

Johanna Laine

”MUUALLA HYVÄ, KOTONA PARAS”- KOTIUTUSTOIMINNAN
KEHITTÄMINEN LOIMAAN KOTIHOIDOSSA

Vanhustyön (ylempi) AMK -koulutusohjelma
2019

MUALLA HYVÄ, KOTONA PARAS - KOTIUTUSTOIMINNAN KEHITTÄMINEN LOIMAAN KOTIHOIDOSSA

Laine, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyö, Ylempi AMK
Maaliskuu 2019
Sivumäärä: 44
Liitteitä:3

Asiasanat: kotiutuminen, kotiutus, kotiutustiimi, ikäihminen.

Kehittämistyöni tarkoituksena oli kuvata kotiutustiimitoiminnan kehittyminen osaksi Loimaan kotihoitoa. Tavoitteena oli kehittää asiakkaan turvallista ja oikea-aikaista kotiutumista osastolta kotiin. Kotiutumisten turvaksi perustettiin kotiutustiimi. Kotiutustiimitoiminnalle nähtiin tarve, koska huomio kiinnittyi suureen määrään asiakkaiden palautumisia osastolle jo jopa kotiutumispäivänä.

Kehittämistyö toteutettiin hyväksikäyttäen integratiivista kirjallisuuskatsausta ja kompetenssikehittämistä. Kirjallisuuskatsaus antaa katsauksen viimeaikaisten tutkimusten tuloksista, joita voidaan hyödyntää käytännön työssä. Kompetenssikehittäminen tässä työssä tarkoittaa työn toimivuutta lisäävien käytäntöjen kehittämistä. Kotiutustiimin henkilöstö yhdessä erillisen ohjausryhmän kanssa kehitti käytännön työtapoja työn ohessa näin ollen parantaen yksikön tuloksia.

Teoriaosa perustuu kotiutumiseen liittyvistä käsitteistä kuten ihmislähtöisyys ja toimintalähtöinen vuorovaikutus. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet viisi tutkimusta käsittelevät asiakkaan ja omaisen kokemuksia turvallisesta kotiutumisesta. Teoriaosuu- den ja kirjallisuuskatsauksen perusteella voitiin suunnitella kotiutustiimin toimintaa siihen suuntaan, että asiakas koki kotiutumisen turvallisena ja se mahdollisti kotona selviytymisen myös kotiutustiimin hoitajakson jälkeen.

Kehittämistyön tuloksena Loimaan kotihoidossa toimii kotiutustiimi osana kotihoitoa. Toiminta koettiin vaikuttavana ja sitä ollaan edelleen kehittämässä. Kehittämistyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kehittäessä Loimaan kotihoitoa sekä kotiutustiimin toimintaa palvelutarpeen sekä kuntouttavan arviointijakson toteuttamisessa.

THERE`IS NO PLACE LIKE HOME- IMPROVING DISCHARGE FUNCTIONING IN LOIMAA`S DOMICILIARY CARE

Laine, Johanna
Satakunta University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Elderly Care
March 2019
Number of pages:44
Appendices:3

Keywords: discharge, discharge planning, discharge-team, elderly

The purpose of the thesis was to describe the discharge-team`s development as a part of Loimaa`s domiciliary care. The objective of my practice-based thesis was to improve the discharging process of clients in a more safe and timely manner. The discharge team was established as a safeguard to support client discharges. The need for the discharge team was noticed after it was observed that a great number of discharged clients were returning back to the facility within a 24-hour period.

This practice-based thesis was performed using integrative literature review and competence development. Literature review gave definition of the latest results of the study which could then be applied as regular practice. In this thesis, competence development is defined as the continuous improvement and enhancement of work performance in practice. Staff of the discharge team cooperated and worked alongside a separate guidance team while on duty to observe the working habits in practice and improved the unit`s results.

The theory was based on the concepts of human-orientation and action-oriented interaction that related from discharge. There were five studies included in the literature review, which documented clients` and their family members` experiences about their safe discharge. The discharge team`s function was planned and modified on the basis of theory and literature review to ensure clients experienced a safe discharge. This enabled the clients to safely manage at home following the discharge team`s care period.

As a result of the practice-based thesis, the discharge team functions as a part of Loimaa`s domiciliary care. The functioning of the discharge team had positive effects and is still being improved. The results of the practice-based thesis can be used when further developing Loimaa`s domiciliary care, the discharge team`s actions to meet the service needs of clients, and when implementing the rehabilitation evaluation period for clients.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	6
3	KOTIUTUSTIIMIN TOIMINTAAN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ	7
3.1	Kotiutuminen.....	7
3.1	Kotiutustiimi	8
3.2	Ihmislähtöisyys	11
3.3	Toimintalähtöinen vuorovaikutus	13
4	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	15
5	KEHITTÄMISMENETELMÄT TÄSSÄ TYÖSSÄ.....	17
5.1	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus	17
5.2	Kompetenssikehittäminen.....	18
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	19
6.1	Kirjallisuuskatsaus hyvän kotiutumisen tunnusmerkeistä	19
6.2	Kotiutustiimitoiminnan kehittäminen yhdessä henkilöstön kanssa	24
6.2.1	Kotiutustiimitoiminnan haasteiden tunnistaminen	25
6.2.2	Kotiutustiimitoiminnan tavoitteet ja toimintaperiaatteet.....	25
6.2.3	Kotiutustiimitoiminnan kehittämistä tiimissä.....	29
6.2.4	Kotiutustiimitoiminnan arviointia	33
7	POHDINTA.....	37
8	JATKOKEHITTÄMISSUUNNITELMA	40
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suuri määrä ikäihmisiä suhteessa muuhun väestöön tulee aiheuttamaan haasteita terveydenhuollolle. Varsinkin kotihoito tulee olemaan suurten haasteiden edessä, koska hoito painottuu entistä enemmän ihmisten koteihin. Onkin tärkeää kehittää työtapoja vastaamaan muuttuvaa tarvetta. Hoitotyössä muutoksiin päästään yleensä kehittämisprojektien kautta. Tietoisesti tehtävästä kehittämisestä voidaan ajatella tulevan kestävää muutosta. Muutosprosessi pitää tunnistaa, suunnitella sekä arvioida. Kehittymisen taustalla on työntekijöiden osallistuminen varsinaiseen kehittämistyöhön. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 100.)

Asiakkaan kotiutuminen on monivaiheinen prosessi, jonka epäonnistuminen voi johtaa pahimmassa tapauksessa niin sanottuun ”pyöröovisyndroomaan”, jossa asiakasta pallotellaan edestakaisin kodin ja hoitopaikan, tai jopa eri hoitopaikkojen välillä. Käyttäjälähtöinen palvelujen kehittäminen perustuu asiakkaan tarpeiden, odotusten ja kokemusten ymmärtämiseen sekä painopisteen siirtymiseen tuottajakeskeisyydestä käyttäjakeskeisyyteen. Tämä ei tarkoita pelkästään palvelujen muotoilua asiakkaan hyvää ajatellen, vaan ennen kaikkea käyttäjiltä oppimista sekä asiakkaan ja asiakkaan omaisten ottamista mukaan oman palvelunsa rakentamiseen. (Kuusisto & Kuusisto 2015, 173– 179.)

Loimaan kaupungin ikäihmisten strategiaan kuuluu kotihoidon kehittäminen. Kotihoidon kehittäminen vaikuttavaksi ja tehokkaaksi on otettu terveys- ja hoivapalveluiden kärkikehittämisaiheeksi. Yhtenä tärkeänä kehittämisen kohtana haluttiin taata asukkailla turvallinen ja oikea aikainen kotiutus huomioiden myös kustannustehokkuus. Toiminta haluttiin saada nykyistä paremmin takaamaan ikäihmisten kotona selviytyminen. (Loimaan kaupungin ikäihmisten palveluiden strategia 2012-2015-2025). Kotiutustiimitoiminnalle nähtiin tarve koska huomio kiinnittyi suureen määrään asiakkaiden palautumisia osastolle jo jopa kotiutumispäivänä. Kotiutustiimitoiminnalla haluttiin varmistaa kotiutumisen onnistuminen. Kotiutustiimitoiminnan aloittamiseen esitettiin budjettiin vuodelle 2017 tarvittavat resurssit.

Kotiutustiimin tarkoituksena on turvata asiakkaan kotiutuminen sekä arvioida hänen jatkohoidon tarvettaan. Joissakin tapauksissa asiakas saattaa pärjätä tiimin hoitojakson jälkeen ilman kotihoitoa tai tukipalveluiden avulla. Ihmislähtöisyys ja toimintälähtöinen vuorovaikutus takaavat sen, että asiakas saa itsenäisesti kokeilla kotona pärjäämistä jonkun varmistaessa sen sujumista. Todellinen palveluntarve arvioidaan, ollaan yhteydessä omaisiin ja huolehditaan jatkopalveluiden järjestymisestä.

Tämän työn tarkoitus on kehittää kotiutustiimitoiminta osaksi toimivaa kotihoitoa. Teoriaosassa ja kirjallisuuskatsauksessa käsitellään kotiutumiseen liittyviä käsitteitä kuten ihmislähtöisyys ja toimintälähtöinen vuorovaikutus. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset käsittelevät asiakkaan ja omaisten kokemuksia onnistuneesta kotiutumisesta. Toteutusosiossa kerrotaan kotiutustiimitoiminnan kehittymisestä osaksi Loimaan kotihoitoa kompetenssikehittämistä hyväksikäyttäen.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää helmikuussa 2017 alkava kotiutustiimitoiminta osaksi Loimaan kotihoitoa. Tarkoituksena on kehittää kotiutustiimitoimintaa siihen suuntaan, että asiakas kokee tullessa kohdelluksi ihmislähtöisesti ja kokee turvallisuutta kotiutustilanteessa.

-Tavoitteena on asiakkaan onnistunut ja turvallinen kotiutusprosessi osana kotihoitoa.

3 KOTIUTUSTIIMIN TOIMINTAAN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

3.1 Kotiutuminen

Kotiutumista sairaalasta voidaan selittää monella eri käsitteellä, jotka kuitenkin tarkoittavat suunnilleen samaa asiaa. Suomalaisissa tutkimuksissa esim. Lämsä (2013) on käyttänyt käsitettä kotiuttaminen tutkiessaan potilaana oloa sairaalan osastolla. Hammar (2008) sen sijaan puhuu väitöskirjassaan kotiutumisesta, jolla hän tarkoittaa sairaalasta kotiin siirtymistä. Suomen kielen sanakirjassa termi ”kotiuttaa” on määräämistä tai päästämistä palaamaan kotiin. Kotiutumista sen sijaan pidetään kotiin palamisena. Kotiutumisessa pääosassa on asiakas ja kotiuttamisessa toimijana on sairaalan henkilökunta, missä lääkäri päättää kotiuttamisesta. Kotiutustiimitoimintaan liittyvät molemmat termit oleellisesti. Näiden asioiden yhdistäminen onkin kotiutustiimitoiminnan perusta. (Lämsä 2013; Hammar 2008.)

Ikäihmisten laitoksesta kotiutumisen tulee perustua lääketieteelliseen arvioon sekä hänen omaan haluunsa lähteä kotiin. Kotiutuksen tavoitteena on luoda riittävän turvalliset lähtökohdat kotona selviytymiselle. Onnistunut kotiutus mahdollistaa kotona selviytymisen ja siellä asumisen mahdollisimman pitkään. Hyvä kotiutus perustuu kotiutuvan ihmisen elämäntilanteen kartoittamiseen sekä fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistamiseen ja tukemiseen. Kotiutus on aina moniammatillista yhteistyötä yhdessä kotiutujan sekä hänen omaistensa kanssa. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu sairaalassa hoitava lääkäri, omahoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotihoidon ammattilaiset kuten kotiutustiimi. Kotiutuminen on aina yksilöllistä ja monimuotoista. (Voutilainen ym. 2002, 128.)

Kotiutuessa laitoksesta asiakas on hauras ja haavoittuva. Hän tarvitsee ymmärrystä, tukea ja suojaa. Lisäksi hän tarvitsee voimavarojensa ylläpitämistä, kuntoutusta ja vahvistusta. Mitä haavoittuvampi hän on, sitä enemmän hän tarvitsee tukea, suojaa ja vahvistusta. Mikäli kotiutustiimin toiminnalla pystytään näitä asioita hänelle tarjoamaan, voi hän elää turvallisen ja hyvän vanhuuden haavoittuvuudestaan huolimatta. (Sarvimäki ym. 2010, 55-56.)

Kotiutuminen kotihoidon näkökulmasta edellyttää riittävän aikaista varautumista asiakkaan kotiin tuloon, jotta tarvittavat palvelut voidaan käynnistää heti kotiuduttua. Kotiutusta järjestävän henkilön tehtävänä on osastolla olevien asiakkaiden kotiuttamisen suunnitteluun osallistuminen. Kotiutusta järjestävän avulla tiedot esimerkiksi hoidon tarpeen tai lääkehoidon muutoksista välittyvät kotihoitoon ja niihin osastaan varautua ajoissa. Tavoitteena on onnistunut kotiutuminen. Kotiutumisella on mahdollisuudet onnistua, mikäli kotihoito saa tiedon kotiutumisesta riittävän aikaisin, eikä asiakas kotiudu kotihoidon tietämättä tai kotiudu niin, että tieto kotiutuksesta tulee vasta samana päivänä. Lisäksi pitää varmistua, että palvelutarpeen muutokset kyetään huomioimaan etukäteen ja järjestää tarvittavat palvelut, jotta asiakkaan ei tarvitse palata riittämättömien palvelujen vuoksi takaisin sairaalahoitoon. Kun kotiutuminen on hyvin suunniteltu ja järjestetty riittävän palvelut kotiin, niin asiakkaalla on turvallinen olo kotona, vaikkakin yleiskunto olisi heikentynyt sairauden vuoksi. Ja mikäli omaiset ovat mukana kotiutumisen suunnittelussa, sitoutuvat he myös helpommin ottamaan vastuuta läheisensä hoidosta kotona. (Lamminmäki 2011.)

3.1 Kotiutustiimi

Kotiutustiimi auttaa asiakasta palaamaan sairaalasta kotiin ja arvioi hänen palvelutarvettaan. Kotiutustiimin tarkoitus on ohjata asiakas hoitajaksonsa jälkeen joko tukipalveluiden tai kotihoidon piiriin. Joissakin tapauksissa asiakas ei tarvitse jatkopalveluita lainkaan. Yksinkertaisesti sanottuna kotiutustiimi auttaa tehokkaaseen ja turvalliseen kotiutukseen. Hoitoon liittyvät interventiot auttavat vanhuksia elämään turvallisesti ja itsenäisesti, kun ne räätälöidään yksilöiden tarpeiden ja mieltymysten mukaan. (Bestwik ym. 2008.)

Kotiutustiimitoiminnan tavoitteena on asiakkaan oikea-aikainen kotiutuminen sairaalahoitosta. Kotiutustiimin tehtävä on järjestää asiakkaalle tarkoituksenmukainen hoito, kuntoutus sekä apuvälineet viivytyksettä kotiin. Kotiutustiimin tarkoitus on täyttää toiminnallaan laitoshoidon ja kotihoidon väliin jäävää katvealuetta sekä kehittää samalla kotiutumisen käytänteitä. Kotiutustiimin ensisijainen tehtävä on kotiutumisen varmistaminen yhdessä asiakkaan, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan kanssa

sekä jatkohoidon suunnittelu ja järjestäminen yhteistyössä kotihoidon kanssa. Asiakkaan hoidon ja seurannan osaamista on tarkoitus viedä luontevasti ja asiakkaan tarpeen mukaan yli organisaatorajojen. (Tuli & Selin-Hannola 2009.)

