

KOTIUTTAMISEN KEHIT- TÄMINEN HENKILÖSTÖN KANSSA

TEKIJÄ

Pirkko Kauppinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma			
Työn tekijä Pirkko Kauppinen			
Työn nimi Kotiuttamisen kehittäminen henkilöstön kanssa			
Päiväys	11.12.2013	Sivumäärä/Liitteet	64/113
Ohjaaja Sinikka Tuomikorpi			
Toimeksiantaja Lapinlahden terveyskeskus			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhteisen oppimisprosessin avulla kotiuttamisen malli Lapinlahden terveyskeskuksen vuodeosastolle. Tavoitteena oli yhteistyö muotojen kehittäminen ja toiminnan parantaminen.</p> <p>Opinnäytetyö oli toimintatutkimus, jonka toteutin kehittämistehtävänä. Käytin oppimismenetelmänä kognitiivista oppimisenäkemyksiä. Keräsin materiaalia kotiuttamisesta ja pidin oppitunteja kehittämisryhmälle kuusi kertaa. Jokaisen ryhmätapaamisen pituus oli 60 -90 minuuttia ja tapaamisissa oli keskustelua. Lähetin sähköpostin kautta materiaalin ja yhteenvedon ryhmänjäsenille, sillä osalla ei aina ollut mahdollista osallistua tapaamiseen. Ensimmäisessä ryhmätapaamisessa käytin aivoriihi menetelmää, jonka perusteella ryhmäläiset valitsivat aiheita, joita käsitelimme tapaamisissa. Kevään aikana oli kolme ryhmätapaamista, joissa oli teoriaa. Syksyllä oli kaksi tapaamiskertaa. Kehittämistoiminnan aikana ryhmäläiset tekivät vierailuja toistensa yksiköihin.</p> <p>Viimeisessä ryhmätapaamisessa ryhmäläiset esittivät yksiköissään tekemät kirjalliset tuotokset. Keskustelujen perusteella ryhmä suunnitteli ja laati kotiuttamisen mallin, johon sisältyi kotiuttamiseen liittyvää ohjeistusta, yksiköiden yhteystiedot ja kotiutuksen tarkistuslista. Tutkija muokkasi kokonaisuudesta kotiuttamisen oppaan.</p> <p>Kehittämistehtävän tarkoitus toteutui ja tavoitteisiin päästiin.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena voisi olla kirjaamisen kehittäminen yksiköissä. Toisena jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tietää hoitajien kokemuksista, jotka liittyvät kotiutuksen tarkistuslistan käyttöön.</p>			
Avainsanat kotiuttaminen, suunnittelu, yhteistyö			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author Pirkko Kauppinen			
Title of Thesis Development of patient discharging with staff			
Date	11.12.2013	Pages/Appendices	64/113
Supervisor Sinikka Tuomikorpi			
Client Organisation /Partners Lapinlahti municipal clinic			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to develop a model for discharging patients in the ward of Lapinlahti municipal clinic using collective learning process. The objective was to develop co-operation methods and improve functionality.</p> <p>Thesis was an action analysis, which was executed through developing task. Cognitive learning perception was used as learning method. Material from discharging was collected and six lessons were kept to the development group about discharging patients. Every group meeting lasted 60-90 minutes and meetings involved discussion. Material and conclusions were sent to the participants through e-mail, since all of the participants weren't able to participate to the group sessions. Brainstorm-method was used in the first group meeting, participants picked topics for the group meetings. During the spring-time three group meetings were kept, where theory was addressed. During fall two group meetings were kept. During the development participants visited each others' units.</p> <p>In the last group meeting participants showed the literature that was produced in respective units. Based on the discussions group designed and composed a model for discharging patients, which included information concerning discharging, contact information of the units and checklist for the discharging. Researcher edited a guidebook from the model.</p> <p>The purpose of developing task was achieved and objectives were met.</p> <p>Further research could be improvement of recording in units. Other researchable topic could be the nurses' experiences related to the composed discharging checklist.</p>			
Keywords Discharging, planning, co-operation			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE JA TARKOITUS	8
3	KOTIUTTAMINEN	9
3.1	Suunnitelmallinen kotiuttaminen.....	9
3.2	Yhteistyö ja kotiuttamista tukevat toimintakäytännöt	16
3.3	Kotihoito, ennaltaehkäisevät palvelut, asumispalvelut ja vanhusten laitoshoido	19
3.4	Tiedonkulku ja kirjaaminen.....	21
3.5	Kansainvälisyys kotiuttamisessa	24
3.6	Aiempaa tutkimustietoa	27
4	OPPIMINEN.....	31
4.1	Kognitiivinen oppimiskäsitys.....	31
4.2	Kognitiivinen oppiminen.....	32
5	KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS	34
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	34
5.2	Suunnittelu.....	36
5.3	Kehittämisryhmän eteneminen	42
5.4	Arviointi	54
5.5	Kotiuttamisen opas.....	55
6	POHDINTA.....	56
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	65
	LIITE 1 ESITTELY, IDEOINTI JA SUUNNITTELU	65
	LIITE 2 KOTIUTTAMINEN, KOTIUTTAMISPROSESSI, KOKONAISTILANTEEN KARTOITTAMINEN, MITTARIT, YHTEISTYÖ.....	67
	LIITE 3 ASIAKASLÄHTÖISYYS, KOTIUTTAMISPROSESSI ORGANISOINTI JA ARVIOINTI, AMMATTIHENKILÖIDEN TEHTÄVÄT, HOITOTYÖN YHTEENVETO JA KIRJAAMINEN, ISBAR, JÄRJESTÖJEN SOSIAALITURVAOPAS.....	78
	LIITE 4 VIESTINTÄ, TIEDONKULKU, ISBAR-KERTAUS, POTILASOHJAUS, TYÖKIERTO.....	84
	LIITE 5 SUUNNITTELU JA KERTAUS.....	86
	LIITE 6 KOTIUTTAMISEN MALLIT	87
	LIITE 7 VÄLIARVIOINTI	91

LIITE 8 LOPPUARVIOINTI	92
LIITE 9 YHTEYSTIEDOT, KOTIUTUKSEN TARKISTUSLISTA, OHJEET	93
LIITE 10 KOTIUTTAMISEN OPAS	100

1 JOHDANTO

Potilaiden sairaalasta kotiutumiset ovat kriittisiä vaiheita, joilla on vaikutusta potilaiden hyvinvointiin ja hoitotoiminnan vaikuttavuuteen. Hoitoajat sairaaloissa ja terveyskeskuksissa ovat lyhentyneet ja potilaat saattavat kotiutua huonompikuntoisenaakin. (Pöyry & Perälä 2003, 9; Rissanen & Noro 1999,5.) Huonosti valmisteltu kotiutuminen vaikuttaa heikentävästi hoidonjatkuvuuteen ja tästä voi seurata, että potilas palaa pian takaisin terveyskeskukseen tai sairaalaan. (Iivanainen & Syväoja 2010, 540; Pöyry & Perälä 2003, 9).

Uudelleen sairaalaan siirtymisen riski on suurin kahden tai neljän ensimmäisen viikon aikana sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Yli 80-vuoden ikä, krooniset sairaudet, heikko toimintakyky, selviytymisen ongelmat ja sosiaalisen tuen puute kotona ovat keskeisempiä suunnittelemattoman uudelleen sairaalaan joutumisen riskitekijöitä. (Koponen 2003, 14.)

Kotiuttamisen ilmoittaminen liian myöhään tarkoittaa, että omaiset ja kotihoito eivät ehdi järjestellä asiakkaalle riittäviä palveluja. Liian nopeat kotiutukset voivat koskea viikonloppua edeltäviä päiviä. (Iivanainen & Syväoja 2010, 540.) Kotiuttamispäivään vaikuttavat, se miten muutostyöt ja palvelut kotona ehditään järjestämään. Kotihoidossa on vähemmän henkilökunta viikonloppuna. (Salomaa 2004, 22 -23).

Onnistunut kotiutuminen edellyttää suunnittelua ja yhteistyötä, joka aloitetaan varhain. Kotiutuminen suunnitellaan yhteistyössä potilaan, omaisen, kotihoidonhenkilöstön tai muun jatkohoidon tahon kesken. (Pöyry & Perälä 2003, 9; Rantasalo 2007,53.) Kotiutuksen suunnittelu on usein erilaisten näkemysten yhteensovittamista. Tämä edellyttää potilaan ja omaisen osallistumista keskusteluun ja päätöksentekoon. (Karppinen 1997, 6.)

