

Henna Lehikoinen

KOTIUTUSKAAVIO IÄKKÄIDEN POTILAIEN TURVALLISEN
KOTIUTUKSEN KEHITTÄMISEEN

Vanhustyön koulutusohjelma

2017

KOTIUTUSKAAVIO IÄKKÄIDEN POTILAIEN TURVALLISEN KOTIUTUKSEN KEHITTÄMISEEN

Lehikoinen, Henna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Joulukuu 2017
Sivumäärä: 33
Liitteitä: 2

Asiasanat: Ikäihminen, kotiutus, kaavio

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda selkeä kaavio erilaisista iäkkäiden potilaiden kotiutustilanteista Rauman sairaalalle. Tavoitteena oli ohjata uutta henkilökuntaa erilaisissa kotiutustilanteissa sekä auttaa henkilökuntaa toteuttamaan tasalaatuisia ja turvallisia iäkkäiden kotiutuksia. Opinnäytetyöni kuului yhtenä osaprojektina Rauman sairaalassa vuoden 2016 lopulta vuoden 2017 kevääseen kestäneen kotiutuksen kehittämisen projektiin.

Opinnäytetyön projektissa hyödynnettiin Rauman sairaalan kotiutuksen kehittämistyöryhmässä esille tullutta tietoa sekä siellä luotuja työtapoja ja sovittuja käytäntöjä. Tämän projektimuotoisen opinnäytetyön tuotoksena oli kaavio sekä kirjallinen ohje erilaisista kotiutustilanteista Rauman sairaalassa. Kaaviossa huomioidaan kotiin siirtyvien potilaiden lisäksi myös jatkohoitopaikkaa tarvitsevat potilaat. Kaavio luotiin yhdelle paperiarkille, jotta se on helposti esille laitettava sekä helppolukuinen. Kaavioon kirjattiin myös eri tahojen yhteystietoja. Ohjeeseen laitettiin kotiuttamisessa tarvittavat tiedot ja numerot tarkemmin kirjallisena.

Työn teoriaosa koostuu kansallisista laeista ja suosituksista, jotka ovat turvallisen kotiutuksen lähtökohtia. Lisäksi laadittiin kirjallisuuskatsaus suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista, jotka selvittivät mistä tekijöistä muodostuu turvallinen kotiutus ja mitä ongelmakohtia kotiutukseen liittyy.

Työssäni tarkasteltujen tutkimusten mukaan tiedonsiirron ongelmat ovat keskeisimpiä ongelmia suomalaisissa kotiutuksissa. Suurimmat Raumalla koetut kotiutuksen ongelmat olivat myös tiedonsiirron ongelmia. Kaavion ja ohjeen mukainen kotiutuksen kulku edistää kotiutusten tiedonsiirtoa, turvallisuutta sekä helpottaa kotiutusten suunnittelua ja toteutusta. Opinnäytetyön tuloksena syntynyttä kaaviota ja tietoja voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi virallisen kotiutuksen prosessikaavion luomisessa tai muuhun kotiutuksen kehittämiseen.

A DISCHARGE CHART ON THE SAFE DISCHARGE OF ELDERLY PATIENTS

Lehikoinen, Henna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Elderly Care

December 2017

Number of pages: 33

Appendices: 2

Keywords: an older adult, discharge, chart

The purpose of this thesis was to create a clear chart on the different discharge situations of the elderly patients for the hospital in Rauma. The aim was to provide a guide on discharge for new staff members and to help the staff to implement safe discharges with equal quality. This thesis is part of a project carried out in the hospital of Rauma from the end of 2016 until spring 2017 to develop discharge.

The thesis makes use of the information produced in the project as well as the work and other agreed practices. The outcome of this project-type thesis is a chart and written instructions on different discharge situations in the hospital in Rauma. In addition to patients who are discharged home, the chart also pays attention to patients who need further institutional care. The chart was created on A4 paper so it can be read and displayed easily. The chart also includes detailed contact information and other necessary information related to discharge.

The theoretical part of the thesis consists of national laws and recommendations which form the basis for safe discharge. In addition, a literature review was made on Finnish and international researches, which provide information of the factors on safe discharge and the problems related to discharge.

According to the studies the most common problems in discharge in Finland are related to the transfer of information. This was also the case in the hospital in Rauma. The chart and instructions on discharge enhance transfer of information and safety, and they make it easier to plan and implement discharge in the future. The chart and other related information of the thesis can be used in creating a formal process chart on discharge and to develop discharge.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KÄSITTEET	6
2.1	Ikäihminen.....	6
2.2	Kotiutus	7
2.3	Kaavio	8
3	KIRJALLISUUSKATSAUS KOTIUTUKSESTA	9
4	TURVALLISEN KOTIUTUKSEN LÄHTÖKOHDAT	14
4.1	Vanhuspalvelulaki, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihoitolaki.....	15
4.2	Ikäihmisten palvelujen laatusuositus	17
5	TURVALLINEN KOTIUTUS.....	17
5.1	Tiedonkulku, hoidon jatkuvuus ja yhteistyö	18
5.2	Itsemääräämisoikeus	19
5.3	Kotiutuksen suunnittelu ja toteutus.....	19
5.4	Kotiutuksen turvallisuuden parantaminen.....	20
6	KOTIUTUKSEN ONGELMIA	21
7	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	23
8	PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	23
8.1	Kohdeorganisaation kuvaus	23
8.2	Projektin lähtökohdat.....	24
8.3	Resurssi- ja riskianalyysi.....	24
9	PROJEKTIN TOTEUTUS	25
9.1	Kotiutuksen ongelmat Raumalla.....	25
9.2	Projektin työryhmät ja projektin eteneminen.....	26
9.3	Ohjeen ja kaavion käyttöönotto	28
10	POHDINTA	29
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy kovaa vauhtia. Suomessa on reilu miljoona yli 63-vuotiasta ihmistä ja heistä suurin osa elää itsenäisesti (STM 2013, 13). Yhä useammin sairaalapalveluita käyttävä asiakas on kotona asuva iäkäs. Iäkkäät ovat sairaalassa pitkään ja ovat vaarassa joutua uudelleen sairaalaan kotiutumisen jälkeen. (Jäntti 2014.) Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat kotiutetaan sairaaloista yhä nopeammin ja heikompi kuntoisena. Iäkkäille potilaille ja heidän perheenjäsenilleen siirtyminen sairaalan ja kodin välillä on stressaava elämäntilanne. Onnistunut kotiutuminen turvaa iäkkään selviytymisen kotona sairaalahoidon jälkeenkin. (Koponen 9-10, 2003.)

Suomessa on meneillään erilaisia hankkeita, joiden puitteissa pyritään kehittämään kotiutuksia ja muita siirtymiä. Valtiolla on meneillään ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa kehittävä I&O-kärkihanke. Kärkihankkeen hankesuunnitelman mukaan erilaiset siirtymät kuten sairaalasta kotiutuminen ovat haavoittuvaisia palveluiden laadun ja vaikuttavuuden kannalta, ja sen vuoksi siirtymiset tulisivatkin olla koordinoituja ja niitä pitäisi toteuttaa järjestelmällisesti. (STM 2016a, 6-7.)

Olen vajaa kaksi vuotta työskennellyt kotiutushoitajana ja luonut kotiutushoitajan työnkuvaa Rauman sairaalassa. Työssäni olen kohdannut erityisesti tiedonkulusta sekä nopeista kotiutuksista johtuvia ongelmia. Tiedonkulku koetaankin hoitajien keskuudessa huonoksi ja sen kehittämistä pidetään tarpeellisenä (Jalonen 2014, 54; Yhteisvoimin kotona- hanke 2015, 1).

Kotiutuskäytännöt vaihtelevat eri kunnissa ja sairaaloissa. Erityisesti uusien työntekijöiden on hankalaa tietää eri organisaation toimintatavoista ja kunnassa saatavilla olevista palveluista. Hoitajat kokevat tiedonkulun huonoksi ja kotiuttamisen hitaaksi, koska heille on epäselvää, mihin vanhuspalveluiden taahoon missäkin kotiutustilanteessa otetaan yhteyttä. Kehittämishankkeeni tarve nousi esille, kun hoitajat kaipasivat selvää mallia tai kaaviota, josta käy ilmi

erilaiset kotiutustilanteet ja tahot, joihin eri tilanteissa otetaan yhteyttä. Kotiutuksella tarkoitetaan tässä työssä potilaan siirtymistä sairaalasta kotiavun turvin kotiin tai kotia vastaavaan asumismuotoon, jatkohoitoon intervalliin tai muuhun yksikköön.

Työpaikassani Rauman sairaalassa on ollut meneillään syksystä 2016 kevääseen 2017 kotiutuksen kehittämisprojekti ja sen puitteissa on kokoontunut työryhmä, joka on kerännyt tietoa kotiutuksen ongelmakohdista ja etsinyt niihin ratkaisuja. Työryhmä koostui eri ammattiryhmien edustajista sekä sairaalan, että vanhuspalveluiden puolelta. Projektin tarkoituksena oli luoda kotiutusten toimintaohje. Opinnäytetyöni oli yksi kotiutuksen kehittäminen -projektin osa. Opinnäytetyönä tarkoitus oli luoda toimintakaavio sekä kirjallinen ohje osaksi kotiutuksen toimintaohjetta. Tavoitteena on, että kaavio ohjaisi kotiutuksia, parantaisi kotiutusten tiedonkulkua sekä auttaisi erityisesti uutta henkilökuntaa toteuttamaan turvallisia kotiutuksia.