Helsingissä on kotiutustoimintaa kehitetty jo useita vuosia. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen sairaalan sekä kotihoidon yhteisen kehittämistyön vuodelta 2007 tavoitteena oli yhtenäistää prosesseja, missä asiakas siirtyy kotihoidon ja sairaalan välillä. Kotiutuksen ongelmiksi muodostuivat liian aikainen kotiutus, hoitoaikojen lyheneminen ja hoitajien kiire. Lisäksi hoidon kokonaisuudesta puuttui ennaltaehkäisevää ongelmiin puuttumista. Työryhmä laati ohjeet kotihoidon asiakkaan lähettämisestä sairaalaan, sekä hoitajalähetteen. Työryhmässä sovittiin ilmoituskäytännöistä kotihoidon sekä sairaalan välillä. Ennen kun asiakas voi kotiutua pitää arvioida ja selvittää hänen toipilasajan hoidon tarve sekä sisältö yhdessä kotihoidon vastuuhoidajan kanssa. (Helsingin kaupungin www-sivut 2017.)

Helsingissä työskentelee terveyskeskuksissa kotiutushoitajia, joiden toiminnan seurauksena asiakkaiden kotiutumiset ovat helpottuneet ja tietoisuus kotihoidon ja kotisairaalan palveluista on lisääntynyt. (Helsingin kaupunki 2007, 3-10, 14-21, 27). Helsingissä kotiutustiimi auttaa asiakasta palaamaan päivystyksestä tai sairaalasta kotiin turvallisesti, sujuvasti ja oikeaan aikaan. Kotiutustiimin periaatteena on kartoittaa asiakkaan ja omaisten kanssa yhdessä avun tarve. Kotiutustiimin tehtävä on tukea itsenäistä toimintakykyä ja asiakas saa samalla myös kotihoidon palveluja. Kotiutumistiimin tehtäviin kuuluu lisäksi sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten verensokerimitaukset ja ompeleiden poistot sekä haavahoidot ja lääkehoito. (Helsingin kaupungin www-sivut 2017.)

Tampereen kaupungissa toteutettiin vuosina 2007-2009 kotiutuksen kehittämiseksi Kotio-hanke. Hankkeen luoman kotiutustiimin tarkoitus oli täydentää laitoshoidon ja kotihoidon väliin jäävää katvealuetta, kehittää kotiuttamisen käytäntöjä sekä estää hitaasta kotihoitojärjestelyistä johtuva laitoshoidojaksojen pidentyminen. Sairaaloita varten luotiin yhden numeron palvelu: puhelut ohjautuivat kotihoitotiimiin, mikä puolestaan oli yhteydessä alueen kotihoitoon. Kotiutustiimin mukanaan tuomia uusia toimintoja olivat kotiutuskäynnit asiakkaan kotiutuessa, kotihoidon yö-partiotoiminta sekä

yhteistyö Tampereen kaupungin teknisen yksikön kanssa vähäisissä kodinmuutostöissä. Jos asiakkaan kunto ei edellyttänyt suoraa kotiutumista, kotiutustiimin sairaanhoitajat saattoivat tarvittaessa itsenäisesti järjestää kotiutujalle lyhytaikaisen palveluasumisen jakson yksityisellä palveluntuottajalla. Tampereella kotiutustiimi auttaa asiakasta palaamaan kotiin. Kotoutustiimin moniammatilliset työntekijät varmistavat asiakkaan sujuvan kotiutuksen. Kotikäyntejä tehdään asiakkaan sairaanhoidollisen ja toimintakyvyn tarpeen mukaan. (Tampereen kaupungin www-sivut 2017.)

Tampereen mallissa kotiutustiimiin kuuluu sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, lähihoitajia, kuntoutuksenohjaaja ja toimintaterapeutti. Kotiutustiimin palveluihin sisältyvät kotikäynnit, apuvälineiden tarpeen arviointi, sovitus ja toimitus kotiin sekä lääkkeiden hankinnassa avustaminen, jolloin asiakas maksaa kustannukset itse. Kotiutustiimin palveluista hyötyvät sellaiset asiakkaat, jotka tarvitsevat sairaanhoitopalveluja, fysioterapiapalveluja tai toimintaterapiapalveluja. Kotiutustiimistä hyötyvät myös ne asiakkaat, jotka haluavat nopeasti sairaalahoidosta kotiin ja kykenevät selviytymään kotona toipilasajan. Kotiutustiimin asiakkaiden pitää olla sellaisia, että he selviävät kotikäyntien väliajan joko itsenäisesti tai omaisten tuella. Kotiutustiimi käynnistää yhdessä kotihoidon asiakasohjauksen kanssa tukipalvelut, esimerkiksi turvapuhelin, ateria- ja kauppapalvelun. (Tampereen kaupungin www-sivut 2017.)

THL:n vanhuspalveluiden seurannassa vuodelta 2016 n. 42%:lla Varsinais-Suomen kunnista on olemassa oleva kotiutustiimi. (THL www-sivut 2018). Tampereen kaupungin Kotio-hankkeen (2009) loppuraportin perusteella voidaan sanoa, että kotiuttamisen tehostamisella hoitajaksot ovat lyhentyneet, jatkohoitojonot poistuneet ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon jääneiden asiakkaiden määrä on vähentynyt.

Asiakkaan hyvä elämänlaatu on kaiken toiminnan perusta. Asiakkaan hoidon tarpeet ja niihin vastaaminen ovat kotiutustiimin tärkein tehtävä. Siksi ihmislähtöisyydellä on suuri merkitys tiimin toiminnassa. Asiakkaalla saattaa olla pelkoja kotiutumiseen liittyen, jolloin tiimin toiminnalla on merkitystä turvallisuuden tunteen kokemiseen. Ihmislähtöisellä toiminnalla taataan asiakkaan turvallinen kokemus kotiutumisesta.

3.2 Ihmislähtöisyys

WHO linjaa käsitteen ihmislähtöisyys laajemmaksi käsitteeksi kuin asiakaslähtöisyys. Siinä korostetaan samoja ulottuvuuksia kuin asiakaslähtöisyydessä. Ihmiset ovat laajassa merkityksessä tasavertaisina toimijoina hoidon ja palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Ihmiset nähdään oman elämänsä sekä palveluiden käytön asiantuntijoina. Ihmisten vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen korostuu. Ihmislähtöisyydessä ihmisen tarkoittaa, että kaikki palveluun osallistuvat toimijat nostetaan tasavertaisiksi kumppaneiksi palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja toteuttamiseen. (WHO 2018.)

Iäkkäiden hyvään hoitoon ja huolenpitoon tarvitaan paljon geriatria tietoa iäkkäistä ja heidän kokemuksistaan. Hoidon pitää olla heidän elämäänsä kunnioittavaa ja arvostavaa. Lopputuloksena syntyy geriatrinen taito, minkä omaavalla on hyvät edellytykset iäkkäiden hoitamiseen. Pelkkä tieto ikääntymisestä ja sairauksista ei riitä hyvän hoidon toteutumiseen. Siihen liittyy lisäksi kunnioittava ja arvostava suhtautuminen ikääntyneeseen ihmiseen. Ihmislähtöisessä työssä iäkäs on oman hoitonsa ja kuntoutuksensa subjekti, jonka näkemysten tulisi ohjata kokonaisvaltaisesti arvioinnin pohjalta rakentuvaa yksilöllisten tarpeiden mukaan suunniteltua kuntoutusta ja hoitoa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 11-13.)

Asiakas- ja ihmislähtöisyys on toiminnan arvoperusta, joka perustuu ihmisarvoisuudelle. Asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta huolimatta. Tämä edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta vuoropuhelua sekä yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kanalta tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Ihmislähtöisessä toiminnassa toiminta organisoidaan asiakkaan, ei pelkästään palvelutuottajan, tarpeista käsin. Tämä seikka edellyttää organisoijalta ihmisymmärrystä. Ihmisymmärrys on kattavaa tietoa asiakasta, heidän tarpeistaan sekä sen hyödyntämistä palveluiden kehittämisen pohjana. Oleellista on se seikka, että pelkkä tiedon kerääminen ei vielä synnytä ihmisymmärrystä, vaan tietoa tulee analysoida ja tulkita yhdessä asiakkaan ja palveluntuottajan kanssa. Lisäksi tieto tulee hyödyntää käytäntöön. Sosiaali- ja terveyssektorin ihmisymmärryksen tulisi sisältää asiakkaan koko toimintaympäristön ja elämän hallinnan

merkityksen tarkastelua. Asiakas tulee nähdä palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana, ei passiivisena palveluiden kohteena. Asiakas on toimija, ei passiivinen toimenpiteiden kohde. Tämä rooli tuo mukanaan ajatuksen asiakkaan vastuusta omasta hyvinvoinnistaan. Asiakkaan oman elämän asiantuntemus tekee hänestä palveluprosessissa yhdessä työntekijän kanssa yhdenvertaisen toimijan ja tasavertaisen kumppanin. Asiakkaan tarpeiden ja palvelumahdollisuuksien väliseen tasapainoon pyrittäessä paras toimintamalli on asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen kumppanuus, jonka syntyminen edellyttää työntekijän ja asiakkaan välistä hyvää vuorovaikutusta ja molemminpuolista luottamusta. (Tekes www-sivut 2017.) Asiakas ja ihmislähtöisyyteen sisältyy asiakasosallisuuden lisäksi myös se, millä tavalla asiakkaan elämäntilanne ja arjen vaikeudet ja muutostarve asettuvat yhteisen työskentelyn kohteeksi sekä vastaavat asiakkaan kokemuksia tilanteesta. (Törrönen ym. 2016, 155.)

Vanhustyön etiikassa on pidetty erityisen tärkeänä arvojen ja periaatteiden kuten itsemääräämisoikeuden, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen korostamista. Lisäksi yksityisyyden kunnioittaminen, salassapito, oikeudenmukaisuus sekä reilu ja tasapuolinen kohtelu eri asiakasryhmiä palveltaessa korostuu. Työntekijän velvollisuus antaa oikeaa ja vääristelemätöntä tietoa sekä asiakkaille, että toisille työntekijöille ja omaisille on tärkeää. Eräänlainen uskollisuus ja sitoutuminen toiseen ihmiseen sekä lupaus läsnäolosta korostuu ihmislähtöisessä kohtaamisessa, missä toimintakyvyltään heikentyneen ikääntyneen yksilön ihmisarvo voi olla vaarassa. (Molander 2014, 49-50.)

Euroopan hyvinvointivaltioiden peruskirjassa artiklassa 23§ (Ikääntyneiden henkilöiden oikeus sosiaaliseen suojeluun) 3 halutaan varmistaa ikääntyneille ihmisille asianmukainen tuki, kunnioittaen heidän yksityisyyttään. Tällä säännöksellä halutaan mahdollistaa hoito henkilön omassa kodissa seuraavasti: Kokoaikaisena, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon avulla kotona tuettuna kotihoitona, missä kotipalvelun tarjoaja ottaa tehtäväkseen toimintakyvyltään rajoitetun tai sen kokonaan menettäneen ikäihmisen huolenpidon tämän omassa kodissa. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nieminen 2014, 53, 62.)

Toimintälähtöisellä vuorovaikutuksella saadaan parhaat mahdolliset tulokset asiakkaan selviytyä kotona kotiutustiimin hoitojakson jälkeen itsenäisesti, omaisten tai kotihoitoon turvin.

3.3 Toimintalähtöinen vuorovaikutus

Kotihoidon asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa ratkaisevasti se, miten hän selviytyy jokapäiväisestä elämästä. Tätä niin sanottua toimintakykyä voidaan tarkastella joko toiminnanvajauksena, toimintakykynä tai hänen voimavaranaan. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 60.) Hyvinvointia tai toimintakykyä voi lähestyä myös asiakkaan elinolosuhteiden, resurssien ja arjen toiminnan näkökulmasta. Tarpeet voivat olla kaikkia niitä asioita, mitkä vaikuttavat arjen sujumiseen. Kyse on siis muustakin kuin eloon jäämisen kannalta välttämättömien perustarpeiden tyydyttäminen. Ihminen on taloudellinen toimija kotitalouden, erilaisten yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä. Voidaan puhua arjen hyvinvoinnista, mikä keskittyy siihen, kuinka ihminen käytännössä resursseja hyödyntäen hallinnoi arjen erilaisissa ympäristöissä moninaisten toimintojen kokonaisuutta ja kuinka hän kokee sen. (Saari 2011, 243.) Arjen ei pidä olla taustaa muulle toiminnalle, vaan toiminnan tulee tuottaa arkea. Asiakkaan ongelma saattaa olla osa hänen arkielämäänsä, minkä vuoksi ammatillisessa tarkastelussa ongelmaa ei tule irrottaa tästä yhteydestä. Auttamisen sekä palveluiden toimintalähtöisen suunnittelun tulee tarkastella asiakkaan arkea dynaamisesti, systemaattisesti ja moninaisten suhteiden kautta rakentuvana. Tähän toimintaan liittyy toimijoiden tuottamien palveluiden merkitys sekä vaikutus asiakkaan arjessa. Arjen kokonaisuus tulee ottaa huomioon niin, että asiakkaan omat merkityksenannot ovat lähtökohta työskentelylle. (Törrönen ym. 2016, 156.)

Haasteellisissa elämäntilanteissa asiakkaat tarvitsevat usein tuekseen sosiaali- ja terveysalaan moninaisia palveluja sekä asiantuntijuutta. Monimutkaiset palveluprosessit edellyttävät muutosta, missä asiakas käsitetään sosiaaliseksi ja aktiiviseksi toimijaksi, eikä vain passiiviseksi autettavaksi. Toiminta ja toimintalähtöisyys sekä läsnäolo, kohtaaminen ja tunteet kuvaavat sitä vuorovaikutusta mitä voidaan kutsua toiminnan teoriaksi. Teoriassa toiminta ymmärretään toimijoiden tekojen kautta rakentuvana prosessina. Teorian mukaan käsitys maailmasta muodostuu vuorovaikutuksessa ihmisten ja fyysisen ympäristön välillä sekä ihmisten kesken. Inhimillinen toiminta suunnataan aina kohteeseen. Toiminnan kohteellisuus tarkoittaa, että toiminnalla on motiivi. Välittyneisyydellä tarkoitetaan, että toimiessaan ihmiset käyttävät erilaisia välineitä, osal-

listuvat sosiaalsiin organisaatioihin ja tulkitsevat kulttuurisesti rakentuneita merkityksiä. Näiden teorioiden pohjalta voidaan vuorovaikutusta kutsua toimintalähtöiseksi. Lähtökohtana voidaan pitää sitä, että toiminta, merkitykset ja tunteet rakentuvat toistensa yhteydessä. Kun työntekijän tehtävänä on tukea asiakasta oman arkensa toimijana, on eriarvoisen tärkeää ymmärtää ammatillinen vuorovaikutus kokonaisvaltaisena toiminnan prosessina. (Törrönen ym. 2016, 148-151.)

Asiakassuhde perustuu luottamukseen sekä yhteistoiminnallisuuteen ja voimavarojen lähtöisyyteen asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kuten muidenkin hoitoon osallistuvien kanssa. Asiakassuhde tekee mahdolliseksi hahmottaa asiakkaan tilannetta sekä voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Lisäksi se löytää yksilölliset ratkaisut juuri hänen elämäntilanteeseensa siten, että asiakas itse on koko ajan vahvasti mukana valintojensa teossa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 55.) Terveys määrittää ikääntyneiden kokemaa toimintakykyä ja hyvinvointia. Sen merkitys korostuu ikääntyessä. Terveys on voimavara, minkä avulla ikääntynyt pystyy osallistumaan itseään koskeviin päätöksiin ja jonka avulla hän pystyy selviytymään päivittäisistä toimistaan. Terveystilan heikentyminen voi vaikuttaa sekä suoranaisesti että välillisesti koettuun toimintakykyyn esitämällä aikaisemman elämäntavan jatkumisen. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 18.)

