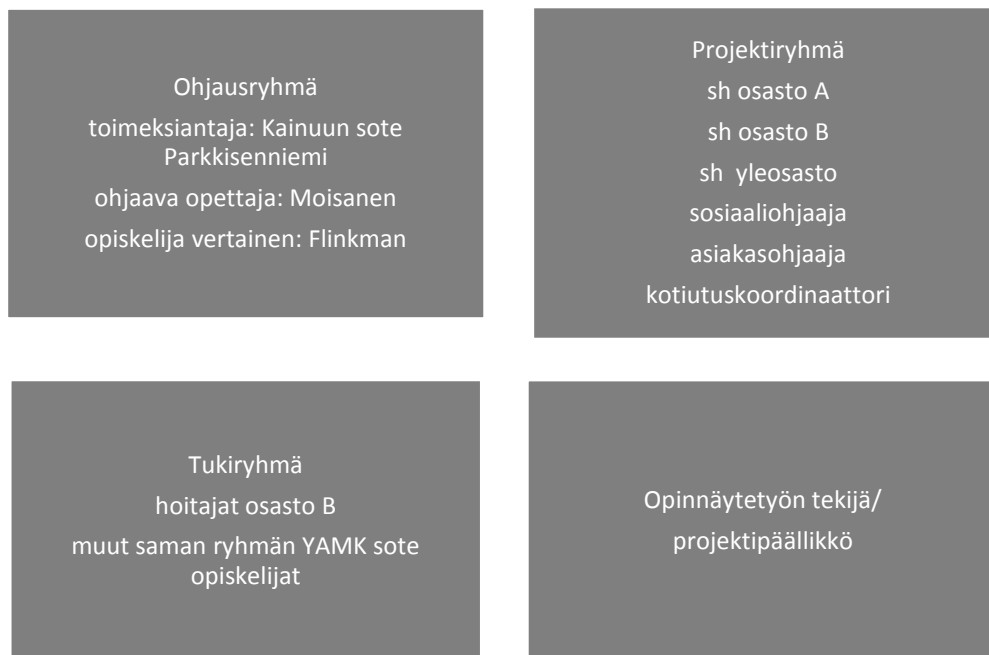
Projektiryhmää muodostettaessa tulisi henkilöiden valinnan painottua tehtävän asettamiin vaatimuksiin. Ryhmään valitaan siis henkilöitä, joilla on siihen annettavaa ja tarvittavaa osaamista. Henkilöstön aikataulut voivat olla haasteellisia eikä muista töistä irtautuminen aina onnistu. (Ruuska 2006, 158.) Projektiryhmä työskentelee yhteistyössä ja sen toimintaan vaikuttaa henkilöiden viestintä- ja tiimityötaidot (Rissanen 2002, 79–84).

Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluivat opinnäytetyön tekijän lisäksi toimeksiantajan edustaja, ohjaava opettaja ja opiskelija vertainen. Ohjausryhmä valvoo opinnäytetyön edistymistä ja laatua ja voi ehdottaa tarvittaessa myös muutoksia. Ohjausryhmä toimii opiskelijan tukena prosessin aikana. (Ruuska 2006, 168–169.) Opinnäytetyössä ohjaussuhde perustuu toimivaan vuorovaikutukseen. Ohjaajan asiantuntemus ja kokemus ovat hyödyksi toimintatutkimuksen tekijälle. Ohjausryhmä tavallaan auttaa tutkijaa ymmärtämään tutkimustaan. (Rovio, Klemola, Lautamatti & Tiihonen 2010, 131.) Kainuun sote on laatinut hallinnollisen ohjeen opinnäytetyön tekemiseen, jossa on määritelty työelämän ohjaajan sitoutuminen ohjaukseen. Tämä tarkoittaa sitä, että opiskelija saa sisällöllistä ohjausta, jotta yhdessä laaditut tavoitteet toteutuvat. (Ahonen, Huovinen-Tervo, Karivuo & Ruokolainen 2017.) Ohjaavalta opettajalta opiskelija saa henkilökohtaista ohjausta sekä ryhmäohjausta seminaareissa. Kirjallisuudessa ohjausryhmää voidaan kutsua myös johtoryhmäksi, seurantaryhmäksi tai valvontaryhmäksi. Ohjausryhmä on näistä eniten sisällöllistä ohjausta varten. (Ruuska 2006, 168–173.)

Opinnäytetyön ohjausryhmä kokoontui prosessin aikana kaksi kertaa Teamsin välityksellä opinnäytetyön tekijän koollekutsumina. Ennen tapaamisia opinnäytetyön tekijä lähetti osallistujille esityslistan ja kokoontumisen jälkeen kirjallisen muistion käsitellyistä asioista. Lisäksi ohjausryhmälle lähetettiin säännöllisesti opinnäytetyön kirjallinen tuotos, jotta heillä oli jatkuvasti tiedossa, kuinka opinnäytetyö etenee. Lisäksi ohjausryhmä osallistui opinnäytetyön tutkimus- ja kehittämissuunnitelman sekä valmiin opinnäytetyön esittämisseminaareihin ja arviointiin.

Opinnäytetyössä voidaan ajatella lisäksi olevan tukiryhmä eli niin sanottu vertaisryhmä, johon kuuluvat muut työyhteisön työntekijät sekä opiskeluryhmän muut opiskelijat. Heidän kanssaan voidaan yhdessä keskustella kotiutuksesta aiheena sekä opinnäytetyöstä oppimisprosessina. Yhdessä toisiaan tukien koko opiskelijaryhmän osaaminen tutkijoina voi kehittyä ja jokaisen oma tutkimustyö edistyä. Vertaispalaute auttaa näkemään työskentelyssä onnistumisia sekä kehittämisen paikkoja. Lisäksi vertaisryhmän kanssa toimiessa yhteistyö ja vuorovaikutustaidot karttuvat. (Rovio ym. 2010, 139-142.)

Yhdessä projektiryhmä, ohjausryhmä, tukiryhmä ja opinnäytetyön tekijä eli projektipäällikkö muodostavat projektiorganisaation. Opinnäytetyön projektiorganisaatioon kuuluvat tahot kuvataan kuviossa 1.



Kuvio 1 Opinnäytetyön projektiorganisaation kuvaus

Opinnäytetyön tekijän tulee olla aktiivinen ja hänellä tulee olla hyvät sosiaaliset taidot. Projektipäällikkönä opinnäytetyön tekijä toimii ryhmälle kuuntelijana ja kannustajana. Projektin johtajalta vaaditaan hyviä yhteistyötaitoja sekä ihmisten johtamistaitoja. Hänen tulee kannustaa ryhmäläisiä avoimeen vuorovaikutukseen ja auttaa ryhmää työskentelemään toimintatutkimuksen prosessin mukaisesti sekä vastuullisesti. (Kananen 2014, 68–69.) Projektipäällikkö on projektin johtaja, tiedottaja, asiantuntija, neuvottelija ja motivoija (Rissanen 2002, 74). Lisäksi projektipäällikkö vastaa huolellisesta suunnittelusta, aikatauluista ja ryhmän tavoitteellisesta toiminnasta (Ruuska 2006, 144–151).

Opinnäytetyön tekijä vastaa siis opinnäytetyön projektiryhmän toiminnan kokonaisuudesta eli suunnittelusta, toteuttamisesta, arvioinnista ja raportoinnista. Projektin johtaminen vaatii opiskelijalta mukautumista ja moniammatillista yhteistyötä. Tavoitteena on opinnäytetyön tekijän kannalta, että hoitotyön asiantuntijuus sekä tutkimuksellinen osaaminen kehittyy. Tavoitteena on myös, että opinnäytetyön tekijä oppii itsenäiseen ja vastuulliseen työskentelyyn.

1.5 Lähteet

Ahonen, E., Huovinen-Tervo, M., Karivuo, H. & Ruokolainen, M-L. (2017). Ohjeita sosiaali- ja terveydenhuollon opinnäyte-/tutkimustyön tekemiseen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. Hallinnollinen ohje. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Saatavilla 29.1.2023 https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-03/Ohjeita_soten_opinnayte_tai_tutkimustyon_tekemiseen.pdf

Ahopelto, M. (2017). Johdanto. Teoksessa E. Ahonen., M. Ahopelto., M. Heikkinen., M. Huovinen-Tervo. & E. Mäntymäki. Näin tehdään saumaton sote- Kainuun hiljainen tieto 2003–2017. Kunnallisan alan kehittämissäätöön julkaisu 11, 17-18.

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. (2022). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Heikkinen, H. (2010). Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim). (2010.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: kansanvalistusseura, 16–38.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. (2010). Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim). (2010.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: kansanvalistusseura, 78–93.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Kari, H. (2022). Iäkkäiden omahoidon tukeminen moniammatillisesti perusterveydenhuollossa. Lääkehoidon kokonaisarviointin sisältävän ihmiskeskeisen omahoitomallin kehittäminen ja arviointi. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-8002-5>

Kehusmaa, S., Mäkelä, M. & Heikkilä, R. (2018). Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 14. Saatavilla 8.2.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-122-5>

Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. (2014). Esimies osaamisen kehittäjänä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. (2020). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki.

Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. (2020). Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituissa palveluissa. Teoksessa A. Hujala & T. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 151-177. Saatavilla 25.5.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Lauri, S. (2006). Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lipponen, K. (2014). Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavilla 25.5.2023 <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>

Monisairas potilas. (16.3.2021). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 13.5.2023 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50126?tab=suositus>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2014). Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Otala, L. (2008). Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOYpro.

Palonen, M., Kariniemi, K., Peltola, P., Pesonen, H-M., Rantanen, A. & Siira, H. (2020). Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta, hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 29.1.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/ika-hoitosuositus.pdf>

Parkkisenniemi, S & Tietäväinen, H. (2018). Hyvän hoidon kriteerit osastolla A ja B. Työohje. Saatavilla 5.3.2022 Kainuun soten sisäisellä intranet sivustolla.

- Parkkisenniemi, S. (2022). Tulosityksikön henkilöstön osaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2021–2022. Saatavilla 5.3.2022 Kainuun soten sisäisellä intranet sivustolla.
- Pärnä, K. (2012). Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavilla 27.5.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5086-7>
- Rissanen, T. (2002). Projektilla tulokseen. Projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti.
- Ruuska, K. (2006). Terveystieteiden projektinhallinta. Mallit, työkalut ja ihmiset. Helsinki: Talentum.
- Rovio, E., Klemola, U., Lautamatti, L. & Tiihonen, A. (2010). Toimintatutkimuksen ohjaaminen. Teoksessa H. Heikkinen., E. Rovio & L. Syrjälä (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalitusseura, 131-142.
- Sarajärvi, A., Mattila L-R. & Rekola, I. (2011). Näyttöön perustuva toiminta, avainhoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus). (2023). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla <https://stm.fi/soteuudistus>
- Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutos. (2019). Osallistava ja osaava Suomi- sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma. Helsinki: Valtioneuvoston julkaisu 2019:31.
- Hyvinvointialueet. (2023). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 20.4.2023 <https://stm.fi/web/stm/hyvinvointialueet>
- Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut. (2021). Sosiaali- ja terveystieteiden Kainuun hyvinvointialueella 2020. Päätösten tueksi 8/2021. Alueellinen asiantuntija-arvio. THL.
- Viitala, R. (2005). Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: OtaVan kirjapaino Oy.

2 Kirjallisuuskatsaus (sykli 1)

Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tehtiin kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat sen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittäminen, kirjallisuushaku, aineiston valinta, aineiston arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi (Niela-Vilen & Hamari 2016, 33). Ensimmäisen syklin tarkoituksena oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto hoitohenkilöstön kotiutusosaamisesta.

2.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus (suunnittelu)

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva asiakokonaisuudesta. Lisäksi sen avulla voidaan tunnistaa ristiriitoja ja ongelmia kohdeaiheessa. Kirjallisuuskatsauksia on olemassa erityyppisiä eri tarkoituksiin. Järjestelmällisessä katsauksessa vastausta haetaan tarkkaan kysymykseen yhdistämällä eri tutkimusten tuloksia käytännön hoitotyön hyvien käytänteiden perustaksi. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7-8, 14.)

Tutkimuskysymyksen laatimisessa tulee olla huolellinen. Sen tulee olla riittävän kohdistettu, mutta ei liian kapea, jotta oleelliset tutkimukset löytyvät hakuprosessissa. Liian laajalla rajauksella aineistoa löytyy liikaa analysoitavaksi ja liian kapealla rajauksella sopivaa aineistoa ei välttämättä löydy ollenkaan. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 24.)

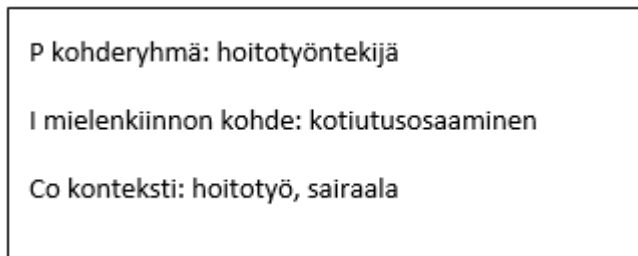
Kotiutusosaaminen on keskeistä hoitotyössä. Aihetta on tutkittu aiemminkin, mutta se koetaan edelleen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Jotta osaamista voidaan työyhteisössä kehittää tulee selvittää mitä aiheesta jo tiedetään. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys oli, mitä osaamista hoitohenkilökunta tarvitsee potilaiden kotiutuksissa? Vastausta haettiin aiemman tutkimustiedon mukaan kirjallisuuskatsauksen avulla.

2.2 Aineiston haku (toiminta)

Kirjallisuuskatsausta tehdessä suoritetaan järjestelmällinen eli systemaattinen tiedonhaku. Yksin tehtävän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus on tarkemmin nimeltään systematisoitu katsaus. Siinä

aineiston valinta tehdään yksin eikä katsaukseen ole välttämätöntä saada niin laajasti aineistoa kuin muutoin. Tietokantojen valintaan vaikuttaa opinnäytetyön aihe ja tietoa tulisi hakea useammasta tietokannasta. Hakua tehdessä kokeillaan eri hakusanoja. (Lehtiö & Johansson 2016, 35–37.)

PICO menetelmää käytetään yleisesti aiheen rajauksessa ja tutkimuskysymyksen muotoilussa. Tiedonhakuun liittyvät asiasanat määritellään PICO/PICo/PCC menetelmää hyödyntäen (Hoito-työn tutkimussäätiö Hotus n.d). Opinnäytetyön aiheesta on tehty pelkistetty PICo asetelma, johon on sijoitettu kohderyhmä, aihe ja konteksti (Kuvio 2).



Kuvio 2. PICo asetelma

Tutkimusten haku toteutettiin Finna.fi ja Cinahl tietokannoista. Kumpikin tietokanta sisältää useita eri hakukantoja. Muitakin hakukoneita käytettiin (Medic ja Melinda), mutta ne eivät tuottaneet tarpeenmukaisia tuloksia. Kotiutus ja kotiuttaminen sanoja käytetään yhtä laajasti ja rinnakkain monissa aiemmissa suomenkielisissä tutkimuksissa. Englanninkielisissä tutkimuksissa käytetään yleisesti sanaa ”discharge”. (Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu Finto 2022.)

Hakuja tehtiin monilla eri hakusanoilla kuten potilaat, hoitotyöntekijä, sairaala, kotiutus, kotiuttaminen, osaaminen, hyvä kotiutus, turvallinen kotiutus, kotiutushoitaja, kotiutuskoordinaattori ja hoidon jatkuvuus. Lopuksi näistä valittiin ne, joilla saatiin eniten tuloksia. Lopullisina hakusanoina käytettiin suomenkielisiä sanoja kotiutus ja potilaat. Osaaminen olisi ollut myös tärkeä hakusana, mutta jos nämä kolme hakusanaa yhdistettiin ei tuloksia löytynyt. Englanninkielisinä hakusanoina oli patient discharge AND nurse AND competence OR planning.

Aineiston hakuprosessiin kuuluu sopivien sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen. Kriteerit varmistavat, että katsaus suuntautuu oikein ja sillä voidaan hallita aineiston kokoa. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 26.) Hakua on hyvä rajata ajallisesti ja käyttää mahdollisimman uutta tietoa.

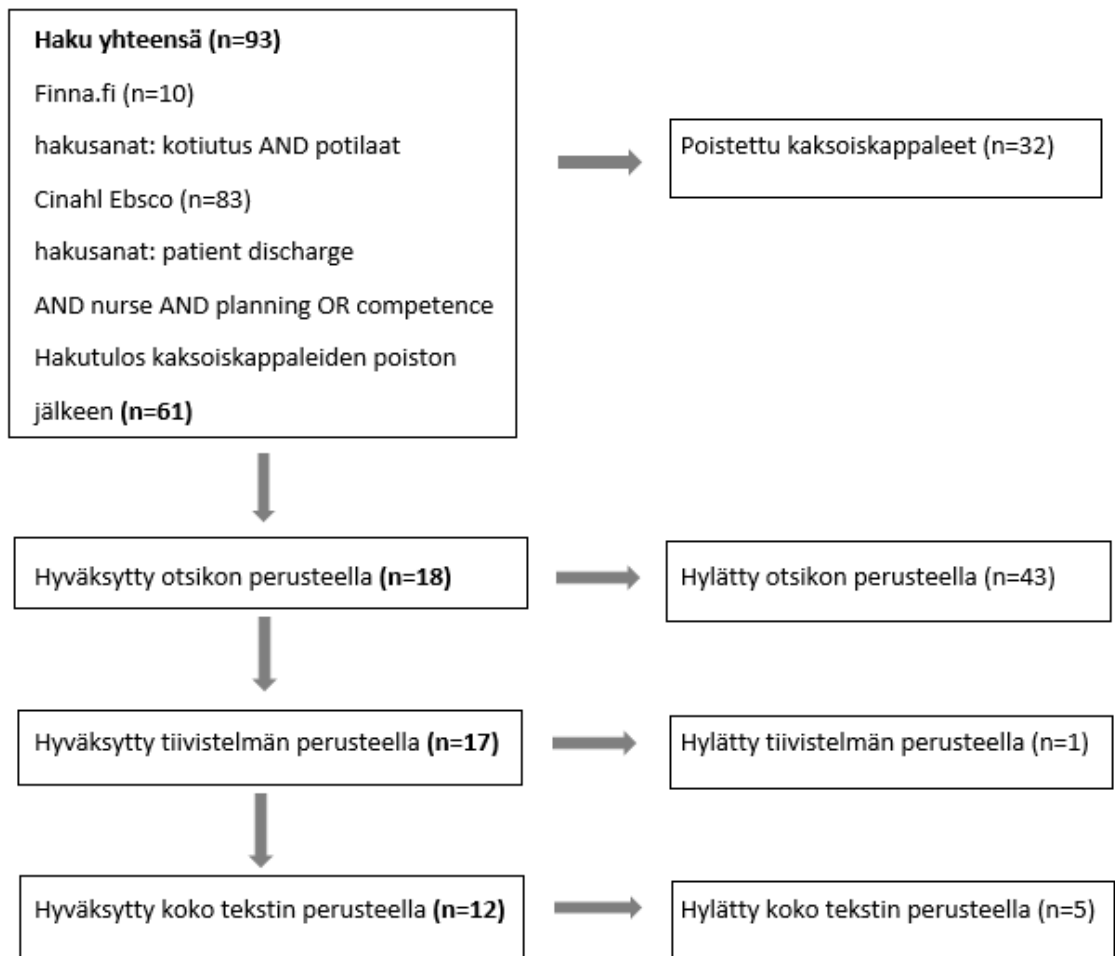
Lisäksi olisi hyvä valita mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93.) Aineistolle laadittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kriteerit on kuvattuna taulukossa numero 1.

Hakuehtoina oli, että aihe on tutkimuskysymykseen vastaava ja kielenä on suomi tai englanti. Valinta kriteerinä oli tieteellinen tutkimus (väitöskirjat) tai tieteellinen artikkeli (vertaisarvioitu), joka oli saatavilla sähköisenä ja maksutta. Mahdollisuuksien mukaan valittiin mahdollisimman uusia julkaisuja, joten rajauksena oli vuodet 2000–2022. Valitut tutkimukset oli julkaistu vuosina 2001–2022. Eli vanhin tutkimus oli julkaistu jo noin 20 vuotta sitten ja uusin oli julkaistu vasta samana vuonna, kun kirjallisuuskatsausta tehtiin. Tutkijoiden aiempaa taustaa kuten tunnettavuutta ja arvostusta ei selvitetty tässä kirjallisuuskatsauksessa. Mikäli näin olisi toimittu olisi voitu varmistaa tutkijoiden muun tieteellisen tuotannon tasoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 95).

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto ja poissulkukriteerit

sisäänottokriteerit:	poissulkukriteerit:
kieli suomi tai englanti	muut kielet kuin suomi tai englanti
julkaisuvuosi 2000 tai uudempi	vanhemmat kuin 2000 vuosi
tieteellinen tutkimus tai artikkeli	opinnäytetyöt, pro gradut, ei tieteelliset
maksuttomuus	maksulliset
saatavilla sähköisenä	ei saatavilla sähköisenä

Suomalaisista tutkimuksista kaikki kuusi ovat väitöskirjoja ja englanninkielisistä kaikki kuusi ovat vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita eli hakuehdot täyttäviä teoksia. Ensin poistettiin hakutuloksista kaksoiskappaleet. Sen jälkeen luettiin tutkimusten otsikot, joiden perusteella jätettiin epäsovivat tulokset pois eli aineistot, jotka eivät sopineet tutkimuskysymykseen. Sen jälkeen jäljelle jääneistä aineistoista luettiin tiivistelmät. Myös tiivistelmiä arvioitiin sen mukaan vastaako ne hakukriteereitä. Tiivistelmien perusteella mukaan valituista tutkimuksista luettiin koko tekstit. Koko tekstiä arvioitiin sen perusteella, miten aineisto vastaa tutkimuskysymykseen. Lopuksi valituille tutkimuksille tehtiin laadunarviointi (tutkimusten arviointikriteeristö ja näytönaste). Lopputuloksena oli 12 tutkimusta. Tiedonhakuprosessi on näkyvillä prisma flow tyyliässä kuviossa 3.



Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi mukailten Prisma flow kaaviota

Valitut tutkimukset arvioitiin kahdella eri tavalla. Tutkimusten laatua arvioitiin Joanna Briggs Instituutin laatimien arviointikriteereiden mukaan (Tutkimusten arviointikriteeristö JBI n.d). Hoitotyöntutkimussäätiön mukaan yleensä vähintään puolet kriteereistä tulisi täytyä. Arviointia tutkimuksille tehtiin järjestelmällisen katsauksen, laadullisen tutkimuksen ja poikkileikkaustutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerit on esitetty erillisessä liitteessä 2. Lisäksi tutkimuksille määriteltiin näytönaste käypä hoito-ohjeen mukaisesti (Näytön asteen luokitus n.d). Tutkimusten näytönaste oli A, B ja C-luokkaa, jolloin tutkimusnäyttö oli vahvaa, kohtalaista tai niukkaa. Kaikki valitut tutkimukset arvioitiin riittävän laadukkaiksi ja valittiin mukaan katsaukseen. Liitteessä 3 on kuvattu valitut tutkimukset ja niiden laadun arviointi.

2.3 Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä, jota voidaan hyödyntää laadullisen aineiston analyysissä. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta ja se voidaan yhdistää erilaisiin kokonaisuuksiin. Sisällönanalyysi sopii hyvin kirjallisuuskatsauksen jäsentämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–104.) Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikointia ja sen avulla voidaan tarkastella asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21).

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto luettiin läpi useita kertoja ja aineistosta käsiteltiin tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset tulokset ja johtopäätökset. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause tai virke tai jokin kokonaisuus. Aineiston analyysiyksiköksi valittiin virke, koska se antoi vastauksia tutkimuskysymykseen. Yksikön valintaan vaikuttaa tutkimuksen tarkoitus ja käytettävä aineisto. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.) Aineistosta koodattiin alkuperäiset ilmaukset ja ne kirjattiin suoraan taulukkomuotoon, jonka jälkeen ne pelkistettiin (redusoitiin) niin, että merkitys säilyi. Tekstistä jätettiin siis vain ylimääräiset, epäolennaiset sanat pois. Alkuperäisiä yksiköitä oli yhteensä 53. Englanninkieliset tekstit käännettiin mahdollisimman tarkasti suomeksi. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin ja näin muodostettiin kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87.) Aineiston luokittelu on kuvattu kokonaan liitteessä 4. Esimerkki aineiston luokittelusta kuvataan taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelusta

alkuperäiset ilmaukset	suomennos	pelkistetyt ilmaukset	alaluokat	yläluokat
Potilasta autetaan valmistautumaan kotiin siirtymiseen sopimalla yhteisistä hoitotavoitteista ja keinoista ja auttamalla niiden toteuttamisessa. (1)		Potilasta autetaan valmistautumaan kotiin siirtymiseen sopimalla yhteisistä hoitotavoitteista ja keinoista (1a) ja auttamalla niiden toteuttamisessa. (1b)	A potilaiden ohjaaminen (2a, 16, 18, 19b, 22, 23, 24a, 26, 28b, 28c)	I ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen (A, B, P)
Hoidonantaja keskittyy muutoksiin potilaan ohjaamisessa ja tiedon välittämisessä. (2)		Hoidonantaja keskittyy muutoksiin potilaan ohjaamisessa (2a) ja tiedon välittämisessä. (2b)	B potilaan ja omaisten tukeminen (4, 6a, 7, 9d, 10c, 19a)	II viestintäosaaminen (C, D)

Aineistosta muodostui 16 alaluokkaa, jotka koodattiin aakkosin. Luokat nimettiin niiden sisällön mukaisesti. Sen jälkeen alaluokista ryhmiteltiin vielä yläluokat eli yhdistettiin sisällön mukaisesti laajempiin kokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125.) Yläluokkia muodostui neljä. Yläluokat ovat nimeltään ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen, viestintä osaaminen, moniammatillinen toiminta ja kotiutuskokonaisuuden hallinta.

2.3.1 Ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan potilaiden kotiutuksissa hoitohenkilökunnan olennaista osaamista on potilaiden ohjaaminen sekä potilaiden ja omaisten tukeminen. Yläluokka ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen koostuu alaluokista potilaiden ohjaaminen, potilaiden ja omaisten tukeminen sekä takaisinopetusmenetelmän käyttö.

Katsauksen tulosten mukaan potilaiden ohjaamisessa hoidonantajien tulee keskittyä muutoksiin. Hoitohenkilökunnan on rohkaistava potilaita sekä annettava selkeät konkreettiset ohjeet leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Hoitaja on potilaalle myös lääkärin antamien ohjeiden selventäjä. Hoitohenkilökunnan on ohjauksessaan otettava huomioon erityisesti iäkkäiden henkilöiden varovaisuus muun muassa harrastusten ja liikkumisen jatkamisessa. Potilailla, jotka saivat ohjausta, oli paremmat kotiutusvalmiudet kuin niillä, joita ei ohjattu. Ohjaus toimii tavallaan potilaille siltana kotiin. Ammattilaisten tiedon ja toiminnan ristiriidat ilmenevät erilaisina ohjaustehävän puutteina ja kehittämistarpeina. Potilaat eivät myöskään aina koe tarvitsevansa ohjausta eivätkä ota sitä vastaan. Ohjausta tulee soveltaa potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti käyttämällä kirjallisia ohjeita ja varmistamalla potilaiden ymmärtäneen saamansa ohjauksen.

Hoitohenkilöstö pyrkii vastaamaan potilaan perheenjäsenten erilaisiin tiedontarpeisiin, jotka riippuvat siitä, kuinka tiiviisti he ovat mukana potilaan selviytymisessä. Potilaan kotona selviytymisen alkuun pääsemistä varmistetaan. Hoidonantaja auttaa potilasta tekemällä mielekkäitä ehdotuksia avusta sekä auttaa ehdotusten hyväksymisessä. Potilaita myös motivoidaan ja suostutellaan avun hyväksymiseen. Lisäksi paneudutaan potilaan selviytymisongelmiin muutostilanteessa.

Potilaiden ohjauksessa voi käyttää apuna takaisinopetusmenetelmää. Koulutuksella parannettiin hoitajien tietämystä takaisinopetusmenetelmästä sekä lisättiin heidän itseluottamustaan käyttäen tekniikkaa, jotta potilaiden kotiutusohjeiden ymmärtäminen paranee. Takaisinopetusmenetelmä

on arvokas työkalu hoitajille potilaiden ohjauksessa. Takaisinopetusmenetelmän käyttö varmistaa, että potilaat ymmärtävät paremmin hoitajien kotiutuksen yhteydessä toimittamat monimutkaiset terveystiedot.

2.3.2 Viestintäosaaminen

Viestintäosaaminen yläluokka koostuu alaluokista yhteistyö ja tiedonkulku. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan hoitohenkilöstö tarvitsee monipuolista viestintä osaamista potilaiden kotiutuksissa. Onnistunut kotiuttaminen vaatii yhteistyötä eri tahojen, kuten potilaan ja omaisten, jatko- hoitopaikan, kotisairaanhoidon, kotipalvelun, päivätoimintayksiköiden ja terveyskeskuksen kanssa. Onnistunut kotiuttaminen siis edellyttää toimivia yhteistyökäytäntöjä. Hoitotiimin tulisi olla yhteydessä toisiinsa ja tukea toisiaan. Kokemuksellinen vuorovaikutus tarjoaa monenlaisia mahdollisuuksia.

Tietoa välittäessä hoidonantajan tulee keskittyä muutoksiin potilaan tilanteessa. Kommunikaatio-ongelmat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreille sijoittuvien hoitotahojen välillä vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. Onnistunut kotiutuminen edellyttää toimivaa tiedonkulkua. Hoitotyönyhteenvedon koettiin mahdollistavan nopea, turvallinen ja reaaliaikainen tiedonvälitys. Hoitotyönyhteenvedon arveltiin myös vähentävän potilaan vastuuta tiedonvälityksestä. Viestinnän tulisi olla avointa ja rehellistä. Potilaan osallistumista kaikkeen viestintään kannustetaan. Kommunikointi on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta. Kommunikaatiossa on parannettavaa moniammatillisten tiimien kuten sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon välillä.

2.3.3 Moniammatillinen toiminta

Yläluokka moniammatillinen toiminta koostuu alaluokista moniammatillisuus ja kotiutushoitajan/-koordinaattorin hyödyntäminen. Hoidonantajien yhteistyön intensiteetti sairaalan ja kotihoidon tiimissä on yhteydessä potilaan vaatiman avun laatuun. Kotiutuksissa tulisi hyödyntää eri tahojen asiantuntemusta ja yhteensovittaa palveluita. Kotiutuksia tulisi tehdä moniammatillisen tii-

min toimesta ja heidän tulisi auttaa toisiaan. Integraation edistäminen keskustellen epäonnistuneista kotiutuksista tai tapauksista voisi parantaa suhdetta terveydenhuollon ammattilaisten välillä sekä parantaa kotihoidon roolin ymmärtämistä.

Tulosten mukaan olisi hyödyllistä olla nimettyjä kotiutuksesta vastaavia henkilöitä eli esimerkiksi kotiutushoitajia tai kotiutuskoordinaattoreita. Toisaalta taas sairaanhoitajan, joka vastaa potilaan hoidosta tulisi olla koordinaattorina kotiutuksessa. Lisäksi yksi kotihoidon hoitaja ja yksi sairaalan hoitaja voidaan nimittää pitämään yhteyttä tai koordinoimaan kotiutuksia osastoilta tai muista akuuteista paikoista.

2.3.4 Kotiutuskokonaisuuden hallinta

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella laajimmaksi luokaksi muodostui kotiutuskokonaisuuden hallinta. Kotiutuskokonaisuuteen voidaan ajatella kuuluvan aineiston perusteella alaluokat kotiutuksen ennakointi, kotiutuksen tehokkuus, kotiutuksen potilasturvallisuus, kotiutuksen käytännön järjestelyt, hoitohenkilöstön ammatillisuus, perehtyminen potilaan taloudelliseen tilanteeseen ja sosiaaliturvaan, kotiutussuunnitelman laatiminen, hoitotyön yhteenvedon laatiminen sekä kotiutusprosessin tunteminen.

Hoitohenkilöstön tulee ennakoida ja suunnitella potilaiden kotona alkuun pääsemistä sekä paneutua potilaiden kotihoitomuotoon ennalta. Siirtyminen akuutista hoidosta kotihoitoon tulee olla tehokasta. Sairaanhoitajien mitoitus tulisi suunnitella potilaiden hoitoisuuden mukaan, jotta kotiutukseen on riittävästi resursseja.

Potilasta autetaan sosiaaliturvan järjestämisessä ja paneudutaan potilaan taloudellisiin voimavaroihin. Hoitohenkilökunnalla on yleensä kuitenkin huono tietämys potilaiden sosiaalisista arvioinneista. Potilasta autetaan valmistautumaan kotiin siirtymiseen sopimalla yhteisistä hoitotavoitteista ja keinoista ja auttamalla niiden toteuttamisessa. Hoidonantajan tulee järjestää lääkkeitä, hoitotarvikkeita ja apuvälineitä kotiin valmiiksi, tai antaa niitä mukaan kotiin. Lisäksi huolehditaan turvallisesta kotiin siirtymisestä järjestämällä sopiva kuljetus ja apua kotiin noutamisessa tai perille saattamisessa. Potilaalle konkretisoidaan avun hyötyjä sekä järjestetään mahdollisuus avun kokeilemiseen. Potilaat toivoivat palautteessaan hoitohenkilökunnalle muun muassa lisää aikaa,

yksilöllistä kotiutusta oikeaan aikaan, aikataulut pitäviksi, tarkkuutta papereiden kanssa, avun pyytämisen helpottamista, vuorovaikutusta ja kohteliasta käytöstä sekä teitittelyä.

