



# Kotiutus psykiatrisesta sairaalasta - käytännöt ja niiden kehittäminen

Suvi Koskinen

Paula Nurmi

OPINNÄYTETYÖ

Marraskuu 2019

Sairaanhoitaja YAMK

Kliininen asiantuntija

Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Kliininen asiantuntija, sairaanhoitaja YAMK  
Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen

KOSKINEN, SUVI & NURMI, PAULA  
Kotiutus psykiatrisesta sairaalasta – käytännöt ja niiden kehittäminen

Opinnäytetyö 79 sivua, joista liitteitä 15 sivua  
Marraskuu 2019

---

Potilaan kotiutus psykiatrisesta sairaalasta on huolellista valmistelua vaativa prosessi, joka vaatii moniammatillista yhteistyötä ja potilaan toiveiden kuuntelua. Päävastuu kotiutuksen käytännön toteuttamisesta on usein omahoitajalla. Epäonnistunut kotiutus johtaa helposti potilaan päätymiseen nopeasti takaisin sairaalaan. Turvallinen ja ennakoiva kotiutus parantaa hoidon jatkuvuutta ja edistää potilaan pärjäämistä kotona avohoidon turvin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatrisen sairaalan hoitajien näkemyksiä siitä, millainen kotiutusprosessi on tällä hetkellä ja siitä, millainen on hoitajien mielestä turvallinen ja ennakoiva kotiutus, sekä kartoittaa hoitajien kehittämisehdotuksia kotiutusprosessin parantamiseksi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää kotiutusprosessin kehittämiseen. Työssä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, ja aineisto kerättiin haastattelemalla psykiatrisen sairaalan kolmen erilaisen osaston hoitohenkilökuntaa. Jokaisessa haastattelussa oli kolme osallistujaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella tiedonkulussa ja yhteistyössä avohoidon ja sairaalan välillä on edelleen kehitettävää, ja sairaalassa on käytettävissä puutteellista tietoa avohoidon henkilöistä ja kuntien tarjoamista palveluista. Potilaat joutuvat usein kotiutumaan sairaalasta ilman tietoa avohoidon ajasta. Laadukkaaseen kotiutusprosessiin kuuluu hoitajien näkemyksen mukaan sekä sujuva yhteistyö avohoidon kanssa, että sujuva prosessi sairaalan sisällä.

Työssä tuotetun tiedon perusteella on laadittu kehittämisehdotus, jonka pääkohdat ovat tiedonkulun kehittäminen, organisaatioiden välisen yhteistyön kehittäminen ja potilaan hoitopolun kehittäminen. Avohoidon ja sairaalan käytössä tulisi olla Kanta-arkistossa yhteinen hoitosuunnitelma, ja avohoidon ja sairaalan yhteistyötä voisi tehostaa esimerkiksi yhteisillä koulutuksilla. Hoitoneuvotteluissa tulisi hyödyntää aiempaa enemmän etäyhteyksiä.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's degree programme in Clinical Expertise and Development

KOSKINEN, SUVI & NURMI, PAULA:  
Discharge from a Psychiatric Hospital – Improving Discharge Practices

Master's thesis 79 pages, appendices 15 pages  
November 2019

---

Cooperation between a hospital and community-based services is crucial for the continuity of patient care. A hospital discharge and the transition of care must be carefully planned for patient safety. A discharge without an appointment at community-based mental health services is linked to the early readmission into psychiatric inpatient care.

The purpose was to generate information on the psychiatric hospital staff's views on current discharge processes and the concept of a well-organized and safe discharge process. The goal was to understand the challenges the hospital staff face planning a patient discharge and explore the staff's views on how discharge planning processes should be improved.

The data were collected by interviewing nurses from three different wards. Each theme interview had three interviewees. The data were analyzed by using content analysis.

Informants describe discharge processes to be an essential part of their work. A discharge is perceived to be a multidisciplinary task involving both the hospital staff and community-based services. The greatest challenges are associated with the communication between all those involved in discharge planning. The patients' treatment plan should be electronically available, read and updated by all those involved in care.

Development of discharge planning and processes should primarily focus on improving communication and patient treatment paths. Perspectives on patient involvement in discharge planning should be investigated in the future.

---

Key words: hospital discharge, community-based mental health services, continuity of care, psychiatric hospital

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	PSYKIATRINEN HOITO PIRKANMAALLA.....	7
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	10
4.1	Sairaalahoito osana psykiatrista hoitoa.....	10
4.1.1	Kotiutus sairaalahoidosta .....	10
4.1.2	Kotiutus ja hoidon jatkuvuus.....	11
4.2	Kotiutukseen liittyvät haasteet.....	13
4.2.1	Itsemurhariski ja pyörövisyndrooma .....	13
4.2.2	Tiedonkulun haasteet kotiutuksessa.....	13
4.2.3	Organisaatioiden erilaisten työtapojen ja asenteiden aiheuttamat haasteet .....	15
4.3	Suomessa toteutettuja hankkeita kotiutuksen kehittämiseksi.....	16
5	TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI.....	18
5.1	Laadullinen tutkimus .....	18
5.2	Aineistonkeruu .....	18
5.3	Teemahaastattelu .....	19
5.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	20
6	TULOKSET .....	22
6.1	Kotiutuksen toteutuminen sairaalassa.....	22
6.1.1	Yhteistyö avohoidon kanssa.....	23
6.1.2	Sairaalan sisäinen prosessi.....	26
6.1.3	Potilaan ja omaisten osallistuminen.....	30
6.2	Turvallinen kotiutus .....	32
6.2.1	Sujuva yhteistyö avohoidon ja potilaan kanssa .....	33
6.2.2	Sujuvat prosessit .....	35
6.3	Kotiutuksen kehittäminen .....	36
6.3.1	Organisaatioiden välisen yhteistyön kehittäminen.....	37
6.3.2	Potilaan hoitopolun kehittäminen.....	40
7	POHDINTA .....	44
7.1	Eettisyys.....	44
7.2	Luotettavuus .....	46
7.3	Tulosten tarkastelu.....	48
7.3.1	Kotiutus ja siihen liittyvät haasteet tällä hetkellä.....	48
7.3.2	Turvallinen ja ennakoiva kotiutus.....	52
7.3.3	Psykiatristen potilaiden kotiutuksen kehittäminen.....	53
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet .....	55
8	KEHITTÄMISEHDOTUKSET TULOSTEN PERUSTEELLA .....	57

LÄHTEET .....	60
LIITTEET .....	65
Liite 1. Tiedote tutkimuksesta .....	65
Liite 2. Tietoon perustuva suostumus .....	67
Liite 3. Teemahaastattelurunko.....	68
Liite 4. Opinnäytetyössä käytetyt tieteelliset artikkelit .....	69
Liite 5. Aineiston luokittelu, kotiutuksen toteutuminen tällä hetkellä ....	72
Liite 6. Aineiston luokittelu, hoitohenkilökunnan näkemys laadukkaasta kotiutuksesta .....	74
Liite 7. Aineiston luokittelu, kotiutuksen kehittäminen .....	75
Liite 8. Esimerkki alaluokan ”haasteet yhteistyössä potilaan kanssa” muodostumisesta.....	76
Liite 9. Esimerkki alaluokan ”sairaalan sisäinen prosessi” muodostumisesta.....	77
Liite 10. Esimerkki alaluokan ”potilastiedon kulku” muodostumisesta.	78
Liite 11. Opinnäytetyöprosessin eteneminen .....	79

## 1 JOHDANTO

Psykiatrian palvelujärjestelmä on ollut muutoksessa jo 1960-luvulta lähtien. Pirkanmaalla on tehty suuria muutoksia niin psykiatrisen sairaalahoidon kuin kuntien poliklinikkatoiminnankin suhteen. Hoitoajat sairaalassa lyhenevät ja sairaansijoja on vähennetty merkittävästi, mikä aiheuttaa painetta avohoitoon. (Alanen 2016, 3.) Kunnilla on terveydenhuollon kustannuksiin kohdistuvia säästöpaineita, minkä vuoksi erikoissairaanhoidon kuluja halutaan vähentää. Sairalahoidon ja avohoidon tehokkaaseen yhteistyöhön tulee kiinnittää huomiota, sillä puutteet palveluiden integraatiossa lisäävät mielenterveys- ja päihdepalveluiden kustannuksia (Wahlbeck, ym. 2018, 12). Ennen kaikkea saumaton yhteistyö eri hoitotahojen välillä on potilaan etu. Potilaan kotiuttaminen sairaalasta väärään aikaan tai riittämättömän tuen turvin voi johtaa potilaan joutumiseen pian uudelleen sairaalaan hoitoon (Duhing, Gunasekara & Pattersson 2015, 80).

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmän ehdotuksissa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020 on kirjattu asiakkaan aseman vahvistaminen. Yhtenä keinona vahvistaa asiakkaan asemaa on sairaalahoidon ja tahdosta riippumattoman hoidon vähentäminen, jota kohti voidaan pyrkiä kehittämällä avohoitoa ja avo- ja laitoshoidon väliin sijoitettavia palveluita. Kehittämissuunnitelmassa painotetaan myös terveydenhuollon eri toimijoiden yhteistyötä, hoidon jatkuvuutta ja hoidon oikea-aikaisuutta. (THL 2018a.)

Tämän opinnäytetyön aihevalinta nousi ennen kaikkea opinnäytetyöntekijöiden omasta mielenkiinnosta tutkia hoidon siirtymävaiheita ja organisaatioiden välistä tiedonkulkua. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) kanssa. Haastattelimme keväällä 2019 Pitkäniemen psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan edustajia kolmella eri osastolla. Kartoitimme heidän näkemyksiään psykiatristen potilaiden kotiutuksesta: miten se toimii nyt, mitkä ovat ongelmakohdat ja miten kotiutuksesta voisi saada nykyistä sujuvampaa ja turvallisempaa sekä sairaalan että potilaiden näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä tuotettua tietoa voidaan hyödyntää kotiutusprosessien kehittämisessä.

## 2 PSYKIATRINEN HOITO PIRKANMAALLA

Mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus ja neuvonta, psykiatrinen avohoito, sairaalahoito ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut. Psykiatrisessa sairaalahoitossa on nykyisin vuosittain alle 30 000 ihmistä, joista noin kolmasosa on mielenterveyslain mukaisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Sairaansijoja on Suomessa noin 3500. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden lisäys on vähentänyt sairaalapaikkojen tarvetta. (THL 2019.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidolliset palvelut tuottaa Tampereen yliopistollinen sairaala Tays. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa aikuisikäisten psykiatrinen sairaalahoito toteutetaan Tays Pitkäniemen sairaalassa, jossa psykiatrisia osastoja on yhteensä 12; 4 akuuttipsykiatrian osastoa, 2 psykoosiosastoa, oikeuspsykiatrian, yleissairaalapsykiatrian, vanhuspsykiatrian ja neuropsykiatrian osastot, muistisairausosasto sekä mielialahäiriöosasto. Näiden lisäksi Tays Sastamalassa toimii yksi psykiatrian osasto sekä viikko-osasto. Aikuisikäisten sairaansijoja on hieman yli 210. (Tays Psykiatria 2019.) Hoitojakson keskipituus psykiatrisessa hoidossa oli vuonna 2018 22,9 vuorokautta (Tays Potilashoidon tunnusluvut 2019). Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrinen hoito siirtyy vuoteen 2023 mennessä Nokian Pitkäniemestä Kaupin kampukselle keskussairaalan yhteyteen. Keskussairaalan alueelle rakennetaan uusi psykiatrinen sairaala, jossa sairaansijoja on 184. (Tays, Aikuispsykiatrian uudisrakennus 2019.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 23 jäsenkuntaa, jotka ovat Akaa, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Juupajoki, Jämsä, Kangasala, Kihniö, Kuhmoinen, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Parkano, Pirkkala, Pälkäne, Ruovesi, Sastamala, Tampere, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti, Virrat ja Ylöjärvi (Tays 2019 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella suurin osa kunnista järjestää psykiatrisen avohoidon kokonaan itse, mutta yhtenäistä käytäntöä ei ole. Hämeenkyrössä, Ikaalisissa ja Sastamalassa toimii PSHP:n alainen psykiatrian poliklinikka, lisäksi näissä kunnissa on kunnan omaa psykiatrista avohoitoa perusterveydenhuollon tasolla. (Alanen 2016, 32-35.) Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä Taysin psykiatrian toimialueen osittaista yhdistymistä on alettu valmistella ja mahdollinen yhdistyminen tapahtuisi

syksyn 2019 aikataulutavoitteen mukaan vuonna 2021. Tämän integraation tavoitteena on turvata palveluiden saatavuus ja resurssit ja se on askel kohti maakunnallista mielenterveys- ja päihdehoidon palvelukokonaisuutta. (Tays 2019, Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio.)



### 3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Pitkänien psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan käsityksiä siitä, mitä turvallinen kotiutus edellyttää ja minäkalaiset mahdollisuudet heillä on työssään vaikuttaa siihen, että kotiutus on suunnitelmallinen ja turvallinen, sekä kartoittaa kotiutuksen ongelmakohtia. Tarkoituksena on selvittää, miten kotiutusprosessia voitaisiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta parantaa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitohenkilökunta kuvaa kotiutusta ja sen osatekijöitä tällä hetkellä?
2. Millainen on sairaalan hoitohenkilökunnan näkemys turvallisesta ja ennalta koivasta kotiutumisesta?
3. Miten psykiatristen potilaiden kotiutumisesta tulisi hoitohenkilökunnan mielestä kehittää?

Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mistä osatekijöistä onnistunut kotiutus muodostuu. Tässä työssä kartutetaan myös tietoa siitä, mitä ongelmakohtia tällä hetkellä liittyy potilaiden kotiutukseen. Tuotettua tietoa voidaan käyttää sairaalan kotiutusprosessien kehittämiseen ja hoidon jatkuvuuden parantamiseen potilaan siirtyessä hoitopolullaan eteenpäin.

## 4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Sairaalahoito osana psykiatrista hoitoa

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti psykiatrisen hoidon painopisteen tulee olla avohoidossa ja hoitoa tarvitsevien potilaiden toimintakyvyn tukemisessa. Psykiatrian palvelurakenne Suomessa perustuu avohoidon palveluihin, kuten perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon avohoitokäynteihin. Joskus potilaan tilanne voi kuitenkin olla niin haastava, että avohoidon palvelut eivät ole riittäviä vaan tarvitaan psykiatrista sairaalahoitoa. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 14.) Psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan mielenterveyslain nojalla määrätä tahdosta riippumatta. Potilaalla on kuitenkin oikeus halutessaan päättää sairaalahoitonsa heti, kun edellytykset tahdosta riippumattomalle hoidolle eivät enää täyty. (1116/1990.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuoreimmat tilastot psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta ovat vuodelta 2017, jolloin sairaalahoidossa oli yhteensä 24 495 henkilöä Suomessa. Samaan aikaan avohoidossa hoidettiin yli 190 000 henkilöä. Sairalahoidossa yleisimmät diagnoosiryhmät olivat F20-29 (skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö sekä harhaluuloisuushäiriöt) sekä F30 – 39 (mielialahäiriöt). (THL 2018b.)

#### 4.1.1 Kotiutus sairaalahoidosta

Potilaan kotiuttaminen psykiatrisesta sairaalahoidosta on moniammatillinen prosessi, joka alkaa jo potilaan saapuessa sairaalahoitoon. Länsimaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä erilaiset lait ja ohjeet säätelevät kotiutusta, ja potilaan kotiutuksesta tulisi toimittaa tieto avohoitoon. Lääkäri tekee kotiutus päätöksen, mutta kotiutuksen käytännön järjestelyistä vastaa hoitohenkilökunta. (Nordmark, Zingmark & Lindberg 2016, 1-2.) Kotiutuksen suunnitteluun osallistuvat lääkärin lisäksi monet eri ammattiryhmät eri organisaatioista ja potilas itse. Tämän vuoksi

siihen voi liittyä hyvin eriäviä mielipiteitä, koska asiaa katsotaan monesta eri näkökulmasta. Onnistunut kotiuttaminen on osastojen henkilökunnan näkökulmasta paljon aikaa ja resursseja vaativa osa potilaan hoitoa. (Lämsä 2013, 105-107.)

Kotiutuksen suunnitteluun ja toteutukseen tulee myös potilailla ja heidän omaisillaan olla mahdollisuus vaikuttaa. Potilaalla voi olla eri näkemys kotiutuksen ajankohdasta kuin henkilökunnalla, ja potilaan omaisten mielipiteet saattavat myös vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan. Omaisilla saattaa olla eri näkemys sopivasta jatkohoitopaikasta kuin sairaalan henkilökunnalla, ja kotiutus voi viivästyä, kun suunnitelmia muutetaan omaisten toiveiden mukaisiksi. (Connolly ym. 2010, 641.) Monesti potilaat ja omaiset kuitenkin kokevat, että heidän vaikutusmahdollisuutensa ovat varsin rajatut. Tahdosta riippumattomassa hoidossa oleminen todennäköisesti vaikuttaa potilaan kokemukseen heikoista mahdollisuuksista osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Wright ym. 2016, 371.)

Australialainen tutkimus on selvittänyt potilaiden näkökulmasta niin kutsuttua psykiatrian pyöröovisyndroomaa eli sitä, että potilas palaa pian kotiutumisen jälkeen suunnittelemattomasti takaisin sairaalaan. Potilaat kokivat, että heidät sisäänkirjoitettiin uudelleen sairaalaan pian kotiutumisensa jälkeen, koska kotiutuminen tapahtui väärään aikaan, sosiaalisesti haastavaan tai muutoin epävakaiseen ympäristöön. Myös potilaan riittämättömät selviytymiskeinot ja riittämätön jatkohoito tai tuki kotiutumisen jälkeen saattoivat vaikuttaa siihen, että potilas palasi hyvin nopeasti takaisin sairaalahoitoon. (Duhing ym. 2015, 80.) Pyöröovisyndrooman välttämiseksi olisi erityisen tärkeää, että jatkohoito olisi suunniteltu potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi (Vigod ym. 2013, 191).

#### **4.1.2 Kotiutus ja hoidon jatkuvuus**

Potilaan kotiutuessa sairaalasta hänen hoitonsa yleensä siirtyy avohoidon palveluihin. Hoidon siirtyminen organisaatiosta toiseen on kuitenkin syytä erottaa hoidon jatkuvuudesta. Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan sitä, että potilas kokee siirtymän palvelusta toiseen hallittuna, suunnitelmallisena, selkeästi koordinoituna ja omiin tarpeisiinsa vastaavana (Cleverley 2017, 13). Anne Kuusisto jakaa väi-

töskirjassaan hoidon jatkuvuuden rajat ylittävään jatkuvuuteen, tiedolliseen jatkuvuuteen ja hallinnolliseen jatkuvuuteen. Terveystieteiden palvelurakenteen pirstaleisuus ja organisaatiolähtöisyys vaikuttavat hoidon jatkuvuuteen organisaatio-rajoiden yli. (Kuusisto 2018, 7, 62-66.)

Hoidon jatkuvuuden käsitettä potilaiden ja henkilökunnan näkökulmista on selvitetty brittiläisessä tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan potilaiden ja henkilökunnan näkemykset käsitteen sisällöstä ovat osin erilaiset. Potilaat liittivät hoidon jatkuvuuteen hyvin vahvasti paitsi tarpeisiin vastaavan jatkohoidon myös vertais-tuen tärkeyden. Ammattilaiset painottivat erityisesti prosessien sujuvuutta ja hoitosuhteiden pysyvyyttä – joita puolestaan palveluiden käyttäjät eivät pitäneet yhtä tärkeinä osina hoidon jatkuvuutta. Sekä henkilökunnan että palveluiden käyttäjien määritelmässä hoidon jatkuvuudella kuitenkin lopulta tähdätään potilaan hyvään elämänlaatuun ja pyritään siihen, että potilas pääsee elämässään eteenpäin. (Sweeney ym. 2015, 981 -982.)

Potilaiden kokemuksia sairaalasta kotiutumisesta on tutkittu muun muassa Englannissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa. Sairaalasta kotiutuminen on merkittävä etappi potilaan hoitopolussa, ja kokemukset kotiutuksesta prosessina vaihtelivat suuresti. Hoidon jatkuvuus ja riittävän tukeva avohoito kotiutuksen jälkeen koettiin tärkeiksi. (Redding, Maguire, Johnson & Maguire 2017, 575.)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää paitsi potilaan elämänlaadun kannalta, myös terveydenhuollon kustannusten hillitsemiseksi, koska näin voidaan välttää esimerkiksi uusia sairaalahoitajaksoja (Wahlbeck ym. 2018, 95). Sairaaloilla on kova paine saada potilaspaikkoja uusien potilaiden käyttöön, mutta jos jatkohoitoaikoja ei saada oikea-aikaisesti järjestettyä, voi potilaan kotiutuminen viivästyä (Lämsä 2013, 109). Vaikka kotiutumisen suunnitteluun on viime vuosikymmeninä panostettu, siinä tapahtuu edelleen huomattavan paljon virheitä (Nordmark ym. 2016, 1).

## **4.2 Kotiutukseen liittyvät haasteet**

Aikaisempien tutkimusten mukaan kotiutusprosesseihin liittyy monia haasteita. Tiedonkulussa organisaatioiden välillä voi olla puutteita. Potilaat saattavat myös kotiutua ilman riittäviä jatkohoito-ohjeita. Huonosti koordinoitu kotiutus voi pahimmillaan nostaa potilaan itsemurhariskiä kotiutumisen jälkeen tai johtaa niin kutsuttuun pyöröovisyndroomaan.

### **4.2.1 Itsemurhariski ja pyöröovisyndrooma**

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan itsemurhariski on aivan erityisen korkea kolmen kuukauden ajan psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiuttamisen jälkeen, etenkin mielialahäiriöiden vuoksi hoidossa olleiden potilaiden kohdalla, mutta myös skitsofreniaa sairastavilla ja päihdehäiriöistä kärsivillä potilailla. Harvat avohoitokäynnit kotiutumisen jälkeen voivat myös olla yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiin. (Olfson ym. 2016, 1123-1124.) Kotiutumisen jälkeisen korkean itsemurhariskin aikana riittävä ja helposti saavutettava tuki olisi erityisen tärkeää itsemurhien ehkäisemiseksi (Redding ym. 2017, 575). Riittämätön avohoito sairaalajakson jälkeen on yhteydessä paitsi itsemurhariskiin myös sairaalaan palaamiseen. Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa havaittiin, että täysin vailla avohoittoa kotiutuvilla potilailla on erityisen suuri riski palata vuoden sisällä kotiutumisesta uudelleen sairaalahoitoon (Wahlbeck, Cresswell-Smith & Haaramo 2019, 123).