Vuonna 2013 voimaan tullut Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista edellyttää, että ikääntyneen henkilön palveluntarpeen selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa pitää selvittää, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän mahdollisesti tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on huomioitava iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. (THL www-sivut 2017.)

Iäkkäiden toimintakyvyn selvittämiseen on kehitetty monia päteviä testikokonaisuuksia. Osa niistä tehdään kyselemällä ja tiedustelemalla erilaisia päivittäisiä toimintoja. Osa testeistä on puolestaan yksinkertaisia suorituksia, joilla selvitetään lihasvoimaa, nivelten liikkuvuutta tai esimerkiksi kävelyn nopeutta tai muita ominaisuuksia. Osa

testeistä käyttävät alan ammattilaiset, mutta osaa iäkkäät henkilöt voivat käyttää itsekin tai vertaishenkilön avulla. (Vuori 2016, 14.) Loimaan sosiaali- ja terveystalvvelukeskuksessa on käytössä FIM- ja Ravatar-mittarit asiakkaiden toimintakykyä mittaavina mittareina. FIM on avuntarpeen ja toimintakyvyn mittari, jolla voidaan arvioida toimintakykyä, avuntarvetta sekä niissä tapahtuvia muutoksia. Mittaritietoa käytetään asiakkaan kuntoutumisen seurannassa ja arkielämän tukemisessa. Mittaaminen antaa perusteet asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen toiminnan suunnitteluun. (sotetieto.fi 2019.) Ravatar-mittari on ikäihmisen toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, jota tehdään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. (Thl.fi www-sivut 2019.) Kotiutustiimi käyttää näitä molempia mittareita arvioidessaan asiakkaan toimintakykyä. Kotiutuvälle asiakkaalle on yleensä tehty osastolla FIM-arvio, jonka kotiutustiimi uusii ennen hoitajaksonsa päättymistä. Näin mittaria voidaan hyödyntää myös arvioitaessa asiakkaan kuntoutumista.

Henkilöstön haaste auttamis- sekä hoitamistilanteissa on tukea iäkkään henkilön säilyneitä kykyjään ja voimavaroja voimaannuttamalla häntä. Mikäli voimavaroja ei tueta, aiheutetaan haavoittumista lisää ja tämä taas lisää palveluiden ja tuen tarvetta. Palvelujärjestelmä ja läheiset kuormittuvat. Iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin tarkastelussa tulisikin ottaa huomioon heidän omat kokemuksensa, odotuksensa sekä selviytymiskeinonsa. (Sarvimäki ym. 2010, 19-22.) Vuorovaikutuksessa työskentely kohdistuu asiakkaan elämänlaatuun tai ongelmalliseen tilanteeseen sekä toimenpiteisiin, joilla tilanteeseen pyritään saamaan aikaan positiivinen vaikutus tai muutos.

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Loimaan kaupungissa kotihoito sisältää kotisairaanhoidon, kotipalvelun, erilaiset tukipalvelut kuten ateriapalvelun, kylvetyspalvelun, asiointipalvelun, päivätoiminnan ja kuljetuspalvelut, yö-partiotoiminnan, kotiutustiimitoiminnan, ennaltaehkäisevän toiminnan ja muut kotihoitoa tukevat palvelut. Kotihoidon toiminta perustuu sosiaalihuoltolakiin ja -asetukseen, kansanterveyslakiin, terveydenhuoltolakiin, valtakunnal-

liseen ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevaan laatusuositukseen, vanhuspalvelulakiin ja Loimaan kaupungin ikäihmisten palveluiden strategiaan. Kotihoito toimii kiinteässä yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (Loimaan sosiaali- ja terveystalokeskus; Kotihoidon palvelujen myöntäminen ja kotihoidon palvelujen sisältö 2016.)

Palveluiden myöntäminen vaatii palvelutarpeen kartoituksen ja palveluita voidaan lisätä tai vähentää asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. Loimaan kaupungissa säännöllisen kotihoidon piirissä 18.4.2016 75-vuotta täyttäneitä prosentuaalisesti oli 16,3% kun tavoite minimissään suomessa 13% ja maksimissaan 14 % Tukipalveluja kuten ateriapalvelut ei ole otettu tässä laskelmassa huomioon. Tästä voidaan päätellä, että Loimaalla ikäihmiset saavat kotihoidon palveluja keskimääräistä enemmän. Toisaalta kun otetaan huomioon alhaisempi käyttöaste ympärivuorokautiseen hoitoon (7,9 %, kun suositus 9%) niin kotihoidon korkea määrä selittyy.

Loimaan kaupungissa toimii kaksi kotihoitoryhmää. Eteläinen kotihoito ja pohjoinen kotihoito. Sairaanhoitajia on molemmilla alueilla viisi sekä yksi yhteinen muistisairaanhoitaja. Lähihoitajia on seitsemänkymmentäkaksi. Molemmilla alueilla on oma toiminnanohjaaja. Tehostetun palveluasumisen kanssa on yksi yhteinen fysioterapeutti. Esimiehinä on yksi osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Pinta-alaltaan pohjoinen kotihoito on isompi ja enimmäkseen maaseutua. Kotiutustiimi toimii yhteisenä molemmissa kotihoitoalueissa, joten kotiutustiimillä voi olla asiakasvälimatkat todella pitkiä. Kotihoidon tavoitteena on toimintakykyä tukevan työotteen avulla turvata omassa kodissa asuvien asiakkaiden tarvitsema hoito- ja huolenpitopalvelut. Kotiutustiimin tavoitteena on turvata asiakkaan turvallinen kotiutuminen. Kotiutustiimin toimintaan on suunniteltu yksi sairaanhoitaja, fysioterapeutti sekä 3 lähihoitajaa. Moniammatillinen ryhmä työskentelee kahdessa vuorossa viikon jokaisena päivänä. Moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä on moniammatillinen arvostus. Mikäli ammatillaiset arvostavat toisiaan, löytävät he ratkaisut ongelmiin. Moniammatillinen arvostus auttaa kuulemaan toisen ihmisen näkökulman asioihin. Arvostuksen kautta kasvaa ymmärrys ja luottamus toisen ihmisen ammatinvalintaan, koulutukseen ja ammattitaitoon. (Mattila 2010, 109.)

Kotiutustiimin jakson tarkoituksena on turvata ihmislähtöinen kotiutuminen, arvioida asiakkaan kotihoidon tarvetta, tukea toipumisvaihetta ja kuntoutumista sekä järjestää jatkohoito kotihoidossa, mikäli sille on tarvetta. Kaikki tehdään yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa, asiakkaan omatoimisuutta sekä toimintakykyä tukien ja parantaen. Kotiutustiimillä on mahdollisuus jokaisella käynnillä arvioida asiakkaan toimintakykyä, koska asiakkuuksia ei kerralla ole liikaa. Työntekijän tehtävä on turvata turvallinen toipumisaika tukemalla asiakkaan omatoimista arkea. Asiakas pystyy turvallisesti kokeilemaan omatoimista suihkussa käyntiä, kaupassa käyntiä ja liikkumista haasteellisissa olosuhteissa kuten rappusissa. Työntekijän tehtävä ei ole tehdä asiakkaan puolesta vaan olla sivustaseuraaja ja tukea tarvittaessa. Näin todellinen palveluntarve myös saadaan selville.

5 KEHITTÄMISMENETELMÄT TÄSSÄ TYÖSSÄ

5.1 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Tässä työssä käytetään tutkimusten perusteella saatua näyttöön perustuvaa tietoa, joka on ajantasaista. Se tarkoittaa luotettavaa tutkimustietoa tai sen puuttuessa muuta luotettavaksi arvioitua tietoa. Luotettavaksi arvioitu tieto voi olla esimerkiksi asiantuntijoiden yhteinen sopimus asiasta. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa voidaan hyödyntää usein myös työntekijän kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä sekä resursseista. Myös asiakkaalta itseltään tai hänen läheiseltään saatua tietoa elämäntilanteesta ja resursseista voidaan käyttää näyttöön perustuvassa päätöksenteossa. Harkittu tieto tarkoittaa sitä, että on jo tietoa vaikuttavista hoitotyön menetelmistä. Päätöstä tehtäessä arvioidaan menetelmien hyötyä ja haittoja kliinisen asiantuntemuksen sekä asiakkaan tilanteen ja toivomusten sekä toimintaympäristön ja resurssien perusteella. Näin pystytään räätälöimään tietolähteitä hyödyntäen jokaiselle asiakasryhmälle soveltuvin ratkaisu. (Hoitotyön tutkimussäätiön [www-sivut](http://www.sivut) 2017.)

Kehittämistyössä aineistona käytetään kirjallisuuskatsausta, jossa analysoidaan erilaisia tutkimuksia suhteessa kehittämistyöhön. Kirjallisuuskatsauksessa tukeudutaan tutkimuksiin, jota antavat vastauksen asiakkaan kokemuksiin kotiutumisesta. Lisäksi omaisten huomioiminen asiakkaan kotiutumisessa tulee valikoiduissa tutkimuksissa oleellisesti esille. Kotiutustiimitoimintaa suunnitellessa asiakkaan kokemukset vaikuttavat tiimin toimintatapoihin. Jokaisella asiakkaalla on oikeus tulla huomioiduksi yksilöllisenä ihmisenä, jonka tarpeisiin hoito perustuu. Tutkimusten tulosten perusteella voidaan suunnitella kotiutustiimin toimintaa asiakaslähtöiseksi tukeutumalla näyttöön perustuvaan tietoon.

5.2 Kompetenssikehittäminen

Kompetenssi on työväline missä keskustelu tuo näkyväksi toimintaa ohjaavia tavoitteita, käsityksiä ja oletuksia sekä arvoja. Siinä yksilökohtaisesta tiedosta pyritään yhteisölliseen tiedonmuodostukseen. Kun tekniikka aletaan hallita työyhteisössä, edistää se keskustelua. Tarkoituksena on tuoda se keskeinen tehtävä sellaiseksi, että se koetaan mielekkääksi toteuttaa. Tätä voidaan kutsua myös oppivaksi organisaatioksi. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 145.) Kun kehittäminen tapahtuu työyhteisölähtöisyyden idean mukaisesti, sen kohde ja tavoitteet määritellään työyhteisössä. Haasteena voidaan kokea kehittämistarpeiden tunnistaminen (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 26). Kompetenssin voi määritellä taidoksi, mikä kasvaa vuorovaikutuksessa syntyvästä onnistumisen prosessista. Kompetenssia voidaan vahvistaa koulutuksessa sekä työnohjauksessa, mutta se syntyy ennen kaikkea työhön, johtamiseen ja työyhteisöön liittyvissä sosiaalisissa ja yksilön sisäisissä prosesseissa. (Törrönen ym. 2016, 181.) Kompetenssilla pyritään edistämään nimenomaan demokraattista arviointiprosessia. Silloin työyhteisön jäsenet ikään kuin itse ottavat vastuun toteuttamisesta. Tämä pohjautuu osallistumisen teoriaan; se olettaa työyhteisön jäsenten sitoutuvan ja panostavan sitä enemmän, mitä enemmän he ovat osallistuneet päätöksentekoprosessiin. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009,142). Olennaista hyvien käytäntöjen dialogien kehittämisessä on, että samalla kun kehitetään omaa työtä ja tapaa toimia esimerkiksi ikäihmisten kanssa, kehitetään myös yhteisön jäsenten tapaa toimia yhdessä yhteisönä. Hyvien käytäntöjen dialogissa ollaan vuorovaikutuksessa, kuunnellaan ja kohdataan yhteisön

jäseniä, kollegoita, työkavereita ja muodostetaan yhdessä moniäänistä todellisuutta sekä vahvistetaan yhteisöllisyyttä. Oman toiminnan tarkastelun ja palveluiden kehittämisen kiintopisteitä ovat avoimuus, osallisuus ja varhainen yhteistyö. Pyrkimyksenä on, että nämä näkyvät työssä ja jokaisen tavassa toimia ja olla vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Koskimies ym. 2012,7.)

Kompetenssi-arvioinnissa tavoitteena on työntekijän osaamisen vahvistaminen suhteessa tehtävien hoitamiseen. Oletuksena on se, että yksittäisen henkilön tai ryhmän osaamisen kehittäminen parantaa yksikön kokonaissuoritusta. Prosessissa työntekijät kehittävät uusia ideoita ja strategioita tehtävien hoitamiseen ja näin ollen parantavat yksikön tuloksia. Yleisin tavoite on luoda organisaatiokulttuuri, joka vahvistaa kykyä jatkuvaan muutokseen sekä oppimiseen. (Krogstrup 2004, 15.) Arvioinnin vahvuutena voidaan pitää sitä, että siinä yhdistetään kehittäminen sekä arviointi. Työpaikkakouksissa tapahtuva itsearviointi toimii osana toiminnan suunnittelua. Arvioinnin tarkoituksena on saada selville tehtyjen kehittämistoimenpiteiden aiheuttamat vaikutukset. (Krogstrup 2004, 11.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus hyvän kotiutumisen tunnusmerkeistä

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui viisi tutkimusta, jotka antavat vastauksen hyvään ja turvalliseen kotiutumiseen. Hammarin Palveluiden yhteensovittamisesta kotihoidossa ja kotiutumisessa, Hanna Muurisen voimavaraistumista tukeva potilasohjaus päivystysosastolla kotiutumisen yhteydessä, Niina-Marika Vesan Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa, Mira Palosen asiakkaiden ohjauksen yhteydestä heidän kotiutumisvalmiuteensa ja Riikka Lämsän tutkimus potilaana olosta. Valikoituneet tutkimukset toivat kattavasti esiin keskeisiä turvallisen kotiutumisen tunnuspiirteitä, ongelmia

ja ratkaisuja. (Hammar 2008; Vesa 2016; Palonen 2016; Muurinen 2016 & Lämsä 2013.)

Tutkittuaan PALKO-mallin (palvelujen yhteen sovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa) käyttöä kotiuttamisen kehittämisessä Hammar ehdottaa palveluohjausmallia, missä asiakkaan tilanne selvitetään ja laaditaan asiakkaalle tarpeita vastaava palvelukokonaisuus. Esimerkiksi kotiutustiimi toimii asiakkaan ja järjestelmän välissä tuntien asiakkaat ja yhteistyötahot, valvoo suunnitelman onnistumista ja tekee tarvittavat muutokset palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Hammarin tutkimuksen mukaan kotiutuksen asiakkailla on suurempi riski palautua takaisin osastolle, ja kotiutumisen jälkeiset ensimmäiset vuorokaudet ovat kriittisintä aikaa asiakkaiden sairaalaan palaamisen kannalta. Onnistunut kotiutuminen vaatii eri toimijoiden välisiä yhteisiä toimintaperiaatteita, uusia toimintamalleja, viiveetöntä tiedonkulkua sekä palveluiden yhteensovittamista asiakkaan muuttuviin tarpeisiin. (Hammar 2008, 27-30, 56.)

Hanna Muurinen (2016) kuvaa päivystyspoliklinikalta kotiutuvien ikääntyneiden ja sairaanhoitajien välistä ohjauskeskustelua. Tulosten perusteella keskustelujen sisältöön tulee kiinnittää huomiota varsinkin ikääntyvien kanssa keskustellessa. Lisäksi ilmapiiirin luomisella on oleellinen merkitys. Rauhallisuus, empaattisuus ja hienotunteisuus olivat tärkeämpiä asioita mitkä asiakkaat nostivat esille. Ohjaukselle tulee aina asettaa tavoite. Esimerkkien käyttäminen varmistamaan asiakkaan ymmärryksen ohjaukselle sekä lopetuksen yhteydessä yhteenvedon tekeminen ja tavoitteen saavuttamisen arvioiminen oli tärkeää. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa kotiutustilanteisiin asiakasohjausta.