Potilaan siirtyessä jatkohoitoon siirtyy potilaan hoito vastuu. Siirtymävaiheissa voi tapahtua viivästymiä ja katkoksia tiedonkulussa. Potilas voi joutua odottamaan tai hänelle, jopa tehdään tarpeettomia tutkimuksia. (Tanttu 2007,15)

Lapinlahden kunta on alle 20 000 asukkaan kunta. Vuonna 2011 tehtiin kuntaliitos, jossa Lapinlahden ja Varpaisjärven kunta yhdistettiin yhdeksi kunnaksi. Perusterveydenhuollon toimintoja yhdistettiin aiemmin. Lapinlahti toimii itsenäisenä kuntana ja järjestää perusterveydenhuollonpalvelut omana toimintana.

Tämän opinnäytetyön aiheena on kotiuttamisen kehittäminen Lapinlahden terveyskeskuksessa. Kehittämisen kohde on kotiuttaminen. Kehittämistehtävä on työelämälähtöinen, jossa kehittämistarve on kohdeorganisaatiosta lähtevä. Kotiuttamisen kehittäminen on ajankohtaista ja yhteistyö muotojen kehittäminen liittyy kiinteästi tähän kehittämistyöhön.

Kehittämistehtävä toteutetaan toimintatutkimuksena. Tarkoituksena on kehittää kotiuttamisen malli. Tutkijan rooli oli tehdä tutkimusta ja kannustaa ryhmää kehittämisen etenemisessä. Oppimisenäkökulmana on kognitiivinen oppiminen. Kehittäminen etenee kehittämisryhmän ryhmätapaamisissa.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämistehtävä on lähtenyt työelämän tarpeista ja kehittämisen lähtökohtana on löytää yhtenäisiä käytäntöjä kotiuttamiseen ja yhteistyö tapoja. Kotiuttaminen kuuluu päivittäiseen hoitotyöhön. Kiinnostus kotiuttamisen kehittämiseen on herännyt niin työyhteisöissä kuin itselläni.

TARKOITUS: Kehittämistehtävän tarkoituksena on yhteisen oppimisprosessin kautta tuotettu kotiuttamisen malli Lapinlahden terveyskeskukseen.

TAVOITE: Kehittämistehtävän tavoitteena on toiminnan parantaminen ja yhteisömuotojen kehittäminen

3 KOTIUTTAMINEN

3.1 Suunnitelmallinen kotiuttaminen

Gummerruksen suuri suomen kielen sanakirja määrittelee, että kotiuttamisella tarkoitetaan määrätä tai päästää palaamaan kotiin. (Nurmi 2004, 412.)

”Discharge” tarkoittaa sekä kotiuttamista että kotiutumista. (Rekiaro & Robinson 2009, 888).

Potilas: Laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilaan henkilöksi, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja. Potilas on henkilö, jota varten terveydenhuoltojärjestelmä on olemassa. Henkilö tavallisesti sairastunut ja tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisen huolenpitoa ja hoitoa. (Wikipedia.)

Omainen: Potilaan lähiomaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka potilas on henkilö tiedoissaan ilmoittanut. Jos merkintää ei potilasasiakirjoista löydy, katsotaan, että potilaan puoliso lapset tai sisarukset ovat läheisiä. Hoitotapahtumassa on kolmitasoinen rakenne 1. potilas ja hänen yksityisyytensä 2. omaiset, läheiset, huoltaja, edunvalvoja 3. julkinen toiminta, kuten terveydenhuollon organisaatiot ja niiden henkilökunta. Tiedonjakamisessa sääntönä on, että omaiset voivat saada terveys-tietoja vain potilaan suostumuksella. (Kotisaari & Kukkola 2012, 53 -55.)

Hoitohenkilökunta: Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994 jäljempänä ammattihenkilölaki) keinoin pyritään varmistaman henkilöstön pätevyys laillistamis- ja rekisteröinti menettelyllä sekä valvomaan ammatinharjoittamista. Henkilökunnan ammattitaito, kokemus ja koulutus ovat hyvän hoidon perusta. (Kotisaari & Kukkola 2012, 13.)

Suomessa on noin 240 terveyskeskusta, joilla on vuodeosastot. Terveyskeskussairaaloiden potilaista suurin osa on vanhuksia, joilla on kroonisia sairauksia. (Klemetz, Huttunen & Vauramo 2013, 60.)

Lapinlahden terveyskeskus: Lapinlahden kunnassa terveysosaston toiminta tapahtuu pääosin Lapinlahden terveyskeskuksessa. Lisäksi Varpaisjärven terveys- asemalla on vastaanottotoimintaa arkipäivisin. Terveyskeskuksessa toimii ympäri- vuorokautinen lääkäripäivystys. eResepti on otettu käyttöön 2012. Lapinlahden ter- veyskeskuksen vuodeosasto 1:llä on 45 potilaspaikkaa. Yöllä tapahtuva poliklinikan päivystys toteutetaan osastolta käsin. Osastolla hoidetaan lyhyt - ja pitkäaikaishoi-

toa tarvitsevia potilaita sekä saattohoitopotilaita. Potilaat tulevat osastolle Lapinlahden terveyskeskuksen päivystyksen tai erikoissairaanhoidon kautta. Potilashoito toteutetaan moduulityöskentelynä. Osasto on jaettu 4:n moduuliin. Toiminta-ajatuksena on ylläpitää ja edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä ja toteuttaa kuntouttava työtettä. Osastolla vastuusairaanhoidajat koordinoivat potilaiden kotiuttamisen.

Kotiuttaminen: Kotiutuminen on kriittinen vaihe, jonka onnistumisella on vaikutus potilaan hyvinvointiin ja hoitotoimintaan. (Rantasalo 2007,7.) Potilaan, omaisen ja kotihoidon kannalta kotiutusta tulee suunnitella hyvissä ajoin. Liian nopealla aikataululla tapahtuva ilman suunnitelmallisuutta tapahtuva kotiutus, voi merkitä turvatomuutta potilaalle ja omaiselle. Tällaisessa tilanteessa saattaa potilas palata nopeasti takaisin hoitolaitokseen, (Iivanainen & Syväoja 2010, 540; Pahikainen 2000,4.) Lyhyelläkin ajalla kotiuttaminen sujuu, jos potilas ja omaiset ovat siihen valmiita ja yhteisistä periaatteista on sovittu sairaalan ja kotihoidon kesken. Potilaan kotiuttaminen on moniammatillista yhteistyötä. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Kotiuttamisprosessi: Kotiuttaminen on prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja päättyy potilaan kotiuduttua. Kotiuttamisprosessi tarkoituksena on helpottaa potilaan siirtymistä ympäristöstä toiseen. Prosessiin sisältyy neljä vaihetta, potilaan kotiutusvalmiuden arvioiminen, kotiutuspäätöksen tekeminen, kotiuttamisen organisoiminen ja kotiutusprosessin arvioiminen. Prosessi on potilaan, omaisen ja henkilökunnan yhteistyötä. (Salomaa 2004,10,11; Rantasalo 2007,7,21,22.) Sairaalaan kotiuttaminen on prosessi, joka sisältyy hoitotyötoimintoihin ja periaatteisiin koko hoitajakson ajan. Lähtökohtana on suunnitelmallisuus ja potilaan kokonaistilanteen kartoittaminen. (Karppinen 1997, 53.)

Koposen väitöskirjassa (2003,21,-22.) läkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. (Bull & Roberts 2001) kuvaa hyvän kotiuttamisen prosessia, joka tarkoittaa tehokasta kotiutuksen suunnittelua. Prosessi perustuu Lontoon geriatrisen sairaalaan ja paikallisen avohoidon hoidonantajien (n=24) kahden potilaan ja yhden perheen jäsenen haastatteluun. Hyvä kotiuttaminen tapahtuu moniammatillisen tiimin toimesta. Kotiuttamisprosessiin kuuluu neljä vaihetta ja kolme kommunikaatiokehää. Ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan potilaaseen ja siinä on keskeistä potilaan, perheenjäsenten, hoidonantajien ja tiimin kommunikaatio. Toisessa vaiheessa tehdään alustava suunnitelma kotiutumispäivästä. Kommunikaatio tapahtuu potilaan, perheenjäsenten, ja hoidonantajatiimin välillä. Kolmas vaihe kuvaa valmis-

tautumista kotiin lähtemiseen. Kommunikaatiossa korostuu tiimin ja kotihoidon välinen kommunikaatio. Neljäs vaihe sisältää kotiin siirtymisen. Kommunikaatiossa korostuu suhteiden luominen kotihoidon hoidonantajiin. Hyvän kotiuttamisen esteitä olivat vaikeudet jatkohoidonjärjestämisessä, jotka liittyivät palvelujärjestelmien ylikuormitukseen ja resurssien puutteeseen, kommunikaation ja tiedonkulun puutteet, hoidonantajien vaihtuvuus tiimissä. Potilaan ja perheenjäsenten päättämättömyys.

