

VAASAN YLIOPISTO

JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Kati Karjanlahti

TEHOSTETUN KOTIHOIDON HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2018

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	3
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
2. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ SOSIAALI- JA TERVEYDEN- HUOLLOSSA	10
2.1. Moniammatillinen yhteistyö	10
2.1.1 Moniammatillinen tiimityö	14
2.1.2. Tehostettu kotihoito	18
2.2. Päätöksenteko	20
2.2.1. Päätöksenteko moniammatillisessa yhteistyössä	27
2.2.2. Moniammatillinen yhteistyö ja päätöksenteko tehostetussa kotihoidossa	29
2.3. Yhteenveto	35
3. AINEISTON KERUU JA ANALYYSI	37
4. TUTKIMUSTULOKSET	41
4.1. Moniammatillisen yhteistyön kokemukset	41
4.2. Kokemukset päätöksenteosta tehostetussa kotihoidossa	44
4.3. Tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet	45
4.4. Tehostetun kotihoidon tulevaisuus	49
4.5. Tehostetun kotihoidon kehittämisideat	51
5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	53
5.1. Moniammatillinen yhteistyö ja siihen liittyvä päätöksenteko	53
5.2. Haaste vai mahdollisuus	56
5.3. Tulevaisuuden visiot ja kehittämisideat	57
5.4. Yhteenveto	58
LÄHDELUETTELO	59

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimuslupa	74
LIITE 2. Saate haastatteluun.	75
LIITE 3. Haastattelun kysymykset.	76
LIITE 4. Haastatteluun osallistuneet.	77

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Päätöksentekoteoriat.	19
Taulukko 2. Moniammatillinen yhteistyö.	42
Taulukko 3. Päätöksenteko.	44
Taulukko 4. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet tehostetussa kotihoidossa asiakas näkökulmasta.	46
Taulukko 5. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet tehostetussa kotihoidossa organisaation näkökulmasta.	47
Taulukko 6. Tehostetun kotihoidon kehittämisideat.	51

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen yksikkö**

Tekijä:	Kati Karjanlahti	
Pro gradu -tutkielma:	Tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet	
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri	
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede	
Työn ohjaaja:	Pirkko Vartiainen	
Valmistumisvuosi:	2018	Sivumäärä: 78

TIIVISTELMÄ:

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen on parhaillaan menossa Suomessa. Sen tavoitteena on korostaa asiakaslähtöisyyttä, yhdenvertaisuutta, saavutettavuutta, valinnan vapautta, laatua ja kustannustehokkuutta. Tavoitteena on myös kehittää ja lisätä ikäihmisten kotiin annettavia palveluja. Lapuan kaupunki on vastannut tähän haasteeseen jo laatimalla Ikäpoliittisen strategian vuosille 2017-2020. Sen tavoitteena on mm. kotihoidon kehittäminen sekä tehostetun kotihoidon ja kotisaattohoidon toteuttaminen yhdessä akuutti- ja kuntoutusosaston kanssa.

Tämä tutkimus on kohdennettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tutkimuksessa tarkastellaan lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä ja päätöksenteosta Lapuan kaupungin vastaanotto- ja toimenpideosastolla, akuutti- ja kuntoutusosastolla ja kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa heidän kokemistaan haasteista ja mahdollisuuksista tehostetun kotihoidon toteuttamisessa. Tavoitteena on myös saada ammattilaisten näkemyksiä tehostetun kotihoidon tulevaisuudesta ja kehittämisideoita jatko kehittämistä varten.

Teoriaa koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä, päätöksenteosta ja tehostetusta kotihoidosta. Tutkimus suoritettiin laadullisena menetelmänä ja aineiston keruussa käytettiin teemahaastattelua. Tutkimusta varten haastateltiin 3 lääkärinä ja 12 sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa. Tutkimustulosten analyysikeinona on käytetty sisällönanalyysiä. Tutkimustuloksia verrattiin teoreettiseen aineistoon ja aikaisempiin tutkimuksiin.

Tutkimustuloksiksi saatiin, että moniammatillinen yhteistyön järjestäminen on haaste. Yhteisiä palaveri- ja suunnitelmia ei ole tarpeeksi. Päätösprosessit ovat edelleen hierarkkisia. Tehostetun kotihoidon tarve nähtiin lisääntyvänä ja sen kehittämiseen ollaan innostuneita. Se on mahdollisuus saada sairaalatasoista hoitoa kotiin. Sen todettiin tuovan säästöjä organisaatiolle ja asiakkaalle.

AVAINSANAT: moniammatillinen yhteistyö, päätöksenteko, tehostettu kotihoito

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat suurten myllerrysten kourissa. Uudistuksen johdosta kunnilta siirtyy näiden palvelujen järjestämisvastuu maakunnille. Uudistus korostaa asiakaslähtöisyyttä, yhdenvertaisuutta, saavutettavuutta, valinnanvapautta, laatua ja kustannustehokkuutta. Yhtenä tavoitteena on myös kehittää ikäihmisten kotihoitoa oikein kohdennetuilla ja monipuolisilla palveluilla. Erityisosaamista jalkautetaan akuuteissa tilanteissa ja niitä tarjotaan lähipalveluna. (THL: 2017.) Haasteena on pystyä tuottamaan riittävästi laadukasta ja arvoa tuottavaa palvelua ikääntyvälle väestölle. Ikäihmisille tarjotaan mahdollisuutta asua kotona mahdollisimman pitkään. Heille annetaan kotiin hoitoa ja hoivaa sekä myös vaativampaa, jopa sairaalatasoista hoitoa. Kotiin annettava saattohoito on usein ikäihmisten toivomus. (Myller 2011: 8.) Tehostettu kotihoito on yksi tällaisista palveluista, joita voidaan jalkauttaa kotiin annettavaksi. Kotihoidon asiakkaina on yhä iäkkäämpiä, huonokuntoisempia ja monisairaampia, mutta he haluavat olla kotona ja saada hoitoa sinne. Toki tehostettua kotihoitoa voidaan antaa nuoremillekin.

Tehostettu kotihoito ja kotihoito yleensäkin tuovat säästöjä. Useissa maissa tämä on jo huomattukin ja kotihoitoa on alettu laajentamaan ja kehittämään. Lisäksi yhtenä kehittämisen syynä on ollut palvelurakennemuutos, joka on alkanut jo 1980 -luvun loppupuolella. (SBU 1999: 21; Paljärvi 2012: 13.) Tehostetusta kotihoidosta voidaan käyttää myös nimitystä tehostettu kotisairaanhoito tai kotisairaalahoito. Näiden sisällöt ja toimintatavat voivat olla erilaisia eri kunnissa. (Hirvonen 2010: 15.) Tässä tutkimuksessa käytetään nimitystä tehostettu kotihoito.

Kotihoidolle kuuluvat kotipalveluiden, tukipalveluiden ja sairaanhoitopalveluiden järjestäminen. Tehostettu kotihoito on yksi sairaanhoidollisista palveluista. Tehostetun kotihoidon tavoitteena on palvelun nopea ja joustava tarjoaminen viikon jokaisena päivänä. Siinä hoidetaan sairaalatasoista hoitoa tarvitsevia potilaita heidän kotonaan. Erona tavalliselle kotihoidolle on hoidon tarpeen lyhytkestoisuus ja äkillisyys. Tehostetun kotihoidon käynnit voidaan suunnitella kiirevastaanotolta tai akuutti- ja kuntoutusosastolta käsin. Joskus asiakas tulee suoraan keskussairaalaan. Kiirevastaanotto on osa vastaanot-

to- ja toimenpideosaston toimintaa. Yleisimpiä tehostetun kotihoidon käyntejä ovat suonensisäiset antibiootit ja saattohoito. Lisäksi siihen voi kuulua vaativien haavojen hoito sekä vaativat useasti päivässä tarvittavat kotikäynnit. Tehostettu kotihoito voi lähteä asiakkaan tai hänen läheisensä toivomuksesta, lääkärin tai sairaanhoitajan ehdotuksesta. Tavoitteena on vastata asiakkaan tarpeisiin. Tehostetun kotihoidon aloittamisesta vastaa lääkäri. Kiirevastaanotossa se on sillä hetkellä työvuorossa oleva lääkäri ja akuutti- ja kuntoutusosastolla osaston kiertävä lääkäri. Sen onnistumiseen vaikuttavat sillä hetkellä olevat resurssit kotihoidossa tai akuutti- ja kuntoutusosastolla.

Tehostetun kotihoidon toteuttamiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Eri ammattiryhmä tuovat oman näkemyksensä ja tietotaitonsa muun työryhmän hyödynnettäväksi. Kaikilla moniammatillisen tiimin jäsenellä on sama tavoite eli toiminta asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi. Asiakas on aina keskiössä. Moniammatillisessa tiimisessä tehdään yhdessä päätökset sen hetkisen tiedon valossa. Vaihtoehtoista valitaan sillä hetkellä paras vaihtoehto. (Simon 1979: 88–89.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveyssektorilla mahdollistaa tehostetun kotihoidon onnistumisen. Tarkoituksena on myös tarkastella, miten moniammatillinen yhteistyö ja siihen liittyvä päätöksenteko sujuvat yhteistyössä Lapuan kaupungin vastaanotto- ja toimenpideosaston, akuutti- ja kuntoutusosaston sekä kotihoidon kanssa. Tutkimuksella halutaan selvittää myös millaisena haastateltavat näkevät tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet sekä tulevaisuuden. Haastateltavilta kysyttiin myös kehittämisideoita tehostettuun kotihoitoon. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa yhteistyön ja tehostetun kotihoidon kehittämisessä. Aihe kiinnostaa minua, koska olen työskennellyt pitkään vastaanotto- ja toimenpideosastolla ja tällä hetkellä työskentelen kotihoidossa. Olen aikaisemmin ollut hankkeessa suunnittelemassa ja aloittamassa Lapualla tehostettua kotihoitoa. Tutkimuksessa ei tarkastella asiakkaan näkökulmaa vaan tutkimus sijoittuu työntekijöiden kokemuksiin.

Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla. Haastattelun avulla saatiin paremmin tietoa työntekijöiden kokemuksista tehostetusta kotihoidosta ja ajatuksia sen tulevaisuudesta

Lapuan kaupungissa. Teemoina olivat moniammatillinen yhteistyö, päätöksenteko, tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet, tehostetun kotihoidon tulevaisuus sekä sen kehittämisideat. Haastateltavina olivat vastaanotto- ja toimenpideosaston, akuutti- ja kuntoutusosaston sekä kotihoidon vastuulääkärit ja yksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat/terveydenhoitajat. Haastateltavia oli yhteensä 15.

Tutkimuksessa haetaan vastauksia kysymyksiin:

1. Mitä on moniammatillinen yhteistyö ja siihen liittyvä päätöksenteko?
2. Millaisia haasteita ja mahdollisuuksia tehostetun kotihoidon toteuttamiseen sisältyy?
3. Millainen on tehostetun kotihoidon tulevaisuus?

2. MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1. Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisella yhteistyöllä on useita määritelmiä ja merkityksiä. Sillä kuvataan monenlaista yhteistyötappaa eri asiantuntijoiden välillä. Näillä asiantuntijoilla on yhteinen tehtävä tai ongelma, joka vaatii ratkaisua. Asiantuntijat kokoontuvat yhteen ja tekevät päätöksiä, jotta asetettuihin tavoitteisiin päästäisiin. (Isoherranen 2008: 33.) Moniammatillista yhteistyötä voidaan määritellä useiden ammattiryhmien väliseksi prosessiksi. Ammatillaiset jakavat tietonsa tasapuolisesti kaikkien toimijoiden kanssa ja myös kuuntelevat toistensa mielipiteitä. Toiminta on suunnitelmallista ja asiakas on aina keskiössä. (Lockhard-Wood 2000: 276–280.)

Eri ammattiryhmien kokonaisvaltaista ja laaja-alaista tietotaidon yhdistelmää voidaan myös kutsua moniammatilliseksi yhteistyöksi. Yhteistyössä voidaan tehdä asiakasta koskevia päätöksiä. Ammattiryhmät ovat sitoutuneita yhteistyöhön ja he ovat valmiita työskentelemään yli organisaatorajojenkin asiakkaan parhaaksi. (McCallin 2001: 419–420; Kenny 2002: 65.) Kun moniammatillinen työryhmä kokoontuu yhteen, on heillä yhteinen tavoite, johon etsitään vaihtoehtoja. He ovat siksi myös riippuvaisia toisistaan. Toimivassa yhteistyössä he kaikki ovat tasa-arvoisia ja kollegiaalisia toisiaan kohden. He ovat yhdessä vastuussa päätöksenteosta. (D'Amour, Ferrada-Videla & MartínRodríguez 2005: 123.) Moniammatillista yhteistyötä voidaan käyttää toiminnan välineenä. Haasteina moniammatillisessa yhteistyössä on koota yhteen sellaiset henkilöt, joiden vahvuudet ja osaaminen saadaan ohjattua asiakkaan hyväksi. (Ora 2005: 29.)

Moniammatillisessa yhteistyössä pitää huomioida asiakaslähtöisyys, mahdollisuus tiedon kokoamiseen, vuorovaikutustaidot, ammattihenkilöiden roolien muutokset ja verkostot. Hyvin toimivassa yhteistyössä nämä voivat onnistua. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä ovat työntekijöiden arvostus, tasa-arvo ja ilmaisun vapaus. Tärkeää on huolehtia tarvittavasta lisäkoulutuksesta. Koulutusten hyötynä on lisätä motivaatiota, tietoa ja taitoa sekä muuttaa asenteita. (Isoherranen 2008: 17, 35.)

Vuorovaikutuksesta puhutaan silloin, kun tehdään yhteistyötä usean ammattiryhmän edustajan kanssa. Ryhmän jäsenten tulee ottaa toisensa huomioon ja yhdistää tietotaitonsa yhteisen ongelman ratkaisun etenemiseksi. (Payne 2000: 9.) Vuorovaikutusprosessi muodostuu moniammatillisessa yhteistyössä. Siinä ratkaistaan ongelmia, jaetaan tietoa, päätetään asioista yhdessä ja jaetaan vastuut. Se on tieteenalojen välistä ja jokainen tuo siihen oman panoksensa. Tärkeimpinä asioina yhteistyön onnistumiselle on vuorovaikutus, johdon tuki ja rakenteiden rakentaminen. Huomiota pitää kiinnittää lisäksi roolien jakamiseen tasapuolisesti. (Petri 2010:73–76.) Työryhmän jäsenet voivat olla hyvin erilaisia. Erilaisuus täytyisi osata hyödyntää asiakkaan, muiden työntekijöiden ja koko organisaation hyväksi. Kaikki voivat myös oppia muilta. Huomioitavaa on toisten tasavertainen kohtaaminen. (Savileppä 2005.)

Vuorovaikutuksessa moniammatillisessa ryhmässä tuotettua tietoa kuvataan myös tarjoumana. Tarjoumat voivat olla kokemuksia, tietämystä asioista, taitoa tai vaikkapa esineitä, joiden avulla toiset saavat uusia toiminnallisia mahdollisuuksia. (Gibson 1986; Peavy 1999; Spangar 2000: 18; Vanhalakka–Ruoho & Juutilainen 2003). Tarjoumia eli toisten hiljaista tietoa voi hankkia itselleen kuuntelemalla toisten kokemuksia, olemalla luottamuksellinen ja avoin (Komulainen 2000: 251). Tarjoumia jakamalla, niiden perustelemisella, omilla arvoilla ja uskomuksilla voidaan yhteistyössä tuottaa uutta tietoa. Joskus ne voivat olla ristiriidassakin toisten ajatusten kanssa. Silloin pitää yrittää ymmärtää toisen mielipidettä, perusteluja ja syventää omia ajatuksia. (Korhonen 2000: 57.) Moniammatillisen työryhmän jäsenillä voi olla paljon hiljaista tietoa. Hiljaista tietoa on vaikea selittää, sitä on tullut kokemuksen myötä. Hiljaisen tiedon jakamisella moniammatillisissa palaverissa on mahdollisuus uuden tiedon luomiseen. (Nonaka & Takeuchi 1995.)

Moniammatillista yhteistyötä voidaan hyödyntää esimerkiksi strategisessa suunnittelussa, hallinnollisten kysymysten ratkaisuisissa ja asiakkaan tarpeiden selvittämisessä. Kun kokoonnutaan yhteen, saman pöydän ääreen, on tiedon jakaminen toisille helpompaa ja asioihin saadaan erilaisia näkökulmia ja informaatiota eri aloilta. (Isoherranen 2005: 14–15.) Payne (2000: 40–42) jakeakin yhteistyölle seitsemän tärkeää tavoitetta. Ne ovat tietojen ja taitojen yhteen saattaminen, tiedon jakaminen, hoidon ja huolenpidon jatku-

minen, vastuun jakaminen sekä varmistaminen, suunnitteluresurssien koordinointi, asiantuntijoille annettavien resurssien yhteiskoordinointi ja asiakkaan näkökulman ottaminen mukaan työskentelyyn.

Puhuttaessa moniammatillisesta yhteistyöstä työ pyritään näkemään kokonaisuutena. Työn ja sen prosessien sekä asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseen tarvitaan eri alojen osaamista sekä asiantuntijuutta. (Housley 2003: 97.) Työryhmissä voi olla esimerkiksi lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, sosiaalihoitajia, ravitsemusterapeutteja, psykologeja, sairaalapastoreita, fysio- ja toimintaterapeutteja, bioanalytikoita, röntgenhoitajia sekä osastosihteereitä. He voivat omata ammattinsa lisäksi myös erilaisia erityisosaamisia. Heillä voi olla hierarkkinen asema ja se yleensä muodostuu työtehtävien vaativuudesta, koulutustasosta sekä ammattitaidosta. Yhtenä työkaluna voidaan hyödyntää yksilöllistä suunnitelmaa, joka tehdään vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Yhdessä asiakkaan, hänen omaistensa ja moniammatillisen työryhmän kanssa pohditaan siihen tavoitteet ja suunnitellaan toimenpiteet, miten näihin tavoitteisiin päästäisiin. (Isoherranen 2008: 13–14, 34.)

Millerin ja Freemanin (2003: 122–124) tutkimuksen mukaan moniammatillisen yhteistyön haasteena ovat sekä työntekijöistä että organisaatiosta johtuvat tekijät. Yleensä ne ovat resurssipula, hierarkkinen toimintamalli, rakenteiden hajanaisuus ja poliittinen hallinto. Tutkimuksessa on todettu, että tieto kulki ammattilaisten välillä ja asiakkaalle paremmin silloin kun yhteistyö tiimissä oli hyvä. Tiedon jakaminen ja saaminen helpottivat päätöksentekoa.

Moniammatillisen yhteistyön haasteiksi koetaan erilaiset näkemykset asioista, arvoista, ammatillisista intresseistä, kilpailusta ja vallanhalusta. Lisäksi haasteita luovat taloudelliset asiat ja yhteisen ajan löytyminen. Kirjaaminen voi tapahtua eri organisaation alla, joten tietojen luovutus ja tietosuojasta huolehtiminen on hankalaa. (Klein 1990: 141–150; Leathardin 2003: 7–8.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa haasteina moniammatilliselle yhteistyölle on tietosuoja- ja salassapitosäännökset. Sähköiset tietojärjestelmät ovat jo mahdollistaneet tiedon hyödyntämisen organisaatioiden välillä. Salassapito kuitenkin vaatii lisäksi oman tarkastelunsa. (Silvennoinen-Nuora 2010: 316.)

Moniammatillista ja poikkihallinnollista yhteistyötä ohjaa julkinen päätöksenteko. Moniammatillinen yhteistyö vaatii kehittämistä. Kehittämistä voidaan tehdä yksikön sisällä tai organisaatioiden välillä. Jokainen ryhmään osallistuja on erilainen ja hänellä on oma tapa tehdä töitä. Hänellä voi olla erilaiset arvot. Ryhmäläisiä ohjaa työntekoon myös heidän asenteensa ja motivaationsa työtä kohtaan. Jokaisella on omat tietotaidot ja kokemukset sekä oletukset asioista. Kommunikaatio on erittäin tärkeää. (Stenmark 2002.) Joillakin voi olla hankalaa tehdä yhteistyötä, kun eri ihmisillä on erilainen toimintakulttuuri ja ammatillisuus. Hyvän yhteistyön edellytys on yhteisen ajan löytäminen ja tilan antaminen toiselle. (Engeström 2004; Linnamaa & Sotarauta 2000: 43.)

Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveystieteillä moniammatillinen yhteistyö vaatii yhteistä ajattelutapaa ja tietoutta yhteisestä päämäärästä. Yhteistyön hiominen vaatii ohjausta ja johtajuutta. Työntekijöiden asenne yhteistyölle tulee olla avointa ja sille täytyy johdon luoda mahdollisuudet. Pelkkä johtajan määräys yhteistyöhön ei mahdollista hyvän tiimityksen onnistumista. Työntekijöiden vaihtuvuus myös vaikeuttaa tiimityksen jatkuvuutta. (Miller ym. 2003: 122–124; Lingard, Espin, Evans & Hawryluck 2004; Körner 2008; Kvarnström 2008: 200-203.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatilliselle yhteistyölle on monenlaisia haasteita. Yhteistyö vaatii yhteisten asioiden sopimista ja sitoutumista niihin. Roolien tulee olla joustavia ja vastuut selkeästi jaettuina. Tiedon kokoaminen luo omat haasteensa ja vaatii ohjeistukset niiden keräämiseen. Organisaatioiden rakenteet ja rajat vaikuttavat yhteistyön onnistumiseen. Organisaatiot voivat olla fyysisesti kaukana toisistaan. Se vaatii myös oppimista yhteistyöstä ja koulutuksia tulee järjestää tarpeen mukaan. (Isoherranen 2008: 17–19.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa on totuttu toimimaan yksin ja tekemään päätöksiä joko yksin tai hyödyntämällä oman ammattiryhmän jäsenten tietoa. Teoriassa moniammatillista yhteistyötä pidetään arvossa, mutta käytännössä se ei useinkaan toteudu. Yhteisiä hoitolinjoja ei saada aikaiseksi, koska työntekijät ovat eri ammattiryhmistä ja jopa eri yksiköistä tai organisaatioista. (Lehtomäki 2009: 212.)

2.1.1 Moniammatillinen tiimityö

Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa vaihtelee. Se on tiimityötä, mutta sen organisoituminen vaihtelee työtehtävistä ja yksiköistä riippuen. (Millward & Jeffries 2001: 283–284). Tiimityö onkin yksi moniammatillisen yhteistyön kuvaus. Tiimi koostuu kahdesta tai useammasta henkilöstä. Heillä voi olla erilaisia rooleja ja tehtäviä, mutta ne ovat sidoksissa toisiinsa ja heillä on yhteinen tavoite. (Salas, Dickinson, Converse & Tannenbaum 1992: 4). He ovat sitoutuneita yhteisen ongelman selvittämiseksi. Heillä on samansuuntainen tapa toimia ja he jakavat vastuut tiimiläisten kesken. (Katzenbach & Smith 1993: 45.) Sitä kutsutaankin usein yhteisölliseksi, jaetuksi asiantuntijuudeksi. Se vaatii tehtävien yhteensovittamista ja yhteistyötä. Tiimityön onnistumisessa täytyy osata hyödyntää tiimin jäsenten tietoja ja taitoja sekä asennetta. Tiimiläiset ovat riippuvaisia toisistaan. Lääkäri tarvitsee hoitajaa ja hoitaja lääkäriä. Usein kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollossa toimitaan yksilöinä. Erikseen toimiminen johtuu osaksi siitä, ettei tiimin jäseniä kouluteta yhdessä. (Baker, Day & Salas 2006.) Tämä on useilla työpaikoilla tiedossa, mutta siitä huolimatta yhteisiä koulutuksia eri ammattiryhmille ei tarpeeksi järjestetä. (Nembhard & Edmondson 2006: 943–944). Potilasturvallisuuden vuoksi tiimityö olisi tärkeää. Vaikka tiimi työskentelisivikin yhdessä, ei se takaa tehokasta ja parasta hoitoa. Tiimityön onnistumisen ehto ei ole kuitenkaan sekään, että tiimin jäsenet työskentelisivät jatkuvasti yhdessä. (Baker ym. 2006.)

Tiimityö perustuu ryhmän dynamiikkaan. Siinä työntekijöitä pidetään tiimien kehittäjinä ja ongelmien ratkaisijoina. Tiimiläisillä on erilainen koulutustausta, mutta he työskentelevät yhdessä ratkaistakseen asiakkaiden ongelmat. Tärkeää on luoda rakenteet, missä tiimiläiset voivat ratkaista näitä ongelmia yhdessä ja työskennellä keskinäisessä riippuvuudessa. Tiimiläiset hyväksyvät toisensa ja hyödyntävät toistensa tietoutta. (Drinka & Clark 2000: 6.) Tiimillä voi olla yhteinen tehtävä ja he ovat riippuvaisia toisistaan päästäkseen tuloksiin. Tiimiläiset kokevat yhteenkuuluvaisuutta ja näkevät itsensä sosiaalisena kokonaisuutena. (Cohen & Bailey 1997: 241.) Hyvän tiimityön tärkeä tekijä on yhteinen näkemys tiimityöstä ja asiakkaan hoidosta. Asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi ja päätösten tekemiseksi valitaan tiimeihin oikeat jäsenet. Kaikilla tiimin jäsenillä on vastuu toiminnasta, tiedon jakamisesta ja roolien määrittelystä. Roolit ovat

joustavia ja tiimin työskentelyssä hyödynnetään eri jäsenten tietotaitoa. Yhteisistä kirjaamisen tavoista, arvioinneista ja seurannasta pidetään huolta. (Miller ym. 2003: 122–124.)

Moniammatillisen tiimin yhteistyön järjestäminen ei ole aina helppoa. Jokainen toimii omassa yksikössään. Rajat sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ovat edelleen näkyvissä. Yhteisiä käytäntöjä on vaikea luoda näiden välille. (Terpstran, Best, Abrams & Moor 2010: 517–518.) Jokainen moniammatillisen tiimin jäsen tarkastelee asiakkaan asioita ja vointia omasta näkökulmastaan. Joskus se voi olla myös este yhteistyön onnistumiselle ja varsinkin silloin, kun työryhmässä on korkea hierarkia. Oman arvion tunteminen voi olla myös este hoidon onnistumisessa, samoin jos asiakasta ei kuunnella ja hänen toiveitansa noudateta. (Isoherranen 2008: 15–16.)

Arki on usein kiireistä ja yhteistyön suunnitteluun on usein vain vähän aikaa. Keskusteluyhteys ja luottamuksen rakentaminen täytyy tapahtua nopeasti. Moniammatillisen tiimin jäsenet voivat vaihtua, mutta yhteistyön pitäisi jatkua saumattomasti. Toiminnan tulisikin olla jatkuvaa ja prosessit kaikkien tiedossa. (Nikander 2003: 287; Pullon 2008: 141.) Moniammatillisuutta tarvitaan varsinkin hoitoprosessien johtamiseen ja järjestämiseen. Ohjeet tulee olla yhtenäiset, prosessit tehokkaita ja tiedottaminen tapahtua oikeille henkilöille. Uusien työntekijöiden informoiminen on myös tärkeää. Hiljaisen tiedon jakaminen kaikille on haasteellista. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012: 28, 41.)

Hoidon ja sen laadun parantamiseen on tarvittu tiimityötä ja nimenomaan moniammatillista tiimityötä. Parhaan hoidon saavuttamiseksi tarvitaan erilaisia näkökulmia asiakkaan tilasta ja erilaisista prosesseista. Lääkäreillä on lääketieteellinen osaaminen, hoitajilla on usein enemmän tietoa juuri siitä asiakkaasta, koska he ovat enemmän vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Usein näitä tietoja ei kuitenkaan jaeta. Tutkimuksissa on todettu, että hoitajat tekevät luovia ratkaisuja, mutta eivät aina välitä niitä hierarkiassa ylemmällä olevalle. (Tucker & Edmondson, 2003: 61). Sosiaali- ja terveysalalla olleet tiimit eivät ole aina toimineet toivotulla tavalla moniammatillisesti. Ei riitä, että pelkäänsään organisoimalla työtä tiimeihin ja keräämällä ihmiset yhteen saataisiin hyviä kehit-

tämistuloksia. On hyvin epärealistista ajatella, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu vain tuomalla ammatilaiset saman pöydän ääreen. (D`Amour ym. 2005: 126; Kvarnström 2008: 191–203.) Tiimityön historia vaikuttaa uusien mallien käyttöön ottamista. Vanha tiimityön malli oli hyvin hierarkkinen. Siinä ei koordinoitu toimintaa eikä tietoa koottu järjestelmällisesti yhteen. (Isoherranen 2012: 33.)

Esteinä yhteistyön onnistumiselle on usein hierarkkinen organisaatiorakenne ja hallinto. Hierarkian ylimpänä ovat useimmiten lääkärit. Tällaisten yhteisöjen johtaminen vaatii osaamista, jotta lääkärit, hoitajat ja muut tiimin jäsenet pysyisivät yhtenäisenä joukkona. Liian hierarkkinen tapa voi vaikeuttaa hyvän lopputuloksen saavuttamista. Tutkimusten mukaan onkin todettu tämän hierarkian vaikeuttavan lääkäreiden ja hoitajien kommunikaatiota ja siitä johtuen myös asiakkaan hoitoa. Luottamus ja itsevarmuus voivat kuitenkin tätä hierarkkista asemaa keventää ja sen kielteisiä vaikutuksia vähentää. Hierarkia estää moniammatillisen päätöksenteon tekemistä varsinkin silloin kun se pitäisi tehdä nopeasti. Hierarkkinen päätöksenteko vaikeuttaa myös tiedonkulkua sekä keskustelua eri ammattiryhmien välillä. (Baker ym. 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on hierarkian vähentämiseksi sitoutettu erilaisia moniammatillisia työryhmiä tekemään yhteistyötä ja lisäämään keskinäistä luottamusta. Yhteisiä koulutuksia on pyritty järjestämään. Tavoite jokaisella on kuitenkin sama mitä kohti mennään. Joskus päätös joudutaan vielä hyväksyttämään hierarkiassa korkeammalta tasolta. (Ramanujam & Rousseau 2006: 820.)

Körnerin (2008) kehitti viiden moduulin ohjelman, minkä avulla voidaan arvioida tiimien kehitystarpeita ja ohjata sen kehitystä. Nämä moduulit ovat toteutuksen ohjaaminen, kommunikaatioharjoitukset, asenteiden muutos tiimityötä kohtaan, tehtäväkeskeisen tiimin kehittäminen ja tiimityön sosiaalisten rakenteiden kehittämisen harjoittelu. Körnerin tutkimuksessa tarkasteltiin tiimin rakennetta, tiimin prosessia ja tiimityön onnistumista. Körner tutki mitä eroja on monitieteisellä tiimillä ja tieteiden välisellä tiimillä. Hänen mukaansa kaikki moduulit ovat sidoksissa toisiinsa. Kaikissa tutkituissa tiimeissä oli jotain kehitettävää. Tiimianalyysin avulla Körner näkee mahdollisuuden tunnistaa heikkouksia tiimin rakenteissa, prosesseissa ja tuloksissa. Tutkimus osoitti

myös, että tieteiden välisen tiimimallin mukaan toimivat tiimit toimivat paremmin kuin monitieteisen mallin mukaan toimivat niin prosessissa kuin työn tuloksissakin.

Kvarnström (2008: 991–2003) on tutkinut moniammatillisten tiimien kehitystarpeita perusterveydenhuollossa. Hänen tutkimuksensa tavoitteena oli tunnistaa ja kuvata vaikeuksia, joita terveysalan ammattilaiset kokevat moniammatillisessa tiimityössä sekä sitä, miten vaikeuksien verbaalinen käsittely mahdollisti yhteistyön oppimista. Tutkimuksen tuloksena oli, että tiimien välinen yhteistyö oli ammattien välisesti sekä poikiammatillisesti toimivaa. Hankaluuksia todettiin tiimin dynamiikassa, lähinnä vastuun jakautumisessa. Vaikeuksia syntyi myös eri ammattiryhmien tiedon hyödyntämisessä. Kaikkia ei arvostettu tiimissä yhtä paljon ja tieto ei saavuttanut kaikkia ennen päätöksentekohetkeä. Lisäksi tiimityön vaikeudeksi Kvarnström totesi ympäröivän organisaation vaikutuksen. Henkilökunnalla ei ole vaikutusmahdollisuuksia ja se vaikeutti moniammatillista yhteistyötä. Hierarkia näkyi arvoissa. Tiimien jäseniä ei oltu valittu oikein. Nämä johtivat siihen, ettei resursseja saatu hyödynnettyä asiakkaan ongelmien ratkaisussa ja päätöksiä ei saatu tehtyä. Moniammatillisen tiimityön vaikeuksien tunnistaminen mahdollistaa oppimisen ja auttaa näin korjaamaan ne seuraavaa kertaa varten.

Sicotten, D'Amourin ja Moreaultin (2002) tutkimuksessa saatiin samanlaisia tuloksia kuin Kvarnströmin tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan julkisesta terveydenhuollosta saatiin tulokseksi jännitteiden syntyminen moniammatillisessa yhteistyössä. Eri ammattiryhmät arvostivat yhteistyötä, mutta ongelmia todettiin ryhmän sisäisessä dynamiikassa. Ammattiryhmien välillä oli eri ajattelutapoja ja ne vaikeuttivat yhteistyön onnistumista. Samansuuntainen tulos saatiin myös Lingardin ym. (2004) tutkimuksessa. Sisäiset jännitteet vaikuttavat tiimityöhön ja eri ammattiryhmien välille syntyy herkästi kilpailua. Jos tiimiläiset tunnistavat toistensa taidot ja arvostavat heidän mielipiteitään, on yhteistyö sujuvampaa. Yhteiset pelisäännöt tulee laatia ja ymmärtää niiden tärkeys.

Moniammatillista yhteistyötä ja tiimityötä tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, jotta voidaan vastata tulevaisuuden muutoksiin. Se vaatii muutoksia myös johtamistavassa. (Engel & Gursky 2003: 44–45.) Työelämässä on jatkuvasti muuttuvia haasteita. Ammattilaisilta odotetaan moniammatillistista yhteistyötä, kouluttautumista, oman itsensä

kehittämistä sekä kykyä vastata muuttuviin vaatimuksiin. (Lauri 2007: 53.) Muutosta tarvitaan myös siksi, että yhteistyötä ohjaavat omat arvot ja työskentelytavat (D'Amour & Oandasan 2005: 9).

2.1.2. Tehostettu kotihoito

Kotihoidolla on useita määritelmiä ja sisältöjä. Kotihoidolla yleensä tarkoitetaan kotiin annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja. (Rissanen, Laitinen-Junkkari, Hirvonen & Sinkkonen 1999: 71; Paljärvi, Rissanen & Sinkkonen 2003: 87; Perälän & Hammarin 2003: 8; Andersson, Haverinen & Malin 2004: 481.) Kansanterveystieteen mukaisesti kotisairaanhoidolla tarkoitetaan terveyskeskuksen lääkärin, terveydenhoitajan, erikoissairaanhoitajan, sairaanhoitajan ja lähihoitajan antamia palveluja. Palvelut annetaan asiakkaan kotiin, jossa he pystyvät vielä asumaan, vaikka heillä on sairauksia. He tarvitsevat apua sairautensa hoitamiseen ja hoitotoimenpiteisiin sekä voimien seurantaan. Kotisairaanhoito perustuu hoitosuunnitelmaan. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997: 9.) Lain mukaan kunta on velvollinen järjestämään kotihoidon palvelut. Ne voidaan tuottaa omana toimintana, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostopalveluna. Joissakin kunnissa on käytössä myös palveluseteli. (Heinola 2007: 65).

Maailman terveysjärjestö, WHO, on määritellyt kotihoidon seuraavasti: ”kotihoito on joukko erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Yhteen sovitettujen palvelujen tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa.” (Hammar 2008: 21.) Eri maissa käytetään kotihoitosta erilaisia nimityksiä riippuen kuka hoidon antaa ja mikä on sen sisältö sekä tavoite. Home care on käytössä silloin, kun hoitoa antaa ammattilainen, family care tarkoittaa palkatonta hoitotyötä ja informal care antaa perheet, naapurit ja ystävät. Informal care on myös palkatonta. (Thomé, Dykes & Hallberg 2003: 861; Timonen 2008: 111.) Suomessa kotihoito ja kotisairaanhoito ovat kuuluneet aikaisemmin eri hallintokuntiin. Kotihoidosta on käytetty nimitystä kotipalvelu. Kotipalvelu on kuulunut sosiaalihuoltoon ja kotisairaanhoito terveystoimeen. (Tepponen 2009: 17.)

Kotihoidon tavoitteena on tukea iäkkäiden, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden pärjäämistä kotona. Kotihoito tuottaa palvelut kotiin ja onkin lain mukaan iäkkäiden ensisijainen palvelumuoto. Kotihoitoa ohjaavat mm. sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. (Ikonen 2013: 10–12, 23; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveys palveluista 980/2012.) Palveluja annetaan kotiin ihmisille, jotka eivät pysty käyttämään avoterveydenhuollon palveluja. Syynä voi olla hänen sairautensa, vammansa tai toimintakykynsä. He kuitenkin pärjäävät vielä kotona kotihoidon turvin. Palveluita annetaan moniammatillisesti. (Hyry 2011: 9.)

Kotihoito aloitetaan usein vanhuksen kyvyttömyyden vuoksi hoitaa itse itseään. Hänellä voi olla muistisairaus tai jokin muu perussairaus. Omaiset asuvat muualla tai ovat väsyneet hoitamaan vanhusta. Kotihoidolla tulee olla selvät kriteerit, mitä annetaan kenellekin ja missä vaiheessa. Palvelujen tulee olla myös tasapuolisia. Kotihoito voi olla myös osana omaisten tukea. Omaisia kannustetaan vanhuksen hoitoon ja puolisoa olemaan omaishoitajana. Kotona asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidossa on tärkeää huomioida asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallisuus sekä omatoimisuus. Ihmisten perustarpeet eivät muutu, mutta työtavat ja kunnan määrärahat muuttuvat. (Aho 1999: 208–215.)

Kotihoitoa ja kotisairaanhoitoa annetaan jo useassa kunnassa ympäri vuorokauden. Kotihoidolle kuuluvat kotipalveluiden, tukipalveluiden ja sairaanhoitopalveluiden järjestäminen. Kotihoito muodostuu kotipalveluista ja kotisairaanhoidosta. Kotihoito voi sisältää esimerkiksi hoivaa, hygieniasta huolehtimista, ruokahuollon järjestämistä, vaatehuoltoa, asiointia, lääkehoitoa, sairaanhoitoa, voinnin seuranta ja saattohoitoa. Kotisairaanhoito on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista terveyden ja sairaanhoidon palvelun toteutusta. (Ikonen 2013: 15–23.) Kotihoito on asiakkaan itsenäisyyden ja kotona pärjäämisen tukemista. Kotihoidon tavoitteena on taata asiakkaalle hyvä elämänlaatu, hyvinvointi, auttaa toimintakyvyn ylläpitämisessä, hoitaa sairauksia ja luoda edellytykset tyytyväiseen elämään. Palveluihin kuuluvat myös lääketieteelliset palvelut eli lääkeripalveluiden järjestäminen ja saattohoito. Kuntoutus kuuluu myös vahvasti kotihoidon työhön. Fysioterapeutti voi käydä kotona tekemässä apuvälinearviota ja arvioida kodinmuutostöiden tarpeellisuutta. Hoitotarvikejakelu on tärkeä osa hoidon järjestämises-

sä. (Hammar 2008: 22; Paljärvi 2012: 21–22.) Kotihoidon tavoitteena on auttaa iäkkäitä selviytymään omassa kodissaan mahdollisimman pitkään (Ikonen & Julkunen 2007: 16). Kotihoidon periaatteina on toimia luottamuksellisesti, asiakaslähtöisesti ja rehellisesti. Työntekijöitä velvoittaa salassapitovelvollisuus. Tenkanen (2003: 13) puhuu kotihoidon kokonaisuudesta. Hän yhdistää ne yhteisiksi koti- ja sairaanhoitopalveluiksi tukipalveluineen.

2.2. Päätöksenteko

Päätöksenteossa on kyse valinnoista. Päätöksen teossa asetetaan tavoitteet ja jotta näihin tavoitteisiin päästäisiin, on valittava keinot. (Hyryläinen 2012: 43.) Salmisen (1993: 78, 83) mukaan suunnittelulla on tärkeä merkitys päätöksenteon onnistumiselle. Suunnitteluvaiheessa hankitaan ja tuotetaan tietoa päätöksenteon tueksi. Nämä päätökset ohjaavat myös tulevia päätöksiä. Harvoin siis tehdään ihan uusia päätöksiä, vain päätöksentekijät voivat osaksi vaihtua.

Sosiaali -ja terveydenhuollossa tehdään hoidollisia päätöksiä päivittäin. Päätökset liittyvät ihmisen terveyteen ja sairauteen sekä niiden hoitoon. Päätöksenteon tueksi tarvitaan tietoa, joka aiheeseen liittyy ja sitä tulee itsekkin etsiä. Päätöksentekijän toimintaan vaikuttavat arvot, normit, säännöt ja yleistiedot. Koulutuksesta, työstä ja kokemuksesta on saatu jo hyvää tietopohjaa ja se muotoutuu vuosien myötä. Ammatillinen tieto tuo lisäksi erityistietoa. Hoitotyön päätöksenteossa tarvitaan tutkittua, eettistä, esteettistä ja henkilökohtaista tietoa. Tutkitulla tiedolla selitellään hoitoja ja niiden vaikutuksia. Moniammatillisella työryhmällä on ammattiryhmiensä puolesta erityisosaamista, jota on saatu koulutuksen ja kokemuksen kautta. Tutkittu tieto muuttuu jatkuvasti. Arvot, periaatteet, normit ja moraaliset kysymykset ovat eettistä tietoa. Eettinen tieto ei anna valmiita vastauksia. Se auttaa pohtimaan onko päätös mahdollinen, juuri oikea ja onko se vastuullisesti tehty. Esteettinen tieto on hoitamisen taitoa. Siinä korostuvat inhimillisyys, tieto ja tekninen osaaminen. Henkilökohtainen tieto syntyy kokemuksen kautta. Sitä voidaan kutsua hiljaiseksi tiedoksi. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998: 9, 12–13.)

