



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Sähköisen tarkistuslistan luominen kirurgian vuodeosastolle

Lintumäki, Heidi

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## Sähköisen tarkistuslistan luominen kirurgian vuodeosastolle

Lintumäki Heidi  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2014

Lintumäki, Heidi

### Sähköisen tarkistuslistan luominen kirurgian vuodeosastolle

Vuosi 2014 Sivumäärä 43

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli vahvistaa Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien osaamista ja tukea sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen kehittämistä kotiuttamisen erityisosaamisen alueella. Kehittämistyön tavoitteeksi asetettiin yhtenäinen linja kotiutusprosessiin, potilasturvallisuuden parantaminen sekä hiljaisen ja tutkitun tiedon tuominen jokaisen hoitajan käyttöön. Kirurgian vuodeosastolta kehittämistyöryhmään kuului ylihoitaja, apulaisosastonhoitaja sekä kolme sairaanhoitajaa. Opinnäytetyöprosessin aikana työryhmä osallistui Lohjan Laurean järjestämään Joint writing group -kurssiin, jonka avulla opinnäytetyön lopullinen aihe saatiin vakiinnutettua.

Kehittämistyön teoreettinen teoriaperusta pohjautui aiheeseen liittyvään tutkimuskirjallisuuteen, joka käsittelee tarkistuslistaa, potilaan kotiuttamista sekä potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin avointa kyselyä ja sisällönanalyysia. Toisessa vaiheessa hyödynnettiin kyselyn tuloksia, teoreettista sekä tutkittua tietoa, joiden pohjalta saatiin rakennettua tarkistuslistan sisältö. Opinnäytetyön tuotosta ja työryhmän toimintaa arvioitiin erillisellä hoitohenkilöstölle kohdistetulla arviointikyselyllä.

Opinnäytetyön muoto oli toimintakeskeinen. Lopputuloksena kehitettiin yhdessä hoitohenkilöstön kanssa niin kutsuttu tarkistuslista sähköiseen potilastietojärjestelmään, jonka avulla voidaan taata potilaalle tasalaatuinen kotiutus hoitajan työkokemuksesta riippumatta. Uuden toimintamallin avulla pyritään parantamaan potilasturvallisuutta, helpottamaan ja nopeuttamaan hoitajien työtä kotiutusprosessin aikana sekä kehittämään yhtenäisempi linja kotiuttamiseen. Uusi toimintamalli otettiin käyttöön alkuvuodesta 2014 juurruttamisen menetelmällä, jonka avulla tutkittu tieto sekä hoitajien hiljainen tieto saadaan koko työyhteisön käyttöön.

Tarkistuslista oli ollut hoitajien käytössä vain pari viikkoa, kun arviointi suoritettiin. Uuden toimintamallin arviointiin osallistui seitsemän hoitajaa. Tulosten perusteella uutta toimintamallia voidaan hyödyntää hyvin työyhteisössä ja kolme hoitajista, jotka vastasivat avoimiin kysymyksiin, olivat sitä mieltä, että kehittämiskohde oli hyvin valittu. Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä tehdä uusi kysely tarkistuslistan käytöstä. Ajan myötä, kun tarkistuslistan käyttö on tullut tutuksi henkilökunnalle, saadaan paremmin kartoitettua tarkistuslistan käytännöllisyys sekä toimivuus ja arviointiin pystyy vastaamaan suurempi määrä hoitajia.

Asiasanat: potilaan kotiuttaminen, sähköinen tarkistuslista, juurruttaminen, kehittäminen.

Lintumäki, Heidi

### Creating an electronic checklist for surgical ward

Year	2014	Pages	43
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to improve the knowledge of nurses in Lohja Hospital surgical ward and support and develop their professional skills in patient discharge. The objective was to establish a coherent approach to patient discharge and improve patient safety by developing an electronic discharge checklist, as well as to make tacit knowledge and research available to the whole staff. The development group in surgery ward included Director of Nursing, Assistant charge nurse, and three nurses. Together with the working group, we participated in a course called 'Joint writing group' organized by Laurea Lohja, which helped us to establish the final topic of the thesis.

The theoretical basis of the thesis was based on research literature pertinent to the topic, including checklists, patient discharge, as well as patient safety. In the first phase, the data collection methods used included an open survey and content analysis. During the second phase, this was enlarged to include the survey results, as well as theoretical and research-based information, which were used as a basis to build the content of the checklist. The outputs of the thesis and the working group were evaluated with a separate assessment questionnaire that targeted the medical staff.

The thesis is functional. A custom-made checklist to the electronic patient record system was developed together with the medical staff. The checklist enables the patients to enjoy the same quality of discharge at all times regardless of nurses' individual work experience. This new approach aims to improve patient safety, facilitate and speed up the work of nursing staff during the discharge process, as well as to develop a coherent approach for patient discharge. The new operating model was introduced in the beginning of 2014 using dissemination method that enables the use of research data, as well as the nurses' tacit knowledge, by the whole working community.

The checklist had been in nurses' use for only a couple of weeks when the assessment was conducted. Seven nurses participated in the evaluation of the new operating model. The results show that the new operating model is very useful for the working community, and three of the nurses, who responded to the open questions, thought that the area of development was well chosen. It would be beneficial to conduct a new assessment regarding the use of the checklist in the future. Over time, when the staff have become more familiar with the use of the checklist and when a greater number of nurses will be able to respond to the evaluation, it would also be useful to define the functionality and practicality of the checklist.

Keywords: Patient discharge, electronic checklist, dissemination, development.

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kehittämissympäristö.....	7
2.1	HUS, Lohjan sairaalan kirurgian vuodeosastot .....	7
2.2	Kehittämisprojektin tavoitteet .....	8
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta .....	9
3.1	Sähköinen tarkistuslista .....	9
3.2	PÄIKI, LEIKO ja kirurginen potilas .....	9
3.3	Potilasohjaus .....	10
3.4	Potilaan kotiutus .....	11
3.5	Hoitotyön kirjaaminen .....	12
3.6	Potilasturvallisuus ja ammattiosaaminen .....	13
4	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	14
4.1	Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	14
4.2	Kysely tiedonkeruumenetelmänä.....	16
4.3	Tiedonkeruuaineisto ja sisällönanalyysi.....	17
4.4	Muutos kehittämistoiminnassa .....	18
5	Toteutus .....	18
5.1	Kehittämistoiminnan merkityksen löytyminen .....	18
5.2	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta .....	19
5.3	Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta .....	20
6	Uusi toimintatapa .....	21
6.1	Uuden toimintatavan rakentaminen .....	21
6.2	Toimintatavan kuvaus .....	22
6.3	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	25
7	Kehittämistoiminnan arviointi .....	25
7.1	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi .....	27
7.2	Arviointituloksien raportointi .....	28
7.3	Eettiset kysymykset kehittämistyössä .....	33
8	Lopuksi .....	34
	Lähteet .....	35
	Kuvat .....	39
	Taulukot .....	40
	Liitteet.....	41

## 1 Johdanto

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa on mainittu, että sairaanhoitajan ammatissa toimivan henkilön velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Samassa työyhteisössä toimivat sairaanhoitajat huolehtivat yhdessä siitä, että hoidon laatu on mahdollisimman hyvä, ja että sitä kehitetään jatkuvasti. Sairaanhoitaja vastaa toiminnastaan ensisijaisesti niille potilaille, jotka hänen hoitoaan tarvitsevat. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2014.)

Kotiuttamisen suunnittelu on monimutkaista toimintaa, jossa tulee huomioida muun muassa yksilöllisyys sekä hoidon jatkuvuus sairaalan ulkopuolella. Tehokas suunnittelu on tärkeää, jotta potilas saadaan kotiutettua ajallaan. Näin ollen myös terveydenhuollon resurssit voidaan käyttää mahdollisimman tehokkaasti ja ennaltaehkäistävästi kotiutuksen jälkeiset yhteydenotot voidaan välttää. (Lees 2013.)

Yli puolet kirurgisten potilaiden hoitovirheistä tapahtuu leikkaussalin ulkopuolella. Tarkistuslistojen käyttö koko potilaan hoitopolun aikana voisi tuoda merkittävää kehitystä potilasturvallisuuden parantamiseen. Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa kuusi sairaalaa otti tarkistuslistan käyttöön myös leikkaussalin ulkopuolella. Verrattaessa tuloksia ennen tarkistuslistan käyttöönottoa ja käyttöönoton jälkeen, tarkistuslistan avulla saatiin hoitovirheiden määrä laskemaan yli 10 %. (de Vries ym. 2010.)

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen kotiuttamisen tarkistuslistan on tarkoitus parantaa potilasturvallisuutta ja auttaa hoitajia toteuttamaan kotiuttamisprosessi yksilöllisesti. Potilasturvallisuuden edistämiseksi tarkistuslistassa on huomioitu ne kohdat kotiuttamisessa, jotka usein hoitohenkilökunnan mukaan saattavat unohtua tai vaativat enemmän aikaa selventyäkseen. Listan tarkoituksena on luoda yhtenäinen linja kotiutusprosessiin, jossa jokainen kotiutettava hoitaja voi hyödyntää sekä tutkittua, että hiljaista tietoa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan on epätodennäköistä, että tarkistuslistan käyttöön liittyy turvallisuusriskejä. Kustannusvaikuttavuudesta ei ole Suomessa tutkimustietoa, mutta komplikaatioiden väheneminen saattaa vähentää kustannuksia. THL sekä Valvira puoltavat tarkistuslistan käyttöä kaikilla toimenpideoilla.

Opinnäytetyön teoreettisen tietoperustan keskeisiä käsitteitä olivat potilasohjaus, tarkistuslista, juurruttaminen, potilaan kotiutus sekä kirurginen potilas.

## 2 Kehittämissympäristö

### 2.1 HUS, Lohjan sairaalan kirurgian vuodeosastot

Lohjan sairaanhoitoalue palvelee Karkkilan, Lohjan, Siuntion ja Vihdin asukkaita. Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Lohjan sairaala ja Paloniemen sairaala sekä psykiatrian avohoitoyksiköt. Hoitotyössä huomioidaan HUS:n arvot, jotka ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (HUS 2012). Lohjan sairaalassa työskentelee noin 540 työntekijää ja potilaspaikkoja on 216. Sairaala toimii opetussairaalana ja sen tavoitteena on laadukas hoito, jota toteutetaan yhdessä potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Vuonna 2012 Lohjan sairaalan palveluita käytti 29615 henkilöä. Leikkauksia tehtiin 4884 ja päiväkirurgisia leikkauksia 2574. (HUS 2010.)

Kirurgian vuodeosasto on osa operatiivista tulosyksikköä. Erikoisaloja ovat muun muassa yleiskirurgia, virtsaelinkirurgia, maha- ja suolistoalueen kirurgia, ortopedia, verisuonikirurgia ja tapaturmat. Yleiskirurgiset, virtsaelinkirurgiset, verisuonikirurgiset, maha- ja suolistoalueen leikkauspotilaat sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaat hoidetaan osastolla 3A. Luukirurgiset sekä tapaturma- ja kuntoutuspotilaat hoidetaan osastolla 3B, jossa on 19 potilaspaikkaa. (HUS 2013.)

Kirurgian vuodeosastolle tulevista potilaista 55 % saapuu läheteellä suunnitellusti leikkausjonosta kutsuttuna. Potilaista noin 45 % tulee vuodeosastolle ensiapupoliklinikan kautta, joka toimii ympäri vuorokauden. (Salminen 2013.) Kirurgian vuodeosastolla 3A on 38 potilaspaikkaa (M.-T. Toivonen, henkilökohtainen tiedonanto 14.3.2014). Lisäksi osastolle siirtyy jatkohoitoon pääkaupunkiseudun sairaaloissa hoidettuja erityistason kirurgiaa tarvitsevia potilaita. Tavallisia leikkauksia osastolla 3B ovat polven ja lonkan tekonivelleikkaukset, selkäleikkaukset sekä reisiluunkaulan ja reisiluun murtumaleikkaukset. (HUS 2013.)

M.-T. Toivosen (osastonhoitajan viesti 14.3.2014) mukaan osastojen 3A ja 3B hoitotyössä korostetaan potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja omatoimisuuden tukemista sekä hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Potilaiden hoidossa keskeistä on myös leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito. Osastolla pyritään palauttamaan potilaan oma toimintakyky leikkauksen jälkeen niin pian kuin mahdollista kannustamalla häntä osallistumaan omaan hoitoonsa ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon voimavarojensa mukaan. Osaston 3B tavoitteena on parantaa potilaan liikuntakykyä ja vähentää potilaan kipuja leikkauksen avulla. Tärkeässä asemassa ovat hyvä kivunhoito ja potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen.