2 KÄSITTEET

2.1 Ikäihminen

Vanhuuden alkamisiän määrittely on hankalaa. Suomessa vanhuuden määritelmä kytkeytyy usein eläkeiän rajaan. Ikäihmiseksi tai vanhukseksi käsitetään Suomessa yleensä yli 65-vuotias. Suomessa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista luku1 3§ mukaan ”iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. Vanhuspalvelulaissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan väestöä, joka on vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980, 3§)

Vuoden 2017-2019 laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi koskee 65-vuotta täyttäneitä väestöä (STM 2017, 10). Iäkkäänä henkilönä vuoden 2013 laatusuosituksessa taas pidetään korkean iän myötä lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen tai korkeaan ikään liittyvien rappeutumisen vuoksi fyysiseltä, psyykkiseltä tai sosiaaliselta toimintakyvyltään heikentyneitä henkilöä (STM 2013, 10). Moni ihminen ei kuitenkaan koe eläkeiän alkaessa olevansa ikäihminen. Eloisa ikä -ohjelman taloustutkimuksella teettämässä Suomalaisten ikägallupissa selvisi, että suomalaisten mielestä noin 72-vuotias on vanha. (Eloisa ikä www-sivut 2013.)

Tässä työssä käytetään iäkäs -sanaa ja sillä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta. Ikäraja on asetettu tähän, koska kotiutuksen ongelmat sairaalassa koskevat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita. Myös Rauman vanhushuoneiden ikärajana pidetään poikkeuksia lukuun ottamatta 65 ikävuotta.

2.2 Kotiutus

Sairaalasta kotiutumisesta käytetään suomalaisissa väitöskirjoissa hiukan toisistaan poikkeavia käsitteitä, jotka ovat kuitenkin lähellä toisiaan. Lämsä (2013) on tutkinut potiluuksia sairaalan osastolla ja käyttänyt käsitettä kotiuttaminen, kun taas Hammar (2008) ja Koponen (2003) ovat käyttäneet käsitettä kotiutuminen tarkoittaessaan potilaan sairaalasta kotiin siirtymistä

Kotiutuminen saatetaan kuvata prosessina, kuten Hammarin (2008) ja Lämsän (2013) tutkimuksissa. Hammar (2008, 25-27) on kuvannut kotiutusta prosessina, jossa asiakkaan avun ja tarpeen arviointi ovat toiminnan suunnittelun lähtökohta. Prosessiin kuuluu lisäksi tavoitteiden ja keinojen määrittäminen sekä toteutus ja arviointi. Kotiutuksen tavoitteita asetettaessa saattaa hoitohenkilökunta tunnistaa erilaisia avun tarpeita kuin potilas itse. Prosessissa tulisi ottaa huomioon ikääntyvien asiakkaiden rooli oman hoitonsa ja palveluidensa päätöksenteossa. Kotiutuksen toteutus vaihtelee asiakkaan tarpeiden ja tilanteen mukaan. Tärkeää kotiutuksessa on palvelujen yhteensovittaminen. Koti-

tuksen onnistumista arvioivat yleensä kotihoidon työntekijät tai sairaalasta käsin kotiutushoitaja, omahoitaja tai case manager sekä jossain tapauksissa kotiutustiimi. (Hammar 2008, 25-27.)

Lämsän (2013,105-112) mukaan kotiuttaminen on monimutkainen prosessi ja sairaalassa tapahtuvien kotiuttamiskeskustelujen perusteella kotiuttaminen muodostuu neljästä perusteesta, jotka ovat: hallinnollinen- ja lääketieteellinen peruste sekä toimintakyky- ja elämäntilanne-perusteet. Hallinnollisessa perusteessa kotiutumista arvioidaan osaston paikkatilanteen, potilasaineksen tai potilaan osastolla viettämän ajan mukaan. Lääketieteellinen peruste perustelee sairaalassa pysymistä tai kotiuttamista potilaan taudin ja sen mitattavissa olevien suureiden kuten laboratoriotulosten mukaan. Potilaan kyky selviytyä arjestaan on toimintakyky -perusteen lähtökohta ja elämäntilanne-perustetta käytetään silloin kun sairaalahoidon tarve tai kotiuttaminen arvioidaan potilaan elämäntavan, turvaverkon tai käytännön asioiden ja ongelmien perusteella. (Lämsä 2013, 110-112.)

Tässä työssä käytän käsitettä kotiutus ja se kuvaa koko sitä prosessia sekä niitä toimenpiteitä, jotka johtavat potilaan kotiutumiseen sairaalan osastolta. Kotiutus-käsite koskee tässä työssä myös erilaisiin jatkohoitopaikkoihin meneviä potilaita.

2.3 Kaavio

Kaavio tarkoittaa tiedon välittämistä graafisesti. Kaavio välittää tiedon nopeasti ja havainnollisesti, mutta ei sovi suuren tietomäärän esittämiseen. Kaavio voi havainnollistaa trendejä, muutamia olennaisia tietoja tai säännönmukaisuuksia. (Maunu 2006, 281.)

Erilaisia prosesseja voidaan kuvata graafisesti eli prosessikaavioina, joissa tietovirrat, toiminnot ja tuotteet kuvataan sovitulla symboleilla. Prosessikaavio auttaa ymmärtämään eri toimintojen välisiä riippuvuuksia ja niiden järjestystä. (JHS-suositukset www-sivu 2012.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUS KOTIUTUKSESTA

Kirjallisuuskatsauksessa esitellään kolme suomalaista ja kaksi kansainvälistä kotiutukseen liittyvää väitöskirjaa sekä muutamia suomalaisia hankkeita, joissa kehitetään kotiutusta. Täällä hetkellä suurin ja ajankohtaisin hanke on valtion I&O-kärkihanke, jonka tarkoituksena on kehittää iäkkäiden ja omaishoitajien palveluita nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2017).

lökkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä, substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä

Koposen tutkimuksen tarkoitus oli kehittää substantiivinen, käytännön toimintaa jäsentävä teoria, jonka avulla iäkkään potilaan hoitoon osallistuvat hoidonantajat voivat jäsentää yhteistyötä ja parantaa iäkkään potilaan ja omaisten saamaa tukea siirryttäessä kodin ja sairaalan välillä (Koponen 2003, 10). Teoria koostuu kategorioista ja kategorioiden välisistä yhteyksistä, jotka kuvaavat potilaan selviytymistä, perheenjäsenten osuutta selviytymisessä sekä selviytymistä edistävää yhteistyötä. Kodin ja sairaalan välillä siirryttäessä iäkkään potilaan ja omaisten osuutta kuvaavat kuusi kategoriaa: ”selviytymistä vaativat muutokset, potilaan toimiminen muutostilanteessa, potilaan autonomia muutostilanteessa, potilaan kokema selviytyminen muutostilanteessa, potilaan tietäminen muutostilanteessa sekä perheen keskinäinen huolenpitäminen muutostilanteessa.” Potilaan, hoidonantajien ja perheen yhteistyötä kuvaavat neljä kategoriaa, jotka ovat: ”selviytymisessä auttaminen, selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen, avun saaminen selviytymisessä sekä avun puuttuminen selviytymisessä.” Tutkimuksen aineisto kerättiin potilasasiakirjoista sekä haastattelemalla potilaita (n=24), heidän omaisiaan (n=14) ja kotihoitossa, terveyskeskussairaalassa sekä erikoissairaanhoidossa potilaan hoitoon osallistuneita hoidonantajia (n=54). Aineistonkeruu tapahtui potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. (Koponen 2003, 120.) Tulosten merkitys potilaan hoidossa on tarkemmin esitelty työn kohdassa 4 ja 5.

PALKO-malli

Toinen suomalainen kotiutumiseen liittyvä väitöskirja on Hammarin Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa, kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kotihoidon asiakkaiden ja heidän avuntarpeensa kuvaus sekä PALKO-mallin vaikuttavuuden ja kustannusvaikutusten arviointi. PALKO-malli on työkalu, jota voivat käyttää asiakkaan paikasta toiseen siirtymisen tai kotiutumisen yhteydessä kaikki sosiaali- ja terveysalan työntekijät. Tavoitteena kotona selviytymisen tukeminen ja hoidon jatkuvuus. (Hammar 2008, 4).

Tutkimuksen aineisto koostui potilasasiakirjoista, asiakashaastatteluista, omahoitajan kyselyistä sekä hallinnon rekistereistä. Asiakasaineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulomakkeella. Rekisteritietoja etsittiin vuodelta 2000 hoitoilmoitusrekisteristä ja Sotka-kuntatiedoista. (Hammar 2008, 73.) Tutkimus osoitti, että sairaalasta kotihoitoon kotiutuvat ja kotihoidossa olevat asiakkaat olivat enimmäkseen yksin asuvia iäkkäitä ja toimintakyvyltään heikentyneitä naisia. Asiakkaat suoriutuivat perustoiminnoista kuten pukeutumisesta ja syömisestä, mutta vaikeutta oli asioiden hoitamisessa, kotitöiden tekemisessä ja tavaroiden kantamisessa. PALKO-mallilla ei ollut vaikutusta asiakkaiden toimintakykyyn, terveyteen tai kuolleisuuteen. (Hammar 2008, 5.) Tutkimuksen tulosten mukaan kotiuttamis- ja kotihoitokäytäntöjä PALKO-mallin mukaisesti kehittämällä, on kunnissa mahdollista tuottaa palveluja ikääntyneelle väestölle entistä tehokkaammin (Hammar 2008, 102).