Päätöksenteosta on olemassa useita erilaisia teorioita. Seuraavaan taulukkoon (Taulukko 1.) on koottuna niistä yleisimpiä.

Taulukko 1. Päätöksentekoteoriat.

Rationaalinen päätöksenteko	<p>Nopeat ratkaisut.</p> <p>Järjestelmällinen eteneminen: tiedon keruu, analysointi, tavoitteen asettaminen, ratkaisuvaihtoehtojen valitseminen, toteutus, arviointi. Keskeinen kriteeri tehokkuus.</p> <p>Päätöksenteon jaottelu: Tilanteen ja ympäristön hahmottaminen, eri toimintavaihtoehtojen hahmottaminen, valinta eri toimintavaihtoehtojen välillä ja tehtyjen päätösten arviointi.</p> <p>Ohjelmoitu päätöksenteko: rutiininomaista. Vakiintunut tapa, toimistorutiinit, organisaatorakenne, operaatiotutkimus ja elektroniset tiedonkäsittelyprosessit.</p> <p>Ohjelmoimaton päätöksenteko: ainutkertainen tilanne. Arviointi, intuitio sekä luovuus, nyrkki- ja peukalosäännöt, toimeenpanevan johdon kouluttaminen ja heuristiset ratkaisumenetelmät.</p>
Inkrementalistinen päätöksenteko	Vaiheittainen, jaksottainen päätöksenteko. Yksinkertainen tavoite. Positiiviset ja negatiiviset seuraukset arvioidaan. Aikaisemmat kokemukset vaikuttavat. Keinoja voidaan muuttaa toteutuksen edetessä.
Yksilöllinen, interaktiivinen ja kollektiivinen päätöksenteko	<p>Yksilöllinen päätöksenteko: mielipiteet, yhteiskunnalliset normit, paikalliset prosessit. Päätös koskee päätöksentekijää.</p> <p>Interaktiivinen päätöksenteko: vuorovaikutus, vaikutus mielipiteisiin. Vallankäyttöä.</p> <p>Kollektiivinen päätöksenteko: sopimuksia, kilpailua, vaaleja ja äänestyksiä.</p>
Informaation prosessoinnin teoria	<p>Systemaattinen ongelman etsintä.</p> <p>Mitä: vertailu aikaisempiin samankaltaisiin ongelmiin.</p> <p>Miten: ratkaisuvaihtoehtojen hylkääminen tai hyväksyminen.</p> <p>Miksi: Suunnitelmien toteutus. Aikaisemmat kokemukset. Uuden tiedon etsiminen. Tulosten ennakointi.</p>
Intuitiivinen päätöksentekoteoria	Nopea päätöksenteko. Kokonaisvaltainen. Aikaisemman tiedon hyödyntäminen. Useita vaihtoehtoja. Ennakoimattomuus.
Analyttis-intuitiivinen päätöksentekoteoria	Tutkittua tietoa. Inhimillistä. Kaikkea tietoa ei käytössä. Päätöksenteon epävarmuus, sekavuus, monisäikeisyys.

Kognitiivinen jatkumon teoria	Kuusi ajattelumallia. 1. Järjestelmällinen, vaiheittainen. Mitattavaa tietoa. Hyödynnetään sääntöjä, periaatteita. 2. Ei täsmällistä tietoa. Päätöksenteko epävarmaa. 3. ja 4. Tutkittua, kokemusperäistä tietoa. Intuitiivinen ajattelu. Säännöt ja periaatteet ohjaa 5. ja 6. Intuitiivinen ajattelu. Käytettävä tieto rajalista, epämääräistä. Nopeat päätökset, perustelu hankalaa.
Asiantuntijaksi kehittymisen teoria	Viisi tasoa. Aloittelija ja edistynyt aloittelija: ei kokemusta, hyödyntävät muiden mielipiteitä, noudattavat sääntöjä. Pätevä toimija: enemmän kokemusta, päätöksenteko hidasta, suunnitelmallista. Taitava toimija ja asiantuntija: kokemus, kokonaisuuksien hahmottaminen. Nopeat päätökset. Tietotaito.
Välittömän ja tavoitteellisen päätöksenteon integroinnin teoria	Kaksi tasoa. Välitön päätöksenteon taso: konkreettinen ongelma, nopea päätös. Tavoitteellinen päätöksenteon taso: ei kiireellinen päätös, tärkeinä tulevaisuus. Asiakkaan osallisuus.

Herbert A. Simonin päätöksentekoteoriassa korostetaan päätöksentekijän käyttäytymistä päätöksentekotilanteessa. Päätöksenteko jaetaan tilanteen ja ympäristön hahmottamiseen, eri toimintavaihtoehtojen hahmottamiseen, valintaan eri toimintavaihtoehtojen välillä ja tehtyjen päätösten evaluointiin. Johdon tehtävänä on mahdollistaa toiminta taloudellisesti ja luoda taustatekijät, jotka vaikuttavat päätöksentekoon. Eri vaihtoehtoja etsitään ja niitä kehitetään oman organisaation toimintaan sopiviksi. Toimeenpanon jälkeen koko prosessia tarkastellaan ja arvioidaan. (Salminen 2002: 85–86.) Rationaalises- sa päätöksenteossa pyritään valitsemaan parhaat tavoitteet ja keinot, juuri sille organisaatiolle, missä päätös tehdään. Toisaalta pitää pohtia mitä hyötyjä päätöksellä saavutetaan ja myös mitä haittoja sillä on. Lisäksi päätökseen vaikuttavat kustannukset. (Simon 1979: 113.)

Simonin päätöksenteoriassa on jaottelua myös ohjelmoituun ja ohjelmoimattomaan päätöksentekoon. Usein toistuvaa toimintaa, joka on muodostunut jo rutiininomaiseksi, kutsutaan ohjelmoituksi päätöksenteoksi. Ohjelmoituja tekniikoita ovat vakiintunut tapa, toimistorutiinit, organisaatorakenne, operaatiotutkimus ja elektroniset tiedonkäsittelyprosessit. Ainutkertaiset, yksittäiset tilanteet ovat ohjelmoimattomia päätöksentekotilan-

teita. Ohjelmoimattomia päätöksenteon tyyppejä ovat arviointi, intuitio sekä luovuus, nyrkki- ja peukalosäännöt, toimeenpanevan johdon kouluttaminen ja heuristiset ratkaisumenetelmät, joita ovat koulutus ja sopivat tietokoneohjelmat. (Salminen 2002: 87–88, 2004: 64.)

Simonin päätöksenteossa keskeinen kriteeri on tehokkuus. Tavoitteena on valita vaihtoehtoista se mistä tulee vähiten kustannuksia, mutta silti sen tulee täyttää asetetut tavoitteet. Päätöksentekotilanteessa joudutaan usein tekemään nopeita ratkaisuja. Kaikki päätökset eivät ole rationaalisia, eikä sitä voida aina vaatiakaan. Yksilön on vaikea toimia päätöksentekotilanteessa järkipäisesti, vaan hänen on valittava paras mahdollinen vaihtoehto sillä hetkellä. (Simon 1979: 88–89.) Prosessi etenee askelittain järjestelmällisesti. Päätöksentekoprosessissa ensin kerätään tietoa analysoitavaksi. Sen jälkeen asetetaan tavoite ja pohditaan sille eri ratkaisuvaihtoehtoja. Tavoitteen pohjalta valitaan paras vaihtoehto. Päätös toteutetaan ja sitä myös arvioidaan. (Lauri ym. 1998: 10.) Tavoite voidaan jakaa pienemmiksi osatavoitteiksi ja etsiä vaihtoehtoja niiden saavuttamiseksi. Tavoitteeseen pääsemiseksi voi valikoitua myös tyydyttävä vaihtoehto, jos päätöksentekijä ei tiedä kaikkia mahdollisuuksia. (Harisalo, Rajala & Ståhlberg 1992: 132, Vartola 2004: 138.) Organisaatioissa voidaan kehittää niitä prosesseja, joiden avulla päätöksiä voidaan tehdä. Prosessien avulla helpotetaan toimintaa, lisätään tehokkuutta ja säästetään aikaa. Prosessin valinta ei vielä aina riitä vaan tarvitaan lisäksi oikean toimintatavan valintaa ja vastuun ottamista päätöksistä. (Salminen 2004b: 60, 65.) Useissa paikoissa on määritelty kriteerit, jotka helpottavat valintojen tekemistä ja perustelemista. (Hyyryläinen 2012: 43).

Todellinen päätöksentekokäyttäytyminen ei Simonin mukaan kuitenkaan aina onnistu. Että päätöksenteko olisi järkevää, olisi kaikki valittavissa olevien vaihtoehtojen hyödyt ja haitat arvioitu sekä ennakoitu. Eri vaihtoehtojen tiedot ovat usein puutteellisia ja kaikkia ei ole edes tiedossa sillä hetkellä. Vaihtoehtojen hyödyt myös tulevat esille vasta pidemmän ajan kuluttua, joten niiden voidaan vain olettaa olevan parhaita vaihtoehtoja. Usein päätöksentekoon osallistuu useita henkilöitä. Isoissa organisaatioissa on myös enemmän päätöksentekoon osallistujia. Jokaisen tulee kuitenkin tehdä päätös organisaation toimintaperiaatteiden mukaisesti. Tämän vuoksi yhteisiä prosesseja pyritään luo-

maan koko ajan. Prosesseilla pyritään vaikuttamaan niiden henkilöiden käyttäytymiseen, jotka tekevät fyysisen työn. (Simon 1979: 78, 118–119, 248.)

Inkrementalismisesta päätöksenteosta puhutaan silloin, kun päätös tehdään vaiheittain jaksottaisesti. Asetettu tavoite on tässä mallissa yksinkertainen. Ennen tavoitteen valitsemista pohditaan sen positiiviset ja negatiiviset seuraukset. Aikaisemmat kokemukset ovat vahvasti tässä auttamassa. Kun tavoite on ratkaistu, pohditaan keinot sen saavuttamiseksi. Ratkaisu ei välttämättä ole täydellinen, mutta sitä lähdetään viemään eteenpäin. Sitä voidaan matka varrella vielä muuttaa eli ratkaisua viedään jaksottaisesti eteenpäin ja muutoksia voidaan tehdä välillä. (Lindblom 1984: 151–52.) Inkrementalismisissä korostetaan jaksottaisuutta. Se on hyvä päätöksentekotapa silloin, kun ympäristö on vakaa, muttei silloin kun ympäristö on moninainen ja tiedon määrä on suuri. (Etzioni 1984: 227–228.)

Braybrooke ja Lindblom (1970: 48–57, 113) puolustavat inkrementalismia. Heidän mielestään se on parempi vaihtoehto päätöksenteossa kuin rationaalinen päätöksenteko. Heidän mielestään ihmisellä on rajattu älyllinen kapasiteetti. Kaikkea tietoa ei voida hyödyntää eikä sitä ole edes saatavilla päätöksentekohetkellä. Tieto on myös rajallista ja sen hankkiminen voi olla kallista. Nämä samat asiat ovat nousseet esiin myös rationaalismisessä päätöksenteossa. Päätöksen valintaongelma poikkeaa Simonin tulkinnasta. Inkrementalismisissä ajatellaan, että on väistämätön epäonnistuminen yrityksessä mallintaa ilmiöt täydellisesti. Faktat arvot ja oletukset eivät välttämättä erotu toisistaan. Päätöksenteossa ratkaisua on vaikea rajata tai yleensäkin ratkaista yhdellä kerralla vaan sille on asetettava osatavoitteita. Ratkaistavat ongelmat voivat olla myös kytköksissä muihin ongelmiin ja ratkaisuihin.

Paloheimo ja Wibergin (1997: 261–263, 265–267) päätöksentekoteoriassa päätöksenteko jaetaan yksilölliseen, interaktiiviseen ja kollektiiviseen päätöksentekoon. Yksilölliseen päätöksentekoon vaikuttavat myös muiden mielipiteet ja yhteiskunnalliset normit sekä paikalliset prosessit. Siinä kuitenkin päätös koskee itse päätöksentekijää ja hän toimii omien päätöstensä mukaisesti. Interaktiivisessa päätöksenteossa on enemmän vuorovaikutusta muiden henkilöiden kanssa, jolloin voidaan vaikuttaa toisten mielipitei-

siin. Tässä mallissa kohdataan usein vallankäyttöä. Kollektiivisessa päätöksenteossa tehdään sopimuksia, kilpaillaan, käydään vaaleja ja äänestyksiä. Rationaalisessa päätöksenteossa päätöksentekijä järjestää päätökset paremmuusjärjestykseen. Pohditaan, onko jokin vaihtoehto parempi kuin joku toinen. Sitten valitaan se vaihtoehto, minkä koetaan olevan paras. Päätöksiä voidaan verrata aikaisempiin tilanteisiin ja valita vaihtoehdoista aina samanlainen. Kaikkia vaihtoehtoja ei voi pohtia tarkasti ja varsinkaan niiden seurauksia, vaan valitaan niistä muutama vaihtoehto, joita tarkastellaan.

Kun etsitään systemaattisesti ongelmia ja niihin ratkaisuja, puhutaan informaation prosessoinnin teoriasta. Informaation prosessoinnissa pyritään vastaamaan kysymyksiin mitä, miten ja miksi. Tässä teoriassa ongelmasta etsitään tietoja ja vihjeitä. Näitä tietoja ja vihjeitä vertaillaan aikaisemmin samankaltaisiin ongelmiin, eli vastataan kysymyksen mitä. Näiden aikaisempien ratkaisuvaihtoehtojen pohjalta tehdään olettamuksia, joita tarkastellaan lähemmin. Nämä ratkaisuvaihtoehdot tämän uuden ongelman edessä joka hylätään tai hyväksytään, eli vastataan kysymykseen, miten. Tämän jälkeen tehdään suunnitelmia ja toteutus voi alkaa. Päätöksentekoon vaikuttavat aikaisemmat kokemukset. Ne ohjaavat myös etsimään uutta tietoa sekä valitsemaan eri ratkaisuista oikeat menetelmät. Aikaisemman tiedon pohjalta päätöksentekijä osaa ennakoida päätösten tuloksia, eli vastata kysymykseen miksi. (Lauri ym. 1998: 16–17.)

Nopeassa päätöksenteossa voidaan hyödyntää intuitiivista päätöksentekoteoriaa. Päätöksentekotilanne on nopea ja sitä tarkastellaan kokonaisuutena. Yksittäiset ongelman osat eivät ole huomion keskiössä, mutta samankaltaisista aikaisemmista ongelmista voidaan tietoa hyödyntää. Päätöksenteossa voi olla useita vaihtoehtoja. Niiden tuloksia ei voida ennakoida. Päätöksen jälkeen alkaa heti toiminta. (Lauri ym. 1998: 18–19.)

Hamilton, Shih ja Mohammed (2017) vertailivat tutkimuksessaan rationaalisen ja intuitiivisen päätöksenteon malleja. Tutkimuksessa todettiin, että rationaalinen päätöksentekijä on johdonmukainen, hän pystyy tekemään järkevän päätöksen. Rationaalisen päätöksentekijän päätökset ovat tarkkoja. Intuitiivisessa päätöksenteossa päätökset ovat luovia, osittain järkeviä. Rationaalinen päätös tehdään nopeasti ja ne perustuvat affektiiviseen tietoon. Luottamus on tässä myös tärkeää. Intuitiivisessa päätöksenteossa tyyli on seka-

vampaa ja valintoja ei pystytä selittämään. Luovuus kuitenkin tuo rikkautta päätöksentekoon. Kun ryhmässä on molempia päätöksenteon tyylin omaavia, käyvät he vuorovai-
kutusta. Intuitiivisen päätöksentekijä on nopea ideoimaan ja voi näin nopeuttaa myös
rationaalisen päätöksentekijän päätöksentekoprosessia. Affektiivisen tiedon jakaminen
tuo myös myönteistä vaikutusta.

Analyttis-intuitiivisen päätöksentekoteoriassa hyödynnetään tutkittua tietoa. Tämä tie-
to on haettu oikeista päätöksentekotilanteista. Päätöksenteko voi olla inhimillistä. Pää-
töksentekijällä ei ole kaikkia mahdollisia tietoja käytettävissä ongelmaa ratkaistaessa.
Päätöksentekotilanteeseen liittyy epävarmuutta ja ne ovat usein sekavia ja monisäikei-
siä. Päätöksentekotilanne ja itse ongelma vaikuttavat päätöksentekijän ajatteluun. (Lau-
ri ym. 1998: 19.)

Kognitiivisen jatkumon teoriassa on kuusi erilaista ajattelumallia. Ensimmäinen ajatte-
lumalli on järjestelmällinen ja etenee vaiheittaisesti. Mitattavissa oleva tieto päätöksen-
teon tueksi on saatavissa. Tässä mallissa voidaan hyödyntää erilaisia sääntöjä ja periaat-
teita. Toisessa ajattelumallissa tilanne on samankaltainen kuin ensimmäisessä. Tässä
mallissa tieto ei ole niin täsmällistä ja siksi päätöksenteko on epävarmempaa. Kolman-
nessa ja neljännessä ajattelumallissa hyödynnetään tutkittua tietoa ja kokemusperäistä
tietoa. Tässä mallissa käytetään lisäksi intuitiivista ajattelua. Säännöt ja periaatteet ovat
tässäkin vahvasti mukana, mutta tuloksia ei voida ennakoida. Viidennessä ja kuuden-
nessa ajattelumallissa käytetään intuitiivista ajattelumallia. Käytettävissä oleva tieto on
rajalista ja epämääräistä. Päätökset on tehtävä nopeasti ja niitä on hankala perustella.
(Lauri ym. 1998: 20–21.)

Asiantuntijaksi kehittymisen teoriassa päätöksentekijällä on viisi tasoa. Aloittelijalla ja
edistyneellä aloittelijalla ei ole vielä kokemusta, joten he hyödyntävät muiden mielipi-
teitä ja nojaavat päätöksensä sääntöihin. Pätevällä toimijalla on jo vähän enemmän ko-
kemusta, mutta hänen päätöksentekonsa on vielä hidasta. Hän pystyy kuitenkin suunnit-
telmalliseen toimintaan. Taitava toimija ja asiantuntija ovat olleet työssään jo pidem-
pään ja pystyvät näkemään asiat kokonaisuuksina. He pystyvät tekemään päätökset no-
peasti ja heidän tietotaitonsa on suuri. (Lauri ym. 1998:22.)

Välittömän ja tavoitteellisen päätöksenteon integroinnin teoriassa on kaksi tasoa. Välittömässä päätöksenteon tasossa päätös pitää tehdä nopeasti ja ongelma on konkreettinen. Tavoitteellisen päätöksenteon tasossa päätös ei ole akuutti vaan siinä päätös tehdään tulevaisuutta ajatellen. Tässä tasossa tarvitaan myös asiakkaan osallistumista ongelman ratkaisemiseksi. (Lauri ym. 1998:23.)

2.2.1. Päätöksenteko moniammatillisessa yhteistyössä

Päätöksen voi tehdä yksi työntekijä tai päätös tehdään moniammatillisena yhteistyönä. Päätös voi olla työntekijälähtöinen, asiakaslähtöinen tai päätös tehdään yhteistyössä. Työntekijälähtöisessä päätöksenteossa ei kuunnella asiakasta tai hänen toivomuksiaan. Hänen kanssaan voidaan keskustella, mutta se ei vaikuta päätöksentekoon. Asiakaslähtöisessä päätöksenteossa asiakas on aktiivisesti mukana ja hän ottaa vastuuta hoidostaan. Hänellä on oikeus tietää erilaisista vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Yhteisessä päätöksenteossa ovat mukana asiakas, hänen omaisensa ja moniammatillinen työryhmä. Asiakas on aktiivinen ja tekee päätöksiä. (Lauri ym. 1998: 87–88.)