Osastoilla toteutetaan kuntouttavaa hoitotyötä ja potilasta ohjataan itsenäiseen selviämiseen ja omatoimisuuteen erilaisten apuvälineiden avulla. (HUS 2010.)

Vuodeosastolla toimii erikoislääkäreitä, sairaalalääkäreitä, sairaanhoitajia, perushoitajia, osastosihteereitä sekä laitoshuoltajia. Potilaan hoito on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat lääkäreiden ja kirurgiseen hoitotyöhön perehtyneen hoitohenkilökunnan lisäksi muun muassa sosiaalityöntekijä, fysioterapiatyöntekijät, laboratorion ja röntgenyksiköiden työntekijät. Tarvittaessa potilaan hoitoon osallistuvat myös osteoporoosihoitaja, ravitsemusterapeutti ja sairaalapastori sekä muut sairaalan erityistyöntekijät. (Salminen 2013.)

## 2.2 Kehittämisprojektin tavoitteet

Projektin tarkoituksena oli vahvistaa Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajien osaamista ja tukea sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen kehittämistä kotiuttamisen erityisosaamisen alueella. Sähköistä tarkistuslistaa käyttämällä halutaan taata potilaalle aina yhtä laadukas kotiutus hoitajan työkokemuksesta tai potilaan sairaalajakson pituudesta riippumatta. Suurin osa potilaista saapuu kirurgian vuodeosastolle joko päiväkirurgia- tai LEIKO-potilaina. Keskimäärin potilas viipyy kirurgian vuodeosastolla kolme ja puoli vuorokautta. (P. Vahteri, henkilökontainen tiedonanto 18.5.2013). Tarkistuslistan avulla pyritään helpottamaan ja nopeuttamaan hoitajien työtä kotiutusprosessin aikana sekä kehittämään yhtenäisempi linja kotiuttamiseen.

Leikkauksen jälkeen potilaat monesti ottavat esimerkiksi puhelimitse yhteyttä osastolle kysyäkseen muun muassa tulehduksen merkeistä. (P. Vahteri, henkilökontainen tiedonanto 18.5.2013). Tarkistuslistan avulla puhelimeen vastannut hoitaja voi tarkistaa kotiutustilanteen tapahtumat ja auttaa potilasta häntä askarruttavissa kysymyksissä. Kun kotiutus on toteutettu järjestelmällisesti, virheiden ja epäkohtien määrä pienenee. Tarkistuslistasta toimii myös yksilöllisen hoidon tukena, joka voi tulevaisuudessa vaikuttaa myös leikkauksen jälkeisten yhteydenottojen määrään.



### 3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

#### 3.1 Sähköinen tarkistuslista

Ensimmäinen kotiuttamisen tarkistuslista sai alkunsa vuonna 2006 Bostonissa, kun ennaltaehkäistäviin paluukäynteihin haluttiin puuttua. Keskeisin syy paluukäynteihin ja yhteydenottoihin oli heikosti suunniteltu hoito. Esimerkiksi osastolla olevat kiireen vuoksi voi henkilökunnan antama kotiohjeistus jäädä vähäiseksi. Loppuvuodesta 2009 yli 135 sairaalaa ympäri Yhdysvaltoja oli ilmoittanut halukkuutensa oppia kehittämään kotiutustaan uuden mallin mukaisesti. (U.S. Department of Health and Human Service 2011.) Läpimurto tapahtui Syyskuussa 2009, kun WHO julkaisi uuden version tarkistuslistasta leikkaussalitoimintaa varten. Tutkimustulosten mukaan tarkistuslistan käyttö vähentää huomattavasti sairastavuutta sekä kuolleisuutta. (WHO 2014.)

Erialaisten tarkistuslistojen tuloksia on viimein alettu tutkia ja tulokset ovat lupaavia. On huomattu, että uuden ja edullisen 'checklistin' käyttö on alentanut huomattavasti todennäköisyyttä paluukäynteihin. Lisäksi hoidon laatu on parantunut. Käyttämällä tarkistuslistaa voidaan muistuttaa sekä potilasta että hoitohenkilöstöä moninaisista vaiheista, joita voidaan hyödyntää potilaan hoidossa. Lista ohjeistaa muun muassa ruokavalio-asioista, painon hallinnasta, verenpaineen seurannasta ja lääkityksestä. (American College of Cardiology Foundation 2013.)

Potilailla, jotka kotiutettiin uuden mallin mukaisesti, oli 30 % vähemmän paluukäyntejä sairaalaan kuukauden aikana kotiutuksesta verrattuna potilaisiin, jotka saivat tavanomaista hoitoa. Yksi seitsemästä paluukäynnistä tai päivystyskäynnistä saatiin ennaltaehkäistyä. Lisäksi uuden mallin mukaan kotiutetut potilaat maksoivat keskimäärin 412 dollaria vähemmän 30 päivän kuluessa kotiutuksesta kuin potilaat, jotka saivat tavanomaista hoitoa. Tämä vastaa 33,9 % säästöä. Näillä tuloksilla on merkittävät vaikutukset hoidon laatuun ja kustannuksiin. (Jack, Paasche-Orlow, Mitchell, Forsythe, & Martin 2013.)

#### 3.2 PÄIKI, LEIKO ja kirurginen potilas

Päiväkirurginen (PÄIKI) toimenpide tarkoittaa toimenpidettä, joka tehdään leikkaussalissa, ja se edellyttää laskimosedatiota, yleisanestesiaa tai laajaa puudutusta (Käypä hoito 2008). Päiväkirurgia on hyvin suunniteltua, väestöä palvelevaa ja kustannustehokasta toimintaa. Leikkaus- ja kivunpoiston menetelmät kehittyvät jatkuvasti ja yhä suurempi osa kirurgisista

toimenpiteistä voidaan suorittaa päiväkirurgisesti, toisin sanoen potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja kotiutuu saman päivän iltana. (HUS 2012.)

Potilaan oma asenne päiväkirurgiseen toimenpiteeseen on avainasemassa, koska hänen on otettava vastuu hoidostaan sekä ennen leikkausta, että leikkauksen jälkeen. Potilaan motivaatiota tulee tukea yksilöllisellä ohjauksella sekä kirjallisilla kotihoito-ohjeilla. Kotiuduttua potilaalla tulee olla hakija sairaalasta sekä täysi-ikäinen henkilö tukena yön yli. Päiväkirurgiassa hoidetaan suurin osa perusterveiden ihmisten perusvaivoista, jotka vaativat kirurgisen leikkauksen, kuten esimerkiksi tyrät, laskimosairaudet, peräpukamat sekä sappikivitauti. (HUS 2012.)

Kotoa leikkaukseen eli LEIKO on uusi ja innovatiivinen toimintamalli. Potilaat eivät enää tule vuodeosastolle leikkausta edeltävänä päivänä, vaan saapuvat sairaalan LEIKO-yksikköön leikkauspäivän aamuna. LEIKO-yksiköstä potilaat siirtyvät suoraan leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen potilaat siirtyvät heräämövalvonnasta kyseisen erikoisalan vuodeosastolle vähintään yhdeksi vuorokaudeksi. Nykyään noin 90 % suunniteltuun leikkaukseen saapuvista potilaista tulee LEIKOn kautta. (HUS 2010.)

Kirurginen potilas on henkilö, joka joutuu jonkin äkillisen sairastumisen tai sairauden vuoksi tilanteeseen, jossa leikkaus on todennäköinen tai välttämätön vaihtoehto. Sairauden merkitys henkilölle, sen vakavuusaste, kesto ja äkillisyys sekä aiemmat kokemukset ja nykyiset hoitomahdollisuudet vaikuttavat paljolti siihen, miten hän kokee tilanteen sekä leikkaukseen ja anestesiaan liittyvät seikat. Kirurginen hoito voi parantaa potilaan sairauden tai kohentaa hänen elämänlaatuaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 16.)

### 3.3 Potilasohjaus

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009b, 16) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöillä on Suomen lain mukaan potilaan ohjaus- ja opetusvelvollisuus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilaalla on oikeus olla tietoinen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Hänellä on myös oikeus tietää muista hoitoonsa liittyvistä asioista, joilla on merkitystä päätettäessään hänen hoidostaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, § 5.) Terveystieteiden laiti painottaa, että potilaalla on oikeus tiedonsaantiin, sillä terveyspolitiikkamme yksi keskeisimmistä tavoitteista on potilaan omatoimisuuden ja elämänlaadun lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 16). Potilasohjauksen tasoon vaikuttavat suuresti ohjaajien tietämys, taidot, asenteet, ohjausmenetelmien käyttö, ohjauksen toteutus ja toimintamahdollisuudet. Potilaiden hoitoaikojen lyhentyessä erikoissairaanhoidossa merkittävä osa potilasohjauksesta jää

perusterveydenhuollon vastuulle. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008.) Sairaanhoidajan ammatissa potilasohjaus on tärkeässä asemassa. Ammattitaito, toimivat hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot saavat aikaan onnistuneen lopputuloksen. Hyvä potilasohjaus vaatii tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttämistä. Ohjauksella on selvä vaikutus hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Ohjauksessa nousevat esiin hoitajan luovuus ja persoonalliset taidot. (Ohtanen 2012.)

Ohjaustilanteet ovat aina erilaisia ja hoitajien tulee muistaa, että potilaalle ja omaisille tilanne on ainutlaatuinen ja mahdollisesti jännittävä. Potilasohjausesta voi helposti tulla rutiininomaista kaiken hektisyyden keskellä. Potilastyytyväisyyteen ja hoidon laatuun vaikuttaa pitkälti potilaan saama ohjaus. Hyvin toteutettu ohjaus auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja sopeutumaan sairauteensa. Ohjauksen tapahtuessa hyvässä vuorovaikutuksessa, vähentää se sairauden mukanaan tuomaa epävarmuuden tunnetta, pelkoa ja ahdistusta. Potilaan on helpompi lähestyä hoitajaa epäselvissä ja mieltä askarruttavissa asioissa. Sairaanhoidajan velvollisuus on varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Jokainen ohjaustapahtuma on yksilöllinen, ja ohjauskertoja on tarpeen vaatiessa lisättävä ohjauksen ymmärtämisen helpottamiseksi. (Ohtanen 2012.)

### 3.4 Potilaan kotiutus

Kotiutus tarkoittaa siirtymävaihetta, jossa asiakas siirtyy yhdeltä hoidon tasolta toiselle, esimerkiksi sairaalasta kotiin tai toiseen hoitoyksikköön (Perälä ym. 2003).

Perusterveydenhuollossa ja pitkäaikaishoidossa potilaan kotiutumisen suunnitteluun on usein paremmat mahdollisuudet kuin erikoissairaanhoidossa, jossa hoitoajat ovat lyhentyneet polikliinisen ja lyhythoitaisen kirurgian myötä. Jotta potilaan kotiuttaminen sairaalasta onnistuisi nopeasti toimenpiteen tai lyhyen akuuttihoitojakson jälkeen, edellyttää se vahvaa ammattiosaamista ja joustavuutta sekä sairaalan hoitohenkilöstöltä, että avopalvelussa työskenteleviltä. Onnistuneeseen kotiutukseen tarvitaan hyvä suunnitelma ja dokumentointi. Lisäksi kotona tarvittavat hoidot ja palvelut tulee olla etukäteen suunniteltu ja tilattu. Onnistuneessa kotiutumisessa asiakkaan terveys ja toimintakyky eivät pääse kotiutumisen tuloksena heikkenemään, eikä hänen tarvitse lähiaikoina palata saman vaivan vuoksi uudelleen sairaalaan. (Nieminen, Parkkinen, Louekoski-Huttunen, Malin, Rontu & Pammo 2002.)

Kotiutuksen onnistumisen edellytys on suunnitelmallinen ja jatkuva yhteistyö hoitoon osallistuvien kanssa, unohtamatta potilaan itsemääräämisoikeutta. Järjestelyt kotiutumista varten alkavat potilaan saapuessa osastolle ja kotiutuspäivä yritetään sopia mahdollisimman varhain. Hoitoneuvottelussa laaditaan kotiutussuunnitelma, johon osallistuvat tarpeen mukaan potilaan lisäksi omahoitaja, kotisairaanhoidaja, lääkäri, kotipalvelu, yhdyshenkilö, omaiset, kotisairaalan edustaja, fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaaliryöntekijä ja tarvittaessa muiden yhteistyötahojen edustajat mm. ilta- ja yökotisairaanhoidosta, mielenterveystoimistosta, päiväsairaalaista, yksityiseltä sektorilta, vapaaehtoisjärjestöistä ja seurakunnasta. (Luhtasaari & Jämsén 2013.)