Karppinen (1997,5), joka on tutkinut yli 65-vuotiaiden kotiuttamista akuutisairaalaan potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Toteaa tutkimuksessaan, että kotiuttamisprosessi käynnistyy suunnittelulla, jonka omahoitaja aloittaa yhdessä potilaan kanssa sairaalahoidon alkuvaiheessa. Suunnittelussa hyödynnetään moniammattillista yhteistyötä. Omahoitaja valmistele potilasta ja omaista kotiutumiseen keskustelemalla ja antamalla tietoa ja ohjausta.

Rantasalo (2007,22,33 -34), joka on tutkinut potilaan kotiutumisen kokemuksia siirryttäessä erikoissairaanhoidosta kotiin perusterveydenhuollon piiriin. Toteaa tutkimuksessaan kotiutusvalmiuden arvioimisesta, että potilaan kotiutusvalmiutta arvioidaan ja arvioinnissa huomioidaan potilaan kunto, terveydentila, toimintakyky ja kotona selviytyminen. Potilas arvio omaa kuntoaan ja kotona selviytymistä. Arviointiin sisältyy omaisen tai läheinen arvio potilaan kotona selviytymisestä. Lisäksi lääkärin ja hoitaja arvioivat potilaan terveydentilaa.

Kotiutussuunnitelma: Kotiutussuunnitelma tehdään osana hoitosuunnitelmaa.

Tällä tarkoitetaan suunnitelmaa, jossa määritellään tavoitteet ja joka sisältää arvioinnin, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan. Potilaan kanssa suunnitellaan alustava kotiutumisen ajankohta ja arvioidaan hoidon ja palvelun tarve. Kotona tarvittavat palvelut järjestellään yhdessä kotihoidon kanssa ja tehtävät ennen kotiutumista kuten apuvälineiden hankinta ja kodinmuutostyöt. Suunnitelman on hyvä olla joustava ja sitä voi tarpeen mukaan muuttaa. Erityisesti iäkkäiden potilaiden kohdalla, terveydentilan muutokset ja tarpeet saattavat muuttua nopeasti. Yhdessä suunnittelu tuo kaikille osapuolille yhteisen näkemyksen asioista ja potilas saa varmuuden, siitä, että hänen hoivansa jatkuu sairaalajakson jälkeen. Kotiutumisen suunnittelu on moniammattillista yhteistyötä ja siihen voi osallistua potilaan lisäksi omainen, osaston lääkäri, sairaanhoitaja, kotihoidon henkilöstöä, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ravitsemusterapeutti tai sairaalasielunhoitaja. (Pöyry & Perälä 2003, 15-16; Rantasalo 2007,16.)

Karppisen (1997,5 -6) tutkimuksessa tulee esille potilaan ja omaisen päätöksen tekoon osallistumisesta ja suunnittelusta, että potilaalla ja omaisella on oikeus osallistua päätöksen tekoon. Kotiutuksen suunnittelu on yhteistyötä ja erillisten näkemysten yhteensovittamista. Kotiuttamisprosessin aikana arvioidaan potilaan voimavarat totuudenmukaisesti ja niitä verrataan suunnitellun jatkohoitopaikan vaatimuksiin. Riittävän aikaisessa vaiheessa järjestetään tukipalvelut, apuvälineet ja tarpeelliset kodinmuutostyöt.

Ala- Nikkola (2003, 92 -96), joka on väitöskirjassaan, tutkinut vanhustenhuollon päätöksenteon käytäntöjä etnografisen lähestymistavan avulla. Tutkimustuloksen mukaan vanhustenhuollossa asiakkaan palvelutarpeita ja riittävyyttä arvioidaan eri organisaatioissa ja useat eri ammattilaiset arvioi. Tyypillisiä vaiheita arvioida palveluntarpeita ja riittävyyttä ovat kotiuttamistilanteet ja sairaalaan tulo tilanteet. Tässä rajapinnassa tehdään hoitoa ja hoivaa koskevia päätöksiä. Nämä päätökset vaikuttavat merkittävästi asiakkaan elämään ja sen laatuun. Siirtymä vaiheisiin voidaan liittää myös omaisen kohtaaminen

Pahikainen (2000, 66), joka on tutkinut sairaalasta kotiuttamista hoitajien näkökulmasta. Tutkimustulosten mukaan keskeinen osa kotiuttamisprosessissa hoitajien toimintaan liittyvistä tekijöistä oli selvittää sosiaali – ja terveyspalveluiden tarve ennen sairaalaan tuloa ja arvioida tuen ja palvelun tarve potilaan kotiutuessa.

Perälän & Hammarin (2003, 25) julkaisussa Palkomalli-Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä, on kuvattu PALKO- malli, sen kehittäminen ja malliin pohjautuvat kriteerit. PALKO- malli on keskinen kotihoidon ja kotiuttamisen malli. Siinä asiakkaan kotiuttamista ja kotihoitoa tarkastellaan moniammattillisena yhteistyönä. Raportissa mainitaan, että kotiuttamisen valmistelut aloitetaan siinä vaiheessa kun tavoitteeksi on asetettu potilaan kotiin palaaminen. Jos potilas tulee saamaan kotihoidonpalveluja, ilmoitetaan mahdollisimman varhain alustava arvio kotiutumispäivästä kotihoidon työntekijälle. Tämä tieto käynnistää kotihoidossa varhaisen ennakoivan suunnittelun.

Kotiuttamisprosessin, jokaisessa vaiheessa on erihenkilöillä omat tehtävät ja vastuut niiden hoitamisesta. (Rantasalo 2007, 21 -22). Hyvä kotiuttaminen ei toteudu, jos koordinointi vastuu jää nimeämättä.(Pahikainen 2000, 68).

Pöyry & Perälä (2003, 16) ovat tutkineet tiedonkulkua ja yhteistyötä yli 65- vuotiaiden hoidon ja palvelun saumakohtissa. Tutkimuksessa todetaan kotiuttamiseen liittyvistä ammattihenkilöiden tehtävistä ja koordinoinnista, että kotiutumisen toteuttamiseen liittyy järjestelyä, ennakointia ja lukuisia yhteydenottoja. On hyvä, että toiminnan koordinoivastuu on nimetty. Koordinaattorina voi toimia omahoitaja osastolta, kotisairaanhoidaja tai palveluohjaaja.

Perälän & Hammarin (2003, 31) julkaisussa todetaan kotiuttamisen koordinoinnista ja suunnittelusta, että vastuuhoidaja suunnittelee ja koordinoi potilaan kotiutumista koko sairaalajakson ajan. Hän neuvottelee tulevasta kotiutumisesta potilaan ja läheisen kanssa. Selvitää heidän odotukset ja toiveet hoidosta ja palveluista. Vastuuhoidaja konsultoi moniammattillisen tiimin jäseniä ja kokoaa yhteen eri ammattiryhmien edustajien tiedot potilaan jatkohoidosta, kuntoutuksesta ja palveluista. Hän on yhteydessä kotihoidon tai muun jatkohoitopaikan työntekijöihin potilaan sairaalahoidon aikana

Koponen (2003, 24 -25) on väitöskirjassaan tutkinut iäkkään potilaan siirtymistä kodin ja sairaalan välillä. Koponen toteaa kotiutushoitajan toiminnasta, että Suomessa on kokemuksia kotiutushoitajan toiminnasta. Kotiutushoitajan toiminta on auttanut erityisesti paljon apua tarvitsevien potilaiden kotiutusta. Erityisen yhteyshenkilön käyttäminen kotiutuksessa on yleistynyt. Hollannissa lähes puolella sairaaloista toimii erillinen kotiuttaja henkilö. Britanniassa on kotiutuskoordinaattoreita ja perusterveydenhuollon yhteyshenkilöitä. USA:ssa potilaan kotiuttamisesta tullut erikoisala. Kotiutusyhdyshenkilön rooli voi olla kotiutuksen koordinoiminen, asiantuntijana toimiminen tai alueellinen kotiutustoiminnan koordinoiminen.