### **4.2.2 Tiedonkulun haasteet kotiutuksessa**

Merkittävänä haasteena kotiutukseen liittyvissä tutkimuksissa nousee esiin heikko tiedonkulku eri hoitotahojen välillä. Tiedonkulku nähdään kuitenkin potilaan kotiutumisen suunnittelussa oleellisimpana asiana (Hautala-Jylhä, Nikkonen & Jylhä 2009, 27). Tiedonkulun ongelmat liittyvät sekä puutteellisiin lähetteisiin (Durbin ym. 2012, 456) että avohoidon saamaan tietoon potilaiden sairaalassa olosta ja kotiutussuunnitelmista (Martin & Hirdes 2014, 3). Anne Kuusiston sosi-aali- ja terveysjohtamisen laitoksen alaisuudessa tehdyssä väitöskirjassa (2018)

tarkasteltiin potilaan hoidon jatkuvuuden parantamista sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Sähköinen hoitotyön yhteenveto nähtiin myönteisenä asiana, mutta potilaiden tiedoissa, varsinkin lääkityksessä, oli huomattavia puutteita, tai tiedot lääkärin loppulausunnossa ja hoitotyön yhteenvedossa olivat ristiriitaisia. Ammattilaiset, jotka saivat käyttöönsä toisen organisaation laatiman hoitotyön yhteenvedon, kokivat yhteistyön toimivampana kuin ne, jotka eivät niitä vastaanotaneet. Laitoshoidossa työskennelleet kokivat yhteistyön ja toisten ammattilaisten konsultoinnin sujuvammaksi kuin avohoidossa työskennelleet. (Kuusisto 2018, 7, 62-66.)

Tiedonkulun ongelmia ilmenee sekä potilastietojen siirtymisessä organisaatioiden välillä, että työntekijöiden käsityksissä toisen organisaation henkilökunnan työn sisällöstä ja työtavoista. Hoitohenkilökunnalla ei välttämättä ole pääsyä toisen organisaation potilastietoihin, ja organisaatioiden välistä viestintää varten kehitetyt uudet tietokoneohjelmat ovat hankalia käyttää ilman perusteellista perehdytystä. Niiden välityksellä ei myöskään saada toisesta organisaatiosta kaikkea tarvittavaa tietoa. (Brändström, Mazaz & Berggren 2015, 297-299.)

Hyvä yhteistyö ja tiedonkulku eri organisaatioiden välillä edistää potilaiden pärjäämistä kotona ja vähentää uudelleen sairaalaan joutumisen riskiä (Hautala-Jylhä ym. 2009, 27). Tiedonkulku nousee hoitohenkilökunnan näkökulmasta esiin suurimpana haasteena kotiutumisen suunnittelussa. On kuitenkin havaittu, että potilaan elämänlaadun kannalta kotiutumisen suunnittelemista tärkeämpää on avohoidon jatkuvuus sairaalahoidon jälkeen (Nurjannah ym. 2014, 1182).

Ruotsalaisessa tutkimuksessa selvitettiin kotiutusprosessin toimivuutta potilaan näkökulmasta muissa kuin psykiatrisissa sairaaloissa. Tutkimuksessa havaittiin, että kotiutusprosessi on potilaan kannalta stressaava. Potilas saa kotiutuessaan mukaan kirjeen, jossa pyritään selvittämään kotiutumiseen liittyviä asioita selkokielisesti. Tästä huolimatta potilaat ovat hämmentyneitä eivätkä välttämättä ymmärrä saamiaan ohjeita. (Flink & Ekstedt 2017, 7.) Psykiatristen potilaiden kokemuksia kotiutuksesta tutkittaessa on havaittu, että heillä ei usein ole riittävästi ymmärrystä jatkohoito-ohjeista, kuten lääkityksestään, jonka vuoksi jatkohoito ei toteudu suunnitellusti (Horwitz ym. 2013, 1720).

### 4.2.3 Organisaatioiden erilaisten työtapojen ja asenteiden aiheuttamat haasteet

Useissa tutkimuksissa on havaittu asenteiden ja organisaatioiden erilaisten työtapojen vaikuttavan yhteistyöhön. Erikoissairaanhoidossa saatetaan kokea, että perusterveydenhuollossa ei osata hoitaa psykiatrisia potilaita riittävän hyvin (Nosworthy ym. 2014, 268). Toisen organisaation työntekijöiden asenteet psykiatrisia potilaita kohtaan koetaan kielteisinä. Joissain tapauksissa psykiatrisia potilaita on ohjattu hoitoon psykiatriseen sairaalaan, vaikka he olisivat tarvinneet somaattisten sairauksien hoitoa. (Brändström ym. 2015, 301.) Psykiatrisen avohoidon työntekijöillä oli myös kokemuksia siitä, että heidän näkemyksiään potilaiden voinnista ei huomioitu. Potilaan vointi nähtiin sairaalassa täysin erilaisena kuin avohoidossa, ja jopa diagnoosit saattoivat muuttua. Toisaalta sairaalan henkilökunnan kokemus oli, että resurssien vähäisyyden vuoksi potilaita joudutaan kotiuttamaan liian varhain ja riittämättömän avohoidon turvin. (Wright ym. 2016, 372-373.)

Samana organisaation sisällä olevat epäselvyydet vastuista ja työtehtävistä voivat vaikuttaa potilaan kotiutumiseen. Hoitajan työkokemuksen nähdään vaikuttavan asiaan myönteisesti. Mitä pidempi työkokemus, sitä paremmin kotiutusprosessi osataan hoitaa. Vaikka lääkärit tekevät päätöksen potilaan kotiuttamisesta, itse prosessin koetaan olevan lähes kokonaan hoitajan vastuulla. Hoitajat toivovat lääkäreiden panostavan kotiutusprosessiin enemmän esimerkiksi päivittämällä lääkelistoja ja kirjoittamalla reseptit nopeammin. (Nordmark ym. 2016, 7.) Henkilökuntaresurssien vähäisyyden havaittiin joissain tutkimuksissa johtavan liian aikaisiin kotiutumisiin. Toisaalta potilaan siirtely sairaalassa osastolta toiselle ja henkilökunnan vähäisyys saattavat myös viivästyttää kotiutusta (Connolly ym. 2010, 636-641).

### 4.3 Suomessa toteutettuja hankkeita kotiutuksen kehittämiseksi

Anna Alanko on tutkinut valtiotieteiden väitöskirjassaan (2017) Suomessa toteutettuja mielenterveyshoidon kehittämissyrkimyksiä ja –hankkeita 1960-luvun puolivälistä nykypäivään. Hankkeille tyypillisiä tavoitteita ovat sairaalahoidon vähentäminen, avohoidon lisääminen ja mielenterveyspotilaiden työmahdollisuuksien parantaminen. Sairaalahoido on vähentynyt vuosikymmenien saatossa, mutta samaan aikaan mielenterveyspotilaiden palveluasuminen on lisääntynyt huomattavasti. Onkin aiheellista pohtia, onko mielenterveyspotilaiden laitosten hoito itse asiassa merkittävästi vähentynyt. (Alanko 2017, 5-6.) Sairaanhoidopiireissä ja kunnissa kotiutusta on pyritty kehittämään luomalla uusia työtehtäviä sekä erilaisin hankkein ja projektein.

KunTeko 2020-ohjelmassa on kehitetty yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa kotiutuksen ohjauksen malli eli kuvaus keinoista ja yhteistyöstä, joilla kotiutus onnistuu. Näitä ovat mm. yhteisten pelisääntöjen ja käytäntöjen sopiminen, sairaalan ja kunnan edustajien yhteiset kotikäynnit potilaan luo, tutustumiskäynnit omahoitajan kanssa ja palveluiden käynnistyminen viipymättä kotiutumisen jälkeen. Kuntien näkökulmasta yhteistyö sairaalan kanssa parantui, mutta siinä nähtiin edelleen kehitettävää. Sairaalan hoitohenkilökunnan näkökulmasta yhteistyössä ei juurikaan tapahtunut muutoksia. Mallia ei myöskään kokonaisuudessaan otettu käyttöön, vaan kukin organisaatio poimi siitä itselleen sopivia asioita. (KunTeko 2020, 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti vuosina 2014-2016 hanketta, jonka tavoitteena oli parantaa ikääntyneiden erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä kotiutus- ja kuntoutusprosesseja. Satakunnan sairaanhoitopiirissä kehitettiin moniammatillinen kotiutuslista. Työtä pohjustettiin kirjallisuuskatsauksella ja keräämällä tietoa muissa sairaanhoitopiireissä käytössä olevista kotiutuslistoista. Listaa kehiteltiin edelleen moniammatillisissa työryhmissä. Listasta tehtiin ensin kolme paperiversiota, ja lopuksi lista siirrettiin sähköiseen muotoon potilastietojärjestelmään. Kaikki ammattiryhmät kirjasivat tiedot samaan listaan, ja sen tarkoituksena oli, että potilaan kotiutukseen liittyvät oleelliset tiedot ovat kootusti kaikkien saatavilla. Käyttäjät kokivat listan hyödyllisenä, ja tulevaisuudessa siihen kirjatut tiedot voisivat mahdollisesti siirtyä suoraan hoitotyön yhteenvetoon. Lista



nähtiin myös keinona yhtenäistää kotiutuskäytäntöjä ja kirjaamista. (Kuusisto ym. 2019, 41-49.)

Lappeenrannassa aloitettiin vuonna 2003 kokeilu, jossa nimettiin psykiatrinen kotiutussairaanhoidaja työskentelemään psykiatrian osastoille. Kotiutussairaanhoidajan tehtävänä oli suunnitella yksilöllisiä hoitopolkuja potilaille yhteistyössä potilaan, omaisten, avohoidon ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Sairaalan henkilökunnalle tehdyn kyselyn mukaan kotiutussairaanhoidajan toiminta helpotti sairaalan henkilökunnan työtä ja lyhensi hoitoaikoja. (Laasonen-Balk, Tamminen & Majoinen 2008.)

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa on kehitetty potilasohjausta. Tämä työ on johtanut hoitajaksojen vähenemiseen 2010-luvun lopulla. Vuodepaikkoja on vähennetty 76:lla, ja kahden vuoden aikana hoitajaksojen määrä väheni 500:lla. Tämän on arvioitu johtuvan sisäänottokriteereiden yhdenmukaistamisesta ja selkeyttämisestä, vuodeosastopaikoista vapautuneiden resurssien siirrosta avohoitoon ja uudesta potilaskoordinaattorin toimesta. Tämän jälkeen työn aloitti myös kotiutuskoordinaattori, joka huolehtii, että avohoittoa aletaan suunnitella heti, kun potilas tulee sairaalaan. Kun potilas pääsee heti kotiututtuaan avohoidon piiriin, voinnin muutokset huomataan helpommin ja niihin voidaan puuttua nopeammin. (Airisto 2017.)

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus pyrkii selvittämään ensisijaisesti ihmisten kokemuksia ja ihmisten eri asioille antamia merkityksiä. Laadullinen tutkimus ei tuota tilastollisesti yleistettävää tietoa, vaan pyrkii kuvailemaan valittua ilmiötä mahdollisimman syvällisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 16 -17.) Laadullista tutkimusta on nimitetty myös ymmärtäväksi tutkimukseksi: se ei pyri niinkään selittämään ilmiöitä kuin ymmärtämään niitä. Ymmärtäminen ja selittäminen eivät ole synonyymejä, mutta eivät myöskään toisistaan irrallisia käsitteitä. Erona on, että ymmärtämiseen liittyy psykologinen ulottuvuus – halu hahmottaa näkökulmaa, motiiveja tai tunteita – mutta sen lisäksi se on myös tarkoituksellista eli intentionaalista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.) Tutkimuskysymyksissämme on nimenomaan kysymys halusta ymmärtää valittua ilmiötä mahdollisimman syvällisesti, ihmisten kokemusten kautta.

Otoksen sijaan laadullisessa tutkimuksessa puhutaan harkinnanvaraisesta näytteestä. Aineistosta ei pyritä tekemään tilastollisia yleistyksiä vaan sen avulla halutaan oppia ymmärtämään valittuun asiaan liitettyjä merkityksiä syvällisemmin tai etsiä uusia teoreettisia näkökulmia aiheeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58-59.)

### 5.2 Aineistonkeruu

Eskolan (2007, 162) mukaan ennen laadullisen tutkimusaineiston keruuta on tärkeää miettiä, mitä aineistosta haetaan. Laadullisen tutkimuksen tutkimusaineistolla voidaan ajatella olevan dualistinen tehtävä: toisaalta aineistolla voidaan testata tutkijan hypoteeseja, vahvistaa tai kumota teorioita ja hakea vastausta ennalta asetettuun tutkimuskysymykseen. Toisaalta aineiston tehtävänä voi yhtä lailla olla tutkijan ajattelun laventaminen ja uusien näkökulmien tuominen.

Tätä opinnäytetyötä varten halusimme kerätä aineiston, joka vastaa asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset olimme laatineet kirjallisuushakujen ja oman työkokemuksemme perusteella, ja nämä esitiedot toimivat pohjana haastattelurungoillemme. Halusimme aineistoltamme myös luoda uutta tietoa; esimerkiksi selvittää hoitohenkilökunnan eri käsitteille antamia merkityssisällöjä.

### 5.3 Teemahaastattelu

Laadullisen tutkimuksen tutkimusaineisto voidaan kerätä haastattelemalla sellaisia henkilöitä, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelu on aineistonkeruutapana joustava, sillä haastattelija voi haastattelun aikana varmistaa, ettei synny väärinkäsityksiä ja esimerkiksi toistaa kysymyksiä tai tehdä täsmäntäviä jatkokysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72.) Haastattelutyypit voidaan jakaa sen mukaan, miten pitkälle tutkija on ennalta määritellyt kysymysten tarkkuuden, järjestyksen ja mahdollisesti myös vastausvaihtoehdot (Eskola & Vastamäki 2015, 29).

Teemahaastattelu on luonteeltaan avoimen ja strukturoidun haastattelun väli-muoto, jossa tutkijat on ennalta päättänyt haastattelun aihepiirit, mutta ei kysymysten tarkkaa muotoa tai järjestystä (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 208). Teemojen valintaan tutkijaa voivat ohjata intuitio, aiheesta löytyvä kirjallisuus tai teorialat ja teoreettiset käsitteet (Eskola & Vastamäki 2015, 35). Valitsimme ja määrittelimme haastattelujemme teemat (Liite 3) tutkimuskysymysten ja ennalta tekemiemme kirjallisuushakujen perusteella, mutta osittain myös keskenämme käymiemme keskustelujen ja ennakkokäsitystemme perusteella.

Haastateltaviksi valikoidaan sellaisia henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47, Vilkkä 2015, 135). Tässä opinnäytetyössä halusimme haastatella keskenään erityyppisten osastojen henkilökuntaa saadaksemme monipuolisen käsityksen henkilökunnan kokemuksista ja näkemyksistä. Oli myös kiinnostavaa nähdä, olisivatko eri osastojen henkilökunnan näkemykset yhteneviä vai eroaisivatko ne merkittävästi osastojen erilaisista profiileista johtuen. Lähestyimme valittujen osastojen osastonhoitajia ja saimme

heidän avullaan rekrytoitua jokaiselta osastolta kolme hoitajaa haastateltaviksi. Haastateltaviksi pyydettiin osastolla vähintään 6 kuukautta työskennelleitä sairaanhoitajia, lähihoitajia tai mielenterveyshoitajia, joilla oli käytännön kokemusta omahoitajana työskentelemisestä ja siten myös potilaiden kotiutuksesta. Haastateltavat saivat haastattelupyynnön mukana tutkimussuunnitelman ja tiedotteen tutkimuksesta (Liite 1). Tiedote käytiin yhdessä läpi ennen haastattelujen alkamista ja osallistujat saivat esittää kysymyksiä. Tämän jälkeen he antoivat tietoon perustuvan suostumuksen (Liite 2) haastatteluihin osallistumisesta. Haastateltaville kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää oma osallistumisensa missä vaiheessa tahansa.

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kolmella ryhmähaastattelulla, joista jokaiseen osallistui kolme henkilöä. Usean henkilön haastattelemineen samaan aikaan voi tuottaa yksilöhaastatteluista rikkaampaa tietoa, sillä vuorovaikutus osallistujien kesken voi syventää keskusteluita ja auttaa haastateltavia tuomaan esiin sellaisia ajatuksia tai muistoja, joita yksilöhaastattelu ei olisi tavoittanut (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124). Haastatteluihimme osallistui keskenään eri tyyppisissä tehtävissä osastoilla toimivia henkilöitä ja haastattelut olivat hengeltään keskustelevia. Tämän ansiosta saimme ryhmähaastatteluin kerättyä todennäköisesti enemmän tietoa kuin yksilöhaastatteluilla olisi saatu. Toteutimme haastattelut osastoilla. Haastattelujen yhteneväisyyden vuoksi toinen meistä toimi kaikissa haastatteluissa pääasiallisena haastattelijana. Haastattelut toteutettiin eri päivinä huhti – toukokuussa 2019. Haastatteluiden yhteenlaskettu kesto oli hieman yli 3 tuntia. Litteroituna eli auki kirjoitettuna tämä aineisto oli 50 sivua Times New Roman -kirjasimella, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5.

#### **5.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi**

Tässä työssä valitsimme analyysitavaksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysin voi tehdä joko deduktiivisesti eli teorialähtöisesti, induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti tai abduktiivisesti, eli teoriaohjaavasti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi lähtee liikkeelle siitä, että aineistosta etsitään kaikki tutkimuskysymysten ja tutkimuksen tarkoituksen kannalta oleelliset ilmaisut (Kylmä ja Juvakka 2007, 117). Aloitimme oman aineistomme analyysin koodaamalla jokaisesta litteroidusta haastattelusta kuhunkin tutkimuskysymykseen liittyvät ilmaukset eri väreillä ja poimimme ilmaisut kolmeen Excel-taulukkoon.

Aineistoista koodatut alkuperäisilmaisut pelkistetään eli redusoidaan karsimalla niistä kaikki epäolennainen pois. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään eli klusteroidaan niin, että samaa ilmiötä kuvaavat yhdistetään aineiston alaluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.) Näin syntyneet alaluokat nimetään niiden sisältöä kuvaavasti. Jatkoimme analyysiämme tekemällä alkuperäisilmaisuista pelkistyyksiä eli riisumalla ilmauksista pois kaiken, joka ei suoraan liittynyt tutkimuskysymyksiimme. Aineistostamme syntyi 127 pelkistystä. Kirjasimme nämä ilmaisut omaan Excel-dokumenttiin säilyttäen kuitenkin polun alkuperäiseen ilmaisuun alkuperäisilmaisut sisältävässä dokumentissa.

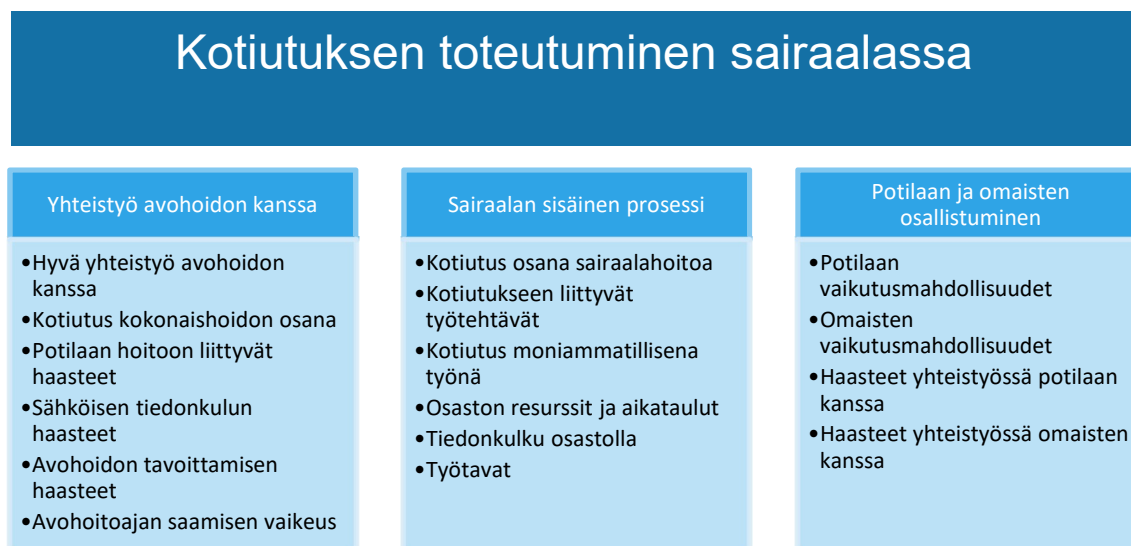
Klusterointi itsessään on osa abstrahointiprosessia eli aineiston käsitteellistämistä. Mikäli se on mahdollista ilman sisällön katoamista, alaluokkia yhdistetään edelleen loogiseksi yläluokiksi. Yläluokat nimetään niin, että nimi kuvaa edelleen sisältöä kaikkine alaluokkineen. Näiden vaiheiden kautta abstrahoimalla aineistosta rakentuu synteesi tai teoreettinen käsitteistö, joka vastaa tutkimuskysymykseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 118-119.) Loimme pelkistyyksistämme alaluokkia, joista saimme edelleen muodostettua yläluokkia tutkimuskysymyksittäin. Yläluokkia muodostui 9. Esimerkki etenemisestä alkuperäisilmaisuista ja pelkistyyksestä yläluokkaan on esitettyä liitteissä 5-7. Jokaisesta alaluokasta on valittu yksi alkuperäisilmaisu pelkistyyksineen. Jokaiseen alaluokkaan kuuluu kuitenkin lukuisia eri alkuperäisilmaisuja ja pelkistyyksiä, mutta tämän taulukon selkeyden vuoksi valitsimme vain yhden niistä toimimaan esimerkkinä. Liitteissä 8 - 10 on puolestaan esitetty yhden alaluokan muodostuminen kaikista siihen kuuluvista alkuperäisilmaisuista ja pelkistyyksistä.