### 3.5 Hoitotyön kirjaaminen

Dokumentoinnilla eli hoitotyön kirjaamisella saadaan asetettua edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle sekä jatkuvuudelle. Kirjaamisen avulla turvataan hoitoa koskeva tiedonsaanti, varmistetaan hoidon toteutus ja sen seuranta. (Ensio & Saranto 2004, 44.) Potilasasiakirjojen ensisijainen käyttötarkoitus on potilaan hoito ja toissijainen käyttötarkoitus on huolehtia, että toimintaa voidaan valvoa terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön mukaisesti. Potilasrekisteristä tuotetaan myös sairaanhoitopiirin oman toiminnan ohjaamisessa vaadittavat tiedot sekä valtakunnallisesti tarvittavat lakisäätteiset tilastotiedot. Näiden lisäksi potilasrekisterin tietoja voidaan käyttää myös tutkimus- ja opetustoiminnassa. (HUS 2011.)

Hoitotyön kirjaamisissa keskitytään oleellisiin asioihin hoidon kannalta. Niissä ilmenee hoidon ja hoitotyön suunnitelmat, valitut toimenpiteet ja hoitotyön toiminta sekä niiden vaikutukset potilaan vointiin. Kirjaamisen avulla tuetaan omahoitajuuteen liittyvää delegointia työvuorosta toiseen. Kirjaaminen on osa moniammatillista toimintaa, jonka avulla eri ammattiryhmät voivat hyödyntää toistensa kirjauksia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat monet eri lait, asetukset sekä ohjeet. Lait ohjaavat ja tukevat kirjaamisen toimintaa potilaskertomusjärjestelmässä. Niiden tavoitteena ovat hoidon jatkuvuus sekä turvallisuus. Lakien, asetusten sekä ohjeiden tuntemus kuuluu myös hoitotyön osaamisen ydinhoitoalueeseen, joten niiden hallinta vaikuttaa sekä potilaan, että hoitajan oikeusturvan toteutumiseen. (Haho 2009, 38.) Esimerkiksi terveydenhuoltolain yhdeksännessä pykälässä on määritelty potilastietorekisteri ja potilastietojen käsittely. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan

tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, § 9.) Myös asiakastietojen käytettävyys, säilyttäminen sekä käytön ja luovutuksen seuranta on määritelty terveydenhuoltolain neljännessä sekä viidennessä pykälässä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, § 4, § 5).

### 3.6 Potilasturvallisuus ja ammattiosaaminen

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on taata hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus on potilaan näkökulmasta sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, ja että hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2013.) Potilasturvallisuutta ja hoidon laatua valvoo myös terveydenhuoltolaki. Lain tarkoituksena on taata, että potilaan hoitaminen ja hoito on turvallista jokaisessa sairaalassa ja terveyskeskuksessa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, § 8.)

Potilasturvallisuus voidaan kuvata hoidoksi, josta ei koidu vaaraa potilaalle vahingon, erehdyksen, unohduksen tai lipsahduksen vuoksi. Potilasturvallisuus on hoitoyksikön periaatteita, käytäntöjä ja hyviä prosesseja, joilla riskejä ja vaaratilanteita ennakoidaan ja estetään. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus (hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuus), lääkehoidon turvallisuus (lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuus) sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus (laitteiden turvallisuus ja niiden käytön turvallisuus). (THL 2013.)

Potilasturvallisuuden vaaratapahtumaksi voidaan kuvata joko niin kutsuttu läheltä piti -tilanne tai haittatapahtuma. Läheltä piti -tilanteessa potilaalle vaarallinen tilanne saadaan vältettyä havaitsemalla turvallisuusuhka ajoissa, jolloin potilaalle ei aiheudu haittaa. Haittatapahtumaksi kutsutaan vaaratilannetta, jossa potilaalle aiheutuu eriasteista hoitoon kuulumatonta haittaa. (THL 2013.)

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat erilaiset asetukset, lait ja velvollisuudet. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleiset ammattipätevyyskriteerit ovat määritelty Suomessa tutkintokohtaisissa ammattitaitovaatimuksissa. Euroopan Unionin alueella yleissairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset on määritelty ammattipätevyyskriteeritunnistamista koskevassa Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä (2005/36/EY). Terveydenhuollon ammattihenkilön osaamisessa on monta kerrosta. Oman erityisalan asiantuntemuksen perustana ovat laaja-alaisesti sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan yhteiset lähtökohdat että terveydenhuollossa yleisesti hyväksytyt arvot, toimintaperiaatteet

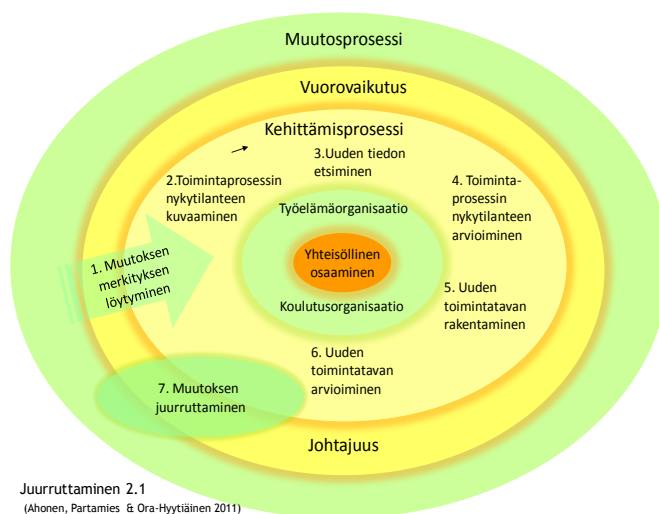
ja toiminnan painotukset. Kriittistä ajattelua, itsenäistä päätöksentekoa ja vastuullisuutta korostetaan asiantuntijuudessa. (Opetusministeriö 2006.)

Tämän päivän määritelmässä sairaanhoitaja kuvataan hoitotyön asiantuntijaksi, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitaja tukee yksilöitä, perheitä ja auttaa yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisten ja kolmannen sektorin alueilla. Hän toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. (Opetusministeriö 2006.)

## 4 Kehittämistoiminnan menetelmät

### 4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttaminen perustuu siihen, että ihminen toimii aktiivisena ja oppivana toimijana. Työyhteisön jäsenet ja juurruttamisessa mukana olevat opiskelijat pyrkivät ymmärtämään uudella tavalla yhteisön työtapoja ja prosesseja perusteluineen pystyäkseen vaikuttamaan niihin. Juurruttamisen peruspilareina toimivat muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus. Kehittämisprosessit vaativat aikaa ja ne tulee resursoida niin, että eteenpäin vieminen onnistuu työyhteisön ja työryhmän jäsenten toimesta. Tämä vaatii johtajuutta. Keskeinen työväline muutosprosessissa on vuorovaikutus. Sen avulla voidaan tuottaa ja toteuttaa muutos. (Ahoon, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012.) Juurruttaminen pohjautuu Laurea-ammattikorkeakoulun LbD-mallin (Learning by Developing) kehittämismenetelmään, jossa yksilön kautta koko yhteisö voi oppia. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007).



Kuva 1: Juurruttaminen Ahoon ym. (2011) mukaan

Juurruttaminen tarkoittaa prosessia, jossa uusia toimintatapoja otetaan käyttöön ja vakiinnutetaan osaksi jo olemassa olevia käytäntöjä. Juurruttamisessa tulevat käyttäjät osallistuvat uusien toimintatapojen kehittämis- ja levittämistyöhön. Juurruttaminen on siis monen toimijan vuorovaikutusprosessi, joka alkaa, kun ryhdytään kehittämään uutta toimintatapaa ja jatkuu suunnitelmallisesti niin kauan, kunnes uusi toimintatapa juurtuu pysyväksi osaksi normaalia työkäytäntöä. Prosessissa ympäristö osaltaan muokkaa toimintatapaa ja toisaalta ympäristöä valmistellaan vastaanottamaan kehitettävä toimintatapa. Juurruttamisen prosessissa myös toimintaympäristön täytyy muuttua niin, että uudet toimintatavat soveltuvat siihen. (Vanhustyön keskusliitto 2013.)

Juurruttamisprosessin kehityksen kulussa voidaan havaita kolme ydinkysymystä, joihin kehittäjien on saatava vastauksia. Nämä ydinkysymykset ovat: minkälaista tuotetta tai palvelua ollaan kehittämässä, keiden asiantuntemusta tai hyväksymistä tarvitaan kehittämistyöhön ja minkälaisia intressejä eri osapuolilla on osallistua kehittämiseen. Näitä kysymyksiä on huomioitava ja uudelleenarvioitava koko prosessin ajan. Heti tuotteiden syntyvaiheessa on luotava alustava hahmotus konseptille. Idean työstämiseen tarvitaan sopivat henkilöt ja heidän roolinsa kehittämistyössä on selvitettävä. Työn edetessä näkemys kehittämistyön kohteesta selventyy ja konkretisoituu entisestään. (Kivisaari 2001.)

Juurruttaminen on havaittu tehokkaaksi tavaksi tuoda uusia toimintatapoja käytäntöön myös muualla maailmassa, kuten Yhdysvalloissa. Carpenter, Nieva, Albaghal, & Sorra (2006) kuvaavat juurruttamisen suunnitelmassa kuusi keskeistä elementtiä: 1. Tutkimustulokset ja uusi käytäntö, eli mitä aiotaan juurruttaa? 2. Lopulliset käyttäjät, eli ketkä soveltavat uutta toimintamallia käytännössä? 3. Juurruttamisessa mukana olevat kumppanit eli henkilöt, järjestöt tai verkostot, joiden kautta tavoitat lopulliset käyttäjät? 4. Viestintä, eli miten välittää tutkimustuloksia? 5. Arviointi, eli miten määrittää, mikä toimii? 6. Juurruttamisen työsuunnitelma, eli mistä aloittaa?



Kuva 2: Juurruttamisen suunnittelun komponentit Carpenterin ym. (2006) mukaan

#### 4.2 Kysely tiedonkeruumenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruumenetelmät valikoituvat sen mukaan, miten ne soveltuivat tilanteeseen ja toimintaan. Reunaehdot valinnoille tulivat ajallisista resursseista sekä Laurean ohjeistuksesta, jonka pohjalta valikoitui nopeasti toteutettavat menetelmät. Kehittämiskohteen lähtökohdat kartoitettiin yksinkertaistettua kyselyä käyttämällä ja arviointi suoritettiin arviointilomakeella.

Kysely voidaan määritellä aineistonkeruumenetelmäksi, joka pitää sisällään aina samalla tavalla kerättävän aineiston tietyltä otokselta. Otos määritellään kohderyhmän muodostamaksi ryhmäksi, joka valitaan tutkimuksen mukaan määritellystä joukosta. Kyselyn avulla pyritään selvittämään yleensä konkreettisia asioita, kuten esimerkiksi kohderyhmän asenteita ja mielipiteitä. Tällaista kyselyä voidaan nimittää myös standardoiduksi aineiston keruuksi. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193.)

Haastatteluun verrattuna kyselyn avulla voidaan mahdollistaa laajempi aineiston hankinta lyhyessä ajassa. Sitä käyttämällä voidaan myöskin kysyä useampiakin kysymyksiä suurelta joukolta. Kyselylomake, joka on hyvin suunniteltu takaa myös aineiston tehokkaamman



analysoinnin ja raportoinnin. Kaikilla aineistonkeruumenetelmillä, kuten myös kyselyllä, on haittoja. Tavallisimpia ongelmakohtia esiintyy esimerkiksi suunnittelussa ja vastauksien luotettavuudessa. Tutkija ei voi olla varma vastauksien luotettavuudesta eikä siitä, kuinka vakava suhtautuminen kohderyhmällä on kyselyyn. Luotettavuutta voi kuitenkin parantaa, kun laaditaan huolellisesti selkeä ja yksityiskohtainen kyselylomake. (Hirsijärvi ym. 2009, 193-195.)