Hoidonantajat arvioivat potilaiden itsemääräämiseen liittyviä riskejä kotiutuksen suhteen. Hoidonantajien yhteistyön intensiteetti sairaalan ja kotihoidon tiimissä on yhteydessä tiimin jäsenten osaamiseen sekä työnjakoon ja työtapoihin. Ammattilaisten tiedon ja toiminnan ristiriita ilmenee asenteiden muuttamisen tarpeena. Potilaat ja läheiset jättäytyvät ammattilaisten varaan ohjaustilanteissa, jolloin ammattilaiset toimivat ammatillisesti ohjaustilanteita kannattelevina. Toimiessa ammatillisesti ohjausta sovelletaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti lisäämällä potilaiden tietoa käyntiin liittyvistä asioista. Hoitohenkilöstön kokemuksellinen vuorovaikutus tarjoaa mahdollisuuksia laajentaa tietoa ja ymmärrystä yhteisön resursseista sekä edistää kriittistä ajattelua.

Potilaan kotona selviytymistä tulee ajatella pidemmälle. Monipuolinen kotiuttamiskriteeristö huomioisi potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti ja ehkäisisi potilaiden sairaalaan palaamista. Suurin osa sairaanhoitajasta ja erityisesti hoitokodeissa työskentelevistä oli tyytyväisiä kotiutussuunnitelmaan. Ongelma alueiksi tunnistettiin ajan puute raportin tekemiseen ja huono tietämys hoitotyön diagnooseista. Kotiutussuunnitelmalla tulisi olla standardoitu rakenne ja sen tulisi olla joustava. Iäkkäät ja pienituloiset potilaat tarvitsevat erityisesti huomioita, kun laaditaan hoitotyön kotiutussuunnitelmaa. Viestintä on edellytys onnistuneelle kotiutussuunnitelmalle ja kotiutussuunnitelma tulee aina sisällyttää potilaan hoitosuunnitelmaan. Lääkäri- ja hoitohenkilökunnan koulutus koskien kotisairaanhoitajan roolia auttaisi heitä tunnistamaan tarpeen kotihoidon työryhmien osallistumiseen kotiutussuunnitteluun.

Hoitotyönyhteenveto tulee laatia huolellisesti ja sen lisäksi tulee saada lyhyt puhelinraportti sekä epikriisi. Hoitotyön sisällön näkökulmasta yhteenveto arvioitiin tiiviiksi ja selkeäksi tietopaketti jatkohoidon kannalta oleellisista tiedoista, joita ovat muun muassa liikkuminen, ravitsemus, suolentoiminta, lääkitys ja psykologinen säätely. Sähköinen hoitotyönyhteenveto lisää potilasturvallisuutta, koska käsialatulkintoja ei tarvitse tehdä.

Henkilökunnan kouluttamista tarvitaan monimutkaisen kotiutusprosessin hallintaan. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että hoitohenkilöstö hahmottaa kokonaisuudet ja löytää oman osuuden kokonaisuudessa. Potilaita rohkaistaan arvioimaan kotiutuksen suunnitteluprosessia.

Mentorointiohjelma osoittaa pyrkimystä parantaa sairaanhoitajien kotiutussuunnittelun arviointi-, koordinointi- ja ongelmanratkaisutaitoja. Hoitotyön johdon ja koulutus henkilöstön on valmistettava hoitajia ajattelemaan potilaan välittömiä akuutteja hoitotarpeita pidemmälle ja koordinoimaan palveluita hoidon jatkuvuudeksi. Monipuolinen kotiuttamiskriteeristö ehkäisee potilaiden sairaalaan palaamista. Sairanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että jos potilas ei ole mukana kotiutussuunnittelussa hänen hoidossaan voi ilmetä komplikaatioita.

2.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto hoitohenkilökunnan kotiutussosaamisesta. Tuloksista kävi ilmi, että kotiutus on koko hoitajakson kestävä prosessi. Kirjallisuuskatsauksen tulokset, ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen, viestintä osaaminen, moniammatillinen toiminta ja kotiutuskokonaisuuden hallinta, ovat osaamista, jota hoitohenkilökunta tarvitsee kotiutuksissa. Katsaus tarjosi vastauksia sekä kotiutussosaamista edistävästä, että estävästä tekijöistä.

Hyvä kotiutus lisää potilastyytyväisyyttä, edistää potilasturvallisuutta ja ennalta ehkäisee uusintakäyntejä terveydenhuollossa. Puutteellinen kotiutus taas voi johtaa epäselvyyksiin ja vaaratilanteisiin. (Laine, Lappalainen & Stenman 2022, 3.) Teoriatasolla tiedetään mitä osaamista kotiutuksissa tarvitaan ja kuinka kotiutuksissa toimitaan, mutta käytännön toiminnassa on puutteita.

Ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen

Ohjausosaaminen ja potilaiden sekä omaisten selviytymisen tukeminen on hoitohenkilökunnan keskeistä osaamista kotiutuksissa. Opetus- ja ohjausosaaminen sisältää potilaiden ja omaisten opettamisen ja ohjaamisen terveyden edistämiseksi sekä itsehoitovalmiuksien lisäämiseksi. Potilaita autetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoidosta antamalla tietoa, opettamalla, ohjaamalla ja tukemalla. Potilaan osallisuutta tukemalla edistetään selviytymistä sekä elämänhallintaa. (Kassara ym. 2004, 41.) Potilaiden hyvä ohjaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta ammatillista vastuuta kehittää ohjausvalmiuksiaan ja näin turvata potilaille riittävä ohjauksen saanti (Lipponen 2014, 17).

Hoitotyössä potilaiden ohjauksen tarve on lisääntynyt. Ohjauksen rooli korostuu erityisesti silloin kun hoitojakso on lyhyt. (Lipponen 2014, 17; Hilden 2002, 24.) Ohjaukselle tulee varata riittävästi aikaa. Potilaiden ohjauksessa kannattaa käyttää tukena kirjallista materiaalia. Erityisen huolellinen tulee olla ohjatessa lääkehoitoa potilaille. Myös erityisryhmien ohjaaminen vaatii huomiota. Mahdollisuuksien mukaan ohjaukseen otetaan mukaan potilaan omaiset. (Laine, J., Lappalainen, J. & Stenman, T. 2022, 5–6, 19.) Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (n.d) ohjaavat hoitajaa tukemaan potilaan ja omaisten osallistumista omaan hoitoonsa sekä päätöksentekoon. Hoitajat pyrkivät tukemalla lisäämään potilaiden voimavaroja ja parantamaan näin heidän elämänlaatuaan.

Ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä, mutta se ei aina toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Potilasohjaus voidaan kokea riittämättömäksi ja ohjauksen sisältö voi vaihdella. Ohjausta ei myöskään aina anneta oikeaan aikaan vaan monesti ohjaus painottuu kotiin lähdön hetkeen. Potilaat voivat kokea, että ohjaus ei ole yksilöllistä tai se on liian vaikeaa ymmärtää. Ohjauksen puutteeseen voi vaikuttaa hoitohenkilökunnan kiire, henkilökunnan vaihtuvuus ja perehdytyksen puute. (Eloranta & Virkki 2011, 16-17.) Hoitohenkilökunnan tulisi aina varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjauksen (Palonen 2016, 52-57).

Potilaiden ohjauksessa voidaan käyttää apuna takaisinopetusmenetelmää (Teach back). Hoitajien tulee olla saanut perehdytystä työkalun käyttöön. (Scott, Andrews, Bulla & Loerzel. 2019, 293.) Takaisinopetusmenetelmällä voidaan pyrkiä varmistamaan, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjauksen. Tällöin potilas voi kertoa omin sanoin jatkohoitoon liittyvät asiat ja näin varmistaa yhteinen ymmärrys sekä tarvittaessa tarkentaa ohjeita tai antaa lisätietoja. (Palonen, Kariniemi, Peltola, Pesonen, Rantanen & Siira 2020, 15.)

Viestintäosaaminen

Viestintä on tiedonkulkua ja vuorovaikutusta. Viestintä voi olla suullista tai kirjallista ja viestintäkanavia on monia. (Lohtaja-Ahonen & Kaihovirta-Rapo 2012, 11; Silvennoinen 2004, 15-18.) Useasta katsauksen tutkimuksesta nousi esille toimivan tiedonkulun, vuorovaikutuksen ja yhteistyön keskeinen merkitys kotiutuksissa (Koponen 2003, 66; Lämsä 2013, 109; Hammar 2008 102, Carroll & Dowling 2007, 886; Lino 2021,187; Lopes ym. 2019, 1142). Tiedonvaihdon kehittäminen potilaan kotihoidon ja omaisten kanssa koetaan tarpeelliseksi. Tiedonsiirrossa on ollut ongelmia myös potilaiden siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tieto ei aina kulje oikein ja

ristiriitoja sekä tietokatkoja syntyy. Tiedon siirtymisessä on edelleen kehittämistarvetta. Tiedon siirron tulisi olla sujuvampaa ja turvallisempaa. (Isoherranen 2012, 137.)

Sairaaloissa potilaiden tiedot kirjataan organisaation yhteiseen potilastietojärjestelmään. Se on päivittäisessä käytössä ja sama järjestelmä palvelee kaikkia potilaan hoitoon osallistuvia tahoja. Ohjelma sisältää muun muassa potilaiden hoitosuunnitelman. Kirjattujen tietojen tulisi olla helposti saatavilla, helppoja käyttää, laadukkaita ja selkeitä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 313-314.) Laadukkaan kirjaamisen keskiössä ovat selkeys ja loogisuus, potilaan hoitoa koskevat oleelliset asiat ja hoidon vaikuttavuuden seuranta. Lyhyillä hoitjaksoilla oleellista on kirjata hoitoon tulon syy, tehdyt tutkimukset tai toimenpiteet, potilaan vointi ja millaista ohjausta potilas on saanut. (Lauri 2006, 111.) Hoitotyön yhteenvedo mahdollistaa nopean ja turvallisen tiedonvälityksen ja vähentää potilaiden vastuuta tiedonsiirrosta (Kuusisto 2018, 63). On tärkeää, että koko henkilöstö osaa käyttää ohjelmia eli kirjata tietoja ja lukea tai etsiä tietoja potilaasta. Myös puhelimitse hoidetaan paljon potilaiden kotiutuksiin liittyviä asioita. Tähän liittyen on tärkeää, että yhteystiedot ovat ajan tasalla ja työnjako sovittua.

Moniammatillinen toiminta

Katsauksen tutkimusten mukaan kotiutuksissa tulisi tehdä moniammatillista yhteistyötä ja hyödyntää eri tahojen asiantuntemusta (Hammar 2008, 102; Carroll & Dowling 2007, 886). Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista toimintaa on tiimityö, ryhmätyö ja työryhmät, joissa yhteistyötä tehdään eri ammattilaisten tai asiantuntijoiden kesken, jotta yhteinen päämäärä voitaisiin saavuttaa. Potilas ja omaiset tulisi myös ajatella osana tiimiä tai sen keskiössä. (Isoherranen 2012, 31–47; Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 15.) Kotiutuksen onnistuminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä (Laine, Lappalainen & Stenman 2022, 5).

Moniammatillisen tiimin jäsenten roolit ja tehtäväkuvat tulisi olla ennalta sovitut, mutta joustavat. Tiimin toimintaan vaikuttaa sen jäsenten työkokemukset sekä tiimin jäsenten mahdolliset erityisosaamiset. Organisaatiokulttuuri vaikuttaa moniammatilliseen toimintaan, kuten myös toimintaympäristön muutokset. Huomion arvoista tiimityössä on vastuun jakaminen tiimissä sekä moniammatillisen työn johtaminen. Haasteena julkisella sektorilla voi olla byrokratia ja hierarkia, esimerkiksi tiimin työntekijöillä voi olla eri esihenkilöt ja hallinto taustalla. (Isoherranen 2012, 101-104, 110, 147.)

Hyvä tiimi lisää henkilöstön työhyvinvointia eli edistää työtyytyväisyyttä ja työssä jaksamista. Keinoina moniammatillisen tiimin työhyvinvoinnin kehittämiseen voi olla esimerkiksi eri ammattiryhmien yhteiset koulutukset ja työnohjaus. (Isoherranen 2012, 101-104, 110, 147.) Moniammatillisessa työryhmässä on keskeistä henkilökunnan monipuolisen osaamisen hyödyntäminen. Työnohjauksella voidaan tukea moniammatillisuuden rakentumista ja sen johtamista. (Lindholm & Vogt 2017, 260-261.)

Katsauksen tuloksissa nousi esille myös mahdollisuus hyödyntää nimettyjä kotiutushoitajia tai koordinaattoreita (Carroll & Dowling 2007, 886; Lino 2021, 187). Sairaanhoidajan rooli on osoittautunut laajaa osaamista edellyttäväksi ja haasteelliseksi hoitoyksiköissä, joissa potilaat ovat usein moniongelmaisia ja heillä on useita eri sairauksia. Sairaanhoidajan roolissa toimitaan usein tiimin toiminnan koordinaattorina ja/tai hoitotyön asiantuntijana. Kun potilaat ovat monisairaita, monenlaista erityisosaamista tarvitaan kokonaisuuden huomioivaan hyvään ja tehokkaaseen hoitoon sekä kotiutuksiin. (Isoherranen 2012, 104.) Tällä hetkellä Suomessa toisissa hoitoyksiköissä on erilliset kotiutushoitajat ja toisissa ei ole. Kainuun keskussairaalassa ei ole erikoissairaanhoidon osastoalueella kotiutushoitajia, mutta perusterveydenhuollon osastoilla on. Kotiutushoitajien toiminta auttaa erityisesti paljon apuja tarvitsevien potilaiden kotiutuksissa (Koponen, 2003, 25).

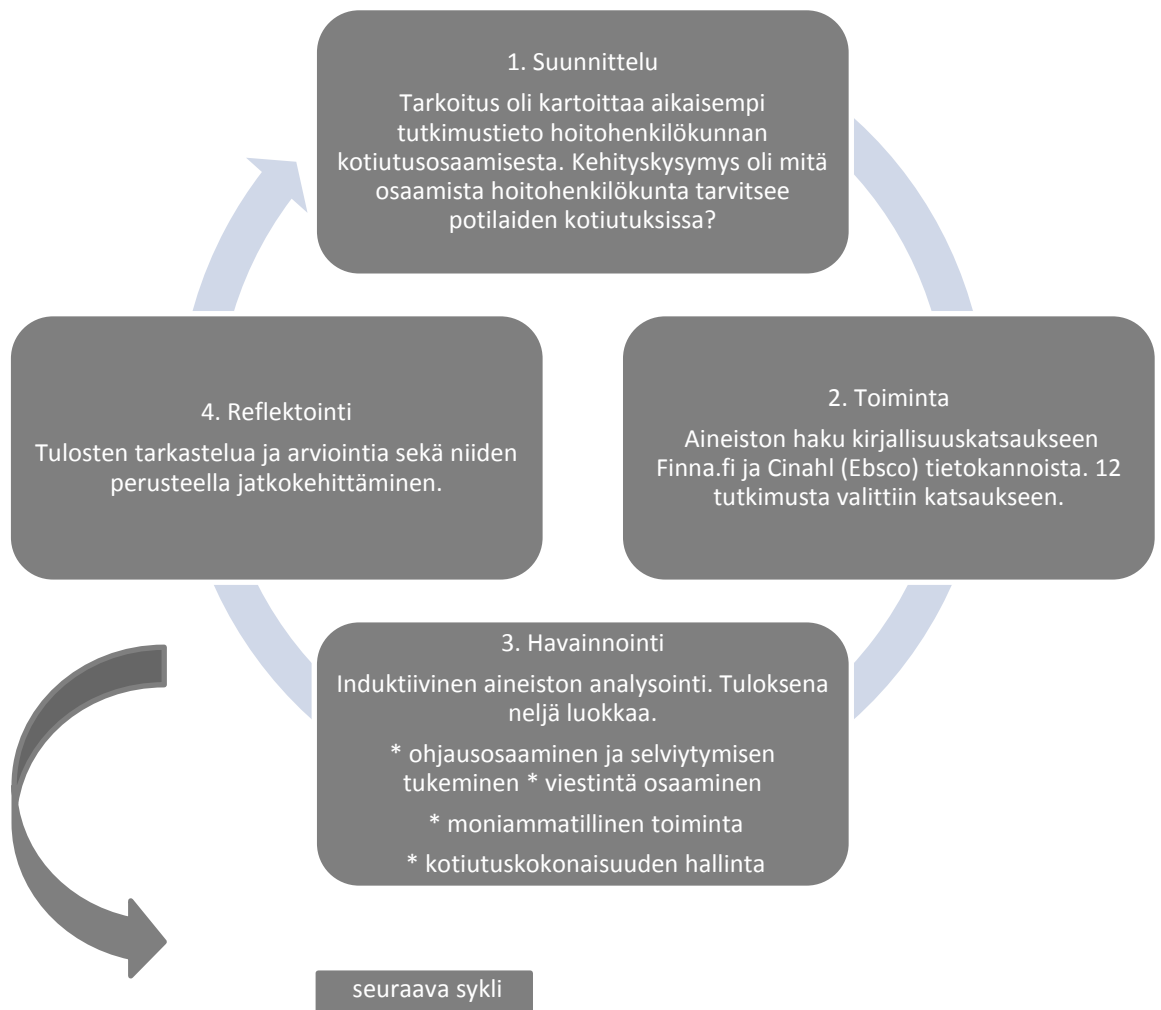
Kotiutuskokonaisuuden hallinta

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunnan tulisi hallita laaja, monimutkainen ja vaativa kotiutuskokonaisuus. Hoitohenkilökunnan tulisi osata ennakoida, suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaiden kotiutuksia. Toiminnan tulisi olla tehokasta, mutta turvallista ja hallittua. Henkilökunnan ymmärrys organisaation palvelujärjestelmästä sekä erilaisten palvelu- ja hoitopolkujen tunteminen auttavat turvaamaan asiakkaalle palveluprosessin sekä asiakaslähtöisen palvelupolun (Timperi 2022, 26). Hoitohenkilöstön tulisi siis tuntea organisaation kotiutusprosessi ja huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet asiakaslähtöisesti.

Päällekkäisestä ja ristiriitaisuuksia sisältävästä työskentelystä seuraa usein sekaannusta ja tehotomuutta (Isoherranen 2012, 30). Lääkäreillä on lainsäädännöllinen vastuu kotiutuksista, mutta kotiutuksen oikea aikaisuuden ja potilaiden kotikuntoisuuden arviointi kuormittaa moraalisesti

kaikkia hoitoon osallistuvia ja voi aiheuttaa jopa arvostiriitoja. Katsauksen tulosten mukaan hoitoyksiköissä tulisi olla laadittu selkeät kotiutusproteerit. Hoitoyksiköissä tulisi olla myös yhtenäinen kotiuttamisprotokolla (Laine, Lappalainen & Stenman 2022, 5). Kotiutussuunnitelma tulisi aina sisällyttää potilaan hoitosuunnitelmaan (Carroll & Dowling 2007, 886). Sovitut toimintatavat, osastokohtaiset ohjeet ja hyvä perehdyttäminen auttavat vaihtuvaa henkilöstöä löytämään paikkansa moniammatillisessa toiminnassa (Isoherranen 2012, 114). Hoitajien mitoitus tulisi suunnitella potilaiden hoitoisuuden mukaan, jotta kotiutukseen on riittävästi resursseja (Lopes ym. 2019, 1142).

Useasta tutkimuksesta nousi esille hoitohenkilöstön koulutuksen tarve. Henkilökunnan kouluttamista tarvitaan monimutkaisen kotiutusprosessin hallintaan (Lämsä 2013, 109). Asiakkaan kannalta on tärkeää, että hoitohenkilöstö hahmottaa kokonaisuudet ja löytää oman osuuden kokonaisuudessa (Hammar 2008, 102). Myös mentorointi nousi esille yhdessä tutkimuksessa mahdollisuutena ammatilliseen kehittymiseen (Matt-Hensrud ym. 2001, 62). Sairaanhoidajan velvollisuutena on kehittää jatkuvasti omaa osaamistaan ja ammattitaitoaan. Hoitotyön laadun tulisi olla hyvä ja sitä tulisi pyrkiä kehittämään jatkuvasti. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet n.d.) Hoitohenkilökunnan on suositeltavaa aktiivisesti hankkia uutta tietoa, arvioida tietoa sekä kokeilla uusia toimintatapoja hoitotyössä. Kuitenkin asiantuntijaksi kehittyminen vaatii useiden vuosien työskentelyä ammatissa. (Lauri 2006, 130-131.) Ensimmäisen syklin sovellus kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Opinnäytetyön ensimmäinen sykli, sovellus toimintatutkimukseen

Syklin ensimmäinen vaihe on suunnittelu, jossa kuvataan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus teoriassa. Syklin toinen vaihe on toiminta, jossa tehdään aineiston haku ja laadunarviointi. Syklin kolmas vaihe on havainnointi, jossa kootaan aineiston analyysin tulokset. Neljännessä vaiheessa reflektoidaan saatuja tuloksia suhteessa teoriaan. Neljännen vaiheen jälkeen suunnataan seuraavaan sykliin, joka perustuu aina edelliseen.

2.5 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa tulee pyrkiä välttämään virheitä ja jokaisen tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158). Luotettavuutta kirjallisuuskatsauksessa voidaan arvioida muun muassa aineiston käsittelyn ja valitun aineiston laadun perusteella. Aineiston haku ja käsittely tulisi olla kuvattu avoimesti ja tarkasti, jotta lukija pystyy seuraamaan prosessia. (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d; Kangasniemi & Pölkki 2016, 91.)

Luotettavuutta aineiston hakuvaiheessa lisää mukaanotto- ja poissulkukriteereiden määrittely. Kattavat kriteerit vähentävät virheellisen tai puutteellisen katsauksen mahdollisuutta ja varmistavat sen, että katsaus kohdistuu oikein. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 26.) Kirjallisuuskatsausta varten tässä opinnäytetyössä määriteltiin hakukriteerit. Kuitenkin tässä katsauksessa käytetyt kriteerit aineiston maksuttomuudesta ja sähköisesti saatavilla olemisesta, voivat rajata aineistosta pois tutkimuksia ja näin heikentää katsauksen luotettavuutta. Ihanteellista olisi ottaa mukaan myös kaikilla kielillä löytyvä aineisto, mutta tässä opinnäytetyössä rajauksena oli suomi ja englanti opinnäytetyön tekijän resurssien vuoksi. Kirjallisuuskatsauksen kaikki vaiheet on tässä opinnäytetyössä pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta toistettavuus on mahdollista.

Tutkimusten laadunarvioinnin tavoitteena on valita hyvälaatuisia tutkimuksia, mikä lisää luotettavuutta ja mahdollistaa näytön tiivistämisen. Opinnäytetyön tekijä on suorittanut katsaukseen valituille tutkimuksille laadun arvioinnin yksin, joka voi vaikuttaa arvioinnin laatuun eli uskottavuuteen heikentävästi. Suosituksena on, että vähintään kaksi henkilöä, joilla on hyvä tutkimusmetodinen osaaminen, arvioi tutkimukset itsenäisesti. Sen jälkeen arvioinnin tuloksia verrataan keskenään ja päädytään yhteiseen arvioon. (Tutkimustiedon laadun arvioiminen n.d.)

Sisällönanalyyysissa oleellista luotettavuuden kannalta on se, miten opinnäytetyön tekijä osoittaa yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Aineiston luokittelun luotettavuutta lisää se, että luokittelun suorittaa useampi henkilö ja näin samansuuntaisuutta voidaan arvioida. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36–37.) Tässä opinnäytetyössä aineiston käsitteli kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekijä yksin, mikä voi heikentää sen luotettavuutta. Aineistosta saatiin kuitenkin vastauksia kotiutusosaamisesta katsauksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen mukaisesti. Kirjallisuuskatsausta voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä.

Eettisyys

Kirjallisuuskatsaus tulee toteuttaa noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Tällä tarkoitetaan muun muassa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.) Tutkimusaineistoa ei voi luoda tyhjästä eikä sitä saa väärentää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät tiedonhankinnassa, aineiston käsittelyssä ja arvioinnissa ovat yleisesti hyväksytyjä tieteelliselle tutkimukselle. Kirjallisuuskatsausta tehdessä eettisyys on pyritty huomioimaan jokaisessa vaiheessa suunnittelusta arviointiin.

Tutkimustyössä uskottavuus ja eettiset ratkaisut kulkevat rinnakkain. Eettisyys koskee siis tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149.) Opinnäytetyön tekijän ammatitieteen ja moraalitieteiden vaikuttavat opinnäytetyössä tehtyihin valintoihin ja työskentelyn vastuullisuuteen sekä laatuun. Lähdemerkinnät on pyritty tekemään huolellisesti ja totuudenmukaisesti, alkuperäisiä lähteitä kunnioittaen. Lukijalle tulisi olla selkeää, mikä on lainattua tekstiä ja mikä opinnäytetyön tekijän omaa tekstiä. Työelämälähtöisessä opinnäytetyössä myös organisaation arvot ja eettiset säännöt ohjaavat toimintaa tieteellisten ohjeiden lisäksi. Opinnäytetyön tekijä on perehtynyt Kainuun hyvinvointialueen strategiaan ja arvoihin, joka vaikuttaa työskentelyn taustalla.

2.6 Lähteet

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö. (N.D). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla 8.2.2023
<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.

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

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 80–93.

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

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola M-L. & Hietanen, H. (2004) Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Laine, J., Lappalainen, J & Stenman, T. (2022). Turvallinen kotiuttaminen. Duodecim oppiportti.

Lauri, S. (2006). Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy. 21-43.

Lehtiö, L. & Johansson, E. (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 35-55.

Lindholm, M. & Vogt, L. (2017). Työnohjaus moniammatillisuuden rakentajana. Teoksessa J. Helminen (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 260-279.

Lipponen, K. (2014). Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavilla 25.5.2023 <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>

Lohtaja-Ahonen, S & Kaihovirta-Rapo, M. (2012). Tehoa työelämän viestintään. Helsinki: Talentum Media Oy.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 23-33.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. (2006). Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (N.D). Suomen sairaanhoitajat. Saatavilla 8.2.2023 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.p.df>

Suhonen, Axelin & Stolt. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 7-22.

Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu Finto. Saatavilla 15.1.2023 <https://finto.fi/mesh/fi/page/D010351>

Silvennoinen, M. (2004). Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Timperi, T. (2022). Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen, selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

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

Tutkimustiedon laadun arvioiminen. (N.D). Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 8.2.2023 <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Carroll, A. & Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of nursing* 16 (14), 882–886. DOI: 10.12968/bjon.2007.16.14.24328

Hammar, T. (2008). Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttaminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja, Stakes tutkimuksia 179. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>

Koponen, L. (2003). Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä-substanttiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Tampere. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-5822-2>

Kuusisto, A. (2018). Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2707-1>

Lino, P. (2021). Challenges and complexities of discharge planning from a district nursing perspective. *British journal of community nursing* 26 (4), 184-188. DOI: 10.12968/bjcn.2021.26.4.184

Lopes, V., Souza, M., Schwyzer, I., Vasconcelos, J., Dzikovicz, V & Silva, I. (2019). Participation of nurses in hospital discharge planning. *Journal of nursing UFPE/Revista de Enfermagem* 13(4), 1142-1150. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i04a236850p1142-1150-2019

Lämsä, R. (2013). Potilaskertomus- etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Väitöskirja. Tampere. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-839-1>

Matt-Hensrud, N., Severson M., Hansen DC. & Holland, DE. (2001). A discharge planning program in orthopaedics: experiences in implementation and evaluation. *Orthopaedic nursing* 20 (1), 59–66. DOI: 10.1097/00006416-200101000-00011

Rauhasalo, A. (2003). Hoitoaika lyhenee-koti kutsuu: lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhus-
ten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
<http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1549-2>

Palonen, M. (2016). Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä
ohjaus: hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.
Väitöskirja. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0277-1>

Reig-Garcia, G., Bonmati-Tomas, A., Suner-Soler, R., Malagon-Aguilera, M., Gelabert-Vilella, S.,
Bosch-Farre, C., Mantas-Jimenez, S., Juvinya-Canal, D. (2022). Evaluation and perceptions of a
nursing discharge plan among nurses from different healthcare setting in Spain. BMC Health Ser-
vices Research 22 (1), 710. University of Girona. DOI: 10.1186/s12913-022-08109-9

Scott, C., Andrews, D., Bulla, S & Loerzel, V. (2019). Teach-back method: Using a nursing education
intervention to improve discharge instructions on an adult oncology unit. Clinical Journal of
Oncology nursing 23 (3), 288-294. DOI: 10.1188/19.CJON.288-294

3 Kotiutusosaamisen nykytila ja haasteet (sykli 2)

Opinnäytetyön toisen syklin tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen nykytilaa sekä kotiutuksen haasteita Kainuun keskussairaalassa. Osaamista kartoitettiin projektiryhmässä ryhmähaastattelulla. Nykytilaa ja haasteita verrattiin sen jälkeen kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. Tulosten avulla selvitettiin kotiutusosaamisen kehittämisen tarvetta ja saatiin aihe kolmanteen sykliin.

3.1 Henkilöstön kotiutusosaaminen (suunnittelu)

Potilaiden kotiuttaminen sairaalasta voi olla monimutkainen prosessi. Sairaalan osastoilla lääkärikiertojen yhteydessä käydään kotiuttamiskeskusteluja, joissa arvioidaan potilaan siirtymistä suoraan omaan kotiin tai toiseen hoitopaikkaan, kun sairaalahoidon tarve loppuu. Eri asiantuntijoilla voi erilaisia näkemyksiä kotiuttamisen ajankohdan ja jatkohoitopaikan suhteen, joten eri kotiuttamisperusteita joudutaan arvioimaan useammasta näkökulmasta. (Lämsä 2013, 105.) Potilaiden kotiutus vaatii henkilökunnalta monenlaista osaamista. Hoitajan ydinpätevyksiin monissa yksiköissä kuuluu muun muassa kotiuttamisen suunnittelutaidot (Hilden 2002, 35).

Moniammatillinen yhteistyö on sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöistä työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan kokonaisuutena asiakkaan elämätilanne ja hoitopolku. Moniammatillinen tiimi koostuu asiantuntijoista, joilla on erilainen koulutus. He työskentelevät yhteistyössä, jotta yhteinen päämäärä voitaisiin saavuttaa. Työntekijät tuovat yhteistyöhön oman ammatillisen tiedon sekä erikoisosaamisen sekä jakavat vastuuta ja tekevät päätöksiä yhdessä. Toimiva yhteistyö edellyttää avointa vuorovaikutusta sekä toisen työn arvostamista ja toiseen luottamista. (Isoheranen, Rekola & Nurminen 2008, 15-16, 34; Pärnä 2012, 50.) Yhteistyöosaaminen sisältää näkemyksen työstä, jossa jaetaan osaamista ja vastuuta työskennellen yhdessä tiiminä. Asiakaslähtöisessä toiminnassa jokaisella asiantuntijalla on merkitys osana yhteistyötä ja palvelukokonaisuutta. (Timperi 2022, 22.)

Kainuun keskussairaalassa potilaita kotiuttavat osastoilta pääasiassa sairaanhoitajat. Päätöksen kotiutuksesta tekee lääkäri. Lisäksi potilaiden kotiutuksiin voivat osaltaan osallistua tilanteen mukaan lähihoitaja, sosiaaliohjaaja, kuntoutusohjaaja, fysioterapeutti, asiakasohjaaja, kotihoiton kotiutuskoordinaattori, kotiutushoitaja, kotihoiton hoitaja sekä opiskelijat.

Toisessa syklissä selvitettiin tämän hetkisiä potilaiden kotiutuksen haasteita haastattelun avulla. Toisen syklin kehittämiskysymys oli, mitä haasteita potilaiden kotiutuksiin liittyy?

3.2 Ryhmähaastattelu (toiminta)

Projektiryhmä koostui Kainuun keskussairaalan työntekijöistä, jotka osallistuvat potilaiden kotiutuksiin sairaalasta. Projektiryhmään osallistujat valittiin yhdessä esihenkilöiden ja toimeksiantajan kanssa eri työyksiköistä. Osallistuminen oli henkilöstölle kuitenkin vapaaehtoista. Ennalta karotetuille osallistujille lähetettiin sähköpostilla saatekirje lisätietona. Liitteessä 5 on saatekirje projektiryhmään osallistujille.

Projektiryhmään pyydettiin mukaan vapaaehtoisia työntekijöitä eri yksiköistä, jotta saatiin monipuolisesti näkökulmia ja kokemuksia kotiutuksista. Työyksiköt valittiin yhdessä toimeksiantajan kanssa. Projektiryhmään toivottiin mukaan hoitotyöntekijä osastolta A (sisätaudit), hoitotyöntekijä osastolta B (kirurgia), hoitotyöntekijä päivystyksestä, hoitotyöntekijä yleislääketieteen osastolta (perusterveydenhuolto) ja sairaalan sosiaaliohjaaja sekä Kainuun kuntien asiakasohjaaja ja kotihoiton kotiutuskoordinaattori. Valituille henkilöille ei asetettu kriteereitä työkokemuksen pituuden, sukupuolen, iän tai muiden seikkojen perusteella. Ryhmään oli yhtä lailla sopivia pitkän työkokemuksen omaavat henkilöt ja vasta ammattiin valmistuneet.