Nina-Marika Vesan (2016) Tutkimuksessa saatiin tietoa ikäihmisen kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta. Tutkimus pystyi osoittamaan läheisen roolin moninaisuuden ja siihen kohdistuvan tuen tarpeen. Läheisen rooli tutkimuksen perusteella jakautui neljään rooliin. 1. Omaisen arjen auttajan rooli. 2. Edunvalvojan rooli. 3. Tukijan rooli ja 4. Vastuunkantajan rooli. Arjen auttajan rooliin kuului läheisen käytännön järjestelijän sekä kodinhoitajan rooli. Edunvalvojan roolissa läheinen toimi iäkkään taloudellisena edunvalvojana, terveyden edunvalvojana ja puolestapuhujana. Tukijan rooli muodostui virkistäjän roolista ja muutokseen sopeuttajan roolista. Vastuunkantajan

roolissa omainen oli oleellisessa roolissa omaisen arjessa selviytymisessä. Näissä rooleissa toimimiseen vaikuttavia oli läheisen ja hänen omaisensa välinen suhde, läheisen oma elämä sekä rooliin saatu tuki ja roolin mielekkyys. Tutkimuksen perusteella läheisen roolin tuen tarpeita olivat arjen tuki, roolissa toimimisen tuki, rohkaiseva tuki sekä sosiaalinen tuki.

Mira Palosen väitöskirja (2012-2016) tutki kotiutuvien ja heidän läheisten ohjauksen kehittämiskohteita. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että kotiutuvien ohjaus oli vähäistä. Kuitenkin ne kotiutuneet, jotka saivat ohjausta, olivat valmiimpia kotiutumaan kuin ne, jotka eivät saaneet lainkaan ohjausta. Iäkkäiden asiakkaiden itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin, mutta se oli myös helppo ohittaa. Ammattilaisilla oli halu ja kyky vastuunottoon sekä asiakkaista ja läheisistä huolehdittiin ohjaustilanteissa. Kuitenkin ammattilaisten tiedon ja toiminnan välillä oli ristiriitoja, jolloin näyttöön perustuvan tiedon siirtymisessä käytäntöön oli puutteita. Tutkimuksen tuloksena löydettiin kehittämiskohteita mm. ohjaukikäytänteissä. Ajankohta milloin ohjauksen antaa on oleellinen sekä ulkopuoliset häiriöt pitää minimoida. Omaisten huomiointi ohjauksessa tulisi olla nykyistä parempaa. Ohjaus mitä annetaan, tulee mieltää tärkeäksi. Annettu huono ohjaus saattaa palauttaa asiakkaan nopeasti takaisin osastolle. Ohjauksessa tulee huomioida kannustus kotona pärjäämiseen. asiakkaan itsenäisyys tulee tunnustaa ja hänen tulee saada päästä vaikuttamaan itseään koskeviin päätöksiin. Lisäksi hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää ja kotiutuneella tulee olla tiedossa taho, mihin hän voi olla tarvittaessa yhteydessä.

Potilaana oloa sairaalan osastolla tutkinut Lämsä (2013) tarkasteli väitöskirjassaan muun muassa potilaiden kotiuttamista, jota vaikeuttavat sairaaloiden lyhentyneet hoitoajat sekä yhä huonompikuntoinen potilasainees. Tutkimuksen mukaan kotiuttamis päätökseen vaikuttavat neljä perustetta: potilaan elämäntilanne ja toimintakyky, lääketieteellinen peruste ja hallinnollinen peruste. Näistä jokaiseen sisältyy sopiva kotiuttamishetki. Kotiutustilannetta voidaan tarkastella joko potilaskohtaisesti tai osaston toiminnan näkökulmasta. Asiakaslähtöisestä näkökulmasta ratkaisevia tekijöitä olivat toimintakyky sekä elämäntilanneperusta. Kotiuttamisen kehittämiseksi Lämsä ehdottaa luotavaksi yhtenäiset 14 kotiuttamiskriteeriä, jotka huomioivat potilaan kokonaisvaltaisesti ja ehkäisevät potilaan sairaalaan palaamista.

Tutkimukset osoittavat, että kotiutumista voidaan kuvata prosessina, mihin kuuluu toiminnan suunnittelu, tavoitteiden ja keinojen määrittäminen, toteutus ja arviointi. Asiakkaalle tärkeää on selviytyminen kotona, toipuminen sairaudesta minkä vuoksi on sairaalaan joutunut. Omaiset taas pitävät tärkeänä sitä, miten asiakas pystyy suoriutumaan kotona niistä toiminnoista, että pärjää ja myös sitä, miten heitä tuetaan asiakkaan hoidossa. Hoitotyön ammattilaiset ja työntekijät määrittelevät toimintaansa asiakkaan tarvitseman hoidon tai hoivan kokonaisuutena. (Hammar 2008, 24-25.)

Asiakkaan kotiutuminen perustuu hänen omaan tahtoonsa lähteä kotiin. Osastolla lääkäri tekee lääketieteellisen arvion kotiutumisen mahdollisuudesta. Joissakin tapauksissa asiakas saattaa olla kykenemätön arvioimaan hoidon tarvettaan. Joskus hoitohenkilökunta arvio selviytymisen eri tavalla kuin asiakas itse. Hoitohenkilökunnan taito tulkita hoidon tarvetta saattaa olla puutteellista syystä, että aika on rajallista ja työtä on liikaa. (Hammar 2008.) Epäselvissä tilanteissa voidaan käyttää kotiutumisen tukena Lämsän tutkimuksen tuloksena syntyneitä kriteeristöä kotiutuvan asiakkaan toimintakyvystä (Lämsä 2013).

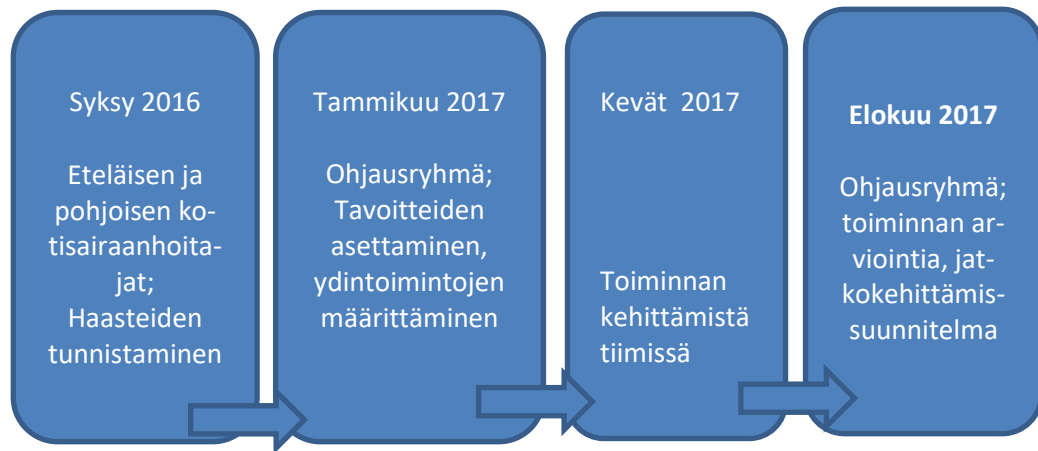
Kotiutusjärjestelyt aloitetaan mielellään asiakkaan jo tullessa osastolle. Kotona selviytyminen ennen osastojaksoa on hyvä selvittää. Yksilöllisen palvelusuunnitelman laatiminen hoitoneuvottelussa mahdollistaa kaikkien neuvotteluun osallistuvien tahojen vaikutusmahdollisuuden. (Hammar 2008.) Omaisten rooli hoitoneuvottelussa on myös tärkeä. (Vesa 2016 & Palonen 2016). Itsemääräämisoikeuden huomioiminen on myös haasteellista. Merkittävänä tutkimustuloksena saatiin selville, että asiakkaan kotiutumiseen suunnatut interventiot lyhensivät sairaalajaksojen pituutta. Kotiin suunnatut tukevat interventiot siirsivät pysyvään laitoshoitoon joutumista ja paransivat asiakkaan toimintakykyä. (Hammar 2008.)

Viimeaikaisten tutkimusten perusteella ne kotiutuvat asiakkaat, jotka saivat hyvää ohjausta, kokivat kotiutuksen onnistuneemmaksi ja kotiutuminen myös sujui paremmin. Lisäksi omaisten mukaanotto koettiin kotiutumiseen positiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi. (Palonen & Vesa 2016.) Yhteistyön vahvistaminen läheisten, kotiutuvan asiak-

kaan ja ammattihenkilöstön välillä on ensiarvoisen tärkeää. Ammattihenkilöstön antama rohkaiseva tuki edesauttaa läheisiä toimimaan roolissaan. Hoitotyössä tulisikin panostaa enemmän läheisten positiiviseen kohtaamiseen, avoimempaan vuorovaikutukseen ja yhteisiin neuvotteluihin, koska tutkimuksen tulosten perusteella tässä on koettu puutetta. On todettu hoitohenkilöstön, kotiutuvan iäkkään ja läheisten kanssa toteutuneen yhteistyön edesauttavan iäkkään onnistunutta kotiutumista (Vesa 2016.)

Yhteenvetona tästä kirjallisuuskatsauksesta voidaan sanoa, että kotihoidon asiakas/ikäihminen/kotiutuva on asetettava keskiöön ja kaikki palvelu pitää lähteä hänen tarpeistaan. Tutkimustulokseksi on saatu, että tiedon kulkua tulee kehittää, asiakasohjausta kotiutustilanteissa tulee parantaa, asiakkaiden kotiuttamiskäytäntöihin tulisi laatia läpinäkyvät ja yleisesti hyväksytyt kotiutuskriteerit sekä selkeä kotiuttamisen malli. Omaiset koetaan voimavarana asiakkaalle sekä hoitohenkilökunnalle ja heidän tarpeensa otetaan myös huomioon hoidossa sekä kotiutumistilanteissa. Kuten Vesa ja Palonen tutkimuksissaan osoittivat ohjauksen tärkeyden kotiutumistilanteissa, niin Muurinen on tutkimuksensa perusteella luonut rakenteen, mihin perustuen kotiutuvan voimavaraistumista pystytään lisäämään. Onnistuneen kotiutuksen edellytys on kaikkien siihen osallistuvien sujuva yhteistyö, johon kuuluvat oikea-aikainen kotiutus, riittävä tiedonkulku, yhteiset toimintaperiaatteet, yhtenäiset kotiutuskriteerit, moniammatillinen työskentely ja tiimityöskentely. Sujuvan yhteistyön tarkoituksena on asiakkaan turvallinen, hyvin suunniteltu ja ennakoitu kotiutuminen. Yhteistyön haasteellisuutta lisää eri organisaatioiden välinen yhteistyö. Asiakkaan näkökulmasta sujuva yhteistyö tarkoittaa hänen muuttuviin tarpeisiin vastaamista ja johdonmukaisen palvelusuunnitelman turvaamista. Monet kotiuttamisen kehittämishankkeet ovat tähdänneet yhtenäisten kotiutuskriteerien luomiseen, minkä etuna on potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Lisäksi kotiutuksessa ohjauksen merkitys korostuu niin asiakkaalle kuin omaisellekin. Näillä toimenpiteillä tavoitellaan asiakkaan sairaalaan palaamisen vähenemistä. Moniammatillinen kotiutuksen sekä palvelujen suunnittelu heti asiakkaan tultua sairaalaan edistää tulevaisuudessa turvallisen kotiutumisen onnistumista. (Hammar 2008; Vesa 2016; Palonen 2016; Muurinen 2016 & Lämsä 2013.)

6.2 Kotiutustiimitoiminnan kehittäminen yhdessä henkilöstön kanssa



Kuvio 1. Kehittämisen eteneminen

Tämä kehittämistyö toteutettiin loppuvuoden 2016 – 2017 syyskuun aikana. Syksyllä 2016 kotisairaanhoidajat työstivät omissa palaverissaan kotiutustiimin toiminnan haasteita. Lisäksi pidettiin kaksi ohjausryhmän palaveria 7.2.2017 ja 22.8.2017. Ohjausryhmään valikoitui kattava edustus asiakkaiden kotiutumisiin osallistuvia tahoja. Ryhmän tarkoituksena oli varmistaa yhteinen eri toimijoiden ja hoitopaikkojen rajat ylittävä suora keskustelu kotiutustiimin toiminnasta. Akuuteilta kuntoutusosastoilta, mistä suurin osa kotiutuksista tapahtuu, osallistuivat jokaisen kolmen osaston apulaisosastonhoitajaa. Osastot ovat perusterveydenhuollon kuntoutusosastoja missä hoideetaan perusterveydenhuollon asiakkaita. Myös yksi osastonlääkäreistä osallistui kokouksiin. Lisäksi Loimaan terveystalouden johtava hoitaja ja lääkäri sekä vanhustyön johtava ohjaaja osallistuivat kokouksiin. Vanhustyön johtava ohjaaja vastaa Loimaalla asiakkaiden jatkosijoituspaikoista sekä omaishoidon myöntämisestä. Lisäksi hän hoitaa veteraanien asiat. Ryhmään kuului myös kotiutustiimin kolme lähihoitajaa ja fysioterapeutti. Kotihoidon osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja osallistuivat sekä kotihoidon sairaanhoitajaista kolme. Oma osuuteni näissä palaverissa oli kotihoidon sekä kotiutustiimin sairaanhoitajana.

6.2.1 Kotiutustiimitoiminnan haasteiden tunnistaminen

Kotiutustiimitoiminnalle nähtiin tarve vuonna 2016 kun suunniteltiin seuraavan vuoden budjettia. Tällöin toiminnan aloitusta lähdettiin suunnittelemaan. Kotiutustiimitoiminnan haasteiden tunnistamisessa hyödynnettiin kotihoidon apulaisosastonhoitajan ja kotisairaanhoitajien kokemuksia muiden kuntien käytänteistä sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella löytyneitä kehittämiskohteita. Kotisairaanhoitajat yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa työstivät asiaa syksyn 2016 aikana, kun kotiutustiimin toiminnalle oli esitetty aloitus vuoden 2017 alusta. Palavereja pidettiin kerran kuukaudessa. Tutustumiskäynti Turkuun tehtiin kotiutustiimitoimintaan tutustumisen merkeissä. Turussa on toimiva kotiutustiimi ja siellä on myös käytössä pegasos asiakasohjelma kuten Loimaallakin. Turun mallista saatiin osviittaa Loimaan malliin. Palaverien perusteella kehittämishankkeiksi nousivat asiakkaan kotiutuminen oikea-aikaisesti ja riittävän ennakkosuunnitelman mukaisesti. Omaiset haluttiin ottaa mukaan kotiutumisiin ja tiedon kulkuun haluttiin tehostusta. Yhteistyö osastojen ja kotihoidon välillä koettiin myös puutteelliseksi. Tutkimustenkin perusteella hyvään kotiutumiseen voidaan vaikuttaa tiedon kulkua parantamalla, kotiutuskäytänteitä kehittämällä ja omaiset huomioimalla asiakkaan kotiutumistilanteissa. Näiden haasteiden perusteella toiminnalle asetettiin tavoitteet ja toimintaperiaatteet, jotka esitettiin ohjausryhmän arvioitavaksi ensimmäisessä palaverissa.