#### 4.3 Tiedonkeruuaineisto ja sisällönanalyysi

Tiedonkeruumenetelmän avulla kerätty tieto voidaan kuvailla ennen sen jäsentelyä ja analysointia eräänlaiseksi raakamateriaaliksi. Aineisto ei ole hyödynnettävissä kokonaisvaltaisesti, eikä sen tuloksien pohjalta voi tehdä johtopäätöksiä ilman perusteellista aineiston analyysiä. Aineiston analyysin määritelmä on mahdollista kiteyttää erilaisia mittareita tukevana joko laadullisena tai laadullisen ja määrällisen tutkimuksen kokonaisuutena. Sen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Analyysi on tutkittavien asioiden jäsentelyä pienempiin osiin. Kun pienemmät osat on saatu ratkaistua, on mahdollista löytää vastaus suurempaan ongelmaan, joka tavallisesti palvelee tutkimusongelmaa. (Juholin 2010, 18-19.)

Analyysin pääpaino kvalitatiivisessa tutkimuksessa on mielipiteiden sekä niiden syiden ja seurausten syväluotauksessa: jakaumien ja keskiarvojen sijaan keskitytään johtopäätösten tekemiseen moniulotteisemmasta, usein haastatteluihin ja ryhmäkeskusteluihin pohjautuvasta aineistosta. Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja kuinka; sen luonne on kuvaileva, diagnosoiva, arvioiva ja luova. Laadullista otetta hyödynnetään paljon esimerkiksi uusien tuotteiden ja markkinointikonseptien esitestaamisessa. (Taloustutkimus 2013.)

Sisällönanalyysi on tekstianalyysimenetelmä, jonka avulla saadaan analysoitua erilaisia kirjoitettuja dokumentteja järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään kuvaamaan tutkittua aineistoa yleisessä muodossa tiivistetysti ja etsimään tekstin merkityksiä. Aineisto voidaan analysoida joko aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105-117.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisenä on aineiston pelkistäminen, jonka jälkeen se ryhmitellään. Viimeiseksi tapahtuu teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen tarkoittaa epäolennaisten asioiden poisjättämistä tekstistä. Ryhmittelyssä puolestaan haetaan samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jonka seurauksena aineisto tiivistyy ja yksittäiset tekijät saadaan sisällytettyä yleisiin käsitteisiin. Abstrahoinnissa eli

teoreettisten käsitteiden luonnissa tutkija erottelee tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon ja muodostaa näiden perusteella teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105-117.)

#### 4.4 Muutos kehittämistoiminnassa

Muutokseen sisältyy kolme vaihetta, joista ensimmäinen perusvaihe on muutosvastarinta. Se kertoo siitä, ettei työntekijä ole valmis muutokseen. Muutosvastarinta on keskeinen vaihe muutoksessa ja sen tutkiminen voi antaa johdolle uutta tietoa muutoksen johtamisesta ja läpiviemisestä. Muutosvastarinta luo paljon energiaa, jota tulee yrittää hyödyntämään esimerkiksi pyytämällä työntekijöitä mukaan muutoksen valmisteluun ja toteuttamiseen. (Airikoski & Sallinen 2007, 68-69.)

Toisena vaiheena ilmenee vanhasta poisoppiminen, jolloin työntekijä siirtyy viihaisesta surulliseksi. Henkilökunta on vaiheessa, joka vaatii aikaa ja tukea. Surutyö pitää saada saatettua loppuun, jotta voidaan välttää pelko ja muutosvastarintaan palaaminen. Tämän jälkeen alkaa viimeinen vaihe, joka mahdollistaa muutoksesta nauttimisen ja siitä oppimisen. Tässä vaiheessa työyhteisö tavallisesti huomaa muutoksen tarpeellisuuden. (Airikoski & Sallinen 2007, 69-70.)

## 5 Toteutus

### 5.1 Kehittämistoiminnan merkityksen löytyminen

Tarve kotiutuksen kehittämiseksi lähti henkilökunnalta itseltään. P. Vahterin (henkilökohtainen tiedonanto 18.5.2013) mukaan sairaalassaoloaikojen lyhentyessä potilaiden tiedonsaannin tarve pysyy kuitenkin ennallaan. Työryhmän kanssa mietittiin pitkään kehittämiskohdetta, joka sopisi kirurgian vuodeosastolle samalla tukien hoitajien sähköisen kirjaamisen osaamista. Aikaa aiheen vakiintumiseen kului lähes vuosi.

Työryhmä, johon kuului ylihoitaja, apulaisosastonhoitaja, kolme sairaanhoitajaa ja sairaanhoitajaopiskelija osallistuivat Lohjan Laurean järjestämään Joint writing group -kurssiin, joka kesti aina loppukevääseen 2013 saakka. Kurssin tarkoituksena oli löytää kehittämiskohde ja siihen ratkaisu, joka esitettäisiin loppuseminaarissa. Opinnäytetyön aihe ei ollut vielä täysin vakiintunut ja se kerkesi vaihtua useampaan otteeseen ennen tarkistuslistan löytymistä. Lähtökohdat olivat kuitenkin melko selkeät; kehitystä tarvittiin potilasohjauksen tiimoilta. Kehittämiskohteeksi valittu tarkistuslista esiteltiin Joint writing

group -kurssin loppuseminaarissa. Kurssin yhteydessä sähköisen tarkistuslistan sisältö saatiin hahmotettua. Henkilökunta pystyi kuvailemaan, miten listan haluttiin toimivan, ja mihin se sijoitettaisiin sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Tärkeää oli kuitenkin huomioida, ettei tarkistuslista toisi hoitajille niin sanottua turhaa ja ylimääräistä työtä. Hoitohenkilökunnan ehdotukset saatiin kartoitettua yksinkertaistetun kyselyn avulla.

Sisällönanalyysin avulla saatiin tutkitun tiedon sekä hoitohenkilökunnalle tehtyjen kyselyiden tulokset tiiviiseen ja selkeään muotoon, jolloin niistä voi tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Ryhmittelyn jälkeen mudostuneita teoreettisista käsitteitä hyödynnettiin tarkistuslistaa rakennettaessa. Tällä tavalla saatiin hyödynnettyä tutkitun tiedon lisäksi myös hoitajien työkokemuksen tuoma hiljainen tieto. Tulokset näytettiin henkilökunnalle kolmen viikon kuluttua järjestetyssä osastopalaverissa.

## 5.2 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Opinnäytetyötapaamisten yhteydessä työstiittiin työryhmän kanssa opintotehtävää Laurea-ammattikorkeakoulun järjestämän Joint Writing Group -kurssin puitteissa. Kurssin oli tarkoitus toimia tukena ja apuna opinnäytetyöprosessissa. Kurssin aikana työryhmä etsi kehittämiskohdetta, jonka pohjalta tehtiin englanninkielinen abstrakti. Erilaisten ajankohtaisten kehittämiskohteen joukosta löytyi tarkistuslistasta malli, joka koettiin sopivaksi tarkoitukseen. Tarkistuslistaa päätettiin hyödyntää kurssitehtävässä ja myöhemmin opinnäytetyönkin aihe vakiintui samaan aiheeseen.

Kehittämistoiminnan tapaamisessa sovittiin, että hoitohenkilökuntaa pyydetäisiin kirjaamaan anonymisti ylös kohdat, joissa itse kokivat, että olisi kehitettävää. Vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kyselyt toteutettiin jakamalla kyselylomakkeet kohderyhmälle. Opinnäytetyön alussa suoritettussa kyselyssä oli vain yksi kysymys, jossa pyydettiin erittelemään ne kohdat kotiutustilanteessa, jotka hoitajien mielestä saattavat helposti unohtua, jäädä liian vähälle huomiolle tai ovat kotiuttamisen kannalta avain asemassa. Kysely toteutettiin osastotunnin aikana, jonka jälkeen tulokset tarkastettiin, ryhmiteltiin ja kirjattiin ylös. Osastotuntiin osallistui lähes koko kirurgisen vuodeosaston henkilökunta. Kyselyn tapahtuessa hyvinkin lyhyellä varoitusajalla, päädyttiin käyttämään yksinkertaistettua kyselyä, johon henkilökunta vastasi listaamalla muutaman kohdan, joita pitivät tärkeinä elementteinä kotiuttamistilanteessa. Olleellisimmat kohdat, kuten haavahoito, oli kirjattuna lähes jokaiseen vastauspaperiin. Vastausten perusteella aloitettiin listan rakentaminen, joka on kuvattuna taulukossa 1.

AIHEET:	VASTAUSTEN LUKUMÄÄRÄ:
HAAVAHOITO & TARKKAILU -ohjaus	20
JATKOT + TUTKIMUKSET / OMPELEET / MISSÄ?	19
RESEPTIASIAT -ohjaus	14
LÄÄKITYS (esim. muutokset / Klexane)	11
LIIKUNTA / LIIKKUMINEN - rajoitukset / suositukset	11
SAIRASLOMA	10
YHTEYSDENOTOT - ongelmatilanteissa	10
RAVITSEMUS - rajoitukset/suosituks	9
ONKO OHJEET YMMÄRRETTY? - Esim. tulehduksen merkit	8
KULJETUS? - matkakorvaus / taxi / kyyti	6
KIVUNHOITO	5
APUVÄLINEET & TARVIKKEET	4
KOTIOLOT - hissi / portaat? kotihoito / tukiverkosto?	3
AVANNE-ASIAT	2
OMAISTEN OHJAUS	2
KIRJALLISET OHJEET ANNETTU	2
PALAUTE SAADUSTA HOIDOSTA	1
Onko potilas kotiutuskuntoinen? - syönyt, virtsannut jne...	1

Taulukko 1: Henkilökunnalle tehdyn kyselyn tulokset

### 5.3 Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta

Vuonna 2007 maailman terveysjärjestön (World Health Organisation, WHO) potilasturvallisuusliitto rakensi tarkistuslistan leikkaussalitoimintaa varten. Lista toimi työvälteenä, jonka avulla yhtenäinen linja säilyi työskennellessä. Kahdeksan sairaalaa testasi listan toimintaa vuosina 2007-2008 eri puolilla maailmaa. Tutkimuksissa selvisi, että lista toimi hyvin ja komplikaatiot vähenivät merkittävästi. WHO:n suositteleekin, että kaikki toiminnat ja toimenpiteet, jotka edistävät potilasturvallisuutta, tulisi ottaa käyttöön ja osaksi käytännön toimintaa. WHO tekee jatkuvasti tutkimus- ja kehitystyötä potilasturvallisuuden

eteen. Vastaavanlaisia tarkistuslistoja voidaan kehittää ja soveltaa myös muilla lääketieteen ja hoitotyön erikoisalueilla. (WHO 2014.)

Valviraan tulee silloin tällöin käsiteltäväksi kirurgisten alojen tapauksia, joissa tarkistuslistan asianmukainen käyttö olisi todennäköisesti voinut estää virheellisen toiminnan. Tarkistuslistat varmistavat osaltaan, että virheiltä vältytään. Tarkistuslistojen käyttöönotto ja jatkuva ylläpito vaatii jokaisen ammattiryhmän hyväksyntää. Valviran mukaan tarkistuslistan tapaisia hyväksi havaittuja potilasturvallisuuden työkaluja tulee käyttää ja kehittää edelleen. (Valvira 2014.)

Tarkistuslistan avulla voidaan vähentää virheitä, kun sairaanhoitajan ei tarvitse luottaa vain muistiin tai tarkkaavaisuuteen. Ydinasioista rakennetaan tarkistuslista, joka myös auttaa arvioimaan potilaiden turvallisuutta jokapäiväisessä hoitotyössä. Listalla olevat turvallisuuden kannalta tärkeimmät toiminnot tai kriteerit tarkistetaan joka kerta samalla tavalla. Tarkistuslistaa käytetään sekä muistin tukena että unohdusten havaitsemiseksi rutiinistyössä. (Kangasmäki 2010.)

## 6 Uusi toimintatapa

### 6.1 Uuden toimintatavan rakentaminen

Kehittämishankkeen myötä tehty sähköinen kotiuttamisen tarkistuslista ('checklist') toteutettiin yhteistyössä osasto- ja muun sairaalahenkilökunnan kanssa. Uusi käytäntö otettiin käyttöön toukokuussa 2013 juurruttamisen menetelmällä. Lista perustuu hoitajien hyväksi havaitsemiin käytänteisiin, hiljaiseen tietoon ja tutkittuun tietoon. Samalta pohjalta toimivia listoja on käytössä myös esimerkiksi Uudessa-Seelannissa, Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa. (WHO 2013.)