## 6 TULOKSET

Aineistomme perusteella kotiutusprosessi on tällä hetkellä varsin moniulotteinen asiakokonaisuus, johon liittyy monia haasteita. Analyysin perusteella aineistomme jäsenyi kolmeen pääluokkaan, jotka ovat kotiutuksen toteutuminen sairaalassa, turvallinen kotiutus ja kotiutuksen kehittäminen. Pääluokat vastaavat tutkimuskysymyksiin. Pääluokat muodostuvat yläluokista, jotka puolestaan muodostuvat alaluokista. Seuraavissa kappaleissa kuvataan aineistopohjaisesti alaluokkien sisältö. Alaluokat on selkeyden vuoksi kuvattu omien otsikoidensa alle.

### 6.1 Kotiutuksen toteutuminen sairaalassa

Tähän pääluokkaan liittyvät alkuperäisilmaisut jaettiin 16 alaluokkaan. Niistä muodostettiin kolme yläluokkaa: yhteistyö avohoidon kanssa, sairaalan sisäinen prosessi sekä potilaan ja omaisten osallistuminen. Luokkien muodostuminen on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Kotiutuksen toteutuminen sairaalassa

### 6.1.1 Yhteistyö avohoidon kanssa

Hoitajat kuvasivat yhteistyössä avohoidon kanssa olevan monenlaisia haasteita. Tiedonkulussa ja hoitolinjauksissa oli ongelmia, samaten aikataulujen yhteensovittamisessa. Hyviä puoliakin yhteistyöstä löytyi, varsinkin pienempien kuntien kanssa. Niissä avohoidon organisaatio on pienempi ja potilaiden asioista ollaan paremmin perillä.

#### ***Hyvä yhteistyö avohoidon kanssa***

Hoitajat vertasivat pienempiä ja isompia kuntia keskenään, ja usein mainittiin, että pienemmissä kunnissa tunnetaan potilaat paremmin ja yhteistyö on sujuvampaa. Poikkeuksena tähän oli erään isomman kunnan oma kotiutustiimi, jonka osallistumista moniammatillisille kierroille ja hoitoneuvotteluihin pidettiin erittäin hyvänä asiana. Muuten hoitajien kanta oli, että pienemmistä kunnista hoitoneuvotteluihin tullaan helpommin ja prosessi kaikkimensa on sujuvampi. Ajatustenvaihto avohoidon työntekijöiden kanssa potilaan hoidosta nähtiin hyvänä asiana.

*” No se joo niiku [kunta x], se on just aika kasvotonta sitte ja noissa lähikunnissa on paljon niinku tutumpia ja tietää paremmin keneen on yhteydessä, siellä sitte prosessit etenee nopeammin, se kokemus täällä on.”*

#### ***Kotiutus kokonaishoidon osana***

Kotiutus nähtiin vahvasti osana potilaan hoidon kokonaisuutta, johon kuuluvat avohoito ja sairaalahoito. Kotiutusvaiheessa on oltava selkeä suunnitelma potilaan jatkohoidosta, ja tämän järjestäminen vaatii sairaalahoidon aikana tiivistä yhteydenpitoa avohoitoon sekä kuntien palveluiden selvittelyä. Sairaalaan toivotaan usein avohoidon tiivistämistä sairaalahoidon jälkeen, mutta hoitajat totesivat tämän olevan avohoidon päätettävissä. Myös avohoidon toiveita sairaalahoidon tuloksista ja tavoitteista kuunneltiin mielellään. Mikäli potilas tuli sairaalaan tuestusta asumisesta tai jostain muusta laitospaikasta, kotiutusprosessikin nähtiin helpompana, koska uusia käytännön järjestelyjä ei yleensä tarvittu.

*”... että heillä on niinku ajatuksia, että mitä ne toivos että täällä niinku on tapahtunu ennenku sit se kotiutuminen olis ok heidän mielestään, että sehän on niinku hyvää palautetta myös meille päin ku sit jos ei semmost saa niin sitten me ollaan täällä vaan, tehdään se päätös, että nyt sää kotiudut. ”*

### **Potilaan hoitoon liittyvät haasteet**

Potilaan jatkohoidon ja kotiutuksen suunnittelussa tuli esille useita hoitoon liittyviä haasteita. Eri kunnissa palvelut on järjestetty eri tavalla, ja iäkkäiden potilaiden ja päihdepotilaiden kohdalla voi tulla esiin tilanne, jossa heitä ei oteta psykiatriseen avohoitoon.

*”... jos ois puhtaasti psykiatrinen potilas niin hoito löytys mutta sit ku on päihdeongelma niin monet paikat siinä kohtaa lynkkaa sitten potilaan...”*

Joissain tapauksissa tiedonkulku avohoidon yksikön sisälläkään ei toiminut, ja avohoidon työntekijät eivät edes tienneet kyseisen potilaan olevan heillä hoidossa. Hoitajat arvelivat tämän johtuvan organisaatio- ja työntekijämuutoksista ja avohoidon kovasta kuormituksesta, mutta sen nähtiin joka tapauksessa vaikeuttavan sairaalassa tehtävää työtä huomattavasti. Paitsi sairaalassa, myöskään kuntien sisällä ei aina tiedetty kenelle yksittäisen potilaan asiat kuuluvat, mikä aiheutti lisää työtä ja viivästyksiä kotiutuksissa.

Kotiutuksen suunnitteluun toi lisää haastetta myös se, että hoidon alkuvaiheessa ei aina tiedetty, mihin potilas kotiutuu - pystyykö hän menemään takaisin kotiin vai tarvitaanko tuettua asumista. Osa potilaista on asunnottomia, ja heidät saatetaan joutua kotiuttamaan asunnottomille tarkoitettuun yksikköön. Potilaan voimissa saattoi tapahtua sairaalahoidon aikana nopeasti muutos parempaan päin, ja tämä voi aiheuttaa näkemyseroja avohoidon kanssa potilaan kotiutusajankohdasta.

*”... eikä ne nää sitä toipumista mikä on ehkä tapahtunut yllättävän nopeestikin, luottamus on mennyt jo ennen sairaalahoitoa.”*



### **Sähköisen tiedonkulun haasteet**

Kanta-arkiston käyttö oli hoitajien keskuudessa melko vähäistä. Kannassa olevia tietoja ei juurikaan luettu eikä arkiston mielletty olevan samaa potilastietojärjestelmää kuin osastolla käytössä oleva. Ainoastaan haasteellisimmissa potilaspauksissa tietoa etsittiin sähköisestä arkistosta enemmän. Hoitajat kuitenkin kokivat, että tieto ei liiku sähköisesti, vaikka heillä olikin tieto Kanta-arkiston olemassaolosta ja siitä, että hoitotyön yhteenvedon pitäisi olla Kannasta luettavissa. Epävarmuus tietosuojakysymyksistä saattoi rajoittaa sähköisen tiedon käyttöä.

*”...mutta siis seki, kun ei se toimi aukottomasti, kun ei me useinkaan lueta niitä, enkä tiää kuinka aktiivisesti avopuolella luetaan meidän tekstejä, mutta teoriassa se hoitosuunnitelma menis siellä.”*

### **Avohoidon tavoittamisen haasteet**

Avohoidon tavoittamisen vaikeus tuli vahvasti esille kaikissa haastatteluissa. Ajan tasalla olevia yhteystietoja saattoi olla vaikea löytää, työntekijöitä oli vaikea saada kiinni ja lyhyet soittoajat turhauttivat.

*”...vaikeeta se on musta mihin tahansa niitä saada kiinni ja sit ne on ne tietyt kellonajat ja sit se ei ookaan tää ihminen ku se onkin toinen ihminen ja sit onkin Toijalassa se mut ne käyki Akaassa...”*

Avohoidon työntekijöitä oli usein vaikea saada mukaan hoitoneuvotteluihin lyhyellä varoitusajalla. Lisää haastetta tavoittamiseen toi se, että ei aina tiedetty, kuka avohoidon työntekijä potilaan kanssa tulee työskentelemään. Mitään yhtenäistä koottua, ajantasaista tietopankkia avohoidon toimipisteistä, kuntien palvelujärjestelmistä ja yhteyshenkilöistä ei ole, vaan tietoa etsittiin osaston kansliaan koottuista kansioista ja internetistä.

*”Niin meillä on noita, pöydällä niitä kansioista tai noita, niin kyllähän niitä aina joutuu plaraileen ja funtsiin aina että hetkinen, tää kunta ja että mihin piti soittaa että, vai sitä nyt tekee viikoittain...”*

### **Avohoidon saamisen vaikeus**

Hoitajien toiveena oli, että kaikilla potilailla olisi avohoidon aika sovittuna, kun he kotiutuvat sairaalasta. Monissa tapauksissa näin ei kuitenkaan ollut, vaan avohoidon aika tuli potilaalle kirjeitse kotiin vasta melko pitkän ajan päästä siitä, kun hän oli kotiutunut sairaalasta. Varsinkin pitkät odotusajat joidenkin kuntien avohoidon olivat hoitajien mielestä kotiutusta vaikeuttava ja turvattomuutta potilaalle luova asia.

*”Mutta kyllähän hirmu usein, tuntuu että useammin kuin puolessa tapauksista, me ei tiedetä millon sillä potilaalla on aika, että se menee avohoidon, että se on se arki sitä että lääkärin lähete menee läheteitiimiin ja sieltä otetaan potilaalle yhteyttä ja se tapahtuu sen jälkeen kun se potilas on tästä häipynyt.”*

### **6.1.2 Sairaalan sisäinen prosessi**

Potilaan hoidossa kotiutuksen ja jatkohoidon suunnittelulla on suuri rooli, ja ennen potilaan kotiutumista hoitajan oli tehtävä useita asioita kotiutuksen onnistumiseksi. Suunnittelu alkoi hoitajien mielestä jo siinä vaiheessa, kun potilas tuli sairaalaan, joskus jopa ennen sitä. Työmäärä vaihteli suuresti riippuen potilaan lähtötilanteesta ja jatkohoidosta. Osastojen sisäisessä tiedonkulussa ja työtaivoissa ilmeni ongelmia, kuten nopeat muutokset hoitosuunnitelmissa ja sovittujen asioiden tekemättä jättäminen. Moniammatillisuus nähtiin toimivana ja hyvänä asiana.

#### **Kotiutus osana sairaalahoitoa**

Potilaan hoito sairaalassa alkoi usein pohdinnalla siitä, oliko sairaalahoito ollenkaan tarpeellinen vai ei, ja olisiko potilas voinut jollakin keinolla pärjätä kotona avohoidon turvin.

*”Se alkaa, tai voi ajatella alkavan jo tulohaastattelussa, kun koitetaan miettiä että pärjäiskö tää mitenkään avohoidon turvin tämä ihminen.”*

Mikäli potilas tuli sairaalaan suunnitellusti, esimerkiksi intervallijaksolle, oli kotiutus yleensä sovittu jo ennen hoidon alkua ja jatkohoito valmiiksi järjestetty. Hoitajat kuvasivat myös, että ilman mitään aiempaa avohoidon kontaktia ja muutenkin vaikeista elämäntilanteista tulevien potilaiden kotiutus vaatii enemmän työtä kuin sellaisten potilaiden, joilla avohoidon kontakti on jo olemassa. Osaston toimintakulttuurista ja profiilista riippuu, pidettiinkö potilaalle säännönmukaisesti hoitoneuvottelu, jonka jälkeen alettiin järjestää avohoitoa, vai jouduttiinko järjestelyjä tekemään hyvin nopealla aikataululla.

*”Kyllähän se melkeen niinku alkuvaiheessa alkaa, että jos tulee kun teidän hoitosuunnitelma ja mietitään että mikä se jatkokuvio niinku on sitte, että periaatteessa siinä vaiheessa pitäis jo olla jo ajatuksena se että mihinkä ihminen lähtee sitte hoitajakson jälkeen että onko se kotiin, palvelutaloon, minkälaisin turvin, avun turvin. eihän se tietenkään aina ole selvää, kun ei tiedä, tunne kaikkia.”*

### **Kotiutukseen liittyvät työtehtävät**

Potilaan kotiutuksen järjestely oli paljolti hoitajien vastuulla. Kotiutukseen liittyi paljon soittelua, suunnittelua, tiedon välittämistä avohoitoon ja käytännön asioiden järjestelyä potilaan kotona pärjäämisen tueksi.

*”Niin eli se kotiutus käytännössä sisältää kaiken mahdollisen täällä osastolla, ollaan käyty tekeen vuokrasopimuksia etukäteen, me ollaan käyty tutustumassa asuntoihin, me järjestään jatkohoidot, me järjestetään kotihoidot, me järjestetään kauppa-avut täältä, mitä kaikkee...”*

Kaikissa haastatteluissa tuli esiin maaliskuussa aloitettu uusi käytäntö potilaiden sairaalahoidon ilmoittamisesta kotikuntaan. Tapa on ollut aiemminkin käytössä, mutta se oli jonkin aikaa pois tietosuojaepäselvyyksien vuoksi. Hoitajat mainitsivat, että nykyisin sairaalan suuren käyttöasteen vuoksi hoitoajat ovat lyhyempiä, ja se on tuonut muutoksia työtapoihin. Aiemmin on ollut laajemmin hoitoneuvotteluita, mutta nykyään tiedot siirrettiin avohoitoon usein puhelimitse. Omahoitajalla oli vastuullinen rooli potilaan kotiutuksessa. Hän teki hoitotyön yhteenvedon

ja välitti tietoa ja delegoi tehtäviä muille, jos ei työvuorojen vuoksi itse päässyt niitä tekemään.

*”No kyllä se omahoitaja kuitenkin monesti tietää enempi siitä potilaasta.”*

Hoitotyön yhteenvedon suhteen oli erilaisia käytäntöjä, joissain tapauksissa yhteenvedo annettiin potilaan mukaan, joissain luotettiin enemmän puheluun tiedonvälityksessä.

*”En tiedä oonko itse jotenki niinku epäluulonen, mut aika harvoin tulee enää tulosteltua potilaan mukaan hoitotyön yhteenvedoa, kun se ei tahdo päätyä sinne minne pitäs, et enemmän luotan kyllä siihen et soitan sinne avotyöntekijälle mihkä tiedän potilaan päätyvän seuraavan kerran, et mitä on tehty ja suunniteltu.”*

### ***Kotiutus moniammatillisena työnä***

Moniammatillisuus kuvautui haastatteluissa hoitajien, sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden välisenä yhteistyönä. Päätöksen potilaan kotiuttamisesta teki lääkäri, ja hoitajat vastasivat käytännön järjestelyistä. Sosiaalityöntekijät saivat kiitosta hyvistä verkostoistaan ja erityisosaamisesta taloudellisten ja asumisasioiden järjestelyssä. Lääkäreiden nähtiin arvostavan hoitajien mielipiteitä ja ottavan heidän näkemyksensä potilaan voinnista huomioon. Potilaiden jatkohoitosuunnitelmia tehtiin yhdessä moniammatillisilla kierroilla, joilla myös sovittiin työnjaosta.

*”...mut siinä on kyllä koko tiimi mukana (...) Totta kai omahoitaja koordinoi ja lääkärin tapaamisissa tehdään selvennyksiä, tarvittaessa sosiaalityöntekijä osallistuu ihan noihin viikkotapaamisiinkin, jos ne liittyy tämmösiin suunnitelmiin. Ja he kulkee koko porukka siinä jakson ajan mukana että saatais semmonen hyvä ja järkevä suunnitelma kaikille. ”*

### ***Osaston resurssit ja aikataulut***

Osastolla käytössä olevat resurssit, tiukat aikataulut ja niiden muutokset aiheuttivat painetta hoitajien työhön. Sairaalassa on ollut pitkään korkea käyttöaste, ja

tämä loi paineita kotiuttaa potilaita nopeasti. Äkilliset kotiutukset ja kotiutusten aikaistamiset työllistivät hoitajia, ja käytännön asioiden järjestelyyn kului paljon työaika.

*”Et jos joku on vaikka suunniteltu et se menee lomalle viikonlopuksi ja maanantaina sitte katotaa, niin voi ollakki että no, kotiutetaan se jo perjantaina.”*

Hoitoneuvottelussa sovittujen asioiden järjestämiseen saattoi jäädä liian vähän aikaa, tai potilaan vointi muuttuikin ja suunnitelmia jouduttiin tekemään uudelleen. Korkeasta käyttöasteesta ja kotiutuspaineesta huolimatta hoitajat puhuivat siitäkin, miten potilaat tulevat nykyisin sairaalaan huonommassa kunnossa kuin aiemmin ja todella hankalista elämäntilanteista. Näissä tapauksissa hoitajaksot venyivät, ja aikaa kotiutumisen ja jatkohoidon suunnitteluun oli enemmän. Joskus myös kotiutuminen viivästyi, kun hoitoneuvottelua ei saatu sovittua.

*”... et jos potilas nyt alkaa oleen sen kuntonen, et vois lähtee kotiin, niin kyllähän tän.. tai siis voi sanoa että varmasti siirtyy ainakin sitä seuraavalle viikolle, aika kova ihme sais käydä et jos se niinku ens viikon aikana saatas ne kaikki ihmiset tänne samaan aikaan.”*

### **Tiedonkulku osastolla**

Hoitajat kokivat, että tiedonkulku osaston henkilökunnan välilläkin oli ajoittain haastavaa. Omahoitajalla oli eniten tietoa ja päävastuu potilaan hoidosta, ja tehtävien delegoiminen ja selkeiden ohjeiden välittäminen työkavereille koettiin joskus ongelmalliseksi. Mikäli omahoitaja ei ollut työvuorossa, potilaan kotiutusasioista ei välttämättä huolehdittu tai sama asia saatettiin tehdä epähuomiossa monta kertaa.

*”... sitten joku asia voi olla, että siellä on nuijan alla määräys, ja se on sitten jotenkin jäänyt kuittaamatta ja asia on jo hoidettu tyyliin kolme kertaa...”*

*”...ei välttämättä oo ees omahoitaja sillon töissä, niin sitte tää joka on vastuuhoitaja sillon, niin voi olla ettei tiedä paljon mitään sen asioista...”*

Myös osastolta avohoitoon lähtevän tiedon viivästyminen oli hoitajien mielestä ongelmallista; loppulausunnot, hoitotyön yhteenvedot ja lähetteet avohoitoon saattoivat viipyä jonkin aikaa sen jälkeen, kun potilas oli jo kotiutunut osastolta.

### ***Työtavat***

Hoitajien näkemyksen mukaan oli joissain tapauksissa suurta henkilökohtaista vaihtelua siinä, miten potilaan asiat tulivat työvuoron aikana hoidetuksi. Töitä voi jäädä tekemättä, vaikka joillain osastoilla oli käytössä kotiutumiseen liittyvä tarkistuslista. Listat eivät olleet systemaattisesti käytössä. Toisen organisaation kirjauksia potilaaseen liittyen ei luettu, vaikka niitä olisi Kanta-arkiston kautta saatavilla.

*”...jotenkin se ei nyt ihan ehkä kaikkia kosketa, että osa on oma-aloitteisempia kuin toiset näitä hoitamaan että, se on sitten näitä henkilökohtaisia ominaisuuksia, että miten ne oikeesti menee eteenpäin.”*

### **6.1.3 Potilaan ja omaisten osallistuminen**

Kotiutuksen ja jatkohoidon suunnittelussa potilaan koettiin olevan päähenkilö. Omaisia otettiin mielellään hoitoneuvotteluun mukaan, ja heidän näkemyksiään kuunneltiin. Joissain tapauksissa potilaat keskeyttivät hoidon tai kieltäytyivät jatkohoidosta, joten näissä tilanteissa kotiutumisen ja jatkohoidon suunnittelu jäi hyvin vähäiseksi.

#### ***Potilaan vaikutusmahdollisuudet***

Potilaan mielipiteet pyrittiin ottamaan huomioon kotiutusta suunnitellessa, ja sairaalahoidon aikana yritettiin selvittää, millaista avohoito on ollut ennen sairaalaan tuloa. Päihdeongelmaisten potilaiden nähtiin olevan hyvin auliita vastaanottamaan avohoitoa, koska hoitajien näkemyksen mukaan heitä syrjitään joissain psykiatrisen avohoidon toimipaikoissa. Hoitajat painottivat potilaan suostumusta ja yhteistyössä tehtyjen suunnitelmien tärkeyttä.

*”Harvemmin, nyt ei kyl tuu mieleen yhtäkään semmosta et olis suunniteltu mitä potilas ei halua, että ei siin oo mitään järkeä ku ei se johda mihkään.”*

### **Haasteet yhteistyössä potilaan kanssa**

Kotiutumisen suunnitteluun aiheuttivat haasteita tilanteet, jossa vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas päätti keskeyttää hoidon, ja lähti sairaalasta ennen kuin jatkosuunnitelmia oli tehty. Potilaat saattoivat myös kieltää tietojen luovuttamisen avohoitoon tai avohoidon tietojen katsomisen. Hoitohenkilökunnan näkemys potilaan avun tarpeesta saattoi poiketa suuresti potilaan omasta näkemyksestä, ja tällöin jatkohoidon suunnittelu yhdessä oli vaikeaa. Joskus myös potilas oli osasto-olosuhteissa suostuvainen avohoitoon, mutta kotiuduttuaan jätti suunnitellut ja sovitut palvelut käyttämättä. Pitkälle kotiutumisen jälkeen menevä ensimmäinen avohoitoaika vaikeutti hoitajien mielestä potilaan sitoutumista avohoitoon. Potilaalle saattoi myös jostain syystä olla vaikeaa lähteä sairaalasta - hän haluaisi hoidon jatkuvan, vaikka tarvetta sairaalahoidolle ei enää ollut.

*”...potilaat saa totta kai päättää, eihän ketään voi pakottaa mihinkään semmoseen jatkohoitoon, avohoitoon, ei semmosta oo ku pakkoavohoito olemassakaan, et pakkohan se on sillai lähteekin et mihin se ihminen ite on valmis.”*

*”Joskushan jakso keskeytyy potilaasta lähtösistä syistä niin äkisti ja yllättäen, että vaan halua lähtee...”*

### **Omaisten vaikutusmahdollisuudet**

Omaisille oltiin valmiita antamaan keskustelumahdollisuus aina kun he sitä pyysivät, ja omaiset olivat tervetulleita hoitoneuvotteluihin. Joissain tilanteissa nähtiin, että hoitoneuvotteluissa käy enemmän omaisia kuin avohoidon työntekijöitä. Varsinkin pitkittyneillä hoitjaksoilla omaisten koettiin olevan enemmän mukana, toki potilaskohtainen vaihtelu on tässä suurta. Omaisten mielipiteitä pyrittiin kuuntelemaan ja neuvottelemaan yhteistyössä kotiutumisesta ja jatkohoidosta. Omaisat saattoivat ottaa myös tehtäväkseen potilaan kotiutumisen käytännön järjestelyä, kuten kotihoidon sopimista ja apuvälineiden hankintaa.