Väitöskirja potiluudesta

Lämsä on väitöskirjassaan tutkinut potiluuutta ja muun muassa potilaiden kotiutusta. Tutkimus toteutettiin etnografisena aineistonkeruuna sairaalassa kolmella sisätautiosastolla. Tutkimuksen aineisto kerättiin keskustelemalla poti-

laiden ja henkilökunnan kanssa, havainnoimalla osaston tapahtumia ja keräämällä kirjallista tietoa. Tutkimuksessa tutkittavana oli potilas, koska potilas on vaihtuvin ja muuttuvin toimijaryhmä sairaalassa ja potilas on myös toiminnan keskiössä. (Lämsä 2013, 22-24.) Analyysimenetelmänä tutkimuksessa käytettiin laadullista sisällön analyysiä. (Lämsä 2013, 180.)

Lämsä (2013, 111-112) yhdisteli aineistonsa sisältämiä kotiutusksiteereitä niin, että niistä muodostui neljä perustetta, joihin kotiutuminen pohjaa. Kotiuttamisen neljä perustetta ovat: lääketieteellinen peruste, toimintakyvyn peruste, elämäntilanne-peruste ja hallinnollinen peruste. Lääketieteellisessä perusteessa kotiutumista tai sairaalassa pysymistä perustellaan sairaudella tai sen mitattavissa olevilla suureilla, kuten laboratoriotuloksilla. Toimintakykyperusteessa kotiutukseen vaikutti potilaan kyky selviytyä arjesta. Elämäntilanne-perustetta käytettiin kun kotiutumista arvioidaan potilaan elämäntavan, sosiaalisen turvaverkon tai käytännön asioiden perusteella. Näitä asioita olivat esimerkiksi päihteiden käyttö, asunnon kunto, turvattomuuden tunteet tai omaishoitajan loma. Hallinnollinen kotiuttamisperuste tarkastelee kotiutumista tai sairaalaa jäämistä organisaatiolähtöisesti eli sen pohjana on tehokkuus ja tavoite hoitaa mahdollisimman paljon potilaita lyhyellä hoitoajalla. (Lämsä 2013, 112-114)

Lämsän (2013, 108-109) väitöskirjassa todettiin lyhentyneiden hoitoaikojen ja huonokuntoisempien potilaiden vaikeuttavan kotiuttamisprosessia. Lämsä ehdottaa kotiutuksen kehittämiseksi yleisten kotiuttamisperusteiden ja -pisteiden sisältämän mallin luomista, jolloin kotiutuksen tilannekohtaisuus vähenisi, osapuolten arvovalta-asiat, henkilökemiat ja kovaäänisyys eivät vaikuttaisi kotiutustilanteeseen (Lämsä 2013, 124)

Sydänsairaana iäkkään potilaan kotiutus terveydenhoitajan tukemana

Yksi kotiutukseen liittyvä tutkimus on kiinalaisen Kwok T.:n vuonna 2008 tekemä tutkimus, jonka tehtävänä oli arvioida, miten sairaalasta kotiutuminen

terveydenhoitajan tukemana vaikuttaa kustannuksiin ja miten se vaikuttaa sairaalaan uudelleen joutumisen ehkäisyyn sekä potilaan toimintakykyyn kroonisesti sydänsairailta iäkkäillä. Tutkittavana oli satunnaisotoksena 105 yli 65-vuotiasta iästä kroonisesti sydänsairasta potilasta, jolla on sairaalajaksoja tutkimusta edeltävän vuonna. Terveystenhoitaja kävi testiryhmän potilaiden luona ennen kotiutusta ja seitsemänä päivänä kotiutuksen jälkeen ja sitten viikottain kuukauden ajan ja lopuksi kerran kuukaudessa. Tämän tutkimuksen tuloksessa ei ollut kuuden kuukauden kohdalla suuria eroja pääryhmän ja vertailuryhmän välillä, mutta keskimääräisesti sairaalan takaisin joutuminen oli vähäisempää testiryhmällä kuin kontrolliryhmällä, joka kotiutui ilman terveydenhoitajan apua. Terveystenhoitajan tukemalla kotiutumisella oli merkitystä itseenäisyyden ylläpitämisessä sekä mahdollisesti uusien sairaalajaksojen ehkäisyssä, mutta julkisen terveydenhuollon kustannuksiin sillä ei ollut vaikutusta. (Kwok, Lee, Woo, Lee & Griffith 2008.)

Potilaan kotiutuksen parantaminen ja sairaalaan paluun vähentäminen Interventiokartoituksen avulla

Toinen uusi kotiutukseen liittyvä ulkomainen tutkimus on Hesselink ym. tekemä tutkimus kotiutuksen parantaminen ja sairaalaan paluun vähentäminen "Intervention Mapping" -keinoon avulla. Tutkimuksessa suoritettiin ensin ongelma-analyysi, jossa selvitettiin tehottoman kotiutuksen laajuutta, syitä ja seurauksia haastatteleamalla 26 kohderyhmää ja 321 yksilohaastattelua. Seuraavaksi määriteltiin parannukset ja muutostavoitteet. Kolmanneksi konsultoitettiin 220 asiantuntijaa ja tehtiin järjestelmällinen katsaus tehokkaisiin kotiutusmenettelyihin, jotta voitiin vallita teoriapohjaiset menetelmät ja käytännön strategiat, joita tarvitaan muutoksen ja paremman toiminnan saavuttamiseksi. (Hesselink 2014.)

Tutkimustulosten mukaan hoidon tarjoajat voivat vähentää sairaalaan takaisin joutumista ja kotiutuksen vastoinkäymisiä keskittymällä laadukkaaseen informaatioon, hyvin koordinoituun hoitoon ja oikea-aikaiseen viestintään/tietojen siirtoon. Potilaiden ja heidän omaistensa tulisi osallistua kotiutusprosessiin ja

olla tietoisia kotiutettavan terveydentilasta ja hoidosta. Palvelun tarjoajan tulisi arvioida, että potilas ja yhteistyötahot ymmärtävät kotiutukseen liittyvät ohjeet, koska se on yksi tärkeä keino vähentää epäonnistuneita kotiutuksia. Kotiutusmallit, lääkkeiden selvittäminen, yhteyshoitajan tai -apteekkarin hyödyntäminen sekä palaute tunnistettiin tehokkaiksi keinoiksi muutoksen aikaansaamisessa kotiutukseen. Tutkimus tarjoaa kattavan kehyksen avuksi palvelun tarjoajille ja päättäjille, jotta voidaan parantaa kotiutusta sairaalasta perusterveydenhuoltoon sekä vähentää kustannuksia. (Hesselink ym. 2014.)

Kaste-hanke ja Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kansallisen kehittämissuunnitelman, Kaste 2012-2015 avulla on tarkoitus johtaa ja uudistaa suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Kaste-suunnitelman tavoitteet olivat kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen. Yhtenä osa-alueena hankkeella oli ikäihmisten palvelujen rakenteen ja sisällön uudistaminen. (STM 2015.) Kaste-suunnitelman tiimoilta Satakunnassa järjestettiin Yhteisvoimin kotona – Ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden ja kuntoutuksen kehittäminen -hanke. ”Hankkeen päämääränä oli, että ihmiset voivat iästään tai kunnostaan riippumatta elää koko elämänsä kotona.” Hankkeen aikana Satakunnassa koottiin yhteen kotiutushoitajia, jotka verkostoituivat ja tavoitteena oli tehdä kotiutushoitajien ja -tiimien verkostoa tutuksi, jotta niitä voidaan jatkossa kotiutuksissa hyödyntää entistä paremmin. (Yhteisvoimin kotona -hanke 2015.) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 strategiassa on kolme päälinjausta, jotka ovat: hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin, elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta (STM 2011, 4). Strategian mukaan terveys ja hyvinvointi tulee huomioida yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Strategian mukaan tulevaisuudessa painopiste siirtyy sairaudenhoidosta hyvinvoinnin edistämiseen. (STM 2011, 6-9.)