Tarkistuslistan oli tarkoitus palvella kirurgian vuodeosaston kumpaakin yksikköä. Malli laadittiin keskitetysti lyhythoitaisille kirurgisille potilaille. Lyhythoitaisilla potilailla tarkoitetaan tässä yhteydessä muun muassa päivystyksestä tulleita potilaita ja LEIKO-potilaita. Tarkastuslistaa rakennettaessa huomattiin kuitenkin, että sisätautikirurgisten ja ortopedisten potilaiden kotiutus erosi huomattavasti toisistaan. Osaston henkilökunta tuli siihen tulokseen, että paras ratkaisu on rakentaa molemmille yksiköille oma lista. Samalla hyödynnettiin moniammatillista osaamista ja päivitettiin potilastietojärjestelmään uusin tieton lonkan tekonivelpotilaan potilasohjauksesta. Ortopedisten potilaiden kotiutuslista on nyt otettu käyttöön. (P. Vahteri, henkilökontainen tiedonanto 18.5.2013.)

Tällä hetkellä kotiuttamisen tarkistuslista on hoitajien käytössä sähköisessä potilastietojärjestelmässä tukemassa tasalaatuista kotiutusprosessia. Hoitohenkilökuntaa on ohjeistettu käyttämään uutta toimintamallia jokaisessa polven tekonivelpotilaan kotiutustilanteessa, jotta tarkistuslista saataisiin juurrutettua työyhteisöön. Osa hoitajista onkin arviointitulosten perusteella omaksunut uuden toimintamallin osaksi arkea ja kokevat sen olevan hyödyllinen.

## 6.2 Toimintatavan kuvaus

Kehittämistoiminta alkoi alkuvuonna 2013 yhteistyöpalaverilla, jossa keskusteltiin, mitä työelämän edustajat toivoivat opinnäytetyöltä. Palaveriin osallistui ylihoitaja, apulaisosastonhoitaja, kolme sairaanhoitajaa ja sairaanhoitajaopiskelija. Hoitohenkilökunta osallistui kehittämistyöhön kartoittamalla keskeiset asiat kotiutustilanteessa ja arvioimalla listan toimivuutta.

Lista rakennettiin siten, että kotiuttamistilanteessa ilmenevät kohdat, jotka vaativat erityistä huomiota, voidaan kirjata sähköiseen potilastietojärjestelmään nopeasti ja selkeästi. Osan kotiutustilanteessa tapahtuvasta ohjauksesta pystyy kuittaamaan rastittamalla ja osassa, kuten haavahoito-ohjeistuksessa, on mahdollisuus lisätä tekstiä valinnan perään. Uuden listan myötä päivitettiin myös muun muassa haavanhoito-ohjeet. Uusi lista tuotti kuitenkin heti alussa ongelmia, koska se ei soveltunut kaikkien käytettäväksi. Esimerkiksi osastosihteeri ei pystynyt hyödyntämään tarkistuslistaa samalla tavoin kuin hoitohenkilökunta. Myös työryhmä oli hajonnut Joint writing group -kurssin loputtua, eikä osastolla ollut ketään, joka olisi vienyt hanketta eteenpäin. Muun muassa tietojen tallennus ei onnistunut alla olevassa kuvassa (kuva 1) vaaleansinisellä merkittyjen hakasten vuoksi. Epäkohta on kuitenkin nyt korjattu ja tarkistuslistan käyttöä on alettu juurruttamaan osastolle.

The screenshot shows a software window titled "Moniammatillinen määräys/ohje". At the top, there is a search bar labeled "Hae suosikeista". Below it, there are dropdown menus for "Tyyppi" (set to "Ohje") and "Palvelu". A large text area contains a list of instructions for a patient's discharge, including: "Polven tekonivelpotilaan kotiutus: {0}", "Jälkitarkastus: Ort pkl:lla 2-3 kk:n kuluttua operaatiosta: {0}", "Ortopedi: {0}", "Hakasien poisto 14 viikon kuluttua operaatiosta: {0}, Tk/Ksh", "REC: {0}", "Tarvittavat SVA-todistukset: {0}", "Fysioterapia: {0}", and "Matkakorvaustodistus: {0}". Below the text area are buttons for "Edellinen" and "Seuraava". Further down, there are form fields for "Toimipiste" (3131, LO3A), "Toimipisteen resurssi", "Aloituspäivä" (30.04.2013), and "Aloitus klo". There are also checkboxes for "Vie toimipisteen muistilistalle" and "Vie vahvistettavien muistilistalle". At the bottom, there are buttons for "Tallenna ja lisää", "Tallenna ja sulje", and "Peruuta".

Kuva 3: Tarkistuslistan ulkoasu sähköisessä potilastietojärjestelmässä

Tarkistuslistaan tehtyjen korjauksien jälkeen käytännöksi muodostui, että hoitajat hyödyntävät sitä jokaisessa tekonivelpotilaan kotiutustilanteessa. Kirjallisia ohjeita listan käytöstä ei vielä ole, mutta ohjeistus kulkee hoitajalta hoitajalle. Kotiutustilanteen jälkeen tapahtumat kirjataan tarkistuslistaan ja niihin on helppo palata tarvittaessa. Potilaan soittaessa osastolle kysyäkseen esimerkiksi tulehduksen merkeistä, on puhelimeen vastanneen hoitajan helppo tarkistaa, mitä ohjeistusta potilas on jo saanut.

Tarkistuslistaan hoitaja kirjaa tekonivelpotilaan tiedonsaannin kattavasti. Listassa on huomioitu muun muassa ohjeistus ennen leikkausta, liikkumiseen liittyvät tekijät, onko potilas saanut sairaslomatodistuksen ja lääkereseptit, missä tikit tai hakaset poistetaan, fysioterapia sekä mahdolliset leikkauksen jälkeiset komplikaatiot. Lisäksi on huomioitu tekonivelen tuomat muutokset arkeen, esimerkiksi liikkumiseen liittyvät rajoitukset. Haavanhoito, joka on keskeinen tekijä tekonivelpotilaiden ohjauksessa on myös huomioitu listassa. Kirjatut asiat on mahdollista kopioida ja liittää hoitokertomukseen (taulukko 4).

Kotiutuksessa huomioitu:	Kyllä	Ei
-Avohoitokäynti 2-3 kuukautta operation jälkeen		
-Hakasten poisto 14 vrk operaation jälkeen -Terveyskeskus/Kotihoito		
-Reseptit -Sairaslomatodistus pyydettyäessä -Kuljetus sairaalasta kunnossa		
-Fysioterapia		
-Potilasohjaus ja haavan kotihoito-ohjeet annettu sanallisesti -Kirjalliset ohjeet annettu hyvissä ajoin ennen kotiutusta		
-Päivittäiset toiminnot/rajoitukset -Leikatun polven painorajoitukset -Harrastukset -Elämä tekonivelen kanssa		
-Kirurgisen haavan kunto kotiutustilanteessa huomioitu		
-Huomioitavat asiat läpikäyty, esim. leikkauksen jälkeiset komplikaatiot, kuten turvotus, mustelmat, ihorikko, hermovaurio, veritulppa, uupumus		
-Lääkelista annettu kotiin -Ohjaus kipu- ja verenohennuslääkkeistä -Ummetuksen ehkäisy		
-Muuta huomioitavaa -Osaston yhteystiedot ja soittoajat annettu		

Taulukko 4: Sähköisen tarkistuslistan sisältö kotiutustilanteessa



### 6.3 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Koituttamisen tarkistuslista otettiin kirurgian vuodeosastolla käyttöön alkukesällä 2013 ortopedisille potilaille. Listassa ilmenneiden ongelmien vuoksi tarkistuslistaa lähetettiin muokkaamaan ja korjattu versio saatiin henkilökunnan käyttöön vasta vuodelle 2014. Lista on ollut käytössä vasta muutaman viikon, mutta hoitajia on kannustettu käyttämään sitä jokaisessa kotiuttamistilanteessa. Apulaisosastonhoitaja P. Vahterin (henkilökohtainen tiedonanto 6.2.2014) mukaan ongelmana on myös ollut tekonivelpotilaiden vähyys, joille tarkistuslista on tällä hetkellä suunnattu. Kotiutustilanteita ei ole ollut montaa, joten juurruttaminen on lähtenyt käyntiin melko hitaasti. Osa hoitajista on kuitenkin päässyt käyttämään sähköistä tarkistuslistaa kotiutustilanteissa ja näin olle juurruttaminen työyhteisöön on saatettu alkuun. Ohjeistus tapahtuu hoitajalta hoitajalle.

Käyttöönoton alussa ilmenneistä ongelmista sekä ajallisista resursseista johtuen arviointikysely piti suorittaa mahdollisimman nopeasti alkuvuodesta 2014, vaikka lista ei kaikille vielä ollut tullut tutuksi. Arviointikyselyyn pystyi vastaamaan vain muutama hoitaja, joten tulevaisuudessa olisi hyvä selvittää, onko uusi toimintamalli tarkoituksen mukainen. Tutkimuksessa käytetyn otannan ollessa isompi, saadaan tarkistuslistan käytännöllisyydestä paremmin tietoa. Jatkossa olisi myös hyödyllistä kartoittaa, vaikuttaako tarkistuslista potilaiden yhteydenottoihin tai paluukäynteihin sairaalasta kotiuduttua.

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Arviointitieto on tärkeää oppimisen kannalta. Arvoinnin näkökulma kehittämistoimintaan tuo esiin aikaisemmin varsin piilossa olleen kehittämisprosessin kulun ja toimintatapojen tarkastelemisen. Osallistuminen kehittämisprojektiin voi olla oppimiskokemus niin yksilölle, projektiryhmälle kuin koko organisaatiolle. Arvioinnin tulisi olla niin sanottu hedelmällinen kasvualusta ja tuottaa virikkeitä oppimiselle. (Seppänen-Järvelä 2004.)

Kehittämistyötä tehdessä yksi keskeisimmistä eettisistä periaatteista on se, ovatko tutkimustulokset paikkaansa pitäviä ja voidaanko niitä yleistää ja julkistaa. Tekijän tulisi kehittämissä loppuun saakka kyseenalaistaa tulosten luotettavuutta ja yrittää todistaa kehittämissä virheellisyys. Jos tutkimustuloksia pimitetään eikä niitä haluta julkaista, on erittäin todennäköistä, että tulokset ovat virheellisiä eikä niitä näin ollen voi pitää luotettavina. (Mäkinen 2006, 102.) Tässä opinnäytetyössä vieras työyhteisö auttoi toimimaan objektiivisesti. Omat mielipiteet eivät näy kyselyiden vastauksissa eikä vastaajien henkilöllisyyksiä ole mahdollista selvittää. Yhteistyötapaamisissa kirjoitetut muistiinpanot ja

havainnot ovat olleet tukena tätä opinnäytetyötä työstäessä ja niiden avulla tärkeät asiat eivät ole jääneet vain muistin varaan.

Työryhmä sekä koko työyhteisö oli motivoitunut toimimaan osana kehittämishanketta heti alusta lähtien. Osastotunneilla, joissa työn vaiheita esiteltiin työyhteisölle, nousi esiin paljon kysymyksiä ja kehittämisideoita. Kesän 2013 jälkeen, työryhmästä riippumattomista syistä, hanketta ei ollut mahdollista viedä eteenpäin, mutta se antoi aikaa keskittyä teoriaosuuden työstämiseen ja nosti motivaatiota saada hanke valmiiksi. Kehittämishankkeessa ollut tauko saattoi kuitenkin vaikuttaa työyhteisön motivaatioon ottaa uusi toimintamalli käyttöön.

Hankkeen lopussa suoritettavan arvioinnin tarkoituksena on näyttää, miten kehittämistyössä onnistuttiin. Arvioinnissa on tapana käyttää tiedonkeruuta ja kerätyn tiedon analysointia. Arvioinnissa tulee tyypillisesti keskittyä kehittämiskohteen mahdollisuuksiin, muutosprosessiin ja lopputuloksiin. Arvioinnissa on mahdollista käyttää kriteerinä muun muassa lopputuloksen merkittävyyttä, yksinkertaisuutta, helppokäyttöisyyttä sekä soveltuvuutta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 47.)

Tiedonkeruu toteutettiin kahdessa osassa yksinkertaistetulla kyselyllä ja strukturoidulla kyselylomakkeella. Kehitettävän toiminnan arvioimiseksi käytettiin arviointikyselylomaketta, joka toimitettiin Lohjan sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle hoitajien täytettäväksi. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia sähköisen tarkistuslistan käytöstä. Työn tavoitteena oli kehittää tarkistuslista vastaamaan käyttäjien tarvetta. Sähköinen tarkistuslista oli suunniteltu helpottamaan hoitohenkilökunnan työtä, joten kyselyn vastaajiksi valittiin osaston hoitajat, jotka olivat päässeet käyttämään uutta toimintamallia.