Salomaan (2004, 45), joka on tutkinut vanhusten kotiuttamista perusterveydenhuollosta kotihoitoon, hoitajien kuvaamana. Tutkimustuloksen mukaan kotiutumistilanteessa yksi keskeisimmistä hoitajan toiminnoista oli vanhuksen kotikuntoisuuden arviointi, johon kuuluu henkilön fyysisen ja psyykkisen tilan sekä fyysisten tarpeiden arviointi. Tämän tutkimuksen mukaan kotipalvelussa työskentelevät hoitajat kokivat vanhuksen fyysisen kunnon laskevan osastohoidon aikana. Heidän mielestä tämä aiheutui siitä, että osastolla tehdään asioita potilaan puolesta. Siihen vaikutti kiire suhteessa hoitajien vähäiseen määrään.

Rantasalo (2007,53) mainitsee tutkimuksessaan, että lääkäri tekee kotiuttamispäätöksen, keskusteltuaan potilaan, omaisen ja hoitavan tiimin kanssa. Tavoitena on, että päätös tehdään muutamaa päivää ennen kotiin lähtöä. Perälän & Hammarin (2003, 25) julkaisussa mainitaan, että lääkäri kirjoittaa hyvissä ajoin reseptit, epikriisit, hoitotarvikelähetteet, tarkistaa kotilääkityksen ja jatkohoito-ohjeet.

Perälän ja Hammarin (2003, 25, 30 -31) julkaisussa todetaan kotiuttamis ajankohdan liittyvistä valmisteluista, että kun tieto kotiuttamisesta ilmoitetaan eri ammattiryhmille varhain. Näin he ehtivät hoitamaan oman osaltaan asiat kuntoon esimerkiksi hankkia apuvälineet. Kotiutuspäivän varmistuttua vastaava hoitaja ilmoittaa jatko-hoito paikkaan kotiutuspäivän ja tarkan kellon ajan, potilaan voinnin, varmistuneen jatkohoidon, palvelun tarpeen ja kulkuvälineen (saattajan ja vastassa olevan henkilön). Mukana ovat lääkkeet, erikoishoitovälineet ja apuvälineet. Asiakkaan mukana siirtyvät asiakirjat (reseptit, kansiot ja hoito-ohjeet) kotiutumispäivän ilmoittamisen yhteydessä sovitaan kotiutumiseen liittyvistä yksityiskohdista, ensimmäinen kotikäynnin ajankohta ja yöhoidon tarve.

Koposen (2003,117) tutkimustulosten mukaan potilas tarvitsee riittävästi tukea ja tietoa avun sisällön kohdentumisesta. Pelkästään tieto kotikäyntien määrästä ei ole riittävä. Keskeistä on, että potilas saa tukea muutosten huomioimisessa ja huolenpidosta kotiin siirtymisen jälkeen. Tulee arvioida enemmän potilaiden yksilöllisiä oppimisen ja ohjauksen tarpeita esimerkiksi lääkehoidon muutosten toteutumisessa. Perheen keskinäisen huolenpidon tukeminen on sairaalassa ja kotihoidossa haaste.

Salomaan (2004, 23 -24, 44 -45) tutkimuksessa tutkimustulosten mukaan kotiuttamispäivään vaikuttavat, se miten muutostyöt ja palvelut kotona ehditään järjestämään. Kotihoidossa on vähemmän henkilökunta viikonloppuna. Kotiuttamisen ajankohtaan vaikuttaa myös se miten kauan potilas on ollut osasto hoidossa ja miten hänen tilansa on muuttunut ja tämä vaatii hoitajalta omaa arviointia. Kotiuttamispäivästä tulee sopia ajoissa, jotta kotiuttamistilanne on turvallinen ja kotiin palvelut järjestetty.

Perälän & Hammarin (2003, 31) julkaisussa mainitaan vastuuhoidajan tehtävät potilaan kotiutumispäivänä ennen potilaan kotiin siirtymistä. Kotiuttamispäivänä vastuuhoidaja kokoaa ja antaa potilaalle asiakirjat, sovitut hoitotarvikkeet tai lääkkeet.

Hoitaja keskustelee potilaan ja omaisen kanssa ja varmistaa että kaikki asiat on ymmärretty ja potilas on valmis siirtymään kotiin.

Hammar (2008, 27) on väitöskirjassa tutkinut Palko projektissa kehitetyn palveluja yhteen sovittavan kotihoito- ja kotiuttamiskäytännön (PALKO-mallin) vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Tutkimuksessaan Hammar toteaa kotiuttamisen arvioinnista, että kotiuttamisen jälkeen ensimmäiset vuorokaudet, jopa viikko ovat kriittistä aikaa, jolloin uudelleen sairaan joutumisen on yleistä. Kotiutumisen onnistumista arvioivat yleensä kotihoidon työntekijät. Arviointia voi tapahtua myös sairaalasta käsin esimerkiksi sairaalasta soittaa omahoitaja potilaalle. Eri maissa on kotiutustiimi toimintaa. Tiimit tarjoavat asiakkaille käytännön apua ja arvioivat kotiutumisen onnistumista.

Rantasalo (2007, 49, 54) toteaa tutkimuksessaan, että arviointia kotiutumisen onnistumisesta/epäonnistumisesta tulee tehdä säännöllisesti kaikkien kotiuttamiseen osallistuvien näkökulmasta.

Suomessa on eripaikkakunnilla kotiutustiimi toimintaa. Tiimin tarkoituksena on varmistaa, että potilas kotiutuu turvallisesti. Tarvittaessa kotiutustiimin työntekijä saattaa potilaan sairaalasta kotiin. Kotiutustiimin apu on lyhyt aikaista, yleensä 1-7 päivää sairaalasta kotiutumisesta. Kotiutustiimi arvioi kotona selvymistä ja kotiutumisen onnistumista. Kotiutustiimi tekee yhteistyötä omaisen ja kotihoidon henkilöstän kanssa. (Kotiutustiimi 2012.)

Potilaan hoidon etenemistä terveydenhuollon organisaatiossa kuvataan palveluketjun, hoitoketjun tai hoitopolun avulla. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 68 - 69.) Hoito ja palveluketju muodostuvat toisiinsa ketjuuntuneista hoito- ja palveluprosesseista. Ketju alkaa kun potilas hakeutuu hoitoon ja päättyy siihen kun potilas palaa takaisin kotiinsa. Kotiutusprosessi yhdistää sairaalan ja kotihoidon toimintaprosessit. Saumattomalla hoito- ja palveluketjulla tarkoitetaan toimintamallia, jossa hoito ja palvelu yhdistyvät asiakaskeskeiseksi saumattomaksi kokonaisuudeksi yli organisaatio rajojen. Hoito- ja palveluketjussa on kuvattu ja suunniteltu asiakkaan koko palvelukokonaisuus (kotoa-kotiin-kotona) yhdessä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalvelujen ja kolmannen sektorin kanssa. (Koponen 2003, 18.)

Hoitavan henkilöstön tulee tuntea eri ketjut ja hoitopolku, jotta potilaan hoidon koordinaatio onnistuu ja hoidon jatkuvuus turvataan. Hoitopolun liitoskohdat ja rajapinnat ovat kriittisiä kohtia ja tämä on hyvä kiinnittää huomiota, jotta hoitoprosessi etenee saumattomasti. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 68 -69.) Saumattomaan palveluketjuun pyrittäessä korostetaan asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaan osallistamista päätöksen tekoon. (Rantasalo 2007, 16).

Siikalatvan malli: Siikalatvan seutukunnallinen hyvän kotiuttamisen malli, tarkoittaa toimintaprosessia, jossa asiakas siirtyy kotoa sairaalaan ja sairaalasta kotiin. Asiakasta koskeva hoitotieto siirtyy hänen mukanaan hoitaville yhteistyö tahoille. Asiakkaalla on kotona hoitotiedote ja lääkelista. Asiakkaan hoitoon lähettävä henkilö huolehtii nämä asiakkaan mukaan. Sairaalasta kotiutuminen pyritään ennakoimaan ja ilmoitetaan 1-2 vuorokautta ennen kotiutumista. Toimintamallissa keskeinen henkilö on asiakas itse. Kotihoitotiimissä on sopimuksen mukainen toimintatapa sairaalaan lähettämässä ja yhteistyökumppaneiden kanssa sairaalasta kotiuttamisessa. Malli on hyväkäytäntö. (Hyvä kotiuttaminen, 2009.)