6.2.2 Kotiutustiimitoiminnan tavoitteet ja toimintaperiaatteet

Ohjausryhmän ensimmäisen palaverin tavoitteena oli päättää kotiutustiimitoiminnan tavoitteet ja toimintaperiaatteet ennakkoon nousseiden haasteiden perusteella. Palaverissa keskustelu oli avointa ja siitä tehtiin muistio. (Liite 1)

Kotiutustiimi esitti ohjauspalaverissa, että heidän asiakkaiksensa valikoituisivat he, joilla on ollut useita peräkkäisiä hoitajaksoja tai kotiutuminen ei ole onnistunut sekä

asiakkaat, jotka tarvitsevat lyhytaikaisesti runsaasti apua kotona selviytyäkseen. Pääsääntöisesti kuitenkin toivottiin, että kotiutuvalla asiakkaalla oli edellytykset selviytyä kotona asuvaksi. Tiimi esitti myös asiakkaikseen niitä, joiden tilanne vaatii paljon selvittelyä, yhteydenottoja ja järjestelyjä. Tiimin asiakkaita voisivat olla myös akuuteista sairauksista tai leikkauksista toipuvat väliaikaisesti enemmän apua tarvitsevat. Edellytyksenä asiakkuudelle on kuitenkin se, että käyntien väliajat pärjätään itsenäisesti tai omaisten tuella. Tavoitteena on, että osastojaksot lyhenevät tai niiltä vältytään kokonaan. Vanhustyön ohjaaja kertoi palaverissa tapauksista, missä omaiset ottavat välittömästi läheisen osastolle joutumisen jälkeen yhteyttä ja toivovat ympärivuorokautista hoitopaikkaa. Vanhustyön ohjaajan toive kotiutustiimille olikin, että he voisivat kartoittaa tilannetta ja kotona pärjäämistä tehokkaasti oman jaksonsa aikana. Lisäksi vanhustyön ohjaaja toivoi kotiutustiimin vaikuttavan positiivisesti siihen, että omaiset hyväksyivät kotiutukset ja kokivat ne turvallisen vaihtoehtona. Keskustelun tuloksena kotiutustiimille asiakkaaksi tulo päätettiin arvioida aina yksilöllisesti.

Ohjausryhmässä keskusteltiin asiakkaaksi tulon prosessista. Tiimin asiakkaat haluttiin valikoituvan aina suunnitellusti. Asiakkaiden oli tarkoitus ohjautua akuuttien kuntoutusosastojen tai erikoissairaanhoidon kautta. Suunnitelmaksi sovittiin yhteisen keskustelun perusteella, että kun lääkäri tekee suunnitelman kotiutumisesta ja osastolla herää tarve kotiutustiimin palvelusta, sosiaalihoitaja ottaa yhteyttä kotiutustiimiin ja tilaa heiltä käynnin osastolle asiakasta katsomaan. Asiakkaan oma toive ja hyväksyntä kotiutustiimin osallistumisesta kotiutumiseen, on myös selvítettävä. Osastolla voidaan sopia esimerkiksi jatkohoitopalaverista tai kotiutuspalaverista, mihin myös omaisen läsnäolo on suotavaa. Osaston fysioterapeutti osallistuu myös kotiutuspalaveriin ja tarvittaessa käy asiakkaan kotona katsomassa jo etukäteen apuvälineiden tarpeen, sekä kartoittaa kotona tarvittavien remonttien tarpeellisuuden, jotta kotiutuminen on mahdollisimman turvallista. Lääkärin tehdessä päätöksen kotiutuksesta suunnittelee sosiaalityöntekijä kotiutusajankohdan yhdessä kotiutustiimin kanssa.

Oikea-aikaiseen kotiutumiseen liittyen kotiutuspäiväksi toivottiin valikoituvan mielellään jokin muu päivä kuin perjantai koska viikonloppuina tiimissä työskentelee vähemmän henkilöitä. Lisäksi olisi tarkoituksena, että sosiaalihoitaja rytmittää kotiutuksia tasaisesti kotiutustiimin kuormituksen mukaan. Kotiutuksia esitettiin tapahtuvaksi

ainoastaan yksi samana päivänä. Kotiutuspäivästä neuvotellaan ennakkoon kotiutustiimin asiakasmäärien ja ohjelman mukaan. Toivottavaa oli, että osastoilta voitaisiin joustaa tilanteissa, missä asiakas oli jo lääketieteellisesti kotiutuskunnossa, mutta tiimin aikatauluihin kotiutus ei ollut sovitettavissa. Kotiutusajankohdan tiedetään olevan asiakkaan osastolle palautumisen suhteen kriittinen, siksi sen tarkkaan suunnitteluun haluttiin kaikkien asianomaisten keskittyvän tarkkaan. Omaisten mukaanotto kotiutuspäivään myös tulee huomioida.

Omaiset pyritään ottamaan mukaan toimintaa viimeistään siinä vaiheessa, kun kotiutustiimi osallistuu asiakkaan kotiutumispalaveriin. Osastolla yhteistyö omaisten kanssa toimii hoitosuhteen alusta lähtien, joten on luonnollista, että kotiutumisen lähestyessä omaiset myös huomioidaan. Kotiutustiimin tavoitteena on ottaa omaiset osaksi asiakkaan hoitoa heti alusta lähtien. Mikäli omaiset asuvat kaukana, yhteydenpitoa pyritään pitämään sähköpostin tai puhelimen välityksellä. Tarkoituksena on, että omaiset tietävät miten heidän läheisensä pärjää ja myöskin kokevat osallisuutta hänen hoitamiensa.

Tiedon kulku tiedettiin etukäteen haasteelliseksi ja haavoittuvaksi. Yhteinen Pegasoskirjaamisohjelma on onneksi sama, joten asiakkaan tiedot ovat saatavilla kaikille osapuolille. Sovittiin kuitenkin yhteydenotosta osastolta kotiutustiimiin, kun lääkäri oli tehnyt kotiutus päätöksen ja määrännyt tarvittavat jatkotutkimukset. Osastolta ilmoitetaan kotiutustiimiin tutkimukset, lääkemuutokset, haavahoito-ohjeet tai muut vastaavat asiat. Osastolta käsin tilataan kyyti asiakkaalle, joten ilmoitus kotiutumisaajasta tulee ilmoittaa tiimiin, jotta he pystyvät olemaan asiakasta vastassa. Osastojen kanssa on sovittu käytännöstä jakaa asiakkaalle vuorokauden lääkkeet mukaan. Tämä seikka helpottaa lääkitysasioiden järjestelyä. Mikäli asiakkaalla on esimerkiksi haavahoito, ensimmäisen hoitokerran tarvikkeet lähetetään myös mukana sekä hoito-ohjeet. Asiakkaan mukana tulevassa hoitajan läheteessä on osaston puhelinnumero, mistä lisätietoa voi tarvittaessa kysyä.

Yhteistyö eri tahojen välillä on toiminnan kannalta erittäin tärkeää. Yhteistyötä pyritään parantamaan kotiutustiimin osallisuudella kotiutuksista vastaavien tahojen kuten sosiaalihoitajan sekä osastojen lääkäreiden kanssa. Kotiutuspalaveriin osallistuminen on yksi tärkeä osa yhteistyötä. Osaston fysioterapeutti ja kotiutustiimin fysioterapeutti

voivat jo ennakkoon käydä asiakkaan luona kotikäynnillä suunnittelemassa apuvälineet ja tarvittavat muutostyöt kotona selviytymistä silmällä pitäen. Säännölliset yhteydenpidot sosiaalihoitajan kanssa suunniteltiin tapahtuvan puhelimitse tai erikseen sovittavilla palaverilla. Yhteistyö kotisairaanhoidon päätettiin toteuttaa osallistumina kotisairaanhoidajien palaveriin kerran kuukaudessa. Yhteistyö kotihoitoon tapahtuisi yhteydenpidossa toiminnanohjaajiin hyvissä ajoin ennen asiakkaan siirtymistä kotihoitoon. Yhteydenpito tapahtui joko palaverin merkeissä tai puhelimitse. Hoitajakson päätyttyä tiimi arvioi kotihoidon tarpeen. Yleensä jo jakson loppuvaiheessa, jos tiedetään, että asiakas siirtyy kotihoidon piiriin, niin kotihoito otetaan mukaan hoitoon. Mikäli asiakkaalla on kotihoidon tarvetta, kotiutustiimi päivittää palvelu- ja hoitosuunnitelman toiminnanohjaajan kanssa. Tukipalveluista tehdään myös toiminnanohjaajan kanssa palvelusuunnitelma. Näistä suunnitelmista apulaisosastonhoitaja tekee palvelupäätöksen ja laskuttaja tekee maksupäätöksen.

Yhteistyö apuvälinelainaamoon tapahtuisi puhelimitse tai konkreettisesti käymällä lainaamossa. Kolmannen sektorin palveluiden käyttö, kuten avustajapalvelu tai seurakunnan vierailut pyritään myös järjestämään, mikäli asiakas kokee yksinäisyyttä tai esittää toiveen tällaiselle toiminnalle. Kuntouttavaa päivätoimintaa Loimaan kotihoidossa järjestetään myös, joten mikäli asiakas tällaiseen toimintaan soveltuu, otetaan yhteyttä kuntouttavan päivätoiminnan koordinaattoriin tutustumiskäynnin merkeissä. Kaikki mahdolliset jatkopalvelut kotiutustiimi pyrkii aloittamaan hoitajaksonsa aikana.

Keskustelua syntyi asiakkaan lääkärisuhteesta kotiutustiimin jakson aikana. Koska asiakkaan jatko kotihoidossa ei ollut varmaa, niin päädyttiin siihen ratkaisuun, että kotiutustiimin asiakkaan lääkäri olisi sen osaston lääkäri, mistä hän kotiutuu. Tämä asia osaston lääkärin sekä johtavan lääkärin mielestä oli paras ratkaisu. Mikäli asiakas siirtyisi kotihoidon asiakkaaksi, vastaisi jatkohoidosta kotihoidon lääkäri. Sairaanhoidajan tehtävistä huolehtisi sen alueen sairaanhoitaja, mihin asiakas kuului. Yhteydenotto sairaanhoitajaan tapahtuisi tiimin osalta silloin kun kotiutumisesta oltaisiin tehty päätös.

Perusturvalautakunnan päätöksen mukaisesti kotiutustiimin toiminta on kotihoidon toimintaa, mutta ilman kustannuksia asiakkaalle. Asiakkaalla vain yksi palvelu- ja hoi-

tosuunnitelma, missä on lueteltu kaikki asiakkaan palvelut. Muista asiakkaan käyttämistä palveluista menee maksu, kotiutustiimin palvelusta ei. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on laadittava siis hoitojakson alussa sekä lopussa. Asiakkuudesta tehdään aina palvelupäätös, mutta hoito voi on maksutonta. Mikäli asiakkaalla on voimassa oleva hoito ja palvelusopimus, maksaa hän myös kotiutustiimin hoidosta asiakasmaksulain ja -asetuksen mukaisen maksun.

Palaverin perusteella kotiutustiimille tehtiin esite. (Liite 2)

6.2.3 Kotitustiimitoiminnan kehittämistä tiimissä

Ensimmäisen palaverin jälkeen tiimin toiminta alkoi. Tiimin omiin havaintoihin perustuen sovittiin asiakassuhteen aloittamisesta neljällä päivittäisellä käynnillä. Kotiutumistilanteessa tiimistä hoitaja on vastaanottamassa asiakasta kotiin. Käynnit suunnitellaan riittävän pitkäksi, jotta asiakas kokee olonsa turvalliseksi. Joissakin tapauksissa tästä suunnitelmasta voidaan poiketa ja joskus joudutaan tekemään heti alusta lähtien kotihoidon kanssa yhteistyötä esimerkiksi pitkien välimatkojen vuoksi. Hoidon tarpeen kartoitusta tehdään aina asiakkaan kotona. Kartoituksessa käytetään hyväksi rakenteisen kirjaamisen Fin CC:n luokitusta, missä asiakkaan hoito kuvataan hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Asiakkaan oman kotisairaanhoidajan kanssa suunnitellaan sairaanhoidolliset asiat kuten haavan hoidot tai kontrollikokeet. Nämä suunnitelmat kirjataan hoitosuunnitelmaan. Tavoitteeksi asetetaan 1-14 vuorokauden hoitajakso. Viimeistään kahden viikon hoitojakson jälkeen asiakkaan olisi tarkoitus siirtyä joko kokonaan itsenäiseksi tai kotihoidon asiakkaaksi. Yöpartion palveluita kotiutustiimin asiakkaat saattavat käyttää hoitojakson aikana ja tarvittaessa kotihoito osallistuu myös hoitoon yhdessä kotiutustiimin kanssa. Alueen sairaanhoitaja ottaa tarvittavat kontrollikokeet asiakkaan kotona ja konsultoi kotihoidon lääkäriä sairaanhoidollisista asioista. Joissakin tapauksissa kotiuttava lääkäri osastolta saattaa olla myös asiakkaan hoitava lääkäri kotioloissa. Tämä asia koettiin hyvänä tiedon kulun kannalta.

Tiimissä päätettiin, että ensimmäisellä käynnillä asiakkaalle viedään kotihoidon ja kotiutustiimin yhteystiedot. Tarvittaessa tehdään kolmikantasopimus asiakkaan ja kotihoidon sekä apteekin välille ja avustetaan tilin avaamisessa apteekkiin. Kotihoito ei käsittele rahaa, joten asiakkaalla tulee olla tilisopimus apteekin kanssa, jotta kotiutustiimi saa tarvittavat lääkkeet apteekista. Joissakin tapauksissa omaiset huolehtivat lääkkeiden hakemisesta apteekista. Kauppa- ruoka- ja turvapuhelinpalvelu otetaan myös tarvittaessa käyttöön. Loimaan kaupunki on ulkoistanut nämä palvelut. Asiakasta autetaan hakemaan tarvittavat palvelut. Omaisten osuus kartoitetaan, mikäli he eivät ole olleet jo kotiutumispalaverissa mukana. Omaiset otetaan heti alusta lähtien mukaan asiakkaan hoitoon. Heille myös annetaan kotiutustiimin yhteystiedot, mistä saa tietoa ja ohjeita.

Apuvälineiden tarvetta arvioidaan joka käynnillä. Turhat apuvälineet palautetaan apuvälinelainaamoon ja vastaavasti tarvittavia tilataan lisää. Tarkoitus on varmistaa asiakkaan arjen sujuminen myös kotiutustiimin jakson jälkeen kotihoidon turvin tai ilman palveluita.

Kotiutustiimi käyttää työssään toimintakykyä mittaavia mittareita, mitä Loimaan terveyspalveluissa käytetään yleisesti. Kotiutustiimin hoitojakson alussa asiakkaalle tehdään FIM ja RAVATAR toimintakyky arvio. Osastolta kotiutuessa on tehty oma FIM-arvio, mutta kotioloissa tehty arvio antaa paremman kuvan asiakkaan todellisesta toimintakyvystä tutussa kotiympäristössä. Fysioterapeutti saattaa käyttää omia mittareita arvioidessaan asiakkaan liikkumista. Kotiutustiimin jakson lopussa tehdään samat testit, jotta pystytään arvioimaan asiakkaan kuntoutumista. Päivittäinen kirjaaminen tapahtuu hoitosuunnitelmaan, mihin asiakkaan tarpeiden mukaisesti on tehty suunnitelma, joka ohjaa päivittäistä kirjausta. Hoitojakson pääasiat kotiutustiimi kirjaa hoitokertomuksen lisäksi HOI-lehdelle Pegasoksen potilaskertomukseen. HOI-lehti näkyy Pegasos-ohjelmassa kertomuksessa ja sitä lukevat yleensä kaikkia asiakkaan hoitoon osallistuvat yksiköt. Kirjaukset HOI-lehdeltä siirtyvät asiakkaan luettavaksi kanttaan. Hoitojaksosta tehdään hoitotyön yhteenveto, mikä on myöskin luettavissa omakannasta. Asiakkaan siirtyessä kotihoidon asiakkaaksi on kotiutustiimin hoitojakso luettavissa hoitotyön yhteenvedosta.

Kotiutustiimin kaikki työntekijät sitoutuivat kuntouttavan työtteen käyttämiseen. Koska kotiutustiimin toiminta perustuu asiakkaan omien voimavarojen huomioimiseen, hänen annetaan tehdä mahdollisimman paljon itse. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan jokaisella käynnillä. Muutokset toimintakyvyssä kirjataan hoitosuunnitelmaan. Mahdollisuuksien mukaan asiakkaan annetaan itsenäisesti valmistaa ruokaa tai käydä kiireettömästi suihkussa hoitajan varmistaessa toimintaa. Voidaan yhdessä kävellä postilaatikolle hakemaan posti. Toiminta tähtää näin asiakkaan normaalin arjen turvaamiseen. Mikäli asiakkaalle on tehty osaston tai kotiutustiimin fysioterapeutin toimesta kuntoutusohjelma, toteutetaan sitä.