Yhteisten aikataulujen sopiminen osoittautui erittäin haastavaksi, koska työntekijöitä oli tavoitteena saada mukaan yhteensä seitsemästä työyksiköstä ja heistä suurin osa teki vuorotyötä. Opinnäytetyöntekijä joutui neuvottelemaan henkilövalinnoista ja aikatauluista työntekijöiden lisäksi myös monien heidän esihenkilöidensä kanssa. Päivystysalue ei osallistunut projektiryhmään ollenkaan. Sosiaaliohjaajat olisivat halunneet osallistua, mutta heidän aikatauluihinsa haastattelu ei valitettavasti sopinut. Ryhmään olisi ollut antoisaa saada mukaan muitakin ammattilaisia, kuten

fysioterapeutti tai kotisairaala Aliisan hoitaja. Ryhmän kokoa jouduttiin kuitenkin tietoisesti rajaamaan opinnäytetyön resurssien vuoksi.

Ryhmähaastattelu antaa tietoa ilmiöstä, josta ryhmään osallistuvilla henkilöillä on kokemusta. Projektiryhmää haastateltiin avoimen haastattelun avulla, mutta teemat siihen oli määritelty. Yleensä toimintatapana on, että haastattelija tallentaa haastattelun sekä kirjaa asiat ylös ja aineisto analysoidaan induktiivisella sisällön analyysillä. Ryhmähaastattelulla voidaan säästää aikaa, kun tietoa saadaan samanaikaisesti usealta henkilöltä (Kananen 2014, 92; Huovinen & Rovio 2010, 110-111). Haastattelulla on aina tietty päämäärä ja haastattelua ohjaa opinnäytetyön tavoite. Tutkimushaastattelu rakentuu kysymyksistä ja vastauksista. Haastattelu voidaan nauhoittaa tai opinnäytetyön tekijä voi tehdä muistiinpanoja. (Ruusuvuori ja Tiittula 2005, 23–27.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin tekemään haastattelusta napakka ja informatiivinen, mutta resurssien vuoksi liiallista laajuutta vältettiin tietoisesti.

Teemahaastattelussa haastattelun aiheet on ennalta määritelty. Tarkkoja kysymyksiä ei kuitenkaan laadita ennalta. Teemahaastattelu on muodoltaan avoin, mutta siinä on avointa haastattelua tarkemmat rajat. Valitut teemat muodostavat kehikon, jonka sisällä keskustelun tulisi pysyä. Ryhmähaastattelussa on paikalla samaan aikaan useita henkilöitä, joten sitä voidaan pitää tehokkaana ja vuorovaikutteisena. Ryhmähaastattelua pidetään sopivana erityisesti toimintatutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 1998, 87–89, 96.)

Teemahaastattelussa pyritään saamaan merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat yleensä siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.) Teemahaastattelua kutsutaan monesti myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125). Tässä opinnäytetyössä haastattelun teemat nousivat opinnäytetyön ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksen perusteella. Teemoina haastattelussa olivat siis ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen, viestintäosaaminen, moniammatillinen toiminta ja kotiutuskokonaisuuden hallinta. Teemat kerrottiin ennalta ryhmäläisille sähköpostilla.

Projektiryhmän haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna maaliskuussa 2023 Kainuun keskussairaalassa. Haastatteluun osallistui lopulta yhteensä viisi henkilöä. Haastattelijan tulee aina kertoa ryhmän jäsenille kehittämistyön tarkoitus ja luottamuksellisuus (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti

2014, 108). Ennen haastattelun alkua opinnäytetyön tekijä esittäytyi ja kertoi taustoja opinnäytetyöstä. Myös projektiryhmän jäsenet esittäytyivät ja heiltä pyydettiin suullinen suostumus osallistumisesta. Projektiryhmän jäsenille oli lähetetty ennalta saatekirje, liite 5. Mukaan valikoituneilla henkilöillä oli kaikilla pitkä työkokemus, vaikka tätä ei edellytetty. Varsinaisen haastattelun kesto oli tunti ja 11 minuuttia. Haastattelu lopetettiin siinä vaiheessa, kun ryhmän jäsenillä ei ollut enää mitään sanottavaa aiheesta. Saturaatiopiste on yleensä saavutettu, kun haastattelu ei enää tuota kehittämistehtävän kannalta uutta oleellista tietoa (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 111). Haastattelu nauhoitettiin puhelimitse, projektiryhmän jäsenet olivat nauhoituksesta tietoisia ja antoivat siihen suostumuksensa sekä lisäksi opinnäytetyön tekijä teki muistiinpanoja haastattelun aikana.

3.3 Aineiston analyysi ja tulokset (havainnointi)

Saatuun aineistoon tulee tutustua erittäin huolellisesti. Aineiston laajuudesta riippuu sen käsittelytapa. Opinnäytetyön tekijällä ei tulisi olla ennakkokäsityksiä esille nousevista asioista vaan aineistoon tulisi suhtautua avoimin mielin ja ottaa vastaan mahdolliset uudet näkökulmat. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 13-15.) Haastattelu aineiston analysointi alkaa litteroinnista eli aineiston muuttamisesta tekstiksi. Litteroinnin tarkkuustaso riippuu tutkimuskysymyksestä ja siitä mitä tarkalleen ottaen tutkitaan. Toisissa tutkimuksissa huomio kiinnitetään asiasisältöön ja toisissa taas puhetaan ja puheen piirteisiin. (Ruusuvoori & Nikander 2017, 427.) Tässä opinnäytetyössä painotetaan nimenomaan asiasisältöä.

Litteroidessa voidaan antaa haastateltavalle tunnus esimerkiksi H4, jotta voidaan erottaa mitkä aineistot ovat peräisin samalta haastateltavalta (Ruusuvoori & Nikander 2017, 430-431). Tässä opinnäytetyössä ei haastateltavien tunnukset ole tarpeellisia, vaan henkilöt voivat jäädä mahdollisimman anonyymeiksi. Lisäämällä tunnus haastateltaville voisi olla mahdollista esimerkiksi tunnistaa tarkasti mitä työyksikköä kukin henkilö edustaa.

Ensimmäiseksi haastattelun jälkeen opinnäytetyön tekijä kirjoitti haastattelun auki tekstiksi Word-ohjelmalla sanasta sanaan. Tekstiksi kirjoitettiin siis kaikki puhutut sanat juuri sellaisenaan eli puhekielellä. Tekstiä tuli 10 A4 kokoista sivua, fontilla Calibri ja rivivälillä 1. Tässä opinnäytetyössä ei litteroidessa huomioitu äänenpainoja, ilmeitä, eleitä tai nauramista vaan painopiste oli

itse puhutussa asiassa. Jokainen haastatteluun osallistuva nosti esille haluamiin asioita ja keskustelu oli rennon oloista ja vuorovaikutteista.

Aineiston sisältöön tulee perehtyä lukemalla se läpi toistuvasti (Kananen 2014, 112). Opinnäytetyön tekijä luki tekstin useita kertoja läpi, jotta aineisto tuli tutuksi ja selkiytyi. Tekstistä pyrittiin löytämään tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset asiat. Aineiston analyysiyksiköksi valittiin lauseen osa tekstin moniulotteisuuden vuoksi. Analyysiyksiköt pelkistettiin tekstistä siten, että kaikki epäolennainen jätettiin pois. Sisällön analyysissä käytetty tarkkuus voi vaihdella eri tutkimuksissa (Ruusuvoori & Nikander 2017, 435). Usein litteroinnissa riittää karkeampi taso, jossa huomioidaan asian ydin tiivistetyssä muodossa (Kananen 2014, 105-106). Aineistosta poimittiin siis vain sisältö, joka oli tutkimuskysymyksen kannalta olennaista.

Analyysiyksiköitä oli yhteensä 93 kappaletta. Teemahaastatteluissa litteroitu aineisto puretaan yleensä teema-alueittain (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 110). Analyysiyksiköt ryhmiteltiin haastattelun teemojen mukaisesti samankaltaisuuksien perusteella. Sen jälkeen yksiköt ryhmiteltiin alaluokiksi ja alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sen jälkeen alaluokat yhdistettiin vielä yläluokiksi ja ne nimettiin kokoavilla käsitteillä. Yläluokkia muodostui neljä kappaletta. Luokkien nimet ovat: ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi, viestintä, yhteistyö ja kotiutuksen koordinaatio sekä jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen. Esimerkki luokittelusta on kuvattuna taulukossa 3. Aineiston luokittelu on kokonaisuudessaan liitteessä 5.

Taulukko 3. Esimerkki haastattelun aineiston luokittelusta

Teema	Haasteina	Alaluokat	Yläluokat
ohjaus-osaaminen ja selviytymisen tukeminen	lääkehoidon ohjausta toteutetaan liian vähän (1) hoito-ohjeiden läpikäyminen liian vähäistä (3) ei varmisteta onko potilaat ymmärtäneet ohjeita (4) kotioloja ja siellä selviytymistä ei aina kartoiteta (5) apuvälineiden tarvetta ei ole aina kartoitettu (6) hoitoyksikön yhteystietoja ei ole annettu potilaalle (7) potilaat ei aina tiedä mitä lääkkeitä on aloitettu ja miksi (8)	A lääkehoidon ohjaus (1,8,9,10,11) B omaisten huomioiminen (77,78,89) C kotihoito-ohjeiden antaminen (3,4,7,20,23,85) D kotona selviytymisen arviointi (5,6,32,33,88)	I Ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi (A, B, C, D)

Sisällönanalyysin tuloksena muodostui neljä luokkaa, jotka kuvasivat kotiutuksen haasteita tällä hetkellä Kainuussa. Luokat sisälsivät tekijöitä, joita kehittämällä voidaan edistää henkilökunnan kotiutusosaamista.

3.3.1 Ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi

Teemahaastattelun tulosten mukaan potilaiden kotiutuksissa yhtenä haasteena tällä hetkellä on ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi. Yläluokka ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi koostuu alaluokista lääkehoidon ohjaus, omaisten huomioinen, kotihoito-ohjeiden antaminen sekä kotona selviytymisen arviointi.

Haastateltavat toivat esille, että potilaiden ja omaisten ohjaaminen on liian vähäistä. Potilaiden hoidon tarpeita ei kartoiteta riittävästi. Kotihoito-ohjeiden antaminen kaikkineen koettiin puutteelliseksi ja lääkehoidon ohjaus vähäiseksi. Kotona selviytymistä ei myöskään arvioida tulosten mukaan käytännön työssä riittävästi ennen potilaiden kotiutusta.

3.3.2 Viestintä

Projektiryhmään kuuluvat henkilöt kokivat kotiutukseen liittyvässä viestinnässä olevan haasteita tällä hetkellä käytännössä. Viestintä yläluokka koostuu alaluokista: ajantasaisia yhteystietoja ei ole saatavilla, ei tiedetä keneen tulee olla yhteydessä, haasteet viestintäkanavissa ja -välineissä, viestintäosaaminen puutteellista sekä haastavat viestintätilanteet.

Haastattelun perusteella kotiutuksiin liittyvässä viestinnässä koettiin olevan monenlaista epäselvyyttä. Haastateltavat toivat esille puhelimesta asiointiin olevan erityisen haastavaa. Ajantasaisien yhteystietojen etsimisen koettiin vievän liikaa työaikaa. Sen lisäksi ei aina tiedetty keneen tulisi olla yhteydessä. Kaikkia viestintäkanavia ei myöskään osata hyödyntää. Viestintään yleisesti kaivattiin selkeyttä.

3.3.3 Yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi

Haastattelun tulosten mukaan yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi on puutteellista ja tämä aiheuttaa haasteita kotiutuksissa. Yläluokka yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi koostuu alaluokista: työnjako epäselvää, tiedonpuute muista ammattilaisista, haastava yhteistyö sekä moniammatillisuuden hyödynnettävyys.

Tulosten perusteella henkilökunta koki moniammatillisessa yhteistyössä olevan monenlaisia haasteita. Työnjako on joissakin tilanteissa epäselvää eikä muista ammattilaisista ei ole riittävästi tietoa. Yhteistyötä kaivattiin enemmän ja koettiin, että moniammatillisuutta ei oikein osata hyödyntää riittävästi. Moniammatillisessa toiminnassa koettiin haastavana se, että kukaan ei koordinoi toimintaa, vaan jokainen suorittaa omia tehtäviään.

3.3.4 Jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen

Jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen nousi esille haastavana asiana haastattelussa. Yläluokka jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen koostuu haastatteluaineiston alaluokista hoitohenkilöstön osaamisvajae, riittämätön kotiutuksen suunnittelu, kotiutukseen liittyvä kirjaaminen puutteellista sekä haasteet toimintaympäristössä ja kotiutusolosuhteet.

Haastattelun aineiston tulosten perusteella kotiutukset koettiin monesti työläinä ja kotiutuskonaisuuden hallinta haastavana. Haastatteluissa nousi esiin henkilökunnan osaamisvajae. Tulosten perusteella kotiutuksia ei suunnitella riittävästi, kotiutuksiin liittyvä kirjaaminen on puutteellista ja toimintaympäristö sekä kotiutusolosuhteet aiheuttavat omat haasteensa.

3.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Toisen syklin tarkoituksena oli kartoittaa kotiutuksen nykytilan haasteita. Kehittämiskysymys oli mitä haasteita potilaiden kotiutuksiin liittyy? Haastattelun teemat nousivat ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksesta. Ensimmäisen ja toisen syklin aineisto tukevat toisiaan ja puoltavat kotiutussosaamisen kehittämisen tarvetta. Kirjallisuuskatsauksessa ja teemahaastattelussa nousi esille

hyvin paljon samoja asioita. Kotiutukseen liittyy haastateltavien mielestä monenlaisia haasteita, joita kehittämällä voidaan edistää hoitohenkilöstön kotiutusosaamista.

Hoitotyö on vastuullista ja itsenäistä, mutta samalla se koetaan usein haasteelliseksi ja mielenkiintoiseksi. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä on lisääntynyt. Lisäksi suunnittelu, kehittäminen, arviointi, ohjaus ja yhteistyö korostuvat päivittäisessä hoitotyössä. (Hilden 2002, 24, 30.) Hoitotyössä ammattitaito koostuu substanssiosaamisesta, eettisestä osaamisesta, vuorovaikutusosaamisesta sekä työyhteisöosaamisesta. Eri ammattilaisten keskinäisellä yhteistyöllä ja toisten arvostuksella on merkitystä sille, miten hyvää hoitoa potilaat saavat. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 28.)

Ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi

Potilaiden ohjauksessa tärkeää on hoitohenkilöstön ammattitaito, jolla ohjausta toteutetaan. Ammatillinen vastuu edellyttää hoitohenkilökunnalta kattavaa tietoa ohjattavista asioista ja ohjausmenetelmistä. (Lipponen 2014, 19.) Hoitajan tulee osata suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaiden hoitoa sekä hallita ohjaus- ja opetusprosessi. Hoitajan tulee osata erilaisia ohjauksen ja opetuksen menetelmiä sekä osata hyödyntää niitä soveltaen tilannekohtaisesti. Hoitajien tulee osata laatia myös ohjaukseen tarvittavia materiaaleja sekä tuntee toimintaympäristö. Lisäksi hoitajien tulee osata ohjata potilaita erilaisten palveluiden käyttöön. (Sayed & Helminen 2017, 60.)

Hoitohenkilökunnan tulee antaa potilaille tietoa heidän sairauksistaan sekä niiden hoidosta. Potilaita tulee tukea osallistumaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Lisäksi potilaita tulee kannustaa kertomaan hoitohenkilökunnalle oireistaan ja huolistaan sekä esittämään kysymyksiä ja tuomaan esille toiveitaan. Avoimella toiminnalla voidaan edistää potilasturvallisuutta. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 43.)

On tärkeää, että myös potilaat osaavat hoitaa itseään. Potilaiden omahoidon opettamisella ja hoito-ohjeilla varmistetaan, että hoito jatkuu myös potilaan omassa kotiympäristössä. (Kassara ym. 2004, 15.) Potilaat ovat nykyaikana entistä aktiivisempia ja heidän tietämyksensä hoidoista on lisääntynyt. He osaavat vaatia hyvää laatua ja antavat hoidostaan palautetta. Ohjausta sisältyy lähes kaikkeen potilaan hoidossa, joten hoitajien ohjausosaaminen on välttämätöntä. Opetuksen ja ohjauksen puutteiden syynä pidetään monesti kiirettä, tiedonpuutetta ja työn sisällön hallinnan

vaikeuksia. (Hilden 2002, 11, 57-58.) Iäkkäitä potilaita kotiutettaessa olisi hyvä ottaa potilaan läheiset potilaan luvalla mukaan kotiutukseen liittyvään ohjaukseen (Palonen ym. 2020).

Monilla potilailla voi olla vaikeuksia noudattaa heille määrättyjä lääkehoidon ohjeita. Lääkehoidon laiminlyönti voi lisätä sairastavuutta. Hyvä lääkehoitoon sitoutuminen taas parantaa potilaiden ennustetta. Lääkehoitoon sitoutumisessa pitkäaikainen hoitosuhde ja hyvä ohjaus edistävät hoitoon sitoutumista. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttaa muun muassa potilaiden tiedon ymmärtäminen, lääkehoidon hinnat, usko lääkehoidon tehokkuuteen sekä mahdolliset sivuvaikutukset. Potilaita tulee kannustaa huolehtimaan oikeasta lääkehoidosta ja lääkehoidossa tulee tehdä moniammatillista yhteistyötä unohtamatta lääkehoidon seuranta. (Forsbacka & Nousiainen 2018, 679-680.) Erityistä huomioita tulee kiinnittää lääkehoidon turvallisuuteen silloin, kun potilaalla on käytössä useita lääkkeitä. Mahdollisuuksien mukaan tulee hyödyntää farmaseuttia erityisesti iäkkäiden potilaiden lääkehoidon turvallisuuden tarkistamisessa ja lääkehoidon ohjauksessa. (Palonen ym. 2020.)

Viestintä

Työyhteisöissä viestitään suullisesti ja kirjallisesti ja viestintäkanavia on yleensä käytössä useita (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 249). Hoitotyössä arkiviestintä tarkoittaa tiedonvaihtoa ja keskustelua jokapäiväisissä tehtävissä. Arkiviestinnän tukena työssä on esimerkiksi työohjeet, työprosessit, kirjalliset ohjeet sekä yhteisesti sovitut toimintatavat. Myönteisesti koettu viestintä lisää yleistä tyytyväisyyttä ja tehostaa työyhteisön toimintaa. (Juholin 2004, 30, 112.) Hyvin suunniteltu viestintä organisaatioissa on kokonaisvaltaista ja tavoitteellista. Yhteisöviestintä on ammatillista vuorovaikutusta, yhteydenpitoa ja tiedottamista. Viestinnän onnistuminen vaatii kaikkien työntekijöiden viestintäosaamista. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 238-240.)

Hoitotyössä asioidaan paljon puhelimitse ja tässä tulisi huomioida ammatillinen puhelinkäyttäytyminen. Puhelimesta kaikki informaatio saadaan pelkän äänen välityksellä. Sanojen tulee olla yksikertaisia ja antaa riittävästi tietoa sellaisessa muodossa, että vastaanottaja saa viestin varmasti oikein. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 65-66.) Puhelimesta asiointi voi olla haastavaa myös esimerkiksi kuuluvuuden ja tietosuojan kannalta (Kauhanen 2012, 178). Vuorovaikutustilanteissa voi esiintyä myös ristiriitoja esimerkiksi viestinnän ennakoimattomuuden ja väärinym-

märrysten vuoksi. Tilanteista riippuen voidaan tehdä havaintoja, tulkintoja ja johtopäätöksiä toisen viestinnästä omasta näkökulmasta. Näin organisaation sisäisessä viestinnässä voi esiintyä ongelmia. (Silvennoinen 2004, 249.)

Organisaatioiden ja toimintayksiköiden välisessä tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on todettu olevan puutteita, jotka voivat johtua esimerkiksi yhteisten toimintatapojen puuttumisesta tietojen vaihdossa, kommunikointiin pelkästään kirjallisten dokumenttien välityksellä, raporttien puutteellisuuteen, tiedonkulun hitauteen ja yhteisten tietojärjestelmien puuttumiseen. Usein tiedonkulun heikkous johtuu myös resurssien puutteesta. (Palonen ym. 2020.)

Yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi

Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan monenlaisia yhteistyön muotoja. Potilaat tulee kohdata kokonaisuutena, joten asiantuntijoiden tulee tehdä yhteistyötä yli organisaatorajojen. Yhteistyössä korostuvat sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 27-28.) Yhdessä tekeminen on mahdollisuus, jossa tulee tarkastella rooleja ja toimintatapoja uudelleen, jotta yhteinen tavoite voidaan saavuttaa. Yhteistyö vaatii sitoutumista ja vahvistaa osallisuutta. Toisten toimijoiden tietoihin ja taitoihin perehtyessä on kyseessä myös yhteinen oppimisprosessi. (Helminen 2017, 27.) Moniammatillinen yhteistyö voi edistää potilaiden sujuvaa siirtymistä sairaalan ja kodin välillä. Ammattilaisten tulee kantaa yhdessä vastuu kotiutusten kokonaisvaltaisesta toiminnasta. (Palonen ym. 2020.)

Jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on keskeistä potilaiden hoidon onnistumiselle. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää, että potilaiden hoidon tavoitteet ja tarvittavat tiedot välittyvät sairaalasta avohoitoon ja toisin päin. (Kassara ym. 2004, 15.) Erityisen tärkeää hoidon jatkuvuus ja kokonaistilanteen huomioiminen on monisairaille potilaille. Monisairaille potilaille tulisi laatia hoitosuunnitelma yksilöllisesti ja moniammatillisesti, jotta hoito on koordinoitua ja hoidon jatkuvuus turvataan. (Monisairas potilas 2021).

Hoitotyön kirjaamisjärjestelmät tukevat hoitotyön käytäntöjä ja hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus on yhteydessä potilasturvallisuuteen ja laatuun. Ongelmina voi olla toimintaympäristöjen organisaatiokeskeisyys ja pirstaleisuus, jolloin rajapintoja on paljon. Huolellisesti laaditut hoitotyönyhteenvedot ovat hyödyllisiä ja selkeitä. (Kuusisto 2018, 61-64.)

3.5 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus on sen raportoinnin kannalta keskeinen asia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 20). Lisäksi opinnäytetyön tekijä on vastuussa tutkimustoiminnan eettisyydestä (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2019). Toimintatutkimuksessa luotettavuutta ja eettisyyttä pohditaan yleensä erikseen sykleittäin sekä opinnäytetyön lopussa kokonaisuutena. Haastattelua tulee arvioida erityisen huolellisesti, koska siinä tutkimuksen kohteena on ihmiset.

Luotettavuus

Haastattelujen luotettavuutta lisää se, että ne nauhoitetaan. Näin aineistoon voidaan aina palata uudelleen. (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 14-15.) Nauhoituksen onnistuminen tässä opinnäytetyössä varmistettiin tallentamalla haastattelu kahdella puhelimella, jonka jälkeen tiedosto tallennettiin tietokoneelle. Tallennettuun aineistoon on pääsy vain opinnäytetyön tekijällä. Litterointi tehtiin mahdollisimman tarkasti, jotta aineiston analysointi olisi luotettavaa. Haastattelijan tulee olla haastattelutilanteessa mahdollisimman neutraali (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 44), näin myös tässä haastattelussa pyrittiin toimimaan.

Haastattelun onnistumisen kannalta on hyvä, jos haastateltava voi tutustua teemoihin jo ennalta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Tässä opinnäytetyössä projektiryhmän jäsenille kerrottiin sähköpostitse ennalta teemat, joita haastattelussa tullaan käsittelemään. Luotettavuuden kannalta on myös tärkeää, että haastateltaviksi valitaan henkilöitä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä tai joilla on asiasta kokemusta (Tuomi & Sarajärvi, 98). Tässä opinnäytetyössä projektiryhmä koostui henkilöistä, jotka osallistuvat jatkuvasti työssään potilaiden kotiutuksiin sairaalasta eli heillä kaikilla oli käytännön kokemusta aiheesta.

Eettisyys

Tutkimukseen osallistumisen tulisi pohjautua vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Osallistumisesta kieltäytyminen ei saa aiheuttaa haittaa henkilöille eikä osallistumisesta myöskään saa palkita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijä tietää vain vapaaehtoiset, halukkaat osallistujat, kukaan ei siis varsinaisesti ole kiel-

täytynyt osallistumisesta, joten siitä ei myöskään aiheudu seurauksia. Tässä opinnäytetyössä vapaaehtoisia osallistujia ei myöskään mitenkään palkita osallistumisestaan. Näin ollen mukana olevat henkilöt ovat todennäköisesti aidosti kiinnostuneita ja motivoituneita kotiutusten kehittämisestä.

Haastattelu vaatii myös osapuolten välistä luottamusta. Haastattelun nauhoituksesta eli äänittämisestä tulee haastateltavien olla tietoisia ja antaa siihen lupa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 107.) Haastateltavien tulee lisäksi tietää mihin heidän antamia tietoja käytetään. Haastattelijan tulee kohdata haastateltavat kunnioittavasti ja olla haastattelutilanteessa rauhallinen, mutta kannustava kuuntelija. (Hyvärinen 2017, 32-33.)

Tässä opinnäytetyössä haastattelun eettisyyttä lisää se, että projektiryhmän jäsenet eli haastateltavat olivat täysin vapaaehtoisia osallistujia, tietoisia opinnäytetyön tarkoituksesta ja he hyväksyivät haastattelun nauhoituksen sekä siitä saadun aineiston käyttämisen. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa raportoinnissa esille eli anonyymiteetistä on huolehdittu. Opinnäytetyön tekijän näkökulmasta ryhmähaastattelussa keskustelu ryhmän jäsenten välillä oli avointa ja vuorovaikutuksellista. Osa ryhmän jäsenistä tunsu toisensa työn puolesta ennestään ja osa ei. Jokainen ryhmän jäsen vaikutti pääsevän ilmaisemaan asiansa ja vaihtamaan ajatuksia tasapuolisesti. Ryhmässä vallitsi luonteva ja hyväksyvä ilmapiiri.

3.6 Lähteet

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. (2019). Arene ry. Saatavilla 1.5.2023 <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino

Forsbacka, J. & Nousiainen, A. (2018). Lääkehoitoon sitoutuminen. Teoksessa M. Mustajoki., A. Alila., E. Matilainen., M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Helminen, J. (2017). Yhdessä tekeminen monialaisuuden ja moniammatillisuuden syventäjänä. Teoksessa J. Helminen (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 14-31.

Hilden, R. (2002). Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huovinen, T. & Rovio, E. (2010). Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: kansavalistusseura, 94-113.

Hyvärinen, M. (2018). Haastattelun maailma. Teoksessa M. Hyvärinen., P. Nikander. & J. Ruusuvoori (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 11-45.

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

Juholin, E. (2004). Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

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

Kauhanen, J. (2012). Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saksa: Skhole Oy.

Kuusisto, A. (2018). Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 165. Jyväskylä. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2707-1>

Lipponen, K. (2014). Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavilla 25.5.2023 <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>

Lämsä, R. (2013). Potilaskertomus- etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Tampere. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-839-1>

Monisairas potilas. (2021). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 13.5.2023 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50126?tab=suositus>

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. (2006). Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2014). Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pärnä, K. (2012). Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavilla 27.5.2023 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5086-7>

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010). Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.). (2010). Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9-38.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. (2017). Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori (toim.). (2017). Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 427-444.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2005). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.). Haastattelu -tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 22-55.

Sayed, T. & Helminen, J. (2017). Psykososiaalinen ohjaus. Malli sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakastyön ja integraation kehittämiseen. Teoksessa J. Helminen (toim.). Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 59-75.

Silvennoinen, M. (2004). Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. (2005). Johdanto. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.) Haastattelu -tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 9-21.

Timperi, T. (2022). Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen, selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

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

4 Kotiutusosaamisen kehittäminen (sykli 3)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma ja sen pilotointi soveltuvin osin. Osaamisen kehittäminen perustuu kahteen ensimmäiseen sykliin eli kirjallisuuskatsaukseen ja kotiutusosaamisen nykytilan haasteiden kartoitukseen. Tulosten perusteella laadittiin kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma. Potilaan kotiutusosaamisen kehittämisen lähtökohtana oli työyksikön osaamisen kehittämissuunnitelma sekä Kainuun hyvinvointialueen strategia. Opinnäytetyön avulla tuetaan henkilökunnan kotiutusosaamisen kehittymistä.

4.1 Kehittämismenetelmien hyödyntäminen (suunnittelu)

Yleensä kehittämisen tarkoituksena on henkilöstön osaamisen lisääminen ja työsuorituksen parantaminen. Työtehtävien vaatimukset ja henkilöstön osaaminen tulisi sovittaa yhteen eli niiden tulisi olla tasapainossa. Tavoitteena tällöin tulisi olla potilaiden hoidon laatu ja henkilöstön työhyvinvointi. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 63.)

Osaamiskartoituksissa selvitetään yksiköiden sekä organisaation osaamistarpeita sekä kartoitetaan ydinosaamiseen kuuluvaa osaamista (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 70). Osaamiskartoitusten jälkeen laaditaan kehittämissuunnitelmia. Kehittämissuunnitelmat kuuluvat tavoitteelliseen ja jatkuvaan henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Niissä voidaan yhdistää yksilön, yksiköiden ja koko organisaation tavoitteet. Kehittämissuunnitelmat kannattaa laatia mahdollisimman konkreettisiksi. (Hätönen 2011, 53-54.) Kirjallisessa osaamisen kehittämissuunnitelmassa tulisi kuvata tavoitteet, toimenpiteet tai keinot tavoitteiden saavuttamiseksi, aikataulut tai resurssit, miten osaamisen kehittymistä arvioidaan ja seurataan sekä osaamisen kehittämisen vastuuhenkilöt (Viitala 2008, 258).

Osaamisen kehittämisen menetelmissä on useita eri vaihtoehtoja, joista voidaan valita tarkoituksenmukaisimmat. Menetelminä voidaan käyttää muun muassa ohjausmenetelmiä, opiskelua ja koulutusta sekä työtehtävien laajentamista ja vastuutehtäviä. Lisäksi kehittymistä tukeva työkuultuuri ja yhteistoiminta ovat menetelminä tehokkaita. (Hätönen 2011, 56.)

Aluksi kehittämissuunnitelmassa tulee määritellä tarve, josta johdetaan tavoite. Jos tavoitteita on useita tai ne on ajallisesti eri aikaan eteneviä, voidaan ne asettaa tärkeysjärjestykseen eli mihin aiotaan panostaa ensiksi. Tavoitteena on yleensä kehittää jotakin tai osata jotakin tai lisätä jotakin osaamista. Pääavoitteen jälkeen tavoitteelle laaditaan tarkempia osatavoitteita, jotta tavoitteita on helpompi ymmärtää ja lähestyä. Tavoitteiden määrittelyn jälkeen kirjataan millä menetelmillä tai keinoilla tavoitteisiin aiotaan päästä eli konkreettisia toimintasuunnitelmia. Sen jälkeen on syytä kirjata aikataulu, jossa toiminta suoritetaan ja mahdollisesti resurssit, joita sitä varten tarvitaan. Lisäksi jokaiselle osa-alueelle tulee nimetä vastuuhenkilöt. Vastuuta ei myöskään ole hyvä osoittaa vain yhdelle henkilölle, vaan aina tulisi olla vähintäänkin varahenkilö tai ryhmä vastaamassa tehtävästä, jos siihen suunniteltu henkilö jostakin syystä estyy tehtävää hoitamasta.

Kehittämistoiminnan vaikutusta kokonaisvaltaisesti tulisi arvioida. Arvioinnissa halutaan tietää onko kehittämisen ratkaisut olleet tarkoituksenmukaisia, miten osaaminen on kehittynyt ja tuottaako kehittäminen lisäarvoa. Kehittämisen laajuus ja kohderyhmä vaikuttavat arviointiin ja arvioinnissa käytettäviin menetelmiin. (Hätönen 2011, 68.)

Henkilökunnan oppimista voidaan arvioida kehittämistyön eri vaiheissa. Kehittämisen alussa tehdään arviointi nykytilanteesta ja osaamisesta. Oppimisen arviointia tehdään koko kehittämissuunnitelman ajan, jolloin arvioinnin tulee olla ohjaavaa sekä kannustavaa. Tällöin voidaan muuttaa ja kehittää toimintaa palautteen perusteella. Kehittämissuunnitelman loppuvaiheessa arvioidaan miten hyvin asetetut tavoitteet on saavutettu ja miten osaaminen on kehittynyt. Arviointia tehdään tarkkailemalla käytännössä hoitotyössä henkilökunnan suoriutumista kokonaisuutena. (Hätönen 2011, 64.)

Kehittämissuunnitelman laadinnan jälkeen tulee jokin osa-alue siitä pilotoida, jotta voidaan arvioida sen soveltuvuutta ja käyttökelpoisuutta käytännössä. Pilotoidessa on mahdollista testata ja toimeenpanna jokin osa-alue kehittämissuunnitelmasta. Opinnäytetyön puitteissa ei ole mahdollista pilotoida koko osaamisen kehittämissuunnitelmaa vaan siitä valittiin yksi alue.

Työelämän kehittämisessä voidaan hyödyntää yhteisöllisiä ideointimenetelmiä. Luova ongelmaratkaisu vaatii avointa ilmapiiriä ja ryhmässä toimimisen taitoja. Ideointimenetelmiä on olemassa useita, joista voi valita parhaiten sopivan. Osallistavat menetelmät mahdollistavat työntekijöiden hiljaisen tiedon, ammattitaidon ja kokemuksen hyödyntämisen työelämän kehittämisessä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 61, 158-159.)

Toisessa syklissä selvitettiin projektiryhmän haastattelulla kotiutuksen haasteita. Kolmannessa syklissä sama projektiryhmä esitti ratkaisuehdotuksia aiemmin esittämiinsä kotiutuksen haasteisiin. Kolmannen syklin kehittämiskysymys oli, miten henkilökunnan kotiutusosaamista kehitetään?