3.2 Yhteistyö ja kotiuttamista tukevat toimintakäytännöt

Yhteistyö on käsitteenä ja ilmiönä eritavoin ymmärrettävissä ja vaikea määritellä. Yhteistyöllä on tarkoitettu muun muassa tiedon ja materiaalin jakamista, yhteisten tavoitteiden toteuttamista, yhdessä työskentelyä. pidempään jatkunutta vuorovaikutusta ja yhteisiä konfliktin ongelman ratkaisuja. Yhteistyön lähikäsitteitä ovat: yhteistoiminta, koordinaatio, kumppanuus, alliansi, yhteisyritys, verkosto, koalitiio. (Aira 2012, 16,17.)

Pöyry ja Perälä (2003, 14 – 15) ovat tutkineet yli 65-vuotiaiden asiakkaiden sairaalasta kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyvää yhteistyötä ja tiedonkulkua. Asiaa kysyttiin kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja terveyskeskusten vuodeosaston edustajilta 308 kunnassa. Tutkimustuloksen mukaan henkilöstön yhteistyö ja tiedonvaihto sosiaali- ja terveydenhuollossa on asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja saumattomien palveluiden saavuttamisen väline. Yhteistyötä on monella tasolla, asiakkaan kanssa, omaisen kanssa työtovereiden kanssa ja yli organisaatorajojen. Organisaatioiden välinen yhteistyö ja tiedonvaihto, jossa henkilöstö tutustuu toisiinsa ja saa tietoa toistensa toiminnasta, luo edellytyksiä ja jatkuvuutta asiakaskohtaiselle yhteistyölle, toimipisteiden välillä kotiutumistilanteessa.

Koponen (2003, 17, 110 -111), joka on tutkinut iäkkään potilaan siirtymistä sairaalan ja kodin välillä. Koponen toteaa tutkimuksessaan yhteistyöstä, että joustavalla yhteistyöllä potilaan, omaisen ja hoidonantajatahojen välillä onnistutaan kohdentamaan potilaan ja perheen voimavaroja kotona selviytymisen tukemiseen. Edellytyksenä on yhteisen näkemyksen muodostuminen. Tämä edellyttää neuvottelua ja hoitotoimintojen yhteen sovittamista.

Hammar (2008,55,) , joka on tutkinut palvelujen yhteensovittamista kotihoidossa ja kotiuttamisessa. Hammar toteaa kirjallisuuskatsauksensa perusteella, että keskeisempiä kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyviä ongelmia oli puutteet yhteistyössä, epäselvät hoidon tavoitteet ja vastuunjako kysymykset.

Salomaa (2004, 45,47), joka on tutkinut vanhusten kotiuttamista perusterveydenhuollosta kotihoitoon.Toteaa tutkimustuloksissaan, että hoitajat kuvasivat yhteistyön tärkeäksi asiaksi kotiutustilanteissa eri organisaatioiden välillä. Tutkimustulosten mukaan yhteistyö toisiin organisaatioihin oli parantunut. Salomaan toteaa tutkimustuloksissaan myös, että eri tahojen välillä oli kuitenkin erilaisia käsityksiä potilaan kotiutuskuntoisuudesta ja osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista ilmaisi, että heidän ammattitaitoa ei arvosteta ja hoitajilla on erilaiset näkemykset asioista.

Pahikainen (2000, 70), joka on tutkinut sairaalasta kotiuttamista hoitajien näkökulmasta.Toteaa tutkimustuloksissaan, että puuttelinen yhteistyö koettiin hyvää hoitoa estäväksi tekijäksi.

Pöyryn & Perälän (2003, 46,47) tutkimuksen mukaan suurimmalta osin kuntien sairaaloista otettiin yhteyttä kotihoitoon ennen kotiutuspäätöstä, tämä on hyvän yhteistyön edellytys. Yhteiset tapaamiset eri toimijoiden kesken ovat edellytys siihen, että yhteistoiminnallista työskentelyä tapahtuu. Pysyvät yhteistyö ryhmät ja yhteiset projektit voivat saada aikaan todellista yhteistyötä toimipisteiden välillä. Terveyskeskusten sisällä erilaiset asiakaskohtaiset yhteistyö ryhmät olivat tavallisia ja usein kokoontuvia.

Pyhäjärvisseudun pilotti hanke: Pyhäjärvisseudun pilotti hankkeessa 2010 -2012 päämääränä oli kehittää palveluja siten, että laatusuosituksen tavoitteet alueella toteutuvat. Päättävöitteena oli, että ikääntyneillä on mahdollisuus asua kotonaan tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään. Hankkeessa kehitettiin kotiu-

tusneuvottelu – malli. Malli on hyvä käytäntö. Kotiutusneuvottelijoiksi valittiin neuvottelutaitoisia hoitajia terveyskeskuksen vuodeosastolta ja kotihoidosta. He keskittyivät kotiutusneuvotteluihin. Neuvottelut ennakoitiin asiakkaille, jotka tarvitsivat paljon kotihoidon palveluja tai jos asiakkaalla, omaisella tai hoitohenkilökunnalla oli erilaiset näkemykset kotona selviytymisestä. Tarkoituksena oli oikean tiedon välittyminen kaikille osapuolille. Menetelmän avulla asiakkaat ja omaiset pystyivät paremmin osallistumaan omaan päätöksentekoon. (Leinonen, 2012.)

Moniammatillinen tiimi: Sairaalassa potilaanhoito on tiimityötä. Moniammatillisissa kotiutumis, kuntoutus ja hoitokokouksissa suunnitellaan ja päätetään potilaiden hoidosta ja jatkohoidosta. Sairaalassa omahoitaja koordinoi tiimin kokoontumisia. (Perälä & Hammar 2003, 27.)

Hoito-, kotiutumis-tai kuntoutuskokous: Ennen potilaan kotiutumista järjestetään tarvittaessa moniammatillinen kokous, jossa päätetään kotiutumisen ajankohdasta ja palvelujen ja hoidon tarpeesta kotihoidossa. Kokoukseen voi osallistua potilas, läheinen, sairaalan vastuuhoitaja, osastonlääkäri, eri terapeutit ja erityisammattiryhmien edustajat, kotihoidon työntekijä, avoterveydenhuollon yhteyshoitaja, kotiutushoitaja. (Perälä & Hammar 2003, 27 -28.) Lapinlahden terveyskeskuksessa kokoontuu kerran viikossa kuntoutuspalaveri, johon osallistuvat osastonlääkäri, fysioterapeutit, vastaavat sairaanhoitajat ja kotihoidon vastaavasairaanhoitaja. Palaverin tarkoituksena on suunnitella ja ennakoida potilaan kotiutusta ja kartoittaa apuvälineiden ja kodinmuutostöiden tarvetta. Palaverissa arvioidaan fysioterapeutin tekemän kotikäynnin tarvetta apuvälineiden hankinnan ja kodinmuutostöiden osalta. Tarvittaessa järjestetään potilaille hoitoneuvotteluja.

Kotiloma ja koekotiutus: Kotiloma tarkoittaa, että potilas on kotona muutaman päivän ennen kotiuttamista. Loman avulla arvioidaan potilaan kotona selviytymistä. Loman aikana potilas on edelleen sairaalan potilas ja palaa takasin sairaalaan. Loman arviointiin suunnitteluun osallistuu kotihoidon työntekijä. Koekotiutus järjestetään sairaalan potilaalle, silloin kun kotiutukseen liittyy epävarmuutta. Koekotiutuksen arvioinnin perusteella voidaan arvioida onko koti potilaalle sopiva paikka vai onko harkittava muita vaihtoehtoja. (Perälä & Hammar 2003, 28.) Lapinlahden terveyskeskuksessa toteutetaan kotilomia ja koekotiutuksia sairaanhoitajan koordinoimana. Tämän perusteella tehdään päätöksiä kotona asumisen jatkumisesta.