*”...mut toki sitä jatkohoitoa suunnitellessa kuunnellaan myös omaisten havaintoja ja kertomaa et mitä se on ollu se elämä siellä kotona aiemmin sitte, ja sitä kautta mieltii sit et mikä olis ehkä sopivin sille potilaalle.”*

### **Haasteet yhteistyössä omaisten kanssa**

Omaisilla saattoi olla hoitohenkilökunnan kanssa ristiriitainen käsitys potilaan kotiutuskunnosta. Yleensä omaiset toivoivat pitkää sairaalahoitoa, ja he olivat mahdollisesti jo ennen sairaalahoitoa hyvin kuormittuneita potilaan huonon voinnin takia. Harvinaisempia olivat tilanteet, joissa omaisten osallistumista potilaan hoitoon jouduttiin rajaamaan.

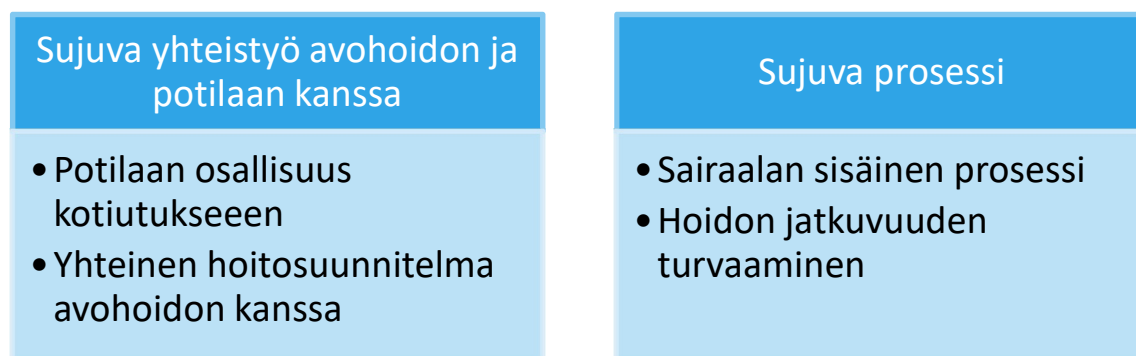
*”Ne on ehkä haastavimpia asioita kotiutukseen liittyen on sit tosiaan nää omaiset, jotka ei halua että heidän lapsensa koskaan pääsee sairaalasta pois.”*

## **6.2 Turvallinen kotiutus**

Haastattelujen perusteella turvallisen kotiutusprosessin tärkeimmät rakennuspalikat olivat sujuvat prosessit niin sairaalan sisällä kuin eri hoitotahojen välilläkin, sekä sujuva yhteistyö niin hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä kuin eri hoitotahojen henkilökuntienkin välillä. Onnistunut kotiutus vaati siis hoitojärjestelmältä valmiiksi pohdittuja ja suunniteltuja hoitopolkuja ja työtapoja mutta tapauskohtaisesti myös onnistunutta yhteistyötä ja viestintää kotiutukseen osallistuvien välillä. Tämän pääluokan alle muodostui neljä alaluokkaa, jotka jakaantuivat kahteen yläluokkaan. Luokkien muodostuminen on kuvattu kuviossa 2.



## Turvallinen kotiutus



KUVIO 2. Turvallinen kotiutus.

### 6.2.1 Sujuva yhteistyö avohoidon ja potilaan kanssa

#### **Potilaan osallisuus kotiutukseen**

Erytisen tärkeää kotiutuksen onnistumisen kannalta oli se, että kotiutus suunniteltiin potilaslähtöisesti ja yhteistyössä potilaan kanssa. Suunnitellun jatkohoidon tuli palvella potilaan tarpeita ja olla sellaista, johon potilas voi ja haluaa sitoutua. Hoitajat kokivat tärkeänä sen, että potilas oli mukana jatkohoidon suunnittelussa.

*”Ja tietysti mejän toive et se olis semmonen adekvaatti ja järkevä paikka ja siinä olis niinku potilas siinä prosessissa niin paljo mukana et olis valmis sitoutumaan myös niihin tehtyihin suunnitelmiin.”*

Hoitajien mukaan oli hyvin merkityksellistä potilaalle, että hän tiesi jo sairaalasta kotiutuessaan seuraavan avohoitoajan ja oli parhaassa tapauksessa jo tavannut tulevan hoitajansa hoitoneuvottelussa osastohoidon aikana. Tämän koettiin kannattelevan potilasta siirtymävaiheessa ja sitouttavan potilasta hoitoon.

*”..kun että sulla on konkreettisesti antaa jotain tietoa ja aikaa ja mihin menet ja kuka sua ottaa vastaan. Niin, et sillä on iso merkitys.”*

### **Yhteinen hoitosuunnitelma avohoidon kanssa**

Onnistunut kotiutus suunniteltiin hoitajien mukaan yhteistyössä ja dialogissa avohoidon kanssa. Erityisen onnistuneisiin kotiutuksiin yllettiin, jos hoidon tavoitteet oli sovittu yhteistyössä avohoidon kanssa. Sairaalan hoitajat toivoivat, että avohoito esittäisi varsin konkreettisia toiveita sille, mitä asioita sairaalahoitajakson aikana olisi potilaan kanssa erityisesti työstettävä.

*”Mut semmonen, ku soittaa joihinkin kuntiin niin heillä on heti siellä joku ajatus että tämmöset asiat kun sujus niin sit se avohoito vois taas käynnistyä ja mennä eteenpäin...”*

Toisaalta myös se, että esimerkiksi erään kunnan oma kotiutustiimi oli mukana potilaan avohoidon suunnittelussa sairaalahoitajakson aikana, koettiin erittäin tarpeelliseksi.

*”mää tykkään siitä ku kotiutustiimi käy tässä ylilääkärin raportilla ker-  
ran viikossa kuuntelemassa [...] asiat, niin ne, niillä monestiki on  
niinku, kun ne on sitä pitkään tehny sama pari, niin niillä on ensinnä-  
kin tietoa ja tuntevat useinkin niitä potilaita pitkältä ajalta aikasem-  
min. Mutta sitten siinä sujuvasti pystyy suunnittelemaan sitä avosys-  
teemiä. Musta se on ihan hyvä juttu että ne käy.”*

Haastattelujen perusteella dialogisuus sairaalan ja avohoidon välillä potilaan hoitajakson aikana selkiytti ja vahvisti potilaan hoidon jatkuvuutta. Vaikka hoitotaho vaihtui, hoitosuunnitelma pysyi samana ja tavoitteet olivat yhteiset.

*”... ja sitten se mitä jää meidän hoidettavaks niin me hoidetaan  
mutta samalla myös avohoidon nää ihmiset ottaa kopin myös siitä  
omasta mikä heille määräytyykin, ja... ja sitten lasketaan potilas pi-  
halle sovittuna ajankohtana”*

## 6.2.2 Sujuvat prosessit

### *Hoidon jatkuvuuden turvaaminen*

Haastattelujen perusteella yksi onnistuneen kotiutuksen tärkeimmistä ulottuvuuksista on potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Jatkuvuuden kannalta pidettiin haastatteluissa tärkeänä, että kuntiin voitiin ilmoittaa sairaalahoidossa olevista potilaista. Näin kunnissa oli mahdollisuus valmistautua potilaan kotiutumiseen ja siirtymiseen avohoitoon. Kotiutumisen onnistumista edesauttavana asiana pidettiin myös sitä, että avohoidon työntekijät tulisivat käymään osastolla tapaamassa potilasta esimerkiksi hoitoneuvottelussa tai muuten.

*”Varmaan ihanteellisessa olis myös sitte enempi, että käytäs täällä, avohoito ihan jalkautus ja tulis käymään täällä että se olis monessa, ei nyt kaikissa mutta osassa olis ihan kiva sitte. Se olis kyllä hyvä kans.”*

Avohoidolta toivottiin myös, että ensimmäisen käyntiajan saisi mahdollisimman pian kotiutumisen jälkeen.

*”...ja sithän me tietty toivotaan sieltä avohoidosta nopeeta koppia siitä potilaasta tietysti.”*

### *Sairaalan sisäinen prosessi*

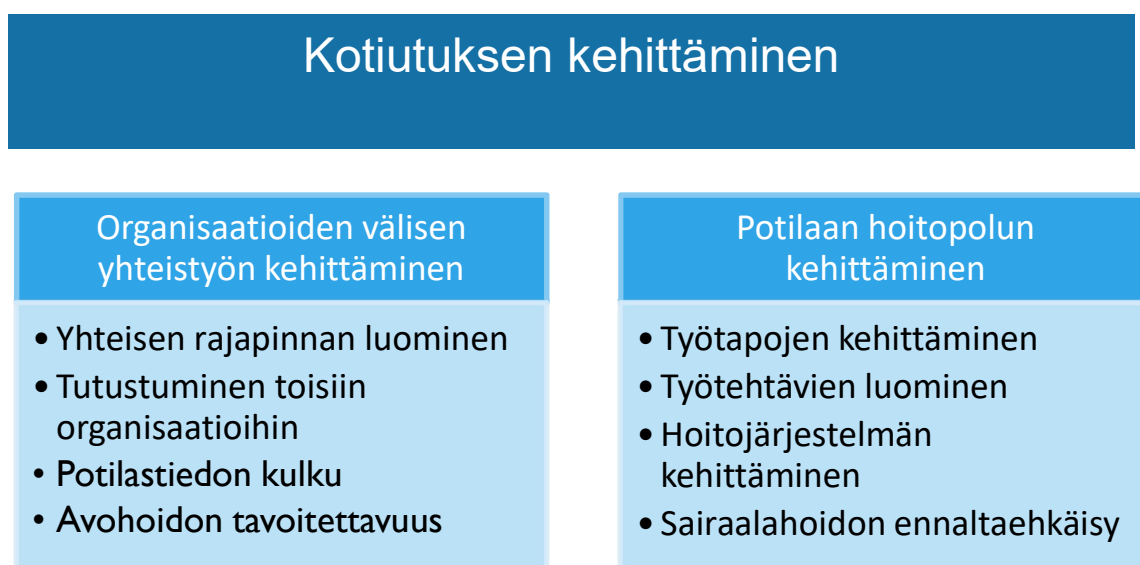
Haastattelemamme hoitajat näkivät, että sairaalan sisäisillä, selkeillä prosesseilla on suuri merkitys onnistuneen kotiutuksen näkökulmasta. Asioiden järjestäminen realistisessa aikataulussa ja riittävän ajoissa ennen kotiutumista paransivat kotiutuksen suunnitelmallisuutta ja samalla onnistumista. Jos kotiutuksen ajankohta oli tiedossa riittävän ajoissa, siihen voitiin valmistautua hyvissä ajoin järjestämällä hoitoneuvottelu, johon myös avohoidon edustajat pääsivät osallistumaan. Avohoidon yhteystietojen helppo saatavuus ja ajantasaisuus paransivat mahdollisuuksia onnistuneeseen kotiutukseen.

*”...ilmottaa sitte sen kunnan, mikä ihminen onkaan määrätty, että tämä henkilö on tullu hoitoon, ja me laitetaan sille se sähköposti tai mikä sitten, ja sieltä tulee vastaus että selvä ja hän käy tapaamassa*

*tätä ihmistä ja puhelinnumero on sama ja tämmösiä palveluja ja siitä ne antaa kaikki ne tiedot siinä ja sitte... hoito kestää sen mitä kestää, ja juurikin hoitoneuvottelu sovittu riittävän ajoissa ja sinne on saatu kaikki tarvittavat ihmiset tuolta ulkopuolelta paikalle.”*

### 6.3 Kotiutuksen kehittäminen

Haastattelemamme hoitajat nostivat esiin monia eri painopisteitä kotiutuksen kehittämiseksi. Onnistunut kotiutus vaatisi hyvää tiedonkulkua monella tasolla: potilastiedon tulisi kulkea loogisesti organisaatiosta toiseen, mutta myös muuta organisaatioiden välistä tiedonkulkua olisi syytä tehostaa. Organisaatioita pitäisi kehittää luomalla niiden välille uusia toimijoita ja rajapintoja ja toisaalta syventämällä eri tahojen välistä yhteisymmärrystä. Työtapoja sairaalan sisällä ja organisaatioiden välillä tulisi tarkastella ja tehostaa, sekä työnjakoa eri toimijoiden välillä selkiyttää. Hoitotyön, sairaalahoidon ja hoitojärjestelmän parannuksilla nähtiin myös olevan mahdollisesti vaikutusta kotiutuksen turvallisuuden kehittämisessä. Tämän pääluokan alle muodostui alkuperäisilmaisuista 8 alaluokkaa, jotka jaakaantuivat kahteen yläluokkaan. Luokkien muodostuminen on kuvattu kuviossa 3.



KUVIO 3. Kotiutuksen kehittäminen.

### 6.3.1 Organisaatioiden välisen yhteistyön kehittäminen

#### **Potilastiedon kulku**

Yksi iso haastatteluissa noussut haaste kotiuttamiseen liittyen oli potilastiedon kulku organisaatioiden ja toimijoiden välillä. Esimerkiksi hoitotyön yhteenveto osastohoidosta nähtiin sinänsä hyvänä työkaluna tiedonkulun parantamiseksi, mutta siinä nähtiin silti kehitettävää. Yhteenvetojen liikkumisessa organisaatioiden välillä oli viiveitä, eikä toisen organisaation laatimaa yhteenvetoa aina luettu. Yhteenvedon kirjoittaminen yhdessä potilaan kanssa ja siihen paneutuminen nähtiin keinoina parantaa tiedon siirtymistä toiselle hoitotaholle.

*”... ja sitte tietysti ideaalitapauksessahan sitä yhteenvetoa täällä tehtäs ajatuksella ja yhdessä sen potilaan kanssa ja avopuolella luettas ajatuksella ja sitte taas me luettas avopuolen yhteenvetoja yhtä pie-teetillä, se vois parantaa sitä tiedonkulkua.”*

Kanta-arkisto nähtiin sinänsä hyvänä välineenä helpottamaan potilastiedon kulua hoitotaholta toiselle, mutta sen käyttöä toivottiin helpommaksi.

*”siis saahan ne (hoitotyön yhteenvedot) tietysti arkiston kautta mutta se on hankala tietysti käyttää.”*

Tiedonkulun parantamiseksi hoitajat toivoivat yhtenäistä potilastietojärjestelmää, josta olisi helposti nähtävissä potilaan edellisten hoitotahojen tekstit, mutta myös hoitavat henkilöt ja heidän yhteystietonsa.

*”yhtenäinen potilastietojärjestelmä, utopiaa, mut se helpottais hirveesti et vois millon tahansa tarkistamaan, että mikä se palvelu nyt on ja kuka sitä tarjoo”*

#### **Avohoidon tavoitettavuus**

Potilastiedonkulun ohella toivottiin, että yhteyksiä avohoitoon voitaisiin tulevaisuudessa kehittää. Hoitajat kokivat, että avohoidon työntekijöitä oli hyvin vaikea tavoittaa puhelimitse jatkohoitoajan sopimiseksi, sillä suurella osalla avohoidon työntekijöistä oli vain lyhyt soittoaika, jolloin häntä tavoittelivat paitsi ammattilaiset

myös esimerkiksi potilaat. Avohoidon parempi tavoitettavuus toisi sujuvuutta yhteistyöhön ja potilaan jatkohoidon järjestämiseen.

*”sitte mä inhoon noita soittoaikoja, meille pitäis olla kuuma linja, (...) on kummallista että, että noin tärkeässä asiassa pitäis soittaa vain tiettyyn aikaan puolen tunnin aikaikkunassa.”*

Hoitajien mukaan yhteydenpitoa avohoitoon helpottaisi myös, jos yhteystiedot kunnallisiin palveluihin olisivat koottuna yhteen paikkaan ja niitä pidettäisiin ajan tasalla. Näin aikaa ei kuluisi yhteystietojen etsimiseen internetistä tai eri kuntien palvelurakenteen selvittämiseen.

*”Ja sit ois tosiaan ihan semmonen pieni konkreettinen asia, että niitä yhteystietoja, jotka oikeesti toimii eli siihen puhelinnumeroon oikeesti vastataan tai sähköposti tai ihan sama mikä se on, kun se olis semmonen jolla sais sen yhteyden alta kolmen viikon mielellään.”*

### **Yhteisen rajapinnan luominen**

Kotiuttamisprosessia voisi hoitajien mukaan parantaa se, että organisaatiot yhdistyisivät. Organisaatioiden yhdistymisen myötä potilastieto ja itse potilaat voisivat liikkua helpommin hoitotahojen välillä.

*”jos avohoito ja sairaalahoito olis yhtä suloista perhettä ja ne potilaat pääsis siinä virtaamaan silleen sujuvasti.”*

Yhteistyöhön sairaalan ja avohoidon välillä toivottiin läpinäkyvyyttä ja yhteisen rajapinnan luomista. Esimerkiksi se, että sairaalasta käsin olisi mahdollista tarkastella avohoidon ajanvarauskalentereita tai esimerkiksi päiväsairaalan kuormitustilannetta, nähtiin hyvänä keinona potilaan jatkohoidon suunnitteluun.

*”ideaalitapauksessa meillä ois tuolla polilla avohoidon ajanvarauskalenteri, mielellään tämmösenä sähkösenä versiona eikä millään kosmoskynällä, mistä me nähtäis ne avoimet ajat ja ryhmät ja päiväsairaalan kuormituksen ja voitais niinku pohtia sitä”*

Avohoidon varaaminen jo osastojakson aikana loisi turvaa kotiutuvalle potilaalle, kun hän tietäisi jo kotiutuessaan, milloin ja missä tuleva avohoidon aika on.

Sairaala- ja avohoidon välille toivottiin myös välimuotoja, jotka mahdollistaisivat turvallisen siirtymän hoitotaholta toiselle. Jos avohoidon aikoja olisi huonosti saatavilla, voisi sairaala- ja avohoidon välille luoda uuden toimijan saattamaan potilasta turvallisesti sairaalasta avohoitoon. Erään kunnan oma kotiutustiimi voi tarvittaessa antaa kotiutuvalle potilaalle tämänkaltaisen kriisiajan, mutta tarvetta tällaiselle toiminnalle olisi muidenkin kuntien kohdalla. Tämä voisi osaltaan myös parantaa hoitoon sitoutumista ja joka tapauksessa parantaisi hoidon jatkuvuutta.

*”Ja ehkä jotenki niitä variaatioita siihen avohoitoon että olis vielä vähän erilaisia, varsinki niinkun siihen vaiheeseen just kun kotiudutaan sairaalasta niin ehkä tarvittas sitte, ennenku pääsee alkamaan joku tämmönen pitkä avohoitosuhte, niin siihen vähän jotain tehostettua kriisiapua”*

*”Et olis sitte vaikka kotiutustiimin jäsenelle niinku välillä on [...] et jos menee kovin pitkälle eteenpäin niin on sit yks aika siihen, et on joku konkreettinen mihin se potilas helpommin hakeutuisi kun on päivä ja kello tiedossa. Mun mielestä se olis hienoo et aina pystys antaa jonku yhden ajan, helpottas sitä heidän hakeutumista sinne.”*

### **Tutustuminen toisiin organisaatioihin**

Hoitajien mukaan yhteistyötä eri toimijoiden välillä parantaisi se, että toisten organisaatioiden työtavat ja työntekijät tunnettaisiin paremmin. Jos sairaalassa tiedettäisiin tarkemmin, mihin eri kuntien avohoidolla on resursseja, se parantaisi potilaan kokonaisuhoiton suunnittelua. Tässä olisi toki haasteena se, että työntekijät voivat vaihtua. Toisten hoitotahojen tunteminen kuitenkin parantaisi luottamusta siihen, että palvelujärjestelmä kokonaisuudessaan toimii ja se kaventaisi eri organisaatioiden välillä ammottavia kuiluja.

*”mä aattelen että me ollaan varmaan nyt jo vähän silleen ulapalla että ihan hyvä olis ensinnäkin vähän tutustua toisiin, mut mä aattelin kyllä ihan tämmöstä vanhan ajan ketjunrasvausta”*

*”et kyl mä vähän sitä yhteistoimintaakin pikkusen siihen rakentaisin. Sit tää olis varmaan kaikille osapuolille parempi, ennen kaikkea sille potilaalle.”*

### **6.3.2 Potilaan hoitopolun kehittäminen**

#### ***Työtapojen kehittäminen***

Kotiutumisprosessia voisi hoitajien mukaan kehittää myös sairaalan ja avohoidon konkreettisia työtapoja kehittämällä. Erilaisia hoitoketjuja tulisi kehittää eri toimijoiden välisenä yhteistyönä entistä tiiviimmin. Selkeästi suunnitellut ja sovitut hoitoketjut ja -polut selkiyttäisivät sairaalan jälkeisen hoidon suunnittelua.

*”ei tiedä yhdistyykö organisaatiot ja muut, mutta sitten kun me vähän tiedetään tosta tulevaisuudesta et kuinka tää menee, et me ei voida niinku vaan vuodesta toiseen odottaakaan, koska tässä menee isot massat ihmisiä mejän käsien läpi ja kaikki ansaitsis sitä laadukasta hoitoo, et tämmösessä muutoksessakin jotain pientä voitais tehdä ja niinku sopia että mitenkä se hoitoketju lähtis niinku rakentuun.”*

Parhaassa tapauksessa potilaan jatkohoitotaho olisi selvillä jo siinä vaiheessa, kun potilas tulisi sairaalahoitoon. Potilas voisi myös käydä ensimmäisellä avohoidon ajallaan ennen sairaalasta uloskirjoittamista.