4.2 Aineiston hankinta 6-3-5 menetelmällä (toiminta)

Yksi tunnetuimmista ideointimenetelmistä on aivoriihi, josta on olemassa useita eri muunnelmia. 6-3-5 menetelmä on aivoriihestä johdettu kirjallinen ideointitekniikka. Tekniikan ei tarvitse olla osallistujille aiemmastaan tuttu. Tekniikan nimessä numero kuusi tarkoittaa osallistujien lukumäärää, kolme tarkoittaa ideoita ja viisi tarkoittaa kierrosten lukumäärää. Menetelmässä paperia, jossa lukee haaste, kierrätetään aina seuraavalle henkilölle pöydän ääressä ja jokainen kirjaa siihen ratkaisuehdotuksia. Työskentelyn aikana ei keskustella ääneen. (Harisalo 2011, 96-97.)

Opinnäytetyön tekijä antoi projektiryhmälle toimintaohjeet sekä huolehti aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä osallistui myös itse kehittämistyöskentelyyn osana ryhmää. Menetelmän nimessä olevat numerot eivät ole ehdottoman sitovia vaan ryhmän kokoa ja ideoiden tai ajan määrää voi tarvittaessa muokata soveltuvaksi. Aineistoon ei merkitty mitenkään osallistujien tunnistetietoja. Toimintaan osallistuva projektiryhmä oli pääosin sama kuin toisen syklin teemahaastattelussa. Työskentelyyn osallistui hoitotyöntekijöitä ja kotiutuskoordinaattori. 6-3-5 menetelmää hyödynnettiin soveltaen. Ryhmässä työskenteli siis yhteensä 4 henkilöä.

Opinnäytetyön tekijä ei ollut käyttänyt 6-3-5 menetelmää aiemmin, eikä se ollut tuttu myöskään muille projektiryhmään kuuluville henkilöille. Menetelmänä se oli kuitenkin helppo toteuttaa. Opinnäytetyön tekijä oli kirjoittanut valmiiksi papereille haasteita, joita projektiryhmä oli tuonut esille edellisessä syklissä haastattelussa. Haasteiksi nostettiin siis edellisen syklin aineistosta alaluokat, joita oli 17 kappaletta. Esimerkiksi yhtenä haasteena oli ”kotihoito-ohjeiden antaminen”. Paperia kierrätettiin ryhmässä aina seuraavalle henkilölle ja jokainen kirjasi hiljaisuudessa haasteeseen sopivia ratkaisuehdotuksia ja ideoita. Tilaisuuden kesto oli 60 minuuttia. Aikataulu oli sovittu ennalta, mutta toisaalta tässä vaiheessa ei enää toimintaan osallistuvilla henkilöillä ollut myöskään lisättävää aineistoon.

4.3 Aineiston analysointi (havainnointi)

Projektiryhmä kehitti 6-3-5 menetelmää soveltaen yhteensä 112 ratkaisuesitystä kotiutuksen haasteisiin. Kerätty aineisto käsiteltiin abduktiivisella eli teoriasidonnaisella sisällön analyysillä. Tällä menetelmällä voidaan analysoida aineistoa hyvin saman tyyllisesti kuin aineistolähtöisessä analyysissä ja sen avulla voidaan tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Analyysiyksiköksi voidaan valita aineiston perusteella esimerkiksi sana, lause, osa lausetta tai ajatuskokonaisuus. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21, 25.) Koska kotiutuksen haasteet olivat jo ennalta tiedossa edellisestä syklistä, oli abduktiivinen eli teoriasidonnainen aineiston analyysi sopeva analyysimenetelmä ratkaisujen aineiston käsittelyssä. Tämä tapa ei perustu teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat jollakin tapaa olemassa, jolloin se on teoriaohjaava. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.)

Projektiryhmän ratkaisuesitykset oli kirjattu papereille joko yhdellä sanalla, muutamalla sanalla tai lauseella. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Tekstit otettiin mukaan lähes sellaisenaan, mutta pitkiä lauseita pelkistettiin jättäen niin sanotut täytesanat pois. Aineistoa käsiteltiin taulukossa niin, että siihen kirjattiin haasteet (jotka saatiin selville edellisen syklin haastattelussa) ja haasteisiin liittyvät ratkaisuehdotukset. Sen jälkeen ratkaisuehdotukset nimettiin niitä yhteisesti kuvaavalla nimellä muodostaen alaluokat. Alaluokista johdettiin edelleen sisältöä kuvaavat yläluokat. Sisällönanalyysin tavoitteena on kohdeilmion laaja, mutta tiivis esittäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166).

Aineistossa alkuperäisiä ilmauksia eli analyysiyksiköitä oli yhteensä 112. Niistä johdettiin alaluokkia, joita oli yhteensä 15. Tulokset eli viisi yläluokkaa olivat nimeltään henkilöstön koulutus, henkilöstön perehdytys, yhteisten toimintaohjeiden laatiminen, yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa sekä henkilökunnan välinen yhteistyö. Esimerkki aineiston luokittelusta on kuvattuna taulukossa 4 ja kokonaisuudessaan aineiston luokittelu on liitteessä 7.

Taulukko 4. Esimerkki 6-3-5 aineiston luokittelusta

Haaste	Ratkaisuesitykset	Alaluokat	Yläluokat
lääkehoidon ohjaus puutteellista	1.lääkelistat ja jako-ohje kirjallisena tulosteena potilaalle 2.lääkitystä käydään läpi jo ennen kotiutusta 3.lisätään hoitajille koulutusta lääkkeistä ja niihin liittyvästä ohjauksesta 4.selvitetään uusien lääkkeiden käytön merkitys ja kontrollit 5.käydään läpi potilaan kotilääkitys 6.tarkistetaan potilaalta, että tämä on ymmärtänyt lääkehoidon ohjauksen	A lääkehoidon ohjauksen sovitut toimintatavat (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8)	I henkilöstön koulutus (E, M, L)

Henkilöstön koulutus

Projektiryhmä esitti yhdeksi kotiutusosaamisen kehittämisen ratkaisuksi koulutusta. Henkilöstön koulutus yläluokka muodostui alaluokista: järjestetään koulusta henkilökunnalle sähköiseen viestintään, hyödynnetään tietotekniikkaa hoitoneuvottelujen järjestämisessä ja mahdollistetaan kotiutukseen liittyvä koulutus. Sähköisessä viestinnässä koettiin tarpeelliseksi kouluttaa henkilökuntaa muun muassa LAS jatkohoidon ohjelman käyttöön, intranetin käyttöön, RAI arviointiin, PTA palvelutarpeenarviointiin, viestipiikkien käyttöön ja teamsin käyttöön.

Henkilöstön perehdytys

Perehdytys koettiin projektiryhmässä tärkeäksi keinoksi kehittää kotiutusosaamista. Kotiutukseen liittyvä perehdytys on laaja kokonaisuus. Henkilöstön perehdytys yläluokka muodostui alaluokista: perehdytetään henkilöstö oman organisaation kotiutusprosessiin, oman yksikön henkilöstön osaaminen otetaan tehokkaasti käyttöön ja varmistetaan kotiutukseen liittyvä perehdytys. Projektiryhmä esitti toimenpiteinä muun muassa toimintaohjeiden päivittämistä, kotiuttamisen tarkistuslistan päivittämistä, kotiutusprosessin kuvausta ja esittelyä henkilöstölle, organisaation tunnetuksi tekemistä, osaamisen koordinoitua, resurssien kartoitusta ja kohdennusta, työkiertoa, kehityskeskusteluita ja mentorointia. Lisäksi esitettiin, että yksiköissä päivitetään perehdytyskansiot ja ohjeet sekä nimitetään perehdytyksestä vastaavat henkilöt, jotta voidaan toteuttaa laadukas ja kattava perehdytys.

Yhteisten toimintaohjeiden laatiminen

Projektiryhmä koki, että henkilökunnan yhteiset toimintaohjeet helpottavat työskentelyä kotiutuksissa ja näin ratkaisevat kotiutukseen liittyviä haasteita. Kotiutukset ovat siten tasalaatuisempia, kun kaikilla on sama tieto käytettävissä ja yhdessä sovitut tavat työskennellä. Yhteisten toimintaohjeiden laatiminen yläluokka muodostui alaluokista: lääkehoidon ohjauksen sovitut toimintatavat, laaditaan ohjeet kotiutukseen liittyvään kirjaamiseen, päivitetään kotiutuksiin liittyvien tahojen yhteystiedot ajan tasalle sekä kaikkien saataville, laaditaan ohjeet kotiutukseen liittyvän viestinnän tueksi sekä laaditaan ohjeet kotiutukseen liittyvään kirjaamiseen.

Yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa

Potilaiden ja omaisten osallisuus ja yhteistyö koettiin tärkeäksi kotiutuksia ja niihin liittyvää osaamista kehittäessä. Yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa yläluokka muodostui alaluokista: hoidon suunnittelu potilaan ja omaisten kanssa sekä ymmärretään ympäristön merkitys ja tuetaan potilaita siirtymään sairaalasta kotiin. Projektiryhmä koki tärkeäksi, että kartoitetaan potilaiden omaiset tai muut läheiset ja otetaan heidät mukaan potilaan hoitoon. Kartoitetaan yhdessä potilaan ja omaisten kanssa kotioloja ja avuntarvetta. Näin toimiessa tuetaan osallisuutta ja sitoutetaan potilaita omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon.

Henkilökunnan välinen yhteistyö

Yhteistyön tärkeys ja moniammatillinen osaaminen nousi projektiryhmän esityksissä esille mahdollisuutena, jota ei vielä hyödynnetä tarpeeksi. Projektiryhmän mukaan henkilökunnan osaamista voidaan kehittää lisäämällä yhteistyötä. Henkilökunnan välinen yhteistyö yläluokka muodostui alaluokista: laaditaan esittelyt eri toimijoista, lisätään erikoisalajat ylittävää yhteistyötä, oman yksikön henkilöstön osaaminen otetaan tehokkaasti käyttöön ja nimetään yksiköihin kotiutushoitajat tai kotiutuksista vastaavat henkilöt. Projektiryhmä esitti ratkaisuksi haasteisiin, että laaditaan esittelyt eri toimijoista, joista selviää heidän työnkuvat ja tehtävät. Lisäksi projektiryhmä esitti, että lisätään yhteistyötä ja järjestetään palaveriteita ja neuvotteluita sosiaaliohjaajan, asiakasohjaajan, kotihoidon, fysioterapeutin, mielenterveyshoitajien, osastofarmaseutin ja perusterveydenhuollon kotiutushoitajan kanssa yhteistyössä.

4.4 Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma (reflektointi)

Yleensä osaamisen kehittämissuunnitelmat perustuvat osaamiskartoituksiin (Hätönen 2011, 16; Kauhanen 2012, 145). Tässä opinnäytetyössä kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma perustuu toimintatutkimuksen edeltäviin sykleihin. Kehittämissuunnitelman laadinnassa on hyödynnetty kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa siitä, mitä osaamista kotiutuksissa tarvitaan sekä projektiryhmän haastattelussa esille nousseita käytännön haasteita kotiutuksissa. Lisäksi suunnitelmassa on hyödynnetty projektiryhmän ideoimia ratkaisuehdotuksia todettuihin haasteisiin.

Kehittämissuunnitelmissa kuvataan mitä kehittyminen vaatii ja kuinka se voidaan toteuttaa. Kehittämissuunnitelmissa voidaan huomioida nykytilanne sekä tulevaisuuden osaamistarpeet sekä yksilön että työyhteisön näkökulmista. (Hätönen 2011, 53; Kauhanen 2012, 145.) Itsensä kehittäminen on ensisijaisesti yksilöiden omalla vastuulla, mutta organisaation tulee tarjota siihen mahdollisuuksia ja tukea (Kauhanen 2012, 152). Tässä opinnäytetyössä kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelmaan laadittiin viisi tavoitetta, jotka pohjautuvat opinnäytetyön aiempiin sykleihin. Nämä kaikki kokonaisuudet nousivat esille läpi opinnäytetyön eri syklien. Osaamisen kehittämisen tarpeista johdettiin tavoitteet. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ohjausosaamista, viestintäosaamista, yhteistyötä ja moniammatillista toimintaa, kotiutukseen liittyvää kirjaamista sekä tavoitteena on, että henkilöstö tuntee kotiutusprosessin. Tavoitteet on kuvattuna kuviossa 5.



Kuvio 5. Hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman tavoitteet

Henkilöstön osaamisen kehittämisessä mahdollisia kehittämistoimenpiteitä on olemassa useita. (Kauhanen 2012, 152). Koulutusta käytetään tyypillisesti henkilöstön osaamisen kehittämisessä ja sitä on pidetty arvostettuna kehittämismenetelmänä (Hätönen 2011, 94; Kauhanen 2012, 154).

Koulutustoimenpiteinä yleisimmät ovat erilaiset sisäiset koulutukset kuten kliiniseen osaamiseen liittyvät, laitekoulutukset, toimintaa tukevat tietojärjestelmät, toimintaa tukevat ohjelmistot ja monenlaiset muut täydennyskoulutukset. Koulutusten tulisi olla näyttöön perustuvia, jolloin hoitotyöntekijöiden oman toiminnan arviointia vahvistetaan päivittämällä tietoperustaa osallistamalla koulutuksiin (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 127). Koulutusten avulla voidaan tukea osaamisen kehittymistä myös moniammatillisessa yhteistyössä. Näitä yhteistyöosaamistaitoja ovat muun muassa kommunikaatio, yhteistyön tekeminen, tiimiytyminen, johtajuus ja reflektointi. Koulutuksen tulisi tapahtua tiiviisti käytännön työelämässä oppien. (Timperi 2022, 29.) Koulutukset ovat ehkä kuitenkin perinteisin osaamisen kehittämismenetelmä, joten se tarvitsee rinnalleen useita muitakin menetelmiä.

Kainuun hyvinvointialueella on nimettynä erillinen koulutuskoordinaattori. Henkilöstölle tuli järjestää mahdollisuus osallistua koulutuksiin tasapuolisesti. Koulutusten jälkeen on tärkeää käsitellä koulutuspalautteet ja dokumentoida koulutukset HRM ohjelmaan. On tärkeää, että koulutuksissa opitut asiat tulevat koko työyksikön tietoon ja yhtenäisiksi käytännöiksi. Kirjallisia koulutusmateriaaleja ei tulisi jättää omaehtoisesti luettavaksi henkilöstölle vaan koulutuksessa käyneen tulisi laatia tiivistelmä, joka käytäisiin yhdessä läpi ja mikäli kyseessä on käytännön taidot, niin niitä myös voisi kokeilla ja harjoitella. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 74-75.) Koulutuspalautteiden jakamisen lisäksi kotiutusosaamista voidaan koulutuksella lisätä muun muassa niin, että jokainen henkilöstöstä suorittaa oppiportin turvallinen kotiuttaminen verkkokoulutuksen. Lyhyt verkkokoulutus ei ole aikaan tai paikkaan sidottu, joten sitä varten ei vaadita erityisresursseja.

Erilaisissa työyhteisöjen palaverissa voidaan vaihtaa ajatuksia, oppia toisilta ja pitää tietoiskuja tai sisäisiä valmennuksia (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 80). Neuvottelut ja kokoukset ovat työelämässä ryhmäviestintätilaisuuksia, joiden tavoitteena on tehokas ja tasapuolinen työskentely. Näiden keskusteluiden avulla henkilöstö sitoutuu yhteiseen työskentelyyn, mikäli ilmapiiri on hyvä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 263-264.) Kainuun keskussairaalan osastoalueella työyksiköissä pidetään viikoittain osastokokouksia. Niissä voidaan sekä tiedottaa henkilöstöä että keskustella avoimesti ja vuorovaikutteisesti työn sisällöstä. Myös yhteisiä suunnitelmia ja päätöksiä toiminnan suhteen voidaan kokouksissa tehdä. Vuorotyön luonteen vuoksi vain osa henkilöstöstä pääsee osallistumaan yhtä aikaa kokouksiin. Osastokokousten jälkeen muistiot jaetaan kuitenkin koko henkilöstölle. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen kannalta on tärkeää

tuoda esille hoitohenkilökunnan hiljainen tieto eli kokemukset, koska se on osa käytännön näyttöä. Hiljaisen tiedon esille tuomisessa auttaa avoin ja kriittinenkin yhteisöllinen kysely ja keskustelu, jolla voidaan jakaa osaamista ja asiantuntemusta. Hiljaisen tiedon jakamisessa tärkeässä roolissa on ilmapiiri, toimintaympäristö ja esihenkilöiden tuki. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 96.)

Kehityskeskustelut ovat tärkeitä osaamisen arvioinnissa ja osaamisen kehittämisen menetelmänä. Niissä kartoitetaan ja arvioidaan työntekijän osaamista sekä osaamisen kehittämisen kohteita. Yhdessä laaditaan kehitystavoitteita ja määritellään keinoja niiden saavuttamiseksi. (Hätönen 2011, 34.) Kehityskeskusteluissa sekä työntekijä että esihenkilö voivat antaa palautetta toisilleen toiminnasta sekä esittää toiveita muutosten suhteen. Kehityskeskusteluille tulee laatia tavoitteet ja keskustelut tulee dokumentoida. Avoin ilmapiiri ja rakentava keskustelu, jossa työntekijää aidosti kuullaan, lisää työntekijän sitoutumista työhön ja työnantajaan. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 256.) Kehityskeskustelut voidaan toteuttaa joko henkilökohtaisina keskusteluina työntekijän ja esihenkilön välillä tai ryhmäkeskusteluina (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 89). Kainuun hyvinvointialueella kehityskeskustelut toteutuvat kerran vuodessa. Kehityskeskustelut tulevat sekä uutta perehtymisvaiheessa olevaa hoitajaa, että jo pitkän kokemuksen omaavaa hoitajaa, mikäli ne osataan suunnitella ja kohdentaa oikein.

Opinnäytetyössä nousi esille kuinka monipuolista osaamista hoitohenkilökunta tarvitsee potilaiden kotiutuksissa. Kotiutusten lisäksi hoitajien tulee hallita kuitenkin hyvin monia muitakin taitoja työssään. Perehdyttäminen sisältää yleensä työyhteisöön perehdyttämisen, työpaikkaan perehdyttämisen ja työhön perehdyttämisen (Kauhanen 2012, 150). Perehdytys on tärkeää uuden työntekijän kiinnittymisessä työhön. Uusille työntekijöille tulisi laatia perehdytysuunnitelma. Perehdyttäminen on esihenkilöiden vastuulla, mutta sen onnistuminen vaatii kaikkien työntekijöiden osallistumisen. (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 257.) Kainuun keskussairaala on yksiköittäin laadittu perehdytysuunnitelma. Kainuun keskussairaalan erikoissairaanhoidon osastoilla A ja B on vuonna 2022 tehty uudet perehdyttämissuunnitelmat työryhmässä. Uusien työntekijöiden perehdytyksessä käytetään näitä suunnitelmia ja lomakkeita tukena. Osastoille on myös laadittu uusia työohjeita perehdytyksen tueksi ja päivitetty entiset työohjeet vuonna 2022. Työyksiköihin tulisi myös nimetä perehdytysvastaavat. Monissa Suomen sairaaloissa työskentelee opetushoitajia, jotka tukevat myös perehdytystoimintaa. Kainuun keskussairaala ei ole opetushoitajia.

Uusille työntekijöille olisi hyvä nimetä tueksi mentori. Mentorointi on ammatillisen kehittämisen menetelmä, jossa lähtökohtana on tukeminen ja työssä uudistuminen. Mentorointi suhteessa molemmat osapuolet jakavat osaamistaan ja kehittävät yhdessä uutta. Mentorointi menetelmänä tukee organisaation näyttöön perustuvaa toimintaa. Mentorointi on tehokas tapa kouluttaa ja tukea hoitotyöntekijöitä. Mentorin tulee olla kokenut henkilö ja mentorit tarvitsevat vahvan esihenkilötuen. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 88-89.) Mentorointi toiminta ei ole nimensä mukaisesti ollut käytössä Kainuun keskussairaalan osastoilla. Uusille työntekijöille on kuitenkin nimetty joka työvuoroon perehdyttäjät alkuvaiheessa. Tämä henkilö on kuitenkin voinut aina vaihtua eikä varsinaista mentorointisuhdetta ole luotu. Menetelmänä osaamisen kehittämisessä mentorointi tulisi ottaa käyttöön ainakin kokeiluna. Tarjoamalla mentorointia organisaatio viestii arvostavansa työntekijöitään tukemalla kehittymistä. Mentoroinnissa molempien osapuolien osaaminen syvenee ja tulee näkyväksi. (Hätönen 2011, 88-89.)

Henkilöstön kehittämisen muotona käytetään myös erilaisia vastuutehtäviä. Näin työntekijä saa lisähaasteita ydintehtävänsä lisäksi. (Hätönen 2011, 102.) Työntekijän osaaminen kehittyy erityisesti silloin kun hän opettaa muita. Tällöin työntekijä joutuu paneutumaan asiaan tarkasti ja kirkaamaan omaa osaamistaan. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 80.) Hoitohenkilökunnalle on Kainuun keskussairaalassa jaettu erilaisia vastuualueita. Toisilla niitä on useampia ja toisilla ei ollenkaan. Vastuutehtävät ovat määräytyneet työntekijöiden oman kiinnostuksen sekä esihenkilöiden ehdotusten myötä. Vastuualuetehtävien avulla kokeneet hoitajat voivat perehtyä tarkemmin tiettyihin asioihin ja jakaa osaamistaan työkavereille. Toiset työntekijät kokevat haluavansa ottaa vastuuta työn kehittämisestä ja toiset taas eivät. Nämä henkilöstön toiveet tulisi huomioida ja lisäksi tulisi huomioida, ettei samoille henkilöille kerry liikaa vastuualueita, jotta he eivät kuormitu tehtävistään liikaa mikäli aikaa ei ole riittävästi hoitaa tehtävää. Kainuun keskussairaalassa erikoissairaanhoidon osastoilla ei ole nimettyjä kotiutusvastaavia tai koordinaattoreita. Tämän opinäytetyön kirjallisuuskatsauksen sekä haastattelun tulokset puoltavat kotiutushoitajan nimeämistä.

Erilaiset palautejärjestelmät, joissa voidaan huomioida hoitotyön epäkohdat sekä hyvät suoriutumisot on useita. Ne ovat helppokäyttöisiä ja antavat informaatiota käytännön toiminnasta. Kainuun hyvinvointialueella käytössä olevia palauteohjelmia ovat muun muassa haipro eli haittatapahtumien seuranta ja käsittely (läheltä piti, tapahtui potilaalle tai muu havainto), posipro (on-

nistumiset), QWL työelämänlaatu henkilöstökysely, NES henkilöstön sitoutuneisuus ja työhyvinvointi kysely sekä erilaiset asiakaspalaute- ja opiskelijapalautekyselyt. Näiden vastausten huolellisen käsittelyn perusteella toimintaa voidaan arvioida ja kehittää jatkuvasti. Asiakaspalautteiden avulla voidaan arvioida minkälaista osaamista ja vahvuuksia henkilökunnalla on ja mistä osaamisesta on puutteita.

Moniammatillisen yhteistyön lisäämiselle on vahva tarve. Henkilöstöllä on kuitenkin puutteita toistensa työnkuvien tuntemisessa. Yksiköissä voitaisiin laatia kuvaukset eri henkilöstön toimenkuvista ja ne jaettaisiin toisille. Vaihtoehtoisesti voitaisiin laatia yhteinen työohje, joka sisältää eri toimijoiden roolit ja tehtävät moniammatillisessa kotiutuksessa. Tämä lisäisi tietoa toisten työstä ja voisi tuoda esille päällekkäistä toimintaa eli hukkaa, jota voitaisiin karsia ja näin ollen lean ajattelua hyödyntää. Opinnäytetyöhön liittyen oli suunniteltu myös yhteistyöpäivää, jossa eri toimijat voisivat esittäytyä toisilleen. Juuri tätä opinnäytetyötä tehdessä oli kuitenkin julkaistu Kainuun hyvinvointialueelle tiedote, että ensi syksynä on tulossa erääseen hankkeeseen liittyen moniammatillinen yhteistyö seminaari. Tähän liittyvää tiedotusta tulee nyt yksiköissä seurata ja suunnitella seminaariin osallistujia kaikista yksiköistä.

Edellä on kuvattu kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelmaan laadituille tavoitteille kehittämis-toimenpiteitä kuten koulutukset, palaverit ja kokoukset, kehityskeskustelut, perehdyttäminen, mentorointi ja vastuutehtävät. Näitä voidaan seurata ja arvioida muun muassa koulutuspalautteiden, asiakaspalautteiden, itsearviointin, vertaisarviointin, sidostyhmiä palautteiden, henkilöstöpalautteiden ja opiskelijapalautteiden perusteella. Arviointia voidaan käydä läpi yhteisesti palavereissa työyksiköissä ja henkilökohtaisesti esimerkiksi kehityskeskusteluissa ja perehdytyksen arviointikeskusteluissa. Lisäksi voidaan arviointia tehdä seuraamalla muun muassa haipro ilmoituksia, posipro ilmoituksia, QWL työelämänlaatu henkilöstökyselyä, Rafaela hoitoisuusluokitusta ja Paoncil työnkuormittavuutta. Vastuuhenkilöiksi tavoitteiden saavuttamiseksi on suunnitelmaan sovittu tavoitteen mukaisesti joko koko työyhteisö, esihenkilöt tai vastuualuehoitajat. Liitteessä 8 on kuvattuna kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma.

4.5 Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman pilotointi soveltuvin osin (sivusyklin suunnittelu ja toiminta)

Uutta toimintaa järjestettäessä näytön soveltuvuus työyksikön toimintaan tulee varmistaa. Tällöin tulee olla ennalta sovittu prosessi, jonka avulla edistetään näyttöön perustuvaa toimintaa. Työntekijöiden tulee osallistua aktiivisesti muutosten suunnitteluun, joka lisää heidän sitoutumistaan. Moniammatillisten tiimien toiminnassa toimintatapojen muutosta tulee tarkastella aina myös potilaan näkökulmasta. Hoitotyöntekijöillä on usein epätietoisuutta siitä, mitä näyttöön perustuva toiminta käytännössä tarkoittaa. Tämä voi aiheuttaa ennakkoluuloja ja muutosvastarintaa uusia toimintamalleja kohtaan. Hoitotyöntekijöiden tulee ymmärtää, että näyttöön perustuva toiminta takaa potilaalle parhaan mahdollisen hoidon. (Holopainen ym. 2014, 81-82.) Jotta näyttöön perustuvaa toimintaa ei koeta niin vaikeaksi ja vieraaksi asiaksi voidaan työyhteisöissä tutustua asiaan yhdessä esimerkiksi osastokokouksissa käytännön esimerkkien kautta.

Kehittämissuunnitelmia olisi hyvä testata ja arvioida tai hankkia palautetta niiden toimivuudesta ennen varsinaista käyttöönottoa. Osaamisen kehittämissuunnitelmat ovat usein laajoja ja monitahoisia eikä niiden jokaista osa-aluetta voi nopeasti testata vaan toimivuus tulee esille vasta pidemmällä aikavälillä. Terveystieteiden kehittämissuunnitelmissa monia toimintaprosesseja ja otetaan käyttöön uusia laitteita ja menetelmiä, joiden tavoitteena on hoidon laadun parantaminen. Kehittämistyötä tehdään usein pilotoimalla, arvioimalla ja mallintamalla. (Holopainen ym. 2014, 81.)

Sivusyklin kehittämiskysymys oli miten kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelmaa pilotoidaan? Pilotoitavaksi teemaksi kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelmasta valittiin moniammatillinen toiminta kotiutuksissa, koska se korostui opinnäytetyön tuloksissa kaikissa aiemmissa sykleissä. Potilasesimerkin avulla kartoitettiin moniammatillisiin kotiutukseen osallistuvat tahot sekä heidän tehtävänkuvat kotiutuksessa. Näiden perusteella laadittiin moniammatillisessa yhteistyössä työohje, jota voidaan hyödyntää kotiutuksissa. Potilaiden moniammatillinen kotiutus sairaalasta työohje on kuvattuna liitteessä 9.

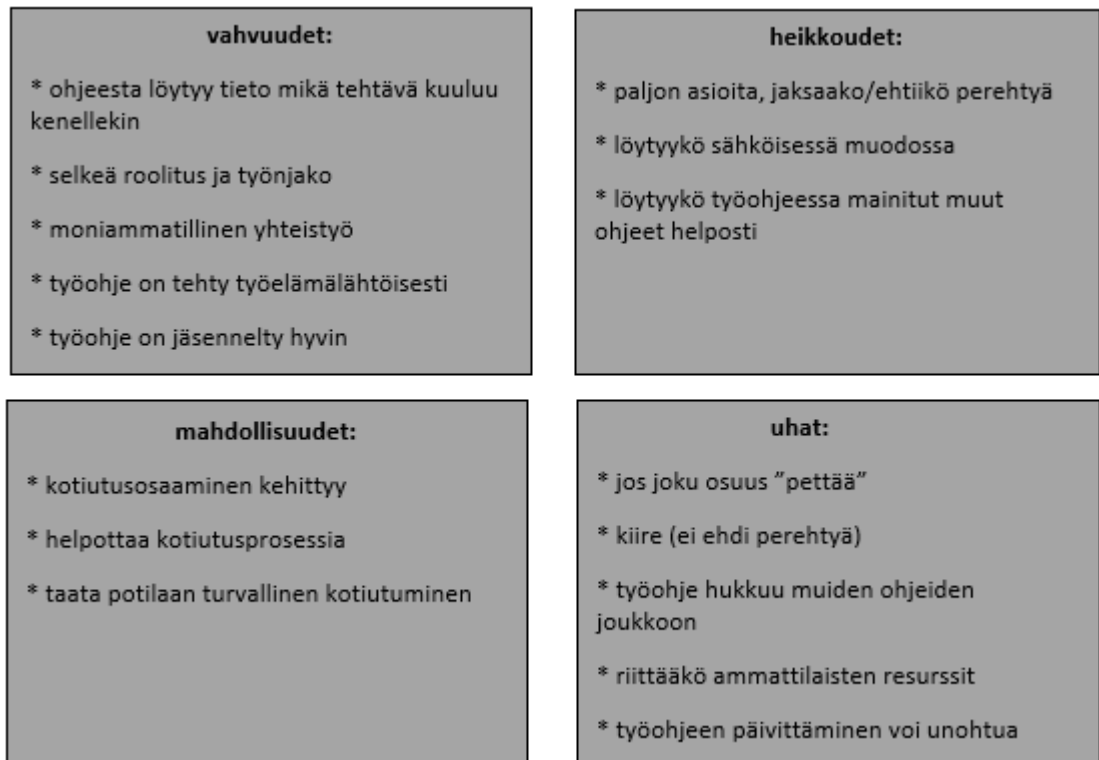
Esimerkki potilas ja ammattilaiset hänen tukena

Esimerkki potilaaksi valittiin tyypillinen potilas, jolla ei ole aiempia kotipalveluita käytössä. Esimerkki potilaana oli iäkäs yksin asuva henkilö. Hän joutui äkillisesti sairaalaan ja leikkaukseen. Hän on tähän asti huolehtinut kaikista arjen toiminnoista omatoimisesti, lapset asuvat eri paikkakunnilla. Potilaan vointi oli sairaalassa huomattavasti heikompi kuin aiemmin kotona ennen sairaalaan joutumista. Hänen toipuminen leikkauksesta lähti edistyi hyvin, mutta hän tarvitsee momentaista apua, jotta voi kotiutua turvallisesti ja pärjätä kotona. Potilaan voinnin ja kotiutuskunnan kartoituksen osastolla aloittaa potilasta hoitava sairaanhoitaja ja yhdessä lääkärin kanssa he arvioivat mahdollista kotiutuksen ajankohtaa. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle osastolla kuntoutumista kuten liikerajoituksia ja hengitysharjoituksia. Potilaalla ei ole ollut aiemmin käytössä apuvälineitä. Fysioterapeutti lainasi hänelle apuvälinelainaamosta rollaattorin osastolle valmiiksi. Osastolla potilas harjoitteli rollaattorilla liikkumista ja hän saa sen mukaan kotiinsa. Hoitaja keskusteli potilaan kanssa potilaan kotiooloista ja mahdollista avuntarpeista sekä kirjasi nämä potilaan hoitosuunnitelmaan. Sairaanhoitaja otti yhteyttä asiakasohjaukseen, jonne ilmoitetaan uusista potilaista, joilla ei ole aiempaa kotihoitoa käytössä. Asiakasohjaaja varasi potilaalle palvelutarpeenarviointikäynnin. Arviointi menee valitettavasti viikon päähän kotiutuksesta, joten hoitaja otti yhteyttä myös suoraan kotihoitoon ja kotihoito lupasi aloittaa hoidolliset kotikäynnit päivittäin jo ennen varsinaista arviointia potilaan luona. Potilas oli huolissaan myös laskujen maksusta ja sairaalamaksuista, joten hoitaja pyysi sosiaalityöntekijää tapaamaan potilaan näissä asioissa. Potilas kertoo, että sukulainen voisi käydä hänelle apuna siivoamassa. Ruokakauppaan hän ei pysty vielä menemään, joten ateriapalvelu olisi hyvä tilata. Lisäksi potilaalle alkaa uusia lääkkeitä kuten kipulääkkeet, antibiootit ja tromboosiprofylaksia (pistoksena). Sairaanhoitaja ohjaa potilaalle uusien lääkkeiden käyttöä osastolla jo hoitojakson aikana. Potilas ei pysty pistettävää lääkettä itse pistämään, joten siihen tarvitaan kotihoiton apua. Kotihoito seuraa myös potilaan leikkaushaavan paranemista ja poistaa siitä ompeleet. Kotiutuspäivänä lääkäri laatii potilaalle kotiutuspaperit, jotka sihteeri valmistelee. Sairaanhoitaja antaa potilaalle kaikki kotihoito-ohjeet kirjallisena ja ne käydään läpi suullisesti. Sairaanhoitaja varmistaa potilaalta, onko tämä ymmärtänyt ohjeet. Sairaanhoitaja poistaa potilaalta suonikanyylin, auttaa vaatteiden vaihdossa ja pakkaa potilaan tavarat. Lopuksi varmistetaan, että potilaalla on kotiavaimet mukana ja tilataan kotiutuskyty.