Arviokäynnit: Terveyskeskuksessa olo aikana tehdään arviokäynti potilaan kotiin, silloin kun se potilaan kokonaishoidon kannalta tarpeellista. Arviokäynnin koordinoi yleensä fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, joka sopii käyntiajan kotihoidon työntekijöiden kanssa. Arviokäynnillä voi potilaan lisäksi olla omainen mukana. Käynnillä arvioidaan kotona selviytymistä, kodinmuutostöiden ja apuvälineiden tarvetta. (Perälä & Hammar 2003, 27.) Lapinlahden terveyskeskuksessa arvio käynnit koordinoi fysioterapeutti.

SAS-toiminta: (Selvitä, arvio, sijoita) on valtakunnallisesti vakiintunut sosiaali- ja terveystoimen yhteistoimintamalli. SAS ryhmään kuuluu kotihoidon ja laitoshoidon työntekijöitä. Toiminnan tavoitteena on, että asiakas saa kotona asumiseen tarkoituksen mukaiset palvelut ja tukitoimet ja, että asiakas ohjautuu hänelle sopivaan palveluun. Yhteistoiminnan tehtävänä on vaikuttaa vanhustenhuollon palvelurakenteen oikeaan painotukseen, siinä tuetaan vanhusten kotona asumista. SAS ryhmä arvioi ja suosittelee hoivan ja hoidon tarpeessa oleville henkilöille asianmukaista palvelua sekä hoiva tai hoitopaikan. (Ikonen 2013,71.) Lapinlahden terveyskeskuksessa kokoontuu SAS ryhmä.

3.3 Kotihoito, ennaltaehkäisevät palvelut, asumispalvelut ja vanhusten laitoshoido

Maailman terveysjärjestö, WHO on määritellyt kotihoidon seuraavasti:” Kotihoito on joukko erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Yhteen sovitettujen palvelujen tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa.” Koti voi olla asiakkaan oma asunto, asunto palvelutalossa tai asuminen läheisen luona. Kotihoitoa voidaan tarjota kodin ulkopuolella esimerkiksi päiväsairaalassa tai palvelukeskuksessa. (Hammar 2008,21.)

Kotihoidolla tarkoitetaan toimintaa, jossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toiminnot on yhdistetty uudeksi palvelumuodoksi. Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. (Ikonen 2013, 16 - 17.) Kotihoidonpalvelujen saanti perustuu tarveperiaatteeseen, jossa palveluja tarjotaan niitä eniten tarvitseville. Kunnat ovat laatineet kotihoidon saanti kriteerejä, nämä ovat kunnissa samansuuntaisia. Kriteereillä on tarkoitus kohdentaa palvelut tarvitsijoille. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu. Kotihoito kohdistuu yhä enemmän iäkkäille ja muutos on sairaanhoidon suuntaan. Palveluntarpeen ja palvelun saamiseen kriteereinä

käytetään erilaisia mittareita yleisimmät ovat, toimintakyky indeksi RAVA ja muisti-toimintojentesti MMSE. (Ikonen 2013, 28.)

Kotihoidon asiakkaaksi tuleminen tapahtuu sairaanhoidon, sosiaalitoimen kautta tai asiakkaan itsensä hakemana. Kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus, siinä autetaan eri-ikäisiä avun tarvisijoita, silloin kun toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ja elämänhallinnan tukeminen. Siten, että asiakas voi asua kodissaan turvallisesti mahdollisimman pitkään, ehkäisevien palveluiden, palveluntarpeen arvioinnin, terveystalvelujen, asumispalvelujen, kotihoidon, lyhytaikaisen laitospalvelun ja omaishoidon tuen avulla. Palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämismvastuuseen. Asiakas voi myös hankkia palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta. Kotihoito palveluja voi saada sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakyvyn perusteella. Suurin osa asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä, joilla on pitkäaikaissairauksia tai useampia terveysongelmia. (Ikonen 2013, 15 -19.)

Kotihoito: Lapinlahden vanhustenpalveluissa yhdistettiin kotipalvelu ja kotisairaanhoito kotihoidoksi vuonna 2007. Kotihoidon palveluja saa ensisijaisesti yli 65-vuotias, joka täyttää kotihoidon kriteerit. Kotihoidon tehtävänä on hoito- ja huolenpito palvelujen tuottaminen ja tukipalvelujen järjestäminen kotihoidon asiakkaille. Kotihoito koostuu kotihoidosta ja kotisairaanhoitosta. Kotihoidon tehtävänä on edistää asiakkaan hyvinvointia ja tuottaa ammattitaitoista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitopalvelua. Lapinlahden kotihoito on jaettu viiteen tiimiin, joista kolme toimii Lapinlahdella ja kaksi Varpaisjärvellä. Tiimit toimivat vastuusairaanhoitaja vetoisesti. (Lapinlahden kunta talousarvio 2013.)

Ennaltaehkäisevät palvelut: Kunnassa on päiväkeskustoimintaa. Tehtävänä on tukea asiakkaan kotona selviytymistä. Kunnassa toimii ikä- ihmisten neuvola ja toteutetaan ennaltaehkäisevät kotikäynnit 80-vuotialle ja terveystarkastukset 75-vuotiaille. Omaishoidon tuen tarkoituksena on kotona tapahtuvan hoidon ja huolenpidon järjestäminen. (Lapinlahden kunta talousarvio 2013.)

Asumispalvelut: Lapinlahdella ja Varpaisjärvellä on eritasoisia palveluasumisen muotoja. Palveluasuminen on kodinomaisen vuokra-asumisen vaihtoehto, silloin kun asiakas ei pysty enää asumaan omassa kodissa palvelujen ja tukitoimien tur-

vin. Palvelutaloissa on saatavissa hoivaa, huolenpitoa, palveluita ja tukitoimia. Kunnassa on tehostettua palveluasumista ja vuorohoitoa. Asumispalveluissa toiminta tapahtuu vastuusairaanhoidaja vetoisesti. (Lapinlahden kunta talousarvio 2013.)

Vanhusten laitoshoido: Hoivaosastot Lapinlahdella ja Varpaisjärvellä tarjoavat pitkäaikaishoivaa. Hoivan perustana on asukkaan voimavarat, perhe ja yhteisö. Toiminta tapahtuu vastuusairaanhoidaja vetoisesti. (Lapinlahden kunta talousarvio 2013.)

3.4 Tiedonkulku ja kirjaaminen

Palveluketjussa kulkevan tiedon hallinnan osalta, tärkeitä tekijöitä ovat: Siirtyvän tiedon tarpeen määrittely, sovitut kirjaamis käytännöt. Tiedon siirtyminen raportoitavaan ja seurattavaan muotoon. Palveluketjussa tiedonkulkua tuetaan tietojärjestelmien avulla. (Tanttu 2007,169.)

Tenkanen (2003,63), joka on väitöskirjassaa tutkinut kotihoidon henkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä ja niiden merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Tenkanen toteaa tutkimuksessaan tiedottamisesta, että tiedottaminen eri tahojen kesken ontuu erityisesti sairaalasta kotiuttamistilanteissa. Asiakkaan luona käy useampia eri ammattiryhmiä ja tiedottamisvastuu asiakkaan voinnissa tapahtuneista muutoksista on ajoittain epäselvä.

ISBAR- menetelmä: USA:n merivoimissa kehitettiin 1990-luvulla SBAR – menetelmä, joka levisi nopeasti ilmavoimiin ja sitä kautta terveydenhuoltoon. Suomessa on otettu käyttöön ISBAR menetelmä. Terveydenhuollossa on sekä suullinen ja kirjallinen kommunikaatio keskeistä, tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset, myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. ISBAR -lyhenne rakentuu englanninkielen sanoista, jotka muodostavat raportin vaiheet. Sanat ovat identify, situation, background, assesment ja recommendation. Menetelmän avulla on mahdollista järjestää informaation selkeään ja tiiviiseen muotoon ja tulee mahdolliseksi yhtenäinen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa raportoitaessa potilaasta. Menetelmä kehittää myös kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia.(Potilasturvallisuus, 2013.)

PALKO (Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito) -hanke oli Stakesin monitieteinen koe ja vertailuasetelmaan perustuva tutkimus, siinä arvioitiin kotihoitoa painottavan hoito- ja palveluketjun käyttöönottoa ja vaikuttavuutta. Hankkeessa oli tavoitteena asiakkaan kotona selviytymisen tukeminen ja kotiuttamisen ja kotihoiton yhteensovittaminen. Kehittämistyön tuloksena syntyi PALKO -malli. Malli sisältää käytäntöjä, jotka edistävät tiedon siirtymistä työntekijöiden, potilaiden ja omaisten välillä. (Perälä & Hammar 2003, 14 -15.)