Tiimin havaintojen perusteella toiminnan kannalta oleellisia korjauksia tai muutoksia työtapoihin tehtiin koko ajan työn ohessa. Tiimin jäsenten erikoisosaamiset otettiin huomioon ja tämän perusteella joku teki palvelu- ja hoitosuunnitelmat, joku hoitotyön yhteenvedot. Mikäli tilanteet koettiin ongelmalliseksi, saatettiin kilauttaa työkaverille ja näin käyttää hyväksi laajempaa osaamista asioista. Yhden työntekijän vastuulla oli kirjanpito asiakkaista sekä hoitopalavereista. Kotiutustiimin asiakkaista pidettiin manuaalista tilastoa. Tämän perusteella voitiin tarvittaessa esittää dokumenttia asiakkuuksista sekä tilastoa siitä, kuinka moni asiakas on tarvinnut kotihoitoa kotiutustiimin hoitajakson jälkeen. Omahoitajuutta ei tässä vaiheessa pystytty toteuttamaan koska tiimin jäseniä oli vain neljä. Sairaanhoitajan osuus tiimin toiminnasta jäi varsin pieneksi. Tiedon kulussa tiedettiin ennakolta haasteita ja se osoittautuikin ongelmia tuottavaksi. Joissakin tapauksissa alueen sairaanhoitaja ei ollut saanut tietoa asiakkaan kontrollilaboratoriopyynnöistä. Teknisenä ongelmana koettiin, että pegasos ohjelmassa ei pystynyt näkemään kotiutustiimin asiakkuuksia. Siirtyminen kotiutustiimistä kotihoitoon tapahtui myös joskus liian nopealla aikataululla. Lisäksi asiakkaat saattoivat tottua kotiutustiimin verkkaisiin käynteihin. Kotihoidon käynnit arvioitiin tarpeen mukaisiksi, eikä niihin jäänyt juurikaan ylimääräistä seurusteluaikaa. Monet asiakkaat kokivatkin turvattomuutta kotiutustiimin vaihtuessa kotihoitoon. Lisäksi kotiutustiimin pieni henkilöstömäärä takasi sen, että tuttu hoitaja kävi katsomassa. Kotihoidossa hoitajien suuri vaihtuvuus koettiin asiakkaiden puolesta harmillisena.

Tiedon kulkua kotiutustiimi kehitti omalta osaltaan osallistumalla kotihoidon kuukausipalaveriin sekä sairaanhoitajien palaveriin kerran kuukaudessa. Palaverissa soviti-

tiin kotiutustiimin ottavan yhteyttä sairaanhoitajaan asiakkaan tullessa tiimin hoidettavaksi. Keskinäinen tiedonkulku toimi päivittäisten palaverien muodossa hyvin. Sopivan pieni henkilöstömäärä myös edesauttoi tiedonkulkuun. Tiimin toiminnassa tiedonkulun parantamiseksi kehitettiin tiimihuoneeseen valkotalutila. Taululta löytyi tieto kotiutuvista asiakkaista ja vastuuhoidajasta, joka ottaa asiakkaan kotona vastaan. Lisäksi hoitopalaverit ym. palaverit löytyivät taululta tai asiakkaan siirtyminen kotihoiton piiriin. Vastuuhenkilöt asioiden hoitamiseen merkittiin myös taululle. Fysioterapeutin erilliset käynnit tai tarve muiden terapeuttien käytölle ja vastuuhenkilö palvelun tilaamiselle. Tehdyt arviot ja kartoitukset merkittiin myös. Tämä helpotti tiimiläisiä kartoittamaan kokonaistilannetta, missä mennään ja, mitä on vielä tekemättä. Tämän koettiin vähentävän töiden päällekkäisyyksiä ja parantavan tiedon kulkua.

Kotiutumiset osastoilta hoiti pääsääntöisesti sosiaalihoitaja kuten oli sovittu. Sosiaalihoitajan loman ajan osastot kotiuttivat itsenäisesti, jolloin tiimi kuormittui liiaksi. Selvää ohjeistusta kotiutumisten järjestelyyn ei ollut suunniteltu ja koska Loimaalla akuutteja kuntoutusosastoja on kolme, niin kotiutuksia tuli jokaiselta osastolta. Kotiutustiimi joutui kieltämään palveluita, koska henkilöstöressurit eivät antaneet myöden ottaa asiakkuuksia. Kotiutustiimi esitti akuuteille kuntoutusosastoille pyynnön kotiutuksien selkeästä suunnitelmasta sosiaalihoitajan lomien ajaksi. Osastojen ulkopuolelta kotiutustiimin asiakkaaksi esitettiin vanhustyön ohjaajan toimesta omaishoidettavia ja kotihoiton toimesta kotona toimintakyvyn heikkenemisestä kärsiviä asiakkaita. Kotiutustiimin resurssit kuitenkin rajoittivat asiakkuuksia ja melko aikaisessa vaiheessa keskityttiin lähinnä osastolta tapahtuviin kotiutuksiin.

Tiimin keskuudessa moniammatillisuus aiheutti keskustelua asiakasryhmistä, mitkä tiimin hoidettavaksi valikoituivat. Tiimin fysioterapeutilla oli kuntoutumisen näkökulma hoidon tarpeeksi ja hänen mielestään se rajasi asiakkuuksista mm. muistisairaat kokonaan pois. Loimaalla palveluasumisen paikkoja kuitenkin koko ajan vähennettiin, eikä kaikille muistisairaille hoitopaikkaa pystytty järjestämään. Tämän asian vuoksi jokainen muistisairas asiakas käsiteltiin tapauskohtaisesti ja arvioitiin kotona selviytymisen mahdollisuudet. Monet muistisairaat kuitenkin omassa kotona selviytyvät hyvin omaisten sekä kotihoiton turvin. Myös muistisairaiden kotiukset pääsääntöisesti onnistuivat hyvin, kun asia suunniteltiin ja kartoitettiin ennen kotiutumista.

Tiimin yhteistyö sujui keskenään alusta lähtien hyvin. Lähihoitajien pitkä kokemus alalta osoittautui arvokkaaksi, koska asiakkaat saattoivat olla jo ennestään tuttuja aikaisemmasta hoitosuhteesta. Tiimin fysioterapeutti koki työn ammattitaitoonsa nähden rajalliseksi. Fysioterapeutin näkemys asiakkaan kuntoutumisen ja asumisen apuvälineiden suunnittelussa oli tärkeä, mutta kotiutustiimin työhön liittyi paljon muutakin. Fysioterapeutti vaihtui loppuvuodesta 2017. Vuoden 2018 budjettiin lisättiin sairaanhoitajan työpanos ja sen valtuusto hyväksyikin joulukuussa 2017. Tammikuussa 2018 tiimissä aloitti oma sairaanhoitaja ja alueiden sairaanhoitajien työpanos poistui.

Toiminnan kuluessa tiimille muodostui asioiden ja hoidon eristymistä seuraavat palaverit aamuisin ja iltapäivisin. Kahdesti päivässä tapahtuva keskustelu takasi sen, että yhdessä mietittiin parhaita tapoja toimia. Aamuraportilla käsiteltiin päivän tapahtumat, asiakkaiden hoitoon liittyviä asioita, edellisten päivien tapahtumia, uudet kotiutumiset ja kenen vastuulla ne ovat. Iltapäivisin keskusteltiin samat asiat ja lisäksi saatettiin suunnitella asiakkuuksien eri vaiheita ja mahdollista siirtymistä kotihoitoon. Vähintään kerran viikossa oltiin yhteydessä puhelimitse sosiaalihoitajaan mahdollisten kotiutumisten merkeissä. Vuoden 2017 loppupuolella siirryttiin säännöllisiin palavereihin sosiaalihoitajan kanssa kerran viikossa.

6.2.4 Kotiutustiimitoiminnan arviointia

Kotiutustiimi aloitti toimintansa 13.2. Kolmen ensimmäisen kuukauden aikana kotiutujia oli helmikuussa ja maaliskuussa yhdeksän sekä huhtikuussa kuusi. Käyntejä asiakkaiden luokse oli helmikuussa 168 käyntiä, maaliskuussa 293 käyntiä ja huhtikuussa 198 käyntiä. Kotiutumiset pystyttiin järjestämään niin, että niitä oli vain yksi päivässä. Kotiutumiset onnistuivat hyvin eikä välittömiä osastolle palautumisia ollut kolmen ensimmäisen kuukauden aikana lainkaan. Asiakkaat olivat tyytyväisiä palveluun. Tiimillä oli hoidettavana noin 3-7 asiakasta päivässä ja päivittäisiä käyntejä oli 9-14. Kotihoidon kanssa tehtiin yhteistyötä, jolloin tiimi on voinut ottaa yhden käynneistä päivän aikana ja kotihoito on tehnyt muut käynnit. Pääosin tiimi osallistui asiakkaan hoi-

toon ensimmäisen viikon ajan yksin ja toisella viikolla kotihoito tuli mukaan kuvioihin. Näin asiakkaan siirtyminen kotihoidon hoidettavaksi sujui jouhevasti. Joitain tapauksia oli myös, kun kaikki käynnit saatettiin jakson jälkeen lopettaa ja asiakas pärjäsi omillaan.

Ohjausryhmän toinen palaveri pidettiin 22.8.2017. Tässä palaverissa käytiin läpi kotiutustiimitoiminnan arviointia. Kotiutustiimitoiminta oli koettu vaikuttavaksi monella taholla. Osastojen esimiehet ja lääkäri olivat tyytyväisiä kotiutumisten onnistumiseen. Toisaalta muutamia palautuksiakin oli tapahtunut, kun kotiutus ei ollutkaan onnistunut ja näistä keskusteltiin. Sellaiset kotiutukset, missä omaiset eivät olleet yhteistyöhaluisia, koettiin haasteellisiksi. Yhteistyön merkitystä korostettiin niin omaisten kuin kotihoidon henkilöstönkin kanssa. Kotiutustiimi piti tärkeänä tutustumista asiakkaaseen jo osastolla ennen kotiutumista. Kotiutuspalaveri myös koettiin tärkeänä. Asiakkaan oma tahto kotiutumiseen myös ratkaisi. Mikäli asiakas ei itse ollut kotiutumiseen valmis, sillä oli suuri riski epäonnistua. Tieto siitä, että osastolle saattoi palata kahdenkymmenen neljän tunnin aikana kotiutumisesta, helpotti kotiutumista. Joissakin tapauksissa saatettiin sopia jopa kahden vuorokauden kokeilujaksosta, jolloin paluu osastolle oli vielä luvallista. Pääsääntöisesti kuitenkin kotiutustiimi koki, että kotikokeilut eivät tuottaneet hyvää tulosta. Kotiutumiselle haluttiin olevan riittävät perusteet ja nimenomaan asiakkaan ja omaisten halu haasteellisten kotiutumisten yhteydessä oli edellytys niiden onnistumiselle. Niin sanotut pakkokotiutukset perustuen esimerkiksi lääkärin näkemykseen eivät tuottaneet hyvää tulosta.

Asiakaskäyntien tilastoinnin ja kirjaamisen kannalta asiakaskäyntien tekeminen Pegasos-Mukana ohjelmaan tiedettiin haasteelliseksi, koska kaikilla asiakkailla ei ollut vielä kotiutustiimin asiakkaaksi tullessa voimassaolevaa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Pegasos-Mukana ohjelma on kotihoidon ammattilaisille suunniteltu mobiililyökalu, jonka avulla hoitajat voivat kirjata käyntinsä asiakkaan luona suoraan Pegasos-tietojärjestelmään mobiililaitteella. Työtehtävät pitikin tilastoida toimistolla koneella. Tämä häytti tiedonkulkua koska kirjauksia ei ollut mahdollista tehdä välittömästi asiakkaalla ollessa. Myöskään Pegasos-Mukana sovelluksen kaikkia toimintoja ei pystynyt käyttämään hyväksi.

Yöpäivystyksen loppuminen Loimaalla 1.4.2017 aiheutti huolta kotiutustiimin työmäärän lisääntymisestä. Sovittiin että kotiutustiimi yhdessä yö partion kanssa varmistaa iltaisin hyvissä ajoin, että sairaalasta kotiutettavat asiakkaat pärjäävät kotona. Yöpäivystyksen loppuminen sujui kuitenkin varsin hyvin eikä kotiutustiimin työmäärä lisääntynyt lainkaan. Päivystys huomioi kotihoidon asiakkaiden katsomisen hyvissä ajoin ennen iltaa, jolloin kotiutukset ehdittiin hoitaa kotihoidon työajan puitteissa. Kotihoitoa informoitiin myös välttämään päivystykseen lähettämistä illalla, mikäli mahdollista. Paikallislehti uutisoi myös laajasti informoiden mahdollisia asiakkaita välttämään hakeutumista iltaisin päivystykseen, mikäli vaivan kanssa pärjäisi seuraavaan aamuun.

Muistisairaiden asiakkaiden osuus kotiutustiimin asiakkuuksista koettiin korkeana. Muistisairas asiakas saattaa olla fyysiseltä toimintakyvyltään hyväkuntoinen, mutta kotona selviytyminen niinä aikoina, kun siellä yksin joutuu olemaan, niin on haasteellista. Joissakin tapauksissa muistisairaana asiakkaan kotiutus onnistui, mutta pääsääntöisesti asiakkaan palvelutarve koettiin suurempana mitä kotihoidon resursseilla on mahdollista kotiin palveluita antaa. Yhteistyö omaisten, kotihoidon, kuntouttavan päivätoiminnan ja yksityisten palvelutarjoajien kesken muistisairaana kotona asumisen onnistumisessa on tärkeää. Muistisairaiden suuri osuus Loimaan ikäihmisistä tulee tuottamaan ongelmia, koska laitospaikkoja on jo nyt vähennetty. Muistisairaana ikäihmisen turvallisin hoitopaikka lienee kuitenkin ympärivuorokautisesti valvottu hoitopaikka.

Kotiutustiimin asiakkuuksia saattoi tulla yhden henkilön taholta useampia. Kaikki tapaukset päätettiin käsitellä tapauskohtaisesti eikä asiakkuuksille asetettu minkäänlaista rajoitusta. Mikäli asiakas soveltui kotiutustiimin asiakkaaksi, oli hänellä siihen mahdollisuus. Toimintakyky sekä mahdollisuus kuntoutua kotona pärjääväksi ratkaisivat asiakkaaksi tulon.

Kehittämiskohteeksi kotiutustiimitoiminnassa huomattiin tiedon kulkuun liittyvät ongelmat. Myös tiedon saanti asiakkaaseen liittyvistä asioista koettiin haasteelliseksi. Asiakkaan Pegasos-kirjausten koettiin olevan usein puutteellisia ja riippuvan kirjajasta. Teksteistä saattoi puuttua esimerkiksi tulevia tutkimuksia ja jatkohoito-ohjeita. Asiakasta ei myöskään arvioitu tekstien perusteella kokonaisvaltaisesti. Kehittämisen tarvetta nähtiin lisäksi asioiden perusteellisemmässä huomioimisessa. Asiakkaille oli

saattanut myös jäädä tekemättä muun muassa hoitotarviketilauksia. Kotiutustiimin tehtävänkuvaa ei ollut kaikin ajoin selkeää ja kotihoidon kanssa syntyi tilanteita, että jotakin asiakkaaseen liittyvää olikin jäänyt huomioimatta.