Moniammatillinen työryhmä kootaan eri ammattiryhmistä. Ryhmä on suunniteltu tai sitten päätös tapahtuu sen hetkisen henkilöstön puitteissa. Päätöksenteko ammatillisesti osaavassa työryhmässä tapahtuu tehokkaasti. Sen edellytyksenä on määritellä ongelma ja selkeyttää työryhmän henkilöiden roolia. Tärkeää on, että kaikki ryhmän jäsenet osallistuvat päätöksentekoon ja tuovat oman osaamisensa päätöksenteon tueksi. Tiedon keruu ja vaihtoehtojen punnitseminen ovat päätöksenteossa avainasemassa. Asiakkaan hoidon suunnittelu tapahtuu yleensä moniammatillisessa yhteistyössä. Asiakas voi myös tuoda omat näkemyksensä päätettävään asiaan. Asiakkaan omaisetkin osallistuvat usein tähän päätöksentekoon. Kaikki myös sitoutuvat yhdessä tehtyihin päätöksiin. Päätöksen toteuttamisvaiheessa tarvitaan arviointia, jotta tiedetään, onko päätös ollut oikea. Kun päätökset tehdään demokraattisesti, on päätös yhteinen ja ongelmien ratkaisu tapahtuu joustavasti yhteistyössä. Joskus päätöksenteko tapahtuu hyvin hierarkkisesti, jolloin päätökset tulevat ylhäältä alaspäin. Jos päätöksenteko tapahtuu hierarkkisessa ryhmässä, on sen johtajan mielipide tärkein. (Lauri ym. 1998: 88–90.)

Moniammatillisen työryhmän päätöksenteko ryhmänä vaatii yhteisen päämäärän eteen tehtävää työtä. Ryhmällä on yhteisiä tavoitteita. Kaikki moniammatillisen työryhmän jäsenet tietävät velvollisuutensa ja oikeutensa toimia. Ryhmän jäsenten välillä on vuorovaikutusta suullisesti tai kirjallisesti. He myös tietävät ketkä kaikki kuuluvat tähän moniammatilliseen työryhmään. Päätöksenteko moniammatillisessa työryhmässä edellyttää, että sen jäsenet tekevät työtä yhteisymmärryksessä ja he omaavat samat arvot. Ryhmän koko ei saa olla liian iso tai liian pieni. Tieto-aidon riittävyys taataan tarpeeksi isossa ja tarpeeksi moniammatillisessa ryhmässä. Liian isossa ryhmässä taas yhteenkuuluvuus heikkenee ja työnjako lisääntyy. (Takala 1995: 84, 91–92.) Jos moniammatillinen työryhmä on liian iso, ei jokainen pääse osallistumaan päätöksentekoon ja tuomaan omia mielipiteitään esille. Yksimielisyys päätöksestä voi olla myös hankalampaa. (Niemistö 1998: 58.) Pienessä ryhmässä jokaisen mielipide pääsee paremmin esille. Vuorovaikutus pienen moniammatillisen työryhmän jäsenten kanssa on helpompaa. (Jauhiainen & Eskola 1994: 109.) Hyvän päätöksen edellytys on lisäksi tarvittavien resurssien saatavuus. Tukea päätöksentekoon voidaan pyytää ryhmän ulkopuoleltakin. (Takala 1995: 91–92.)

Ryhmässä tehdyn päätöksen etuna on päätöksen ymmärtäminen. Osallistumalla päätöksentekoon sitoudutaan paremmin sen toteuttamiseen. Ryhmässä saadaan myös paremmin aikaan erilaisia ideoita ja näkökulmia. Se vie kyllä enemmän aikaa. Jos ryhmä pysyy koossa pidemmänkin aikaa, on sen päätöksenteko tehokkaampaa ja niihin ollaan tyytyväisempiä. Toisaalta liian kiinteä ryhmäkin voi heikentää uusien ajatusten vaihtoa ja eri vaihtoehtoja ei tuoda niin hyvin esille. (Takala 1995: 87–95, Lahikainen & Pirttilä-Backman 2000: 168.) Jokaisen moniammatillisen työryhmän jäsenen osallistuminen on tärkeää. Jos ryhmän jäsen ei tunne, että hänen mielipiteitään arvostetaan, vähenee myös motivaatio. Moniammatillisen työryhmän päätökset alkavat tuntua toisarvoisilta ja tehokkuus vähenee. Työryhmän toiminnan arvioiminen voi lisätä tehokkuutta, samoin se, että jokainen kokee sen toiminnan itselleen tärkeäksi. Tehokkuuteen vaikuttavat positiivisesti myös tehtävien haasteellisuus. (Koppala 2005: 40–41.)

Päätöksentekijän tulee ymmärtää päätöstä tehdessään, että hänellä voi olla valintaongelma eli mitkä kaikki vaihtoehdot ovat käytössä. Hänen hänellä täytyy olla selvät pre-

ferenssit eli mitkä päätösvaihtoehdot ovat mieluisimmat. Lisäksi pitää selvittää mikä päätös olisi paras sillä hetkellä. Arviointia tehdään siis jo suunnitteluvaiheessa. Hyvä päätöksentekijä päättää samanlaisen ongelman edessä jatkossakin samalla tavalla eli toimii johdonmukaisesti. (Rubinstein 1998: 7–9.) Organisaation tulee mahdollistaa työympäristö sellaiseksi, että rationaalisia päätöksiä voidaan tehdä. Päätöksentekijän tulee noudattaa organisaation toimintalinjoja ja tietää mitkä päämäärät toiminnalla on sekä osata käyttää ne tiedot oikein, jotta hän voisi toimia rationaalisesti. (Simon 1979: 265–266.) Päätöksentekoon vaikuttavat vuorovaikutukselliset tekijät, organisatoriset tekijät ja systeemisistä tekijät. Näihin voi vaikuttaa johto omalta osaltaan. Lisäksi tiimiläisillä tulee olla halu tehdä yhteistyö. Luottamus ja kunnioitus toisiin jäseniin on tärkeää. Tiedon välittäminen on myös tärkeä rooli. (San Martin-Rodrigues, Beaulieu, DAmour & Ferrada-Videla 2005: 133, 145.) Johdon tehtävänä on tarjota henkilöstölle mahdollisuus kokoontua tekemään päätöksiä. Johdon luottamus, läsnäolo, suunnitelmallinen toiminta ja päätöksenteon mahdollistaminen on tärkeää yhteistyön onnistumiselle. Luottamuksellinen suhde lisää myös työntekijöiden sitoutumista nopeaan päätöksentekoon ja suunnitelmien toteuttamiseen. (Alijärvi 2009: 17.)

Tutkimuksissa on todettu, että päätöksiä tehdessä pyritään tekemään paras mahdollinen ratkaisu. Ratkaisussa on kuitenkin hieman eroa siinä, että toteutetaanko suunnitelmat itse vai toteuttaako ne joku muu. Jos suunnitelmat toteuttaa joku muu, päätös on usein paras mahdollinen riippumatta siitä, miten suuria ponnistuksia se vaatii. Päätös voi olla silti hyvä, jos sen toteuttaa itse, mutta ratkaisu voi olla vähemmän ponnisteluja vaativa. Päätöksenteon avuksi voidaan pyytää neuvoja. Neuvonannossa on helpompi antaa parhaaseen ratkaisuun johtavia neuvoja riippumatta vaivannäöstä. (Luan, Fu & Li 2018: 52–54.)

2.2.2. Moniammatillinen yhteistyö ja päätöksenteko tehostetussa kotihoidossa

Moniammatillisuudella kotihoidossa tarkoitetaan yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä, jolloin tietoa ja osaamista jaetaan ja hyödynnetään. Yhteisesti sovitut toimintatavat helpottavat moniammatillisen yhteistyön sujumista. (Ikonen ym. 2007: 21.) Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä ja oman organisaation ulkopuolelle tapahtuvassa toi-

minnassa moniammatillisuuden tärkeys korostuu. Tavoitteena on saavuttaa saumaton palveluketju. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999:11.) Eri ammattiryhmien tietoa ja osaamista hyödynnetään, koska heidän näkökulmansa auttavat etsimään keinoja asiakkaan pärjäämiseksi kotona. Kotisairaanhoidon on moniammatillista tiimityötä. Siihen osallistuvat lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat ja fysioterapeutit. (Ikonen ym. 2007: 21, 48.) Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa voi olla laaja-alainen. Toimijoita voi olla myös yksityiseltä puolelta ja kolmannelta sektorilta. Tämän vuoksi yhteistyön rakentaminen on vaativa tehtävä. (Engeström, Niemelä, Nummijoki, Nyman 2009: 274–275.)

Hoidon tarpeen arviointia tulee tehdä jatkuvasti hoidon aikana. Hoidon tarvetta voi olla aluksi vaikea määrittellä. Kun saadaan luottavainen ilmapiiri yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa, kotona pärjääminen onnistuu paremmin. Käyntien määrää voidaan lisätä tai vähentää, sekä hoidon sisältöä muuttaa, jotta sairaalajaksot voitaisiin välttää. (Koponen 2003: 116–117.) Selkeät tavoitteet ja ohjeet auttavat työntekijöitä asennoitumaan positiivisemmin tilanteisiin. Ne auttavat saavuttamaan tavoitteet helpommin. (Pekkarinen 2007: 21.) Kotihoito perustuu aina tarveperiaatteeseen ja tämän vuoksi on laadittu erilaisia kriteerejä sen saamiseksi. Tällöin varmistutaan tasapuolisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Kriteereinä voidaan käyttää myös erilaisia mittareita esim. RA-VA- ja MMSE –mittareita. Itse kotihoidon työhön vaikuttavat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset. Tärkeää on seurata asiakkaan kanssa yhdessä laadittua hoitosuunnitelmaa. Kaikkien toimijoiden tulee myös noudattaa sitä. Omaiset kannattaa myös ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja tukea heitä hoidon aikana. (Myller 2011: 12–14.)

Tehostettu kotihoito on sairaalatasoista hoitoa, jota annetaan asiakkaan kotiin. Siitä voidaan käyttää myös nimitystä kotisairaala. Siinä yhdistyvät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminta. Sitä voidaan antaa kaikenikäisille, jotka soveltuvat kotona hoidettaviksi. Tehostettu kotihoito on lääketieteellistä sairaanhoidollista ja sairaanhoidollista toimintaa. Sitä pyritään järjestämään silloin kun asiakas ei tarvitse osastohoitoa, mutta hoito on vaativampaa kuin kotihoito tarjoaa. Näin sairaalajaksot lyhentyvät tai jäävät käyttämättä kokonaan. Hoidon alussa käyntejä voi olla useita päivässä. (Hirvonen 2010: 13, 41-45; Ikonen 2013: 73.) Tyypillisiä tehostetun kotihoidon toimenpiteitä ovat

suonensisäinen antibiootti, suonensisäinen nesteytys, vaativat infektiot ja haavahoidot tai palliatiivinen hoito ja saattohoito. Saattohoito on lähellä kuolemaan olevan ihmisen aktiivista hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheessa (Ikonen 2013: 250). Tehostetun kotihoidon asiakkaina voivat olla myös erilaisten operaatioiden jälkihoitoa tarvitsevat. Tehostetun kotihoidon asiakkaat ovat yleensä hieman nuorempia kuin normaalit kotihoidon asiakkaat. (Hirvonen 2010: 13, 41-45.) Sairaalabakteerien kantajia voidaan myös hoitaa tehostetun kotihoidon asiakkaina (Visakorpi 2002: 87).

Saattohoitoa voidaan toteuttaa sairaalassa tai asiakkaan kotona. Tehostetussa kotihoitossa tapahtuva saattohoito on vaativaa hoitoa. Se on elämän viimeisten hetkien hoitoa. Sen kestoa ei voida ennustaa. (Heikkinen, Kannel, Latvala 2004: 19–20; LaPorte Matzo, Witt Sherman 2004: 79; Grönlund & Huhtinen 2011: 78- 80; Ikonen 2013: 250–252.). Sen onnistumisessa on tärkeää asiakkaan oma tahto olla kotona ja omaisten sitoutuminen kuolevan hoitoon. Hoito suunnitellaan yhdessä lääkärin kanssa ja hoito toteutetaan tehostetun kotihoidon avulla. Tiedonkulku kaikkien toimijoiden välillä on tärkeää. (Sonkajärvi 2000: 262–264; Heikkinen ym. 2004: 107–109.)

Saattohoitoon kuuluvat mm. asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen, oireiden lievitys ja kivun lievitys. Lisäksi omaisten ja läheisten huomioiminen on tärkeää. Asiakkaan itsemääräämisoikeus pysyy loppuun saakka ja hänen päätöksiään tulee kunnioittaa. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori, Ivanoff-Lahtela 2007: 154.) Hoitajan tehtävä on käynneillä arvioida asiakkaan hoidon tarve ja pohtia myös tarvittavien tukipalvelujen tarve. Lääkärin kotikäynti järjestetään usein saattohoitoasiakkaille ja vakavasti sairaille tehostetun kotihoidon asiakkaille. Hoitoaika tehostetun kotihoidon asiakkaille on noin viikko. (Hirvonen 2010: 46; Hyry 2011: 41–42.) Ilman tehostetun kotihoidon käynnejä olisi asiakas sairaalahoidon tarpeessa (Saarelma 2005: 203; Malmberg 2010: 12). Sairaalahoido tulee asiakkaalle kuitenkin järjestää, jos hän niin tahtoo. (Hirvonen 2010: 13). Tehostetun kotihoidon hoitajat ovat sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Heillä täytyy olla oikeus suonensisäiseen lääkehoitoon. (Hyry 2011: 41.)

Tehostetun kotihoidon yhteistyökumppaneita ovat mm. kotihoito, sosiaalitoimisto, terveyskeskus, vuodeosastot, erikoissairaanhoito, terveysasemat ja yhteistyöryhmät. Toi-

mintaa organisoii moniammatillinen tiimi, jossa on laaja-alaista osaamista. (Hyry 2010: 22–23.) Päivystyksessä tai kiirevastaanotolla moniammatillinen yhteistyö on sekä lääkärin antamia suoria määräyksiä hoitajille että neuvotteluja eri ammattiryhmien välillä. Päivystyksessä päätöksentekoon on yleensä vähän aikaa ja sen joudutaan tekemään nopeasti. (Collin ym. 2012: 26.)

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoito- ja palveluketjut sekä yhtenäiset toimintaperiaatteet toimivat saumattomasti. Hoito on suunnitelmallista ja yksilöllistä. Hoidon suunnittelussa usein tehdään yhteistyötä yli organisaation rajojen. Asiakas soljuu palveluiden sisällä. Hoitohenkilöstölle yhteiset toimintaohjeet auttavat vastuun kantamisessa ja päällekkäisyyksien minimoimisessa. (Lapveteläinen, Grönroos, Turunen & Perälä 2006: 7.) Kaikkien tulee sitoutua yhdessä laadittuihin tavoitteisiin. Tämä ei aina ole helppoa ja kokonaisuuksien hallinta sekä palveluiden koordinointi voi olla hankalaa. Vaikeuksia on havaittu kaikissa palveluiden osissa kuten asiakkaan mennessä hoitolaitokseen, erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen ja taas sieltä kotiin siirryttäessä. (Perälä ym. 2003:11 – 12.) Hoidon saanti voi katketa tai kaikkea tarvittavaa tietoa ei ole heti käytettävissä (Myller 2011: 10). Asiakaslähtöinen tiedonsiirtyminen on tärkeää varsinkin silloin kun asiakas siirtyy sairaalasta tehostettuun kotihoitoon. Palvelutarpeen arvioinnin tekeminen ja kotona tarvittavien toimenpiteiden laatiminen luo turvallisuutta ja onnistuneen kotiutumisen mahdollisuuden. Näitä ovat mm. toimintakyvyn ylläpitäminen, hoidon ohjaus ja neuvonta. Tietojen kirjaaminen luo turvallisuutta myös työntekijöille. Asiakas voi olla täten rauhallisin mielin kotona. (Hyry 2011: 15–16.)

Kotona asiakas saa kaiken huomion hoitohenkilökunnalta. Hoitajat voivat keskittyä vain yhteen asiakkaaseen kerrallaan. Koti on asiakkaan omaa reviiriä ja hänen tarpeensa tulevat paremmin esille kotona. Toisaalta parantamattomien sairauksien ja niiden hoitojen jälkeen voidaan saada arvostelua pettyneeltä asiakkaalta ja hänen omaisiltaan. (Saarema 2005: 205–209.) Työntekijöillä on vahva velvollisuudentunne tehdä parhaansa asiakkaan huomioimisessa ja tavoitella yhteiseen hyvää. He haluavat asiakkaalle oikeudenmukaista kohtelua. (Perry 1996: 18; 1997: 181–197; Wright 2001: 559–586.) Haasteita tehostetulle kotihoidolle tuovat mm. asiakkaan kodin olosuhteet. Kotona tapahtuva hoito voi olla samanlaista kuin sairaalassakin, mutta olosuhteet voivat olla haastavia.

Lisäksi kaikissa paikoissa tehostettua kotihoitoa ei saada ympäri vuorokauden. Lääkärin resursseja tarvitaan myös. Omaisten osuus on erittäin tärkeää. He voivat olla asiakkaaseen yhteydessä kotihoidon käyntien välissä ja luoda näin turvallisuutta (Saarelma 2005: 203–205.) Omaisten tuen merkitys kasvaa silloin, kun kyseessä on perheenjäsenen tehostettu hoito. Omaisetkin tarvitsevat tietoa ja tukea sekä ohjausta. Omaiset voivat osallistua myös itse hoitamiseen. Vuorovaikutuksen sujuminen asiakkaan, hänen omaistensa ja tehostetun kotihoidon välillä tulee olla sujuvaa ja heidän tulee tehdä yhteistyötä. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008: 15.) Jos tehostettu kotihoito pitkittyy esimerkiksi saattohoidossa, voi hoitaminen käydä omaisille ylivoimaiseksi (Visakorpi 2002: 75).

Kirjaamisen ja tiedonvälittämisen ongelmia kohdataan sosiaali- ja terveydenhuollossa usein, koska kotisairaanhoidon kuuluu useimmissa kunnissa sosiaalihuoltoon. Lain mukaan jokaiselta asiakkaalta on pyydettävä lupa asiakastietojen katsomiseen sekä sosiaalihuollon puolelle, että terveydenhuollon puolelle. Lisäksi asiakkaan hoitamisprosessissa usein törmätään yhteisten tietojärjestelmien puuttumiseen. Haasteen luovat myös tiedonkulku ja puutteelliset yhteiset toimintatavat. (Collin ym. 2012: 25: Kiviharju 2015: 18.)

Laaksonen-Heikkilä ym. (1997:101–103) tekemän tutkimuksen mukaan kotihoidon kehittämishaasteiksi nousivat moniammatillisen työryhmän työntekijöiden tietotaidon esille tuominen ja sen käyttö. Lisäksi kehittämishaasteena oli asenteiden muuttaminen ja oman sekä toisen työn arvostamisen sekä tuntemisen lisääminen. Kolmantena haasteena oli tiedonkulun tehostaminen. Neljänneksi asiakkaan ja omaisten osallisuuden lisääminen. Viidentenä haasteena oli kotihoidon arviointi.

Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset tutkimuksessa tavoitteena oli selvittää hyvän hoidon vaatimuksia ja edellytyksiä kotisairaalassa yhteiskunnan arvoihin ja tarpeisiin perustuvien säännösten ja ohjeiden, kotisairaalaan kohdistuneiden tutkimusten ja hoidon laadun yleisten teoreettisten lähtökohtien perusteella. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin kuvata Lahden kotisairaaloiminnan aloittamista ja sen perusteluja, nykyistä toimintaa, asiakkaita, voimavaroja ja organisointia kotisairaalan suunnitteluun ja pe-

rustamiseen liittyvien asiakirjojen sekä toimintatilastojen pohjalta. Kolmantena tavoitteena oli kuvata hyvän hoidon vaatimuksia ja edellytyksistä sekä arvioida niiden toteutumista Lahden kotisairaalassa selvittämällä henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä niistä. Tuloksina oli, että kotisairaalan toiminnan lähtökohtana on taloudellisuus, mutta se perustuu yleisille hyvän hoidon periaatteille. Toiminnan edellytyksenä on itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, yksityisyys, turvallisuus, jatkuvuus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Tutkimuksessa selvisi myös se, että perhekeskeisyys korostuu asiakkaan kokonaishoidossa. Henkilökunta on innostunut ja valmiita kehittämään toimintaa sekä laatua ja hoidon sisältöä. (Visakorpi 2002.)

Aiheesta iäkkään potilaan siirtymistä sairaalan ja kodin välillä on väitellyt Koponen (2003). Hänen työnsä tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa iäkkään potilaan ja hänen perheenjäsentensä saamaa tukea kodin ja sairaalan välillä siirtymiseen liittyvässä selviytymisessä ja kotona selviytymisessä. Tulokseksi muodostui substantiivinen teoria, johon kuuluvat asiakkaan selviytyminen, perheenjäsenen osuus asiakkaan selviytymisessä ja selviytymistä edistävä yhteistyö. Vuorovaikutuksen toimivuus ja yhteistyö ovat yhteydessä tapaan kohdata muutoksia ja selviytymisen yrittämiseen sekä avun saamiseen ja huomioon sen puuttumisesta.