*”joskus oli ihan semmonenkin hirveen villi ajatus, mä en tiedä mah- toko se toimia kuinkakaan pitkään mutta, et potilaat vois sairaalasta käsin, puhun nyt näistä pitempihoitosista, niin käydä ensimmäisellä avohoitokäynnillä. Eli ennen kuin hän on virallisesti uloskirjattu sairaalasta niin hän on käyny, kun tänne on työntekijöiden vaikee tulla ja se vie sitä resurssia enemmän niin tehtiinkin niin päin että potilas kävis tapaamassa.”*

Toisaalta ongelmana tällä hetkellä oli se, että läheteet avohoitoon eivät aina läheneet tarpeeksi ajoissa, jotta jatkohoittoa ehdittäisiin järjestää. Siksi olisi tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että läheteet tehtäisiin sairaalasta käsin mahdollisimman aikaisin.



### **Uusien työtehtävien luominen ja työnjaon selkiyttäminen**

Hoitajat toivat haastatteluissa esiin, että työnjaon selkiyttäminen voisi tehostaa sairaalan jälkeisen hoidon suunnittelua ja hoidon jatkuvuutta. Kunnallisella puolella toimiva kotiutusohitaja voisi osallistua sairaalassa pidettäviin hoitoneuvotteeluihin ja hänellä olisi ajankohtainen käsitys ja kuva omassa kunnassa tarjolla olevista palveluista. Kotiutusohitaja voisi parhaassa tapauksessa olla mukana jatkohoidon suunnittelussa jo potilaan tulohaastattelusta lähtien. Tämä helpottaisi potilaskohtaista jatkohoidon suunnittelua ja toteutusta.

*”tai sieltä avopuolelta vois tulla jo siihen potilaan tulohaastatteluun jo joku kotiutusohitaja mukaan, joka hanskais tämän kaiken”*

Tarvetta olisi myös sille, että avohoidossa olisi yksi henkilö, jolla olisi selkeä kokonaisvastuu potilaan hoidosta. Esimerkiksi avohoidon lääkäri voisi olla tiiviimmin osana potilaan sairaalahoitoa ja valvoa potilaan hoitosuunnitelman toteutumista myös sairaalahoidon aikana.

*”olis joku jolla olis kokonaisvastuu siitä hoidosta. On niitä ihmisiä jotka menee ulos ja sisään sairaalasta ja eikä tota, ja on millon mil-läkin osastolla hoidossa tai tilanteet... kaikennäköistä kokeillaan eikä mikään niinku kannu mihinkään kun se on niin sirpaleista.”*

Eräessä kunnassa toimiva oma kotiutustiimi oli koettu erittäin myönteisesti, ja vastaavia toimijoita toivottiin myös muihin kuntiin. Kotiutustiimi kävi säännöllisesti osastojen lääkärinkierroilla ja pysyi siten hyvin perillä kunnan potilaiden kokonais-tilanteesta. Kuntiin toivottiin myös asiakaspalveluohjaajaa, johon voisi olla yhteydessä jatkohoidon järjestämiseksi.

### **Sairalahoidon ennaltaehkäisy**

Haastatteluissa tuotiin esiin, että tällä hetkellä sairaalan käyttöaste on todella korkea ja vain kaikkein akuuteimmat potilaat voidaan ottaa sairaalahoitoon. Hoitojärjestelmää toivottiin kehitettävän niin, että avohoito olisi riittävän tiivistä, jotta potilas voisi selviytyä ilman sairaalahoitoa. Toisaalta haastatteluissa nousi esiin

myös ajatus siitä, että pienempi paikkapaine sairaalassa mahdollistaisi sairaala-  
hoitajaksot jo aikaisemmassa vaiheessa, ennen potilaan tilanteen akutisoitu-  
mista.

*”ja avohoidon niinku vahvistaminen, siitä on puhuttu jo vaikka kui,  
kohta kymmenen vuotta et siihen panostetaan mut eihän siihen oo  
panostettu, et ei sitä oo saatavilla, kyllähän sitä jatkuvasti lukee le-  
hissä sun muualla et se on riittämätöntä, ja samalla ajetaan sairaa-  
lapaikkoja alas ja sanotaan, että panostetaan siihen avohoitoon,  
mutta ei, ainakaan se ei näy meille mitenkään, että se on hankalaa  
tosiaan saada järjestymään.”*

### **Hoitojärjestelmän kehittäminen**

Hoitajat ehdottivat haastatteluissa nykyiseen hoitojärjestelmään uusia toiminta-  
muotoja. Erityisesti huolta aiheuttivat sellaiset potilaat, jotka selviytyisivät sään-  
nöllisellä lääkehoidolla hyvin avohoidon turvin mutta jättivät lääkkeensä otta-  
matta, jolloin sairaus paheni ja he joutuivat takaisin sairaalahoitoon. Tämän poti-  
lasryhmän kohdalle ehdotettiin esimerkiksi muutaman päivän säännöllisiä inter-  
vallihoidoja sairaalassa, jolloin potilas voisi saada lääkkeensä pitkäaikaisinjekti-  
oina ja hän pärjäisi muuten avohoidossa. Myös lakkautettuja niin sanottuja B-  
mielisairaalaita tai sairaalan ja palveluasumisen välimaastoon sijoitettavia laitoksia  
ehdotettiin perustettavan uudelleen palvelemaan tätä potilasryhmää.

*”on olemas vielä kuitenkin niin iso määrä niin huonokuntosii ihmisii  
et ne ei pärjää noissa missä ei niinku voida pitää ovia lukittuina ja sit  
taas täällä ei kukaan voi olla pidempää. ja pitkäaikaisinjektiot jää ot-  
tamatta kun ne kieltäytyy ja sitte vointi huononee ennemmin tai myö-  
hemmin ja sitte tullaan tänne ja sit tääl menee taas kauan, koska  
vointi pääsi niin huonoks”*

*”ja just se lääkkeenotto et, se on niinku se ongelma, et muuten taval-  
laan saattas pärjätäkin, mut sit ei mene kyllä hakemaan injektiota  
mistään Tipotieltä vaikka olis mikä tilanne, niin ei lähde, et sit kukaan  
ei voi sitä niinku muualla ku täällä sit niinku huolehtia et se on kyl  
aika sellast turhaa resurssia niinku ku tavallaan se on se ainoa asia*

*mihin, mutta ku ei oo lakia minkä pohjalta sitä tehtäis missään muu-  
alla”*

Erityiset potilasryhmät, kuten yli 65-vuotiaat ja päihdehäiriöistä kärsivät potilaat jäivät herkästi ilman psykiatrista hoitoa, minkä vuoksi he voivat päätyä säännöllisesti sairaalahoitoon. Tähän kaivattiin kunnilta selkeyttä.

*ja ois kans helppoo jos kaikki kunnat ottais yli 65-vuotiaat automaattisesti, että ei tarvis aina arpoo sitä että saako ne hoitoo vai eikö ne saa, tää ei kuulu meille, sori*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys

Tutkimusetiikan käsite laadullisessa tutkimuksessa on jakautunut: toisen näkökulman mukaan tutkimusetiikka asettaa itse tutkimuksen tekemiselle normit, joita noudattamalla tutkimuksen voidaan katsoa olevan eettisesti korkealaatuinen. Näitä normeja ovat esimerkiksi valittujen menetelmien luotettavuus, tutkimuksen informanttien tiedottaminen tutkimuksesta ja tutkimuksen raportointitapa. Toisessa ääripäässä on tutkimusetiikan ymmärtäminen jatkumona moraalisia valintoja, lähtien siitä, miten tutkimusaihe valitaan ja miksi. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 153.)

Ensin mainittu tulkinta tutkimusetiikasta laadullisessa tutkimuksessa on kaltaisillemme kokemattomille tutkijoille sikäli helpottava, että se todella asettaa hyväksytyt raamit tutkimusmetodiikalle. Toisaalta valitsimme tutkimusaiheemme halusta tuottaa tietoa, joka hyödyntää ennen kaikkea potilasta mutta helpottaa myös henkilökunnan työtä. Aihevalintamme lähtee siitä, että turvallinen ja suunnitelmallinen kotiutus mahdollistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja vähentää ennenaikaiseen tai huonosti suunniteltuun kotiutukseen liittyviä riskejä. Toisaalta näkökulma tutkimuksessa on kotiutus nimenomaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta – henkilökunta voi vastata ainoastaan sen mukaan, mitä he itse pitävät turvallisena ja ennakoivana kotiutuksena. Olemme kuitenkin tässä tutkimuksessa pyrkineet perehtymään potilaan ja omaisten näkökulmaan tutkimuskirjallisuuden perusteella.

Osallistumisen tieteelliseen tutkimustoimintaan tulee olla osallistujalle aidosti vapaaehtoista ja osallistujilla tulee olla mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta ja halutessaan vetäytyä tutkimuksesta. Osallistumisen tulee perustua suostumukseen. Voidakseen antaa tietoon perustuvan suostumuksen, tulee tutkittavalle tarjota riittävästi tietoa tutkimuksen luonteesta, tarkoituksesta, aineistonkeruusta ja -säilyttämisestä, tulosten julkaisemisesta sekä mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 219, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25.) Tähän opinnäytetyöhön haastatellut henkilöt

saivat ennen haastattelua luettavakseen tutkimustiedotteen (Liite 1), joka käytiin vielä sanallisesti läpi ennen haastatteluihin suostumista. Haastateltaville tarjottiin mahdollisuutta keskustella tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta ennen haastatteluja. Haastateltavat täyttivät tämä jälkeen tietoon perustuvan, kirjallisen suostumuksen. Suostumuskaavake on tämän opinnäytetyön liitteenä (Liite 2).

Tutkittavien anonymiteetti tieteellisissä tutkimuksissa tulee turvata. Tutkimustietoja ei tule luovuttaa muille kuin tutkimusprosessiin osallistuville henkilöille, ja aineisto tulee säilyttää suojassa ulkopuolisilta (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Haastateltaviemme anonymiteetin suojelemiseksi koodasimme heidät aineiston litterointivaiheessa. Haastateltavien identiteetit eivät ilmene tutkimusraportista. Haastateltavien suostumuskaavakkeet, joista heidän identiteetinsä ilmenee, säilytettiin erillään muusta aineistosta toisen opinnäytetyön tekijän kotona lukollisessa laukussa. Sähköiset aineistot säilytettiin salasanoin suojatuina opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaisilla tietokoneilla ja verkkoasemilla.

Hyvän tieteellisen käytännön kannalta on olennaista, että organisaatio, jossa tutkimus suoritetaan, antaa tutkimukselle luvan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Jos tutkimus kohdistuu esimerkiksi potilaisiin, tarvitaan tutkimuslupan lisäksi puoltava lausunto eettiseltä toimikunnalta, mutta hoitohenkilökuntaa tutkitessa riittää yleensä organisaation oman prosessin mukainen tutkimuslupa (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tähän opinnäytetyöhön on haettu tutkimuslupaa organisaation opetusylihoitajalta ja tutkimuslupa on myönnetty 15.3.2019. Tutkimussuunnitelmassa, jonka perusteella tutkimuslupa on myönnetty, on tutkimusaineiston analyysitapana esitetty teorialähtöinen sisällönanalyysi. Havaitimme tämän analyysitavan liian haastavaksi kykyihimme nähden, ja toisaalta uskoimme saavamme aineiston huolellisemmin hyödynnettyä vaihtamalla analyysitapaamme. Kysyimme luvan myöntäneeltä opetusylihoitajalta, voimmeko vaihtaa analyysitapaa vielä tutkimuslupan myöntämisen jälkeen. Suunnitelman muutokseen saatiin opetusylihoitajalta hyväksyntä.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että aineistonkeruumenetelmien lisäksi myös valitut tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tutkimuksessa noudatetaan muutoinkin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutki-

museettinen neuvottelukunta 2012, 6). Käyttämämme tutkimusmenetelmät ovat tiedeyhteisön käyttöön vakiintuneita metodeja, joiden valinnat olemme perustelleet menetelmiä käsittelevissä kappaleissa. Olemme pyrkineet tässä raportissa tekemään analyysipolkumme mahdollisimman läpinäkyväksi, jotta lukija voi seurata analyysin ja muun tutkimustyön etenemistä ja näin arvioida työn onnistumista.

## 7.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhteneväistä ohjeistusta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163, Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tutkimuksen arvioinnissa on lukuisia eri osa-alueita, joita voidaan tarkastella. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 197) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla lähemmin neljää eri kriteeriä, jotka ovat tutkimuksen uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus.

Tutkimuksen uskottavuuden näkökulmasta on oleellista, että tutkimusprosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti niin, että lukijan on mahdollista seurata sen etenemistä (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Olemme tässä raportissa pyrkineet avaamaan analyysimme etenemistä ja logiikkaa kuvioilla ja taulukoilla, jotka auttavat lukijaa seuraamaan prosessin kulkua. Liitteinä 5-7 on taulukko, jossa kuvataan kaikkien alaluokkien, yläluokkien ja pääluokkien muodostuminen käyttäen esimerkkinä yhtä alkuperäisilmaisua jokaisesta alaluokasta. Lisäksi olemme tehneet esimerkin vuoksi kolmesta eri alaluokasta taulukot, joissa ovat mukana kaikki alkuperäisilmaisut ja pelkistykset, joista alaluokka on muodostunut (Liitteet 8 -10). Tulossiossa olemme uskottavuuden parantamiseksi käyttäneet alkuperäisilmaisuja. Koko opinnäytetyöprosessi on kuvattu liitteessä 11.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kohentaa sillä, että kaksi tutkijaa luokittelee saman aineiston (Tuomi & Sarajärvi 2018, 166). Teimme alkuperäisilmaisujen koodauksen kumpikin tahoillamme, ja sitten vertasimme koodauksen yhteneväisyyttä. HavaitSIMME, että olimme olleet pitkälti yksimielisiä. Niiden ilmaisujen kohdalla, joista olimme olleet eri mieltä, keskustelimme tulkinnoistamme ja löysimme yhteisymmärryksen.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen mukaan (2013, 198) sitä, kuinka tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin. Tämän tutkimuksen toimintaympäristö on kuvattu kappaleessa 2, ”Psykiatrinen hoito Pirkanmaalla”. Haastateltavamme työskentelivät kolmella eri tyyppisellä osastolla, ja kaikilla heillä oli vähintään kuuden kuukauden työkokemus kyseiseltä osastolta. He kaikki olivat työskennelleet omahoitajina, joten heillä oli käytännön työkokemusta kotiutusprosessista. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat todennäköisesti osittain siirrettävissä myös muiden sairaanhoitopiirien psykiatrisen hoidon kontekstiin, sillä esille tulleet haasteet ilmenevät myös kansainvälisissä tutkimuksissa. Palvelurakenne vaikuttanee osaltaan tulosten siirrettävyyteen. Opinnäytetyössämme esiin nousseet haasteet liittyvät ensisijaisesti palveluiden pirstaleisuuteen.

Tuloksemme ovat rajoitetusti yleistettäviä, sillä kyseessä on laadullinen tutkimus, jonka ensisijainen tavoite on kuvata tutkittavien omia kokemuksia valitusta aiheesta. Haastattelimme yhdessä sairaalassa yhteensä yhdeksää hoitohenkilökunnan jäsentä, joilla oli keskenään eri pituiset työurat takanaan. Hoitajat työskentelivät kolmella hyvin erilaisella osastolla, joiden prosessit eroavat lähtökohdaisesti toisistaan. Tästä huolimatta tuloksissa oli runsaasti yhtäläisyyksiä, ja samat haasteet, käsitykset turvallisesta kotiutuksesta ja kehitysehdotukset toistui-  
vat kaikissa haastatteluissa.

Eskolan ja Suorannan (1998, 154) mukaan tutkimuksen luotettavuutta riippuvuuden näkökulmasta (dependability) voidaan parantaa ottamalla huomioon aineistonkeruuvaiheessa ennustamattomasti vaikuttavia tekijöitä. Siksi valitsimme aineistonkeruumetodiksi teemahaastattelun, joka antaa mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja varmistua siitä, että haastateltava varmasti ymmärtää haastattelijan esittämät kysymykset. Haastattelut tehtiin eri päivinä, jotta haastattelijan vireystila olisi mahdollisimman hyvä.

Tuomen ja Sarajärven (2018, 165) mukaan tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että muut tutkimusprosessiin liittyvät henkilöt arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. Tämän tutkimuksen etenemistä on kommentoinut läpi prosessin sama vertaisarvioija, lisäksi olemme saaneet palautetta ohjaavilta opettajilta.

Saadun palautteen perusteella olemme täsmentäneet tutkimuskysymysten sanamuotoja tarkemmiksi ja muokanneet analyysin edetessä yläluokkia vastaamaan paremmin sisältöään. Opinnäytetyön raportin toimitimme arvioitavaksi työelämätaholle.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että haastattelut haluttiin järjestää nopealla aikataululla ennen kesälomakauden alkamista, jotta haastateltaviksi saataisiin riittävän kokeneita työntekijöitä. Siksi meidän ei ollut mahdollista testata haastattelurunkoa erillisellä testihaastattelulla. Vaikka tallentimet testattiin, aineistoon jäi muutama lause, jotka tallentimeen tulleen häiriön vuoksi jäivät epäselviksi. Haastattelut tehtiin työpäivien aikana aamu- ja iltavuoron vaihteessa, jotta osastoilla olisi tarpeeksi henkilökuntaa. Siitä huolimatta yhteen haastatteluun yksi osallistuja tuli myöhässä, koska hän oli ollut työtehtävissä. Haastatteluihin oli käytettävissä aikaa 1,5 tuntia, jotta hoitotyö osastoilla ei häiriintyisi ja työvuorot eivät venyisi. Tämä aiheutti aikataulupaineen, jotta ehdittiin käydä läpi kaikki haastattelukysymykset. Kaiken kaikkiaan koko tutkimusprosessiin on ollut käytettävissä rajattu aika, vuosi ja kaksi kuukautta. Analyysin luotettavuutta ja tarkkuutta saattaisi lisätä se, että aikaa olisi ollut käytössä enemmän.

### **7.3 Tulosten tarkastelu**

Tässä opinnäytetyössä pyrimme löytämään vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen: millaisena hoitajat kuvaavat sairaalasta kotiuttamista ja siihen liittyviä haasteita tällä hetkellä, minkälaisena hoitajat näkevät ennakoivan ja turvallisen kotiutuksen sekä miten hoitajien mielestä kotiutusta tulisi kehittää. Tuloksia tarkastellaan tässä tutkimuskysymyskohtaisesti peilaten niitä aikaisempaan tutkimustietoon.

#### **7.3.1 Kotiutus ja siihen liittyvät haasteet tällä hetkellä**

Kaikissa haastatteluissa nousi esiin, että yhteistyö avohoidon kanssa voi toisinaan olla haastavaa, koska avohoidon yhteystietoja ei aina ole saatavilla tai työntekijän tavoittaminen puhelimitse voi olla haasteellista. Avohoidon ja sairaalan



välinen yhteistyö on kuitenkin oleellinen osa potilaan sujuvaa kotiutumista, ja hoidon kokonaisvastuun ja pääpainon tulisi olla avohoidossa (Sohlman ym. 2003, 379). Yhteistyössä kuitenkin esiintyy toistuvasti ongelmia tiedonkulussa, aikataulujen yhteensovittamisessa ja työntekijöiden tavoittamisessa. Samansuuntaisia haasteita on havaittu aikaisemmin tehdyissä selvityksissä ja tutkimuksissa. Pitkäniemen sairaalan osastolle APS7 vuonna 2014 tehdyssä kokemuservioinnissa osaston hoitohenkilökunta koki, että avohoidossa tunnetaan potilaat parhaiten, ja avohoidon osallistuminen hoitoneuvotteluihin oli todella tärkeää. Osaston resurssit eivät riittäneet tutustumiskäynteihin, ja käytännössä avohoidon järjestäminen tarkoitti ajan varaamista avohoitoon. Tampereen kaupungin psykiatrian avohoidon uudistuminen vuonna 2013 alueellisista poliklinikoista diagnoosipainotteiseksi poliklinikoiksi oli osaston henkilökunnan mielestä joillekin potilaille haasteellista työntekijän vaihtumisen ja pidentyneiden välimatkojen vuoksi. Hoitotyöntekijät toivoivat potilaille mahdollisimman tiivistä ja nopeasti alkavaa avohoitoa osastojakson jälkeen. (Kapanen & Leinonen 2014, 26-27.) Haastattelemamme hoitajat painottivat myös avohoidon tärkeyttä ja roolia potilaan asioiden parhaana asiantuntijana, ja avohoidon toivottiin osallistuvan aktiivisesti potilaan hoitoon. Käytännössä kuitenkin aikataulujen yhteensovittaminen on hankalaa, ja avohoidon työntekijöitä on vaikea tavoittaa. Potilaita myös kotiutuu säännöllisesti ilman tietoa avohoidon ajasta ja tulevasta hoitajasta.

Nopea avohoidon alkaminen sairaalahoidon jälkeen oli hoitajien mielestä potilaan turvallisuudentunteen kannaltakin merkittävä asia. Pirkanmaalla ei ole mitään yhteisesti sovittua mallia psykiatrisen avohoidon järjestämiseen, vaan palvelut vaihtelevat kuntakohtaisesti. Haastattelujemme perusteella tämä koettiin myös haasteeksi; osastolla joudutaan toistuvasti selvittelemään, miten hoito on missäkin kunnassa järjestetty. Päihdepotilaiden ja yli 65-vuotiaiden potilaiden kohdalla näitä haasteita tuotiin erityisesti esiin. Pieniin kuntiin ja organisaatioihin yhteydessä olemisen koettiin olevan helpompaa kuin suuriin ja ”kasvottomiin”. Toisten organisaatioiden työntekijöihin ja työtapoihin tutustumisen on todettu tutkimuksissa helpottavan yhteistyötä ja lisäävän luottamusta toisen organisaatioiden työntekijöiden ammattitaitoon (Magnusson & Lützén 2009, 144).

Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikoille tehdyssä kokemuservioinnissa yhteistyössä sairaalan kanssa nähtiin samankaltaisia haasteita. Yhteistyö koettiin

vaihtelevaksi, ja aikatauluongelmat tunnistettiin myös avohoidossa. (Sirola 2014, 11.)