Moniammatillisen kotiutuksen työohjeen laadintaan osallistui osastosairaalan hoitajia, sosiaaliohjaaja, asiakasohjaaja sekä kotihoidon kotiutuskoordinaattori ja kotihoidon fysioterapeutti. Ohjeen kokosi opinnäytetyön tekijä, jonka jälkeen se lähetettiin vielä sähköpostitse edellä mainituille tahoille kommentoitavaksi. Kommenttien perusteella tehtiin vielä muutamia lisäyksiä ohjeeseen. Ohjeesta haluttiin tehdä yksisivuinen, jotta se ei ole liian pitkä. Lopuksi ohjeen tarkasti ja hyväksyi keskussairaalan erikoissairaanhoidon osastosairaalan tulosyksikön päällikkö, joka oli myös opinnäytetyön tilaajataho. Ohje on käytettävissä aluksi paperisena ja jatkossa myös sähköisenä.

4.6 Kehittämisen arviointi (sivusyklin havainnointi)

Kehittämisen arviointi tulisi toteuttaa niin, että siitä on hyötyä prosessin kaikissa vaiheissa. Näin arviointituloksia voidaan hyödyntää jo kehittämisen aikana eikä arviointi ole irrallinen osuus. Arvioinnin tulisi olla myös avointa toimintaan osallistuville tahoille. (Hätönen 2011, 62.) Valmista työohjetta esiteltiin ensiksi osaston B (kirurgia) hoitohenkilökunnalle. Sen jälkeen sitä arvioitiin hoitohenkilökunnan toimesta SWOT-analyysillä. SWOT-analyysi on suosittu strategiatyökalu. SWOT toimii yhteen vetävänä analyysinä ja tuottaa selkeän kokonaiskuvan. Perinteisessä nelikenttä analyysissä kuvataan kohdeilmion vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Joskus tietyt asiat voivat olla yhtä aikaa sekä vahvuutena että heikkoutena. (Vuorinen 2013, 89-90.) Kyseinen SWOT-analyysi on ollut käytössä Kainuun hyvinvointialueella erilaisissa arvioinneissa ja se on menetelmänä tuttu henkilöstölle. Analyysissä hoitotyöntekijät eli työohjeen tuleva käyttäjäryhmä arvioivat työohjeen vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. SWOT-analyysi työohjeesta on kuviossa 6.



Kuvio 6. SWOT-analyysi Potilaiden moniammatillinen kotiutus sairaalasta- työohjeesta

Työohjeen vahvuudeksi hoitohenkilökunta koki, että ohjeesta löytyy tieto siitä mikä tehtävä kuuluu kenellekin ja ohjeessa on kuvattu selkeä roolitus ja työnjako. Vahvuutena koettiin moniammatillinen yhteistyö. Vahvuudeksi koettiin myös, että työohje on tehty työelämälähtöisesti ja jäsenNELTY hyvin. Heikkoudeksi kuvattiin se, että ohjeessa on paljon asioita joten jaksako ja ehtiikö siihen perehtyä. Henkilökuntaa huoletti löytyykö ohje sähköisessä muodossa ja löytyykö muut työohjeessa mainitut ohjeet helposti. Mahdollisuutena kuvattiin, että työohjeen avulla kotiutusosaaminen voi kehittyä, työohje voi helpottaa kotiutusprosessia ja taata potilaan turvallisen kotiutumisen. Uhkana huoletti, että jos joku osuus ohjeesta tai toimijoista ei toimi sovitun mukaisesti. Lisäksi uhkana koettiin kiire, jos ei ehdi perehtyä ohjeeseen. Lisäksi hoitohenkilökuntaa huoletti, että työohje hukkuu muiden ohjeiden joukkoon tai työohjetta ei muisteta jatkossa päivittää. Lisäksi uhkana koettiin se, riittävätkö ammattilaisten resurssit. Työohje otetaan tämän arvioinnin ja tarvittavien muutosten jälkeen käyttöön myös muilla sairaalan osastoilla.

4.7 Johtopäätökset (reflektointi)

Opinnäytetyön kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma ja sen pilotointi soveltuvin osin. Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelmaa hyödynnetään aluksi hoitohenkilökunnalle sairaalan osastoalueella. Sen jälkeen suunnitelmaa voidaan muokata tarvittaessa ja laajentaa sen käyttöä myös muihin yksiköihin.

Kolmannessa syklissä laadittiin henkilökunnalle kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma, jossa kuvattiin muun muassa tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelmassa yhtenä tavoitteena on moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Pilotoinnissa tämän tavoitteen saavuttamiseksi laadittiin työohje potilaiden moniammatillisiin kotiutuksiin sairaalasta. Pilotoinnissa laaditun moniammatillisen kotiutuksen työohjeen avulla voidaan havainnoida, ettei mikään asia jää huomioimatta vaativimmissa kotiutuksissa ja toisaalta ei tehdä päällekkäistä tai ristiriitaista työtä eri ammattilaisten toimesta. Työohjeen laatimiseen osallistui moniammatillinen työryhmä ja näin toimiessa kaikkien osallistujien osaaminen kehittyi opinnäytetyön tavoitteen mukaisesti. Yhdessä tekeminen osallistaa ja myös sitouttaa henkilöstöä toimimaan yhteistyössä jatkossakin kotiutuksissa. Usein kehittämistoiminta tähtää työelämän hyvien käytäntöjen kehittämiseen (Toikko & Rantanen 2009, 148). Onnistunut toimintatutkimus taas tuottaa uusia toimintamalleja käytäntöön (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 114).

Yhden menetelmän eli moniammatillisen kotiutuksen työohjeen pilotointi vaikutti positiivisesti osaamisen kehittämissuunnitelmaan. Pilotointi osallisti hoitohenkilökuntaa kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönottoon. Näin yksi osa-alue suunnitelmasta on jo tuttu henkilökunnalle, joka on osallistunut joko työohjeen laadintaan tai työohjeen arviointiin. Osaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönotto konkretisoituu henkilökunnalle, kun he osallistuvat vaihe kerrallaan suunnitelman käyttöönottoon ja jatkuvaan arviointiin.

4.8 Lähteet

Harisalo, R. (2011). Luovuuden teknologia. Ideointimenetelmät organisaatioiden luovuuden vahvistajina. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Hätönen, H. (2011). Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

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

Kauhanen, J. (2012). Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: Sanomat Pro Oy.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saksa: Skhole Oy.

Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. (2014). Esimies osaamisen kehittäjänä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. (2006). Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2014). Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sarajärvi, A., Mattila L-R. & Rekola, L. (2011). Näyttöön perustuva toiminta, Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Timperi, T. (2022). Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen, selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Viitala, R. (2008). Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Vuorinen, T. (2013). Strategiakirja- 20 työkalua. Helsinki: Talentum.

5 Käyttöönottosuunnitelma (sykli 4)

Neljännän syklin tarkoitus oli kuvata suunnitelma kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönotosta. Käyttöönottoprosessi on kuvattu IOWA-mallin mukaisesti. IOWA-malli kohdistuu hoitotyön toimijoihin ja organisaatiosta esille nouseviin muutostarpeisiin (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 90-91).

5.1 Näyttöön perustuvan toiminnan merkitys (suunnittelu)

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta luotettavan ja tutkitun tiedon avulla. Toimintakäytännöt muuttuvat hoitotyössä jatkuvasti, joten henkilöstön osaamisen tulee vastata potilaiden tarpeisiin. Näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä on jatkuva prosessi kehittämistä. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9, 11.) Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on tasalaatuinen ja turvallinen hoito kaikille riippumatta hoitopaikasta tai hoitavasta ammattilaisesta (Näyttöön perustuva toiminta 2018). Organisaation sisällä saattaa olla eroja työntekijöiden toiminnassa ja hoitokäytännöissä. Palvelut potilaille eivät ole aina tasalaatuisia. Merkittävimpiä esteitä näyttöön perustuvalla toiminnan kehittämiselle ovat ammattilaisten tiedot, taidot ja asenteet. Tärkeää olisivat yhtenäiset hoitokäytänteet. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 33-35.)

Hoitotyöntekijöiden osaamisella on merkittävä vaikutus siihen millaiseen tietoon toiminta perustuu ja kuinka laadukkaita palvelut ovat. Näyttöön perustuva toiminta ei toteudu vielä riittävästi käytännön hoitotyössä. Osaksi syytä tähän voi olla se, että hoitohenkilöstö on epävarma omasta osaamisestaan ja heille asetetuista osaamisvaatimuksista. Hoitohenkilöstön osaamista on melko vaikeaa mitata. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 77.)

Kehittämishankkeiden toimeenpanon sujuvuuteen, menetelmien omaksumiseen työssä sekä niiden käytön pysyvyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa kehittämishankkeen osallistava valmistelu, johtaminen sekä toimintaympäristö ja organisaation rakenteet. Yhteistyössä rakennettuun muutokseen on helpompi kaikkien osapuolien sitoutua. (Lindholm & Laitila 2022, 882.) Neljännän syklin kehittämiskysymys on kuinka kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma implementoidaan käytäntöön?

5.2 Implementointisuunnitelma IOWA mallilla (toiminta)

Sosiaali- ja terveysalalla työntekijät pitävät tutkimusnäytön hyödyntämistä tärkeänä hoidon kehittämisesä. Kuitenkin näytön käyttöönotto eli implementointi on haasteellista. Näytön käyttöönotto on pitkäkestoinen ja moniulotteinen prosessi, joka vaatii sitoutumista. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 10-11.) Implementoinnin tavoitteena on varmistaa, että vaikuttaviksi osoitettuja hoitomenetelmiä hyödynnetään hoidossa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa. Näyttö ohjaa siis arvioimaan ja kehittämään olemassa olevia käytäntöjä. (Korhonen ym. 2018, 98.)

Näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi on kehitetty useita erilaisia malleja. Yleensä kaikki mallit sisältävät ainakin neljä keskeistä vaihetta, jotka ovat suunnittelu, toteutus, arviointi ja vakiinnuttaminen. Mallit ovat välineitä, joiden avulla toiminnan tarkoitus voidaan saavuttaa, joten mallin valinnassa on syytä kiinnittää huomiota sen soveltuvuuteen. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 87-89.)

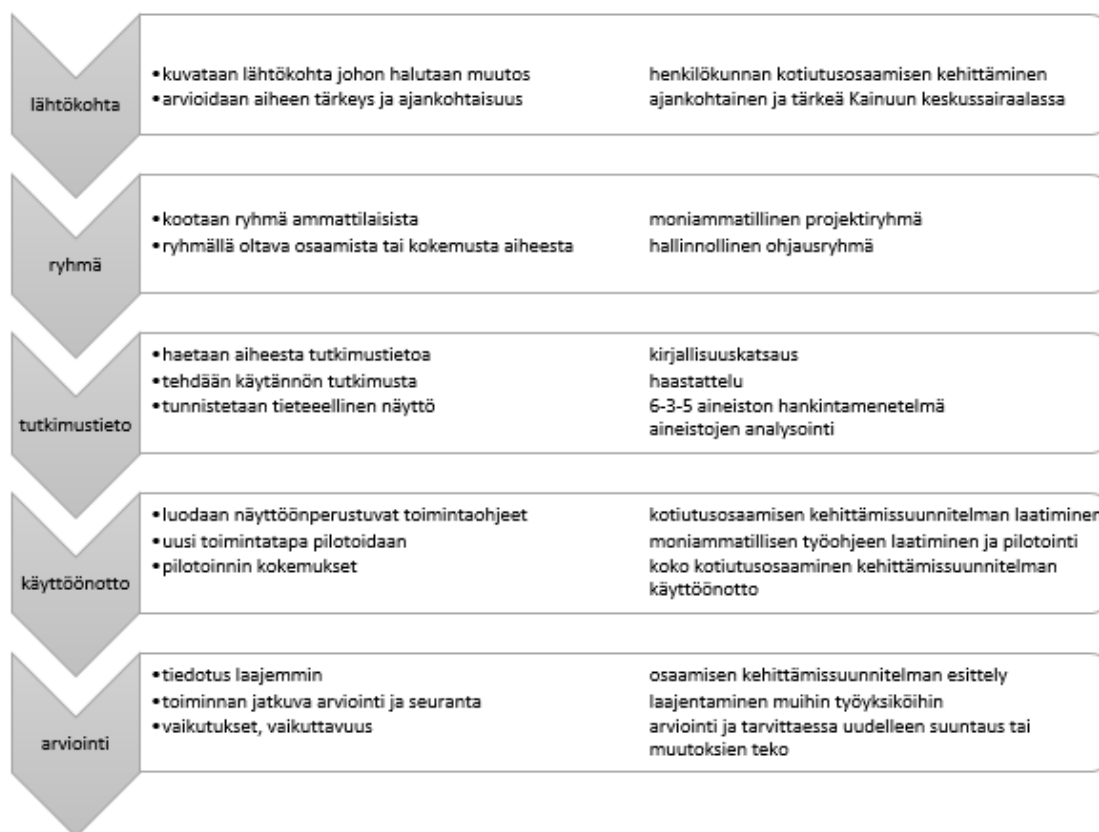
Useimmissa malleissa voidaan hyödyntää PDCA-laadunhallintamallin neljää vaihetta mukailien. Nämä vaiheet ovat suunnittelu (plan), toteutus (do), arviointi (check) ja vakiinnutus (act). Suunnitteluvaiheessa hahmotetaan kokonaiskuva kehitettävästä aiheesta eli hoitohenkilökunnan kotiutusosaamisesta. Tämä kartoitus tehtiin toimintatutkimuksen 1.syklin kirjallisuuskatsauksen ja 2.syklin nykytilan haasteiden kartoituksen avulla. Näiden perusteella 3. syklissä laadittiin työohje moniammatillisiin kotiutuksiin sekä kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma. Lisäksi suunnitteluvaiheessa ennakoidaan mahdollisia esteitä käyttöönotolle sekä niihin vaikuttamista. Tyypillinen este uusille toimintavoille on muutosvastarinta, joten toiminnan kehittäminen tulee olla hyvin perusteltua sekä toimintaympäristöön soveltuvaa.

Toteutus eli käyttöönotto tehdään vaiheittain ja vaiheille nimetään vastuhenkilöt. Aluksi laaditaan yhteinen tavoite, tiedotetaan laajasti henkilöstöä ja tehdään toimintasuunnitelma eli otetaan konkreettisesti henkilökunnan kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma käyttöön. Seuraavaksi seurataan uuden toiminnan sujuvuutta ja arvioidaan sitä. Viimeisessä vaiheessa tarkastellaan saatuja tuloksia ja vakiinnutetaan toimintatapa. Hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen kehittymistä voidaan arvioida koko työyksikön näkökulmasta sekä yksittäisten työntekijöiden osaamisen kehittymisen näkökulmista. PDCA on jatkuva toimintamalli, jonka avulla voidaan saada selville aina uusia kehittämiskohteita ja parantaa hoitotyön prosesseja. (Holopainen ym. 2014, 88-89.)

Järjestelmälliseen katsaukseen perustuvan Hoitotyöntutkimussäätiön näyttövinkin mukaan uusien toimintatapojen vakiinnuttamista sairaaloissa estäviä tekijöitä on tunnistettu useita. Usein henkilökunnan informointi on puutteellista, henkilökuntaa voi olla vähän ja vaihtuvuus runsasta sekä koulutus puutteellista, pelko kuormituksen lisääntymisestä, henkilökohtaiset esteet, puutteellinen johdon tuki ja oletus muutosten määräaikaisuudesta. Uusien toimintatapojen vakiinnuttamista edistäviä tekijöitä ovat muun muassa henkilöstön muutosagentit, vahva johdon tuki, selkeät roolit ja vastuunjako, koulutus, asiantuntemus kyseisestä toimintatavasta, toimintatavan uskottavuus ja perustelut, ratkaistavan haasteen merkityksellisyys sekä jatkuva käyttöönoton edistymisen seuranta. (Kouvonen, Kurvinen & Hamari 2023.)

Tässä opinnäytetyössä näytön käyttöönottoa varten tehtiin suunnitelma IOWA mallin mukaisesti. Sitä hyödyntämällä voidaan kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma vakiinnuttaa osaksi toimintaa. Titlerin ym. kehittämä IOWA-malli on käytännönläheinen potilaiden hoidon laadun kehittämisen menetelmä (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008, 16).

IOWA malli on yleensä kuvattu viisiportaisena tai seitsemänportaisena. Sisältö näissä on sama, mutta toisissa osa-alueita on yhdistetty. Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan lähtökohta eli se käytännön asia, johon halutaan muutos. Lisäksi arvioidaan kyseisen aiheen prioriteetti eli onko aihe tärkeä ja ajankohtainen työyhteisössä tai organisaatiossa. Sen jälkeen toisessa vaiheessa kootaan ryhmä ammattilaisista, joilla on osaamista tai kokemusta kyseisestä asiasta. Lisäksi tarvitaan aina johdon tuki, jotta kehitystyö on mahdollista. Seuraavaksi kolmannessa vaiheessa haetaan aiheesta tutkimustietoa sekä tehdään mahdollisesti erilaista käytännön tutkimusta. Näistä aiheista tulee tunnistaa tieteellinen näyttö, joka tukee muutosta. Näin ollen kehitetään uusi toimintatapa tai malli näyttöön perustuen. Sen jälkeen voidaan neljännessä vaiheessa uutta toimintatapaa pilotoida. Ensin voidaan pilotoida yksi osa-alue, jonka jälkeen koko uutta toimintatapaa kokeillaan käytännössä. Viimeisessä vaiheessa tieteellisen näytön ja pilotoinnin kokemusten pohjalta uutta toimintaa arvioidaan ja tiedotetaan sen laajemmasta käyttöönotosta organisaatiossa. Tämän jälkeen tulee suunnitella toiminnan jatkuva arviointi ja seuranta. (Brown 2014, 157-159.) Sovellus IOWA mallin mukaisesta käyttöönottoprosessista on kuvattu kuviossa 7.



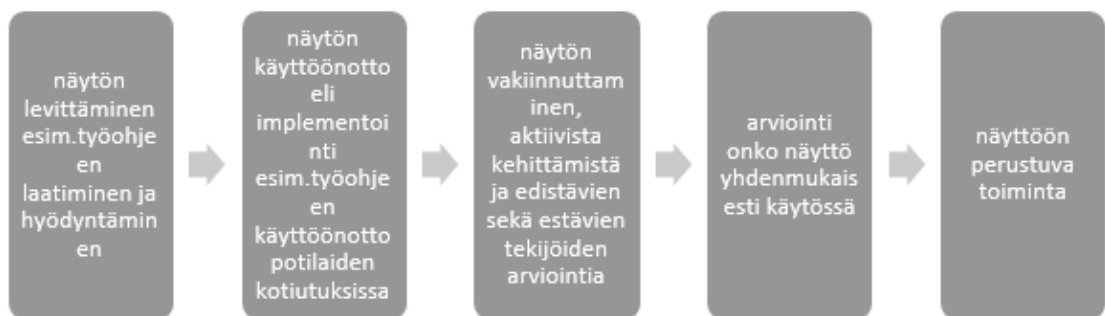
Kuvio 7. Sovellus IOWA mallin mukaisesta kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönottoprosessista

Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma esitellään työyksikön hoitohenkilökunnalle osastokokouksessa. Suunnitelma jaetaan muistion liitteenä myös niille, jotka eivät ole paikalla. Opinnäytetyöstä käydään myös avointa keskustelua työyhteisössä. Kun koko kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma on otettu käyttöön, tulee sitä arvioida useammasta näkökulmasta. Uuden toiminnan arvioinnissa tulee käydä yhdessä työyhteisössä läpi mitä opittiin, miten opittiin, miten asia koettiin ja miten toiminta on muuttunut. Näitä voidaan arvioida muun muassa potilaspalautteiden, sidosryhmäpalautteiden, opiskelijoiden arviointien, henkilöstön itsearviointien ja vertaisarviointien perusteella. Kotiutusosaamisen kehittymistä yksilöiden ja työyhteisön näkökulmista voidaan arvioida yhdessä työyhteisön kanssa keskustellen osastokokouksissa sekä henkilökohtaisesti kehityskeskusteluissa. Lisäksi toiminnan vaikuttavuuden arviointia voidaan katsoa toiminnan tehostumisen, laadun kehittymisen, toiminnan kannattavuuden kehittymisen ja henkilös-

tön sitoutuvuuden näkökulmista laajemmin organisaatiossa. Kun panostetaan resurssia osaamisen kehittämiseen niin työn mielekkyys ja työhön sitoutuminen työntekijöillä kasvaa. Reflektoinnissa siis arvioidaan yhdessä kuinka hyvin asetetut tavoitteet on saavutettu.

Kaikessa kehittämistoiminnassa tulisi huomioida työyhteisön henkilöstön osallisuuden merkitys. Osallistava kehittäminen hyödyttää kehittämistoimintaa lisäten toimijoiden sitoutumista. Yhteistoiminnallisessa kehittämisessä toimijat tuovat omat näkökulmansa yhteiseen keskusteluun ja kehittävät yhteistä kohdetta. (Toikko & Rantanen 2009, 89-91.) Näyttöön perustuvan toiminnan juurruttaminen hoitotyön käytäntöön riippuu muun muassa hoitohenkilökunnan kyvyistä, osaamisesta ja innostuksesta sekä esihenkilöiden johtamistavasta ja esimerkistä (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2010, 107). Myös henkilökunnan yksilölliset että työyhteisön yhteiset arvot ja asenteet vaikuttavat toiminnan kehittämiseen ja näihin voidaan hyvällä johtamisella vaikuttaa.

Implementoinnin tavoitteena on varmistaa, että merkitykselliseksi osoitettuja hoitotyön toimintatapoja hyödynnetään potilaiden parhaaksi. Näytön käyttöönotto on vaiheittain etenevä muutoksen hallinta prosessi. (Korhonen ym. 2018, 98-101.) Kuviossa 8 on kuvattuna näyttöön perustuvan toiminnan vaiheet otettaessa käyttöön henkilökunnan työohjeita, kuten esimerkiksi potilaiden moniammatillisen kotiutuksen työohje.



Kuvio 8. Näyttöön perustuvan toiminnan vaiheet soveltaen (Korhonen ym. 2018, 99)

Toiminnan muutokset ja vaikutukset saadaan tietoon yleensä melko nopeasti, mutta vaikuttavuus ja tehokkuus vasta pitkällä aikavälillä, jonka vuoksi jatkuva arviointi on tarpeen (Hätönen 2011, 65). Näytön käyttöönotto vaatii aikaa ja se on pitkäkestoinen prosessi. Uudet toimintatavat ja käytännöt vaativat työntekijöiltä omaksumista ja sitoutumista sekä esihenkilöiden vahvaa tukea. Omat haasteensa näytön käytäntöön saattamiseksi aiheuttaa moniulotteinen toimintaympäristö,

jossa erityisesti vaikuttavat resurssit ja palvelujärjestelmän jatkuvat muutokset. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytys on näytön vakiinnuttaminen. Toimintatapojen tulee olla juurtunut työyksikön käytäntöihin. Vakiinnuttamisen tavoitteena on siis pysyvät muutokset toiminnassa. Näytön levittäminen tai käyttöönottoprosessin läpikäynti ei takaa sitä, että näyttö vakiintuu potilaiden hoidossa, joten sitä tulee arvioida jatkuvasti ja edelleen kehittää. (Korhonen ym. 2018, 11, 126.)

Potilaille tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoprosessiinsa. Lisäksi asiakaslähtöisyys tarkoittaa, että hoidon ja palvelun kokonaisuus toimii sairaalassa potilaiden kannalta tarkoituksenmukaisesti, jolloin hoitoketjut muodostavat saumattoman kokonaisuuden. Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää hoitohenkilöstön toimintaa sairaalassa, jolloin potilaat saavat tasalaatuista ja vaikuttavaa hoitoa. Hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen varmistamiseksi tulee kehittää yhtenäisiä käytäntöjä. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 40, 53.)

Näyttö, joka IOWA mallilla vakiinnutetaan käyttöön, on kuvattu aikaisemmin tässä opinnäytetyössä. Hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönotolla voidaan edistää yhtenäisiä käytäntöjä potilaiden kotiutuksissa ja kehittää henkilöstön kotiutusosaamista. Tässä opinnäytetyössä kehittämisprosessin kuvaus päättyy implementointisuunnitelman laatimiseen. Jatkossa kehittäminen jatkuu työyhteisöissä Kainuun hyvinvointialueella, kun tulosten käyttöönottoa seurataan ja arvioidaan. Tavoitteena on saada aikaan pysyviä toiminnan muutoksia sekä kehittämisen jatkuminen tulevaisuudessa.

5.3 Lähteet

Brown, C. (2014). The Iowa model of evidence-based practice to promote Quality care: An illustrated example in onkology nursing. *Clinical Journal of Onkology nursing*. 157-159. DOI: 10.1188/14.CJON.157-159

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Helsinki: Fioca Oy.

Hätönen, H. (2011). *Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II*. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. (2009). *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kouvonen, P., Kurvinen, K. & Hamari, L. (2023). Mitkä asiat estävät ja edistävät uusien toimintatapojen vakiinnuttamista sairaalaympäristössä? *Hotus näyttövinkki 1/2022*. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. Saatavilla 27.5.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/hnv00014?toc=1119906>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). *Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin*. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. Saksa: Skhole.

Lindholm, L. & Laitila, M. (2022). *Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi*. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2022*: 138, 881-888.

Näyttöön perustuva toiminta. (2018). *Hoitotyön tutkimussäätiö*. Saatavilla 10.5.2023 <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-toiminta/>

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen, M. (2008). *Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö*. *Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004-2007) arviointi*. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakes*. Helsinki: Valopaino Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta, avain hoitotyön kehittämiseen*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

6 Pohdinta

Tässä kappaleessa kuvataan opinnäytetyön johtopäätökset, opinnäytetyön kannalta keskeiset eettiset ratkaisut ja arvioidaan luotettavuutta. Lisäksi kuvataan osaamisen johtamisen kehittymistä ja esitetään jatkotutkimusaiheita.

6.1 Opinnäytetyön johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää hoitohenkilöstön kotiutusosaamista. Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto siitä, mitä osaamista hoitohenkilökunta tarvitsee potilaiden kotiutuksissa. Aineiston analyysissä tulokseksi nousivat ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen, viestintä osaaminen, moniammatillinen toiminta ja kotiutuskokonaisuuden hallinta.

Toisen syklin tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen nykytilaa ja kotiutuksen haasteita Kainuun keskussairaalassa. Toisen syklin kehittämiskysymys oli mitä haasteita potilaiden kotiutukseen liittyy? Kartoitus toteutettiin ryhmähaastattelulla. Tulokseksi muodostuneet haasteet olivat ohjaus ja hoidontarpeen arviointi, viestintä, yhteistyö ja kotiutuksen koordinointi sekä jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kuvata kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma sekä sen pilotointi soveltuvin osin. Aineiston hankintamenetelmänä hyödynnettiin 6-3-5 menetelmää. Kolmannen syklin kehittämiskysymys oli miten henkilökunnan kotiutusosaamista kehitetään? Tulokseksi muodostuneet luokat olivat henkilöstön koulutus, henkilöstön perehdytys, yhteisten toimintaohjeiden laatiminen, yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa sekä henkilöstön välinen yhteistyö. Kolmannessa syklissä laadittiin kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma ja pilotoitiin sitä soveltuvin osin. Pilotoinnissa laadittiin moniammatillisen kotiutuksen työohje, jota arviointiin SWOT-analyysillä.

Neljannen syklin tarkoitus oli kuvata suunnitelma kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönotosta. Neljannen syklin kehittämiskysymys oli kuinka kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma otetaan käyttöön? Neljännessä syklissä laadittiin kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönottosuunnitelma IOWA mallin mukaisesti. Mallin vaiheet olivat lähtökohdan kuvaus, ryhmän muodostaminen, tutkimustiedon hakeminen, toimintamallin käyttöönotto ja arviointi. IOWA-mallin mukaista käyttöönottosuunnitelmaa hyödyntämällä voidaan kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma vakiinnuttaa osaksi työyksikön toimintaa. Yhtenäiset käytännöt pyrkivät varmistamaan hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen kotiutuksissa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaiden kotiutusten suunnittelu tulisi aloittaa heti hoitojakson alussa. Potilaiden kotiutukset voivat olla monimutkaisia prosesseja. Onnistuakseen hyvin potilaiden kotiutukset vaativat hoitohenkilökunnalta laaja-alaista osaamista ja niissä tulee hyödyntää moniammatillista yhteistyötä sekä eri tahojen asiantuntemusta (Laine, Lappalainen & Stenman 2022, 5; Hammar 2008, 102; Carroll & Dowling 2007, 886). Organisaatioissa paine potilasvirtojen kasvattamiseen, henkilöstön vaihtuvuus ja vähäinen moniammatillinen yhteistyö sekä koulutuksen puute voivat heikentää yhteistyöosaamisen kehittämistä (Timperi 2022, 20-21). Onnistunut kotiutus on sekä yksilön eli potilaan että yhteiskunnan etu, joten kotiutusten kehittämiseen kannattaa panostaa. Lähes jokainen ihminen kohtaa potilaan kotiutuksen jossakin vaiheessa elämäänsä joko potilaan, potilaan omaisen tai henkilökunnan roolissa.

Potilaiden ja heidän omaistensa osallisuuden vahvistaminen on ensiarvoisen tärkeää, koska he ovat oman tilanteensa asiantuntijoita. Potilaat ja heidän omaisensa tarvitsevat hoitohenkilökunnalta riittävää ja ymmärrettävää tietoa ja ohjausta. Tämä yhteistyösuhde mahdollistaa potilaiden osallistumisen itseään koskevaan päätöksentekoon ja yhteisymmärryksen saavuttamiseen hoitosuhteessa. (Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 2022, 23.) Potilasohjauksen tuloksellisuus edellyttää saumatonta moniammatillista yhteistyötä koko hoitojakson ajan (Lipponen 2014, 22). Lisäämällä potilaiden osallisuutta kotiutuksissa voidaan myös parantaa heidän omahoitoon sitoutumistaan jatkossa.

Näyttöön perustuva hoitosuositus läikkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta on kattava kuvaus siitä, mitä osaamista hoitohenkilökunta tarvitsee kotiutuksissa ja mitä asioita asiakaslähtöisessä hoitotyössä sekä iäkkään henkilön kotiutusprosessissa tulee huomioida. Kyseistä hoitosuositusta

tulisi käyttää myös Kainuun hyvinvointialueella hyödyksi kehitettäessä potilaiden kotiutuksia. Suosituksen mukaan turvallinen kotiuttaminen edellyttää muun muassa moniammatillista yhteistyötä (Palonen ym. 2021).

Usein hoitotyön seurannassa sairaaloissa korostetaan hoitoaikoja. Hoitoajat eivät ole kuitenkaan aina paras tavoite seurattavaksi. Lyhyetkään hoitoajat eivät ole tehokasta hoitoa, jos potilaat palaavat sairaalaan aina uudelleen kotona pärjäämättömyyden vuoksi. Tavoitteena tulisikin olla potilaan hoidon lopputulos, jossa huomioidaan koko hoitoketju. Tällöin arvioidaan potilaan selviytymistä sekä tyytyväisyyttä. Näyttöön perustuvan toiminnan avulla kehitetään potilaiden hoidossa käytettäviä menetelmiä niin, että ne ovat potilaan näkökulmasta vaikuttavia, merkityksellisiä ja tarkoituksenmukaisia. Näyttöön perustuva toiminta on myös kustannustehokasta, kun tehoton toiminta jää pois. (Holopainen ym. 2014, 49, 138.)

6.2 Luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa tulee arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158). Toimintatutkimus pyrkii muutokseen ja sen arviointi on erilaista kuin muiden tutkimustyyppien (Kananen 2014, 126). Toimintatutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin näkökulmina on historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisyys, toimivuus ja havahduttavuus (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149). Tätä opinnäytetyötä on arvioitu toimintatutkimuksen kriteereiden mukaisesti.

Toimintatutkimus ei ala tyhjästä vaan olemassa olevasta toiminnasta, joten on syytä pohtia aihetta historiallisesta näkökulmasta. Toiminta ei myöskään lopu koskaan vaan se muuttaa muotoaan. Toiminnan kehittymistä voidaan kuvata yleisenä yhteiskunnallisena ilmiönä tai tarkemmin tietyn yhteisön näkökulmasta. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149-150.) Toiminnan muutoksen lähtökohtana oli kirjallisuuskatsaus, jonka tuloksien perusteella edettiin kohti uutta näyttöön perustuvaa toimintaa. Aiheen historiaa pohdittaessa voidaan verrata myös toisen syklin nykytilan analyysiä kehitystyön tuloksiin. Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen, joten siinä on huomioitu tiilaajan näkökulma, toiveet ja tarpeet. Potilaiden kotiutuksista hoitoalalla on kokemusta pitkältä ajalta ja aiempia tutkimuksiakin aiheeseen liittyen on tehty melko paljon. Potilaiden kotiutuksia tulee olemaan aina myös tulevaisuudessa ja kotiutusosaamisen kehittäminen on merkityksellistä

historiallisen jatkuvuuden kannalta. Toiminta ei lopu opinnäytetyön valmistuessa, vaan kehitystyö jatkuu edelleen työelämän käytännössä.