Raision kaupungissa on ollut kehittämishanke, jossa on kehitetty sosiaali- ja terveystoimen hoito- ja hoivapalvelujen kotihoitoyksikön kotiutuskäytäntöjä. Kehittäminen on koskenut erikoissairaanhoidosta kotiutuvien asiakkaiden kotiutumista. Taustalla kehittämishankkeessa olivat terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamiseen kohdistuvat ajankohtaiset haasteet. Haastateltavina oli kotihoidon sairaanhoitajia. Tuloksena syntyi prosessikuvaus ja kirjallinen esite erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvasta asiakkaasta. Prosessikuvaus ja esite lisäävät tiedonkulkua ja mahdollistavat onnistuneen kotiutumisen. (Malmberg 2010.)

Kotisairaالاتasoiseen hoitoon ja jatkohoitoon liittyviin ja kehitettäviin toimintapahoihin tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli luoda alueellinen malli kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Tuloksina saatiin kuusi luokkaa, jotka olivat kotiutumisen haasteisiin vastaaminen ja kotisairaالاتasoinen hoito, kotiympäristö, hoidon tarpeen en-

nakoimisen toimintatavat, hoidon ja palveluiden tuottaminen sekä palveluyhteistyö, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden ammatillinen toiminta sekä palveluiden kustannukset ja hinnoittelu. Kotiutustiimi ja kotisairaالاتasoinen hoito ovat kokonaisuus luodussa palvelumallissa. (Hirvonen 2010.)

Vantaan kaupungin akuuttikotihoitoon ja sen kehittämiseen haluttiin löytää uusia ratkaisuja. Hyryn (2010) opinnäytetyössä mallinnettiin akuuttikotihoidon palvelukokonaisuus. Aineisto kerättiin kotiutustoiminnan ja akuuttikotihoidon asiantuntijoilta. Tuloksina saatiin akuuttikotihoidon malli. Sen keskeiset elementit olivat kotiutustiimi, kotisairaala, palvelutarpeen arviointitiimi ja hoitokoordinaattorit. Akuuttikotihoidon yksikkö hoitaa asiakasta ennen kuin hän siirtyy kotihoidosta laitoshoidon ja päivävastoin.

USA:ssa tehtiin tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia kotiutuksen yhteydessä tehdyn suunnitteluvaiheen vaikutusta uudelleen hoitoon hakeutumisessa. Tutkimuksessa myös tarkasteltiin ongelmia, joita esiintyi kotona 30 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta. Tuloksina oli, että sairaalaan paalaamisen syynä oli asiakkaiden heikko toimintakyky ja koettujen ongelmien määrä. Ongelmina oli liikkuminen, kipu, ravitsemus, ahdistus, stressi ja masennus. Sairausten vakavuus ei vaikuttanut sairaalaan hakeutumiseen. (Rosswurmin & Lanhamin 1998.)

2.3. Yhteenveto

Moniammatillisuus näkyy kotihoidossa monenlaisena yhteistyönä. Moniammatillisuus näkyy asiakkaan, hänen omaistensa ja työntekijöiden välisenä, organisaatioiden välisenä, työyksiköiden ja ryhmien välisenä sekä työyksiköiden ja ryhmien välisenä yhteistyönä. (ks. Ikonen 2013: 33.) Tehostetun kotihoidon asiakkaan hoidon onnistuminen vaatii moniammatillista yhteistyö ja päätöksentekoa asiakkaan parhaaksi. Se on vuorovaikutusta eri ammattiryhmien välillä. Yhdessä ratkaistaan asiakkaan ongelmaa tai ongelmia. Jokainen tuo ryhmään oman tietämyksensä ja päätös hoitotoimenpiteistä tai asiakkaan hoidon jatkosta tehdään yhdessä. (ks. Petri 2010.) Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat useimmiten lääkäri, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lähihoitaja, fy-

sioterapeutteja. He yhdessä asiakkaan ja tai hänen omaistensa kanssa laativat hoitosuunnitelman ja sitoutuvat viemään sitä eteenpäin. (ks. Isoherranen 2008.) Moniammatillinen yhteistyö on edellytys tehostetun kotihoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Palvelun tarpeen arvio lähtee asiakkaan tarpeista ja hoitaja tekee sitä jatkuvasti kotikäynneillään. Se vaatii usein nopeaa päätöksentekoa ja toimintojen uudelleen järjestämistä. (ks. Lapveteläinen ym. 2006; Hirvonen 2010; Hyry 2011.)

Haasteina yhteistyölle ovat yhteisen ajan löytäminen. Siksi on tärkeää luoda kriteerit ja yhteiset toimintatavat, joiden avulla päätöksiä voidaan helpommin tehdä. Haasteena ovat myös yhteisten tietojärjestelmien puute ja suostumusviidakko. (ks. Collin ym. 2012.) Tehostetussa kotihoidossa kuitenkin asiakas on kaiken keskiössä ja täten hänen mielipiteitään tulee kuulla. Hänelle ja hänen omaisilleen tulee antaa tukea, ohjausta ja neuvontaa, että he voivat turvallisesti ottaa hoitoa vastaan asiakkaan kotona. (ks. Aho 1999.) Tehostetun kotihoidon avulla voidaan vähentää sairaalajaksoja tai lyhentää hoitajaksoja. (ks. Hirvonen 2010: 13, 41-45; Ikonen 2013.)

3. AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

Tutkimuksen näkökulma on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on löytää selityksiä tietyille ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2002: 87). Kvalitatiivisella tutkimuksella kuvataan todellista elämää, kokonaisvaltaisia kokemuksia. Siinä hyödynnetään induktiivista analyysiä, jolla pyritään saamaan esille ennakoimattomia asioita. Laadullisella tutkimuksella pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. Tietoa voidaan hankkia erilaisin menetelmin, esimerkiksi teemahaastattelun, osallistuvan havainnoinnin ja ryhmähaastattelun avulla. Haastateltavat valitaan tarkasti. Laadullinen menetelmä antaa myös mahdollisuuden tutkimuksen joustamiseen ja suunnitelmien muuttamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014: 152, 160-164.)

Tämän tutkimuksen kohteena on Lapuan kaupungin tehostettu kotihoito. Tehostettua kotihoitoa toteutetaan yhteistyössä vastaanotto- ja toimenpideoaston, akuutti- ja kuntoutusosaston sekä kotihoidon kanssa. Vastaanotto- ja toimenpideoastolla toimii lääkäreiden ja hoitajien vastaanottojen lisäksi päivystys ja kiirevastaanotto. Tehostetun kotihoidon asiakas tulee yleensä päivystyksen, kiirevastaanoton tai osaston kautta. Joskus asiakas kotiutetaan keskussairaasta suoraan kotiin. Tutkimuksessa tarkastellaan vastaanotto- ja toimenpideoaston, akuutti- ja kuntoutusosaston sekä kotihoidon moniammatillista yhteistyötä, koska tehostettu kotihoito vaatii heidän kaikkien osallistumista. Tutkimuksessa keskitytään työntekijöiden mielipiteisiin ja kokemuksiin. Asiakkaan mielipide ja kokemukset siis jäävät tutkimuksen ulkopuolelle.

Teoreettista tietoa etsittiin moniammatillisesta yhteistyöstä, päätöksenteosta ja tehostetusta kotihoidosta. Moniammatillisesta yhteistyöstä löytyi hyvin materiaalia ja runsaasti aikaisempia tutkimuksia. Päätöksenteosta, varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa, löytyi vähemmän tutkittua tietoa. Päätöksentekoa on tutkittu paljon poliittisena päätöksentekona. Tehostetun kotihoidon materiaalia etsittiin myös asiasanoilla tehostettu kotisairaanhoido ja kotisairaala.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelussa kysymykset eivät ole tarkasti määritelty eikä niiden järjestys ole pakollinen (Hirsjärvi ym. 2014:

208). Haastatteluissa haetaan usein ihmisten omia tuntemuksia tietystä aiheesta (Tuomi ym. 2002: 73; Vilka 2015: 122). Empiirisen tutkimusaineiston keräämiseen valikoitui teemahaastattelu, koska sen avulla saadaan paremmin esille mielipiteitä ja kokemuksia nykyisestä tehostetun kotihoidon tilasta ja tulevaisuuden visioista eri toimijoiden näkökulmasta. Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikki vastaajat saavat samat kysymykset. Vastausvaihtoehtoja ei ole, eli kysymyksiin voi vastata avoimesti. Teemahaastattelussa haastattelukysymykset on mietitty ennalta teemoittain. (Tuomi ym. 2002: 77; Eskola & Vastamäki 2007:27; Green & Thorogood 2009: 94; Fontana & Frey 2000: 645–672.) Tämän tutkimuksen teemat olivat moniammatillisuus, päätöksenteko, tehostetun kotihoidon mahdollisuudet ja haasteet sekä tehostetun kotihoidon tulevaisuus.

Tutkimuslupa (Liite 1.) on pyydetty johtosäännön mukaisesti johtavalta ylilääkäriltä. Empiirisen tutkimusaineiston kerääminen alkoi haastattelujen sopimisilla. Haastateltavat olivat vastaanotto- ja toimenpideosaston, akuuttiosaston ja kotihoidon sairaanhoitajia ja vastuu lääkäreitä. Haastateltavia oli yhteensä 15 henkilöä, viisi jokaisesta yksiköstä. Lääkäreitä oli yhteensä kolme. Kokemuksia ja ajatuksia haluttiin niiltä lääkäreiltä ja hoitajilta, jotka ovat mukana tehostetun kotihoidon käyntien suunnittelussa ja järjestämisessä. Haastattelut sovittiin henkilökohtaisesti ja samalla annettiin saatekirje (Liite 2.) ja haastattelukysymykset (Liite 3.) etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelut toteutettiin touko- elokuun aikana v. 2017. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 80 sivua. Kaikki haastateltavat antoivat luvan nimen julkaisemiseen. (Liite 4.)

Haastattelujen avulla oli tarkoitus selvittää mitä on moniammatillinen yhteistyö ja päätöksenteko moniammatillisessa työryhmässä sekä millaisia mahdollisuuksia ja haasteita tehostetun kotihoidon toteuttamiseen sisältyy. Lisäksi haluttiin tietää millaiselta tehostetun kotihoidon tulevaisuus heidän mielestään näyttää. Lopuksi kaikki saivat kertoa tehostetulle kotihoidolle kehittämisideoita.

Tutkimuksessa hyödynnettiin fenomenologis-hermeneuttista tutkimusperinnettä. Se kuvailee laadullisesti erilaisia kokemuksia ja käsitteellistää niitä. Siinä pyritään ymmär-

tämään erilaisten ajatusten ja käsitysten vaihteluja ja erilaisuutta suhteessa ympäröivään ilmiöön. (Marton 2005: 140, 143; Marton & Pong 2005: 335.) Fenomenografia on ajattelumalli, jolla ympäröivää maailmaa hahmotetaan ja ymmärretään. Sitä voidaan käyttää apuvälineenä, jolla voidaan kuvata ihmisen ajattelua konkreettisesta tilanteesta tai se auttaa kuvamaan ja selittämään kokemusten ymmärtämistä. (Samuelsson & Pramling 2016: 287.) Yksilöt kokevat ja käsittävät asioita eri tavalla. Yksilön oma, yksilöllinen todellisuus luo merkityksen asioille. (Åkerlind 2008: 635.)

Fenomenografinen lähestymistapa oli yksi tapa valita kuvaamaan lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käsityksiä sekä kokemuksia tehostetusta kotihoidosta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kokemuksia tehostetusta kotihoidosta vastaanotto- ja toimenpideosaston, akuutti- ja kuntoutusosaston sekä kotihoidon näkökulmasta. Kokeuksia haettiin myös eri ammattiryhmien eli lääkäreiden ja sairaanhoitajien / -ja terveydenhoitajien näkökulmasta. Haastatteluissa saatuja tietoja peilataan teoriaan.

Tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan tutkimuksen pätevyyttä eli onko tutkimuksessa saadut tulokset ja päätelmät oikeita. (Kirk & Miller 1986: 29-30.) Tutkimuksen validius tarkoittaa sitä, että on kysytty oikeita kysymyksiä eli on saatu tutkimusmenetelmällä vastauksia tutkimuskysymyksiin tai tutkija ei ole tehnyt virheellisiä tulkintoja. (Pyörälä 1995: 15; Hirsjärvi ym. 2014: 231). Tieteellistä tutkimusta tehdessä on huomioitava sille asetettuja vaatimuksia ja se täytyy tehdä puolueettomasti. Tutkimuksen teos noudatetaan eettisiä ohjeita. Tulokset tulee tuoda esille vääristämättä. Niitä on myös tarkasteltava kriittisesti. (Hirsjärvi ym. 2014: 26–27.) Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan laadullisen tutkimuksen sääntöjä ja tuomaan esille tulokset sellaisena, kun ne ovat haastatteluissa ilmenneet ja tuloksia on peilattu teoriaan.

Kvalitatiivisen tutkimuksen reliabiliteetin arvioiminen on vaikeampaa. Tutkimuksen reliabiliteetillä tarkoitetaan mittauksen ja tutkimuksen toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2014: 231). Tutkimuksen uusiminen voi tuoda erilaisia tuloksia, koska ajanjakso on eri ja muuttuvia objekteja on useita (Kirk ym. 1986: 41–42). Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat ovat valinneet yksikkönsä haastateltavat henkilöt. Haastateltaville on esitetty

amat kysymykset ja kaikki ovat saaneet ne ennakkoon pohdittaviksi. Haastattelutilanteet olivat avoimia. Ongelmana oli se, ettei yhdellä ollut kokemusta tehostetusta kotihoidosta.

Tämän tutkimuksen tekemisessä haasteeksi nousi oma kokemus tutkimukseen kuuluvista yksiköistä ja tehostetusta kotihoidosta. Erityistä tarkkuutta vaati se, ettei omia näkemyksiä tai oletuksia tullut esille. Tähän tutkimukseen on otettu vain ne asiat mitkä haastatteluissa tuli ilmi. Johtopäätöksissä ja pohdinnassa on omia ajatuksia tuotu esille.

4. TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa kuvataan haastatteluissa saatuja tuloksia. Haastattelut toteutettiin Lapuan kaupungin työntekijöille. Haastateltavina olivat kolme lääkäriä ja 12 sairaanhoitaja/terveydenhoitajaa. Haastateltavat olivat vastaanotto- ja toimenpideosastolta, akuutti- ja kuntoutusosastolta sekä kotihoidosta. Lääkärit ovat yksiköiden vastuulääkäreitä ja hoitajia oli neljä kustakin yksiköstä. Haastateltavat ovat valikoituneet yksiköiden osastonhoitajien toimesta. Tavoitteena oli, että haastateltavilla olisi jonkinlainen kokemus tehostetusta kotihoidosta. Haastateltavista yhdellä ei ollut kokemusta tehostetusta kotihoidosta. Haastatteluaineisto on kokonaisuudessaan otettu tuloksiin mukaan.

Haastattelukysymykset on jaoteltu teemoittain. Teemat ovat moniammatillinen yhteistyö, päätöksenteko, tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet, tehostetun kotihoidon tulevaisuus ja sen kehittämisideat. Seuraavaksi käydään läpi tulokset näiden teemojen mukaisesti.

4.1. Moniammatillisen yhteistyön kokemukset

Ensimmäinen teema oli moniammatillinen yhteistyö. Haastattelussa kysyttiin mitä moniammatillinen yhteistyö työntekijän mielestä tarkoittaa. Tällä haluttiin selvittää miten haastateltavat kokevat moniammatillisen yhteistyön sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä yhteistyössä vastaanotto- ja toimenpideosaston, akuutti- ja kuntoutusosaston sekä kotihoidon välillä. Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon (Taulukko 2.) on kerätty haastatteluissa nousseita asioista aiheen tiimoilta.

Taulukko 2. Moniammatillinen yhteistyö.

Moniammatillinen yhteistyö	Selitykset
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan asian ratkaisemiseksi hyödynnetään usean ammattiryhmän ammattitaitoa, hyödynnetään eri näkökulmia • työryhmän jäsenet arvostavat ja kunnioittavat toisiaan 	<ul style="list-style-type: none"> • moniammatillinen yhteistyö voi tapahtua asiakkaan, hänen omaisten, kotihoidon, lääkärin, fysioterapian, osaston, vastaanotto- ja toimenpideosaston, laboratorion, röntgenin, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, sosiaalityöntekijän, psykiatrisen poliklinikan, keskussairaalan, apteekkien ja pienkotien henkilökunnan välillä
<ul style="list-style-type: none"> • yhteistyöllä saavutetaan paras mahdollinen tulos, asiakkaan tarpeet huomioiden 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakas on keskiössä, asiakkaan toivomukset huomioidaan
<ul style="list-style-type: none"> • yhteinen tavoite 	<ul style="list-style-type: none"> • tavoitteena on asiakkaan pärjääminen kotona mahdollisimman pitkään, asiakkaan ongelma saadaan ratkaistua
<ul style="list-style-type: none"> • edullisempi 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaalle kotihoidon käynnit ovat edullisempia kuin osastojaksot
<ul style="list-style-type: none"> • moniammatillisen tiimin työntekijät oppivat asioita toisiltaan • jatkuvaa kouluttautumista 	<ul style="list-style-type: none"> • jatkuva oppiminen, kehittyminen, kouluttautuminen
<ul style="list-style-type: none"> • tiedonkulku yksiköstä toiseen • esimiehet järjestävät resurssit 	<ul style="list-style-type: none"> • riittävät resurssit tehdä laadukasta työtä

Kaikki haastateltavista ajattelivat moniammatillisen yhteistyön olevan usean ammattiryhmän toimintaa. Heidän mielestään toimintaa voi olla myös eri toimipisteiden välillä. Asiakas on siinä keskiössä. Ryhmän jäsenet valikoituvat asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Tietoa asiakkaasta jaetaan ryhmän kesken. Kaikki päätökset tehdään asiakkaan parhaaksi.

Haastateltavat kokivat toisten arvostamisen ja kunnioittamisen tärkeäksi. Yhdellä haastateltavista oli kuitenkin huono kokemus yhteydenotosta toisen organisaation ammattilaiseen. Hän koki vähättelyä ja oman työn arvostelua. Muuten yhteistyöhön oltiin tyytyväisiä. Pienen paikkakunnan eduksi todettiin, että hoitohenkilökunnat tuntevat toisensa ja täten yhteydenotto on helppoa. Yhteistyötä tekemällä myös opitaan uusia asioita.

Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytyksenä pidettiin resurssien järjestämistä. Yhteistä aikaa suunnittelulle kaivattiin.

” Siinä niinku on eri ammattiryhmiä, jotka päättävät asioista yhdessä tai keskustelelee asioista.”

” Jokainen ammattiryhmä antaa oman mielipiteensä niinku omalta osaltaan. Sitten niistä pohditaan mikä se paras vaihtoehto olis.”

”Eihän me pärjättääs, jos me ei tehtääs moniammatillista yhteistyötä. Varsinkin kun kotihoito on irrallaan muusta tavallaan organisaatiosta, että meillä on paljon yhteistyökumppaneita.”

Moniammatillisen yhteistyön teemaan liittyen haastateltavia pyydettiin kuvaamaan mitä tehostettu kotihoito heidän mielestään on. Vastauksista nousi esille se, että tehostettu kotihoito on lyhytaikaista hoitoa. Suurin osa haastateltavista kertoi siihen liittyvän vaativien haavojen hoitamista, useasti päivässä tarvittavia käyntejä tai palliativista hoitoa. Neljä mainitsi myös kipupumpun laittamisen. Kolme mainitsi vain iv -antibiootin antamisen. Yksi haastateltavasti kertoi siihen kuuluvan edellä mainittujen lisäksi kuntoutuksen ja keskusteluavunkin. Tehostetun kotihoidon käyntien todettiin vähentävän sairaalajaksoja tai ainakin lyhentävän niitä voinnin jo parantuessa.

”No se on tätä vaativampaa osuutta täs kotihoidos. iv -hoidot, nesteytykset, mutta sitten mun mielestä siihen kuuluu kans nämä asiakkaat, joiden luona käydään niinku monta kertaa päivässä ja tuota sitten nämä terminaalivehes olevat.”

”Tehdään semmosia vaativimpia hoitotoimenpiteitä kotona, samanlaisia mitä osastolla ja sairaaloissa, jopa keskussairaalassa. Kotona pystytään tekemään.”

Ensimmäisen teeman lopuksi kysyttiin, miten tehostettu kotihoito näkyy työssäsi. Haastateltavista yhdellä lääkäriellä ei ollut kokemusta tehostetusta kotihoidosta. Lisäksi kaksi sairaanhoitajista olivat aluksi sitä mieltä, ettei heillä ollut kokemuksia asiasta, mutta haastattelun edetessä todettiin, että he olivat olleet mukana suunnitteluvaiheessa ja ottaneet yhteyttä kotihoitoon tehostetun kotihoidon asiakkaan hoidon järjestämisen vuoksi. Tämän katsottiin olevan riittävä kokemus tehostetusta kotihoidosta. Suuri osa haastateltavista oli osallistunut iv-hoitojen antamiseen sekä saattohoitoihin. Lisäksi osalla oli kokemusta suunnittelusta, ohjeiden antamisesta ja itse tehostetun kotihoidon toteuttamisesta.