Kärki-hanke

Tällä hetkellä Suomessa meneillään olevaan Sote- ja maakuntauudistukseen liittyvää palvelujen muutos- ja kehittämistyötä tehdään hallituksen viidessä kärkihankkeessa. Kärkihankkeilla on tarkoitus yhdistää palvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi ja vähentää eriarvoisuutta ja edistää terveyttä sekä parantaa iäkkäille, omais- ja perhehoitajille, lapsille ja perheille sekä osatyökykyisille tarkoitettuja palveluja. Ikääntyvässä Suomessa tärkeimpiä varautumistoimia on toimintakykyisen ja terveen ikääntymisen turvaaminen. I&O-kärkihankkeessa kehitetään iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi. Iäkkäiden palvelurakennetta uudistetaan ja iäkkäät otetaan itse mukaan suunnittelemaan palveluitaan. Palveluista halutaan kustannustehokkaita ja asiakaslähtöisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2017.) Kärkihankkeen hakujulistuksen mukaan ikäihmisten kotihoitoa on tarkoitus kehittää maakuntatasoisilla kokeiluilla. Hankerahoituksella toteutetaan keskitettyä alueellista asiakas-/palveluohjaus -toimintamallia, toimiva kotihoito -toimintamallia sekä asumiseen ja palvelun yhdistämiseen liittyviä kokeiluja. (STM 2016b, 6.)

4 TURVALLISEN KOTIUTUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Laissa ja suosituksissa on annettu ohjeet ja viitekehykset iäkkäiden palveluiden järjestämiselle sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus ovat terveydenhuollon laadun perusta. Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) mukaan kaiken toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hoidon laatua ja taloudellisuutta mitattaessa kotiutukset ovat tärkeässä osassa. Keskeinen perusterveydenhuollon laatuun, kustannuksiin ja tehokkuuteen sekä väestön terveyteen myönteisesti vaikuttava tekijä on hoidon jatkuvuus (Raivio, 2017). Kun kotiutusprosessi suunnitellaan ja toteutetaan huolella, helpottuu potilaan siirtyminen sairaalasta kotiin ja riski sairaalaan takaisin joutumisesta pienenee.

Lakien lisäksi iäkkäiden palvelujen järjestämistä ohjaavat laatusuositukset ja palveluja pyritään kehittämään erilaisilla hankkeilla. Tänä vuonna voimaan tulleen uusimman iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen mukaan iäkkäiden palveluissa on turvattava riittävä määrää osaavaa henkilökuntaa takaamaan laadukkaan ja turvallisen palvelun. (STM 2017, 19.) Myös valtion kärkihanke toimii lähtökohtana iäkkäiden palvelujen kehittämiseksi. ”Uutena ohjausmuotona vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen ohella toimii hallituksen kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omais-hoitoa. Tämä kärkihanke toteutetaan vuosina 2016–2018 ja se osaltaan toimeenpantane uudistetun laatusuosituksen sisältöjä.” (STM 2017, 8.)

4.1 Vanhuspalvelulaki, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihoitolaki

Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihoitolaki ovat perustana sosiaali- ja terveydenhuollolle. Turvallisen kotiutuksenkin lähtökohtana voidaan pitää näitä lakeja ja ne ohjaavat kuntia ja toimijoita tuottamaan tasavertaisia ja laadukkaita palveluja.

Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (28.12.2012/980) tuli voimaan 1.7.2013. Laki määrittelee iäkkäiden oikeuden laadukkaisiin, erityisesti kotiin suuntautuneisiin palveluihin ja näin ollen on lähtökohtana myös sille, että iäkkäät pyritään kotiuttamaan tarvittaviin palveluihin hoivapaikkojen sijaan kotiinsa. Lain tarkoituksena on tukea iäkkäiden toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja terveyttä sekä vahvistaa osallisuutta ja lisätä mahdollisuutta saada laadukkaita palveluita (Vanhuspalvelulaki 980/2012, §1, §19). Lain mukaan palvelujen toteutuksessa on kiinnitettävä erityisesti huomiota kotiin annettaviin sekä kuntoutumista edistäviin palveluihin (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, §13). Vanhuspalvelulain mukaan kuntien tulee tehdä yhteistyötäkunnassa toimivien julkisten tahojen sekä eri toimialojen kuten yritysten, järjestöjen ja yhteisöjen

kanssa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, §4).

Terveydenhuoltolaissa on erityisesti kotiutukseen liittyen huomioitu yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Kotiutus on prosessi, jossa terveydenhuoltohenkilöstö joutuu erityisesti miettimään, miten parhaiten turvataan kotiutuvan potilaan tarpeet siirryttäessä sairaalasta kotiin. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, sekä toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Lain mukaan terveydenhuollon toimintayksikön on otettava laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laaditussa suunnitelmassa huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, §8). Laissa on määritelty, että ”Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa tai kun potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon säännöksiä, jotka potilaan edun mukaisesti parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, §8a).

Sosiaalihuoltolaissa on määritelty kotiutuksessakin tärkeä monialainen yhteistyö ja erityisesti palvelutarpeen arviointi, joka on sairaalasta kotiutettaessa yksi tärkeä osa-alue. Hoitohenkilökunnan on pohdittava, millaisia tarpeita potilaalla on, jotta hän jatkossa selviää kotona ja tarvittaessa pidetään hoitokokous, jossa vanhuspalveluiden puolelta tehdään palvelutarpeen arviointi. Laissa määritellään, että ”jos henkilön tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen” (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 41§).

4.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä kuntaliitto ovat vuosina 2001, 2008, 2013 ja 2017 antaneet iäkkäiden palvelua koskevan laatusuosituksen. Uusin laatusuositus on annettu tänä vuonna ja se korvaa aiemmat. Uusimmat suositukset koskevat erityisesti eri toimijoiden yhteistyötä, palvelujen laadun järjestelmällistä arviointia, ikäystävällisten asenteiden vahvistuminen sekä iäkkäiden kuntalaisten kannustaminen osallistumaan ja vaikuttamaan (STM 2017, 7). Laatusuositus huomioi erityisesti meneillään olevat muutokset ohjaus- ja toimintaympäristössä sekä hallitusohjelman ja julkisen talouden suunnitelman tavoitteet (STM 2017, 8). Laatusuosituksen mukaan palvelujen pitää olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakasta sekä lisäksi yksilöllisesti räätälöityjä ja niiden pitää perustua monialaiseen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin. Palvelujen on sekä mahdollistettava ja tuettava iäkkään henkilön omaa toimijuutta. (STM 2017, 13.) Kuntien ja jatkossa myös maakuntien palveluvalikoimaan tulee sisältyä kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille. Vaikuttamalla riskiin voidaan vähentää tai estää palvelun tarvetta. Toimintakyvyn heikkenemistä ennakkoivaksi riskitekijäksi on katsottu myös erilaiset siirtymät, kuten sairaalasta kotiutuminen. (STM 2017, 16-17.)

5 TURVALLINEN KOTIUTUS

Suomen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita on edistää iäkkäiden ihmisten toimintakykyä, itsenäistä elämää ja aktiivista osallistumista (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2017). Ikääntyneiden hoidon painopiste on siirtynyt kotiin ja kotipalveluihin (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen, 2015, 194). Vuonna 2011 Raumalla 75 vuotta täyttäneistä 88% asui kotona, kun taas vuonna 2015 luku oli 90,3%. (Sotkanet.fi:n www-sivut 2017). Tällä hetkellä suurin osa sairaalasta kotiutuvista ikäihmisistä menee siis hoitajakson jälkeen kotiinsa. Kotona asuvat iäkkäät saattavat olla jo ennen sairaalaan joutumista hauraita, monisairaita ja toimintakyvyltään rajoittuneita (Kelo ym. 2015, 194).

Kotiutusten tavoitteena on luoda hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiseen ja mahdollistaa sairaalajakson jälkeen kotona asumisen mahdollisimman pitkään ja turvallisesti (Luhtasaari & Jämsén, 2013).

5.1 Tiedonkulku, hoidon jatkuvuus ja yhteistyö

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitaan saumattomia hoito- ja palveluketjuja sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistasojen välille ja lisäksi yhteistyötä ja hyviä ohjeita niiden rakentamiseksi (Raivio, 2017). Kotiutuksen tavoitteena on, että kotiutuminen on prosessina sujuva, saumaton ja oikea-aikainen. Kotiutuksen prosessin onnistuminen vaatii moniammatillista yhteistyötä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon, että perus- ja erikoissairaanhoidon välillä. Tiedonkulku kotiutuksissa tulee olla ajantasaista ja palvelu- ja hoitoketjujen tulee olla saumattomia. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 396.) Lyhyistä sairaalajaksoista johtuen hoito sairaalassa keskittyy vain lääketieteellisen ongelman tutkimiseen ja hoitoon. Iäkkään potilaan selviytymisen avuntarve siirtyy kotihoitoon, jossa olisi huolehdittava riittävästä voimavaroista selviytymisen avun tehostamiseksi. Hoitotoiminnan ja selviytymisen avun yhteensovittaminen vaatii työaika- ja osaamista. ”Pelkkä kotihoidon käyntien määrästä keskustelu ei ole riittävää avun sisällön kohdentamisessa.” Iäkäs potilas tarvitsee tukea kotiin siirtymisen jälkeen erityisesti niiden muutosten huomioimisessa, joita tapahtuu itsensä huolehtimisessa. Siirtymävaiheessa hoidonantajan tulisi tunnistaa ja hyödyntää toimiva kontakti sekä säätää yhteydenpidon intensiteetti tilannekohtaisesti (Koponen, 2003, 117-118.)