Vastaavia haasteita kuvataan myös Aila Uttulan pro gradussa vuodelta 2006. Tampereen kaupungin psykiatrisen kotityöryhmän hoitajat kertoivat, miten potilaan kotiutumisesta saatettiin ilmoittaa kotiutumispäivänä, lääkehoidon muutoksista ei tullut tietoa avohoitoon ja kotityöryhmän oletettiin huolehtivan viikonlopun ajan potilaasta, vaikka he eivät työskennelleet viikonloppuisin. (Uttula 2006, 47.) Kansainvälisissä tutkimuksissa avohoidon hoitajat ovat tuoneet esiin myös kokemuksia siitä, että heidän näkemyksiään potilaiden voinnista ei huomioitu. Avohoidon hoitajat kuvasivat, miten potilaan vointi nähtiin sairaalassa täysin erilaisena, ja jopa diagnoosit saattoivat muuttua. (Wright ym. 2016, 372-373.) Haastatteluisamme hoitajat toivat esiin samaa ilmiötä omalta kannaltaan. He kertoivat, miten avohoidossa potilas saattaa olla todella huonossa voinnissa, mutta sairaalassa vointi kohenee nopeasti. Osa haastateltavistamme toi esiin, että avohoidon työntekijät eivät tätä voinnin kohenemistä näe, eivätkä he siten luota potilaan olevan kotiutuskunnossa. Tästä voi syntyä näkemyseroja kotiutusajankohdasta. Sama ilmiö on hoitajien mukaan nähtävissä omaisten suhtautumisessa potilaan kotiuttamiseen.

Tiedonkulussa ja -saannissa oli haastateltaviemme mukaan ongelmia sekä potilastietojen että toisten organisaatioiden tarjoamien palveluiden osalta. Hoitajat kokivat, että toisen organisaation kirjaamien tietojen hyödyntäminen on hankalaa. Samaan aikaan hoitajat kuitenkin toivat myös ilmi, että potilastiedon arkisto Kanta ei käytetä kovin systemaattisesti potilaan hoitohistoriaan ja hoitosuunnitelmaan tutustumiseen. Ainoastaan erityisen haasteellisten potilaiden kohdalla tietoja haettiin Kannasta. Tähän kerrottiin syyksi joko järjestelmän erillisyys tutusta potilastietojärjestelmästä, tai potilaan kielteinen asenne tietojen katsomiseen. Vastaavia tuloksia on saatu 2017 Tehyn ja Sairaanhoidajaliiton toteuttamasta kyselystä, jossa kartoitettiin sairaanhoitajien kokemuksia potilastietojärjestelmistä. Kyselyyn vastanneista sairaalassa työskentelevistä sairaanhoitajista 30% ei käyttänyt Kanta-arkistoa lainkaan, ja 46% käytti sitä harvemmin kuin kerran viikossa. (Hyppönen ym. 2018, 38.)

Aineistossamme tulee useaan otteeseen esiin hoitajien kokemus nopeasti muuttuvista hoitosuunnitelmista sairaalassa. Osaston paikkatilanteen tai potilaan oman päätöksen vuoksi kotiutuminen saattaa tapahtua suunnittelematta, ja tämä näkyy hoidon kannalta myöhäisessä yhteydenotossa avohoitoon ja luo painetta saada avohoito käynnistymään nopeasti. Myös muissa tutkimuksissa sairaalan hoitohenkilökunta on tuonut esiin, että resurssien vähäisyyden vuoksi potilaita joudutaan kotiuttamaan liian varhain ja riittämättömän avohoidon turvin (Wright ym. 2016, 372-373).

Aikaisempien tutkimusten mukaan omaisten kokemuksissa heidän huomioinnistaan läheisen hoidossa on suurta vaihtelua, ja psyykkisesti sairastuneiden omaiset kokevat usein kuormitusta sairastuneen asioiden hoitamisesta ja huolenpidosta. Tutkittaessa psykiatristen potilaiden omaisten vertaisryhmää, omaiset kritisoivat palvelujärjestelmää voimakkaasti. Koettiin, että yhteiskunnalta ei löydy riittävää tukea edes sairastuneelle, saati omaisille. Luottamus ammattilaisia kohtaan oli heikko, ja omaiset kokivat tullessa sivuutetuiksi ammattilaisten taholta. (Koponen ym. 2012, 146-147.) Pitkäniemen sairaalan APS7-osastolla tehdyn kokemuservioinnin perusteella sen sijaan omaiset kokivat työntekijöiden tekevän parhaansa, mutta potilaan kotiutuessa hoidon siirtyminen organisaatiosta toiseen ei aina onnistunut toivotusti ja esimerkiksi avohoidon käyntien koettiin olevan liian harvassa. Omaiset kokivat sairastuneen läheisen tukemisen akuutin kriisin ja siitä toipumisen aikana varsin kuormittavana, ja olisivat toivoneet tiiviimpiä avohoidon käyntejä sairaalahoidon jälkeen. (Kapanen & Leinonen 2014, 35-38.) Haastattelemamme hoitajat toivat esiin ymmärrystä omaisten kuormittuneisuudelle ja kertoivat pyrkivänsä huomioimaan omaiset aina, kun se on mahdollista. Tilanteet, joissa omaisten osallistumista hoitoon jouduttiin rajaamaan, olivat harvinaisempia. Hoitajien näkemys oli, että väsymyksen ja kuormituksen vuoksi omaiset toivovat pitkiä sairaalahoitoja, ja kotiutuminen saattaa omaisten mielestä tapahtua liian varhain.

Tulostemme perusteella hoitajat pitivät potilaan osallistumismahdollisuuksia omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon hyvin tärkeänä. He myös toivat esiin, että potilaalla on aito mahdollisuus osallistua häntä koskeviin päätöksiin. Irina Tiainen on tutkinut terveystieteiden alaan kuuluvassa Pro Gradu -tutkielmasaan aikuispsykiatrisen potilaan osallisuutta. Tutkimuksessa tulee ilmi, että jos potilas ei koe voivansa vaikuttaa omaan hoitoonsa, voi hoitajakso pahimmillaan

pitkittyä ja sairaus kroonistua. Osattomuus omaan hoitoon voi johtaa kokemukseen siitä, että ei tule kuulluksi. (Tiainen 2016, 37.)

### **7.3.2 Turvallinen ja ennakoiva kotiutus**

Aineistomme perusteella tärkeimmät osatekijät turvallisen ja ennakoivan kotiutuksen toteutumiseksi ovat sujuva yhteistyö potilaan ja avohoidon kanssa sekä sairaalan sujuvat prosessit.

Haastattelimamme hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että potilaalle suunniteltu jatko-hoito palvelee hänen tarpeitaan ja potilas saa vaikuttaa suunnitelmiin. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että yhteinen päätöksenteko potilaan hoitoon liittyvissä asioissa parantaa potilaan sitoutumista hoitoon (Simmons, Hetrick & Jorm 2010, 397), mutta potilaan aktiivista osallistumista päätöksentekoon on tuettava henkilökunnan puolesta, koska hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä on väistämättä valta-asetelma (Fukui ym. 2013, 381). Haastatteluidemme perusteella moni hoitaja piti tärkeänä sitä, että potilaalla on jo kotiutumisvaiheessa tieto seuraavasta avohoitoajasta. Tämän koettiin lisäävän kotiutumisen turvallisuutta. Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa onkin havaittu, että sellaiset potilaat, joilla ei ole avohoitoaikaa sairaalasta kotiutumisen jälkeen ovat erityisen suuressa riskissä palata sairaalahoitoon vuoden sisällä kotiutumisestaan (Wahlbeck, Cresswell-Smith & Haaramo 2019).

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen yhteistyössä avohoidon kanssa nousi haastatteluissamme useasti esiin. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta hoitajat pitivät tärkeänä, että potilaalla on yksi hoitosuunnitelma, jota kaikki hoitavat tahot edistävät. Haastatteluissamme perusteella eri hoitotahojen dialogina syntynyt hoitosuunnitelma yhteisine tavoitteineen on avain onnistuneeseen ja turvalliseen kotiutukseen ja potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisemassa psykoosien hoito-ohjelmassa hoidon jatkuvuuden turvaamisessa tärkeänä elementtinä mainitaan siirtojen huolellinen suunnittelu ja saat-taen vaihtaminen. Potilaan hoitoon kiinnittymistä tuetaan viesteillä ja muistutuk-

silla, ja tarvittaessa tapaamiset hoidetaan etäyhteyksillä. Psykoosipotilaiden hoidon jatkuvuuden vaarantaa usein heidän oma näkemyksensä siitä, että heillä ei ole mitään hoitoa vaativaa sairautta. (Poutanen ym. 2013, 18.)

Samana organisaation sisällä olevat epäselvyydet vastuista ja työtehtävistä voivat vaikuttaa potilaan kotiutumiseen. Hoitajan työkokemuksen nähdään vaikuttavan asiaan myönteisesti, pidemmällä työkokemuksella kotiutusprosessi osataan hoitaa paremmin. Vaikka lääkärit tekevät päätöksen potilaan kotiuttamisesta, itse prosessin koetaan olevan lähes kokonaan hoitajan vastuulla. Hoitajat toivovat lääkäreiden panostavan enemmän kotiutusprosessiin esimerkiksi päivittämällä lääkelistat ja kirjoittamalla reseptit nopeammin. (Nordmark ym. 2016, 7.) Haastatteluissamme hoitajat toivat esiin samanlaisia kokemuksia kotiutuksen toteuttamisesta. Kotiutukseen liittyvät monet työtehtävät ovat hoitajien vastuulla, ja yllättäen tuleva kotiutuspäätös lisää hoitajan painetta tehdä kotiutukseen liittyvät valmistelut ja saada avohoito järjestymään nopeasti. Laadukkaaseen kotiutukseen kuuluu riittävästi aikaa käytännön valmistelujen tekemiseen, jolloin kotiutuessaan potilaalla on avohoito järjestettynä ja lähete avohoitoon lähtee viipymättä.

### **7.3.3 Psykiatristen potilaiden kotiutuksen kehittäminen**

Sairaalahoitojen muuttuessa koko ajan lyhemmiksi ja vain akuuttien kriisivaiheiden hoidoksi selkeä ja avohoidon kanssa yhteisesti sovittu hoitosuunnitelma on entistä tärkeämpi. Haastatteluissamme hoitajat toivoivat avohoidon asettavan sairaalahoidolle tavoitteita ja olevan aktiivisesti mukana potilaan hoidossa. Koska avohoidon työntekijöiden tavoittaminen puhelimitse tai pääsy paikan päälle hoitoneuvotteluun on usein haasteellista, potilastiedon arkiston kautta käytettävän tiedon merkitys korostuu. Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009-2015 loppuraportissa painotetaan myös sähköistä tiedonkulkua ja potilastiedon arkiston käyttöä hoidon suunnitelmallisuuden parantamisessa (Bergman 2015, 268-269). Yhteisen hoitosuunnitelman vaivaton saataavuus kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen käyttöön sisältyy myös Yhdessä Mielin -hankkeen loppuraportissa annettuihin suosituksiin (Wahlbeck ym. 2018, 38).

Lääkehoidon käyttämättä jättäminen sairaalahoidon jälkeen nousee esiin sekä aiemmissa tutkimuksissa että keräämässämme aineistossa. Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa tutkittiin skitsofreniapotilaiden ensimmäisen sairaalahoidon jälkeistä lääkehoitoon sitoutumista. Yli 50% kotiutuneista potilaista jätti heille määrätyt antipsykoottiset lääkkeet hakematta apteekista sairaalajakson jälkeen tai lopetti lääkityksen 30 päivän aikana sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että antipsykoottisten lääkkeiden käyttäminen oli yhteydessä matalampaan kuolleisuuteen. (Tiihonen, ym. 2011, 606.) Haastattelemme hoitajat näkivät tämän selkeänä ongelmana, joka johtaa usein siihen, että potilas palaa nopeasti uudelleen sairaalahoitoon. Lääkehoidon tehostaminen avohoidossa todennäköisesti helpottaisi sairaaloiden potilaspainetta ja parantaisi potilaiden elämänlaatua. Tässä on kuitenkin otettava huomioon potilaiden itsemääräämisoikeus. Tahdonvastaista hoitoa voidaan mielenterveyslain mukaisesti toteuttaa ainoastaan sairaalassa, eikä koskaan avohoidossa (1990/1116).

Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikoiden uudistuksessa 2013 perustettiin kotiutustiimi, jonka on tarkoitus päästä lyhyelläkin varoitusajalla mukaan hoitoneuvotteluihin (Sirola 2014, 11). Haastattelemme hoitajat mainitsivat kunnan oman kotiutustiimin useaan otteeseen, ja antoivat myönteistä palautetta tällaisen tiimin toiminnasta. Samankaltaista yhteistyötä ja avohoidon asiantuntijoiden sairaalaan jalkautumista toivottiin muiltakin kunnilta. Tässä on toki huomiotava kuntien resurssit, välimatkat ja potilasmäärät. Kotiutustiimi voi olla ison kunnan kohdalla toimiva ratkaisu, mutta pienemmissä kunnissa ei välttämättä ole tarvetta erillisille, vain kotiutusasioita hoitavalle tiimille.

Aila Uttulan pro gradu -työssä vuodelta 2006 selvitettiin psykoosipotilaan hoitoa Tampereen psykiatrisen kotisairaanhoidon eli kotityöryhmän hoitajien näkökulmasta. Nykypäivään verrattuna merkillepantavaa tässä tutkimuksessa on sittemmin lakkautetun Kaivannon sairaalan saama hyvä palaute kuntouttavasta työstä. Kotityöryhmän näkemys oli, että psykoosipotilaat tarvitsevat enemmän kuntouttavaa kuin akuuttihoitoa, jota kuitenkin on enemmän tarjolla. (Uttula 2006, 46-48.) Aineistossamme hoitajat kuvasivat sairaalahoidon olevan koko ajan akuutimpaa ja kriisivaiheisiin keskittyvää, ja potilaat kotiutuvat joissain tapauksissa liian aikai-

sin. Yhtenä ratkaisuna hoidon jatkuvuuden turvaamiseen, lääkehoidon toteutumiseen ja potilaan voinnin tasaisena pysymiseen nähtiin kuntoutusosastojen perustaminen.

Osastolla työskentelyn tueksi on mahdollista ottaa aktiiviseen käyttöön kotiutumisen muistilista. Haastatteluissamme hoitajat sivusivat käytössä olevaa listaa, mutta sen käyttö ei ole systemaattista eikä sitä ole kaikilla osastoilla ollenkaan. Satakunnan sairaanhoitopiirissä kehitetty moniammatillinen kotiutumislista, jossa pyritään huomioimaan potilaan tilanne monesta näkökulmasta, on todennäköisesti hyödynnettävissä muissakin sairaanhoitopiireissä. Listan hyödynnettävyyttä parantaa oleellisesti, jos se on sähköisessä muodossa ja kuuluu kiinteästi potilastietojärjestelmään ja tiedot siirtyvät suoraan hoitotyön yhteenvetoon. (Kuusisto ym. 2019, 48-49.)

Haastattelemamme hoitajat pohtivat myös uusien työmuotojen kuten kotiutushoitajan käyttöä. Henkilö, jolla olisi hyvät kontaktit avohoitoon ja tieto kuntien palveluista, voisi olla avuksi kotiutusprosessissa. Tämän kaltaisesta työstä on saatu hyviä tuloksia mm. Etelä-Karjalassa ja Auroran sairaalassa (Laasonen-Balk 2008, Airisto 2017).

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet**

Sairaalasta kotiutuminen on potilaan psykiatrisessa hoidossa kriittinen vaihe, ja sen järjestämiseen tulee kiinnittää huomiota. Erityisesti haasteeksi nousevat tiedonkulkuun ja jatkohoidon tavoitettavuuteen liittyvät seikat. Jotta potilaan hoidon jatkuvuus ja turvallinen siirtyminen avohoitoon voidaan turvata, tulee erityisesti sähköistä tiedonkulkua ja sähköisesti saatavilla olevan tiedon hyödyntämistä parantaa. Palvelujärjestelmä on sirpaleinen, ja maakunnan sisällä on vaihtelua palveluiden saatavuudessa ja järjestämisessä, etenkin jos kyseessä on iäkäs tai päihdeongelmainen potilas. Tämä voi johtaa potilasryhmien epätasa-arvoon. Potilas hyötyisi selkeistä hoitopoluista ja selkeästä työnjaosta eri hoitotahojen välillä. Potilaalla tulee olla yksi hoitosuunnitelma, joka on kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. Hoitosuunnitelman tavoitteet asetetaan yhdessä potilaan kanssa ja niiden saavuttamisen tulee olla niin sairaala-, kuin avohoidonkin keskeinen päämäärä.

Uusien kotiutusprosessia tukevien työkalujen käyttöönottoa tulee seurata, ja työntekijöiden on saatava riittävä perehdytys ja koulutus niiden käyttämiseen. Tässä opinnäytetyössä selvitimme sairaalan hoitohenkilökunnan näkemyksiä kotiutuksesta, ja olisikin hyödyllistä tutkia myös avohoidon hoitohenkilökunnan näkökulmaa samaan asiaan. Näin saataisiin entistä kattavampi kuva siitä, mihin asioihin yhteistyössä tulee kiinnittää erityistä huomiota. Potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmaa ei tässä asiassa voi myöskään sivuuttaa. Olisi tärkeää jatkossa selvittää, mikä kotiutuksessa on potilaan ja omaisten kannalta oleellisinta. Avohoidon tulee olla potilaan tarpeisiin vastaavaa, ja omaisten kuormitusta tulee pyrkiä helpottamaan selkeästi sovitulla ja toteutetulla jatkohoidolla sairaalahoidon jälkeen.



## 8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET TULOSTEN PERUSTEELLA

Tutkimuksemme perusteella ja tuloksien pohjalta olemme laatineet ehdotuksia kotiutusprosessin kehittämiseksi, jotta päästäisiin potilaan kannalta turvallisempaan ja ennakoivampaan kotiuttamiseen. Kehitettävää on niin tiedonkulussa, organisaatioiden välisessä yhteistyössä kuin hoitopoluissakin (Kuvio 4).



Kuvio 4. Tutkimuksessa esiin nousseet kehittämistarpeet

### Sähköisen tiedonkulun kehittäminen

Tulostemme mukaan sähköisesti saatavilla olevaa potilastietoa ei hyödynnetä tällä hetkellä vielä riittävästi eikä systemaattisesti. Henkilökunta hyötyisi Kanta-arkiston käyttöön ja tietoturvaan liittyvästä selkeästä ohjeistuksesta. Jotta potilaan hoitosuunnitelma aidosti kulkisi organisaatioiden välillä potilaan mukana, tulisi avohoidon kirjauksia hyödyntää sairaalassa järjestelmällisesti. Potilastietojärjestelmässä toimivan kotiutuksen tarkistuslistan käyttöönotto helpottaisi kotiutuksen suunnittelua ja toteutusta.

## **Tiedot kunnallisista palveluista ajan tasalle**

Haastatteluissamme kävi ilmi, että osastoilla ei aina ole saatavilla tietoa eri kuntien palvelurakenteesta eikä yhteystietoja kunnallisiin palveluihin. Tämä hankaloihtaa jatkohoidon järjestämistä, koska tiedot täytyy etsiä potilaskohtaisesti. Sairaalan Intranettiin voisi koota päivittyvän listan eri kuntien palveluvalikoimista ja palveluiden yhteyshenkilöistä. Toinen vaihtoehto olisi hyödyntää mielenterveystalo.fi -palvelun palveluhakemistoa, jonne olisi mahdollista koota kuntakohtaiset tiedot. Olennaista molempien vaihtoehtojen kohdalla on se, että listoja päivitetään säännöllisesti ja tiedot niissä ovat ajan tasalla. Sairaalan henkilökuntaa tulee tiedottaa siitä, mistä tiedot löytyvät.

## **Rajapintatyö**

Mikäli integraatio Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluiden ja Taysin psykiatrian toimialueen välillä toteutuu, voidaan kehittää sairaala- ja avopalveluiden väliin sijoitettavia palveluita, jotka palvelevat sitä potilasryhmää, joka tarvitsee erityisen paljon tukea kotiutumisen jälkeen. Sairaalaan voisi luoda toimen kotiutus-sairaanhoidajalle, jolla olisi hyvät yhteydet avohoitoon. Kotiutussairaanhoidaja voisi auttaa osastojen henkilökuntaa avohoidon järjestämisessä hyvin konkreettisella tasolla.

## **Yhteiset foorumit**

Tuloksissamme kävi ilmi, että sairaala- ja avohoidon henkilökunta hyötyisi siitä, että he tuntisivat toisensa ja toistensa työtavat paremmin. Ehdotamme, että yhteisiä koulutus- ja keskustelutilaisuuksia järjestettäisiin sairaalan ja avohoidon henkilökunnalle esimerkiksi vuosittain. Näissä tapahtumissa eri palvelut voisivat esittäytyä ja työntekijät tulisivat tutummiksi. Tapahtumat mahdollistaisivat myös työpajatyöskentelyn, jossa voitaisiin ratkoa hoidon jatkuvuuteen liittyviä haasteita. Työkiertoa sairaalan ja avohoidon välillä tulee tehostaa, mikäli Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja Taysin psykiatrian toimialueen välinen integraatio toteutuu.

## **Hoidon suunnitelmallisuuden kehittäminen**

Potilaan hoidon painopisteen tulee olla avohoidossa ja potilaalla tulee olla yksi hoitosuunnitelma, jota toteutetaan niin sairaala- kuin avohoidossa. Sairaala- ja

avohoidon työntekijöille tulee tarjota välineitä suunnitella yhteistä hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelman tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi tulee myös voida muokata yhteistyössä avo- ja sairaalahoidon välillä. Keskustelua potilaan hoidosta tulee käydä aktiivisesti esimerkiksi yhteisessä potilastietojärjestelmässä, Skypessä tai salatuin sähköpostein. Potilaan kotiutumisen jälkeisen lääkähoidon toteutumista edesauttaisi, jos potilas hakisi lääkkeitä sairaalan alueella olevasta kuluttaja-apteekista yhdessä omahoitajan kanssa ennen kotiutumistaan. Tämä tulee mahdolliseksi, kun psykiatrinen sairaalahoido siirtyy Tays Keskussairaalan alueelle.