Reflektiivisyys toimintatutkimuksessa tarkoittaa tutkijan oman roolin ymmärrystä ja arviointia. Tutkijan kyky ymmärtää tutkimuskohdettaan kokemuksensa perusteella vaikuttaa lähtökohtiin. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 152-153.) Opinnäytetyön tekijällä on kokemusta käytännön työelämässä potilaiden kotiutuksista, mutta laajempi ymmärrys kehittyy vähitellen. Ymmärryksen rakentuminen alkoi opinnäytetyön aiheen esiselvityksestä. Kirjallisuuskatsaus antoi lisätietoa ja vahvisti aiempia käsityksiä kotiutusosaamisesta. Tutkimus- ja kehitystyö työelämän projektiryhmässä lisäsi ymmärrystä edelleen. Prosessin aikana siis teoria ja käytäntö yhdistyivät ja näin opinnäytetyön tekijän ymmärrys vähitellen kehittyi ja syveni. Uuden toiminnan kehittäminen vaatii aina aiemman reflektiota.

Dialektisyys tarkoittaa sitä, että totuus rakentuu väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena niin, että lopputuloksena on synteesi, joka sisältää molemmat näkökulmat. Toimintatutkimuksessa tällä tavoin voidaan ymmärtää sosiaalisen toiminnan rakentumista. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 154.) Opinnäytetyö sisälsi useita näkökulmia, koska se toteutettiin monivaiheisesti ja moniammatillisesti projektityöskentelynä. Eri ammattilaiset ovat vaikuttaneet kehittämistyön etenemiseen ja lopputulokseen.

Toimivuutta arvioidaan käytännön vaikutusten kautta. Toimivuutta voidaan arvioida pohtimalla opinnäytetyön käytännön merkitystä, käytännöllisiä seurauksia ja työn hyötyä. Hyvä toimintatutkimus tuottaa toimivia tuloksia. Kokeilut voivat osoittautua myös toimimattomiksi, mutta myös epäonnistumiset tuottavat arvokasta tietoa. Yleensä kaikista kehittämisprojekteista nousee vahvuuksia ja heikkouksia. Onnistunut tutkimus saa osallistujat uskomaan omiin kykyihinsä ja se voimaannuttaa. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 155-157.) Toimintatutkimuksen avulla voi siis tapahtua muutoksia käytännön toiminnassa, mutta voi olla myös, että niitä ei tapahdu tai muutos on aivan toisenlainen kuin toiminnan alussa ajateltiin. Tutkimuksessa kuitenkin tuotetaan aineistoa ja uutta tietoa, vaikka käytännön muutokset eivät lopulta onnistuisikaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 59.) Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää henkilökunnan osaamisen kehittämisessä. Opinnäytetyön ja kehittämistoiminnan kokonaisvaikutus käytäntöön tulee esille vasta pidemmällä aikavälillä.

Havahduttavuus voidaan tutkimuksessa ymmärtää olevan kokemuksia, ajatuksia ja tunteita. Tällöin tutkimuksissa tarkastellaan todentuntuisuutta ja uskottavuutta, kokonaisuuden huomioon ottavaa vaikutelmaa. Elävän tuntoinen tutkimus voi tuoda mieleen kokemuksia tai avata kuulijalle uusia näkökulmia. (Heikkinen 2010, 159-160.) Monilla ihmisillä on kokemusta potilaan kotiutuksesta joko henkilökunnan, potilaan tai omaisen näkökulmasta. Niihin kokemuksiin voi liittyä monenlaisia hyviä ja huonoja muistoja ja tunteita, mutta opinnäytetyön perusteella lukija voi saada uusia näkökulmia asiasta.

6.3 Eettisyys

Jokainen tutkimus sisältää päätöksiä, jolloin tutkijan etiikka on koetuksella. Prosessin aikana tutkija kohtaa pieniä sekä isoja kysymyksiä, joihin hän tekee ratkaisut itse. (Eskola & Suoranta 1998, 52.) Tutkimuksen etiikkaan vaikuttaa tutkijan henkilökohtainen moraalit. Tutkijan eettinen moraalit vaikuttaa kaikkiin tutkimuksessa tehtyihin eettisiin ratkaisuihin tutkijan roolin myötä. Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 147.) Tutkimuksen eettisyys on keskeinen asia tutkittaessa mitä tahansa ja sitä tulee tarkastella läpi koko prosessin. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee pohtia mikä aiheen merkitys on yhteiskunnallisesti ja miten se vaikuttaa siihen osallistuviin tahoihin. Lähtökohtana tutkimuksille tulisi olla niiden hyödyllisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Kotiutusten kehittäminen on osa Kainuun hyvinvointialueen organisaation strategiaa ja kuvattuna työyksikön osaamisen kehittämissuunnitelmassa kehittämistarpeena. Opinnäytetyön aiheena oleva potilaiden kotiutus sairaalasta on ajankohtainen ja tärkeä sekä yksilöiden että yhteiskunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää henkilökunnan kotiutusosaamista sekä hoitotyön laatua potilaiden kotiutuksissa. Erityisesti Kainuun väestön ikääntyessä ja osastohoitopaikkojen vähentyessä on kotiutusten sujuvuuteen panostettava. Opinnäytetyön aiheena oleva potilaiden kotiutus ja henkilökunnan osaaminen on myös opinnäytetyön tekijälle henkilökohtaisesti kiinnostava ja tärkeä aihe.

Yleensä kaikille tutkimuksille tulee hakea virallinen tutkimuslupa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tälle opinnäytetyölle haettiin ja myönnettiin tutkimuslupa tilaajaorganisaati-

olta eli Kainuun hyvinvointialueelta (luvan myöntäjä tuolloin Kainuun sote) tutkimus- ja kehittämissuunnitelman mukaisesti. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tähän opinnäytetyöhön tarvittu, koska kohteena oli hoitohenkilöstö eikä esimerkiksi potilaat tai asiakkaat.

Tutkimuksissa keskeisiä eettisiä kysymyksiä ovat luottamuksellisuus, vapaaehtoisuus ja avoimuus (Backman, Paasivaara & Nikkonen 2003, 256). Tutkimukseen osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista ja siihen tulee olla tutkittavan tietoinen suostumus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tässä opinnäytetyössä projektiryhmään osallistuneet olivat vapaaehtoisia. Heille kerrottiin ensin suullisesti opinnäytetyöstä ja kysyttiin halukkuutta osallistua opinnäytetyön projektiryhmään. Projektiryhmän jäsenet olivat myös opinnäytetyön informanteja. Osallistujille lähetettiin saatekirje, jossa tiedotettiin opinnäytetyöstä. Ensimmäisessä tapaamisessa opinnäytetyön tekijä vielä kertoi opinnäytetyöstä sekä projektiryhmän toiminnasta suullisesti. Osallistujille kerrottiin myös, että heidän henkilötietojaan ei tule näkyviin missään vaiheessa opinnäytetyön raportointia sekä lisäksi heille kerrottiin aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta.

Olellaisia tutkimuseettisiä asioita opinnäytetyössä ovat tutkimukseen osallistuvat henkilöt sekä tutkimusraportin laadinta kokonaisuutena. Asioita ei tule kaunistella, muuttaa tai arvottaa henkilökohtaisen mieltymyksen mukaisesti. Myös prosessin aikana mahdollisesti esiin tulleet virheet, epähuomiot, puutteet tai kielteiset tulokset tulisi raportoida rehellisesti ja avoimesti. Tämä ei tee tutkimuksesta huonompaa tai vähempiarvoista vaan lisää sen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224-225.)

Potilaiden kotiutusten ja siihen liittyvän osaamisen kehittäminen aiheena on merkityksellinen niin potilaiden kuin työyksikön ja koko organisaation näkökulmasta. Kotiutukset ovat monitahoisia prosesseja ja niissä eettisyyttä voidaan arvioida useammasta näkökulmasta. Potilaiden kotiutus päätös itsessään on jo eettisyyden huomioon otettava ratkaisu. Potilailla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun sekä turvalliseen kotiutukseen. Moni iäkäs henkilö kokee yksinäisyyttä eikä haluaisi kotiutua. Monilla potilailla omaiset ja läheiset asuvat kaukana eivätkä voi tai halua osallistua heidän arkeen tai olla apuna ja tukena. Kuitenkaan sairaalaan ei tulisi jäädä perusteettomasti vaan tukea kotona pärjäämiseen tulisi järjestää mahdollisimman laajasti. Erityisen tarkkaa harkintaa, eettistä arviointia ja vastuullista päätöksentekoa vaatii muistisairaiden potilaiden kotiuttaminen.

6.4 Osaamisen johtamisen kehittyminen

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat työelämälähtöisiä ja niiden tarkoituksena on käytännön toiminnan kehittäminen. Opinnäytetyö vaatii opiskelijalta vastuunottoa ja projektin johtamisen taitoa. Tutkinnon tarkoitus on olla opiskelijalle osaamisen ja uran kannalta vaikuttavaa ja hyödyllistä. (Ojala & Ahola 2008, 124, 131-132.) Tutkinnon ja osaamisen kansallisessa viitekehyksessä (NQF) sijoitetaan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnot tasolle seitsemän. Osaamisvaatimuksiin kuuluu, että tutkinnon suorittanut hallitsee oman alan laaja-alaiset tiedot, kykenee ratkaisemaan ongelmia, tarkastelee tietoa kriittisesti, kykenee työskentelemään itsenäisesti vaativissa tehtävissä, johtaa ja kehittää sekä asioita että ihmisiä, omaa valmiudet jatkuvaan oppimiseen sekä osaa viestiä hyvin suullisesti ja kirjallisesti. (Auvinen, Heikkilä, Ilola, Kallioinen, Luopajarvi, Rajj & Roslöf 2010, 5.)

Kainuun keskussairaalan osastohoidon alueella olivat esihenkilöt havainneet kotiutusosaamisen kehittämisen tarpeen. Tarve tuli esille organisaation strategiasta ja aiemmasta yksikön osaamisen kehittämisen suunnitelmasta. Esihenkilö antoi toimeksiannon kehittämistyöstä opinnäytetyön tekijälle. Toiminta aloitettiin tekemällä aiheesta kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitettiin teoreettisia lähtökohtia. Toiminnan jatkuvuus eteni sykleittäin nykytilan haasteiden selvityksen, kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman laadinnan ja sen pilotoinnin sekä käyttöönottosuunnitelman mukaisesti.

Tavoitteena opinnäytetöissä yleisesti on, että opiskelijan ammatillinen asiantuntijuus kehittyy sekä tutkimuksellinen osaaminen lisääntyy. (Rantanen ym. 2008, 164.) Sairaanhoidajan työ on itsenäistä, monipuolista ja vastuullista hoitotyötä potilaiden parhaaksi. Työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, osaaminen sekä halu kehittää ja laajentaa osaamistaan mahdollistuvat lisäkoulutuksen myötä. Kehittämistyöhön osallistuminen tarjoaa ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia (Lipponen 2014, 71). Näissä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnoissa sekä tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijän osaaminen sekä tutkimuksellisesta toiminnasta että työelämän kehittämisestä lisääntyi. Lisäksi asiantuntemus kotiutuksista ja niihin vaadittavaan osaamiseen liittyen kasvoi. Opinnäytetyön tekijä otti vastuuta ja toimi moniammatillisen projektiryhmän johtajana käytännön kehittämistyön toteuttamisessa. Opinnäytetyön tekijältä vaaditaan myös

hyvää kykyä itsensä johtamiseen. Opinnäytetyön tekijän motivaatio ja oma työkokemus sairaanhoitajana potilaiden kotiutuksista edisti kehittämisen parissa työskentelyä. Aito kiinnostus kotiutusaihetta ja osaamisen kehittämistä kohtaan lisäsi opinnäytetyön tekijän sitoutuneisuutta.

Opinnäytetyön tekijän osaamisen kehittymisen lisäksi osaaminen kehittyi muillakin ammattilaisilla moniammatillisesti yhteistyötä tehden. Projektiryhmässä sekä moniammatillisen kotiutuksen työohjetta laatiessa eri ammattilaiset toimivat yhdessä jakaen osaamistaan ja tulivat tietoisemmiksi toistensa työstä. Tämän työskentelyn myötä jatkossa yhteistyötä voidaan syventää. Moniammatillisessa yhteistyössä myönteistä ilmapiiriä tukee ryhmän jäsenten antama sosiaalinen tuki toisilleen (Timperi 2022, 15). Näin ollen haastavissakin kotiutuksissa henkilökunta saa tukea toisilta ammattilaisilta ja vastuuta jaetaan yhdessä.

Hoitotyön johtamisen kehittäminen ilmenee toiminnan tuloksellisuuden paranemisena. Hoitotyön johtajat ja lähiesihenkilöt ovat avainasemassa hoitohenkilöstön osaamisen ja ammatillisen toiminnan kehittämisessä. Hoitotyön esihenkilöiden tulisi tunnistaa näyttöön perustuvan toiminnan tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset esteet, joihin hän voi työyksikössään vaikuttaa. Hoitohenkilöstöllä tulee olla käytössä ja heidän tulee osata hyödyntää näyttöön perustuvia hoitotyön suosituksia ja ohjeita työssään. Esihenkilöt voivat tukea tätä muun muassa koulutuksen ja ohjauksen avulla. Myös työntekijöiden kokemuksista saatu tieto on arvokasta ja sitä tulee osata yhdistää eri lähteistä saatuun tietoon. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 14, 55.)

Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönoton myötä koko työyhteisön henkilöstön kotiutusosaaminen kehittyy. Osaamisen johtamisen rinnalla käytännön työn ja toimintatapojen kehittämisessä johtamisen näkökulmina on hyvä huomioida valmentava johtajuus ja tiedolla johtaminen, kun halutaan tukea näyttöön perustuvaa toimintaa yksiköissä. Tiedolla johtaminen eli tietoon perustuva päätöksenteko on ajantasaisen tiedon käyttämistä johtamisen kaikilla osa-alueilla (Holopainen 2014, 128). Johtajat tarvitsevat laaja-alaista tietoa tutkimusnäytön lisäksi edistäänsään näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista. Koottua tietoa voidaan hyödyntää päätöksenteossa, kun johtajilla on käsitys näyttöön perustuvan hoitotyön tilasta kuten sitä edistävästä ja estävästä tekijöistä työyksikössä eli esimerkiksi hoitotyöntekijöiden osaamisesta ja koulutustarpeista. (Laadukkaan hoitotyön puolesta n.d, 12).

Moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät kuten erilaiset työorientaatiot, tietoperustat, toimintakulttuurit, ymmärrys omasta perustehtävästä sekä lainsäädännön ja organisaation ehdot. Työelämän vuorovaikutuksellinen muutos edistää moniammatillisuuden arvostamista. Nykyään osaaminen nähdään enemmän yhteisenä asiantuntijuutena toisten ammattilaisten kanssa. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 215-222.) Osaaminen voidaan nähdä prosessina, jossa yksilön osaaminen muokkaa työyhteisön osaamista, mikäli osaaminen tunnustetaan ja yhteensovitetaan. Moniammatillisen työyhteisön osaamisen avulla voidaan vastata sosiaali- ja terveydenhuollon osaamistarpeeseen sekä saavuttaa yhteisesti asetetut tavoitteet hoidon vaikuttavuuden ja laadun suhteen. (Timperi 2022, 55.) Tätä opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyön tekijän näkemys moniammatillisen toiminnan merkityksestä sekä johtamisen ja lähiesihenkilöiden roolista henkilökunnan ja organisaation osaamisen kehittämisessä laajeni.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta kotiutukseen vaadittavaa osaamista ja kehitettiin sitä laatien kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma ja pilotoiden moniammatillinen työohje potilaiden kotiutuksiin sairaalasta.

Jatkotutkimusaiheena voidaan selvittää tämän opinnäytetyön vaikutuksia. Jatkotutkimuskysymyksenä esitetään: Miten henkilökunnan kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma on kehittänyt henkilökunnan kotiutusosaamista?

Jatkossa olisi hyvä tutkia ja kehittää kotiutuksia myös asiakaslähtöisesti eli potilaiden ja omaisten näkökulmasta, jotta molempien osapuolien kokemukset tulisi laajemmin huomioitua. Jatkotutkimuskysymyksenä esitetään: Miten potilaat ja omaiset kokevat potilaiden kotiutukset sairaalasta?

Kotiutuskokonaisuuden hallinta koetaan opinnäytetyön tulosten perusteella haastavaksi eikä kotiutusprosessia tunneta henkilöstön keskuudessa riittävästi. Jatkossa olisi hyödyllistä kuvata Kainuun hyvinvointialueen kotiutusprosessi kokonaisuudessaan sekä tehdä se tunnetuksi koko henkilöstölle. Jatkotutkimuskysymyksenä esitetään: Miten organisaation kotiutusprosessi kuvataan, kehitetään, implementoidaan ja vakiinnutetaan koko henkilöstön käytettäväksi?

Kotiutus on kokonaisuutena niin laaja ja moniulotteinen asia, että jatkossa voidaan kehittää toimintoja useammalla osa-alueella. Yhtenä keinona voidaan sairaalan sähköisiin järjestelmiin (kuten potilastietojärjestelmä sekä toiminnanohjausjärjestelmä) lisätä erilaisia check-listoja, joiden avulla voidaan varmistaa, että kaikki tarvittavat kotiutukseen liittyvät asiat on hoidettu. Jatkotutkimuskysymyksenä esitetään: Miten sähköisiä ohjelmistoja voidaan hyödyntää potilaiden kotiutusprosessissa?

6.6 Lähteet

Auvinen, P., Heikkilä, J., Ilola, H., Kallioinen, O., Luopajarvi, T., Raij, K. & Roslöf, J. (2010). Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Saatavilla 6.3.2023 http://www.arena.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arena_nqf.pdf

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. (2022). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2.

Backman, K., Paasivaara, L. & Nikkonen, M. (2003). Elämäkertatutkimus hoitotieteessä: kaksi esimerkkiä metodin sovelluksesta. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 238-264.

Carroll, A. & Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of nursing* 16 (14), 882–886. DOI: 10.12968/bjon.2007.16.14.24328

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Hammar, T. (2008). Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisen: kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttaminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja, Stakes tutkimuksia 179. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>

Heikkinen, H. (2010). Käytäntö kertoo onnistumisesta. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: kansanvalistusseura. 159-161.

Heikkinen, H & Syrjälä, L. (2010). Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: kansanvalistusseura. 144-162.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2014). Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

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

Laadukkaan hoitotyön puolesta. (N.D). Hoitotyön tutkimussäätiö. JS/Suomi.

Laine, J., Lappalainen, J & Stenman, T. (2022). Turvallinen kotiuttaminen. Duodecim oppiportti.

Lipponen, K. (2014). Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavilla 25.5.2023 <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>

Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa A. Hujala. & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala, 2015-240. Tampere: University press.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2014). Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ojala, K. & Ahola, S. (2008). Koulutuksen työelämäyhteydet, opinnäytetyö ja kehittämisen haasteet-ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon olemusta etsimässä. Teoksessa H. Maijala & J. Levonen (toim.). Ylempi ammattikorkeakoulututkinto- Osaamisen ennakointi ja tulevaisuuden haasteet. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu. 117-134.

Palonen, M., Kariniemi, K., Peltola, P., Pesonen, H-M., Rantanen, A. & Siira, H. (2020). Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta, hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 29.1.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/ika-hoitosuositus.pdf>

Rantanen, T., Ahonen, P., Leinonen, R., Harjulehto, E., Kaljonen, P., Sandelin, S & Ojasalo, K. (2008). Opinnäytetyö yhteisöllisenä osaamisen tuottamisen prosessina. Teoksessa H. Maijala & J. Levonen (toim.). Ylempi ammattikorkeakoulututkinto- Osaamisen ennakointi ja tulevaisuuden haasteet. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu. 161-172.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. (2011). Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Timperi, T. (2022). Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen, selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

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

Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

- Opinnäytetyössä tehdään kirjallisuuskatsaus (sykli 1), johon aineisto haetaan eri sähköisistä tietokannoista. Projektiryhmässä käydään läpi nykyisiä toimintatapoja ja haasteita ryhmähaastattelussa (sykli 2). Opinnäytetyössä haastatellaan Kainuun sotien työntekijöitä. Kolmannessa syklissä hankitaan aineistoa 6-3-5 menetelmällä ja laaditaan osaamisen kehittämissuunnitelma sekä pilotoidaan sitä soveltuvien osin. Neljännessä syklissä kuvataan osaamisen kehittämissuunnitelman implementointisuunnitelma.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

- Opinnäytetyön tekijä dokumentoi sähköisesti kirjallisuuskatsauksen sekä ryhmähaastattelun ja 6-3-5 menetelmän. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksille tehdään laadunarviointi (JBI). Haastattelun aineisto nauhoitetaan ja litteroidaan. Aineistosta voidaan tunnistaa sairaala ja yleisesti henkilöstöä esimerkiksi hoitaja tietystä yksiköstä. Kenenkään yksittäisen henkilön tietoja tai vastauksia ei aineistosta voi tunnistaa.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

- Opinnäytetyön tekijä tallentaa tiedot henkilökohtaisesti kotonaan olevalle tietokoneelle Wordiin tekstimuodossa sekä Kajaanin ammattikorkeakoulun pilvipalveluun. Tietokoneelle pääsy on salasanan takana, eikä muilla ei ole pääsyä väliaikaisiin tiedostoihin. Lisäksi tiedot varmuuskopioidaan muistitikulle, joka on tutkijalla salaisessa tallessa. Aineistoa käsittelee vain opinnäytetyön tekijä. Aineisto säilytetään asianmukaisesti ja huolellisesti. Vastuu säilytyksestä on opinnäytetyön tekijällä.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysemykset

- Projektiryhmään pyydetään vapaaehtoisia osallistujia ja heiltä suullinen suostumus osallistumiseen. Tutkimuksessa ei kerätä eikä tallenneta kenenkään henkilötietoja tai muita tunnisteita. Tutkimuslupa haetaan organisaatiolta. Tutkimuslupa on tutkimuseettisten periaatteiden mukainen. Opinnäytetyön tekijä pääasiassa omistaa tutkimuksen, mutta se

on vapaasti saatavilla sen jälkeen, kun se on tallennettu (Theseukseen). Tilaaja organisaatiolla on täysi käyttöoikeus opinnäytetyössä kehitettyihin toimintatapoihin tai muihin vastaaviin organisaation toimintaan vaikuttaviin asioihin.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

- Valmis opinnäytetyö tallennetaan ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisesti ja on sen jälkeen yleisesti saatavilla. Opinnäytetyössä muodostunut aineisto tuhoetaan projektin jälkeen, joten projektiryhmältä kerättyä aineistoa ei ole mahdollista käyttää myöhemmin.

29.11.2018 **JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle**

Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____	Vuosi _____	Nro _____				
Arviointikriteeri	K	E	?	NA		
1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Onko hakustrategia asianmukainen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):



THE JOANNA BRIGGS COLLABORATION

Better evidence. Better outcomes.

29.11.2018 JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy

Hylkää

Lisätietoja

tarvitaan Kommentteja (mukaan lukien hylkäyksen syy):

The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care:
A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence.
Suomalaisen käännöksen toteuttanut Hotus JBI:n luvalla.

16.4.2019

JBI: Arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään poikkileikkaustutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan mahdollisen harhan tunnistamiseen. Tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 8 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Moola ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____
Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko otoksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit määritelty selvästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko kohderyhmä ja tutkimusolosuhteet kuvattu riittävän tarkasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mitattiinko altistus pätevästi ja luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Käytettiin objektiivisiä, standardoituja kriteereitä osallistujien valintakriteerinä toimineen tilan/tilanteen mittaamiseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko sekoittavat tekijät tunnistettu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mainitaanko menetelmät, joita käytettiin sekoittavien tekijöiden huomioimisessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tulosmuuttujat mitattu pätevästi ja luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja laadun arviointi

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tavoite tai tarkoitus	Tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (JBI)	Näytön aste
Koponen, L. 2003. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Suomi.	lääkään potilaan siirtymisen kodin ja sairaalan välillä-substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä.	Tarkoituksena oli kehittää käytännön teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävistä yhteistyöstä, kun potilas siirtyy kodin ja sairaalan välillä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa iäkkään potilaan ja hänen perheenjäsenensä saamaa tukea siirtymisvaiheessa.	Grounded teoria. Kirjallisuuskatsaus ja haastattelut (potilaiden, omaisten ja hoidonantajien).	Kehitetty teoria koostuu potilaan selviytymistä, perheenjäsenen osuutta selviytymisessä sekä selviytymistä edistävää yhteistyötä kuvaavista kategorioista ja niiden välisistä suhteista. Siirtymävaiheessa tulee arvioida potilaan selviytymistä kokonaisvaltaisesti joustavan yhteistyömallin ja toimivien kontaktien avulla. Joustavalla yhteistyöllä voimavaroja voidaan kohdentaa oikein, mutta tämä vaatii osaamista ja työaikaa.	10/10	A
Lämsä, R. 2013. Väitöskirja. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Suomi.	Potilaskertomus- etnografia potilaiden sairaalasta sairaalasta käytännössä.	Tarkoituksena oli selvittää minkälaisia potilaita sairaalasta käytännöt tuottavat. Yksi tutkimuskysymyksistä oli millä perusteilla potilaita kotiutetaan ja minkälaisia neuvotteluja kotiuttamislanteissa käytetään?	Sosiologinen etnografia (Havainnointi)	Kotiuttamisprosessissa oleellista on kotiuttamisperusteet ja kotiuttamisneuvottelut. Moniammatillisuuden lisääminen sekä osastokohtainen kotiutusprosessi ja siinä potilaskohtainen liikkumavara voivat selkiyttää monimutkaista prosessia.	10/10	C
Rauhasalo, A. 2003.	Hoitoaika lyhenee-koti	Tarkoituksena oli selvittää lyhythoitoisissa	Grounded teoria.	Haastateltavien kokemukset toimin-	9/10	B

Väitös- kirja. Jy- väskylän yliopisto. Suomi.	kutsuu: ly- hythoitoinen kirurginen toiminta van- husten it- sensä koke- mana.	kirurgisessa toi- menpiteessä olleiden iäkkäi- den potilaiden kokemuksia hoitoproses- sista. Tavoit- teena oli ku- vata, tulkita ja ymmärtää hei- dän selviyty- mistään, odo- tuksiaan ja toi- veitaan sekä luoda hoitopro- sessin katego- riat.	Kirjallisuuskat- saus ja Potilai- den haastatte- lut.	nasta olivat pää- sääntöisesti myön- teisiä, mutta kehittä- miskohteita nousi esille. Hoitoproses- sin Kategorioiksi muodostuivat tietä- mys, toiminnalli- suus, tunteet, palve- luiden järjestäminen ja hoidon onnistumi- nen.		
Hammar, T. 2008.Väi- töskirja. Tampe- reen yli- opisto. Suomi.	Palvelujen yhteensovit- taminen koti- hoidossa ja kotiutumise- ssä: koti- hoidon asiak- kaiden avun- tarve ja pal- velujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttami- nen.	Tarkoituksena oli kuvata koti- hoidon asiak- kaita ja asiak- kaiden avuntar- vetta sekä arvi- oida Palko-mal- lin vaikutta- vuutta ja kus- tannusvaikutta- vuutta.	Poikkileikkaus- tutkimus ja seurantatutki- mus (22 kun- taa). Haastat- telut, kyselyt ja tietoaineistot.	Kotihoidon asiak- kaista suurin osa oli iäkkäitä ja monisai- raita, jotka kokivat elämänlaatunsa hei- koksi. Toimintapro- sesseja tehostamalla palveluihin saadaan laatua ja kustannus- säästöjä.	7/8	A
Palonen, M. 2016. Väitös- kirja. Tam- peren yli- opisto. Suomi.	Päivystyspo- liiklinikalta kotiutuvien iäkkäiden po- tilaiden ja heidän lä- heistensä oh- jaus: hypo- teettisen mallin kehit- täminen.	Tarkoituksena oli kehittää päi- vystyspolikli- nikalta kotiutu- vien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheis- tensä ohjausta sekä selittää ohjauksen yh- teyttä kotiutu- misvalmiuteen. Tavoitteena oli pyrkä vähentä- mään ennakoim- attomia uu- sintakäyntejä kehittämällä	Empiirinen tut- kimus. Kysely- lomakkeet ja teemahaastat- telut.	Tutkimus osoitti, että kotiutuvien iäk- käiden potilaiden ja omaisten ohjaus ppkl:lla oli vähäistä. Potilaat, jotka saivat ohjausta, olivat kui- tenkin valmiimpia kotiutumaan. Erilai- set ohjauksen kehit- tämisen tarpeet nousivat esille, kes- kiössä oli vuorovai- kut. Suositeltavaa on varmistaa riittävä ohjauksen määrä ja laatu sekä mahdol- listaa potilaan lä- heisten osallistumi- nen ohjaukseen.	8/10	B

		äkkäiden potilaiden ja läheisten ohjausta.				
Kuusisto, A. 2018. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Suomi.	Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla.	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, miten erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneiden potilaiden hoidon jatkuvuus toteutuu käytetäessä sähköistä hoitotyön yhteenve-toa (HOIY) ja mikä yhteys sillä on hoidon tuloksiin hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa rajat ylittävän, tiedollisen ja hallinnollisen jatkuvuuden sekä HOIY:n kehittämiskohteet ja laatia suositukset.	Poikkileikkaustutkimus. Tee-mahaastattelu, sähköinen kysely ja kirjallisuuskatsaus. mixed method kvantitatiivinen ja kvalitaatiivinen.	Tiedollinen jatkuvuus toteutui huomosti potilaan siirtotilanteessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, kun käytössä oli sähköinen hoitotyön yhteenve-to. Hoitotyöntekijät arvioivat HOIY:n myönteiseksi työvälineeksi, mutta yhteenve-toja vastaanottaneet olivat niiden perusteella huomosti tietoisia potilaita koskevista tiedoista. HOIY ei edistänyt tiedollista integraatiota, eikä yhteiskäyttöisiä tietoja osattu hyödyntää. Toiminnallista integraatiota HOIY:t edistivät, koska niitä vastaanottaneet arvioivat tiedonkulun luotettavammaksi ja nopeammaksi, yhteistyön sujuvammaksi ja potilaan kokonaistilanteen huomioon ottavammaksi.	6/8	A
Reig-Garcia, G., Bonmati-Tomas, A., Suner-Soler, R., Malagon-Aguilera, M., Gelabert-Vilella, S., Bosch-Farre, C., Mantas-Jimenez,	Evaluation and perceptions of a nursing discharge plan among nurses from different healthcare setting in Spain.	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida kotiutussuunnitelmaa hoitajien näkökulmasta.	mixed methods (kvantitatiivinen kyselylomake kvalitaatiivinen ja ryhmähaastattelu)	Pääosin hoitajat olivat tyytyväisiä kotiutussuunnitelmiin. Haasteiksi koettiin ajanpuute, hoitotyön diagnoosien osaamisen vaje sekä puutteellinen tieto potilaiden sosiaalista arvioinneista. Kehittämisehdotuksina nousi riittävän ajan varaaminen kotiutussuunnitelmiin,	8/10	B

S., Juvinya-Canal, D. 2022. BMC Health Services Research. Article. University of Girona. Espanja.				potilaan kokonaistilanteeseen perehtyminen ja hoitajien koulutus. On tärkeää varmistaa hoidon jatkuvuus. Eri ammattiryhmien yhteistyö lisää hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.		
Scott, C., Andrews, D., Bulla, S & Loerzel, V. 2019. Artikkel. Clinical Journal of Onkology nursing. Yhdysvallat.	Teach-back method: Using a nursing education intervention to improve discharge instructions on an adult oncology unit.	Tarkoituksena oli kouluttaa hoitajia ja arvioida sairaanhoitajien takaisinopetusmenetelmän käytön vaikutuksia potilastyytyväsyyteen kotiutuksen yhteydessä.	koulutusinterventio ja kyseilyt ennen ja jälkeen opetuksen (sairaanhoitajille ja potilaille).	Koulutus paransi hoitajien tietämystä takaisinopetusmenetelmästä ja lisäsi heidän itseluottamusta käyttäen tekniikkaa. Potilaiden tyytyväisyys kotiutukseen ja hoito-ohjeiden ymmärtäminen parani.	8/10	B
Carroll, A. & Dowling, M. 2007. Artikkel. British journal of nursing. Iranti.	Discharge planning: communication, education and patient participation.	Tavoitteena oli tunnistaa tärkeimmät tekijät kotiutuksen suunnittelussa.	Kirjallisuuskatsaus	Kotiutussuunnitelman tulee olla osa hoitosuunnitelmaa. Kotiutuksen kehittämisessä oleelliset asiat ovat: viestintä, koordinointi, koulutus, potilaiden osallistuminen ja hoitohenkilöstön välinen yhteistyö.	7/11	B
Matt-Hensrud, N., Severson M., Hansen DC. & Holland, DE. 2001. Artikkel. Orthopaedic nursing. Yhdysvallat.	A discharge planning program in orthopaedics: experiences in implementation and evaluation.	Kotiutuksen koordinaattorit kehittivät mentorointiohjelman. Tarkoituksena oli parantaa hoitajien kotiutusosaamista ja tavoitteena parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta.	Kirjallisuuskatsaus, pilottitutkimus/mentorointi, päiväkirjat, aivoriihet. arviointitutkimus/seuranta-tutkimus.	Mentorointiohjelman avulla voidaan parantaa sairaanhoitajien kotiutusosaamista (ennakoidaan, suunnitellaan, koordinoimaan ja kommunikoidaan).	7/10	B
Lino, P. 2021. British journal of commu-	Challenges and complexities of discharge planning	Tarkoituksena oli selvittää hoitajien kohtaamia haasteita kotiutuk-	Kirjallisuuskatsaus.	Hajanainen viestintä, huono kommunikatio ja ennenaikainen kotiutus lisäävät riskiä joutua takaisin sairaalaan.	8/11	B

nity nursing. Englanti.	from a district nursing perspective.	sisä ja sairaalan kotiutusten esteitä.		Viestintää on parannettava sairaalan ja avopuolen hoitotimien välillä. Hoitohenkilökunnan koulutusta kotiutusosaamisesta tulee lisätä. Tulisi järjestää tilaisuuksia, joissa läpikäydään epäonnistuneita kotiutuksia. Lisäksi tulisi nimetä henkilöitä koordinoimaan kotiutuksia.		
Lopes, V., Souza, M., Schwyzer, I., Vasconcelos, J., Dzikovicz, V & Silva, I. 2019. Artikkel. Journal of nursing UFPE/Revista de Enfermagem. Brasilia.	Participation of nurses in hospital discharge planning.	Tavoitteena oli arvioida sairaanhoitajien osallistumista kotiutussuunnitteluun.	kvantitatiivinen tutkimus (lomakekysely, SPSS)	Hoitajan ja potilaan osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun koettiin tärkeäksi. Osallistumattomuus johtui puutteellisesta moniammatillisesta viestinnästä sekä resursien vähyydestä.	6/8	B

Kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelu

Alkuperäiset ilmaukset	Suomennos	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
Potilasta autetaan valmistautumaan kotiin siirtymiseen sopimalla yhteisistä hoitotavoitteista ja keinoista ja auttamalla niiden toteuttamisessa. (1)		Potilasta autetaan valmistautumaan kotiin siirtymiseen sopimalla yhteisistä hoitotavoitteista ja keinoista (1a) ja auttamalla niiden toteuttamisessa. (1b)	A potilaiden ohjaaminen (2a, 16, 18, 19b, 22, 23, 24a, 26, 28b, 28c)	I ohjausosaaminen ja selviytymisen tukeminen (A, B, P)
Hoidonantaja keskittyy muutokseen potilaan ohjaamisessa ja tiedon välittämisessä. (2)		Hoidonantaja keskittyy muutokseen potilaan ohjaamisessa (2a) ja tiedon välittämisessä. (2b)	B potilaan ja omaisten tukeminen (4, 6a, 7, 9d, 10c, 19a)	II viestintäosaaminen (C, D)
Hoidonantaja ennakoi kotona alkuun pääsemistä järjestämällä lääkkeitä, hoitotarvikkeita ja apuvälineitä kotiin valmiiksi, tai antamalla niitä mukaan kotiin. (3)		Hoidonantaja ennakoi kotona alkuun pääsemistä (3a) järjestämällä lääkkeitä, hoitotarvikkeita ja apuvälineitä kotiin valmiiksi, tai antamalla niitä mukaan kotiin. (3b)	C yhteistyö (12, 20a, 43c, 46a)	III moniammatillinen toiminta (E, F)
Hoidonantajat pyrkivät vastaamaan perheenjäsenen tiedon tarpeisiin, jotka ovat erilaisia riippuen siitä, kuinka tiiviisti he ovat mukana potilaan selviytymisessä. (4)		Hoidonantajat pyrkivät vastaamaan perheenjäsenen tiedon tarpeisiin, jotka ovat erilaisia riippuen siitä, kuinka tiiviisti he ovat mukana potilaan selviytymisessä. (4)	D tiedonkulku (2b, 13, 20b, 29a, 30a, 39a, 40, 47c, 48, 53b)	IV kotiutuskokonaisuuden hallinta (G, H, I, J, K, L, M, N, O)
Potilasta autetaan sosiaaliturvan järjestämisessä. (5)		Potilasta autetaan sosiaaliturvan järjestämisessä. (5)	E moniammatillisuus (11a, 21a, 39b, 43a, 50a, 50b, 50c, 53a)	

Potilaan kotona selviytymisessä alkuun pääsemistä varmistetaan ja huolehditaan turvallisesta kotiin siirtymisestä järjestämällä sopiva kuljetus ja apua kotiin noutamisessa tai perille saattamisessa. (6)		Potilaan kotona selviytymisessä alkuun pääsemistä varmistetaan (6a) ja huolehditaan turvallisesta kotiin siirtymisestä järjestämällä sopiva kuljetus ja apua kotiin noutamisessa tai perille saattamisessa. (6b)	F kotiutus-hoitajan/-koordinaattorin hyödyntäminen (42, 43b, 51)	
Hoidonantaja auttaa potilasta tekemällä mielekkäitä ehdotuksia avusta ja auttamalla ehdotusten hyväksymisessä. (7)		Hoidonantaja auttaa potilasta tekemällä mielekkäitä ehdotuksia avusta ja auttamalla ehdotusten hyväksymisessä. (7)	G kotiutuksen ennakointi (3a, 10a, 47b)	
Hoidonantaja arvioi itsemääräämiseen liittyviä riskejä. (8)		Hoidonantaja arvioi itsemääräämiseen liittyviä riskejä. (8)	H kotiutuksen tehokkuus (38b, 53c)	
Hän ajattelee potilaan kanssa kotona selviytymistä pidemmällä aikavälillä, konkretisoi avun hyötyä potilaalle, järjestää mahdollisuuden avun kokeilemiseen, motivoi ja suostuttelee potilasta avun hyväksymiseen. (9)		Potilaan kotona selviytymistä ajatellaan pidemmälle (9a), konkretisoidaan avun hyötyä potilaalle (9b), järjestetään mahdollisuus avun kokeilemiseen (9c) ja motivoidaan sekä suositellaan avun hyväksymiseen. (9d)	I perehtyminen potilaan taloudelliseen tilanteeseen ja sosiaaliturvaan (5, 10b, 33c)	
Lisäksi paneudutaan potilaan kotihoitomuotoon ja palveluun, potilaan taloudellisiin voimavaroihin avun järjestämiseksi ja potilaan selviytymisongelmiin muutostilanteessa. (10)		Paneudutaan potilaan kotihoitomuotoon (10a), taloudellisiin voimavaroihin avun järjestämiseksi (10b) ja selviytymisongelmiin muutostilanteessa. (10c)	J kotiutuksen käytännön järjestelyt (1b, 3b, 6b, 9b, 9c, 17)	
Hoidonantajien yhteistyön intensiteetti sairaalan ja kotihoiton tiimissä on yhteydessä potilaan vaatiman avun laatuun ja tiimin jäsenten osamiseen, työnjakoon ja työtapoihin. (11)		Hoidonantajien yhteistyön intensiteetti sairaalan ja kotihoiton tiimissä on yhteydessä potilaan vaatiman avun laatuun (11a) ja tiimin jäsenten osaa-	K hoito-henkilöstön ammatillisuus (8, 11b, 24b, 25, 27, 28a, 33b, 46b, 46c)	

		miseen (11b), työnjakoon ja työtapoihin. (11c)		
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. (12)		Onnistunut kotiuttaminen vie osastoilla työaikaa ja resursseja henkilökunnalta ja vaatii yhteistyötä eri tahojen, kuten potilaan ja omaisten, jatkohoitopaikan, kotisairaanhoidon, kotipalvelun, päivätoimintayksiköiden ja terveyskeskuksen kanssa. (12)	L kotiutus-suunnitelman laatiminen (1a, 9a, 15a, 32, 34, 35, 39c, 44, 49)	
Kommunikaatio-ongelmat näiden terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreille sijoittuvien hoitotahojen välillä vaikeuttavat kotiuttamisprosessia entisestään. (13)	.	Kommunikaatio-ongelmat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreille sijoittuvien hoitotahojen välillä vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. (13)	M hoitotyön yhteenvedon laatiminen (29b, 31, 33a)	
Lisäksi tarvitaan henkilökunnan kouluttamista monimutkaisen prosessin hallintaan. (14)		Tarvitaan henkilökunnan kouluttamista monimutkaisen prosessin hallintaan. (14)	N kotiutusprosessin tunteminen (11c, 14, 21b, 41, 45a, 45b, 45c, 47a, 47d)	
Lisäksi mahdollisimman monipuolinen kotiuttamiskriteeristö huomioisi potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti ja siten ehkäisisi potilaiden sairaalaan palaamista. (15)		Monipuolinen kotiuttamiskriteeristö huomioisi potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti (15a) ja ehkäisisi potilaiden sairaalaan palaamista. (15b)	O kotiutuksen potilasturvallisuus (15b, 30b, 52)	
Hoitaja on osaltaan lääkärin antamien ohjeiden selventäjä. (16)		Hoitaja on lääkärin antamien ohjeiden selventäjä. (16)	P takaisinopetusmenetelmän käyttö (36a, 36b, 37, 38a)	
Haastateltavat toivoivat henkilökunnalle lisää aikaa, yksilöllistä kotiutusta oikeaan aikaan, ai-		Henkilökunnalle toivotaan lisää aikaa, yksilöllistä kotiutusta oikeaan ai-		

kataulut pitäviksi, tarkkuutta papereiden kanssa, aikaa riisumiseen ja pukemiseen, avun pyytämisen helpottamista, vuorovaikutusta, kohteliasta käytöstä, ei sinuttelua, hyvää ruokaa. (17)		kaan, aikataulut pitäviksi, tarkkuutta papereiden kanssa, aikaa riisumiseen ja pukemiseen, avun pyytämisen helpottamista, vuorovaikutusta, kohteliasta käytöstä, ei sinuttelua, hyvää ruokaa. (17)		
Terveystieteiden henkilökunnan on ohjeissaan otettava huomioon iäkkäiden liiallinen varovaisuus harrastusten ja liikkumisen jatkamisessa. (18)		Henkilökunnan on ohjeissaan otettava huomioon iäkkäiden varovaisuus harrastusten ja liikkumisen jatkamisessa. (18)		
Heitä on rohkaistava ja heille on annettava selkeät ja konkreettiset heidän elämäänsä sovellettavat ohjeet leikkauksen jälkeiselle toipumisen ajalle. (19)		Henkilökunnan on rohkaistava potilaita (19a) ja annettava selkeät ja konkreettiset ohjeet leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. (19b)		
Myös onnistunut kotiutuminen edellyttää toimivia yhteistyökäytäntöjä ja toimivaa tiedonkulkua. (20)		Onnistunut kotiutuminen edellyttää toimivia yhteistyökäytäntöjä (20a) ja toimivaa tiedonkulkua. (20b)		
Ei tahojen asiantuntemuksen hyödyntäminen ja palveluiden yhteensovittaminen asiakkaan kannalta mahdollisimman hyvin edellyttävät kokonaisuuksien hahmottamista ja oman osuuden löytämistä kokonaisuudessa. (21)		Eri tahojen asiantuntemuksen hyödyntäminen ja palveluiden yhteensovittaminen (21a) asiakkaan kannalta mahdollisimman hyvin edellyttävät kokonaisuuksien hahmottamista ja oman osuuden löytämistä kokonaisuudessa. (21b)		
Niillä potilailla, jotka saivat jonkin verran tai riittävästi ohjausta, oli suurempi todennäköisyys korkeampaan kotiutusvalmiuteen kuin niillä potilailla, jotka eivät saaneet ohjausta. (22)		Potilailla, jotka saivat ohjausta, oli korkeampi kotiutusvalmius kuin niillä, jotka eivät saaneet ohjausta. (22)		

Ohjaus toimii siltana kotiin. (23)		Ohjaus toimii siltana kotiin. (23)		
Ammattilaisten tiedon ja toiminnan ristiriita ilmenee erilaisina ohjaustehtävän puutteina ja kehittämistarpeina sekä asenteiden muuttamisen tarpeena. (24)		Ammattilaisten tiedon ja toiminnan ristiriita ilmenee erilaisina ohjaustehtävän puutteina ja kehittämistarpeina (24a) sekä asenteiden muuttamisen tarpeena. (24b)		
Potilaat ja läheiset jättäytyvät ammattilaisten varaan ohjaustilanteissa, jolloin ammattilaiset toimivat ohjaustilanteita kannattelevina. (25)		Potilaat ja läheiset jättäytyvät ammattilaisten varaan ohjaustilanteissa, jolloin ammattilaiset toimivat ohjaustilanteita kannattelevina. (25)		
Toinen puoli potilaiden vastuusta on se, että he eivät aina koe tarvitsevansa ohjausta, eivätkä ota sitä vastaan. (26)		Potilaat eivät aina koe tarvitsevansa ohjausta eivätkä ota sitä vastaan. (26)		
Ohjausta kannattelevat ammattilaiset toimivat ammatillisesti ohjaustilanteissa ja rakentavat ohjauksella sillan kotiin iäkkäille potilaille. (27)		Ohjausta kannattelevat ammattilaiset toimivat ammatillisesti ohjaustilanteissa ja rakentavat ohjauksella sillan kotiin iäkkäille potilaille. (27)		
Toimiessa ammatillisesti ohjausta sovelletaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti lisäämällä potilaiden tietoa päivystyskäyntiin liittyvistä asioista, käyttämällä kirjallisia ohjeita sekä varmistamalla potilaan ymmärtäneen saamansa ohjauksen. (28)		Toimiessa ammatillisesti ohjausta sovelletaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti lisäämällä potilaiden tietoa päivystyskäyntiin liittyvistä asioista (28a), käyttämällä kirjallisia ohjeita (28b) sekä varmistamalla potilaan ymmärtäneen saamansa ohjauksen. (28c)		
HOIY:n koettiin mahdollistavan nopea, turvallinen ja reaaliaikainen tiedonvälitys, jos se oli laadittu huolellisesti ja jos		HOIY:n koettiin mahdollistavan nopea, turvallinen ja reaaliaikainen tiedonvälitys (29a), jos		

sen lisäksi saatiin lyhyt puhelinraportti ja epikriisi. (29)		se oli laadittu huolellisesti ja jos sen lisäksi saatiin lyhyt puhelinraportti ja epikriisi. (29b)		
HOIY:n arveltiin vähentävän potilaan vastuuta tiedonvälityksestä ja lisäävän potilasturvallisuutta, koska käsialatulkintoja ei tarvinnut enää tehdä. (30)		HOIY:n arveltiin vähentävän potilaan vastuuta tiedonvälityksestä (30a) ja lisäävän potilasturvallisuutta, koska käsialatulkintoja ei tarvinnut enää tehdä. (30b)		
Hoitotyön sisällön näkökulmasta HOIY arvioitiin tiiviiksi ja selkeäksi tietopakettiksi jatkohoidon kannalta oleellisista tiedoista, joita ovat mm. liikkuminen, ravitseminen, suolentoiminta, lääkitys ja psykologinen säätely. (31)		Hoitotyön sisällön näkökulmasta HOIY arvioitiin tiiviiksi ja selkeäksi tietopakettiksi jatkohoidon kannalta oleellisista tiedoista, joita ovat mm. liikkuminen, ravitseminen, suolentoiminta, lääkitys ja psykologinen säätely. (31)		
Overall, 66.1% out of 437 nurses, and especially those working in nursing homes, were satisfied with the nursing discharge plan. (32)	Kaikkiaan 66,1 % 437 sairaanhoitajasta ja erityisesti hoitokodeissa työskentelevistä oli tyytyväisiä kotiutussuunnitelmaan. (32)	Kaikkiaan 66,1 % 437 sairaanhoitajasta ja erityisesti hoitokodeissa työskentelevistä oli tyytyväisiä kotiutussuunnitelmaan. (32)		
Lack of time to complete the report and poor information about both nursing diagnoses and patients' social assessment were identified as problem areas. (33)	Ongelma alueiksi tunnistettiin ajan puute raportin tekemiseen ja huono tietämys hoitotyön diagnooseista sekä potilaiden sosiaalisista arvioinneista. (33)	Ongelma alueiksi tunnistettiin ajan puute raportin tekemiseen (33a) ja huono tietämys hoitotyön diagnooseista (33b) sekä potilaiden sosiaalisista arvioinneista. (33c)		
It was considered that the NDP should have both a standardized structure and be flexible. (34)	On harkittu, että kotiutussuunnitelmalla tulisi olla standardoitu rakenne ja sen tulisi olla joustava. (34)	Kotiutussuunnitelmalla tulisi olla standardoitu rakenne ja sen tulisi olla joustava. (34)		
Elderly and low-income patients are found to need greater attention	On huomattu, että iäkkäät ja pienituloiset	lääkkäät ja pienituloiset potilaat tarvitsevat erityisesti		

when filling out nursing discharge plans. (35)	set potilaat tarvitsevat erityisesti huomioita, kun laaditaan hoitotyön kotiutussuunnitelmaa. (35)	huomioita, kun laaditaan hoitotyön kotiutussuunnitelmaa. (35)		
This education intervention presented in this article improved oncology nurses' knowledge of the teach-back method and their confidence using the components of this technique to improve patient comprehension of discharge instructions. (36)	Tämä tässä artikkelissa esitetty koulutustoimenpide paransi onkologisten sairaanhoitajien tietämystä takaisinopetusmenetelmästä ja heidän itseluottamustaan käyttää tämän tekniikan komponentteja parantaakseen potilaiden kotiutusohjeiden ymmärtämistä. (36)	Koulutustoimenpide paransi sairaanhoitajien tietämystä takaisinopetusmenetelmästä (36a) ja heidän itseluottamustaan käyttää tekniikan komponentteja parantaakseen potilaiden kotiutusohjeiden ymmärtämistä. (36b)		
The results of this study indicate that the teach-back method is a valuable tool for nurses. (37)	Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että takaisinopetusmenetelmä on arvokas työkalu sairaanhoitajille. (37)	Takaisinopetusmenetelmä on arvokas työkalu sairaanhoitajille. (37)		
Using the components of the teach-back method in clinical practice ensures that patients better comprehend complex health information provided by nurses at discharge and supports effective transitions from acute clinical care to home care. (38)	Takaisinopetusmenetelmän komponenttien käyttö kliinisessä käytössä varmistaa, että potilaat ymmärtävät paremmin sairaanhoitajien kotiutuksen yhteydessä toimittamat monimutkaiset terveystiedot ja tukee tehokasta siirtymistä akuutista hoidosta kotihoitoon. (38)	Takaisinopetusmenetelmän käyttö varmistaa, että potilaat ymmärtävät paremmin sairaanhoitajien kotiutuksen yhteydessä toimittamat monimutkaiset terveystiedot (38a) ja tukee tehokasta siirtymistä akuutista hoidosta kotihoitoon. (38b)		
Open and honest communication between all members of the multidisciplinary team (MDT) is required for successful discharge planning. (39)	Avoin ja rehellinen viestintä kaikkien moniammatillisen tiimin jäsenten välillä on edellytys onnistuneelle kotiutussuunnitelmalle. (39)	Avoin ja rehellinen viestintä (39a) moniammatillisen tiimin jäsenten välillä (39b) on edellytys onnistuneelle kotiutussuunnitelmalle. (39c)		
Patient participation in all communication should be encouraged. (40)	Potilaan osallistumista kaikkeen viestintään kannustetaan. (40)	Potilaan osallistumista kaikkeen viestintään kannustetaan. (40)		

Moreover, patients should be encouraged to appraise their discharge planning process. (41)	Lisäksi potilaita rohkaistaan arvioimaan kotiutuksen suunnitteluprosessia. (41)	Potilaita rohkaistaan arvioimaan kotiutuksen suunnitteluprosessia. (41)		
The bedside nurse (i.e. the staff nurse responsible for direct patient care) should be considered as coordinator of the discharge. (42)	Vuoteen vieressä oleva sairaanhoitaja (eli hoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta) tulisi olla koordinaattorina kotiutuksessa. (42)	Vuoteen vieressä oleva sairaanhoitaja (eli hoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta) tulisi olla koordinaattorina kotiutuksessa. (42)		
The MDT (multidisciplinary team) should give full assistance, and if a designated discharge planner is employed, she should liaise with and support the bedside nurse. (43)	Moniammatillisen tiimin olisi annettava täysi apu, ja jos nimetty kotiutuksesta vastaava on estynyt niin heidän tulisi olla yhteydessä ja tukea vuodeosaston sairaanhoitajaa. (43)	Moniammatillisen tiimin olisi annettava täysi apu (43a), ja jos nimetty kotiutuksesta vastaava (43b) on estynyt niin heidän tulisi olla yhteydessä ja tukea vuodeosaston sairaanhoitajaa. (43c)		
The discharge plan should be incorporated and displayed within the patient's plan of care. (44)	Kotiutussuunnitelma tulee sisällyttää potilaan hoitosuunnitelmaan. (44)	Kotiutussuunnitelma tulee sisällyttää potilaan hoitosuunnitelmaan. (44)		
The mentorship program demonstrates a creative effort to enhance nurses' discharge planning assessment, coordination, and problem-solving skills. (45)	Mentorointiohjelma osoittaa luovaa pyrkimystä parantaa sairaanhoitajien kotiutussuunnittelun arviointi-, koordinointi- ja ongelmanratkaisutaitoja. (45)	Mentorointiohjelma osoittaa pyrkimystä parantaa sairaanhoitajien kotiutussuunnittelun arviointi- (45a), koordinointi (45b) - ja ongelmanratkaisutaitoja (45c).		
Experiential interactions provided opportunities to expand knowledge and understanding of community resources as well as promote critical thinking skills. (46)	Kokemuksellinen vuorovaikutus tarjosi mahdollisuuksia laajentaa tietoa ja ymmärrystä yhteisön resursseista sekä edistää kriittistä ajattelua. (46)	Kokemuksellinen vuorovaikutus (46a) tarjosi mahdollisuuksia laajentaa tietoa ja ymmärrystä yhteisön resursseista (46b) sekä edistää kriittistä ajattelua. (46c)		
It behooves nursing management and education personnel to prepare nurses to think beyond a patient's immediate acute care needs and proactively plan for,	Hoitotyön johdon ja koulutus henkilöstön on valmistettava sairaanhoitajia ajattelemaan potilaan välittömiä akuutteja hoitotarpeita pidemmälle ja ennakoivasti	Hoitotyön johdon ja koulutus henkilöstön on valmistettava sairaanhoitajia ajattelemaan potilaan välittömiä akuutteja hoitotarpeita pidemmälle		

communicate, and coordinate services across the continuum of care. (47)	suunnittelemaan, kommunikoimaan ja koordinoimaan palveluita hoidon jatkuvuudeksi. (47)	(47a) ja ennakkoivasti suunnittelemaan (47b), kommunikoimaan (47c) ja koordinoimaan palveluita hoidon jatkuvuudeksi. (47d)		
There is a need for improvement in communication between hospital staff and district nursing teams. (48)	Kommunikaatiossa on parannettavaa sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon hoitotimien välillä. (48)	Kommunikaatiossa on parannettavaa sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon hoitotimien välillä. (48)		
Education of medical and nursing staff regarding the role of the DN (district nurse) would help them recognize the need for appropriate involvement of district nursing teams during discharge planning. (49)	Lääkäri- ja hoitohenkilökunnan koulutus koskien kotisairaanhoidajan roolia auttaisi heitä tunnistamaan tarpeen kotihoidon työryhmien osallistumiseen kotiutussuunnitteluun. (49)	Lääkäri- ja hoitohenkilökunnan koulutus koskien kotisairaanhoidajan roolia auttaisi heitä tunnistamaan tarpeen kotihoidon työryhmien osallistumiseen kotiutussuunnitteluun. (49)		
Promotion of integration between the primary and secondary sectors via seminars or webinars to discuss failed discharge or case studies could improve the rapport between health professionals in these settings and improve understanding of the DN role. (50)	Integraation edistäminen ensisijaisten ja toissijaisten alojen välillä seminaareissa tai webinaareissa keskustellen epäonnistuneista kotiutuksista tai tapauksista voisivat parantaa suhdetta terveydenhuollon ammattilaisten välillä näissä ympäristöissä ja parantaa kotihoidon roolin ymmärtämistä. (50)	Integraation edistäminen ensisijaisten ja toissijaisten alojen välillä seminaareissa tai webinaareissa keskustellen epäonnistuneista kotiutuksista tai tapauksista (50a) voisivat parantaa suhdetta terveydenhuollon ammattilaisten välillä näissä ympäristöissä (50b) ja parantaa kotihoidon roolin ymmärtämistä. (50c)		
Discharge buddies-that is, one DN and one hospital staff member-could be nominated to liaise or coordinate discharge from wards or other acute settings. (51)	Kotiutus ystävät eli yksi kotihoidon hoitaja ja yksi sairaalan hoitaja voidaan nimittää pitämään yhteyttä tai koordinoimaan kotiutusta osastoilta tai muista akuuteista paikoista. (51)	Yksi kotihoidon hoitaja ja yksi sairaalan hoitaja voidaan nimittää pitämään yhteyttä tai koordinoimaan kotiutusta osastoilta tai muista akuuteista paikoista. (51)		
It was identified that all nurses (21 = 100%)	Todettiin, että kaikki sairaanhoitajat	Kaikki sairaanhoitajat (21=100 %)		

<p>agreed that if the patient is not included in discharge planning, he or she may develop complications in their treatment. (52)</p>	<p>(21=100 %) olivat yhtä mieltä siitä, että jos potilas ei ole mukana kotiutussuunnittelussa hänen hoidossaan voi ilmetä komplikaatioita. (52)</p>	<p>olivat yhtä mieltä siitä, että jos potilas ei ole mukana kotiutussuunnittelussa hänen hoidossaan voi ilmetä komplikaatioita. (52)</p>		
<p>It was observed, among the justifications for this nonparticipation, that the lack of communication between the multidisciplinary teams and the inadequate dimensioning of nurses by the demand of patients to be oriented predominated. (53)</p>	<p>Osallistumattomuuden perusteluissa todettiin, että hallitsevassa asemassa oli moniammatillisten tiimien välisen kommunikaation puute ja sairaanhoitajien riittämätön mitoitus potilaiden hoitoisuuden mukaan. (53)</p>	<p>Hallitsevassa asemassa oli moniammatillisten tiimien (53a) välisen kommunikaation puute (53b) ja sairaanhoitajien riittämätön mitoitus potilaiden hoitoisuuden mukaan. (53c)</p>		

Hyvä vastaanottaja

Saatekirje
01.03.2023

Olen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija, kehittämisen ja johtamisen tutkinnosta. Tämä saatekirje koskee opinnäytetyötä, jonka avulla kehitetään työelämää.

Sairaalassa potilaiden osastopaikkoja on vähennetty ja hoitotyö siirtynyt avohoitopainotteiseksi. Potilaiden vaihtuvuus osastoilla on suurta ja potilaiden kotiutusten tulisi olla tehokkaita eli potilaat kotiutuisivat mahdollisimman pian akuutin hoidon jälkeen. Kainuun hyvinvointialueen strategiassa tavoitteena on kotiuttaa suurin osa potilaista suoraan omaan kotiin niin, että he pärjäävät siellä eivätkä palaudu heti uudelleen hoitoon kotona pärjäämättömyyden vuoksi. Potilaiden kotiutuksen suunnittelun tulisi olla ennakoivaa, alkaa heti potilaan saapuessa sairaalahoitoon ja sitä tulisi kartoittaa koko hoitojakson ajan.

Opinnäytetyön metodologiaksi valittiin toimintatutkimus, koska se on käytännön läheinen ja henkilöstöä osallistava. Menetelmänä toimintatutkimus on sykleittäin etenevä prosessi. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyöntekijöiden kotiutusosaamista. Ensimmäisessä syklissä kartoitettiin aikaisempi tutkimustieto hoitohenkilökunnan kotiutusosaamisesta kirjallisuuskatsauksen avulla. Sen jälkeen toisessa syklissä kotiutus osaamisen nykytila ja haasteet kartoitetaan ryhmähaastattelulla projektiryhmässä. Aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä ja verrataan tuloksia kirjallisuuskatsaukseen. Näiden perusteella kolmannessa syklissä laaditaan kotiutuksen osaamisen kehittämissuunnitelma ja pilotoidaan sitä soveltuvien osien. Viimeisessä vaiheessa eli neljännessä syklissä kuvataan tarkennettu osaamisen kehittämisen suunnitelma ja sen implementointimalli.

Opinnäytetyön projektiryhmässä käsitellään kotiutuksen nykyisiä toimintatapoja sekä haasteita ryhmähaastattelua hyödyntäen. Projektiryhmään on tarkoituksenmukaista osallistaa hoitotyöntekijöitä sairaalan eri yksiköistä. Mukaan toivotaan hoitotyöntekijä osastolta A, osastolta B, päivytyksestä ja yleislääketieteen osastolta. Osallistujien valintoja tehdään yhdessä esihenkilöiden kanssa. Lisäksi ryhmään toivotaan osallistuvan sairaalan sosiaaliohjaaja ja kotiutuskoordinaattori. Nämä kaikki tahot osallistuvat potilaiden kotiutuksiin ja heillä on niistä kokemusta. Ryhmä kokoontuu todennäköisesti 2–3 kertaa talvella 2023. Projektiryhmä toimii yhteistyössä tavoitteellisesti opinnäytetyön tekijän ohjaamana.

Opinnäytetyön projektiryhmään osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistujilta pyydetään suullinen suostumus. Kokoontumiset tapahtuvat työajalla. Tutkimuksessa ei kerätä eikä tallenneta kenenkään henkilötietoja tai muita tunnistetta. Opinnäytetyöllä on virallinen tutkimuslupa, jonka on myöntänyt Kainuun sote.

Toivottavasti haluat olla mukana kehittämässä potilaiden kotiutusta sekä työntekijöiden kotiutusosaamista.