Lisäksi koettiin haasteeksi yleinen raportointi ja yhteydenpito kotiutustiimin ja pohjoisen ja eteläisen alueellisen kotihoidon kesken. Asiakkaista toivottiin oltavan yhteydessä hyvissä ajoin ennen siirtymistä kotihoidon hoidettavaksi. Epäselvää oli, keneen oltaisiin yhteydessä siirrosta. Toivomuksena oli, että toiminnanohjaus saisi asiakkaasta hyvissä ajoin tiedon, jonka jälkeen hän voisi informoida alueen sairaanhoitajaa, joka voisi tiimipalaverissa tuoda asiakkaan keskusteluaiheeksi koko tiimille. Näin pystyttäisiin riittävän ajoissa tutustumaan tulevaan asiakkaaseen.

Sosiaalihoitaja ja vanhustyön ohjaaja kokivat hyvänä kotiutustiimin tekemän hoitotyön yhteenvedon HOI-lehdellä pegasoksessa, mikäli hoitojakso ei ollut onnistunut ja kotiutustiimin arvio asiakkaan kotona pärjäämisestä oli sellainen, että he suosittelivat ympärivuorokautista hoitoa kotihoidon sijaan. Tällöin myös kotiutuksista päättävät lääkärit näkivät arvion ja pystyivät siihen reagoimaan.

Palaverissa esitettiin kysymys jakson pituudesta ja ehdotettiin kuukauden mittaista jaksoa. Maksimissaan kahden viikon jakso kuitenkin koettiin paremmaksi, koska jos jakson pituutta pidennettäisiin, vaikuttaisi se asiakasmääriin. Tällöin kotiutustiimi ei voisi ottaa uusia asiakkaita yhtä paljon kuin tähän asti. Samassa yhteydessä keskusteltiin kotikuntoutuksesta, mikä tällä hetkellä on monessa kunnassa otettu kotihoitoon. Kotiutustiimin päätehtäväksi tällä hetkellä koettiin asiakkaan kotiutumisen turvaaminen, mutta tulevaisuudessa mahdollisesti kotiutustiimin kehittäminen kuntouttavan arviointijakson suorittamiseen koettiin mahdollisuutena. Samassa yhteydessä keskusteltiin kotiutustiimin nimestä ja haluttiin, että se olisi intensiivitiimi. Tämän nimen koettiin pitävän sisällään kaikki ne toimet, jotka takaavat asiakkaan turvallisen kotiutumisen, kuntoutumisen sekä arvokkaan elämän kotona. Palaverista tehtiin muistio (Liite 3)

7 POHDINTA

Kotiutustiimitoiminta on todettu vaikuttavaksi monessa kunnassa ja kaupungissa ympäri Suomen. Loimaalla toiminta on vakiinnuttanut paikkansa kotihoidossa ja asiakkaat sekä heidän omaisensa osaavat jo kysyä palvelua. Kotihoidon kehittäminen onkin tulevaisuutta ja lisääntyvän ikääntyneiden määrän vuoksi välttämätöntä. Laitoshoidon alasajo Suomessa edellyttää kotihoidon kehittämistä. Viimeaikaisten tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että asiakkaan parempi huomioiminen kotiutustilanteissa tuo parhaan mahdollisen tuloksen niin asiakkaan itsensä, kuin kustannustehokkuudenkin kannalta. Hänen tarpeisiinsa perustuva palvelu ja omaisten hyvä huomioiminen sekä tiedonkulun ja asiakasohjauksen tehostaminen edes auttavat onnistunutta kotiutumista. Loimaalla kotiutustiimin kehittämisessä on kiinnitetty huomiota oikeisiin asioihin. Tiimin henkilöstöllä on ollut suuri vastuu toiminnan kehittämisessä, mutta se on onnistunut hyvin.

Kompetenssi-kehittämisen yksi tavoite oli työntekijöiden osaamisen vahvistaminen suhteessa tehtävien hoitamiseen, sekä tämän vaikutukset yksikön kokonaissuorituksen parantamiseen. (Krogstrup 2004, 11.) Kotiutustiimitoimintaan valikoituivat sellaiset työntekijät, joilla oli vahva ammattitaito ja todellinen halu kohdata asiakas omana itsenään. Suurelta osin toiminnan onnistuminen ja hyvien tulosten tekeminen tyytyväisten asiakkaiden ja omaisten muodossa johtuu henkilöstöstä. Työntekijät loivat toiminnan kuluessa tiimille sellaiset arvot ja tavoitteet, jotka tuottivat parhaita tuloksia. Kotiutumisesta onnistuivat ja asiakkaat saattoivat elää omassa kodissaan hyvää elämää sairauksista ja toimintakyvyn laskusta huolimatta. Moniammatillinen tiimi toimi tasavertaisena hyväksikäyttäen jokainen omaa erikoisosaamistaan.

Johtamisella ja esimiestyöskentelyllä on suuri merkitys työyhteisössä. Paras johtaminen on onnistunutta ihmisten kohtaamista, ammatillaisen työn tukemista ja mahdollistamista. (Kulmala 2017, 15.) Lähijohtaja vastaa moniammatillisen toiminnan toteuttamisesta lakien, säädösten, hyvän hoidon periaatteiden ja organisaatiossa sovittujen toimintamallien mukaisesti. Mikäli esimiehen aika kuluu henkilöstöjohtamiseen, sijaisien hankkimiseen ja päivittäisten toimintojen jatkuvaan organisointiin, vaarana on,

etääntyminen kentällä tapahtuvasta työstä sekä kehittämistyön konkreettisesta eteenpäin viemisestä. Seurauksena voi olla hoidon laatutason ja vaikuttavuuden heikkeneminen. Samalla myös henkilöstön sitoutuminen kehittämistoimintaan hiipuu tai voi loppua kokonaan. (Lehtelä 2016, 14.) Esimiehen tehtäväksi kompetenssikehittämisen ideologian mukaisesti jäi huolehtia ryhmän itsearvioinnin toteutumisesta työpaikkakokousten muodossa. Kokouksissa arvioitiin kehittämistoimenpiteitä ja niiden aiheuttamia vaikutuksia. Kompetenssikehittämisen tavoitteeseen muutoksen ja jatkuvan oppimisen organisaatiokulttuurista päästiin hyvällä yhteishengellä ja asiakkaan tarpeista lähtevällä hoitokulttuurilla.

Kotiutustiimitoiminnan alkaminen nopealla aikataululla tuotti toimintaan omat haasteensa. Tiimin työntekijöiden työn luonne muuttui oleellisesti kotihoitoon verrattuna. Aikaisemmin asiakkaan olivat tavallaan maksaneet siitä ajasta, jonka hoitaja hänen luonaan kulutti. Nyt tärkeämpää olikin asiakkaan kotiutuminen osastojakson jälkeen, jolloin asiakkaalla kulutettu aika ei ollut niin oleellinen seikka. Tärkeämpää oli tukea asiakasta arjessa pärjäämisessä. Tärkeää oli muistaa työn tavoite mikä oli onnistuneen ja turvallisen kotiutumisen takaaminen. Asiakkaan puolesta ei pitänyt liikaa tehdä, mutta kuitenkin piti varmistaa, että hän pärjää. Tiimi työskenteli hyödyntäen koulutuksen ja työkokemuksen kautta hankittua osaamista. Kompetenssin mukaisesti taito kasvaa vuorovaikutuksessa ja sen mukana tullessa onnistumisen prosessissa. Kompetenssia voidaan vahvistaa koulutuksessa tai työnohjauksessa, mutta se syntyy ennen kaikkea työhön ja yhteisöön liittyvissä yksilön sisäisissä prosesseissa. (Törrönen ym. 2016, 181.)

Tiimin toiminta herätti muussa henkilöstössä jonkin verran eripuraa. Kotihoidon henkilöstö koki eriarvoisena sen seikan, että kotiutustiimillä oli hoidettavanaan kerralla vain muutama asiakas ja lisäksi tiimille oli resursoitu paljon enemmän aikaa olla asiakkaalla. Tiedottaminen kotihoidon yhteisissä palaverissa rauhoitti tilannetta kuitenkin. Kotiutustiimin henkilöstölle asiasta kohdistui kuitenkin painetta ja se aiheutti sen, että he kokivat velvollisuudekseen ”ottaa” asiakkaita kotihoidolta, mikäli tiimin työssä oli vapaahetkiä. Työn kehittämistä ei niinkään mielletty tärkeäksi, kuin työn suorittaminen. Tässä olisi tarvittu esimiehen puuttumista asiaan, jolloin kotiutustiimi olisi saanut työrauhan omalle työlleen. Työn kehittäminen on yhtä tärkeää kuin perustyön tekeminen.

Alussa suunniteltu työn kehittämistapa ei tuntunut onnistuvan. Kotiutustiimillä oli täysi työ pyörittää arkea ja hoitaa kotiutuksia, joten toiminnan kehittäminen tuntui vaikealta yhtälöltä yhdistää työntekoon. Tiimi oli täystyöllistetty. Viikoittaiset palaverit kuluivat keskustellessa asiakkaiden yleisistä asioita, kehittämiskohteita ei osattu eritellä. Tiimi ei ehtinyt osallistua kotihoidon kuukausipalavereihin tai sairaanhoitajien palavereihin riittävän usein, tiedon kulku ontui. Toiminnan edetessä, kun havaittiin toimimattomia käytänteitä, alettiin niistä keskustella ja etsi niihin parannuksia. Kiinteää palaveripäivää ei sovittu, vaan kehittäminen tapahtui kalenteriin jääneiden vapaiden hetkien aikana. Jos esimerkiksi kotiutuminen peruuntui ja tiimille oli suunniteltu käynnit, saatettiin tämä aika käyttää kehittämiseen. Tällöin ryhmä suunnitteli toimintaa ja kehitti toimintatapoja. Kun tekniikka aletaan hallita työyhteisössä, edistää se keskustelua. Tarkoituksena on tuoda se keskeinen tehtävä sellaiseksi, että se koetaan mielekkääksi toteuttaa. Tätä voidaan kutsua myös oppivaksi organisaatioksi. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 145.)

Oma oppiminen tämän kehittämistyön kohdalla liittyy yhteistyöhön ja kaikkien työntekijöiden keskinäiseen kunnioittamiseen. Niin sanotun Hiljaisen tiedon käyttäminen ja sen asian ymmärtäminen, että jokaisessa työpaikassa on hiljaista tietoa, mille pitää vain antaa mahdollisuus. Kun työntekijöille annetaan mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön, saadaan sillä hyviä tuloksia aikaiseksi. (Kulmala 2017, 13.) Uusien toimintatapojen ennakkoluuloton kokeilu ja demokraattinen toiminta asioista päätettäessä tulee olla itsestänselvyys kehitettäessä jotakin toimintaa. Lisäksi asioiden ennalta suunnitteluun tulee varata riittävät resurssit sekä mahdollisuus. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty.

8 JATKOKEHITTÄMISSUUNNITELMA

Kotiutustiimitoiminta Loimaalla jatkuu ja sen ympärille on kehitteillä palvelutarpeen arvion sekä kuntouttavan arvioitajakson tekeminen tiimin taholta. Loimaan perusturvalautakunta päätti 2018 joulukuussa hyväksyä budjetin, missä kotiutustiimiä on tarkoitus vahvistaa kahdella lähihoitajalla ja yhdellä sosionomilla. Sosionomin tehtävänkuvaa kuuluisi palvelutarpeen arvioinnit sekä viranhaltijapäätökset asian tiimoilta. Kahden lähihoitajan lisäyksellä pystytään vahvistamaan ilta- ja viikonloppuvuoroja. Sairaanhoidajan ja fysioterapeutin työpanosta siirretään arki painotteiseksi, jolloin virka-aikaan tapahtuvat yhteydenotot yhteistyötahojen kanssa onnistuvat parhaiten. Jatkossa tiimissä olisi työntekijöitä kahdeksan. Moniammatillinen ryhmä pystyy vastaamaan paremmin kotiutuvien asiakkaiden hoitoon. Laitospaikkojen vähentämisen perusteella tällaiselle toiminnalle on kysyntää. Toimenpidelupaa uusille toimille ei kuitenkaan vielä 11.2.2019 mennessä ole saatu.

Kotiutustiimin toiminnan kuluessa esille tulleita kehittämiskohteita jatkokehitetään työn ohella jatkuvasti. Tiettyihin teknisiin ongelmiin, kuten asiakkuuden näkymiseen erillisessä kotiutustiimiosiossa haetaan ratkaisua CGI:ltä. CGI on it-toimintakonsultoinnin palveluyhtiö, mistä käytössämme oleva Pegasos-potilasohjelma tulee. Tiedon kulkua pyritään kehittämään koko ajan parempana yhteydenpitona akuutteihin kuntoutusosastoihin sekä kotihoidon eteläiseen ja pohjoiseen tiimiin. Tiimin jäsenten tehtäväkuvauksia ja vastuualueita kehitetään myös jatkuvasti. Tulevaisuudessa tiimin laajentuessa sairaanhoidajan, fysioterapeutin sekä sosionomin työtehtävät jaetaan toimenkuvien perusteella. Kotiutustiimissä kaikki hoitajat tekevät työtä tasavertaisesti, mutta erityisosaamiset otetaan paremmin huomioon. Omahoitajuutta kehitetään kotihoidon kanssa yhdessä, jolloin pystytään takaamaan asiakkaille turvallinen ja ihmislähtöinen palvelu.

Kotiutustiimin asiakasprosessin kehittäminen ja kirjalliseen muotoon saattaminen on tällä hetkellä kehittämisen alla. Kotiutustiimistä yksi henkilö kotihoidon esimiesten kanssa työstää asiaa. Prosessin kehittäminen on yksi osa Loimaan kaupungin SHQS-laatuohjelman käyttöönottoa. SHQS-laatuohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön tarkoitettu johtamisen ja prosessien jatkuvan kehittämisen

laatujohtamisen työkalu. Loimaalle ollaan saamassa asian tiimoilta ensimmäinen ulkoinen auditointi 2019 keväällä. Kotiutustiimitoiminnan toiminta ollaan saattamassa prosessikartan muotoon auditointia silmällä pitäen.

Loimaan kaupungin kotihoito teetti loppuvuodesta 2018 asiakkaiden keskuudessa tyytyväisyyskyselyn, minkä tuloksia ei ole vielä saatavilla. Näiden tulosten perusteella voidaan kotihoitoa ja myös kotiutustiimitoimintaa kehittää tulevaisuudessa. SHQS-laaturjestelmän puitteissa Loimaan terveystalokeskuksessa kehitetään toimintaa henkilöstön itsearviointien perusteella. Itsearviointit antavat henkilöstölle mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä ja niihin asioihin, joiden kehittämistä kaivataan. Paras hoito on mahdollista vain tyytyväisen henkilöstön toteuttamana. Arvostusta ja vaikuttamismahdollisuutta kokeva työntekijä on motivoitunut tekemään parhaansa työssä, joka on fyysisesti ja henkisesti raskasta.

LÄHTEET

Beswick A. Rees K., Dieppe P., Ayis S., Gooberman-Hill R., Horwood J. & Shah E. 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Luettu 31.1.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2262920/>

Hammar T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Gummerus. Vaajakoski. 2008.

Hartikainen S. & Lönnroos E. 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Edita Prima. Helsinki 2008.

Helsingin kaupungin www-sivut 2017. Luettu 1.11.2017. <https://www.hel.fi/uuti-set/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/kotiutustiimit-kaupunkilaisten-tukena>

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2017. Luettu 9.10.2017. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta#sthash.aIHcixxg.dpuf> <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Jouppila-Kupiainen E., Kammonen S., Kirvesniemi T., Kuru Tiina, Mikkonen H., Piirainen A., Rautasalo E., Reunanen M. ja Utriainen S. (toim.) 2014 Ammatti-ihmiset vanhusten asialla. Gerontologinen erityisosaja kehittäjänä. julkaisut at amk.fi Mikkeli

Kivelä S-L. & Vaapio S. 2011: Vanhana tänään. Suomen Senioriliike ry. Tallinna Raamatutrukikoda, Eesti 2011.