4.2. Kokemukset päätöksenteosta tehostetussa kotihoidossa

Toisena teemana oli päätöksenteko. Päätöksentekoa tarkasteltaessa haastateltavilta haluttiin kysyä mitä heidän mielestään päätöksenteko tarkoittaa ja millaiseksi he kuvailisivat sen olevan moniammatillisessa yhteistyössä. Lopuksi tiedusteltiin millaisena he kokevat sen toimivuuden tehostetun kotihoidon yhteydessä. Seuraavaan taulukkoon (Taulukko 3.) on koottuna haastattelun tuloksia päätöksenteosta.

Taulukko 3. Päätöksenteko.

Päätöksenteko	Selitykset
<ul style="list-style-type: none"> • Yhteisesti sovitaan asiat • Lääkäri päättää • Lääkäri on vastuussa • Vastuu hoitajilla • Suunnitelmallisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • yhteinen suunnitelma, päätetään miten/kuka toteuttaa • lääkäri vahvistaa päätöksen ja on vastuussa • kotihoito • enemmän tarvitaan neuvottelua

Haastateltavien oli vaikea määritellä päätöksentekoa. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että päätöksen loppujen lopuksi tekee lääkäri. Asioista voidaan keskustella hoitajien kanssa, mutta lopullisen päätöksen vahvistaa lääkäri ja hänellä on vastuu. Yksi haastateltavista toi esille, että vaikka lääkäri tekee päätöksen, on hoitajilla suuri vastuu. Kotihoidon haastateltavat kokivat oman vastuunsa suureksi, koska hoitajat työskentelevät yksin. Tarvittaessa he voivat kysyä puhelimitse toiselta työntekijältä mielipidettä tai soittaa lääkärille. Tärkeänä nähtiin hoitosuunnitelmien teko, joka ohjaa jatkohoitoa. Se tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Omaiset otetaan tarvittaessa mukaan suunnitteluun. Tämä suunnitelma auttaa hoitoa antavaa henkilöstöä tekemään itsenäisiäkin ratkaisuja asiakkaan hoidon edetessä.

”Päätöksenteko olis ammatillisempaa ja demokraattisempaa, mutta usein se voi kiertyä siihen, että kerätään ne tiedot sinä moniammatillisessa ryhmässä ja eri mielipitteet ja sitten joku ehkä siinä joutuu tekemään sen isomman päätöksen tämän kerätyn tiedon pohjalta.”

”Jonkun pitää tehdä se päätös ja ottaa vastuu. Koska ei voi olla niinku, jos moniammatilliseen ryhmään vaikka kuuluu neljä henkilöä, niin ei voi olla neljä eri päätöstä.”

”Tehdään potilaalle hoitosuunnitelma. Tokihan siinä mietitään nyt kaikkia erilaasia vaihtoehtoja, eihän sitä hoitosuunnitelmaa pelkästään lääkäri tee.”

Päätöksenteon tehostetussa kotihoidossa haastateltavat kokivat olevan usein sanelupolitiikkaa. Usein asiakkaat tulevat kotihoitoon ilman neuvotteluja kotihoidon henkilöstön kanssa. Lisäksi välillä joudutaan tekemään sellaisiakin päätöksiä, jotka eivät miellytä kaikkia. Joskus päätöksiä joudutaan esimerkiksi pyytämään lääkäriltä, vaikka hän ei ole asiakasta nähnytäkään. Haasteeksi koettiin, ettei osaavaa henkilökuntaa ole tarpeeksi illoissa ja viikonlopuissa. Yhtenä ongelmana nousi asiakkaan siirtyminen keskussairaalaan suoraan tehostetun kotihoidon asiakkaaksi. Päättämättä on jäänyt, kenelle hoitovastuu kuuluu. Tiedonkulussa koettiin olevan silloin ongelmia.

”Se on pikkusen sanelua. Sanelupolitiikkaa, mutta tavallansa ei oo sitä yhteistyötä niin tarkasti, että aina emme ole valmiita, niin valmiita ottamaan vastahan sitä potilasta kun pitääs olla, elikkä se tieto esimerkiksi tai siitä potilaasta ei oo tullu tarpeeksi varahin tai sitten yksinkertaisesti meillä ei oo aikaa niin tehokkaasti hoitaa kun pitääs, että ei oo välttämättä kuunneltu meidän mielipidettä tästä asiasta, ei oo kuunneltu tai ehkä arvostettu sitä näkökulmaa mikä meillä on siitä tilanteesta.”

”Siellä on hoitanut eri lääkäri ja sitten tuota niin joutuukin sitten kysymään neuvoa sitten toiselta lääkäriltä, joka ei oo potilasta nähnykkään.”

”Keskussairaalaan suoraan tullut, no ensiksikin tiedon kulus oli ongelmaa, sitten lisäksi on se, että kukas täällä periferias sitten, siirrykö se vastuu meillä ja kenelle se siirtyy.”

4.3. Tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet

Neljännän teeman aiheena oli tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet. Haastateltavilta kysyttiin mitä asioita he pitivät haasteina, toisaalta mitä he näkivät siinä mahdollisuutena. Näkemyksiä tuli sekä asiakasta koskevana että työntekijöiden ja organisaation näkökulmasta. Seuraavaan taulukkoon (Taulukko 4.) on koottuna haasteet ja mahdollisuudet asiakasnäkökulmasta.

Taulukko 4. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet tehostetussa koti-
hoidossa asiakasnäkökulmasta.

HAASTEET	MAHDOLLISUUDET
Asiakas: <ul style="list-style-type: none"> • minkä kuntoisia voidaan hoitaa kotona • ei halua kotiin hoitajia / eri hoitajia • yksin asuva • omaiset kaukana/omaisten sitouttaminen • monisairastavuus • kotien siisteys • kokonaisvaltainen hoito • tiedon saaminen 	Asiakas: <ul style="list-style-type: none"> • inhimillinen vaihtoehto asiakkaalle • asiakas saa asua kotonaan mahdollisimman pitkään • keventää omaisten taakkaa • edullisempi kuin osastohoito • vaihtoehto sairaalajaksolle • infektioriski vähenee

Kotona asuvat asiakkaat ovat monisairaampia kuin ennen. Omaiset asuvat pitkien matkojen päässä tai he eivät halua osallistua omaisensa hoitamiseen. Kaikilla ei ole edes omaisia. Kotien siisteys ei aina ole sellainen, että tehostettua kotihoitoa on turvallista antaa kotona. Asiakkaat eivät osaa kertoa vaivojaan. Kaikki asiakkaat eivät ole suostuvaisia siihen, että kotona käy vieras ihminen hoitamassa. Haasteeksi koetaan, että asiakkaalla käy monta eri hoitajaa. Asiakkaat eivät tiedä mitä tehostettu kotihoito on ja mitä asioita kotona voidaan hoitaa. Heillä ei aina ole tietoa siitäkään mitä käynnit tulevat maksamaan. Haasteena on myös kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistaminen silloin kun asiakas on huonossa kunnossa. Hän ei välttämättä pysty hoitamaan hygieniää, ravitsemusta, lääkehoitoa ja asiointeja mm. kaupassa.

” Infoa myös asiakkaille, että nekin vois valita, että onko heille edullisempi tulla tänne tiputukseen tai kun maksaa kotia.”

Tehostetun kotihoidon mahdollisuus asiakasnäkökulmasta nähtiin eniten siinä, että asiakas saa olla kotona ja hän välttyy osastohoidolta. Usein tehostetun kotihoidon syynä on suonensisäisen antibiootin saaminen ja asiakas ei tarvitse muuta hoitoa. Tehostetun kotihoidon turvin hän voi saada sen kotonakin. Keskussairaalarastakin pystytään kotiuttamaan suoraan kotiin. Asiakkaat itsekin kertovat usein halukkuudestaan saada hoitoa kotiin. Tehostetun kotihoidon käynnit vähentävät myös omaisten taakkaa ja tulee halvemmaksi kuin osastohoito. Sairaalajaksolla infektioriski on suuri, koska asiakkaat ovat huonokuntoisia ja osastolla voi olla monenlaisia infektioita.

”paljon tulis säästää ja asiakkaat tykkääs. Jos se yöpartio tulis, niin se oli aivan mahtava juttu”

”asiakkaille hyvä, että saa olla kotona, esimerkiksi saattohoito, että sais olla kotona viime hetket ja monta kertaa onhan se varmaan kaupungillekin säästöä, että toa ei viedä osastopaikkoja ja voi olla kotona. Eikö se oo vähän kaikkien etu sitten loppujen lopuksi.”

Moniammatillisesta yhteistyöstä osa haasteista ja mahdollisuuksista oli työntekijöiden ja organisaation näkökulmasta. Näitä seuraavassa taulukossa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet tehostetussa kotihoidossa työntekijöiden ja organisaation näkökulmasta.

HAASTEET	MAHDOLLISUUDET
Työntekijät, organisaatio: <ul style="list-style-type: none"> • asiakasmäärät lisääntyvät • käyntimäärät lisääntyvät • etäisyydet (tasapuolisuus ei toteudu) • kolme kertaa päivässä antibiootit • ajan käyttö • moniammatillinen osaaminen • moniammatillinen yhteistyö • kokonaisvaltaisuus/temppukeskeisyys • osaaminen ja sen ylläpito, luvat • työvoimapula, sijaisten saanti • resurssit • info tehostetusta kotihoidosta • lääkärin palvelut 24/7 • yöpartio • vastuu • suunnitelmallisuus • oma yksikkö, asiakkaiden riittävyys • tiedonkulku • tukiosasto • ympärivuorokautinen hoito 	Työntekijät, organisaatio: <ul style="list-style-type: none"> • säästetään osastopaikkoja • lyhyemmät osastojaksot • työllistäjä • työntekijän kehittyminen • kouluttautuminen, työnkierto • lääkkeiden seuranta • yöpartio • moniammatillisessa tiimissä kaikki tuntevat toisensa • iv-antibiootit, saattohoidot, vaativat haavahoidot, useat käynnit päivässä. • hyvät yhteydet eri yksikköjen välillä • yhteistyössä sovitaan asioista • hyvin suunniteltu asiakkaan hoitoketju osaston ja kotihoidon välille • laajentamismahdollisuus • uudet diagnostiikat, tekniikat • lääkeannostelijat • skype, lääkärin apuna

Haasteina koettiin haastavien asiakkaiden lisääntyminen päivää kohden. Lisäksi hoitajilla on vähemmän aikaa yhdelle asiakkaalle kerrallaan. Käynnit ovat enemmän temppu-

keskeisiä, koska kokonaisvaltaiseen hoitamiseen ei ole aina aikaa. Kolme kertaa päivässä annettavat iv -antibiootit eivät onnistu tällä hetkellä, koska osaavaa henkilökuntaa ei ole aina tarpeeksi. Välimatkat tehostetun kotihoidon asiakkaiden välillä ovat suuret ja samanlaista palvelua ei voida antaa jokaiselle. Yöaikaista kotihoitoa ei ole tällä hetkellä saatavilla. Useat haastateltavat toivat esille, että yöpartiota tarvittaisiin. Samoin lääkärin palvelut yöaikaan puuttuvat. Tukiosaston tarve nousi myös esille. Saattohoitoasiakkaan ei tarvitsisi lähteä yöllä keskussairaalaan vaan hänellä voisi olla lupa tulla suoraan terveyskeskuksen vuodeosastolle, jos kotona oleminen tuntuu hankalalta. Haasteeksi koettiin myös hoitajien osaamisen säilyttäminen, jos esimerkiksi suoni yhteyden avaamista tulee harvoin. Tehostetusta kotihoidosta ei ole informoitu tarpeeksi. Sen olemassaolosta ei tiedä kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijätäkään.

Tehostetun kotihoidon yhdeksi isoksi haasteeksi nousi suunnitelmallisuus. Aikaa työn suunnittelulle ei ole tarpeeksi. Asiakkaalle pitäisi tehdä hoitosuunnitelma, joka ohjaisi toimintaa. Haaste on myös asiakkaan kulku eri yksiköiden välillä. Tiedonkulku ei ole riittävää.

”Tehostetussa kotihoidossa on yhä monisairaampia henkilöitä elikkä silloin niinku tarvitaan paljon enemmän tietämystä ja tulee äkkiä uusia tilanteita.”

”Samassa suhteessa, kun laitospaikkoja on purettu, niin henkilöstöä ei ole siirretty kotihoitoon eli se käppi pitää korjata ensimmäisenä. Silloin se kotihoidon tulevaisuus olis niinku hyvää ja sitä osattais arvostaa riittävästi.”

Suuri osa haastateltavista näki tehostetulla kotihoidolla olevan rajattomat mahdollisuudet, jos resursseja on käytössä. Laajentamismahdollisuuksia olisi tälläkin hetkellä. Säästöjä sillä saataisiin hyvin aikaan. Osastojaksoja voitaisiin välttää kokonaan tai ne ainakin lyhentyisivät. Haastateltavien mielestä haastavat hoidot lisäävät osaamista ja tuovat mielekkyyttä työhön. Hoidoista on pitänyt ottaa selvää. Mahdollinen yöhoito takaisi haastavien asiakkaiden hoitamisen kotona. Jos lääkärin palvelut olisivat 24/7, olisi konsultaatioapu turvattu. Moniammatillisen tiimin jäsenet tuntevat toisensa, joten haastateltavat kokivat siinä yhteisen kehittämisen ja yhteistyön mahdollisuuden. Mahdollisuutena nähtiin hyvän yhteistyön ansiosta saatavan hyvän hoitoketjun asiakkaalle eri yksiköiden välille. Jatkossa erilaiset tekniikat ja digi -mahdollisuudet voisivat olla lääkärin

apuna. Työnkierto nousi yhdessä haastattelussa esille. Toimipisteiden vaihtoa pitäisi olla molempiin suuntiin. Haastateltavan mielestä se ylläpitäisi työammattitaitoa.

”Sitä sais olla paljon enemmän, että osaaminen säilyys ja oma mielenkiinto pysyy. Sitä pitää ittekin paljon ottaa selville ja siinä kehittyy.”

”Tekniikka jos siinä tulis apuuhin, en tiedä. Kun ajatteloo, jos sitä voitaas jo nyt tietokoneen kautta jotakin lääkärin käyntiäkin.”

4.4. Tehostetun kotihoidon tulevaisuus

Viidentenä teemana oli tehostetun kotihoidon tulevaisuus. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää millaisena haastateltavat näkevät tehostetun kotihoidon olevan muutaman vuoden kuluttua. Tehostetun kotihoidon tulevaisuus nähtiin lisääntyvänä palveluna. Kaikki arvelivat sen määrän kasvavan. Osa haastateltavista olettaa sen muuttuvan ympärivuorokautiseksi. Syyksi arveltiin laitospaikkojen väheneminen. Lisäksi asiakkaat osaavat vaatia hoitoa enemmän ja haluavat sitä myös kotiin annettavana. Haastateltavat arvelivat saattohoitojen määrän kasvavan ja siirtojen lisääntyvän suoraan keskussairaalaista tehostettuun kotihoitoon. Haastateltavien mielestä tehostetun kotihoidon asiakkaiden määrän lisääntyessä tulee vastaan resurssipula ja osaavia sijaisia on vaikeampi saada. Haastateltavien mielestä työn vaatavuuden lisääntyessä tarvittaisiin kouluttautumista ja lisää henkilökuntaa. Osaavan henkilökunnan ja resurssien lisääminen nähtiin tärkeänä.

” Samassa suhteessa kun laitospaikkoja on purettu, niin henkilöstöä ei ole siirretty kotihoitoon eli se käppi pitäis korjata ensimmäisenä, silloin ne kothoidon tulevaisuus olis niinku hyvää ja sitä osattais arvostaa riittävästi. Mutta se vaatii tän korjausliikkeen, että tosiaan se henkilöstömäärä mikä on tehostetusta vapautunut, niin siirrettäis oikeesti kotihoitoon.”

” Sekä niinku tämmöstä somaattista mutta myös niinku psykologista koulutusta ja asennetta, koska tuota väki vanhenee ja tämmöset sairaanhoidolliset jutut lisäänty, pakko niitä on pystyä antamaan kotonakin. Ei me pärjätä muuten.”

” Asiakkaat lisääntyvät, iv-antibiootit lisääntyvät, saattohoidot lisääntyvät, työvoimapula kasvaa. Tarve varmasti lisääntyy.”

Tehostetun kotihoidon tarpeen kasvamisen vuoksi nähtiin tarvetta valmiuksien lisäämiselle. Yöhoidon tarve nousi vahvasti esille. Jos tulevaisuudessa olisi yöpartio toiminnassa, olisi mahdollisuuksia vaativimpiinkin hoidettaviin kotona. Toiminta laajenisi niin, että kaikille pystyttäisiin antamaan samaa hoitoa asuinpaikasta riippumatta.

” Yöhoito se on kans, että tuota niillä olis joku tuki ja turva yölläkin ja moni pärjääs kotona, kun olis joku yöhoitokin. ”

”Yöpäivystys sitten tulevaisuudessa kyllä...Niin kyllä se tulevaisuus on edelleen se ympärivuokokautinen, kyllä se se on.

” Hyödynnettääs sitten kotona asuviin ja sitten ympäri Lapuaa, että ei keskustan alue vaan ihan ympäri Lapuaa. ”

Tehostetun kotihoidon nähtiin parantavan asiakkaiden mahdollisuuksia olla kotona pidempään. Kotona oleminen on kuntoutustehokkaampaa kuin sairaalassa oleminen. Tekniikan oletettiin tulevan avuksi esimerkiksi lääkeannostelijan tai lääkäreiden etäyhteyksien muodossa.

”Sairaalas kun tuloo monta kertaa ne potilaat, niin tuloo siihen kuntoonkin aina vähän takapakkia, että kotona on sitä normaalia elämää ja omatoimisuutta tuloo aina toisella alialla, että ihmiset pysyyskin parempi kuntoosina. ”

” Jos on yksinasuva ja omaasten apuja tarttoo niin vaatii omaasiltakin kyllä paljon, mutta on paljon täälläsiä yksinasuviakin, jotka pärjääs sitten kun kävis se kotihoito siellä. ”

Osa näkee kotihoidon olevan jatkossa enemmän kotisairaala -tyyppistä. Hoitotyössä olisi mukana kotisairaalan henkilökunta, kotihoito ja ambulanssin henkilökunta. Terveystenhoitosta vastaisi virka-aikana terveydenhuollon henkilöstä. Päivystysaikana hoidosta vastaisi ambulanssi. Yksi haastateltavista kuitenkin toi esille haasteen töiden järjestämisessä, jos kotisairaalassa ei ole tarpeeksi asiakkaita. Hän pohti myös, miten järjestäisi työntekijöiden ohjautuminen tarvittaessa muihin töihin. Tekniikan kehittyminen nähtiin tulevaisuudessa tuovan helpotuksia hoidon järjestämiseksi.

” Kyllä mä näen sen, että sellaaasena, että meillä on semmonen tietty porukka, joku niinku tehostetun kotihoidon yksikkö, joka hoitaa niitä ”

” Sellaanen tavallansa semmonen joustava kuluku täällä, yksiköstä toiseen ja mahdollisimman mukaan sinne kotia, sinne hoidettaas. ”

”Kuka ottaa vastuun viimekäden siitä, että miten lääkitys etenee tai mitä teherähän tämän asiakkaan kans...Tärkeä asia on se lääkärin vastuun ottaminen.”

4.5. Tehostetun kotihoidon kehittämisedat

Viimeisenä teemana oli tehostetun kotihoidon kehittämisedat (Taulukko 6.). Tähän kysymykseen annettiin sen verran ohjausta, että taloutta ei tarvinnut miettiä ensimmäisenä. Tällä haluttiin tuovan innovatiivisia ehdotuksia ja uusia ajatuksia tulevaisuuden kehittämiseen.

Taulukko 6. Tehostetun kotihoidon kehittämisedat.