Kyselytutkimuksen luotettavuutta pyrittiin saamaan esiin pitämällä kysymysten määrän vähäisinä, yksinkertaisina ja selkeinä. Tutkitun tiedon etsimisessä käytettiin lähdekritiikkiä ja pyrittiin hyödyntämään mahdollisimman ajantasaista tietoa. Vastauslomakkeita säilytettiin asianmukaisesti ja ne hävitettiin heti, kun tulokset oli saatu kirjattua ylös. Arviointilomakkeessa oli valmiiksi strukturoidut kysymykset, joihin sai halutessaan kirjoittaa perustelut lomakkeen lopussa olevien avoimien kysymysten avulla. Arviointilomake oli ollut Laurean käytössä jo aiemmin, joten se on todettu toimivaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli rakentaa hoitohenkilökunnan käyttöön kotiutuksen tarkistuslista, joka toteutui kehittämisprosessin aikana. Tehtävänä oli löytää tutkittua tietoa tarkistuslistoista, joiden pohjalta kirurgian vuodeosastolle soveltuva lista oli mahdollista kehittää. Tarkistuslistan avulla potilasturvallisuutta on mahdollista kehittää ja se on huomioitu myös tässä työssä.

## 7.1 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Projektin arviointi on kokonaisuus, jossa olennaista on, että löydetään vastauksia niihin kysymyksiin, jotka ovat kunkin hankkeen kannalta tärkeitä. Arvioinnin kannalta keskeistä ei ole vain katsoa projektin tavoitteiden saavuttamista summatiivisesti, vaan havainnoida koko prosessia. Ideana on, että kehittämistyössä opitaan yhdessä ratkomaan ongelmia, eikä vain keskitytä joidenkin ongelmien ratkaisemiseen. Toisin sanoen olennaista on se, mitä tapahtuu projektin aikana ihmisten välisenä toimintana tai sen kautta. (Seppänen-Järvelä 2004.) Arvioinnin avulla tarkastellaan järjestelmällisesti ja mahdollisimman tarkasti erilaisia näkökulmia. Teorian kirjoittamista tulee toteuttaa koko hankkeen ajan, jotta arviointi helpottuisi. (Ojasalo ym. 2009, 33.)

Kaikilla kuvilla ja teksteillä on lähdeaineistona yhtenäinen tekijänsuoja verrattuna painettuun materiaaliin. Verkkoaineisto voi olla helposti saatavilla, mutta sen tekijä ei aina ole kiistatottomasti todistettavissa. Internetistä löydetty aineisto ei välttämättä ole sallittua tutkimusaineistona ja sen käyttöä sitoo voimassa oleva lainsäädäntö ja tutkimuseettisyys. (Vilka 2007, 97.)

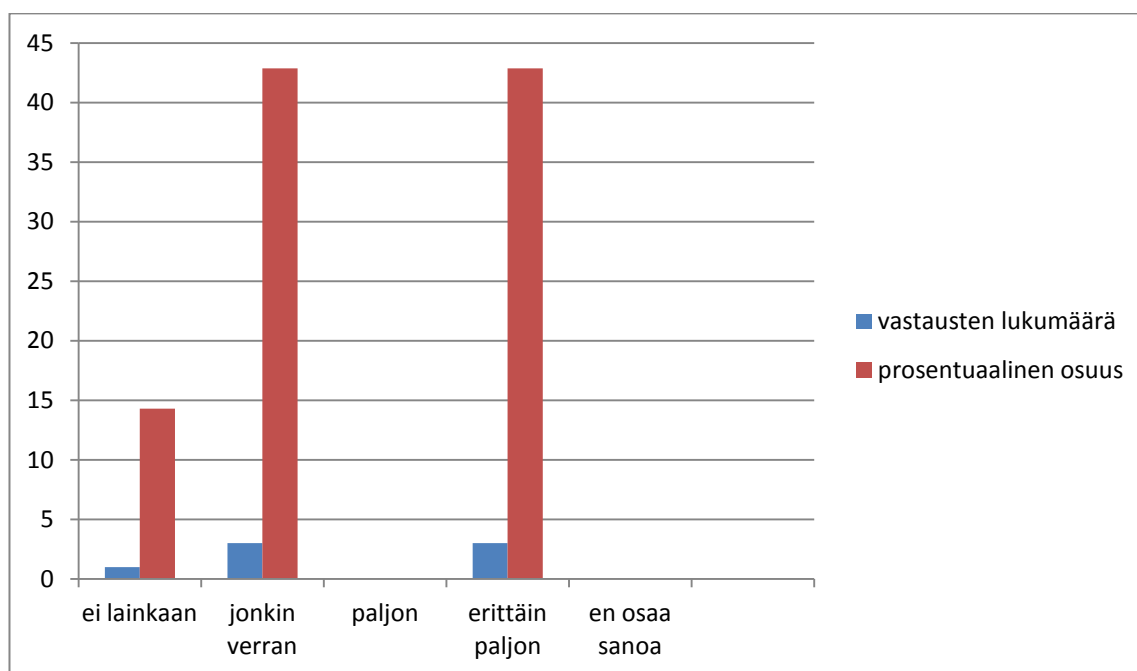
Tiedonkeruussa pyrittiin anonymiteetin säilymiseen. Molemmat kyselyt olivat vastaajille vapaaehtoisia ja nimettömiä, joten niistä ei selviä palautteen antaja. Halutessaan kyselyyn osallistumisen sai myös keskeyttää. Arviointikyselyyn vastasi vain seitsemän hoitajaa, joten tässä anonymiteetti ei välttämättä täysin toteutunut. Osaston henkilökunta oli kuitenkin tutkimuksen tekijälle vieras, joten oli mahdotonta päätellä, kenelle mikäkin vastauslomake kuului. Kehittämistyön eettisyyttä lisäsi myös hankkeen tuoma moniammatillinen innostus. Työryhmän lisäksi uusien tietojen päivittämiseen osallistui muun muassa infektio lääkäri sekä hygieniahoitaja. Uuden toimintamallin onkin tarkoitus palvella moniammatillista työryhmää.

Työelämässä ja opinnoissa kehittäminen sekä tutkittu tieto ovat keskeisissä rooleissa. Opinnäytetyön aihe osoittautui hyvin ajankohtaiseksi sekä mielenkiintoiseksi ja sen työstäminen on ollut opettavaista. Lopputuloksena syntyi hyödyllinen ja käyttökelpoinen apu parantamaan potilaan saamaa hoitoa. Tarkistuslistan tuoma apu ja hyöty tulevat varmasti näkymään kotiutustilanteissa, kun uusi toimintamalli on saatu osaksi arkea. Tekonivelleikkauspotilaiden lisäksi listaa voidaan hyödyntää myös muissa kotiutustilanteissa, kun sen sisältö muokataan sopivaksi esimerkiksi sydänleikkauksesta toipuville potilaille.

## 7.2 Arviointituloksien raportointi

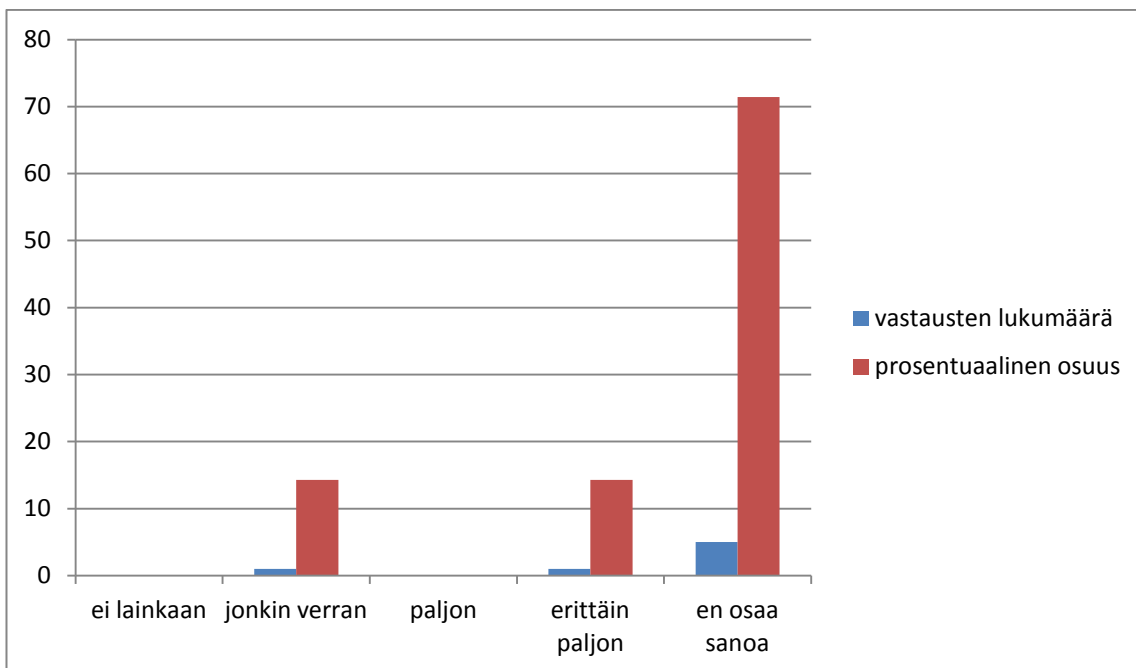
Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston henkilökunnalle tulostettiin kymmenen kappaletta arviointilomakkeita, joista seitsemän palautettiin täytettyinä. Arviointilomake oli Lohjan Laureasta saatu valmis pohja, joka muokattiin tarkistuslistaa palvelevaksi. Vastausprosentiksi muodostui 70 prosenttia. Sähköisen tarkistuslistan arviointilomake on liitteessä 1.

Vastaustaulukot on kuvattu Kyselytutkimuksen tulokset esitetään taulukon muodossa. Alla olevassa taulukossa (taulukko 3) vastaajat arvioivat, kuinka paljon työryhmä on edistänyt potilaan kotiuttamisen kehittymistä työyhteisössä sähköisen tarkistuslistan avulla. Yhden vastaajan mielestä tarkistuslistan avulla ei ole lainkaan kehitetty potilaan kotiuttamista työyhteisössä, kolmen vastaajan mielestä jonkin verran ja kolmen vastaajan mielestä erittäin paljon. Perusteluna oli kirjattu, että tarkistuslistan käyttö lisää työtä kaksinkertaisen kirjaamisen takia.



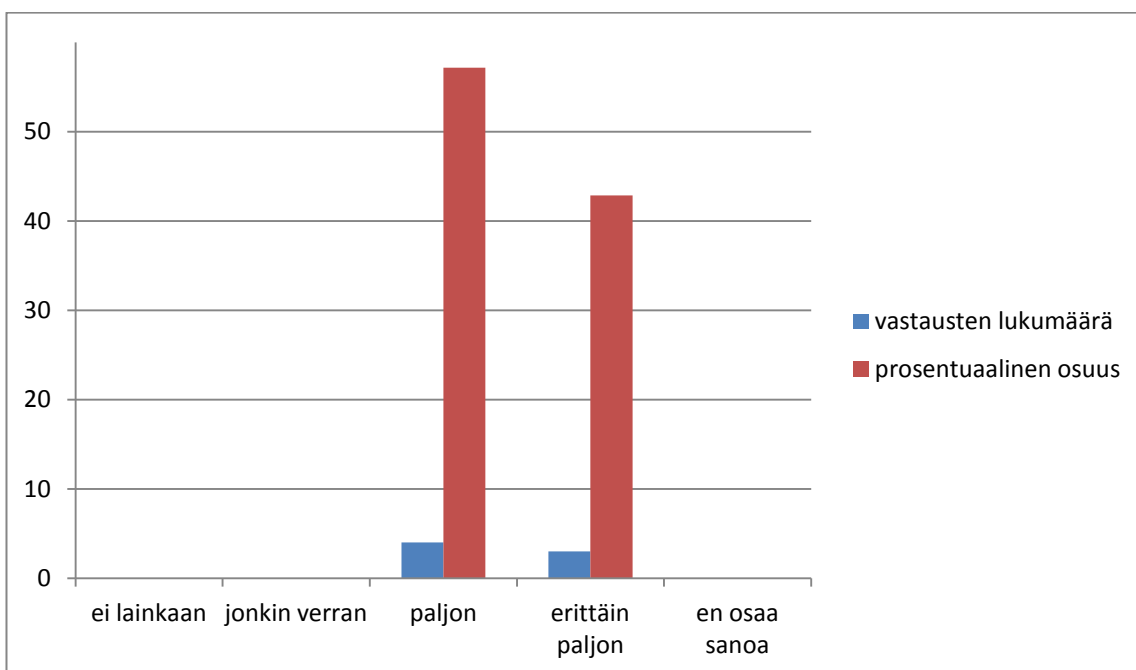
Taulukko 3: Kuinka paljon työryhmä on edistänyt potilaan kotiuttamisen kehittymistä työyhteisössä sähköisen tarkistuslistan avulla?