Koivunen K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6.) Luettu 9.10.2017 <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>.

Krogstrup H. 2004. Kompetenssi-arviointimalli – Työyhteisön kehittämisen väline. STAKES 2004. Luettu 11.2.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74996/kompetenssi.pdf?sequence=1>

Kulmala J. (toim.) Parempi vanhustyö; menetelmiä johtamisen kehittämiseen. 2017. PK-kustannus. Jyväskylä.

Kuusisto A. & Kuusisto J. 2015. Käyttäjälähtöinen palvelukehitys kuntasektorilla – mahdollisuuksia ja pullonkauloja. Teoksessa Jyrämä, A. & Mattelmäki T. (toim.). Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin: verkosto- ja muotoilunäkökulmia kaupungin palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Aalto-yliopisto. 2015

Lamminmäki J. 2011; Kotihoidon kotiutusjärjestelijän toimintamalli. Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitos Ky. 2011. Luettu 31.10.2017 https://www.innokyla.fi/web/hanke64929/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&projects_WAR_projectsportlet_projectId=86290&projects_WAR_projectsportlet_action=viewGoals

Lehtelä B. 2016. Esimiestyö kotihoidossa. Lähijohtaminen ja osaamistarpeet. Yhteiskuntatieteiden ja kulttuuritieteiden yksikkö /Pori, Pro gradu -tutkielma. Tampere, Tampereen yliopisto. Viitattu 4.2.2019. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99999/GRADU-1478529727.pdf?sequence=1iitattu>

Loimaan sosiaali- ja terveystaloustieteiden keskus 2016; Ikäihmisten palveluopas.

Loimaan kaupungin ikäihmisten palveluiden strategia 2012-2015-2025

Lähdesmäki L. & Vornanen L. 2014 Vanhuksen parhaaksi; hoitaja toimintakyvyn tukijana. Bookwell Oy. Porvoo 2014.

Lämsä R. 2013; Potilaskertomus: etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännössä; Helsingin yliopisto/Valtiotieteellinen tiedekunta/Sosiaalitieteiden laitos

Mattila P-K. 2010. Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. WS Bookwell Oy. Juva 2010.

Molander G. 2014. Hoidanko oikein. Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Bookwell Oy. Juva 2014

Muurinen H. 2016; Ikääntyneen voimavaraistumista tukeva ohjaus päivystysosastolla kotiutumisen yhteydessä; Turun yliopisto/Hoitotieteen laitos/Hoitotiede 2016

Mäki-Petäjä-Leinonen A. & Nieminen L. 2014. Vanhuus ja oikeus. Hansaprint Oy, 2014.

Palonen M. 2016; Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjauksen kehittämiskohteita potilaiden, läheisten ja hoitajien kuvaamana. Tampereen Yliopisto: Terveystieteiden yksikkö. 2016.

Saari J. 2011. Hyvinvointi Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Gaudeamus Helsinki University Press 2011.

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

Sarvimäki A., Heimonen S-L., Mäki-Petäjä-Leinonen A., 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita Prima. Helsinki 2010.

Seppänen-Järvelä R. & Vataja K. 2009. Työyhteisö uusille urille; kehittäminen osaksi arjen työtä. WS Bookwell Oy, Juva. 2009.

Sintonen H. & Pekurinen M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY. 2006

Sotetieto.fi www-sivut. Luettu 30.1.2019. <https://www.sotetieto.fi/fi/tuotteet/fimr-toimintakykymittari-arvioi-toimintakyky-avuntarvetta-ja-kuntoutumista>

Tampereen kaupunki www-sivut. Luettu 1.11.2017. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat-ja-poliklinikat/kotiutustiimi.html>

THL www-sivut. Luettu 30.10.2017 ja 17.2.2018 ja 30.1.2019
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila/vanhuspalvelujen-tila-maakunnissa> <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariver-sio/93/>

Tuli S. & Selin-Hannola L. 2009. Kotio-hanke; Tampereen kaupungin kotiutustiimin toiminnan käynnistämisen loppuraportti. Tampereen kaupunki. Luettu 31.1.2019
<https://docplayer.fi/5159798-1-yhteenvedo-2-2-miksi-kotiutustiimi-perustettiin-3-3-miten-kotiutustiimin-toiminta-kaynnistyi-ja-miten-projekti-toteutettiin.html>

Turun kaupunki www-sivut. Luettu 1.11.2017. https://www.turku.fi/uutinen/2017-08-17_kotiutustiimi-antaa-evaat-elamaan-sairaalajakson-jalkeen

Törrönen M., Hänninen K., Jouttimäki P., Lehto-Lunden T., Salovaara P., Veistelmä M. 2016. Vastavuoroinen sosiaalityö. Gaudeamus Oy. Talinna Raamatutrukikoja OU, Tallinna 2016.

Vesa N-M.2016; Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta; Turun yliopisto/Hoitotieteen laitos.2016.

Virtanen P., Suoheimo M., Lemminmäki S., Ahonen P. & Suokas M. 2011. Matka-opas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Tekes.Helsinki. (luettu 9.10.2017) www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matka-opas.pdf

World Health Organization (WHO). 2018. Framework on integrate, people-centred health services. Report by the Secretariat AA69/39. Luettu 11.2.2018
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1

Voutilainen P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi-Sulkava U., Finne-Soveri U.H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 2002.

Voutilainen P. & Tiikkanen P.2009. Gerontologinen hoitotyö. WSOYpro Oy. Helsinki 2009.

Vuori I. 2016. Kohti terveempää ikääntymistä. Balto Print. Liettua 2016.

LIITE 1

LOIMAAN KOTIHOIDON INTENSIIVITIIMI 13.2.2017 ALKAEN

palaveri 07.02.2017

Intensiivitiimin henkilökunta: 1 ft, 3 lh:

xxxx ft, xxxx lh, xxxx lh, xxxx lh.

Kaikilla oma kännykkä ja yksi yhteinen intensiivitiimin puhelinnumero, joka vastaa aina toiminta-aikana.

Sairaanhoitajatyöpanos kunkin asiakkaan omalta alueelta,

Intensiivitiimin potilaan/asiakkaan lääkärinä osaston 1 (kotiutus osastolta 1), osaston 2 lääkäri (kotiutus osastolta 2) tai osaston 3 lääkäri (kotiutus osastolta 3). Asiakkaan siirtyessä kotihoitoon, kyseinen kotihoidon lääkäri siirtyy hoitovastuuseen.

Toiminta joka päivä klo 7-21.30?

Arkisin aamussa 2, illassa ja viikonlopuissa 1 työntekijä vuorossa.

Aamuvuoron toinen työntekijä klo 7-15, toinen klo 8-16?, iltavuoro 13.30-21.30

Montako asiakasta voidaan hoitaa kerrallaan? 5? 3-6?

Tukikohta eteläisen kotihoidon toimistossa

Oikeiden intensiivitiimin asiakkaiden tunnistaminen:

- Kotiutus osastolta
- Kotihoidon tukeminen osastohoitojakson ehkäisemiseksi
- Omaishoidon tukijakso
- Tutkimusjakso kotona?

Intensiivitiimin hoitojakso 1-14 vrk? Saattaen vaihto kotihoidon normaalipalveluihin.

Kotihoito mukaan viimeistään toisella hoitoviikolla. Yöpartio tarvittaessa mukana palvelussa.

Asiakkuudesta tehdään palvelupäätös. Palvelu on maksutonta. Kotihoidon toimintaa asianmukaisella kotihoitoalueella, jotta muista mahdollisista kotihoidon palveluista voidaan laskuttaa asiakasta.

Osastolla tehty kotiutusvaiheessa FIM. Intensiivitiimi tekee FIMin ainakin kerran hoitojakson aikana – sen loppuvaiheessa.

Hoitojakson alussa asiakkaalle laaditaan voimavaralähtöinen kuntoutussuunnitelma. Tämän laatimisesta vastaa kotiutustiimin jäsen, joka on ollut osastolla jatkohoitokouksessa. Hakee itselleen työparin kuntoutussuunnitelman tekoon.

Hoitojakson päätyttyä tiimi arvioi yhdessä kotihoidon oman tiimin kanssa palvelutarpeen. Jos kotihoidon tarvetta, intensiivitiimi päivittää palvelu- ja hoitosuunnitelman toiminnan ohjaajan kanssa. Apulaisosastonhoitaja tekee palvelupäätöksen ja laskuttaja tekee maksupäätöksen.

Kotiutusprosessi ja periaatteet katsottava yhdessä osastojen kanssa

- Osastolla herää tarve intensiivitiimin palvelusta
- Osastojen sosiaalihoitaja ottaa yhteyttä intensiivitiimin numeroon ja tilaa tiimin osastolle
- Intensiivitiimi osallistuu osastolla jatkohoitopalaveriin – intensiivitiimi ”hakee” osastolta
- Osaston terapeutti voi tehdä kotikäyntejä edelleen osastohoitojakson aikana ja huolehtia esim. apuvälineistä
- Intensiivitiimi voisi mennä mukaan osastoterapeutin kotikäynnille
- Kotiutuspäivä ei mielellään perjantai
- Sosiaalihoitaja rytmittää kotiutuksia intensiivitiimin kuormituksen mukaan

Kiinteä yhteistyö kotihoidon yöpartion kanssa

Yöpäivystyksen loppuminen 1.4.2017: päivystys / epll:n kiirevastaanotto vain klo 08-22 seitsemänä päivänä viikossa. Intensiivitiimi käy päivystyksessä katsomassa tilannetta iltaisin klo 19. Kotihoidon asiakkaat ohjelmoidaan kotihoitoon – tarvittaessa yöpartion – palveluihin. Päivystys soittaa intensiivitiimin numeroon, mikäli myöhemmin, ennen päivystyksen sulkeutumista, ilmaantuu tarvetta intensiivitiimin toimille. Intensiivitiimi raportoi yöpartiolla sen työvuoron alussa yhteisessä toimistossa.

Yksikön lähiesimies?

Intensiivitiimin toiminta on kotihoidon toimintaa 0-hinnalla. Asiakkaalla vain 1 palvelu- ja hoitosuunnitelma, jossa on lueteltu kaikki asiakkaan palvelut. Muista asiakkaan käyttämistä palveluista menee maksu, intensiivitiimin palvelusta ei. Palvelu- ja hoitosuunnitelma laadittava siis hoitojakson alussa sekä lopussa.

Intensiivitiimi kirjaa hosun ja hoken lisäksi HOI-lehdelle.



Loimaan sosiaali- ja terveystalvelukeskus
Kotihoito

Kotihoidon intensiivitiimi



Loimaan kotihoito, intensiivitiimi**Juvantie 1****32200 Loimaa****Intensiivitiimin päivystysnumero****klo 7-21****02 761 2445****Yöpartion päivystysnumero****klo 21- 07****02 761 2457****Leena Vättö****02 761 2497****Lähihoitaja****Minna Aakio****02 761 2400****Lähihoitaja****Anitta Aulasuo****02 761 2405****Sairaanhoitaja****Minna Perämäki****02 761 2459****Fysioterapeutti****Satu Poso****02 761 2443**

Kotihoidon intensiivitiimin toiminta:

- Intensiivitiimin asiakkaaksi tullaan suunnitellusti
- Asiakkaat ohjautuvat akuuttien kuntoutusosastojen, erikoissairaanhoidon, kotihoidon tai palvelutarpeen arvioinnin kautta
- Moniammatillista yhteistyötä eri tahojen kanssa
- Intensiivijakso on arvioiva kuntoutuksellinen kotona asumista tukeva jakso
- Toimii joka päivä klo 7- 21 välisenä aikana
- Tehostettua, intensiivistä kotihoitoa 1-14vrk ajan, jonka jälkeen asiakkaiden tarvitsemat palvelut arvioidaan yksilöllisesti
- Sairaanhoidollinen vastuu on tiimin sairaanhoitajalla jakson ajan
- Vastuulääkärinä toimii kotiuttavan yksikön lääkäri tai kotihoitoalueen lääkäri

Kotihoidon intensiivitiimin asiakkaat:

- Asiakkaat, jotka tarvitsevat lyhytaikaisesti apuja kotona selviytyäkseen
- Asiakkaat, joiden toimintakyky tai avuntarve on oleellisesti muuttunut
- Asiakkaat, joiden kotona asuminen uhkaa vaarantua
- Asiakkaat, jotka voivat kuntoutua kotona
- Asiakkaat, joilla on useita peräkkäisiä hoitajaksoja, eikä kotiutuminen ole onnistunut
- Asiakkaat, jotka ovat toipumassa akuutista sairaudesta tai operaatiosta
- Asiakkaat, jotka pärjäävät käyntien väliajat itsenäisesti tai kotihoidon tai omaisten tuella
-

Kotihoidon intensiivitiimin tavoitteet:

- Tukea kotikuntoutuksella asiakkaiden toimintakykyä ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä kotona
- Tukea asiakkaan voimavaroja yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti
- Vähentää tarvittavien palveluiden määrää omatoimisuutta lisäämällä
- Asiakkaiden osastojaksojen lyheneminen ja välttäminen

Kotihoidon intensiivitiimin maksut:

- Intensiivitiimin käynnit ovat maksuttomia
- Mikäli asiakkaalla on ennestään säännöllisen kotihoidon palvelut, ja ne jatkuvat normaalisti intensiivitiimin palvelujen rinnalla, peritään niistä asiakasmaksulain ja –asetuksen mukainen maksu

PALAVERI 22.8.2017

- Intensiivitiimin työntekijät on kutsuttu kotisairaanhoidtajien palaveriin 9.10.2017 klo 13 (alussa Steripolarin haavanhoitotuotteiden esittely)
- Intensiivijakson aikana myös kotisairaanhoidtajien tilapäiset käynnit ilmaisia uudelle asiakkaalle
- Intensiivitiimin työ on koettu hyödylliseksi ja vaikuttavaksi monella taholla
- Talousarviossa edelleen ensi vuodelle tiimille oma sairaanhoitaja
- Sairaanhoidajat kokeneet, että aina ei ole tuullut tietoa intensiivitiimiltä oman alueen asiakkaasta. Sovittiin, että ilmoitus heti alueen sairaanhoitajalle ja toiminnanohjaajalle, kun tulee uusi asiakas tai kotihoidon vanha asiakas
- Hoitajat kertoivat, että jos on ollut aikaa, on tehty yksittäisiä käyntejä esim. aikaisemmin intensiivitiimin asiakkaana olevien luokse
- Keskusteltiin, montako kertaa voi olla intensiivitiimin asiakkaana. Ei ole sovittu mitään maksimimäärää, koska toimintakyky ja tilanteet vaihtuvat, yksilöllisesti arvioidaan hyöty
- Keskusteltiin intensiivijakson pituudesta, kuntoutuminen voisi olla tuloksellisempaa, jos pidempi jakso, mutta asiakasmäärä putoaisi huomattavasti. Keskusteluun osallistujien mielestä max 2 viikkoa tällä hetkellä sopiva pituus ja tulevaisuudessa kotikuntoutuksesta tukea
- Keskustelua, onko kyseessä kotiutus- vai kuntoutustiimi ? Intensiivitiimi on näitä molempia. Kotiutusvaiheessa huolehditaan kuntoutuksen lisäksi kaikesta siihen kuuluvasta paitsi sairaanhoitajalle kuuluvista tehtävistä

- Sovittiin, että ennen asiakkaan kotiutumispäätöstä käydään osastolla arvioimassa asiakkaan toimintakykyä ja soveltuvuutta intensiivitiimin asiakkaaksi
- Intensiivitiimistä hyötävistä asiakkaista käytiin keskustelua. Lähtökohtana on, että on odotettavissa asiakkaan kuntoutumista. Muistisairaat voivat myös hyötyä lyhyestä jaksosta kotiutuessa. Ei pidetty hyödyllisenä arviointijaksoja kotona pärjäämisestä.