ASIAKKAAN HOITOON LIITTYVÄT	ORGANISAATIOON LIITTYVÄT
kokonaisvaltaisempaa hoitoa, antibioottien anto kolmesti päivässä	henkilöstömäärän lisääminen, palvelu koko kunnan alueelle joka päivä, koulutus, osaamisen takaaminen
omahoitajuus, hoitosuunnitelmat	suunnitelmallisuus, hoitajien valtuuksien lisääminen
enemmän aikaa asiakkaille ja omaisille	selkeät prosessit, moniammatilliset palaverit erilaisia tiimejä: tehostettu kotihoito, haavahoitotiimi, infektioitiimi, saattohoitotiimi työaikamuoto, joka takaa joustavuutta
matala kynnyks liikkuamiseen yksiköiden välillä	saumaton hoitoketju vastaanotto- ja toimenpideoaston, akuutti- ja kuntoutusosaston ja kotihoidon välillä, yhteistyö keskussairaalan kanssa, kotiuttamiset suoraan erikoissairaanhoidosta
lääkärin käynnit kotona, oma vastuu lääkäri	lääkäripalvelut 24/7, yöpävystys tukiosasto (suunniteltu), kotisairaala, oma yksikkö, missä omat hoitajat ja vastuulääkäri, ensihoidon hyödyntäminen
kirjalliset ohjeet	yhteiset tietojärjestelmät, jatkumo tehostetun kotihoidon jälkeen
tiedonkulku	tiedonkulku, mainostaminen

Tehostetun kotihoidon kehittämideoita tuli runsaasti ja kaikki olivat sellaisia, joita voisi jatkossakin kehittää. Henkilökunnan lisääminen nähtiin tärkeänä jokaisessa haastattelussa. Toivomuksena oli, että tehostettua kotihoitoa voitaisiin taata kaikille Lapualaisille. Aikaa haastaviin asiakaskontakteihin haluttaisiin lisää. Omahoitajuus nousi yhtenä ehdotuksena. Lääkäreiden palveluita tarvittaisiin ympäri vuorokauden varsinkin, jos yöpartio aloittaisi toimintansa. Saattohoitoasiakkaille haluttaisiin kotiosasto, mihin hän voisi mennä suoraan, jos vointi heikkenee. Asiakkaan hoito pitäisi jatkossa olla suunnitelmallisempaa. Hoitosuunnitelma laadittaisiin ja siihen jo merkattaisiin hoidon seuraavat askeleet, joita hoitajat voisivat itsenäisesti toteuttaa.

Kehittämideoina nousi kotisairaala useassa haastattelussa esille. Siinä olisi oma yksikkö ja oma henkilökunta, joka hoitaisi kaikki tehostetun kotihoidon asiakkaat. Koulutusta ja osaamisen lisäämistä pidettiin tärkeänä. Tiedonkulkua pitäisi kehittää kaikkien toimijoiden välillä. Tehostetun kotihoidon mainostamista pitäisi lisätä, jotta tietoisuus tästä mahdollisuudesta tulisi kansalaisille ja kynnys kotiutumiseen osastolta tehostetun kotihoidon turvin olisi matalampi.

”Niillä on selevät ohjeet ja kaikki on niin hyvin organisoitu...luvut ettei niitten tarte joka asiaa niinku soittaa ja kysyä.”

”Siihen pitää panostaa ja sitä pitää kehittää, koska sillä vältetään sitten justiin nää, pahimmillaanhan on jäänyt erikoissairaanhoidon hoidettavaksi ihmisiä, jotka ei enää tarviisi sitä erikoissairaanhoidoa mikä on sinänsä kallistakin.”

Aika moni nosti esille huolen siitä, ettei tiedetä mitä sosiaali- ja terveydenhuollon muutos tuo tullessaan. Hoitaako kotihoidon asiakkaita jatkossa yksityiset? Riittääkö kotihoitossa töitä ja jääkö lääkäripalvelut omaan kuntaan.

Lopuksi kaikille annettiin mahdollisuus tuoda vielä omia ajatuksia esille. Tehostetun kotihoidon toivottiin lisääntyvän. Se toisi säästöjä ja turhat sairaalapäivät jäisivät pois. Se toisi myös motivaatiota kehittää toimintaa edelleen. Innokkuus sitä kohtaa nousi useassa vastauksessa. Tiedonkulun parantaminen esimerkiksi lääkärissä käynnin jälkeen toivottiin paranevan.

5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksessa saatuja tuloksia. Niitä verrataan aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada vastauksia kysymyksiin mitä on moniammatillinen yhteistyö ja siihen liittyvä päätöksenteko, millaisia mahdollisuuksia ja haasteita tehostetun kotihoidon toteuttamiseen sisältyy ja millaisena nähdään tehostetun kotihoidon tulevaisuus. Moniammatillisuudesta on runsaasti tutkimuksia ja teorian tietoa. Päätöksentekoa on tutkittu lähinnä yritysmaailmassa ja poliittisesta näkökulmasta. Tehostettu kotihoito on vielä varsin nuori ilmiö, mutta siitäkin on jo hyvin tutkimustietoa käytettävissä.

Tutkimuksen teoriaosuudessa lukijalle kerrottiin mitä moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan ja mitä päätöksenteko on. Moniammatillista yhteistyötä ja päätöksentekoa peilattiin tehostettuun kotihoitoon. Tutkimuksessa haluttiin selvittää Lapuan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksia näistä asioista. Lisäksi heiltä haluttiin tietoa, mitä he pitivät tehostetussa kotihoidossa haasteina ja mitä mahdollisuuksina. Tulevaisuuden ajatuksia ja kehittämideoita kerättiin haastattelun lopussa.

Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastattelujen avulla saatiin paremmin tietoa moniammatillisen yhteistyön kokemuksista ja siinä tapahtuvasta päätöksenteosta työntekijöiden näkökulmasta. Tehostetun kotihoidon haasteita ja mahdollisuuksia, tulevaisuuden ajatuksia sekä kehittämideoita haluttiin hyödyntämään jatkossa tapahtuvaa kehittämistyötä.

5.1. Moniammatillinen yhteistyö ja siihen liittyvä päätöksenteko

Moniammatillinen yhteistyö koettiin monen eri ammattiryhmän väliseksi yhteistyöksi. Siinä eri ammattiryhmän edustajia kokoontuu yhdessä pohtimaan asiakkaiden ongelmia. Ammatillaisia voi olla monesta eri yksiköstä ja ne voivat vaihdella asiakkaan tarpeen mukaan. Haastatteluissa todettiin moniammatilliseen työryhmään kuuluvan mm. lääkä-

reitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja. Jokainen tuo oman osaamisensa työryhmään. Haastatteluista kävi ilmi, että yhteistyötä tehdään eri organisaatioiden välillä, mutta silti on hierarkiaa edelleen olemassa. Päätöksiä tekevät lääkärit, mutta he ovat myös vastuussa hoidosta. (ks. McCallin 2001; Kenny 2002; Ikonen ym. 2007; Iso-Herranen ym. 2008.) Haastattelujen tuloksista kävi ilmi se, vaikka yhteistyötä välillä onkin hankalaa järjestää, jokainen pyrkii tekemään suunnitelmia ja päätöksiä aina asiakkaan parhaaksi. (ks. Lockhard-Wood 2000.)

Millerin ym. (2003) tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön haasteeksi koettiin resurssipula, hierarkkinen toimintamalli, rakenteiden hajanaisuus ja poliittinen hallinto. Tässä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia. Resurssit koettiin haasteeksi tehostetun kotihoidon toteuttamisessa. Asiakkaat tulevat nopeassa aikataulussa ja valmiuksia järjestää palvelua ei välttämättä ole tarpeeksi. Tulevien asiakkuuksien ennakointiin pitäisi panostaa. Määräykset tulevat osaksi sanelupolitiikalla eikä neuvotteluja aina käydä kaikkien osapuolien kanssa. Johdon rooli on tässä tärkeä. Johdon kuuluu järjestää rakenteet niin, että asiakkaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset voisivat yhdessä keskustella ja ratkaista asiakkaan ongelmia. Tärkeää on valita oikeat henkilöt tiimiin ja heille tulee jakaa vastuuta ja rooleja. (ks. Drinka ym. 2000: 6.)

Kirjallisuudessa moniammatillisen yhteistyön on todettu vaativan kehittämistä. Sitä tulisi tehdä yksiköittäin ja organisaatioittain. Teoria puoltaa tässäkin käytäntöä. Haastatteluissa kävi ilmi, että yhteistyötä pitäisi kehittää ja yhteisiä prosesseja laatia. Tehostetussa kotihoidossa päätökset täytyy tehdä nopeasti. Jatkossa valmiit prosessit, jotka ovat kaikkien tiedossa voisivat helpottaa toimintaa. (ks. Stenmark 2002; Nikander 2003; Pullon 2008.) Yhteistyön ja tiedonkulun hidasteena on edelleen hierakkinen toiminta. Asiakkaan hoitoa ohjaa hoitosuunnitelma, joka tehdään yksilöllisesti yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Hoitosuunnitelmaan kirjataan ongelmat, tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Se ohjaa tehostetun kotihoidon toimintaa. Tämä todettiin myös haastatteluissa. Hoitosuunnitelma auttaa hoitajia tekemään helpommin ratkaisuja asiakkaan hoidon suhteen. (ks. Laaksonen-Heikkilä ym. 1997; Isoherranen 2008.)

Kysyttäessä mitä tehostettu kotihoito haastateltavien mielestä on, saatiin tuloksiksi kokonaisvaltaista, useasti päivässä annettavia palveluita, vaativia haavahoitoja, iv- antibiootin antamista ja saattohoitoa. Kaikki eivät kuitenkaan mieltäneet sitä näin laajaksi palveluksi. Osa oletti sen olevan vain iv -antibiootin antoa tai saattohoitoa. Tämä kuvastaa mielestäni sitä, ettei ihan kaikilla ole tietoa siitä mitä palveluna tehostettu kotihoito tarkoittaa. Työntekijät eivät tunne tarpeeksi toistensa töitä. Työnkierto voisi olla tähän ja yksi ratkaisu. Jatkossa työntekijöiden infoaminen asiasta on tärkeää. Tämä siksikin, että he voivat kertoa siitä myös asiakkaille. (ks. Ikonen 2012.)

Tutkimusteen mukaan moniammatillisten tiimien yhteistyö on yleensä toimivaa. Vaikeudet ovat vastuiden jakamisessa ja ryhmäläisten tietojen hyödyntämisessä. Kaikkien tiimiläisten arvostus ei ole aina tasapuolista ja tiedon saannissa on vaikeuksia. Toisten töiden arvostus ja tietämys koetaan vähäisiksi. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat vastuun jakamisen haasteeksi ainoastaan asiakkaan siirtyessä keskussairaalaan suoraan kotihoitoon. Vastuunsiirto perusterveydenhuollolle ei tapahtunut haastateltavien mielestä tarpeeksi hyvin. Lisäksi kokemusta oli yhdellä arvostuksen puutteesta. Haastateltavilta tuli kuitenkin tietoa, että yhteistyö omien lääkäreiden kanssa sujuu hyvin ja yhteistyö on helppoa. He tuntevat toistensa toimintatavat ja eri organisaatioiden käytännöt. Lapua on pieni paikka ja lähes kaikki hoitohenkilökunnasta tuntevat toisensa. Tämä helpottaa yhteyden ottamista ja konsultaation pyytämistä. (ks. Laaksonen-Heikkilä ym. 1997; Kvarnström 2008.)

Lahdessa tehdyssä tutkimuksessa tuloksena oli, että toimintaa ohjaa taloudellisuus. Tässä tutkimuksessa se nousi myös esille. Haastateltavat kuitenkin painottivat sitä, että tehostettu kotihoito tulee nimenomaan asiakkaalle edullisemmaksi. Sairaalapaikkojakin sillä säästettäisiin ja hoitoaikoja lyhennettäisiin, mutta samalla todettiin, että paikat saisivat sitten sellaiset henkilöt, jotka ovat huonokuntoisempia. Lahdessa tehdyssä tutkimuksessa myös todettiin, että henkilökunta on innostunut ja halukkaita kehittämään toimintaa. Sama nousi esille tässä tutkimuksessa. Lähes kaikista haastatteluista jäi tunne, että tehostettua kotihoitoa halutaan lisätä ja kehittää. Innokkuutta oli kaikissa yksiköissä. (ks. Visakorpi 2002.)

5.2. Haaste vai mahdollisuus

Tehostetun kotihoidon haasteisiin ja mahdollisuuksin liittyvään kysymykseen tuli vastauksia sekä asiakasnäkökulmasta että työntekijöiden ja organisaation näkökulmasta. Haastateltavat kokivat asiakkaiden olevan monisairaampia kuin ennen. Tämä on varmasti tulevaisuudessa lisääntyvä trendi, että yhä huonokuntoisempia siirretään kotiin hoidettaviksi. Laitospaikat vähenevät ja vanhusten määrä yhä lisääntyy. Tämä vaatii kouluttautumista ja osaamisesta huolehtimista. Resurssien ja osaavien sijaisten järjestäminen luovat omat haasteensa.

Toiminta tulisi järjestää sellaiseksi, että asiakasnäkökulmasta katsottuna palveluketjut ovat saumattomia ja yhteistyö eri yksiköissä ja organisaatioissa sujuu hyvin. Tiedonkulua tulee kehittää. Yhteiset prosessit olisi hyvä olla olemassa ja kaikkien tiedossa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että jokainen hoitaa oman alueensa, mutta selkeää yhteistyötä ei ole. Jatkossa on tarve istua saman pöydän ääreen ja pohtia yhteisiä prosesseja ja hoitopolkuja. Prosessien suunnittelu, kirjaaminen ja tiedottaminen hyödyntäisivät jokaista toimijaa ja asiakkaan liikkumista eri yksiköiden välillä. (ks. Lapveteläinen ym. 2006.) Mielestäni asiakasohjausyksiköstä olisi tulevaisuudessa tähän yksi ratkaisuvaihtoehtoista. Asiakasohjausyksikön palveluohjaajat antavat ohjausta ja neuvontaa sekä tekevät hoidon tarpeen arviointi. Heidän kauttaan jatkossa tulevat kotihoidon asiakkuudet. Tätä samaa mallia voitaisiin hyödyntää tehostettuun kotihoitoon. (ks. Hyry 2010.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan usein tietosuoja- ja salassapitosäännöksistä. Ne ohjaavat toimintaa ja luovat monenlaisia haasteita näiden kahden organisaation välille. (ks. Klein 1990; Leathardin 2003; Silvennoinen-Nuora 2010; Kiviharju 2015.) Tätä ei kuitenkaan kukaan haastateltavista nostanut esille, vaikka lupaviidakko molempiin suuntiin onkin olemassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon muutokset aiheuttivat huolta haastateltavissa. Ajatuksia herätti osaston jatkuminen omalla paikkakunnalla ja se, että viekö yksityiset asiakkaat.

Mahdollisuudet tehostetussa kotihoidossa todettiin laajoiksi. Asiakkaalle se antaa mahdollisuuden olla kotona mahdollisimman pitkään. Omaisten hoitotaakkaa voitaisiin käyntien avulla keventää. (ks. SBU 1999; Paljärvi 2012). Lähes kaikki haastateltavat nostivat esille, että tehostetun kotihoidon avulla sairaalajaksot jopa vältetään tai hoitoajat voivat lyhentyä. Asiakas saa hoidon kotiin edullisemmin. Työntekijälle se tuo mielekkyyttä ja mahdollistaa kehittymistä. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin tuovan mahdollisuuden suunnitella asiakkaan hoitoketjua eri yksiköiden välille. Yhteistyö auttaa tuntemaan muut ryhmän jäsenet. Teknologia luo omat edellytykset työn kehittämiseksi.

Haastatteluissa koettiin sekä haasteeksi, että mahdollisuudeksi iv -antibiootien antaminen kolmesti päivässä. Haasteeksi siksi, että se onnistuu nyt vain kerran päivässä. Mahdollisuudeksi siksi, että työjärjestelyillä se olisi mahdollista. Moniammatillinen yhteistyö koettiin myös sekä haasteeksi, että mahdollisuudeksi. Haasteen loi yhteisten suunnitelmien teko ja mahdollisuutena nähtiin saumaton toiminta jatkossa. Yöpartio oli myös haasteena sen järjestämisen suhteen ja mahdollisuutena sen toimivuuden suhteen.

5.3. Tulevaisuuden visiot ja kehittämisideat

Tehostetun kotihoidon tulevaisuus nähtiin laajentuvana toimintana. Visioksi saatiin kotisairaala -tyyppinen tehostettu kotihoito, jossa on oma henkilökunta. Toimintaa on ympäri vuorokauden ja aikaa hoitokontakteihin on tarpeeksi. Hoito taataan koko Lapuan alueelle ja lääkäripalvelut ovat 24/7 käytössä. (ks. Hirvonen 2010; Hyry 2010.)

Asiakkaat ovat yhä monisairaampia ja koulutusta senkin vuoksi tarvittaisiin lisää. Resurssipula ja osaavan henkilöstön saaminen koettiin haasteelliseksi. Osaavaa henkilöstöä tulisi lisätä. Yhteistyön lisääntyminen helpottaa asiakkaan siirtymistä yksiköstä toiseen. Saumaton hoitoketju mahdollistaa turvallisen hoidon. Tiedottaminen tehostetusta kotihoidosta tuo arvostusta työyhteisöön ja usein asiakkaalle mahdollisuuden valita sen osaston sijaan.

Haasteteltavat näkivät jatkossa teknologian tulevan yhä enemmän mukaan tehostetun kotihoidon avuksi. Erilaiset lääkeannostelijat ja esimerkiksi etäyhteyksillä hoidettavat asiakaskontaktit tulevaisuudessa helpottavat tehostetun kotihoidon arkea.

5.4. Yhteenveto

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli vastata kysymykseen mitä on moniammatillinen yhteistyö ja sen päätöksenteko. Tutkimuksessa saatiin hyvin vastauksia moniammatillisesta yhteistyöstä tehostetussa kotihoidossa. Tutkimustulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Tämän tutkimuksen perusteella yhteistyötä tehdään, mutta se kaipaa kehittämistä. Yhteisiä suunnitelmia ei ole tehty ja prosessien kuvaukset puuttuvat. Toisaalta yhteistyö nähtiin helpoksi, koska kaikki tuntevat toisensa. Päätöksenteko tapahtuu edelleen hierarkkisesti, toki kaikkien hoitoon osallistuvien mielipiteitä kuunnellaan. Jatkossa kannattaa pyrkiä suunnitelmallisuuteen ja arvostaa jokaisen yksikön toimintaa.

Kysymykseen tehostetun kotihoidon haasteista ja mahdollisuuksista saatiin hyviä ideoita mitä pitää kehittää ja mitä nähtiin jatkossa mahdollisuutena. Tulevaisuuden näkökulma toi positiivisen tunteen siitä, että tehostetun kotihoidon kehittämiseen ollaan innokkaita. Ongelmat on todettu ja ratkaisuideoita niihin tuli useita. Kysymyksiin saatiin vastaukset, joten tutkimuksen voidaan katsoa onnistuneeksi.

Jatkotutkimusaiheeksi nousi asiakkaan näkökulma tehostetusta kotihoidosta. Tutkimuksessa voisi tarkastella miten moniammatillinen yhteistyö sujuu ammattilaisten kanssa ja miten prosessien sujuvuus näkyy asiakkaan näkökulmasta. Toinen tutkimusaihe voisi olla asiakasohjausyksikön toiminnasta hoidon tarpeen arvioinnissa ja ohjauksessa.

7. LÄHDELUETTELO

- Aho, Päivi (1999). Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja. Porvoo: WSOY.
- Alijärvi, Pirjo (2009). Muutosjohtaminen organisaatioiden yhdistymisessä. Case Kiipula-säätiö. Visamäki. Hämeen ammattikorkeakoulu. Saatavissa 9.10.2016: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4497/Alijarvi_Pirjo_1.pdf?sequence=2.
- Andersson, Sirpa, Riitta Haverinen & Maili Malin (2004). Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69 (5): 481–494. Saatavissa 19.11.2017: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101537/504andersson.pdf?sequence>.
- Baker, David, Rachel Day & Eduardo Salas (2006). Teamwork as an essential component of highreliability organizations. Health Services Research, 41(4, Part II): 1577–1598. Saatavissa 26.12.2017: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955345/>.
- Braybrooke, David & Charles Lindblom (1970). A strategy of decision : policy evaluation as a social process. New York: Free Press.
- Cohen Susan & Diane Bailey (1997). What makes teams work: Group effectiveness from the shop floor to the executive suite. Journal of management 23: 239–290.
- Collin, Kaija, Ulla Maija Valleala, Sanna Herranen, Susanna Paloniemi & Paula Pyhälä-Liljeström (2012). Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan

päivystysalueella. Toim. Kaija Collin, Susanna Paloniemi & Sanna Herranen. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49: 31–43.

D'Amour, Danielle & Ivy Oandasan (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 19: 8–20.

D'Amour, Danielle, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San Martín Rodríguez & Marie-Dominique Beaulieu (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005: Supplement 1: 116–131. Saatavissa 25.12.2017: <https://pdfs.semanticscholar.org/5c10/8d1ff873c7655b3641d9e3843eef1edcab4e.pdf?ga=2.247032388.1943703180.1514210304-1303132476.1514210304>.

Drinka, Theresa & Phillip Clark (2000). *Health Care Teamwork. Interdisciplinary Practice and Teaching*.

Engel, Charles & Elin Gursky (2003). *Management and interprofessional collaboration. Teoksessa: Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Toim. Leathard Audrey. Sussex: Brunner-Routledge.

Engeström, Yrjö (2004). *Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä*. Tampere: Vastapaino.

Engeström, Yrjö, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (2009): Kohti yhteistoiminnallista kotihoitoa. Teoksessa: *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*, 271–277. Toim. Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman. Juva: WS Bookwell Oy.