Toisessa kysymyksessä selvitettiin, kuinka paljon työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen. Taulukossa 4 viisi vastaajista ei osannut sanoa, yhden vastaajan mielestä jonkin verran ja yksi vastaajista koki, että työyhteisö on osallistunut erittäin paljon työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden työmallin työstämiseen.



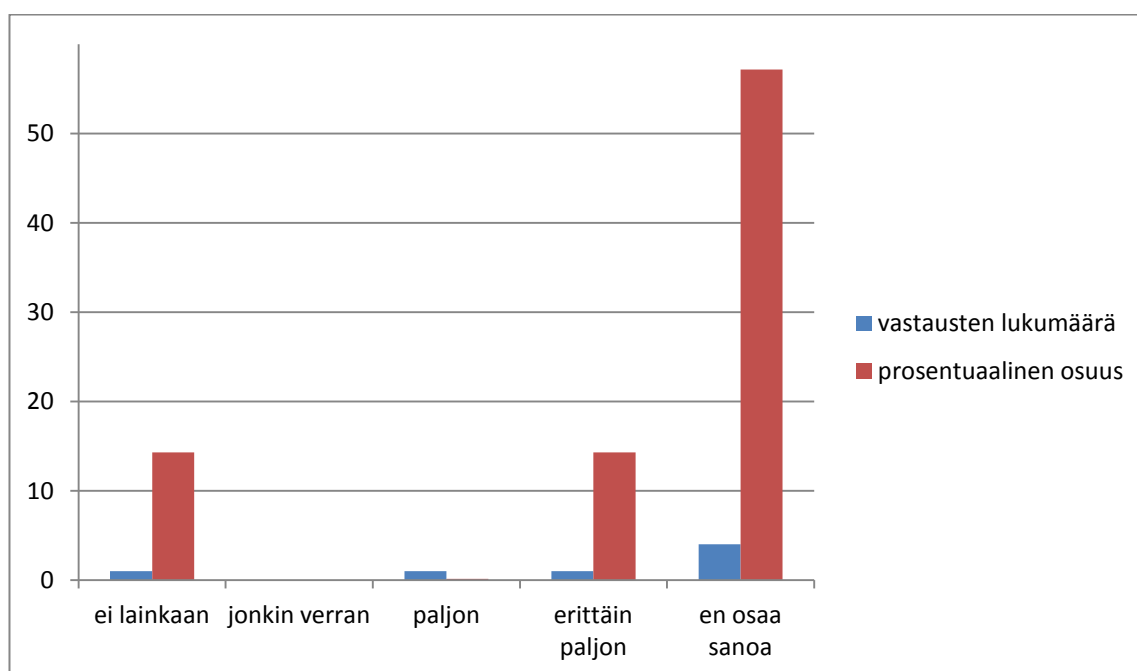
Taulukko 4: Kuinka paljon työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?

Arviointilomakkeen kolmannessa kysymyksessä kysyttiin, miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää työyhteisössä. Neljä vastaajista oli sitä mieltä, että paljon ja kolme vastaajista vastasi erittäin paljon. Perusteluksi oli kirjoitettu, että jatkossa ehkä paremmin. Vastaukset on kuvattu taulukossa 5.



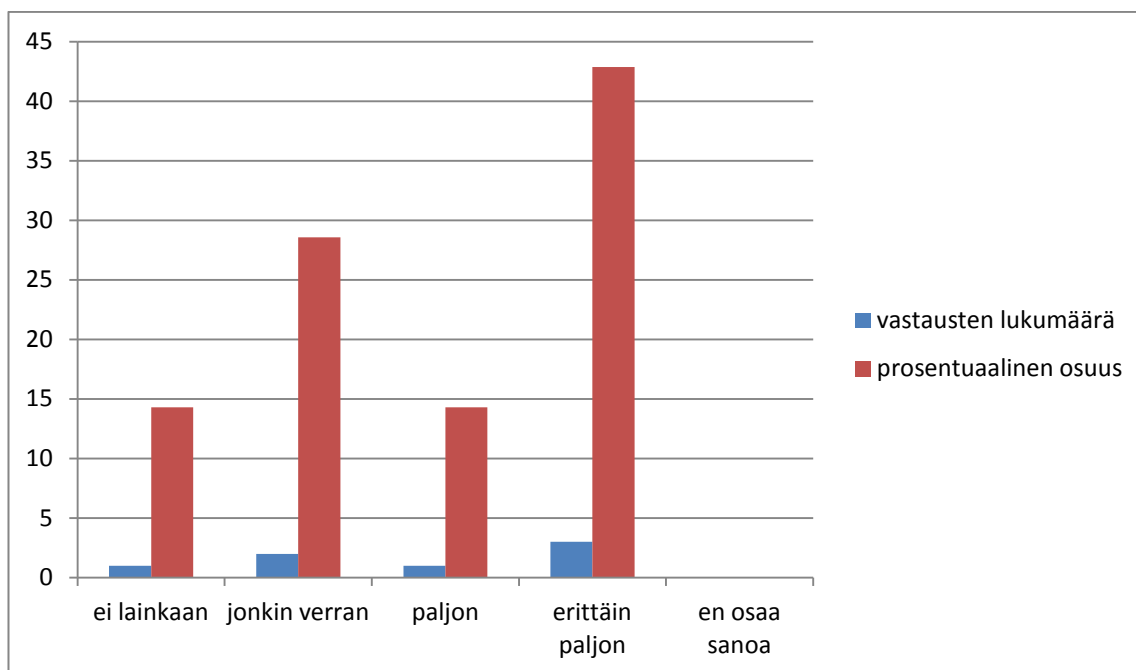
Taulukko 5: Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää työyhteisössä?

Neljännessä kohdassa selvitettiin, minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta on voitu potilaan kotiuttamista kehittää. Yhden mielestä työryhmä ei ole tuottanut työyhteisöön lainkaan uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta potilaan kotiuttamista olisi voitu kehittää, yksi vastaajista oli sitä mieltä, että paljon, yhden mielestä erittäin paljon ja neljä vastaajista ei osannut sanoa. Perusteluna oli kirjattu, että kiireessä on eri käytäntö. Vastaukset on kuvattu taulukossa 6.



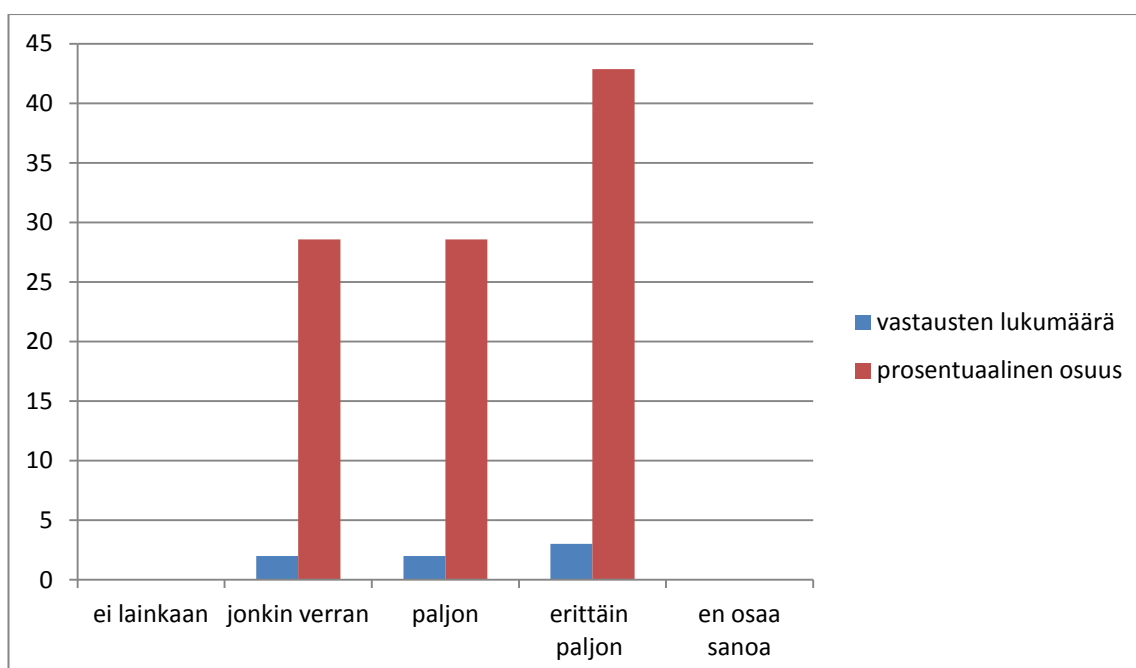
Taulukko 6: Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta on voitu potilaan kotiuttamista kehittää?

Viides kysymys oli, kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on vastaajan mielestä parantanut potilaan kotiuttamisen sujuvuutta ja tehokkuutta. Yhden mielestä tarkistuslista ei ole parantanut potilaan kotiuttamisen sujuvuutta ja tehokkuutta lainkaan, kahden mielestä jonkin verran, yhden mielestä paljon ja kolmen mielestä erittäin paljon. Vastaukset on kuvattu taulukossa 7.



Taulukko 7: Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on vastaajan mielestä parantanut potilaan kotiuttamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

Viimeisessä strukturoidussa kysymyksessä (taulukko 8) kysyttiin, kuinka paljon vastaaja uskoo työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöönottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Kaksi vastaajista uskoi muutoksen aikaansaamiseen jonkin verran, kaksi uskoi paljon ja kolme erittäin paljon. Perusteluksi oli kirjattu, että vaikea sanoa, ehkä toimii jatkossa.



Taulukko 8: Kuinka paljon vastaaja uskoo työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöönottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

Arviointikaavakkeen toisella sivulla oli avoimia kysymyksiä, joista osaan kysymyksistä oli vastattu neljässä palautetussa lomakkeessa. Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin perusteluja vastausvaihtoehdoille kysymyksiin 1-6. Kysymykseen oli vastannut yksi henkilö (14,3 %).

Check lista tosi hyvä! Näkee heti mitä puuttuu/mitä pitäisi vielä ohjata. Ei kiireessä unohda jotain tärkeää, kun kaikki olennainen on listassa.

Toinen avoin kysymys (kahdeksas kysymys) pyysi kertomaan, mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen. Tähän kysymykseen oli vastattu kolmessa lomakkeessa (42,9 %).

Proteesipotilailla käytetään järjestelmällisesti kotiutus-check listiä.

Käyttöön otettu, ohjaus hoitajalta hoitajalle. Moniammatillinen hyvä.

Implementointia varten ei nyt ole ollut sellaista tiedotustilaisuutta, johon itse olisin osallistunut. ”Muistilista” on viime viikon lopulla ilmestynyt ”NUIJAN ALLE” ja vuorossa olleet kollegat ovat tienneet kertoa, että tästä eteenpäin listaa käytetään.

Viimeinen kysymys oli, että mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta. Kysymykseen oli vastattu kolmessa lomakkeessa (42,9 %):

Hyvä kehittämiskohde.

Hyvin valittu kehittämiskohde.

Kotiuttamis-muistilistassa voisi olla maininta vielä HAMMASLÄÄKÄRISSÄ asioidessa muistettavista seikoista (että potilas kertoo että hänellä on tekonivel). ”Mallisuoritus” olisi hyvä printata näkyville, että uudesta käytännöstä saataisiin kaikki irti.



### 7.3 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen sekä Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston kanssa. Yhteistyötapaamiset toteutettiin niin, että ne sopivat parhaiten työyhteisölle. Ajatus kehittämiskohteesta lähti hoitohenkilökunnalta itseltään ja sitä yhtenäistettiin yhdessä työryhmän kanssa. Tarkoituksena oli, että henkilökunnan osallistuminen kehittämistyöhön auttaisi uuden toimintamallin juurruttamisessa työyhteisöön ja lisäisi motivaatiota uuden toimintamallin käyttöön. Kehittämistyön aihe ja sen eri vaiheet esiteltiin osaston henkilökunnalle osastopalavereissa. Esitykset pidettiin selkeinä PowerPoint-esityksinä, jotta niiden seuraaminen olisi mahdollisimman sujuvaa eikä veisi liikaa aikaa potilastyöstä. Kysymykset aiheesta olivat tervetulleita ja niihin vastattiin. Tiedonkeruumenetelminä käytetyt kyselyt olivat vastaajille vapaaehtoisia ja nimettömiä. Aineiston analysoinnin ja raportoinnin jälkeen lomakkeet hävitettiin asianmukaisella tavalla.