Kotiutus on moniammatillista yhteistyötä ja toimijoina iäkkään ja hänen omaisensa kanssa ovat sairaalassa lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä vanhustyönpuolelta esimerkiksi avopalvelunohjaaja ja kotisairaanhoidosta vastaava työntekijä (Ahonen ym. 2002, 128). Kotiutus onnistuu paremmin kun suunnittelussa on mukana eri ammattiryhmien edustajia (Koponen 2003, 21; Lämsä 2013, 109). Iäkkään siirtyessä kodin ja sairaalan välillä, tarvitaan tiivistä yhteistyötä potilaan perheen ja hoidonantajien välillä sekä suunnitelmallista ja jatkuvaa yhteistyötä hoitoon osallistuvien kanssa (Ko-

ponen 2003, 10; Luhtasaari & Jämsén 2010, 456). Kotiutustilanteessa voidaan järjestää hoitoneuvottelu, johon otetaan mukaan kaikki kotiutukseen osallistuvat tahot. (Ahonen ym. 2002, 129.)

5.2 Itsemääräämisoikeus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 6§ määrittelee, että ” Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” Potilaan hoidon etiikan keskeisimpiä peruskäsitteitä ovat itsenäisyys ja autonomia. Itsemäärääminen potilaan hoidossa tarkoittaa, että henkilökunta kunnioittaa potilaan oikeutta tehdä omaa itseään koskevia päätöksiä, vaikka henkilökunta ei olisikaan samaa mieltä potilaan tekemistä ratkaisuksista. (Välimäki 2001, 137.) Iäkkään kotiutuksen tulee perustua lääketieteellisen arvion lisäksi iäkkään omaan tahtoon lähteä kotiin. Iäkkäälle järjestetään kotiutuessa hänen tarpeitaan vastaava hoitoverkosto huomioiden iäkkään omat toiveet ja tarpeet. (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128-129.) Järnströmin (2011, 233) mukaan iäkkäiden kotiutumisasajankohtaa määriteltäessä itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta olisi tärkeää, että iäkkään mielipidettä kysyttäisiin. Näin ei aina tapahdu vaan kotiutumisasajankohdan määräävät hoidolliset asiat. Hoitokokous mahdollistaisi itsemääräämisoikeuden toteutumisen, koska iäkäs on niissä yleensä läsnä. Lääkärinkierrolla iäkkään itsemääräämiselle ei ole aina ole mahdollisuksiakaan jos potilasta ei edes tavata ja näissä tilanteissa työntekijät päättävät keskenään sen, miten iäkkään asioissa edetään. (Järnström 2011, 247.)

5.3 Kotiutuksen suunnittelu ja toteutus

Kotiutuksen suunnittelulla tarkoitetaan ennen sairaalasta kotiutumista tehtävää kotiutussuunnitelman laatimista potilaalle. Kotiuttamisen suunnitelma sisältää kotiutussuunnitelman ja sen toteuttamisen ja arvioinnin sekä yksilöllisen

tilan arvioinnin. (Koponen 2003, 20.) Huonokuntoisen iäkkään turvallinen kotiuttaminen sairaalasta vaatii ammattitaitoa ja aikaa henkilökunnalta sekä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä (Hammar 2008, 27). Kotiutus onnistuu paremmin jos kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan (Koponen 2003, 21; Lämsä 2013, 109). Hyvä kotiutus perustuu elämäntilanteen kartoittamiseen. Iäkkään psyykkisten, fyysisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen korostuvat kotiutuksessa. Kotiutusjärjestelyissä otetaan yhteys iäkkään potilaan aikaisempiin hoitotahoihin, jotta saadaan selville hänen aikaisempi selviytyminen kotona. (Ahonen ym. 2002, 128.) Kotiutuksessa tärkeäksi asiaksi nousee kotona selviytyminen sairaalajakson jälkeen ja kotiutukseen tuleekin kiinnittää huomiota erityisesti, jos iäkkään potilaan kunto on sairaalajaksolla heikentynyt tai hän on ollut osastolla pitkään (Luhtasaari & Jämsén 2013, 522; Lämsä 2013, 108).

Ennen kotiutusta arvioidaan apuvälineiden ja turvahälyttimen tarve sekä kodin muutostöiden tarpeellisuus ja iäkkään kanssa voidaan tehdä kotikäynti. Jatkokuntoutuksen tarve tulee myös arvioida ja järjestää tarvittaessa kuntoutuspalvelu. (Ahonen ym. 2002, 129.) Selviytyäkseen kotona iäkäs saattaa tarvita paljon tukea sekä useita kotikäyntejä kotihoidolta. (Luhtasaari & Jämsén 2013, 523). Kotiutuksen ajankohta tulisi harkita tarkoin ja tarvittaessa iäkkäälle voidaan järjestää lyhytaikainen laitospaikka tai lisää kotiapuja (Koponen 2003, 78; Lämsä 2013, 108). Erityistä huomiota kotiutukseen tulisi kiinnittää jos iäkäs on huolissaan kotona selviytymisestä, hän on ollut pitkään laitoshoidossa, hän on saattohoitovaiheessa tai hän on uusi asiakas avoterveydenhuollossa. Myös omaisten huoli kotiutujan selviytymisestä, laitoshoidon aikana muuttunut terveydentila, yleiskunnon romahtaminen, kaatumisriski tai tarvittavat erikoishoidot ovat kotiutuksen kannalta erityisesti huomioon otettavia asioita. (Ahonen ym. 2002, 129.)

5.4 Kotiutuksen turvallisuuden parantaminen

Ahosen ym. (2002, 128) toteavat, että kotiutukset ovat aina monimuotoisia ja yksilöllisiä eikä heidän mukaansa mitään hyvän kotiutuskäytännön mallia voi

esittää. He luettelevat hyvän kotiutuksen periaatteita, joita voidaan soveltaa erilaisiin kotiutustilanteisiin. Näitä periaatteita on esitetty työssäni edellä olevissa kappaleissa. Lämsän (2013, 124) mukaan kotiutusten tilannekohtaisuutta voitaisiin ehkäistä luomalla kotiuttamisperusteet- ja pisteet sisältävä malli. Kotiutuskriteerit olisivat näin kaikkien tiedossa, jolloin osapuolten arvovaltakiistat, henkilökemiat tai kovaäänisyys ei vaikuttaisi kotiutusten lopputulokseen. Potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti huomioiva, monipuolinen kotiuttamiskriteeristö voisi ehkäistä sairaalaan palaamista. Koposen (2003, 117) mukaan siirtymisvaiheissa selviytymisen muutosten arviointi kotihoidossa ja sairaalassa yhdessä sovitulla arviointimenetelmällä lisäisi paneutumisen luotettavuutta ja systemaattisuutta. Sairaalassa voi olla vaikeaa ennakoida kotona selviytymistä ja pitäisikin yhdessä miettiä ja käydä läpi, mitä muutokset tarkoittavat kotioloissa. (Koponen 2003, 117.)

6 KOTIUTUKSEN ONGELMIA

Kotiutettava potilas on yhä useammin iäkäs, monisairas ja huonokuntoinen (Lämsä 2013, 78). Kotiutukseen on todettu liittyvän paljon erilaisia ongelmia kuten hoitotavoitteiden puuttumista, kotiutuksien valmistelemattomuutta ja katkoksia tiedonkulussa ja vastuun siirtämisessä. Kotiutukset saattavat viivästyä apuvälineiden odottelun, kotihoitopalveluiden valmistumisen keskeneräisyyden ja asiakkaan tai omaisten kotiutumisen vastustamisen vuoksi. (Hammar 2008, 27.) Tehokkuusvaatimusten myötä kotiuttamispaine on noussut ja kotiutusprosessi on vaikeutunut lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi (Lämsä 2013, 109). Kotiutuksen valmistelulle jää usein liian vähän aikaa, koska kotiutus tapahtuu nopeasti, yleensä muutaman päivän sisällä siitä, kun päätös kotiuttamisesta on tehty (Hammar 2008, 17). Kotiutusprosessin epäonnistuminen johtaa usein iäkkään potilaan palautumiseen takaisin sairaalaan, jolloin puhutaan ns. ”pyöröovisyndroomasta” (Lämsä 2013, 109).

Suurimmaksi osaksi kotiutuksen ongelmat ovat tiedonkulun ongelmia. Tiedonkulku kotiutustilanteissa koetaankin hoitajien keskuudessa huonoksi ja sen kehittämistä pidetään tarpeellisena (Jalonen 2014, 54; Yhteisvoimin kotona -hanke 2015, 1). Pöyryn ja Perälän (2003, 29) mukaan kotisairaanhoidon saama tieto erikoissairaanhoidosta on usein riittämätöntä. Kotiutuksesta saadaan tieto liian myöhään, yleensä päivää tai kahta ennen kotiutusta (Pöyry & Perälä 2003, 29). Kotiutusprosessia vaikeuttavat kommunikaatio-ongelmat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreille sijoittuvien hoitotahojen välillä (Lämsä 2013, 109). Pöyryn ja Perälän tutkimuksen mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmat kulkevat harvoin erikoissairaanhoidon ja kotisairaanhoidon välillä, hoitotyön yhteenveto sen sijaan toimitettiin kotisairaanhoidon melko usein, mutta kotipalveluun ei koskaan (Pöyry & Perälä 2003, 29).