Eskola, Jari (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

- Etzioni, Amitai (1984). *Capital Corruption. The New Attack on American Democracy*. Amazon: Transaction Publishers
- Fontana, Andrea & James Frey (2000). From structured questions to negotiated text, In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage.
- Green Judith & Nicki Thorogood (2009). *Qualitative Methods for Health Research*. Lontoo: Sage Puplications
- Gibson, James (1986). *The ecologigal approach to visual perception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Grönlund, Elina & Aili Huhtinen (2011). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Tekijät ja Edita Publishing.
- Hamilton, Katherine, Shin-I Shih & Susan Mohammed (2017). The predictive validity of the decision styles scale: An evaluation across task types. *Personality and Individual Differences*. Volume 119, 1 December 2017: 333–340. Saatavissa 19.5.2018: https://ac-els-cdn-com.proxy.uwasa.fi/S0191886917305019/1-s2.0-S0191886917305019-main.pdf?_tid=422446b6-f6ac-4d2c-807a-c24f97532c8b&acdnat=1526717277_dec894d399b36e1c58c7fa052d1145a2.
- Hammar, Teija (2008). *Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus*. Väitöskirja. STAKES, Tutkimuksia 179. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino. Saatavissa 11.4.2017: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7522-1.pdf>.
- Harisalo, Risto, Tuija Rajala & Krister Ståhberg (1992). *Kunnallispolitiikka*. VAPK - kustannus. Helsinki.

- Heikkinen, Helena, Virpi Kannel & Eila Latvala (2004). Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Heinola, Reija (2007). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2014). Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, Mari (2010). Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-tutkinto. Opinnäytetyö.
- Housley, William (2003). Interaction in multidisciplinary teams. Aldershot: Ashgate. Saatavissa 11.4.2017: <http://nyt-om-arbejdsliv.dk/images/pdf/2005/nr1/ta05-1-96.pdf>.
- Hyry, Armi (2011). Suuntana koti – Akuuttihoiton malli Vantaan kaupungin akuuttikotihoidon kehittämisen tueksi. Laurea- ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-tutkinto. Opinnäytetyö.
- Hyyryläinen, Esa (2012). Johtaminen rationaalisuuteen pyrkivänä päätöksentekona, 42–62. Toim. Esa Hyyryläinen. Näkökulmia hallintotieteisiin Vaasan yliopiston opetusjulkaisuja 63 hallintotieteet 1.
- Hägg, Tiina, Merja Rantio, Päivi Suikki, Anne Vuori & Päivi Ivanoff-Lahtela (2007). Hoitotyö kotona. Oppimateriaalit Oy: WSOY.
- Ikonen, Eija-Riitta (2013). Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.
- Ikonen, Eija-Riitta & Seija Julkunen (2007). Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

- Isoherranen, Kaarina (2005). Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.
- Isoherranen, Kaarina (2008). Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa: Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö, 26–48. Toim. Kaarina Isoherranen, Leena Rekola & Raija Nurminen. Helsinki: Wsoy.
- Isoherranen, Kaarina (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Unigrafia.
- Jauhiainen Riitta & Marjatta Eskola (1994). Ryhmäilmiö. Perustietoa ryhmän käytöstä ja ryhmätyöstä sosiaalityöhön sovellettuna. Juva: WSOY.
- Katzenbach, Jon & Douglas Smith (1993). The Wisdom of Teams: Creating the High-performance Organization. Boston: Harvard Business School.
- Kenny, Gerard (2002). The importance of Nursing Values in Interprofessional Collaboration. *British Journal of Nursing* 1 (81): 65–68.
- Kirk, Jerome & Marc Miller (1986). Reliability and Validity in Qualitative Research. Lontoo: Sage publications.
- Kiviharju, Terhi (2015). Ikäihmisten kotihoidon toiminta-malli ja kirjaamisen edellytykset. IKI – Hanke, Nykytilan kuvaus. Raison kaupunki & Varsinais-Suomen Sosiaalialan osaamiskeskus OY Vasso Ab. Saatavissa 24.11.2016: http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/iki_nykytilan_kuvaus.pdf.
- Klein, Julie (1990). Interdisciplinarity. History, Theory, and Practice. Detroit: Wayne State University Press.
- Komulainen, Katri (2000). Kertomukset, elämänmetaforat ja ydinretoriikat ohjauksen apuvälineenä, 252–275. Teoksessa: Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauk-

sen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Toim. Jussi Onnismaa, Heikki Pasanen & Timo Spangar Jyväskylä: PS-kustannus.

Koponen Leena, (2002). Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Koppala, Aku 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Helsinki: Edita.

Korhonen, Mirva (2000). Oma elämäntarina itseymmärryksen välineenä, 57–69. Teoksessa: Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Toim. Jussi Onnismaa, Heikki Pasanen & Timo Spangar. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kvarnström, Susanne (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 22: 191–203.

Körner, Mirjam (2008). Analysis and development of multiprofessional teams in medical rehabilitation. *Psychosoc Med*, 3. Saatavissa 4.12.2016: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736513/>.

Laaksonen-Heikkilä, Ritva & Sirkka Lauri (1997). Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:18/1997.

Lahikainen, Anna & Anna-Maija Pirttilä-Backman (2000). Sosiaalipsykologian perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

- LaPorte Matzo, Marianne & Deborah Witt Sherman (2004). Gerontologic palliative care nursing. United States of America: Mosby.
- Lapveteläinen, Päivi, Eija Grönroos, Hannele Turunen & Marja-Leena Perälä (2007). Tieto- ja viestintätekniset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. Stakes. Raportteja 3/2006.
- Lauri, Sirkka 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Porvoo; Helsinki. WSOY Oppimateriaalit.
- Lauri, Sirkka, Elina Eriksson & Maija Hupli (1998). Hoidollinen päätöksenteko. Juva: Wsoy.
- Leathard, Audrey (2003). Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care. Sussex: Brunner-Routledge.
- Lehtomäki, Leila 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja-tutkimus. Metsämuuronen, Jari. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä. International Methelp Ky.
- Lindblom, Charles (1980). The Policy-making Process. Prentice-Hall. New Jersey.
- Lingard, Lorelei, Sherry Espin, Cathy Evans & Laura Hawryluck (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. Julkaisussa *Critical care*. December 2004: Vol.8(6): 403–408. Saatavissa 28.1.2018: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065058/>.
- Linnamaa, Reija & Markku Sotarauta (2000). Verkostojen utopia ja arki. Tutkimus Etelä-Pohjanmaan kehittäjäverkostosta. Tampereen yliopisto. Alueellisen kehittämisen tutkimusyksikkö. SENTE-julkaisu 7. Lissabon puheenjohtajavaltion päätel-

mät. 2000. Eurooppa-neuvosto: 23–24. Saatavissa 18.5.2018: <URL: http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fi.htm>.

Lockhart -Wood, Karen (2000). Collaboration between Nurses and Doctors in Clinical Practice. *British Journal of Nursing*. 9: 276–280.

Luan, Mo, Lisha Fu & Hong Li (2018). Do maximizers maximize for others? Self-other decision-making differences in maximizing and satisficing. *Personality and Individual Differences*. Volume 121: 15 January: 52–56. Department of Psychology, Tsinghua University, Beijing 100084. China. Saatavissa 19.5.2018: https://ac-els-cdn-com.proxy.uwasa.fi/S0191886917305561/1-s2.0-S0191886917305561-main.pdf?_tid=dd96ffb4-be7f-41af-b3d1-247b0c76fde0&acdnat=1526717253_96b9b9aedda6cdbedcd46155f829f5a0.

Malmberg, Katri (2010). Kotiutusprosessien kehittäminen – Asiakkaan kotiutumisen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

Marton, Ference (2005). Phenomenography: A Research Approach to Investigating Different Understandings of Reality. Teoksessa *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*. Explorations in Ethnography Series, 140–160. Toim. Robert Sherman & Rodman Webb. Lontoo: Routledge.

Marton, Ference & Wing Yan Pong (2005). On the unit of description in phenomenography. *Higher Education Research & Development*, 24 (4): 335–338.

McCallin, Antoinette (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001:10:419–428. Saatavissa 25.12.2017: <https://www.scribd.com/document/253239929/McCallin-A-2001-Interdisciplinary-Practice-a-Matter-of-Teamwork>.

- Miller, Carolyn & Marnie Freeman (2003). Clinical teamwork. The impact of policy on collaborative practice. Teoksessa: Leathard A. (toim.), *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Care*. Sussex: Brunner-Routledge.
- Millward, Lynne & Naomi Jeffries (2001). The team survey: a tool for health care team development. *J Adv Nurs* 2001:35:276–287.
- Myller, Henna (2011). Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa: *Kotihoito 24h, ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä 2008–2010*, 8. Toim. Henna Myller. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C:4. Juvenes print, Tampereen yliopistopaino Oy. Saatavissa 27.12.2017: http://kronos.pkamk.fi/tietopalvelut/pdf/C43_verkkoversio.pdf.
- Nembhard, Ingrid & Amy Edmondson (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7): 941–966. Saatavissa 26.12.2017: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.uwasa.fi/doi/10.1002/job.413/epdf>
- Niemistö, Raimo (1998). *Ryhmän luovuus ja kehitysehdot*. Tampere: Tammerpaino.
- Nikander, Pirjo (2003). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon työkaluna ja haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003: 40 279–290. Saatavissa 3.12.2017: <https://people.uta.fi/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>.
- Nonaka, Ikujiro & Hirotaka Takeuchi (1995). *The knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.

- Ora, Petteri (2005). Aikuiskoulutuskeskus projektitoimijana verkostoissa. Teoksessa: VETO – Verkostotoiminnan kokemuksia, 25–38. Toim. Terhi Haiminen & Petteri Ora. Hämeen ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 4/2005. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu ja Kiipulan ammatillinen aikuiskoulutuskeskus. Saatavissa 19.5.2018: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/93793/VETO_Verkostotoiminnan_kokemuksia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Outinen, Maarit, Kristiina Lempinen, Tupu Holma & Riitta Haverinen (1999). Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto; Stakes; Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus; Stakes; Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Paljärvi, Soili (2012). Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Kuopio. Joensuu: Kopiojyvä OY. Saatavissa 10.5.2018: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf.
- Paljärvi, Soili, Sari Rissanen & Sirkka Sinkkonen (2003). Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. *Gerontologia* 17 (2): 85–97.
- Paloheimo, Heikki & Matti Wiberg (1997). *Politiikan perusteet*. Porvoo: Wsoy.
- Payne, Malcom (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave.
- Peavy, Vance (1999). *Sosiodynaaminen ohjaus. Konstruktivistinen näkökulma 21. vuosisadan ohjaustyöhön*. Helsinki: Psykologien Kustannus.
- Pekkarinen, Laura (2007). *The Relationships Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents*. Vaajakoski: Gummerus Printing.

- Perry, James. L. (1996). Measuring public service motivation: An assessment of construct reliability and validity. *Journal of public administration research and theory*, 6:1, 5–19. Saatavissa 22.5.2018: http://www.indiana.edu/~jlpweb/papers/measuring%20psm_perry_JPART1996.pdf.
- Perälä, Marja-Leena & Teija Hammar (2003). PALKOMalli – Palvelujen yhteen sovitettava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. *Stakes aiheita* 29/2003. Saatavissa 3.12.2017: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1>.
- Petri, Laura (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45, (2): 73–76.
- Pullon, Sue (2008). Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care* 2008:22:133–147.
- Pyörälä, Eeva (1995). Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologia, 11–26. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla*. Toim. Jaakko Leskinen. Helsinki: Ykköspaino Oy.
- Ramanujam, Ranga & Denise Rousseau (2006). The challenges are organizational, not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7): 811–827. Saatavissa 26.12.2017: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.uwasa.fi/doi/10.1002/job.411/epdf>.
- Rissanen Sari, Pirjo Laitinen-Junkkari, Raija Hirvonen & Sirkka Sinkkonen (1999). Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997: arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksista kotihoidon laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Jyväskylä: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.

- Rosswurm Mary Ann & Debra Lanham (1998). Discharge planning for elderly patient. *Journal of gerontological nursing*. May: 14–21.
- Rubinstein, Ariel (1998). *Modelling Bounded Rationality*. London: The MIT Press, Cambridge, Mass.
- Saarelma, Kaija (2005). Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 2005 (121): 203–209. Saatavissa 21.5.2018: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/2/duo94746>.
- Salas, Eduardo, Terry Dickinson, Sharolyn Converse & Scott Tannenbaum (1992). Toward an understanding of team performance and training, in R. W. Swezey and E. Salas. *Teams: Their Training and Performance*. Norwood: Ablex: 3–29.
- Salminen, Ari (1993). *Hallintotiede: organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Hallinnon kehittämiskeskus; Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus.
- Salminen, Ari (2002). *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Salminen, Ari (2004b). *Julkisen toiminnan johtaminen: Hallintotieteen perusteet*. Helsinki: Edita publishing Oy.
- Samuelsson, Ingrid & Niklas Pramling (2016). Variation Theory of Learning and Developmental Pedagogy: Two Context-related Models of Learning Grounded 87 in Phenomenography. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 60 (3): 286–295.
- San Martín-Rodríguez, Letisia, Maria-Dominique Beaulieu, Danielle D'Amour & Marsela Ferrada-Videla (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19: 132–147.

- Savileppä, Anna (2005). Johda monimuotoisuutta. Investoi tulevaisuuteen. Helsinki: Diversa Consulting.
- SBU (1999). Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Effekter och kostnader. Rapport nr.146. Stockholm.
- Sicotte, Claude, Danielle, D'Amour & Marie-Pierre, Moreault (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine*, 55: 6: 991–1003.
- Silvennoinen-Nuora, Leena 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja-tutkimus.
- Simon, Herbert A. (1979). Päätöksenteko ja hallinto. Espoo: Weilin+Göös.
- Sonkajärvi, Ulla (2000). Kuolevan hoito kotona. Teoksessa: Syöpää sairastavan potilaan hoitotyössä. (Toim.) Elina Eriksson & Merja Kuuppelomäki. Porvoo: Wsoy. 261–270.
- Spangar, Timo. 2000. Ohjaajan ja asiakkaan kohtaaminen ”sisältä ulos”, 14–23. Teoksessa: Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Toim. Jussi Onnismaa, Heikki Pasanen & Timo Spangar. Jyväskylä: PS-kustannus. Stake-sin Kouluterveyskysely. 2005. Keski-suomalainen 29.8.2006.
- Stenmark, Dick (2002). ”Information vs. knowledge: The role of intranets in knowledge management”. In Proceedings of HICSS-35, IEEE Press, Hawaii, January: 7–10. Saatavissa 18.5.2018: <https://ieeexplore-ieee-org.proxy.uwasa.fi/document/994043/?part=1>.
- STM (2016). Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Saatavissa 9.10.2016: <http://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido>.

- Takala, Eeva (1995). Viestitään ryhmässä. Teoksessa: Polkuja puheviestintään. Toim. Eeva Takala & Maija Gerlander. 1995: 84–101. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Tenkanen, Raija (2003). Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopisto: Rovaniemi.
- Tepponen, Merja (2009). Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. Saatavissa 11.4.2017: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978_951_27_1301_1/urn_isbn_978-951_27_1301_1.pdf.
- Terpsta, Jennifer, Allan Best, David Abrams & Gergg Moor (2010). Health sciences and health services, 508–519. Teoksessa *The Oxford handbook of Interdisciplinarity*. Toim. Robert Frodeman, Julie Klein & Carl Mitcham. Oxford University Press.
- THL (2017). Sote ja vanhuspalvelut. Saatavissa 11.4.2017: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/sote-ja-vanhus-palvelut>.
- Thomé, Bibbi, Anna-Karin Dykes & Ingalill Hallberg (2003). Home Care with Regard to Definition, Care Recipients, Content and Outcome: Systematic Litterature Review. *Journal of Clinical Nursing*. 12 (6): 860–872.
- Timonen, Virpi (2008). Ageing societies a comparative in production. Open University Press.
- Tucker, Anita & Amy Edmondson (2003). Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics That Inhibit System Change. Julkaisussa *California Management Review* 2003, Vol.45(2): 55–72. Saatavissa 28.1.2018: <http://web.a.ebschost.com.proxy.uwasa.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4d4b1ae7-9bb1-4eb9-b935-10b5b18d2848%40>

sessionmgr4009.

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Vanhalakka-Ruoho, Marjatta & Päivi-Katriina Juutilainen (2003). Ydinasiatuntijuutta ja yhteistyön kuvioita, 113–123. Teoksessa: Ohjauksen uudet orientaatiot. Toim. Marjatta Lairio & Sauli Puukari. Jyväskylän yliopisto: Koulutuksen tutkimuslaitos.

Vartola, Juha (2004). Näkökulmia byrokraatiaan. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Vilka, Hanna (2015). Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Visakorpi, Päivi (2002). Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Pro gradu -tutkielma.

Wright, Bradley (2001). Public-sector work motivation. A review of the current literature and a revised conceptual model. *Journal of Public Administration Research and Theory*: 11: 4, 559–586.

Åkerlind, Gerlese (2008). A Phenomenographic Approach to Developing Academics' Understanding of the Nature of Teaching and Learning. *Teaching in Higher Education*, 13 (6): 633—644.

Åstedt-Kurki, Päivi, Aino-Liisa Jussila, Leena Koponen, Paula Lehto, Hanna Maijala, Riitta Paavilainen & Heli Potinkara (2008). Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo: Wsoy.

LIITE 1. Tutkimuslupa.

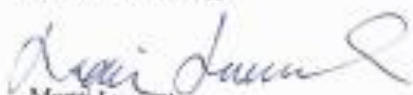
Lapuan terveystakeskus
Sairaalanatie 3
62100 Lapua

Vaasan yliopisto
Filosofinen tiedekunta/Opiskelija Kati Karjanlahti

Asia: Tutkimuslupapyyntö

Annas luvan suunnitteilla olevaan tutkimukseen, joka koskee Kati Karjanlahden tekemää tutkimusta kotihoidon mahdollisuuksista ja haasteista Lapuan terveystakeskuksessa ja perusturvakeskuksessa pro gradu-työhön liittyen. Tutkimuksessa haastatellaan sekä kotihoidon että terveystakeskuksen henkilöstöä.

Lapulla 5.12.2017



Martti Luonila
Johtava ylilääkäri
Lapuan terveystakeskus

LIITE 2. Saate haastatteluun.

SAATE HAASTATTELUUN

Sovimme puhelimitse haastattelusta aiheesta tehostetun kotihoidon mahdollisuudet ja haasteet. Haastattelun ajankohta on ____/____ 2017 klo _____. Paikka _____ . Haastattelu kestää noin tunnin.

Opiskelen Vaasan yliopistossa sosiaali- ja terveyshallintotiedettä. Haastattelun avulla kerään tietoa graduuni, jonka aiheena on tehostetun kotihoidon mahdollisuudet ja haasteet. Haastateltavia on kerätty terveyskeskuksen vastaanotolta, akuutilta osastolta sekä kotihoidosta. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti.

Haastattelun teemat ovat:

Moniammatillinen yhteistyö

Päätöksenteko moniammatillisessa yhteistyössä

Tehostetun kotihoidon mahdollisuudet ja haasteet

Tehostetun kotihoidon tulevaisuus

Esteen sattuessa otattehan yhteyttä

Kati Karjanlahti

LIITE 3. Haastattelun kysymykset.

HAASTATTELUN KYSYMYKSET

Taustakysymykset:

Haastattelun kohteena oleva yksikkö:

Haasteltavan tehtävänimike:

Oletko toiminut tehostetussa kotihoidossa?

Saako nimen julkaista:

Teemat:

1. Moniammatillinen yhteistyö
 - Mitä moniammatillinen yhteistyö mielestäsi tarkoittaa?
 - Miten kuvailisit tehostettua kotihoitoa?
 - Miten tehostettu kotihoito näkyy omassa työssäsi?
2. Päätöksenteko moniammatillisessa työyhteisössä
 - Mitä päätöksenteko mielestäsi on?
 - Millaista päätöksenteko on moniammatillisessa yhteistyössä?
 - Miten päätöksenteko toimii tehostetussa kotihoidossa?
3. Millaiseksi näet tehostetun kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet?
4. Kuvaile tehostetun kotihoidon tulevaisuutta.
5. Miten kehittäisit tehostettua kotihoitoa?

LIITE 4. Haastatteluun osallistuneet.

Hangasmaa Piia, sairaanhoitaja
Hänninen Henna, sairaanhoitaja
Kalliola Pentti, avohoidon ylilääkäri
Korpela Hannele, sairaanhoitaja
Korpiotie Pirkko, sairaanhoitaja
Laitinen Henna, sairaanhoitaja
Mäkynen Irma, terveydenhoitaja
Lähdesmäki Niina, terveydenhoitaja
Pollari Marita, sairaanhoitaja
Pökkä Marita, sairaanhoitaja
Riihimäki Terhi, sairaanhoitaja
Rintasalo Rita, apulaisosastonhoitaja Akuutti- ja kuntoutusosasto
Siuronen Eija, sairaanhoitaja
Vihla Jari, osastotoimintojen ylilääkäri
Vihla Kristiina, geriatri