Opinnäytetyötä tehdessä huomioitiin eettiset periaatteet siitä, mikä on oikein ja mikä väärin, hyvää tai pahaa, hyväksyttävää tai tuomittavaa. Jokaista työryhmän jäsentä kunnioitettiin ja arvostettiin yksilöinä. Eettisinä perusvaatimuksina pidetään luotettavan tiedon tuottamista, joka ei onnistu, ellei tutkija tiedä muiden tekemiä tutkimuksia tai tutkimusmenetelmiä. (Karjalainen, Launis, Pehkonen & Pietarinen 2002. 58-60). Tätä opinnäytetyötä tehdessä hyödynnettiin kyselytuloksien lisäksi tutkittua tietoa muista kehittämisprojekteista, jolloin voidaan huomioda, että tämän kehittämistyön aihe on muualla todettu toimivaksi kokonaisuudeksi.

Yleensä eettisyys määritellään toisten kunnioittamisena, tasa-arvoisuutena, luotettavuutena ja oikeudenmukaisuuden korostamisena. (Karjalainen ym. 2002. 59-66). Tässä kehittämistyössä eettisyys näkyi myös molemminpuolisena kunnioituksena. Tapaamisten aikataulut piti ja niihin saavuttiin ajoissa. Ilmapiiri oli kollegiaalinen ja jokaisella osapuolella oli oikeus mielipiteeseen ja kysymyksiin. Myös Pohjolan (2007, 29) mukaan tutkimustyössä on tärkeää huolehtia siinä mukana olevien ihmisten loukkaamattomuudesta ja heitä tulee kunnioittaa arvokkaina yksilöinä. Eettisesti keskeisiä valinnan paikkoja ilmenee monesti myös siinä, miten tutkimusta toteutetaan tiedon saamiseksi. Aineiston hankintaa voidaan pitää kriittisenä vaiheena tutkimustyössä. Siihen tulee sisällyttää sekä avoimuus että rehellisyys. Etiikan kannalta on tärkeää informoida avoimesti ja rehellisesti jokaista tutkimuksen osapuolta. (Pohjola 2007, 19-20.)

## 8 Lopuksi

Tämä opinnäytetyö on ollut kokonaisuudessaan pitkä ja monivaiheinen prosessi, joka on kasvattanut minua niin ammatillisesti kuin ihmisenäkin. Työn oli tarkoitus valmistua joulukuuksi 2013. Varsinainen aihe kuitenkin vakiintui vasta loppuvuodesta 2012, joka oli osasy työn valmistumisen viivästymiselle. Lopullinen aihe on kuitenkin osoittautunut todella mielenkiintoiseksi, ajankohtaiseksi sekä opettavaiseksi. Toivonkin, että työstä on hyötyä kirurgisen vuodeosaston henkilökunnalle.

Sähköisen tarkistuslistan käytännöllisyydestä ja toimivuudesta olisi mielenkiintoista kuulla myös tulevaisuudessa. Tarkistuslista ennätti olla hoitohenkilökunnan käytössä vain pienen hetken, kun arviointi suoritettiin, joten arvioinnin lopputulos ei ollut aivan sellainen kuin alussa suunniteltiin. Tarkoituksena oli saada muun muassa yhtenäinen linja kotiutukseen sekä parantaa potilasturvallisuutta. Ajan myötä, kun tarkistuslistan käyttö on tullut tutuksi henkilökunnalle, saadaan todennäköisesti paremmin kartoitettua tarkistuslistan käytännöllisyys sekä toimivuus. Uuden toimintamallin hyödyntäminen arjessa saattaa tuoda esille myös muita tarkistuslistaa koskevia kehittämisehdotuksia, joista olisi mukava kuulla. Nyt, kun tarkistuslistan runko löytyy sähköisestä potilastietojärjestelmästä, voidaan sitä hyödyntää myös muissa erikoisaloissa. Päivittämällä tarkistuslistan sisältö sopivaksi, saadaan se palvelemaan kyseisen osaston tarpeita. Tärkeintä kuitenkin on, että lista tuo apua kotiutustilanteessa niin potilaille kuin hoitajillekin.

## Lähteet

- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2012. hoitotyön kehittäminen juurruttamalla tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea-julkaisut 2012. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Airikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle - johda muutos taitavasti. Keuruu. Otavan kirjapaino.
- American College of Cardiology Foundation. 2012. Simple heart failure checklist reduces re-admission rates, improves care, could save billions. Viitattu 20.5.2013.  
<http://www.cardiosource.org/News-Media/Media-Center/News-Releases/2012/03/HF-Checklist.aspx>
- Carpenter, D., Nieva, V., Albaghal, T. & Sorra, J. 2006. Dissemination Planning Tool: Exhibit A. Viitattu 5.1.2014.  
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety/vol4/planningtool.html>
- de Vries, E., Prins, H., Crolla, R., den Outer, A., van Andel, G., van Helden, S., Sclack, W., van Putten, A., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg, S. & Boermeester, M. 2010. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. The New England Journal of Medicine 2010/363:20, 1928-1937.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitajalehti 12, 38-39.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Viitattu 7.9.2012.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,553,696>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Viitattu 21.8.2012.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,27795,27803,10734,1808>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Potilasrekisterin tietosuojahje. Viitattu 10.2.2014.  
<http://www.hus.fi/tutkijalle/lomakkeet/Tutkimustoimintaa%20koskevat%20lomakkeet/Potilasrekisterin%20tietosuojahje%20%202011.pdf>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Sairaalan potilasopas. Viitattu 12.3.2013.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1667>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. HUS:n strategia 2012-2016. Viitattu 15.3.2014.  
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Vuodeosasto 3A. Viitattu 12.3.2013.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1672,3760,3762>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Vuodeosasto 3B. Viitattu 12.3.2013.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1672,3760,3763>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. -Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos, 2008. Helsinki: WSOY.

Jack, B., Paasche-Orlow, M., Mitchell, S., Forsythe, S. & Martin, S. 2013. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. 2013. Viitattu 26.5.2013.  
<http://web.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/external?sid=2aa1045c-bf06-4d4e-b96d-e7b21232226b%40sessionmgr110&vid=5&hid=117>

Juholin, E. 2010. Arvioi ja paranna! Viestinnän mittaamisen opas. Helsinki: Infor.

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoidaja-lehti. Viitattu 5.2.2014.  
[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04806&p\\_haku=tarkistuslista](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04806&p_haku=tarkistuslista)

Karjalainen, S., Launis, V., Pehkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT. Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita nro 58/01. Viitattu 12.6.2013.  
<http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>

Käypä hoito. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Viitattu 17.3.2014.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50066?hakusana=p%C3%A4iv%C3%A4kirurgia>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 2013. 1992/785,17.8.1992. Viitattu 12.3.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lees, L. 2013. The key principles of effective discharge planning. Nursing Times Vol 109 No 3. Viitattu 17.3.2014.  
<http://www.nursingtimes.net/Journals/2013/01/17/x/l/m/130122-Effective-discharge-planning.pdf>

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2008: 45. Viitattu 2.9.2012.  
<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597>

Luhtasaari, M. & Jämsén, S. 2013. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 12.3.2013.  
[http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk02250&p\\_haku=kotiutus](http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02250&p_haku=kotiutus)

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nieminen, A., Parkkinen, K., Louekoski-Huttunen, T., Malin, A., Rontu, P. & Pammo, O. 2002. Kotiutusprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja B 8.

Ohtanen, H. 2012. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 15.9.2012.  
[http://www.sairanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairanhoidaja-lehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyon\\_punainen/](http://www.sairanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairanhoidaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/)

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.

- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Viitattu 4.12.2013.  
[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm\\_10\\_amksta\\_te\\_rvhuoltoon.pdf?lang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm_10_amksta_te_rvhuoltoon.pdf?lang=fi)
- Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10<sup>th</sup> TOULON-VERONA CONFERENCE, QUALITY SERVICES; Aristotle University, Thessaloniki-Greece, 3-4 September 2007.
- Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P., Noro, A. & Teperi, J. 2003. PALKO - Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Stakes 27/2003. Helsinki.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus. Viitattu 5.1.2014.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>
- Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.): Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Salminen, R. 2013. Kirurgia. Viitattu 12.3.2013.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1672>
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämisprojektissa. Opas käytäntöihin. 2004. Stakes 4/2004. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2009b. Uusi terveydenhuoltolaki. 2008. Viitattu 12.03.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf)
- Suomen sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 6.1.2014.  
[http://www.sairanhoitajaliitto.fi/sairanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairanhoitajan\\_tyo/sairanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairanhoitajaliitto.fi/sairanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairanhoitajan_tyo/sairanhoitajan_eettiset_ohjeet/)
- Taloustutkimus Oy. 2013. Kvalitatiivinen tutkimus. Viitattu 5.12.2013.  
[http://www.taloustutkimus.fi/tuotteet\\_ja\\_palvelut/tiedonkeruuratkaisut\\_ja\\_monitila/kvalitatiivinen\\_tutkimus/](http://www.taloustutkimus.fi/tuotteet_ja_palvelut/tiedonkeruuratkaisut_ja_monitila/kvalitatiivinen_tutkimus/)
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 5.12.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 4.12.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Leikkaussalin tarkistuslista. Viitattu 17.3.2014.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/halo/suositukseset/tarkastuslista](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/halo/suositukseset/tarkastuslista)
- Toivonen, M-T. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto 15.3.2014. HUS. Lohja
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- U.S. Department of Health & Human Services. 2006. Dissemination Planning Tool: Exhibit A. Viitattu 5.2.2014.  
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety/vol4/planningtool.html>

U.S. Department of Health and Human Services. 2011. Re-engineered discharge project dramatically reduces return trips to the hospital. Viitattu 20.5.2013.  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e8abfa1d-2afb-4391-b2b3-14c9e2ddd2eb%40sessionmgr4&vid=25&hid=19>

Vahteri, P. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 18.5.2013. HUS. Lohja.

Vahteri, P. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto 6.2.2014. HUS. Lohja.

Valvira. 2014. Leikkaussalin tarkistuslista. Viitattu 5.2.2014.  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/leikkaussalin\\_tarkistuslista](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/leikkaussalin_tarkistuslista)  
Vanhustyön keskusliitto. 2013. Juurruttaminen. Viitattu 20.5.2013.  
<http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/yhteistyö/juurruttaminen/>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

WHO. 2014. Patient Safety. Viitattu 5.2.2014.  
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/issue/en/index.html>  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pilot\\_sites/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pilot_sites/en/index.html)

## Kuvat

Kuva 1: Juurruttaminen Ahosen ym. (2011) mukaan

Kuva 2: Juurruttamisen suunnittelun komponentit Carpenterin ym. (2006) mukaan

Kuva 3: Tarkistuslistan ulkoasu sähköisessä potilastietojärjestelmässä

## Taulukot

Talulukko 1: Henkilökunnalle tehdyn kyselyn tulokset?

Taulukko 2: Sähköisen tarkistuslistan sisältö kotiutustilanteessa

Taulukko 3: Kuinka paljon työryhmä on edistänyt potilaan kotiuttamisen kehittymistä työyhteisössä sähköisen tarkistuslistan avulla?

Taulukko 4: Kuinka paljon työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?

Taulukko 5: Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää työyhteisössä?

Taulukko 6: Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta on voitu potilaan kotiuttamista kehittää?

Taulukko 7: Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on vastaajan mielestä parantanut potilaan kotiuttamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

Taulukko 8: Kuinka paljon vastaaja uskoo työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöönottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?



## Liitteet

Liite 1 Arviointikyselylomake .....	42
-------------------------------------	----

## Liite 1. Arviointikyselylomake

## POTILAAN KOTIUTTAMISEN KEHITTÄMINEN

## ARVIOINTILOMAKE

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi  
Elina Ora-Hyytiäinen

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella kirurgisen potilaan kotiuttamisen kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja hoitotyön opiskelija. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut kirurgisen potilaan sähköisen tarkistuslistan käyttöönoton kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan prosessikuvauksen, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsitekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat	1	ei lainkaan
	2	jonkin verran
	3	paljon
	4	erittäin paljon
	5	en osaa sanoa

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt potilaan kotiuttamisen kehittymistä työyhteisössänne sähköisen tarkistuslistan avulla?  
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?  
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?  
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet potilaan kotiuttamista kehittää?  
1 2 3 4 5

5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut potilaan kotiuttamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?  
1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?  
1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---

---

---

---

---

---

---

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

---

---

---

---

---

---

---

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!