Kun on kysytty henkilökunnan näkemystä asiakkaiden ja heidän läheistensä tyytyväisyydestä kotiutustilanteeseen, on eniten tyytymättömyyttä aiheuttanut pikaiset, lyhyellä varoitusajalla toteutuneet kotiutukset (Pöyry & Perälä 2003, 38). Myös Kelo ym. (2015, 201) ovat todenneet ilman riittävää suunnitelmaa ja valmisteluja toteutettujen kotiutusten heikentävän turvallista kotiutusta. Hoitajien mukaan omaisilla oli myös pelko ja huoli potilaan selviytymisestä kotiutumisen jälkeen (Pöyry & Perälä 2003, 38). Puutteellinen käsitys iäkkään elämäntilanteesta, tai hänen oman mielipiteensä huomiotta jättäminen sekä liian huonokuntoisen iäkkään kotiutus heikentävät myös turvallisia kotiutuksia (Kelo ym. 2015, 201).

Pöyryn & Perälän (2003, 38-29) mukaan omaiset olivat ilmaisseet henkilöstölle tyytymättömyyttä kotiutuksiin toivoen kodin asemasta laitospaikkaa tai muuta hoitopaikkaa. Kotiutuksia heikentäväksi asiaksi Kelo ym. (2015, 201) on nostanut myös ikääntyneen kokeman yksinäisyyden ja turvattomuuden sekä toimintakykyyn nähden riittämättömän avun saaminen. Kotiutusten turvallisuutta heikentää myös se, että kotiolut eivät ole riittävän turvalliset iäkkään tilaan nähden (Kelo ym. 2015, 201).

7 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän projektimuotoisen opinnäytetyöni tarkoitus oli tuottaa iäkkäiden potilaiden kotiutuksen toimintakaavio Rauman sairaalan osastoille. Toimintakaavion oli tarkoitus olla yksinkertainen malli siitä miten, kotiutus etenee ja mihin taan erilaisissa kotiutustilanteissa otetaan yhteyttä. Tavoitteena oli yhtenäistää kotiutuskäytäntöjä eri osastojen välillä, vähentää ongelmia iäkkäiden kotiutuksessa sekä auttaa erityisesti uutta henkilökuntaa toteuttamaan turvallisia, onnistuneita ja tehokkaita iäkkäiden kotiutuksia. Kaavion tarkoituksena oli potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

Opinnäytetyön projektissani oli tarkoitus hyödyntää Rauman sairaalan kotiutuksen kehittämistyöryhmässä esille tullutta tietoa sekä siellä luotuja työtapoja ja sovittuja käytäntöjä. Ryhmän työn pohjalta keräsin tiedot hyvistä kotiutuskäytännöistä yhteen ja kokosin toimintakaavion, joka tuli osaksi Rauman sairaalan kotiutuksen toimintaohjetta. Kehittämistyöryhmä toimi projektini ohjausryhmänä ja he hyväksyivät tuotokseni ennen sen virallista käyttöönottoa.

8 PROJEKTIN SUUNNITTELU

8.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Rauman sairaala toimii kaupungin omana toimintana. Sairaalassa on kolme vuodeosastoa RC2, T1 ja T2, joista osastot T1 ja T2 tarjoavat perusterveydenhuoltotasoista sairaalahoitoa kaiken ikäisille aikuisille potilaille. Osasto T2 on erikoistunut kuntoutuspotilaiden hoitoon ja T1 saattohoitopotilaiden ja yleislääketieteen potilaiden hoitoon. Akuuttiosasto RSC2:lla hoidetaan ja tutkitaan sisätautisia, kirurgisia sekä yleislääketieteen potilaita. Potilaspaikkoja osastoilla

T1, T2 ja RC2 mukaan lukien tarkkailuosasto on yhteensä 95 arkisin ja viikonloppuisin 87. Jokaisella osastolla työskentelee lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja ja osastosihteerejä. Lisäksi sairaalassa työskentelee toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijöitä, hoidonjärjestelijä ja kotiutushoitaja. Sairaalassa on myös päiväkirurginen osasto sekä eri alojen poliklinikoita. (Rauman kaupungin www-sivut. 2017.)

8.2 Projektin lähtökohdat

Tämä projektimuotoinen opinnäytetyö sai alkunsa syksyllä 2016 sen jälkeen kun Rauman sairaalassa oli kohdattu ongelmia kotiutuksissa ja saatu negatiivista palautetta kotiutuksista. Kotiutusten kehittämiseksi perustettiin kehittämistyöryhmä sekä alatyöryhmiä, joiden tavoitteena oli luoda sairaalalle toimintaohje kotiutuksista.

Työryhmät koostuivat sairaalan ja vanhuspalvelujen henkilökunnasta. Projektin eri vaiheissa on sairaalan puolelta ollut mukana osastotoiminnan ylilääkäri, fysioterapeutteja, osastonhoitajia, kotiutushoitaja ja sairaanhoitajia. Vanhuspalveluiden puolelta mukana on ollut mm. kotihoidon palvelupäällikkö, palveluesimies, palveluvastaavia, sairaanhoitajia, fysioterapeutti ja lähihoitajia. Tarkoituksena oli saada vanhuspalveluiden henkilökunnalta tietoa niistä kotiutuksen ongelmista, joihin he olivat törmänneet.

8.3 Resurssi- ja riskianalyysi

Projektin resursseina olivat kotiutuksia kehittävän työryhmän työ sekä opinnäytetyön tekijän oma työ ja aika. Taloudellisia resursseja tai riskejä ei tässä projektissa ollut. Riskeinä ovat kaavion epäsopivuus tai se, että kaaviota ei oteta käyttöön. Mahdollinen riski on myös se, että henkilökunta kokee mallin olevan liian monimutkainen tai muuten epäsopiva.

9 PROJEKTIN TOTEUTUS

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on projektityö. Projektityö on työtä, jota nimeytyt projektityöntekijät tekevät ja jolle on asetettu määräaika, tavoitteet, aikataulu ja resurssit. Projektityö on toiminnallista, työntekijävetoista näkyvää suunniteltua toimintaa, jolla saadaan konkreettinen tuotos, hyöty tai tulos ja projektilla on ohjausorganisaatio sekä se on aika- ja paikkasidonnaista. (Salonen, 2013, 12-13.)

Projektin voidaan kuvata olevan tilapäisesti yhteen koottuja ihmisiä ja muita resursseja jotka suorittavat tiettyä tehtävää. Projekti ei ole jatkuvaa toimintaa ja sen elinkaaren aikana voidaan havaita useita eri vaiheita. Projektiin liittyy riskejä ja epävarmuutta, eikä kahta samanlaista projektia ole. (Ruuska 2012, 19-20.)

Opinnäytetyön projektini lähti käyntiin Raumalla kokoontuneen kotiutuksen kehittämisen työryhmässä esiin tulleesta toiveesta saada kotiutuksen yhteydenottotahot yhdelle paperille, josta uudetkin työntekijät voivat helposti selvittää miten toimia erilaisissa kotiutustilanteissa.

9.1 Kotiutuksen ongelmat Raumalla

Kävimme kotiutuksen kehittämisen päätyöryhmässä keskustelemalla läpi kotiutuksen ongelmia. Esille tuli erilaisia ongelmia, joita hoitajat ovat osastolla potilasta kotiutettaessa kohdanneet sekä ongelmia, joita potilaan kotiin päästyä kotihoidon tai kotiutustiimin henkilökunta ovat kohdanneet.

Edellä, työni kappaleessa kuusi esitettiin kotiutuksen ongelmia, joita kirjallisuus ja tutkimukset ovat tuoneet esille. Esitetyt kotiutuksen ongelmat olivat suurimmilta osin tiedonkulun ongelmia. Myös Raumalla kotiutuksen kehittämisprojektissa esiin tulleet ongelmat ovat pääasiallisesti tiedonkulkuun liittyviä.

Potilaan hoitoon liittyvät tiedot eivät aina välittyneet hoitoa jatkavalle taholle. Esille tuli ongelmia siinä, että tiedot tutkimusajoista eivät olleet tavoittaneet kotioidon henkilökuntaa tai tieto potilaan muuttuneesta toimintakyvystä ei ollut tavoittanut jatkohoidosta vastaavaa tahoa. Kotiuttavan tahon puolelta tiedonkulun ongelmiksi koettiin se, ettei tiedetty mihin tahoon on otettava yhteyttä potilaan kotiutuessa, sekä jatkohoitotahon tavoitettavuus koettiin heikoksi ja oikean yhteystiedon löytämien vaikeaksi. Lisäksi Raumalla ongelmia oli ilmaantunut valmistelemattomuudesta, liian nopeista kotiutuksista ja kotiutuvan potilaan lääkityksen epäselvyyksistä. Potilaita oli kotiutettu ilman tarpeellisia apuvälineitä tai joskus potilaat olivat olleet liian huonokuntoisia selviytymään kotona. Lääkityksessä ilmenneet ongelmat olivat ajantasaisen lääkitystietojen puuttuminen ja eriävät tiedot lääkärin loppuarviossa ja potilaan lääkelistalla.