Pöyryn & Perälän (2003, 9, 42 -44) tutkimuksessa, jossa on tutkittu tiedonkulkua ja yhteistyötä yli 65-vuotiaitten asiakkaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Tutkimustulosten mukaan kotiuttamiseen liittyvä yhteistyö oli kunnissa vaihtelevaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät olleet ajan tasalla. Tyytymättömyyttä aiheutti eniten asiakkaiden ja omaisten taholta liian myöhään ilmoitettu kotiuttaminen. Iäkkään asiakkaan onnistunut kotiutuminen ja sujuva kotihoito toimivat, silloin kun oli yhteisiä toimintaperiaatteita ja viiveetön tiedonkulku eri tahojen kesken

Tässä tutkimuksessa tiedottamisen ongelmat eivät olleet lääketieteellisiä. Kotipalvelun tiedonsaanti oli puutteellista, koska kotipalveluun ei lähetetty lääkärin epikriisiä eikä hoitotyönyhteenvedoa. Kotipalveluun tiedottajana toimi erikoissairaanhoidon sairaalasta sosiaalihoitaja ja tieto kotiutumisesta tuli nopeammin kotipalveluun kuin kotisairaanhoidon, jonne tiedottajana toimi omahoitaja tai osaston vastaava hoitaja. (Pöyry & Perälä 2003, 46.)

Salomaa (2004, 23 -24), joka on tutkinut vanhusten kotiuttamista perusterveydenhuollosta kotihoitoon. Hän toteaa tutkimuksessaan tiedonkulusta. Kotiuttamiskäytännöissä hoitajat kokevat puutteita ja toivovat yhtenäisempää käytäntöä. Yhtenäinen palaveri ennen kotiutumista parantaisi tiedonkulkua eri toimijoiden välillä.

Tanttu, (2007, 11, 16 -17) on väitöskirjassaan tutkinut palveluketjujen hallintaa julkisessa terveydenhuollossa prosessilähtöisen toiminnan hallinto koordinoinnin näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena, jossa tutkimuksen kohteena oli palveluketju johon potilas joutuu. Aineistona olivat palveluketjuun liittyvät asiakirjat ja eri ammattiryhmien haastattelut. Yksiköiden sisäisiä palveluprosessin kriittisiä tekijöitä oli tilanahtaus, osaamisen oikea kohdentaminen, tiedon puute, osaamattomuus, toiminnanorganisointi, vastuu asiakasnäkökulma, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja sovitut käytännöt. Palveluketjujen rajapintojen kriittisiä tekijöitä oli olivat tiedonkulku ja viestintä.

Asiantuntijoiden välisen yhteistyön puute aiheuttaa tiedon kulussa katkoksia, jolloin potilaan jatkohoitopaikkaan siirtyminen saattaa viivästyä. Tiedonkulun katkoksia voi aiheuttaa myös se, että kotisairaanhoidon henkilöstöä on vaikea tavoittaa puhelimella kotikäyntien aikana ja jos kotikäynneillä ei ole tietokoneyhteyksiä. (Tanttu 2007, 119.)

Kirjaaminen: Hoitotyön kirjaamisessa on 2000 -luvun lopulla, siirrytty rakenteiseen kirjaamistapaan. Vuosina 2005 -2009 on luotu kansallinen hoitotyönkirjaamisen malli. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä neljän hoitotyön prosessivaiheen mukaisesti. Kirjaaminen koostuu rakenteisistatiedoista ja ydintiedoista, termistöistä ja niitä täydentävästä kertovasta tekstistä. (Iivanainen & Syväoja 2010, 13; Kotisaari & Kukkola 2012, 59.) Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja hoidon tuloksen tilan luokitus (SHTuL) muodostavat yhdessä Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC, Finnish Care Classification) pohjautuu Clinical Care Classificationin-luokitukseen. Kirjaamisen sisältö rakenteistetaan luokitusten avulla. (Kotisaari & Kukkola 2012, 59 -60.)

Luokituksia käyttämällä ja tallentamalla tiedot sähköisesti saadaan vertailu kelpoista tietoa hoitotyön kuvaamiseksi ja mittaamiseksi. Potilas tietojen yhtenäisyys helpottaa tiedon löytämistä, käytettävyyttä ja hyödyntämistä koko hoitoprosessin ajan. Kirjaamisessa näkyy tieto, johon hoitotyönpäätökset perustuvat ja mitä hoitotyön toiminnoilla on saatu aikaan. Oleellisen tiedon on löydyttävä helposti hoitokertomuksesta (Iivanainen & Syväoja 2010, 13; Kotisaari & Kukkola 2012, 60- 61.) Lapinlahden terveyskeskuksessa on käytössä Effic - potilastieto järjestelmä. Rakenteinen kirjaaminen on käytössä. Lapinlahden kunnan vanhustenpalveluissa on otettu käyttöön Effic- kotihoito vuonna 2007, rakenteinen kirjaaminen on käytössä.

Hoitojakson päätyttyä laaditaan potilaan hoidosta, lyhyt ytimekäs ja arvioiva yhteenveto jatkohoitopaikkaa varten. Hoitotyön yhteenveto kirjataan hoitoprosessia mukaillen. (Iivanainen & Syväoja 2010, 532.)

Tenkanen (2003, 65, 169, 175), joka on väitöskirjassaan on tutkinut kotihoidon henkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä. Toteaa tutkimuksessaan kirjaamisesta, että että vanhuksen tilanne voi muuttua, siten että sairaalasta kotiutumisen jälkeen, joudutaan suunnittelemaan kotihoito uudelleen. Muuttuneissa tilanteissa korostui kir-

jaamisen merkitys ja paljasti puutteet. Sairaalasta saatu hoitotyöyhteenveto on keskeinen työväline, kun suunnitellaan hoitoa kotona. Ammattiryhmät kirjaavat tavallaan. Kirjaamisessa ei yhtenäisiä sääntöjä.

Salomaan (2004,45) tutkimuksessa, jossa tutkittiin vanhuksen kotiuttamista perusterveydenhuollosta kotihoitoon. Salomaan tutkimustuloksen mukaan kotiuttamisessa oli kirjaamisen alueella puutteita. Hän mainitsee, että hoitajien kiire saattaa vaikuttaa siihen, että ei kirjata tai jos tietyt asiat koetaan merkityksettöminä.

Helena, Ikosen (2007,65) Pro -gradu tutkielman tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon henkilöstön tietotekninen osaaminen ei ole riittävällä tasolla. Sosiaali – ja terveysministeriön määrittelyn mukaan hoitotyön henkilökunnan tulee hallita ydinosaaminen, johon kuuluu hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Muita vaadittavia osaamisalueita ovat: tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö, kognitiiviset taidot, havainto ja ajattelukyky, tieto-taito osaaminen, arvo, tieto -ja taito perusta, tiedon siirto, dokumentointi; näiden hallinta ja tiedottaminen, tietosuoja sekä tieto ja viestintätekniikan perustaidot.

3.5 Kansainvälisyys kotiuttamisessa

Tarkasteltu iäkkään potilaan kotiuttamisen näkökulmasta Tanska, Ruotsi ja Hollanti.

Tanska: Vuoden 2007 alussa toteutettiin Tanskassa kuntien rakenneuudistus ja siirryttiin kaksiportaiseen hallintoon. Kuntien määrä väheni 270:stä 98 kuntaan. Kunnille siirrettiin vastuuta terveydenhuollosta muun muassa ehkäisevät terveydenhuollon käynnit. Yleislääkärit ovat ammatinharjoittajia. Sairaalaan mennään perhelääkäriin läheteellä. Hoitotakuu on yksi kuukausi julkiseen sairaalaan. Sairaalatoiminnasta vastuussa olevat alueet ovat tehneet sopimuksia yksityisten sairaaloiden ja naapurimaissa olevien sairaaloiden kanssa, joihin voi hakeutua potilaaksi. (Alkio 2011,98 -103; Myllymäki 2010.)