### **Teknologian hyödyntäminen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi**

Skype-neuvottelumahdollisuudet ovat laajasti olemassa, mutta niitä tulisi hyödyntää enemmän. Osastoille tulisi hankkia tarvittavat välineet ja osaamista niiden käyttöön, jotta hoitoneuvotteluita voitaisiin järjestää Skype-neuvotteluina. Potilaan näkökulmasta olisi hyödyllistä, jos hän voisi tavata avohoidon työntekijän jo sairaalahoidon aikana, ja myös tässä tarkoituksessa etäneuvottelu olisi erinomainen työkalu.

## LÄHTEET

Airisto, N. 2017. Potilasohjaus järkeisti Auroran sairaalan käyttöä - vuodeosastojaksot vähenivät sadoilla muutamassa vuodessa. Medi uutiset. Julkaistu 18.10.2017. Luettu 19.2.2019. [www.medi uutiset.fi/uutiset/potilasohjaus-jarkeisti-auroran-sairaalan-kayttoa-vuodeosastojaksot-vahenivat-sadoilla-muutamassa-vuodessa/1113c783-9118-3461-b9ea-00b91652078d](http://www.medi uutiset.fi/uutiset/potilasohjaus-jarkeisti-auroran-sairaalan-kayttoa-vuodeosastojaksot-vahenivat-sadoilla-muutamassa-vuodessa/1113c783-9118-3461-b9ea-00b91652078d)

Alanen, H. 2016. Pirkanmaan aikuispsykiatrisen palvelujärjestelmän muutos – loppuraportti. Tampereen yliopistollinen sairaala.

Alanko, A. 2017. Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Helsingin Yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Bergman, V. 2015. Valtakunnalliset sähköiset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P., Solin, P., Tuulos, T., Wuorio, S., (toim.) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 – Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi.

Brändström, L., Mazaz, N. & Berggren, I. 2015, "Nurse collaboration in community and psychiatric care: a Swedish study", *British Journal of Community Nursing* 20 (6), 297-303.

Cleverley, K. 2017. Continuity of care in mental health services. A critical role for nurses. *Nursing leadership* 30 (3).

Connolly, M., Deaton, C., Dodd, M., Grimshaw, J., Hulme, T., Everitt, S. & Tierney, S. 2010. "Discharge preparation: Do healthcare professionals differ in their opinions? *Journal of Interprofessional care*. 24(6): 633-643.

Duhing, M. Gunasekara, I., Pattersson, S. 2015. Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health and social care in the community* 25 (1) 72-85.

Durbin, J., Barnsley, J., Finlayson, B., Jaakkimainen, L., Lin, E., Berta, W. & McMurray, J. 2012, "Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters", *Journal of Behavioral Health Services & Research* 39 (4), 445-461.

Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus.

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

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus.

Flink, M., & Ekstedt, M. 2017. Planning for discharge, not for patient self-management at home – an observational and interview study of hospital discharge. *International Journal of Integrated Care*. 17 (6), 1-10.

Fukui, S., Salyers, M., Matthias, M., Collins, L., Thompson, J., Coffman, M., Torrey, W. 2013. Predictors of Shared Decision Making and Level of Agreement Between Consumers and Providers in Psychiatric Care. *Community Mental Health Journal* 50 (4), 375-382.

Harjajärvi, M., Pirkola, S & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hautala-Jylhä, P.-L., Nikkonen, M., Jylhä, J. 2009. "Conceptions of patients and personnel concerning the benefits of post-ward outpatient services", *Vård I Norden* 29 (91), 24-28.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Horwitz, L., Moriarty, J., Chen, C., Fogerty, R., Brewster, U., Kanade, S., Ziaeeian, B., Jenq, G. & Krumholz, H. 2013. Quality of Discharge Practices and Patient Understanding at an Academic Medical Center. *JAMA Internal Medicine* 173 (18).

Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi T., & Saranto, K. 2018. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoidajien arviot potilastietojärjestelmästä 2017. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 10(1). 30-59.

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

Kapanen, H. & Leinonen, A. 2014. Kokemuserviointi. Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen akuuttipsykiatrian osasto APS7. Hoitoon ohjautuminen, hoito ja avohoitoon siirtyminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Mielenterveyden keskusliitto.

Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede* 24 (2).

KunTeko 2020. Sujuvampi kotiutuminen sairaalasta kotiin / asumisyksikköön. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Julkaistu 20.4.2018. Luettu 19.2.2019. [www.kunteko.fi/katso/503](http://www.kunteko.fi/katso/503).

Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Väitöskirja.

Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P., & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 11(1-2). 38-52.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.

Laasonen-Balk, T., Tamminen, R. & Majoinen, V. 2008. Kotiutussairaanhoidaja suunnittelee psykiatrisen potilaan jatkohoidon. *Lääkärilehti* 9/2008. 870-871.

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus. Tampere: Juvenes print.

Magnusson, A. & Lützén, K. 2009, "Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community", *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (1), 140-145.

Martin, L. & Hirdes, J.P. 2014, "Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient and community-based mental health settings: a focus group study", *BMC Health Services Research* 14 (1), 457.

Nordmark, S., Zingmark, K. & Lindberg, I. 2016. Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 16: 1-10.

Noseworthy, A.M., Sevigny, E., Laizner, A.M., Houle, C. & La Riccia, P. 2014, "Mental Health Care Professionals' Experiences With the Discharge Planning Process and Transitioning Patients Attending Outpatient Clinics Into Community Care", *Archives of Psychiatric Nursing* 28 (4), 263-271.

Nurjannah, I., Mills, J., Usher, K. & Park, T. 2014, "Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature", *Journal of Clinical Nursing* 23 (9-10), 1175-1185.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S., Gerhard, T., Blanco, C. 2016. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *Jama Psychiatry* 73 (11) 1119-1126.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri PSHP. 2019. Psykiatrian voimavaroja kootaan yhteen Pirkanmaalla. Julkaistu 25.3.2019. Luettu 30.5.2019. [www.tays.fi/fi-FI/Psykiatrian\\_voimavaroja\\_kootaan\\_yhteen\\_P\(86443\)](http://www.tays.fi/fi-FI/Psykiatrian_voimavaroja_kootaan_yhteen_P(86443))

Poutanen, O., Tammentie-Saren, T., Bashmakov, L., Mäkelä, M., Lehto, P., Leskinen, T., Mikkilä, J., Nyrhinen, M., Järventausta, K., Lehtinen, K., Leinonen, E., Merimaa, P., Romu, J. & Syrjämäki, M. 2013. Psykoosien hoito-ohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aikuispsykiatrian vastuualue.

Redding, A., Maguire, N., Johnson, G. & Maguire, T. 2017. What is the lived experience of being discharged from a psychiatric inpatient stay? *Community mental health Journal* 53, 568-577

Simmons M., Hetrick S. & Jorm A. 2010. Shared Decision making: benefits, barriers and current opportunities for application. *Australasian Psychiatry* 18 (5), 394 – 397.

Sirola, K. 2014. Kokemuserviointi. Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikat työntekijöiden näkökulmasta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Mielenterveyden keskusliitto.

Sweeney, A., Davies, J., McLaren, S., Whittock, M., Lemma, F., Belling, R., Clement, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I., Rose, D. & Wykes, T. 2015. Defining continuity of care from the perspectives of mental health service users and professionals: an exploratory, comparative study. *Health Expectations* 19 (4), 973-987.

Sohlman, R., Kiikkala, I., Immonen, T., Ahonen, J., Saalasti-Koskinen, U. 2003. Mielenterveystyö kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (4).

Tays 2019. Aikuispsykiatrian uudisrakennus. Päivitetty 12.3.2019. Luettu 13.10.2019. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Taysin\\_uudistaminen/Aikuispsykiatria](https://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Taysin_uudistaminen/Aikuispsykiatria)

Tays 2019. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunniteltu integraatio siirtynee vuoden 2021 alkuun. Tiedote. Julkaistu 5.11.2019. Luettu 20.11.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen\\_yhteistyö/Mielenterveys\\_ja\\_paihdepalveluiden\\_integraatio/Hankkeen\\_tiedotteet/Mielenterveys\\_ja\\_paihdepalveluiden\\_suunn\(98036\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteistyö/Mielenterveys_ja_paihdepalveluiden_integraatio/Hankkeen_tiedotteet/Mielenterveys_ja_paihdepalveluiden_suunn(98036))

Tays 2019. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 1.10.2019. Luettu 13.10.2019. [tays.fi/fi-FI/sairaanhoitopiiri](https://tays.fi/fi-FI/sairaanhoitopiiri)

Tays 2019. Potilashoidon tunnusluvut. Päivitetty 9.10.2019. Luettu 13.10.2019. [tays.fi/fi-FI/sairaanhoitopiiri/potilashoidon\\_tunnusluvut](https://tays.fi/fi-FI/sairaanhoitopiiri/potilashoidon_tunnusluvut)

Tays 2019. Psykiatria. Päivitetty 3.1.2019. Luettu 13.10.2019. [tays.fi/fi-FI/palvelut/psykiatria](https://tays.fi/fi-FI/palvelut/psykiatria)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. 2018a. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020. Päivitetty 7.2.2018. Luettu 3.12.2018. [thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielenterveys-ja-paihde-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020](https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielenterveys-ja-paihde-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. 2018b. Tilastoraportti 33/2018, Psykiatrien erikoissairaanhoito 2017.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2019. Mielenterveyspalvelut. Päivitetty 19.3.2019. Luettu 30.5.2019. [thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut](https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut)

Tiainen, I. 2016. Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, PM., Patel, MX. & Korhonen, P. 2011, 'A Nationwide Cohort Study of Oral and Depot Antipsychotics After First Hospitalization for Schizophrenia', *American Journal of Psychiatry*, vol. 168 (6) 603-609.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) Luettu 17.10.2019.

Uttula, A. 2006. Psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Vigod, S., Kurdyak, P., Dennis, C., Leszcz, T., Taylor, V., Blumberger, D., Seitz, D. 2013. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 202.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018.

Wahlbeck, K., Cresswell-Smith J., Haaramo, P. 2019. Potilaan paluu psykiatriseen sairaalahoitoon. Alueellinen esiintyvyys ja sen yhteys sairaalahoitoon. *Lääkärilehti* 3 (74) 120-126.

Wright, N., Rowley, E., Chopra, A., Kyriakos, G., Waring, J. 2016. From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expectations*, 2016, vol. 19 (2) 367-376.



## LIITTEET

### Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

#### **TIEDOTE TUTKIMUKSESTA (9.2.2019)**

##### Tutkimus – Ennakoiva ja laadukas kotiutus

Pyydämme sinua osallistumaan tähän opinnäytetyöhön, jossa tutkitaan sairaalan henkilökunnan näkemyksiä laadukkaasta kotiuttamisesta sekä sen toteutumisesta tällä hetkellä. Opinnäytetyö tehdään, jotta kotiuttamisprosessia voitaisiin arvioida ja parantaa. Sinua on pyydetty osallistumaan, koska työskentelet yhdellä kolmesta osastosta, joiden henkilökunnan näkemyksiä erityisesti haluamme selvittää. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen sinulle järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätät osallistua tutkimukseen, sinulta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

##### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Pitkäniemen psykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan käsityksiä siitä, mitä on laadukas kotiutus ja minkälaiset mahdollisuudet heillä on työssään toteuttaa tätä, sekä kartoittaa kotiutuksen ongelmakohtia. Tarkoituksena on selvittää, miten kotiutusprosessia voitaisiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta parantaa. Tampereen yliopistollisen sairaalan opetusylihoitaja on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

##### **Tutkimuksen kulku**

Tutkimukseen kerätään tietoa haastattelemalla ryhmähaastatteluin kolmen eri osaston (XXX,YYY,ZZZ) henkilökuntaa. Tutkimushaastattelun arvioitu kesto on noin 1 h ja haastattelut järjestetään työajalla paikan päällä osastolla. Haastattelu on teemahaastattelu, jonka tavoitteena on selvittää henkilökunnan näkemyksiä kotiutuksesta, roolistaan kotiutuksen suunnittelussa sekä löytää mahdollisia kotiutusprosessiin liittyviä haasteita. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimuskäynnit ovat tutkittaville maksuttomia.

##### **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Sinulta kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnusnumero ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

##### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Voit keskeyttää tutkimukseen osallistumisesi missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu sinulle mitään haittaa. Voit myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätät peruuttaa suostumuksesi tai osallistumisesi tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

### **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tästä opinnäytetyöstä muodostetaan raportti, joka on luettavissa Theseus-tietokannassa.

### **Lisätiedot**

Lisätietoja saat pyydettäessä opinnäytetyön tekijöiltä.

### **Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot**

Suvi Koskinen ([suvi.m.koskinen@tuni.fi](mailto:suvi.m.koskinen@tuni.fi))

Paula Nurmi ([paula.nurmi@tuni.fi](mailto:paula.nurmi@tuni.fi))

## Liite 2. Tietoon perustuva suostumus

### Ennakoiva ja laadukas kotiutus

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Nokiolla \_\_\_\_.\_\_\_\_.2019

Nokiolla \_\_\_\_.\_\_\_\_.2019

### Suostun osallistumaan tutkimukseen: Suostumuksen vastaanottaja:

---

tutkittavan allekirjoitus

---

tutkijan allekirjoitus

---

nimenselvennys

---

nimenselvennys

### Liite 3. Teemahaastattelurunko

1. Ammatti, työkokemus
2. Kotiutus prosessina tällä hetkellä
  - a. Kuvaile omaa työtäsi potilaan kotiutukseen liittyen
  - b. Kuvaile kotiutusta prosessina
3. Mikä asia potilaan kotiutusprosessissa toimii mielestäsi hyvin?
4. Mitä haasteita kotiutusprosessiin mielestäsi liittyy?
  - a. Kuvaile tiedonkulkua sairaalan ja avohoidon välillä
  - b. Kuvaile osaston henkilökunnan yhteistyötä kotiutukseen liittyen
  - c. Kuvaile potilaan ja omaisten asemaa kotiutuksen suunnittelussa
5. Millä konkreettisilla keinoilla kotiutumisprosessia voisi mielestäsi parantaa?
  - a. Miten kuvailisit ihanteellista kotiutusta?
  - b. Miten sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä voisi mielestäsi parantaa?
  - c. Mitä konkreettisia toimenpiteitä sairaalassa on tehty kotiutusprosessin parantamiseksi?

## Liite 4. Opinnäytetyössä käytetyt tieteelliset artikkelit

Tutkimuksen tekijät, vuosi, julkaisukanava, maa	Tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Brändström, Mazaz & Berggren. 2015. British Journal of Community Nursing. Ruotsi.	Tutkia sairaanhoitajien kokemuksia kunnallisen terveydenhuollon ja psykiatrisen sairaalahoidon yhteistyöstä.	Ryhmähaastattelut, joihin osallistui yhteensä 11 sairaanhoitajaa kunnallisesta terveydenhuollosta ja psykiatrisesta sairaalasta. Analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.	Yhteistyötä ja potilaan hoitoa haittaavat tiedon puute sekä toisen organisaation työntekijöiden työn sisällöstä, että potilaasta. Ongelmia tietokoneohjelmien käytössä. Kunnallisen puolen hoitajia ei oteta mukaan hoidon suunnitteluun. Kielteiset asenteet psykiatrisiin potilaisiin. Pitkät odotusajat kunnallisiin palveluihin pidentävät hoitoaikoja osastolla.
Connolly, Deaton, Dodd, Grimshaw, Hulme, Everitt, & Tierney. 2010. Journal of Interprofessional Care. Iso-Britannia.	Tutkia yhden sairaalan kotiutusprosessia ja verrata eri ammattikuntien käsityksiä asiasta.	Lomakekysely, johon saatiin 455 vastausta eri terveydenhuollon ammattilaisilta.	Näkemykset olivat monissa asioissa samanlaisia. Eroja löytyi lähinnä rooleihin ja arvoihin liittyen. Ammattikuntien välillä on jännitteitä. Erilaiset mielipiteet saattavat haitata tehokasta moniammatillista yhteistyötä potilaan kotiuttamisessa.
Duhing, Gunasekara & Patterson, 2015. Health and social care in the community. Australia	Ymmärtää "pyörövisyndroomaan" johtavia syitä psykiatrisissa sairaaloissa potilaiden näkökulmasta.	Laadullinen tutkimus. 13 28 päivän sisällä kotiutuksesta sairaalaan palanneet potilaat haastattelut, induktiivinen sisällönanalyysi.	Uudelleen sairaalaan joutuminen/haikautuminen oli joko potilaan oma selviytymisstrategia tai lopputulokset epäonnistuneista yrityksistä selviytyä stressaavissa olosuhteissa kotiutumisen jälkeen. Potilailta puuttuivat riittävät henkilökohtaiset, sosiaaliset ja ympäristölliset voimavarat, jotta he olisivat voineet selviytyä sairaalan ulkopuolella.
Durbin, Barnsley, Finlayson, Jaakkimainen, Lin, Berta & McMurray 2012. The Journal of Behavioral Health Services & Research. Kanada.	Selvittää perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välisen tiedonkulun laatua, ja löytää keinoja kehittää tiedon laatua.	Kirjallisuuskatsaus. 34 tutkimusta.	Lähetteen ja loppulausuntojen laadussa ja sisällössä on paljon vaihtelua. Varsinkin potilaiden ja heidän perheidensä saama tieto on vähäistä. Perusterveydenhuollon on saatava riittävästi tietoa potilaasta voidakseen ottaa hoitovastuun. Tarvitaan parempaa ohjeistusta lähetteen ja loppulausuntojen kirjoittamiseen, jotta hoitavilla tahoilla on mahdollisuus hoitaa potilaita hyvin.
Flink & Ekstedt 2017. International Journal of Integrated Care. Ruotsi.	Selvittää miten kotiutusta koskevaa tietoa valmistellaan ja tarjotaan potilaille sairaalassa.	Kolmessa eri sairaalassa Ruotsissa tarkkailtiin 12 päivän aikana 30 kotiutustilannetta. Potilaat ja ammattilaiset haastatettiin, ja tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi.	Kotiutukseen käytetään paljon työaikaa ja resursseja. Kotiutustilanteessa käsiteltiin enemmän sairaalassa tapahtuneita asioita kuin potilaan tulevaa pärjäämistä kotona.
Fukui, Salyers, Matthias, Collins, Thompson, Coffman, Torrey 2011. Community Mental Health Journal. Yhdysvallat.	Selvittää jaetun päätöksenteon mallin elementtejä sekä selvittää, miten mallin hyödyntäminen korreloi palveluiden käyttäjän ja hoitohenkilökunnan yhteisymmärryksen kanssa.	128 nauhoitettua avohoitokäyntiä käytiin läpi ja ne pisteytettiin jaetun päätöksenteon mallista muodostetun kriteeristön mukaisesti.	Palveluiden käyttäjän preferenssien huomioiminen ja niistä keskusteleminen olivat tärkeimpiä jaetun päätöksenteon elementtejä ja paransivat palveluiden käyttäjän osallisuutta.
Hautala-Jylhä, Nikkonen & Jylhä. 2009. Vård i Norden. Suomi.	Selvittää potilaiden, osaston, avohoidon ja hallinnon henkilökunnan näkemyksiä psykiatrisen jälkipoliklinikkatoiminnan hyödyistä.	Puolistrukturoitu haastattelu. Potilaat (N=5), osaston henkilökunta (N=13), avohoidon työntekijät (N=5), hallinto (N=5). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.	Jälkipoliklinikkahoito auttoi jatkohoitoon ja lääkahoitoon sitoutumisessa. Jälkipoliklinikkahoidosta oli apua myös avohoidon aloituksen viivästyessä. Hyvä yhteistyö muiden hoitotahojen kanssa edisti potilaiden pärjäämistä kotona.
Horwitz, Moriarty, Chen, Fogerty, Brewster, Kanade, Ziaeian, Jenq & Krumholz 2013. JAMA internal medicine. Englanti.	Arvioida hoidon siirtymistä organisaatiosta toiseen/kotiuttamiskäytäntöjä potilaan näkökulmasta.	Havainnoiva kohorttitutkimus. N=395. Soveltuville potilaille tehtiin puhelinhaastattelu ja heidän potilasasiakirjansa käytiin läpi.	On syytä kiinnittää huomiota kotiutuspaperissa käytettyyn kieleen, jotta potilas varmasti ymmärtää kaiken. Kotiutumisesta olisi hyvä ilmoittaa hyvissä ajoin. Tulee kiinnittää huomiota siihen, että potilas tietää miten hoidon pitäisi jatkua kotiutumisen jälkeen.
Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Astedt-Kurki & Paavilainen. 2012. Hoitotiede. Suomi.	Selvittää millaisena mielenterveyspotilaan läheisenä oleminen näyttäytyy vertaisryhmäkontekstissa.	Diskurssianalyysi, mielenterveyspotilaiden vertaisryhmän kokoonnutuminen videoitiin 8 kertaa.	Omaiset kokevat uupumusta, pakkoa hoitaa ja huolehtia, ja ovat kriittisiä palvelujärjestelmää kohtaan.