Ystävällisin terveisin Laura Määttä
sairaanhoitaja Kainuun sote, osasto B
YAMK opiskelija (KAMK)
sähköposti

Teemahaastattelun aineiston luokittelu

Teema	Haasteina	Alaluokat	Yläluokat
ohjaus-osaa- minen ja selviytymi- sen tukeminen	<p>lääkehoidon ohjausta toteutetaan liian vähän (1)</p> <p>hoito-ohjeiden läpikäyminen liian vähäistä (3)</p> <p>ei varmisteta onko potilaat ymmärtäneet ohjeita (4)</p> <p>kotioloja ja siellä selviytymistä ei aina kartoiteta (5)</p> <p>apuvälineiden tarvetta ei ole aina kartoitettu (6)</p> <p>hoitoyksikön yhteystietoja ei ole annettu potilaalle (7)</p> <p>potilaat ei aina tiedä mitä lääkkeitä on aloitettu ja miksi (8)</p> <p>potilaille on unohdettu ohjata mitä kontroleja lääkehoitoon liittyy (9)</p> <p>lääkehoidon avun ja tuen tarvetta ei ole selvitetty (10)</p> <p>muutokset entiseen kotilääkitykseen vaikea kartoittaa (11)</p> <p>uudelle diabeetikolle ei ole annettu kotiutuksessa hoitotarvikkeita (20)</p> <p>murtumapotilaille on jäänyt antamatta kuntoutusohjeet (23)</p> <p>potilaan ja omaisten kanssa ei keskustella palvelujen tarpeesta (32)</p> <p>potilaat ja omaiset ohitetaan, kun päätetään palveluista kotiin (33)</p> <p>omaisten mahdollista apua potilaille ei kartoiteta aina riittävästi (77)</p> <p>omaisia ei riittävästi kannusteta ja ohjata osallistumaan potilaan hoitoon (78)</p> <p>haavanhoitoa ei ole aina ohjattu riittävästi eikä annettu haavanhoitotuotteita potilaille (85)</p> <p>muistisairaat haastava potilasryhmä ohjauksen kannalta (88)</p> <p>kaikilla ei ole ollenkaan omaisia tukena ja apuna (89)</p>	<p>A lääkehoidon ohjaus (1,8,9,10,11)</p> <p>B omaisten huomioiminen (77,78,89)</p> <p>C kotihoito-ohjeiden antaminen (3,4,7,20,23,85)</p> <p>D kotona selviytymisen arviointi (5,6,32,33,88)</p>	I Ohjaus ja hoidon tarpeen arviointi (A, B, C, D)
viestintä osaa- minen	<p>potilaan kokonaistilanteen kartoitus puhelimessa haastavaa (14)</p> <p>puhelimessa ei hoksata kaikkia tietoja kysyä (15)</p> <p>puhelimessa ei hoksata kertoa kaikkia oleellisia tietoja (16)</p> <p>kotiutuksesta kotihoitoon raportoi hoitaja, joka ei tunne tai ei ole hoitanut potilasta (19)</p> <p>kotihoidolle ei aina osata sanoa mitä apuja tarvitaan ja mitä varten käynnit halutaan (24)</p>	<p>E ajantasaisia yhteystietoja ei ole saatavilla (37,39,42,44,45)</p> <p>F ei tiedetä keneen tulee olla yhteydessä (38,40,43,48)</p>	II Viestintä (E,F,G,H,I)

	<p>potilaasta annettu raportti on hävinnyt ja joudutaan antamaan raportti uudelleen (25) kun tietoja potilaasta siirretään monelle ihmiselle voi tiedot muuttua (26) hoitokertomukset ei näy kaikille hoitoon osallistuvilla tahoille (27) ei tiedetä mihin soitetaan, yhteistyötahon numeroa ei ole tiedossa (37) yhteistyötahoja ei tiedetä eikä tunneta (38) yhteystiedot ja puhelinnumerot vaihtuu usein (39) ristiriitaista tietoa on siitä keneen tulee ottaa yhteyttä (40) haastetta viestintään tuo puhelintuntiaajat ja takaisinsoittojärjestelmät (41) yhteystietoja ei ole päivitetty ajan tasalle (42) ei ole kunnon ohjetta soitetaanko kotiutuksesta suoraan kotihoitoon vai asiakaspalveluohjaajalle (43) potilaan kotihoidon omahoitajan tai tiimin yhteystietoja ei ole löydy (44) LAS ohjelmalle ei ole merkitty hoitoyksikön yhteystietoja (45) kaimasta (sisäinen intranet) ei löydy tietoja (46) viestintä on kaikkineen puutteellista (47) viestitään väärälle henkilölle välillä (48) on väärin, että annetaan vastuu asiakkaalle tai omaiselle ilmoittaa itse kotihoitoon kotiutuksesta (49) PTA järjestelmää pitäisi enemmän käyttää viestintäkanavana (50) kaikilla ei ole sellaisia yhteydenpitovälineitä esim. kotihoidossa, että asiat voisi hoitaa heti (62)</p>	<p>G haasteet viestintäkanavissa ja -välineissä (27,41,46,50,62)</p> <p>H viestintä osaaminen puutteellista (15,16,19,24,47)</p> <p>I haastavat viestintätilanteet (14,25,26,49)</p>	
moniammatillinen toiminta	<p>meillä on tiedonpuute moniammatillisuudesta (51) uusilla hoitajilla ei ole tietoa kuntoutusohjaajasta, sosiaaliohjaajasta ja kotikuntoutuksesta (52) raja-aidat mielenterveyspuolelle ja kehitysvamma- puolelle hankalia (53) yhteydenotto hankalaa erityisesti mielenterveyspuolelle eikä tietoa saako sinne soittaa (54) osaamisen puute siinä, ettei osata pyytää apua haastaviin potilaisiin joltain muulta, joka voisi tietää (55) päihdeasiakkaille tarvittaisiin yhteistyötä, koska toiminta on haastavaa (56) päihdeasiakkaiden tilanteessa monesti moniammatillisten apujen selvittely jää koti- hoidolle (57)</p>	<p>J työnjako epäselvää (57,60,61,79,80,90)</p> <p>K tiedonpuute muista ammattilaisista (51,52,59,65,69)</p> <p>L haastava yhteistyö (53,54,56,66)</p> <p>M moniammatillisuuden hyödynnettävyys (55,58,64,67,68,70,84)</p>	III Yhteistyö ja kotiutuksen koordinaatio (J,K,L,M)

	<p>ennakointi kotiutuksesta pitäisi aloittaa aikaisemmin, jotta ehditään järjestää esim. asunnon siivous (58)</p> <p>ei ole tietoa mille taholle kuuluu siivous, ruuan ostaminen ja pyykinpesu kotiutusta varten (59)</p> <p>työnjako on epäselvää, ei tiedetä mikä on sosiaaliohjaajan toimenkuva (60)</p> <p>ei tiedetä mitkä asiat kuuluu asiakasohjaajalle ja mitkä omaishoidon asiakasohjaajalle (61)</p> <p>yhteistyötä tarvittaisiin enemmän eri alan ihmisten kanssa haastavissa kotiutustilanteissa (64)</p> <p>moniammatillisessa yhteistyössä ongelmana, ettei tiedetä eikä tunneta toisten työtä (65)</p> <p>ei luoteta toisten työhön ja osaamiseen vaan kyseenalaistetaan (66)</p> <p>kuntoutuksen näkökulmasta fysioterapeutit pitäisi ottaa enemmän mukaan (67)</p> <p>kotikuntoutuksessa (konsta) on monen viikon jonot, niin sitä ei voi kunnolla hyödyntää (68)</p> <p>ei ole tietoa voisiko yksityisiä kotipalveluyrityksiä suositella potilaille (69)</p> <p>hoitoneuvottelut ja palvelutarpeen arvioinnit venyvät liian pitkän ajan päähän (70)</p> <p>apu kotiin on liian pirstaleista, kun yksi käy hoitamassa yhden asian (79)</p> <p>kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta arkielämästä kotiutuksen jälkeen (80)</p> <p>tulkin käyttäminen kotiutuksissa on työlästä (84)</p> <p>jonkin verran tehdään päällekkäistä työtä esim. eri ammattilaiset hoitavat samaa asiaa (90)</p>		
kotiutuskokonaisuuden hallinta	<p>paljon erikoisalvoja, joita hoitajien tulisi osata (2)</p> <p>kotiutus epikriiseista puuttuu lääkitys kappale kokonaan (12)</p> <p>kotiutus epikriiseista puuttuu jatkokontrollit muun muassa lääkityksen suhteen (13)</p> <p>hoitajien vaihtuvuus haasteena (17)</p> <p>hoitajien perehdytys puutteellista (18)</p> <p>sijaisia on paljon (21)</p> <p>vastavalmistuneilla ei ole kokonaisnäkemystä (22)</p> <p>hoitotyönyhteenvedot ei aina ole riittävän kattavia (28)</p> <p>kotihoidon koostetietoja asiakkaista ei ole päivitetty (29)</p> <p>osastoilla ei osata hyödyntää RAI toimintakykymittaria (30)</p> <p>lääkäri ja hoitaja miettivät tarvittavia palveluita vain keskenään (31)</p> <p>kotiympäristö ja sairaalaympäristö erilaiset toimintakyvyn kannalta (34)</p>	<p>N hoitohenkilöstön osaamisvajae (2,17,18,21,22,30,86,91,92,93)</p> <p>O riittämätön kotiutuksen suunnittelu (31,72,73,75,76)</p> <p>P kotiutukseen liittyvä kirjaaminen puutteellista (12,13,28,29)</p> <p>Q haasteet toimintaympäristössä ja kotiutusolosuhteet (34,35,36,63,71,74,</p>	<p>IV Jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen (N,O,P,Q)</p>

	<p>asiakkaat ei suostu vähentämään kerran aloitettuja kotihoidon palveluita (35)</p> <p>kotona asiakkaille tullut yllätyksenä, että palvelut maksaa eikä niitä ole suostuttu maksamaan (36)</p> <p>haastavasti käyttäytyville geriatrisille potilaille ei tahdo löytyä sopivia hoitopaikkoja (63)</p> <p>osastoilla on potilaita, joilla ei ole sairaalahoidon tarvetta, mutta ei saada kotiin palveluita järjestettyä (71)</p> <p>potilaita siirtyy sairaalasta terveyskeskusten osastoille vain kotiapujen selvittyä varten (72)</p> <p>sairaalan (esh) puolella ei järjestetä juurikaan hoitoneuvotteluja tai palvelutarpeenarviointia (73)</p> <p>hoitajaresursseja ei ole riittävästi, että voisi osallistua palaveriin (74)</p> <p>lääkäreiden pitäisi arvioida aiemmin potilaan mahdollista kotiutuspäivää (75)</p> <p>kotiutusajankohdan arviot liian epämääräisiä ja asiat jäävät ”roikkumaan” (76)</p> <p>osastolla nähdään, että potilas ei tule pärjäämään kotona apujen kanssa niin silti on pakko yrittää (81)</p> <p>kotona pärjäämättömyyden takia tulee päivystysrumbaa edes takaisin (82)</p> <p>haastava potilasryhmä kotiutuksissa on ulkomaalaistaustaiset: kielimuuri, ymmärtäminen, kulttuuri (83)</p> <p>hoitotarvikelähetteitä ei osata eikä muisteta tehdä (86)</p> <p>tarvittavia apuvälineitä ei ole hankittu potilaille valmiiksi kotiutuessa (87)</p> <p>kotiutuspolku ei ole kaikilla tiedossa (91)</p> <p>henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa sosiaaliturvasta ja etuuksista, jotta voisi ohjata potilaille ja omaisille (92)</p> <p>hoitohenkilökunta ei tiedä mitä palvelut maksaa, joten ei osata vastata potilaille (93)</p>	81, 82,83)	
--	--	------------	--

Kehittämistoiminnan (6-3-5) aineiston luokittelu

Haaste	Ratkaisuesitykset	Alaluokat	Yläluokat
lääkehoidon ohjaus puutteellista	1.lääkelistat ja jako-ohje kirjallisena tulosteena potilaalle 2.lääkitystä käydään läpi jo ennen kotiutusta 3.lisätään hoitajille koulutusta lääkkeistä ja niihin liittyvästä ohjauksesta 4.selvitetään uusien lääkkeiden käytön merkitys ja kontrollit 5.käydään läpi potilaan kotilääkitys 6.tarkistetaan potilaalta, että tämä on ymmärtänyt lääkehoidon ohjauksen 7.tiedotetaan potilaita uusista lääkkeistä ja käydään ohjeet läpi 8.hoitokertomukseen merkitään mikä lääke on uusi ja ohjaus -/+ 9.osastofarmaseutti ohjaamaan potilaille lääkehoitoa	A lääkehoidon ohjauksen sovitut toimintatavat (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8)	I henkilöstön koulutus (E, M, L)
omaisten huomiointi puutteellista	10.omaiset mukaan hoitoon 11.kartoitetaan lähiomaiset ja otetaan heihin yhteyttä 12.tuetaan osallisuutta 13.kartoitetaan onko muu kuin omaisen esim. ystävät 14.sosiaaliohjaaja selvittämään omaisia 15.leikkauspotilaille ennalta selvitys omaisista ja siitä pystyvätkö olemaan potilaan apuna 16.tarkistetaan aina onko lähiomaisen yhteystiedot ajan tasalla 17.ohjataan omaisia palveluiden suhteen 18.varmistetaan ymmärtääkö omaiset tilanteen	B hoidon suunnittelu potilaan ja omaisten kanssa (10, 11, 12, 13, 15,16,17, 18, 30, 97, 107)	II henkilöstön perehdytys (D, J, K)
kotihoito-ohjeiden antaminen puutteellista	19.hoitokertomukseen lista mitä ohjeita potilas on saanut ja mitä käyty läpi 20.potilaille annetaan ohjeet jo hoitajakson aikana ja kotiutumisvaiheessa kertaus 21.seurataan kotiutukseen liittyviä asiakaspalautteita 22.kaikille käyttöön kotiutuksen tarkastuslista 23.ohjataan potilaille mistä jatkossa saa hoitotuotteet kotiin 24.kirjataan potilaan tietoihin onko hoitotarvikelähetete tehty	C päivitetään kotiuutuksiin liittyvien tahojen yhteystiedot ajan tasalle sekä kaikkien saataville (36, 40, 41, 42, 48, 50, 76, 104)	III yhteisten toimintaohjeiden laatiminen (A, C, F, N)

	<p>25. annetaan selkeät kirjalliset kotihoito-ohjeet mukaan</p> <p>26. varmistetaan jatkohoito sekä kontrolliaikojen antaminen</p> <p>27.annetaan potilaille hoitotarvikkeita sekä ohjataan miten niitä saa jatkossa</p>		
<p>kotona selviytymisen arviointi puutteellista</p>	<p>28.sairaalaan tulovaiheessa kartoitetaan kotiolot</p> <p>29.selkeät toimintaohjeet tueksi hoitajille</p> <p>30.kartoitetaan yhdessä potilaan ja omaisten kanssa avuntarvetta</p> <p>31.hyödynnetään asiakasohjausta kotiolojen kartoituksessa</p> <p>32.hyödynnetään kotihoitoa kotilojen kartoituksessa</p> <p>33.fysioterapeutit arvioimaan apuvälineiden tarvetta</p> <p>34. suunnitellusti sairaalaan tulevien potilaiden kotitilanteen kartoitus ennalta ja kirjaus potilastietoihin</p>	<p>D</p> <p>perehdytetään henkilöstö oman organisaation kotiutusprosessiin (29, 43, 46, 87, 93, 95, 105)</p>	<p>IV</p> <p>yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa (B, O)</p>
<p>ajantasaisia yhteystietoja ei ole saatavilla</p>	<p>35.hoitokertomukseen kirjataan nimi ja puhelinnumero kuka on asioinut kotiutuksen suunnittelussa kenenkin kanssa</p> <p>36.yksiköissä nimetään henkilöt, jotka vastaavat ajantasaisten yhteystietojen päivityksistä</p> <p>37.järjestetään koulutusta LAS ohjelman käytöstä</p> <p>38. kaiman (intranet) käyttöä lisätään</p> <p>39.kaikille tiedotetaan, että LAS ohjelmaan lisätään hoitoyksikön yhteystiedot</p> <p>40. kotihoidon omahoitaja/tiimi merkitään potilaiden perustietokaavakkeelle</p>	<p>E</p> <p>järjestetään koulutusta henkilökunnalle sähköiseen viestintään (37, 38, 39, 86)</p>	<p>V</p> <p>henkilökunnan välinen yhteistyö (H,I, J, G)</p>
<p>ei tiedetä keneen tulee olla yhteydessä</p>	<p>41.yhteystiedot selkeästi esille yksiköihin</p> <p>42. asiakastiedoissa yhteystiedot perustietokaavakkeelle</p> <p>43.perehdytyksessä huomioidaan organisaation ja yhteistyötahojen tunteminen</p> <p>44.kaimaan (intranet) selkeämmin ja helpommin löydettäväksi ohjeistusta</p> <p>45.eri toimijoiden esittely</p> <p>46.kotiutusprosessin päivitys ja esittely henkilökunnalle</p>	<p>F</p> <p>laaditaan ohjeet kotiutukseen liittyvän viestinnän tueksi (35, 44, 52, 54, 64, 75, 82)</p>	

haasteet viestintäkanavissa -ja väli-neissä	47.lifecareen lisättäisiin kotiolut-lehti 48.yhteystietojen päivitys potilaan perustietoihin aina (omahoitaja) 49.koulutusta viestipiikkien laittoon 50.tietojen päivittäminen kaimaan (intranet) 51.koulutusta PTA ohjelman käytöstä kaikille hoitajille 52.henkilökunnalle suorat (sisäiset) puhelinnumerot ohi puhelintuntien 53. henkilökunnalle oikeudet/pääsy kaikkiin tarpeellisiin tietoihin ja ohjelmiin	G nimetään yksiköihin kotiutushoitajat tai kotiutuksesta vastaavat henkilöt (58, 66, 67, 69)	
viestintä osaaminen puutteellista	54.otetaan käyttöön kotiutuksen raportoinnin mallipohja 55.potilaan kotiuttaa ensisijaisesti hoitaja, joka parhaiten tuntee 56.potilaan aikaisemman avuntarpeen tietäminen tärkeää 57.lisätään sähköistä viestintää 58. nimetään yksiköihin kotiutushoitaja 59.yhtenäinen tapa kirjata niin että hoidontarve ilmenee 60. ohje kotihoidosta osastoille milloin ja minkälaiset potilaat voi kotiuttaa	H laaditaan esittelyt eri toimijoista (45, 68, 71, 73)	
haastavat viestintätilanteet	61.kirjataan kaikki tiedot mitä kotiutukseen liittyen on sovittu 62.hyödynnetään enemmän sähköisiä järjestelmiä 63.laaditaan selkeä hoitotyön yhteenveto ja suunnitelma jatkoista 64.sovitaan että aina hoitaja ilmoittaa kotihoitoon kotiuksesta (ei itse potilas) 65. tiedotetaan toimintatavoista potilaita ja omaisia	I lisätään erikoisalat ylittävää yhteistyötä (9,14, 31, 32, 33, 70, 74, 77, 80, 83, 94)	
työnjako epäselvää	66.nimetään kotiutushoitaja yksiköihin 67.tietyt henkilöt hoitamaan asioita, tärkeää tietämys koko kentästä hyvinvointialueella 68.laaditaan esitteet eri tahojen työnkuvista eli mikä asia kuuluu kenellekin 69.nimetään yksiköihin kotiutusvastaavat, jotka tukevat muita hoitajia kotiutuksissa	J oman yksikön henkilöstön osaaminen otetaan tehokkaasti käyttöön (55,78, 79, 90, 92)	
tiedonpuute muista ammattilaisista	70.sosiaaliohjaaja aktiivisemmin mukaan osastoille selvittämään asioita		

	<p>71.esitteet eri toimijoiden työnkuvasta ja tehtävistä (jokainen yksikkö tekee omat ja jaetaan muille)</p> <p>72.työkierto tai tutustuminen toisten työhön ja yksiköihin</p> <p>73. perehdytyksessä info/tallenne eri toimijoilta</p>	<p>K</p> <p>varmistetaan kotiutukseen liittyvä perehdytys (60, 72, 84, 85, 88, 91, 100)</p>	
haastava yhteistyö	<p>74. nimetään somatiikan osastoille mt-vastaava ja mt-osastoille/pkl:lle somatiikan vastaava tai yhdyshenkilö</p> <p>75.tehdään perehdytysohje tai lisätään yksikön perehdytysohjeeseen yhteydenotto mt-puolelle ohje</p> <p>76.yhdyshenkilön/hoitavan henkilön (jos hoitosuhde) yhteystiedot potilaan perustietoihin</p> <p>77. yhteistyöpalaverit ja hoitoneuvottelut</p>	<p>L</p> <p>mahdollistetaan kotiutukseen liittyvä koulutus (3, 89, 102, 112)</p>	
moniammatillisuuden hyödynnettävyys	<p>78.kartoitetaan oman yksikön henkilökunnan osaaminen</p> <p>79. hyödynnetään oman henkilökunnan osaamista</p> <p>80.perustetaan moniammatillinen kotiutustiimi</p> <p>81.lisätään arkikuntoutusta hoitotyöhön</p> <p>82.laaditaan ohje tulkin käyttämiseen</p> <p>83.lisätään fysioterapeuttien osallistumista osastojen päivittäisiin toimintoihin</p>	<p>M</p> <p>hyödynnetään tietotekniikkaa hoitoneuvottelujen järjestämisessä (49, 51, 53, 57, 62, 96)</p>	
hoitohenkilöstön osaamisvaje	<p>84. riittävän laadukas ja kattava perehdytys</p> <p>85.ajantasainen perehdytyskansio tms. yksiköihin sekä nimetyt vastuuhenkilöt</p> <p>86.Rai peruskoulutus kaikille työntekijöille</p> <p>87.hyvinvointialueen organisaatioon tutustuminen</p> <p>88.uusille hoitajille mentori/tukihenkilö</p> <p>89.koulutusta ja ohjausta henkilökunnalle hoitotarvikelähetteiden tekemiseen</p> <p>90.osaamisen koordinointi ja hyödyntäminen omassa yksikössä</p> <p>91. kehityskeskustelut</p>	<p>N</p> <p>Laaditaan ohjeet kotiutukseen liittyvään kirjaamiseen (19, 24, 47, 59, 61, 63, 98, 99, 101, 103, 106)</p>	
riittämätön kotiutuksen suunnittelu	<p>92.esh osastoille resursseja osallistua hoitoneuvotteluihin</p> <p>93.sovitaan että kotiutuksen suunnittelu alkaa heti potilaan tullessa</p>	<p>O</p> <p>ymmärretään ympäristön merkitys</p>	

	<p>94.pyydetään apua kotiutuksiin pth:n kotiutushoitajalta</p> <p>95.hyödynnetään hoitoneuvotteluja jo aikaisemmassa vaiheessa</p> <p>96.lisätään sähköisiä yhteydenottoja ja hyödynnetään teamsia hoitoneuvotteluissa</p> <p>97.hyödynnetään enemmän potilaiden osallisuutta</p>	<p>ja tuetaan potilaita siirtymään sairaalasta kotiin (28, 34, 56, 65, 81, 108, 109, 110, 111)</p>	
<p>kotiutukseen liittyvä kirjaaminen puutteellista</p>	<p>98. hyödynnetään aina hoitotyöryh-teenvedon laatimisessa olemassa olevaa ohjetta</p> <p>99.lääkäreille päivitetty ohje loppuarvion sisällöstä</p> <p>100.kirjaamisvastaavat perehdyttävät uusia työntekijöitä hoitotyöryh-teenvedon laadintaan</p> <p>101.epikriisi annetaan aina potilaan mukaan</p> <p>102.koulutusta kirjaamisesta kaikille enemmän</p> <p>103. sisältörunko kirjaamiseen</p> <p>104.kotihoidon kooste päivitetään ja omahoitajat merkitään</p> <p>105.kotiuttamisen tarkistuslista päivitetään selkeämmäksi</p> <p>106.ei tehdä tuplakirjausta (lääkäri ja hoitaja)</p>		
<p>haasteet toimintaympäristössä ja kotiutusolosuhteet</p>	<p>107. otetaan omaiset mukaan enemmän</p> <p>108.perustetaan kuntoutusosasto eli ns. välipaikka potilaille</p> <p>109. annetaan potilaille ja omaisille tietoa kotihoidosta ja jatkuvasta palveluiden arvioinnista</p> <p>110. lisätään fysioterapeuttien kotikäyntejä edeltävästi eli kartoitus kotiloista</p> <p>111.kehitetään ja tarjotaan yhteisöllisiä asumismuotoja</p> <p>112.koulutusta monikulttuurisuudesta ja kulttuurien eroista</p>		

Kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma

Kainuun hyvinvointialue, Kainuun keskussairaala Hoitohenkilöstön kotiutusosaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2023							
Kehittämistarve	Päätavoite	Osatavoitteet	Tärkeysjärjestys	Kehittämistoimenpiteet	Aikataulu ja resursointi	Seuranta ja arviointi	Vastuuhenkilöt
ohjaus-osaaminen	Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ohjausosaamista.	<p>Tavoitteena, että hoitohenkilökunta hallitsee ajantasaisen erikoisalakohdaisen hoitotyön sisällön.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta hallitsee toimivan vuorovaikutuksen.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa motivoida ja tukea potilaita sekä heidän omaisia.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa ohjata potilaan hoidon kannalta oleellisia kädentaitoja ja hoitotoimenpiteitä potilaille ja heidän omaisille.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>-koulutukset (mm. valtakunnallinen kirurginen hoitotyö koulutus teemana ohjausosaaminen)</p> <p>-koko henkilökunta perehtyy laadittuihin potilasryhmäkohtaisiin työohjeisiin</p> <p>-henkilökunta tutustuu hoitosuositukseen</p> <p>-jatkossa tulossa hoitosuosituksen potilasversiot, joita hyödynnetään ohjauksessa</p> <p>-henkilökunta tutustuu terveystieteiden materiaaliin ja hyödyntää sitä ohjauksessa</p>	<p>os:lta B osallistuu 2 sh:ta 5/2023 kirurginen hoitotyö koulutukseen</p> <p>jatkuvaa</p> <p>jatkuvaa</p> <p>jatkuvaa</p>	<p>-koulutuspalautteet kirjallisena sekä esitys muulle henkilökunnalle</p> <p>-kehityskeskustelut</p> <p>-asiakaspalautteet</p> <p>-itsearviointi</p>	koko henkilökunta

		<p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa kartoittaa potilaiden jatko-ohjauksen tarpeet.</p> <p>Tavoitteena on että, henkilökunta osaa ohjata potilaita vertaistuen ja kolmannen sektorin tuen mahdollisuuksista.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa kirjata potilaiden ohjauksen sekä arvioida ohjauksen onnistumista.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>-hyödynnetään osastofarmaseuttia lääkehoidon ohjauksessa, hän neuvoo hoitajille mitä asioita lääkkeistä tulee ohjata potilaille</p> <p>-kokeneet hoitajat perehdyttävät uusia hoitajia ja ohjaavat potilaita yhdessä (hiljaisen tiedon siirtäminen)</p> <p>- varmistetaan perehdytyksessä, että henkilökunta tietää mistä löytyy ajantasaiset kirjalliset potilasohjeet ja työohjeet</p> <p>-henkilökunnalle järjestetään info tukitoimijoista.</p> <p>-yhteisesti sovitut toimintatavat ohjauksen kirjaamisessa</p>	<p>vuoden 2023 aikana</p> <p>jatkuvaa</p> <p>jatkuvaa</p> <p>vuoden 2023 aikana</p> <p>jatkuvaa</p>		
viestintä osaaminen	Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan viestintä osaamista.	Tavoitteena on, että henkilökunta osaa käyttää eri viestintäkanavia ja välineitä monipuolisesti.	1	-sovitaan yhdenmukaiset toimintatavat siitä, miten viestitään	kaiman (intranet) päivitys tulossa keväällä 2023.	-osastokokoukset keran viikossa -sidosryhmien palautteet	koko henkilökunta

		<p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa viestiä oikea aikaisesti ja viestintä kohdistuu oikeille tahoille.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta ymmärtää toimivan vuorovaikutuksen merkityksen toiminnassa ja osaa toimia erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.</p>	1	<p>-lisätään sähköistä viestintää</p> <p>-järjestetään koulutusta LAS, PTA ja viestipiikki toiminnoista</p>	<p>potilastietojärjestelmä lifecaren päivitys tulossa kesällä 2023.</p> <p>koulutukset vuoden 2023 aikana</p>		
moniammatillinen toiminta	Tavoitteena on kehittää yhteistyötä ja moniammatillista toimintaa.	<p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa tehdä yhteistyötä eri yksiköiden välillä.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta tuntee toistensa työn sisällön ja tietää kenen kanssa tehdä yhteistyötä kotiutuksissa.</p>	1	<p>-laaditaan yhteistyössä työohje moniammatillisiin kotiutuksiin</p> <p>-nimetään yksiköihin kotiutushoitajat/vastaavat</p> <p>- laaditaan kirjalliset esittelyt eri toimijoista ja järjestetään esittäytymistilaisuus</p> <p>-tutustumiskäynnit toisiin yksiköihin</p> <p>-tulossa Kainuun hyvon moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen seminaari</p>	<p>5/2023</p> <p>vuoden 2023 aikana</p> <p>vuoden 2023 aikana</p> <p>10/2023, kaikista yksiköistä suunnitellaan osallistujia mukaan</p>	<p>-henkilöstön palautteet</p> <p>-sidosryhmien palautteet</p>	koko henkilökunta

kirjaamisen kehittäminen	Tavoitteena on kehittää kotiutukseen liittyvää kirjaamista.	<p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa kirjata yhdenmukaisesti ja kattavasti.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa laatia hoitotyön yhteenvedon ohjeen mukaisesti.</p> <p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa tehdä hoitotarvikelähteet.</p>	1 1 2	<p>-yhdenmukainen kirjaaminen ohje</p> <p>-hoitotyön yhteenvedon laatiminen ohjeen mukaisesti (ohje on olemassa)</p> <p>-koulutusta hoitotarvikelähteen tekemiseen</p>	<p>jatkuvaa</p> <p>jatkuvaa</p> <p>hoitotarvikelähteen tekeminen muuttuu syksyllä 2023, joten sen jälkeen koulutukset</p>	<p>-sidosryhmien palautteet</p>	<p>koko henkilökunta</p> <p>kirjaamisvastaavat</p>
kotiutusprosessin tunteminen	Tavoitteena on, että henkilöstö tuntee kotiutusprosessin.	<p>Tavoitteena on, että henkilökunta osaa perehdyttää uudet työntekijät organisaation kotiutusprosessiin.</p> <p>Tavoitteena on, että uudet työntekijät osaavat kotiuttaa potilaita mentorin/perehdyttäjän tuella.</p> <p>Tavoitteena on, että opiskelijat osaavat kotiuttaa potilaita ohjattuna.</p>	1 1 2 1	<p>-uusien työntekijöiden perehdytys</p> <p>-myös entisten työntekijöiden tulisi tutustua yksiköiden uusiin perehdytysuunnitelmiin</p> <p>-nimetään uusille työntekijöille mentori</p> <p>-opiskelijoiden ohjaus</p> <p>-kotiutuksen tarkistuslistaa käytetään aina</p>	<p>jatkuvaa</p> <p>jatkuvaa</p> <p>jatkuvaa</p> <p>oppiportti vuoden 2023 aikana</p> <p>resurssina hyödynnetään tarv. sijaispoolia</p>	<p>-perehdytyksen arviointikeskustelut</p> <p>- opiskelijoiden palautteet</p> <p>-koulutuspalautteet</p> <p>-sidosryhmien palautteet</p> <p>-itsearviointi</p> <p>- haipro ilmoitusten seuranta</p>	<p>koko henkilökunta</p> <p>esihenkilöt</p> <p>perehdytysvastaavat ja opiskelijavastaavat</p>

		Tavoitteena on, että henkilökunta osaa etsiä ja hallitsee ajantasaisen tiedon kotiutuksista organisaatiossa.		<p>-koulutukset: kaikki suorittavat oppiportin verkkokurssin: turvallinen kotiuttaminen ja lisäksi henkilöstö tutustuu hoiduksen hoitosuositukseen: iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta</p> <p>-kannustetaan ammattikirjallisuuden lukemiseen esim. tieteellisen kirjastoon tutustuminen</p> <p>-oikean henkilöstömitoituksen arviointi/resursointi kotiutuksiin (hyvän hoidon laatutaso)</p>	<p>(vakituiset, osaavat hoitajat)</p> <p>jatkuvaa</p> <p>varataan tutustumiskäynti 2023</p>	<p>- posipro ilmoitusten seuranta</p> <p>-QWL työelämänlaatu henkilöstökysely</p> <p>-rafaela hoitoisuusluokitus ja paoncil työkuormittavuus</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--

Potilaiden moniammatillinen kotiutus sairaalasta

Kotiutuksen suunnittelu tulee aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Mikäli potilas tarvitsee monenlaista apua ja tukea tulee kotiutus tehdä yhteistyössä moniammatillisesti.

Yleensä potilasta hoitava hoitotyöntekijä ottaa yhteyttä muihin ammattilaisiin ja tarvittaessa järjestetään hoitokokous.

Kaikissa potilaiden kotiutuksissa käytetään tukena erillistä kotiutuksen tarkastuslistaa.

Lääkäri:
päättös potilaan kotiutuksesta
potilaan hoitajakson loppuarvion laatiminen
(sis. jatkohoitosuunnitelman)
mahd. rajoitusten kirjaaminen
lääkityksen tarkastus ja kirjaaminen
loppuarvion reseptien laatiminen
sairaslomatodistusten laatiminen
kontrollien suunnittelu

Fysioterapeutti
potilaan toimintakyvyn arvio
liikkumisen/rajoitusten ohjaus
apuvälineiden tarpeen arvio ja käytön ohjaus
kirjalliset ohjeet kuntoutukseen
kirjalliset ohjeet apuvälineistä
apuvälineiden lainaaminen
jatkofysioterapian tarpeen arviointi

Hoitotyöntekijä:
potilaan kotikuntoisuuden arviointi koko hoitajaksoilla
potilaan ja omaisten mielipiteen selvittäminen kotiutuksesta (osallisuus) ja sen kirjaaminen
hoitokertomuksessa kotiutuksen suunnitteluun liittyvät kirjaukset jatkohoidon suunnittelu kohtaan
kotiutuksen sopiminen kotihoitoon hyvissä ajoin
kotona tehtävien hoitotoimenpiteiden ohjaus potilaalle (esim. haava, katetri, dreeni, avanne)
kirjalliset kotihoito-ohjeet sekä haavan hoito-ohjeet ja ompeleiden poisto-aika
jatkokontrollien ohjaaminen (missä ja milloin)
lääkehoidon ohjaus (kotilääkityksen jatko, uudet lääkkeet ja tarv. annetaan lääkkeitä aluksi mukaan, pisto-ohjaus yms.)
hoitotarvikelähetteen teko ja hoitotarvikkeiden antaminen mukaan kotiin (2 viikoksi)
hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen (erillisen ohjeen mukaisesti)
yhteydenotto potilaan omaisiin tarvittaessa
kotiutuskykyä sopiminen ja tavaroiden pakkaaminen sekä avainten mukana olon varmistus, lisäksi arvio tarvitseeko koti-hoidon tai omaisen olla vastassa kotona
sihteerin poissa ollessa sihteerin tehtävät kotiutuksessa (paitsi kontrolliaikojen varaaminen)

Sosiaalityöntekijä
yhteydenotto hyvissä ajoin mikäli taloudellinen tai sosiaalinen huoli (esim. kotiolot)
tarjoaa myös ennalta ehkäisevää tukea
selvittää potilaan kotiolot, taloudellisen tilanteen ja sosiaalisen verkoston (tulot, etuudet, palvelut)
täyttää yhdessä potilaan ja omaisten kanssa hakemuksia (esim. toimeentulotuki, edunvalvonta, hoitotuki, työkyvyttömyyseläke, asuntohakemus, kuljetuspalvelut)
selvittää tukena vakuutusasiat (esim. työtapaturmissa tai liikennevahingoissa)

Kotihoito
jos potilas on ennestään kotihoitoasiakas, otetaan suoraan yhteyttä omaan kotihoitoon
kotihoito osallistuu omien/entisten asiakkaiden hoitoneuvotteluun osastolla tarvittaessa
tilaavat ateriapalvelun alkamaan ja kauppatavarat kaupasta mikäli nämä palvelut olleet jo ennestään ilmoittavat lääkemuutokset apteekin annosjakeluun tekevät vaippa-arvion tarvittaessa
suunnittelevat työnjaon, aktivoivat palvelut alkamaan ja käyvät sovitut kotikäynnit

Kainuun Hyvinvointialue

Työohje

15.5.2023

Sihteerin
tulostaa potilaalle lääkärin tekstin
tulostaa leikkauspotilaille haavan hoito ja yhteystietolomakkeen
varaa tarvittavat verikokeet
varaa tarvittavat kontrolliajat
tilaa tarvittaessa kotiutuskyvyn (kelataksi)

Asiakasohjaaja
otetaan yhteyttä, jos potilaalle ei ole aiemmin kotihoito ollut käytössä
sopii ajankohdan ja järjestää palvelutarpeen arvioinnin joko sairaalaan tai kotiin
jos kyseessä uusi asiakas, niin käynnit voidaan aloittaa tarvittaessa jo ennen palvelutarpeen arviointia
kartoittaa kotiolot, arvioi palveluiden tarpeen ja sopii palveluiden käynnistämisestä (esim. kotihoito, ateriapalvelut)

Potilaiden kotiutuksissa voidaan hyödyntää lisäksi toimintaterapeuttia, ravitsemusterapeuttia, kotisairaala Aliisaa, kotikuntoutus Konstaa, kuntoutusohjaajaa, osastofarmaseuttia tai mielenterveyshoitajaa. Huomioi myös potilailla jo mahdollisesti olevat yksityiset palveluntarjoajat (esim. siivous) ja kolmassektori (esim. vertaistuki, potilasjärjestöt).