9.2 Projektin työryhmät ja projektin eteneminen

Syksyllä 2016 muotoutui päätyöryhmä, jonka vetäjänä toimi osastotoiminnan ylilääkäri. Lisäksi perustettiin alatyöryhmiä, joihin valittiin henkilökuntaa eri alojen ammattiryhmistä sekä sairaalan, että vanhustalouden puolelta. Alatyöryhmät saivat jokainen oman aiheen, josta ryhmä keräsi tietoja ja kokosi hyviä toimintatapoja esiteltäväksi päätyöryhmälle. Alatyöryhmissä käsiteltiin hoitajien ja lääkäreiden kotiutuksen tarkistuslistaa, sosiaalityöntekijän ja fysioterapeuttien osuutta kotiutuksessa, ohjeet kotisairaalaan siirtämisestä sekä kotiutusten yhteydenottotahoja. Minä toimin vetäjänä alatyöryhmässä, jossa selvitettiin, mihin tahoon missäkin kotiutustilanteessa otetaan yhteyttä. Tarkoituksena oli kerätä oikeat yhteystiedot eri kotiutustilanteisiin, kuten lyhytaikashoidon paikan varaamiseen, ympärivuorokautisen hoivan paikan hakemiseen tai kotihoiton tiimien tavoittamiseen. Päätyöryhmässä oli sovittu, että luon opinnäytetyönä kotiutuksesta kaavion (Liite 1) sekä ohjeen, joista käyvät ilmi eri tahot, joihin otetaan yhteyttä kotiutuessa tai kun tarvitaan jatkohoitopaikkaa.

Virallinen päätyöryhmä kokoontui kerran sekä lokakuussa, että marraskuussa 2016 sekä kaksi kertaa helmikuussa ja kerran maaliskuussa 2017, jonka jälkeen alatyöryhmät kokoontuivat tarvittavan määrän. Toukokuussa 2017 työryhmässä käytiin läpi alatyöryhmien keräämät ohjeet ja tiedot, sekä pohdittiin vielä yhdessä kotiutusten kulkua. Kotiutuksen toimintaohje esiteltiin kesäkuussa 2017 kutsutulle vanhus- ja terveystalouden henkilökunnalle. Tilaisuudessa keskusteltiin luoduista ohjeista ja malleista sekä korjattiin tarvittavat asiat toimintaohjeeseen. Kotiutuksen toimintaohje hyväksyttiin 14.6.2017. Ohjeistus sisältää kotiutuksen kaaviokuvan eri kotiutustilanteista, sairaanhoitajien ja lääkärin kotiutuksen tarkistuslistan, kotiutuksen yhteydenottotahot, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeuttien osuudet kotiutuksessa, ohjeet kotisairaalan siirtämisestä sekä maksusitoumuksen taksirahasta kotiutuvalle.

Opinnäytetyönäni luomaan kaavioon ja ohjeeseen keräsin tiedot alatyöryhmässä, jota vedin. Ryhmässä oli minun lisäksi mukana sairaanhoitaja kotiutustilanteista, kotihoidon vastuusairanhoitaja, kotihoidon palveluesimies ja arviointiryhmän palveluvastaava. Kokoonnuimme kerran ja kävimme läpi erilaiset yhteydenottotahot. Kokouksen jälkeen aloin työstää kaaviota, jossa näkyisi mahdollisimman yksinkertaisesti, mutta kattavasti, miten erilaiset kotiutustilanteet hoidetaan Rauman sairaalassa.

Työstin kaavioita useamman kerran ja lähetin tarkastettavaksi kotiutuksen työryhmää vetävälle osastotoiminnan ylilääkärille. Kaavio muokkautui aivan viimeiseen hetkeen asti. Haasteina kaavion luomiseen olivat kunnollisen kaavion luontiin tarkoitetun tietokoneohjelman puuttuminen sekä tavoite saada kaavio mahdollisimman yksinkertaiseksi ja selkeäksi yhdelle A4-lehdelle. Tavoitteena oli saada myös puhelinnumerot näkyviin kaavioon, jotta kotiutuksia toteutettaessa numerot ovat helposti saatavilla.

9.3 Ohjeen ja kaavion käyttöönotto

Marraskuussa 2017 pidettiin seurantakokous, jonne kutsuttiin kaikki kotiutuksen kehittämisprojektissa jossain vaiheessa mukana olleet henkilöt. Kokouksessa oli mukana väkeä kotihoidosta, kotiutustiestä ja osastoilta. Kokouksessa keskusteltiin toimintaohjeesta, sen käyttöönotosta ja siitä, miten kotiutukset ovat onnistuneet toimintaohjeen julkaisemisen jälkeen.

Kokouksessa selvisi, että toimintaohje oli tiedossa osastoilla. Sen osista erityisesti hoitajien kotiutuksen tarkistuslista oli hyvin käytössä osastoilla T1 ja T2. Osastolla RC2 tarkistuslistaa oli yritetty saada käyttöön, mutta jatkuvassa käytössä se ei vielä ollut. Kotiutuskaavio oli otettu käyttöön ja laitettu hoitajille esille kaikilla osastoilla, mutta se koettiin hoitajien keskuudessa sekavaksi. Asiasta keskusteltiin ja kyseltiin muutosehdotuksia kaavioon. Muutosehdotuksia ei tullut ja päätettiin siihen, että yhdelle sivulle mahtuvan kaavion saaminen yksinkertaiseksi ei onnistu. Kaaviosta oli huomattu puuttuvan kohta, jossa potilaalla on vain sairaanhoidollisen jatkohoidon tarve. Se lisättiin uuteen kaavioon (Liite 2). Kaaviota selkeytettiin kokouksen jälkeen muuttamalla osien muotoa ja tummentamalla tiettyjä kohtia. Lisäksi kaavio yhtenäistettiin kotiutuksen yhteydenottotahot -ohjeen kanssa niiltä osin kuin se oli mahdollista.

Kotiutustiimin sairaanhoitajan mukaan Raumalta kotiutuneiden kotiutuksen ongelmat olivat vähentyneet. Edelleen oli yksittäisiä tapauksia, joissa oli ollut ongelmia, mutta kokonaisuudessa kotiutukset olivat onnistuneet paremmin. Sovittiin, että jatkossa pidetään noin vuoden välein kotiutuksesta palaveri, jossa voidaan keskustella kotiutusten tilanteesta ja tuoda esiin kehittämisideoita ja muutosehdotuksia.

10 POHDINTA

Aihe tähän opinnäytetyöhön valikoitui helposti oman työni pohjalta. Jo ennen opinnäytetyön aloittamista tiesin, että työni aihe tulee liittymään kotiutuksiin. Itse olen kymmenen vuoden ajan hoitanut sairaanhoitajana potilaiden kotiutuksia, ja viimeiset puolitoista vuotta olen toiminut kotiutushoitajana. Työssäni olen nähnyt onnistuneita kotiutuksia, mutta myös paljon erilaisia kotiutuksen ongelmia. Kotiutukset ovat muuttuneet vaativammiksi ja vievät nykyään runsaasti aikaa. Yhtenä syynä tähän on varmasti valtakunnallinen tavoite hoitaa iäkkäät mahdollisimman pitkään kotona. Ennen huonokuntoiset iäkkäät potilaat saivat paikan joko terveyskeskusten vuodeosastoilta tai vanhainkodeista, mutta nykyään hoito pyritään järjestämään kotiin. Kun iäkäs lähtee sairaalasta kotiin eikä hoitopaikkaan, vaaditaan sairaalan henkilökunnalta kykyä arvioida iäkkään tilannetta kokonaisvaltaisesti sekä tietoa iäkkäiden palvelujärjestelmästä ja saatavilla olevista avuista.

Finne-Soveri (2016) toteaa, että nykyään tavoitteena on tuottaa terveyttä ja toimintakykyä pienillä kustannuksilla ja se tarkoittaa usein mahdollisimman varhaista kotiutusta. Myös Lämsän (2013, 108-109) mukaan tehokkuuden maksimoimiseksi ja kustannusten vähentämiseksi sairaaloilla on paine kotiuttaa potilas mahdollisimman nopeasti, vaikka potilaat ovat entistä huonokuntoisempia. Toisaalta nopeat kotiutukset varmasti lisäävät iäkkään potilaiden takaisin sairaalaan joutumista eli ns. pyöröovisyndroomaa, joka taas lisää kustannuksia. Pitäisikö kustannuksia seurata myös pitkällä aikavälillä ottaen huomioon nopeista kotiutuksista johtuvat sairaalaan paluut ja niiden aiheuttamat kustannukset?

Olen tässä opinnäytetyössäni selvittänyt kotiutuksen ongelmia, joita suomalaisissa tutkimuksissa on tullut esille sekä ottanut esiin myös niitä ongelmia, joita oman työpaikkani kotiutuksen kehittämissuunnitelmassa on tuotu esille. Ongelmat olivat vertaillen samoja ja keskeisimmiksi ongelmiksi nousivat tiedonkulun ongelmat sekä valmistelemattomat kotiutukset. Tiedonkulun ongelmaksi nousi

kotiutuksen kehittämisprojektissa kotiuttavien hoitajien taholta se, että ei ollut tietoa, mihin tahoon missäkin tilanteessa otetaan yhteyttä. Vastaanottavien tahojen tiedot olivat hajanaisia ja hoitajat kokivat, että eivät aina tiedä kuka vastaa mistäkin jatkohoidon alueesta. Tästä nousi idea luoda kotiutuksen toimintaohjeen yhteyteen yhdelle arkille mahtuva, mahdollisimman yksinkertainen kaavio erilaisista iäkkäiden kotiutuksen kulusta ja yhteydenottotahoista.