Kuusisto, Joensuu, Nevalainen, Pakkanen, Ranne & Puustinen. 2019. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Suomi.	Moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen potilastietojärjestelmään kirjaamisen tueksi	Kirjallisuuskatsaus, aiemmin käytössä olleet paperiset listat ja moniammatillisen kehitystyöryhmän työskentely.	Kotiutuslista otettiin käyttöön, ja sitä on käytännön työstä saadun palautteen perusteella kehitetty edelleen.
Magnusson & Lützen 2009. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Ruotsi.	Selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat psykiatrisen hoidon ja kunnallisten palveluiden yhteistyöhön.	5 täsmäryhmähaastattelua, 2 ryhmää psykiatrisesta hoidosta (N=13) ja 3 kunnallisista palveluista (N=20). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.	Erilliset hoitosuunnitelmat, vaikeudet sopia yhteisiä tapaamisia, erilaiset hoitodeologiat ja työntekijöiden näkemys siitä, että he kuuluvat eri organisaatioihin, haittaavat yhteistyötä.
Martin & Hirdes 2014. BMC Health Services Research. Kanada.	Tutkia ja ymmärtää psykiatrisen laitoshoidon ja avohoidon henkilökunnan välistä viestintää potilaan hoidon siirtymävaiheissa ennen potilaan tarpeiden arviointimenetelmän käyttöönottoa ja käyttöönoton jälkeen.	2 täsmäryhmähaastattelua, laitoshoidon työntekijät, N=10. Avohoidon työntekijät, N=10. Haastattelut tehtiin ennen menetelmän käyttöönottoa ja vuosi käyttöönoton jälkeen. Analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.	Laitoshoidon työntekijöiden mielestä siirtymävaiheet olivat suunniteltuja ja hyvin tiedossa, avohoidon työntekijät kuvasivat ennalta-arvaamattomuutta. Molempien ryhmien mielestä yhteensopivat menetelmät helpottavat viestintää. Vuosi menetelmän käyttöönoton jälkeen ei havaittu mitään eroa viestinnässä. Viestintää haittaavat erilaiset luottamukseen, organisaatioihin ja näyttöön perustuviin käytäntöihin liittyvät asiat.
Nordmark, Zingmark & Lindberg. 2016. BMC Medical Informatics and Decision Making. Ruotsi.	Selvittää sairaanhoitajien, kotisairaanhoitajien ja kotihoitoon järjestäjien näkemyksiä kotiutusprosessin integraatiosta hoitoon.	Eksploraatiivinen tutkimus, jonka teoreettisena viitekehysenä oli NPT, Normalization Process Theory. Aineistoa kerättiin henkilökunnalle järjestetyissä työpajoissa, rekisteröidyistä haastatteluista ja poikkeamista, internetkyselyllä ja yksilöhaastatteluilla.	Henkilökunnalla oli yhtenevä käsitys kotiutumisen prosessin määritelmästä ja sen arvioinnista. Yhteistä näkemystä ei ollut siitä, kuka prosessin suorittaa, ja miten se suoritetaan. Tästä pääteltiin, että kotiutumisen prosessi ei ole vielä vakiintunut käytäntöön.
Nosworthy, Sevigny, Laizner, Houle & La Riccia 2014. Archives of Psychiatric Nursing. Kanada.	Selvittää psykiatrisen erikoissairaanhoitoon työntekijöiden kokemuksia ja käsityksiä kotiutuksen suunnittelemisesta ja potilaiden siirrosta kunnallisen terveydenhuollon piiriin.	Puolistrukturoitu haastattelu, N=12. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.	Viestintä ja tiedonkulku erikoissairaanhoitoon ja kunnallisen terveydenhuollon välillä, kunnallisen terveydenhuollon resurssien puute ja potilaan siirto prosessin arviointi ja siitä saatu palaute ovat merkittävimpiä potilaan siirtoon vaikuttavia asioita.
Nurjannah, Mills, Usher & Park. 2013. Journal of Clinical Nursing. Australia.	Löytää näyttöön perustuvaa tietoa kotiutumisen suunnittelusta akuutissa ja kunnallisessa psykiatrisessa hoidossa. Varmistaa, onko aiheen tutkimiselle tarvetta jatkossa.	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus, 19 artikkelia.	Kotiutumisen suunnittelussa viestintä potilaiden, hoitotahojen ja omaisten välillä on tärkeää. Hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten näkemyksistä tiedon tarpeesta kotiutumislanteessa on rajallinen määrä tutkimustietoa.
Olfson, Wall, Wang, Crystal, Liu, Gerhard & Blanco. 2016. Jama Psychiatry. Yhdysvallat.	Selvittää itsemurhan riskiä 90 päivän aikana kotiutumisesta potilailla, joilla diagnosoitu mielialahäiriö, skitsofrenia tai päihdehäiriö ja verrata riskiä niihin potilaisiin, joiden diagnoosi sairaalasta kotiutuessa oli jokin muu, kuin psykiatrisen.	Pitkittäinen kohorttitutkimus. 1,9 miljoonaa sairaalasta kotiutunutta potilasta, joista 1,1 miljoonalla ei-psykiatrisen diagnoosi ja 800000 psykiatrisen dg. Lisäksi tiedot 370 itsemurhasta.	Psykiatrisen diagnoosin saaneiden potilaiden itsemurhariski 90 päivää kotiutumisen jälkeen oli äärimmäisen korkea verrattuna somaattisessa sairaalahoitossa olleisiin ja yleiseen väestöön. Erityisen korkea riski oli mielialahäiriöiden, skitsofrenian ja päihdehäiriöiden kohdalla.
Redding, Maguire, Johnson & Maguire, 2017. Community mental health Journal. Englanti.	Selvittää, miltä psykiatrisesta sairaalasta kotiutuminen kokeutuu potilaan näkökulmasta. Tämän avulla halutaan ymmärtää paremmin, miksi sairaalasta kotiutuminen on vaikeaa ja itsemurhariski kasvaa kotiutumisen jälkeen.	8 sairaalasta kotiutuneen potilaan haastattelut. Fenomenologinen analyysi	Siirtyminen sairaalamaailmasta "oikeaan maailmaan" oli monelle potilaalle haastavaa. Moni koki, ettei saanut riittävästi tukea siirtymässä, mutta jos potilaan hoidon siirtyminen organisaatiosta oli huolellisesti valmisteltu, se koettiin kotiutumista helpottavana.
Sweeney, Davies, McLaren, Whittock, Lemma, Belling, Clement, Burns, Catty, Jones, Rose & Wykes 2015. Health Expectations. Yhdysvallat.	Tutkia ja verrata mielenterveyspalveluiden käyttäjien ja hoitohenkilökunnan käsityksiä hoidon jatkuvuuden määritelmästä.	Ryhmähaastattelut palveluiden käyttäjille (n=160) ja survey-tutkimus ammattilaisille (N=184), joiden pohjalta käsitelmät, näiden vertailu toisiinsa.	Käsitteenmäärittelyssä yhtäläisyyksiä ja eroja. Palveluiden käyttäjille erityisen tärkeää oli pääsy palveluihin, tiedon saanti, vertaistuki. Ammattihenkilöiden näkökulmasta hoitosuhteiden jatkuvuus, sektorien välinen yhteistyö ja oikea-aikaisuus olivat tärkeitä osia hoidon jatkuvuuden määritelmästä.

Tiihonen, Haukka, Taylor, Haddad, Patel & Korhonen. 2011. American Journal of Psychiatry. Suomi.	Selvittää sairaalahoidon jälkeistä lääkehoitoon sitoutumista ja psykoosilääkkeiden käyttöä.	Rekisteritutkimus, jossa 2588 potilaan rekisteritietoja yhdistettiin.	Yli puolet jättää heille määrätyt lääkkeet hakematta tai käyttämättä. Lääkkeiden käyttö on yhteydessä alhaisempaan kuolleisuuteen.
Vigod, Kurdyak, Dennis, Leszcz, Taylor, Blumber & Seitz. 2013. The British Journal of Psychiatry. Kanada.	Tutkia ja arvioida interventioita, joita käytetään potilaan siirtymiseen sairaalaan palaamisen riskin vähentämiseksi.	Systemaattinen katsaus 15 erilaiseen interventiotutkimukseen.	Monia hyödyllisiä interventioita löydettiin, interventiot pystyivät vähentämään riskiä 13.6 – 37 %. Tärkeimpiä tekijöitä eri interventioissa olivat psykoedukatio, tarvelähtöiset palvelut, lääkehoidon ohjaus, kotiutushoitajat ja hoito-organisaatioiden välinen viestintä.
Wright, Rowley, Chopra, Gregoriou & Waring. 2016. Health Expectations. Iso-Britannia.	Selvittää potilaan osallisuutta sairaalaan tulossa ja kotiutumisessa akuuttipsykiatrisella osastolla.	7 teemaryhmähaastattelua, joissa mukana sekä ammattilaisia että potilaita, yhteensä 52 osallistujaa.	Resurssipula sekä sairaalassa että avohoidossa vähentää potilaiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia.

## Liite 5. Aineiston luokittelu, kotiutuksen toteutuminen tällä hetkellä

ALKUPERÄISILMAISU Esimerkki	PELKIS- TYS	ALALUOKKA	YLÄ- LUOKKA	PÄÄ- LUOKKA
<i>ja se varmaa, moneen kuntaan on niin heilläkinhän on sitte sitä dialogia, että sieltä sitä dialogia, että heillä on niinku ajatuksia, että mitä ne toivos että täällä niinku on tapahtunu ennenku sit se kotiutuminen olis ok heidän mielestään, että sehän on niinku hyvää palautetta myös meille</i>	dialogi avohoidon kanssa potilaan kotiutumisesta	Hyvä yhteistyö avohoidon kanssa		
<i>me soitetaan tossa tilanteessa sinne [liikkuva avohoidon yksikkö] joka sitte tiivistää sitä</i>	avohoidon tiivistäminen	Kotiutus kokonaishoidon osana		
<i>Ja tietysti tää päihdeongelma sitten aina vähän rajaa näitä meidän avohoitopaikkoja, kuka heitä suostuu ottaa vastaan? Et kun on ne molemmat ongelmat siellä, niin jos ois puhtaasti psykiatrinen potilas niin hoito löytys mutta sit ku on päihdeongelma niin monet paikat siinä kohtaa lynkkaa sitten potilaan ja siinä on kyllä aika kokonaisvaltanen hoitopaketti mikä meiltä sitte monesti tarjoillaankin.</i>	kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestämisen haasteet	Potilaan hoitoon liittyvät haasteet	<b>Yhteistyö avohoidon kanssa</b>	<b>Kotiutuksen toteutuminen sairaalassa</b>
<i>mutta siis seki, kun ei se toimi aukottomasti, kun ei me useinkaan lueta niitä, enkä tiä kuinka aktiivisesti avopuolella luetaan meidän tekstejä, mutta teoriassa se hoitosuunnitelma menis siellä.</i>	Kanta-ariston heikko hyödyntäminen	Sähköisen tiedonkulun haasteet		
<i>Niin meillä on noita, pöydällä niitä kansioista tai noita, niin kyllähän niitä aina joutuu plaraileen ja funtsiin aina että hetkinen, tää kun ja että mihin piti soittaa että, vai sitä nyt tekee viikoittain, silti aina joutuu vähän pysähtyyn ja miettii et hetkinen, kenelle mä soitan</i>	avohoidon yhteystietojen hankala saatavuus	Avohoidon tavoittamisen haasteet		
<i>mutta kyllähän hirmu usein, tuntuu että useammin kuin puolessa tapauksista, me ei tiedetä milloin sillä potilaalla on aika, että se menee avohoitoon,</i>	kotiutumisen ilman avohoidon aikaa	Avohoitajan saamisen vaikeus		



<i>No periaatteessahan se (kotiutus) alkaa siitä heti kun potilas tänne tulee</i>	Kotiutuksen suunnitelun aloitus sisäänkirjoituksessa	Kotiutus osana sairaalahoitoa	<b>Sairaalan sisäinen prosessi</b>
<i>että nythän on se että ilmoitetaan noihin kuntiin että, jos potilas antaa luvan niin ilmoitetaan että on saapunut tänne hoitoon</i>	Ilmoitus kotikuntaan	Kotiutukseen liittyvät työtehtävät	
<i>onhan sosiaalityöntekijällä oma iso roolinsa käytännön asioitten järjestelyssä,</i>	sosiaalityöntekijän iso rooli kotiutuksessa	Kotiutus moniammatillisena työnä	
<i>on se välillä musta aika sekavaakin että tulee joskus yllättäenkin niitä kotiutumisia ja sit on hirveetä säätämistä sen avohoitoajan kaa ja lääkkeitä ja kaikee...</i>	yllättävän kotiutuksen haasteet	Osaston resurssit ja aikataulut	
<i>Mut siinä on se ongelma myös toisaalta, että kun omahoitaja kuitenkin on aika hyvin perillä oman potilaan asioista, että jos sä sitten delegoit asioita, niin siinä saattaa tulla se rikkinäinen puhelin-efekti, että sää yrität hyvää hyvyttäs hoitaa asioita eteenpäin, jos et ole omahoitaja, ja sä saatat tehdäkin asiat ihan väärin et vaikka sen kuinka hyvin kirjaa, niin siellä on se ongelma sitten, että se on vaan toisen käden tietoa</i>	Omahoitajan kirjaimisen haasteet	Tiedonkulku osastolla	
<i>ei se niinku sillai ihan automaattisesti, et ne on siellä printattuna ja sit ne otetaan – olis tarkoitus ottaa siinä on samassa se tulotilanteen muistilista ja sit siinä loppussa on lähtiessä.. tarkoitus on varmaan et tullessa ja sit siitä pukkais et mitkä on tehty ja sitte nappais sen siitä ja kattois, poislähtiessä niinku kattois ne</i>	tarkistuslistan alihyödyntäminen	Työtavat	
<i>no potilas on tietenkä näissä kaikissa keskusteluissa päähenkilö...</i>	potilaslähtöisyys	Potilaan vaikutusmahdollisuudet	<b>Potilaan ja omaisten osallistuminen</b>
<i>Kyllä me omaisia tavataan niin paljon kun se on mahdollista. Joka kerta kun joku haluaa keskustella mejän kanssa niin mehän keskustellaan.</i>	omaisten huomioiminen	omaisten vaikutusmahdollisuudet	
<i>jokushan jakso keskeytyy potilaasta lähtösistä syistä niin äkisti ja yllättäen, että vaan halua lähtee...</i>	potilaan keskeyttäminen hoito	Haasteet yhteistyössä potilaan kanssa	
<i>ne on ehkä haastavimpia asioita kotiutukseen liittyen on sit tosiaan nää omaiset jotka ei halua että heidän lapsensa koskaan pääsee sairaalasta pois</i>	omaiset eivät halua potilaan kotiutuvan	haasteet yhteistyössä omaisten kanssa	

Liite 6. Aineiston luokittelu, hoitohenkilökunnan näkemys laadukkaasta kotiutuksesta

ALKUPERÄISILMAISU (esimerkki)	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ- LUOKKA
<i>ja sitten siinä hoitoneuvottelussakin mitä sovitaan, niin.. joo sopii potilaalle</i>	hoitoneuvottelussa sovitut asiat sopivat myös potilaalle	Potilaan osallisuus kotiutukseen	<b>Sujuva yhteistyö avohoidon ja potilaan kanssa</b>	<b>Hoitohenkilökunnan näkemys turvallisuudesta kotiutuksesta</b>
<i>...niin heiltä ajatus mitä niinku ois, toivos että potilaan kohdalla niinku saatas asioita käsiteltyä ja sit jotku ottaa ehkä jotain lääkityskantaa ja semmosta myös</i>	avohoidosta toive käsiteltävistä asioista ja lääkemuutoksista	Yhteinen hoitosuunnitelma avohoidon kanssa		
<i>hoito kestää sen mitä kestää, ja juurikin hoitoneuvottelu sovittu riittävän ajoissa</i>	Hoitoneuvottelu sovittu ajoissa	Sairaalan sisäinen prosessi	<b>Sujuva prosessi</b>	
<i>ja sithän me tietty toivotaan sieltä avohoidosta nopeeta koppia siitä potilaasta tietysti</i>	Avohoidolta nopea koppi	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen		

## Liite 7. Aineiston luokittelu, kotiutuksen kehittäminen

ALKUPERÄISILMAISU, ESIMERKKI	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<i>yhtenäinen potilastietojärjestelmä, utopiaa, mut se helpotais hirveesti</i>	yhtenäinen potilastietojärjestelmä	Potilastiedon kulku	<b>Organisaatioiden välisen yhteistyön kehittäminen</b>	<b>Kotiutuksen kehittäminen</b>
<i>niin tämänkuntalaiset tääl on niitten mielenterveyshoito ja tääl on niitten kotihoito ja täs on numerot, joka kunnan alle</i>	kuntien palvelurakenteet ja yhteystiedot koottu yhteen paikkaan	Avohoidon tavoitettavuus		
<i>niin ideaalitapauksessa meillä ois tuolla polilla avohoidon ajanvarauskalenteri, mielellään tämmösenä sähkösenä versiona eikä millään kosmoskynällä</i>	polilla avohoidon ajanvarauskalenteri sähköisenä	Yhteisen rajapinnan luominen		
<i>että voitais järjestää tämmösiä yhteistoimintapalavereita, esimerkiksi</i>	yhteistoimintapalaverien järjestäminen	Tutustuminen toisiin organisaatioihin		
<i>ja ois kans helppoo jos kaikki kunnat ottais yli 65-vuotiaat automaattisesti,</i>	kunnissa hoidettaisiin myös yli 65-vuotiaat	Hoitojärjestelmän kehittäminen	<b>Potilaan hoitopolun kehittäminen</b>	
<i>no kai tos hoidos näkyy välillä että vois vähän tiiviimpiä aikoja antaa, osa sairaalahoidoista vältettäis [...] Että tiiviimpää voinnin seuranta.</i>	osa sairaalahoidoista vältettävissä tiiviimmällä avohoidolla	Sairaalahoidon ennaltaehkäisy		
<i>...et potilaat vois sairaalasta käsin, puhun nyt näistä pitempihoitosista, niin käydä ensimmäisellä avohoitokäynnillä.</i>	ensimmäinen avohoitokäynti sairaalasta käsin	Työtapojen kehittäminen		
<i>...täs on asiakaspalveluohjaaja ja tälle soitetään eka, niinku sellainen olis hyödyllinen</i>	asiakaspalveluohjaaja olisi hyödyllinen	Työtehtävien luominen		

Liite 8. Esimerkki alaluokan ”haasteet yhteistyössä potilaan kanssa” muodostumisesta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka
<i>joskushan jakso keskeytyy potilaasta lähtösistä syistä niin äkisti ja yllättäen, että vaan haluu lähteä..</i>	Potilaan keskeyttämä hoito	<b>Haasteet yhteistyössä potilaan kanssa</b>
<i>nää ei oikein anna kenellekään lupaa mennä mihinkään kattomaan, kattoo mitään, et yleensä tollanen saanko katsoa tietojasi kirjoittaa sen, että et tosiaan – vastauksen.</i>	potilas kieltää tietojen katsomisen	
<i>ja meidän potilaissahan on myös paljon niitä jotka eivät... rajaa kokonaan omaiset pois, että ei saa olla omaisiin yhteydessä</i>	potilas rajoittaa tietojen luovuttamista omaisille	
<i>mä muistan yhden potilaan, joka ei kerta kaikkiaan suostunut mihinkään jatkohoittoon.</i>	Potilas kieltäytyy jatkohoidosta	
<i>joskus on kyllä tilanteita että joutuu vähän niinku väkipakolla työntään kun ei ihminen lähde täältä pois millään</i>	Potilas ei halua kotiutua	
<i>ja sit tosta just et kyllähän monet kokee, että he ei sitä apua tarvis, toiset kokee että tarvis paljon enemmän kun mitä niinkun mitä et ei oo niinkun kykyä et vaikka onkin, ja sit taas toiset tosiaan ei sitte millään</i>	Potilaan käsitys avuntarpeesta erilainen, kuin hoitajilla	
<i>se riippuu niin paljon juuri potilaasta, ei aina välttämättä siitä tosiaan siitä toisesta hoitopuolesta, vaan siitä potilaasta kun voi olla et on hirveen hienot suunnitelmat mut potilas sitten kotiin mennessä laittaa jarrut päälle ja ei niinku ota mitään vastaan, niin sithän se hoito katkee.</i>	Potilaan hoitomyöntyvyys muuttuu kotiutumisen jälkeen	
<i>oli potilas kun potilas, jos se on kahen kuukauden päästä se ensimmäinen avohoitoaika niin kyllä se niinku goodbye avohoito sitte siinä kohtaa</i>	Potilas ei sitoudu, jos avohoito alkaa liian myöhään	

## Liite 9. Esimerkki alaluokan ”sairaalan sisäinen prosessi” muodostumisesta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka
<i>”...numerot on valmiina keskeisissä tiedoissa, soitetaan sinne...”</i>	puhelinumeroita valmiina keskeisissä tiedoissa	<b>Sairaalan sisäinen prosessi</b>
<i>”...hoito kestää sen mitä kestää, ja juurikin hoitoneuvottelu sovittu riittävän ajoissa...”</i>	hoitoneuvottelu sovittu ajoissa	
<i>”..sinne on saatu kaikki tarvittavat ihmiset tuolta ulkopuolelta paikalle... yhdellä puhelinsoitolla...”</i>	hoitoneuvottelun järjestäminen onnistuu yhdellä puhelinsoitolla	
<i>”...eka päivämäärä sopii kaikille ja ... joo ja jopa meidän lääkärille ja hoitaja on paikalla silloin”</i>	aikataulujen yhteensovittaminen onnistuu	
<i>”ja sitten se mitä jää meidän hoidettavaks niin me hoidetaan”</i>	työnjaosta sopiminen	

## Liite 10. Esimerkki alaluokan ”potilastiedon kulku” muodostumisesta

Alkuperäisilmaus	pelkistys	alaluokka
<i>”yhtenäinen potilastietojärjestelmä, utopiaa, mut se helpottais hirveesti ...”</i>	yhtenäinen potilastietojärjestelmä helpottaisi työtä	<b>Potilastiedon kulku</b>
<i>”[potilastieto] ei sähköisesti vielä tällä hetkellä liiku”</i>	Tieto ei liiku tällä hetkellä sähköisesti	
<i>”yks tomonen työkalu mitä koitetaan kehittää pikkuhiljaa on hoitotyön yhteenveto missä nyt on, ois käytettävissä semmosia suosikkifraaseja, lauseita, vähän niinku muistilistan omaisestikin, missä on niinku tällönsiä kysymyksiä tai aiheita, että mitä on niinku niitä voimavaroja mitkä tukee kotiuttamista tai muuta”</i>	hoitotyön yhteenvetoa kehitetään edelleen palvelemaan kotiutusta	
<i>”tietysti ideaalitapauksessahan sitä yhteenvetoa täällä tehtäs ajatuksella ja yhdessä sen potilaan kanssa ja avopuolella luettas ajatuksella ja sitte taas me luettas avopuolen yhteenvetoja yhtä pietteetillä, se vois parantaa sitä tiedonkulkua.”</i>	Ideaalitapauksessa hoitotyön yhteenveto tehdään yhdessä potilaan kanssa ja se luetaan avopuolella	
<i>”me luettas avopuolen yhteenvetoja yhtä pietteetillä, se vois parantaa sitä tiedonkulkua”</i>	Tiedonkulkua parantaisi, jos avopuolen yhteenvetoja luetaisiin osastolla.	
<i>”siis saahan ne [hoitotyön yhteenvedet] tietysti arkiston kautta mutta se on hankala tietysti käyttää, kyllähän niitä pystyy lukemaan. ”</i>	Hoitotyön yhteenvedet ovat saatavilla Kanta-arkistosta, mutta arkistoa on hankala käyttää	

## Liite 11. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