Tämän opinnäytetyön kirjoittamisessa minulle tuli yllätyksenä, miten vähän Suomessa on tehty viime aikoina tutkimuksia kotiutuksesta. Erilaisia kehittämisprojekteja on toteutettu jonkin verran ja opinnäytetöitä kotiutukseen liittyen on tehty runsaasti. Suurimpana projektina on tällä hetkellä meneillään kotihoitoa ja omaishoitoa kehittävä I&O kärkihanke ja sen osana erilaisten siirtymien kuten kotiutuksen kehittäminen. Kotihoitoa on kehitetty viime aikoina vauhdilla ja tuntuukin, että sairaalasta kotiutumisen kehittäminen ei ole pysynyt vauhdissa mukana. Heikkokuntoisen, sairauden heikentämän ikäihmisen tilanne tulisi arvioida moniammatillisesti ja kiinnittää huomio siihen, että kotona olevat palvelut ovat riittävät. Turvallisen kotiutuksen toteuttaminen vaati resurssien ja ammattitaidon lisäämistä sekä osittain myös asennemuutosta, jotta turvallinen kotiutus onnistuu.

Toivon, että jatkossa kotiuttamista pidetään yhtenä hoitotyön tärkeimmistä asioista. Turvallinen, hyvin hoidettu kotiutus edistää iäkkään selviytymistä kotona ja ehkäisee takaisin sairaalaan joutumista. Opinnäytetyöni tuotoksen on tarkoitus konkretisoida kotiutuksen kulku Raumalla ja se voi olla pohjana kotiutusprosessin kehittämiselle entistä parempaan suuntaan.

LÄHTEET

Ahonen, S., Kyhty, M. & Ahvo, L. 2002. Kotoa laitokseen ja takaisin -onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Stakes, 128-132.

Eloisa ikä www-sivut. Viitattu 4.10.2017. <http://www.eloisaika.fi/ajankoh-taista/uutiset/?x25663=70980>

Finne-Soveri, Harriet. 2016. Löytyykö monisairaalle vanhukselle kuntouttava hoitopolku sairaalasta kotiin? Viitattu 21.11.2017. <http://www.potilaanlaakari-lehti.fi>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumissa -kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO--mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Ön, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Suñol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven, L. & Wollersheim, H. 2014. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. Viitattu 21.10.2017 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-389>

Jalonen, M. 2014. Turvallinen kotiutus Porin perusturvan kotihoidossa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.6.2017. https://samk.finna.fi/Record/theseus_samk.10024_77506

JHS-suositukset www-sivut. 2012. Viitattu 15.11.2017 <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html>

Jäntti, Pirkko. Akuutisti sairastunut vanha ihminen. 2014. Viitattu 16.11.2017. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/akuutisti-sairastunut-vanhus

Järnström, S. 2011. "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni" Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 21.11.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä, substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta.

Koski, J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämistä lean-menetelmiä hyödyntäen. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma. Vitattu 1.10.2017.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf

Kwok, T., Lee, J., Woo, J., Lee, DT. & Griffith, S. 2008. A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. Viitattu 21.10.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18088263>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785.

Luhtasaari, M. & Jämsén S. 2013. Vanhuksen kotiutus. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8.uud.p. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 522-523.

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Maunu, P. 2006. Office yrityskäytössä. Jyväskylä: WSOY.

Pöyry, P. & Perälä, M-L. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saamiseksi. Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes 2003. Viitattu 7.10.2017. <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/76827/Aiheita18-2003.pdf?sequence=1>

Raivio, R. 2017. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 17, 133. Viitattu 22.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi>

Rauman kaupungin www-sivut. 2017. Viitattu 14.11.2017
<https://www.rauma.fi/>

Rautava-Nurmi, H, Westergård, A., Henttonen, T. & Vuorinen S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Talentum.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Sosiaalihuoltolaki. 2014. 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 30.8.2017 ja 1.10.2017
<http://stm.fi>

Sotkanet.fi:n www-sivut. Viitattu 25.6.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

STM. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Julkaisuja 2011:5. Viitattu 1.10.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013: 11. Viitattu 1.10.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

STM. 2016a. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma - luonnos 25.02.2016. Helsinki. Viitattu 7.10.2017. http://stm.fi/documents/1271139/1996957/IO_Hankesuunnitelma_25022016.pdf/a6b13b79-8a54-468a-938a-87fee3edf98c

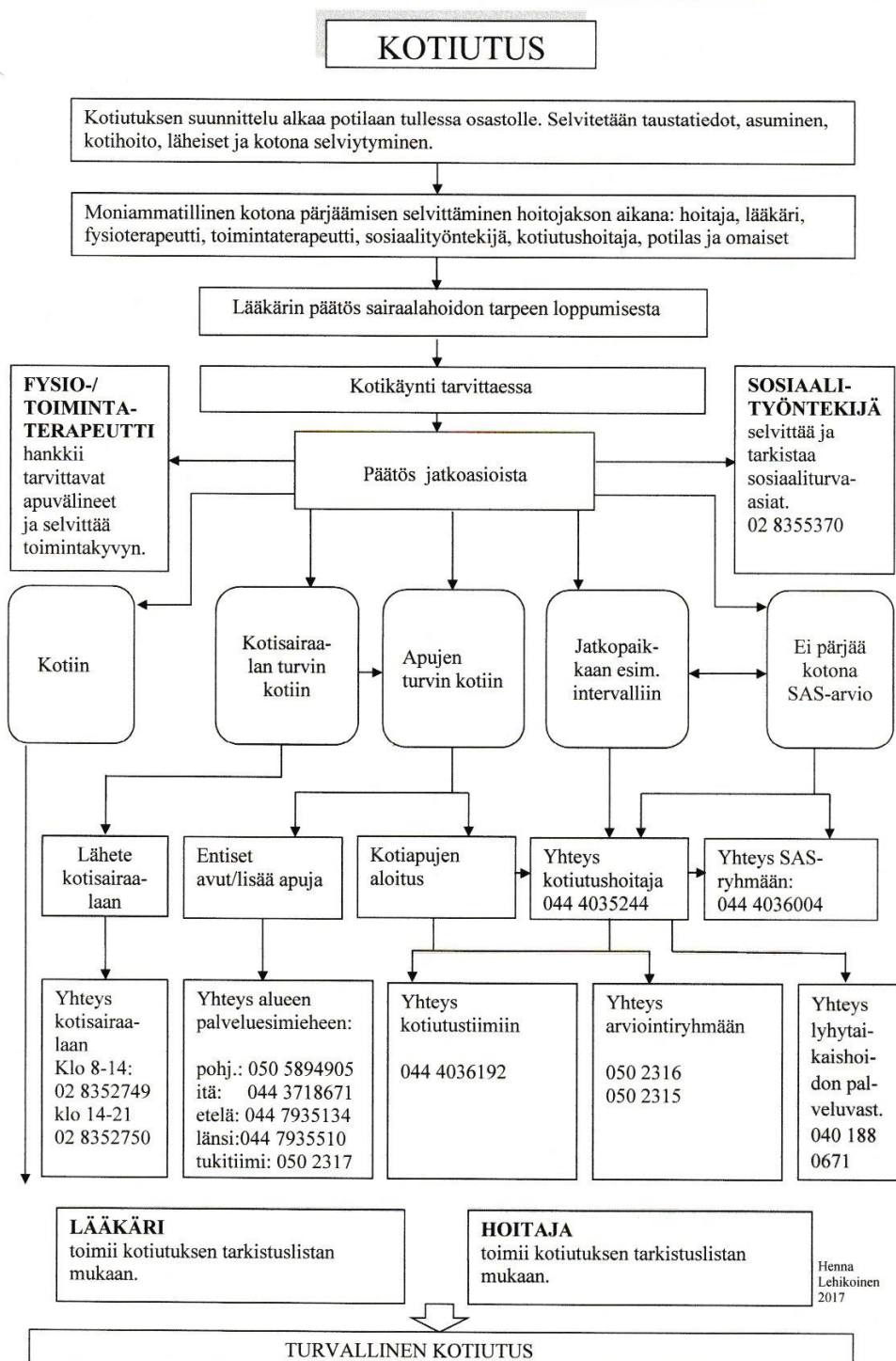
STM 2016b. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Haku julistus 6.5.2016. Helsinki. 28.8.2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf?sequence=1

STM. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2017:6. Viitattu 28.8.2017. <http://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Terveydenhuoltolaki. 2010. 30.12.2010/1326 muutoksineen.

Välimäki, M., Nyrhinen, T., Leino-Kilpi H., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scott, P.A., Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan itsemäärääminen ja suostumus pitkäaikaisessa laitoshoidossa: vanhusten ja hoitajien näkökulma. Gerontologia 15(2), 136–147.

Yhteisvoimin kotona- hanke 2014-2016. Vertailuraportti 2015. Viitattu 29.8.2017. <http://www.satshp.fi>



KOTIUTUS