1980 – luvulla luotiin lähtökohdat kansalaisten itsemäärämisoikeuteen perustustavalle avohoitoa painottavalle palvelujärjestelmälle. Vuodesta 2003 alkaen kansalaisilla on ollut oikeus valita itse palvelun tuottaja. Palvelun tarpeen arvioi kunta ja maksaa palvelut myös siinä tapauksessa kun kansalainen on valinnut yksityisen palvelun tuottajan. Yksityisten osuutta hoivapalvelujen tuottamisessa halutaan kas-

vattaa. Kuntien ja yritysten yhteistyössä tavoitellaan, jopa kymmenen vuoden hankintasopimuksia. (Laiho 2010.)

Yritysten osuuden kasvu on kuitenkin ollut hidasta ja kunnissa kilpailutusta pidetään työläänä menettelynä. Kansalaiset voivat valita vapaasti sairaalapalvelut ja sairaaloiden toiminnan laatutiedot ovat julkisesti esillä internetissä. Esteeksi vapaan valinnan toteutumisille voi nousta, se että sairaalassa ei ole tilaa kun on hoidon tarve. Tanskan malli määrittelee eri toimijoiden aseman ja tehtävät vanhuspalvelujärjestelmässä. Palveluntarvitsija päättää itse, asuuko hän kotonaan vai hoivakodissa tai valitsee kunnan tai yksityisen tuottajan palvelut. (Laiho 2010.)

Tanskassa vanhuksella on itsemääräämisoikeus ja hän voi olla kotona huonompi kuntoisenakin. Kunnan on järjestettävä palvelut kotiin. Vanhusta opastetaan selviämään ennakoivasti arjen askareista. Jokaisella 75- täyttäneellä on oikeus yhteen ennalta ehkäisevään kotikäyntiin vuodessa. Vanhuksen palveluntarpeen arvioinnin tekee kunnan omayksikkö, jossa työskentelee sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. (Turunen 2013, 51.)

Palvelujärjestelmä asettaa toimijat sujuviin hoitoketjuihin ja tehokkuuteen. Kun vastuu terveys – ja sosiaalipalveluista on jaettu valtion pääosin rahoittamien alueiden ja kuntien kesken, molemmille osapuolille syntyy kiinnostus hoitaa osuutensa tehokkaasti. Alueiden sairaaloiden kanssa sopimat budjetit perustuvat tiettyihin hoitajaksoihin ja hoitopäiviin. Budjetin edellyttämän hoidon jälkeen on potilaan oltava kotiutettavissa sairaalasta. Kotiutus onnistuu jos potilaan kotikunta toteuttaa kuntoutuksen. Muuten kunta joutuu maksamaan sairaalalle ylimääräisten hoitopäivien kustannukset kaksinkertaisena. (Laiho 2010.)

Kuntoutustyö sairaaloissa, päiväsairaaloissa, hoivakodeissa, ja omissa kodeissa on eräs Tanskan mallin erityispiirre. Sairaaloiden tehtävänä on laatia kotiutettaville potilaille kuntoutussuunnitelmat, joiden perusteella käynnistetään jatkohoito kotiin. Suunnitelmissa on usein puutteita ja sairaaloiden ja kuntien yhteistyössä on parannettavaa. Iäkkäistä tanskalaista suurin osa haluaa asua kotona. (Laiho 2010.)

Ruotsi: Ruotsissa vanhustenhuollon uudistus on käynnistynyt 1970 – luvulla ja virallistettu 1990 –luvulla. Ruotsissa ei ole samantyyppistä vanhusten pitkäaikaislaitos- ja sairaalahoitoa kuin suomessa. Vanhuksista 90 % asuu kotona tuetusti eri

palveluin. Periaatteena on, että vanhus asuu samassa palveluasunnossa elämänsä loppuun saakka ja tarvittaessa käy sairaalassa. Kotihoidonrooli on kasvamassa” Framtidens Halsö och sjukvård”. Kotona on mahdollista tehdä esimerkiksi yksinkertaisia leikkauksia. (Klemetz ym. 2013,65.)

Vanhuksen joutuessa äkillisen kriisin vuoksi sairaalaan. Akuuttihoiton jälkeen hänet joko kotiutetaan tai aloitetaan välittömästi kuntoutus ja tehdään erilaisia toimenpiteitä, jotta hänet voidaan kotiuttaa. Kuntoutussairaala on monipuolinen kuntouttava yksikkö. Kuntoutussairaalassa olo aika korkeintaan 14 vuorokautta. Kotiutuksesta vastaa erillinen kotiutustiimi. Tiimi käy asiakkaan kuntoutuessa, arvioimassa asunnon, siellä tehtävät kodinmuutostyöt ja esimerkiksi hälyttimen tarpeen. Kuntoutumisjakson aikana tehdään tarvittavat muutostyöt ja tiimi suunnittelee kotiin annettavat hoidot ja palvelut valmiiksi. Vanhukselle järjestetään kotiapua keskimääriin viisi tuntia viikossa. Kuntoutusjakson lopussa on arviointi ja vasta kuntoutuksen jälkeen tehdään esimerkiksi päätös palveluasumiseen sijoittamisesta. Göteborgin mallilla useimmat vanhukset ovat pystyneet asumaan kotona. Palveluasuntoja on jouduttu sulkemaan. Malli perustuu ennaltaehkäisevään toimintaan, kotikuntoutukseen ja väljiin rakennuksiin. Mallin avulla toimien on Göteborgissa päästy tilanteeseen, jossa 80 % sellaista vanhuksista, jotka aiemmin sijoitettiin palveluasuntoihin, on voinut palata koteihinsa asumaan tuetusti. Kuntoutus ymmärretään laajana tehtävänä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2012,11 -12)

Ruotsin terveydenhuollon uudistuksessa on merkittävänä tekijänä avoimuus. Hoitolaitoksia pisteytetään potilaspalautteen avulla. Informaatiota on saatavana verkkopalveluna. Tietokannasta voi etsiä hoitopaikan, jossa on lyhyin toimenpide tai leikkausaika. (Klemetz ym.2013,67.)

Hollanti: Terveydenhuollon uusi järjestelmä astui voimaan 2006. Kaikilla henkilöillä on oltava vakuutus. Hollannissa on perhelääkäri järjestelmä. (Klemetz ym. 2013,61-62.) Vanhusten palveluntarpeen arvioinnista vastaa palveluntarpeen arviointikeskus (CIZ), jotta käytännöt maassa ovat yhtenäiset. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden määrittelee alueellista tarve arviointia tekevä toimisto (RIO). Hoidontarpeen arvioinnin jälkeen voi ottaa yhteyttä alueelliseen tai paikalliseen kotihoidon organisaatioon.(Välikangas 2009,41.) Kunta päättää kotihoidon tarpeesta, terveydenhoidosta, avuntarpeesta esimerkiksi siivous, asuntoremontit tai pyörätuolit. Avustusta voi hakea kotihoidon ostamiseen ja palvelua voi ostaa omaiselta. Hollannissa on kehitetty

uusien palvelumuotojen iäkkäille, joita on suunnattu kotona asumisen tukemiseen. Tällainen on esimerkiksi ”terveys tilaus” siinä kiinteällä kuukausi maksulla saa äkilliseen tarpeeseen tilapäistä palvelumajoitusta, sosiaalista tai lääketieteellistä apua. Hollannissa on vuokra asuminen yleistä ja asuminen väljästi. Hollannissa on erilaisia asumismalleja ja iäkkään hyvinvoinnissa asuminen on keskeisessä asemassa. Asuntoon on mahdollista teettää muutostöitä, silloin toimintaterapeutti tarkistaa asunnon ja tekee korjaussuunnitelman. (Klemetz ym.2013, 61 -63.)

Hoidon ja palvelun tarvetta kartoittaessa huomioidaan lähiverkosto. Tarkistetaan mitä henkilö voi itse tehdä, sitten kartoitetaan perheen ja omaisen auttamisen mahdollisuudet. Verkostossa huomioidaan naapurit ja vapaaehtoiset. Tavoitteena on yksilöllisyys ja yhteisöllisyys. Kotihoito toteutetaan erillisten organisaatioiden kautta. Yksityisiä palvelun tuottajia hyödynnetään. (Katajisto, 2010.)

Hollantilaiset vanhukset selviytyvät itsenäisemmin ja kuntoutuksen ja kunnon ylläpitämisen rooli on nähtävissä palvelujärjestelmässä. Yli 80 – vuotiaista 10 % asuu ympäri vuorokautisessa palveluasunnossa tai hoivakodissa ja 18 % asuu palveluasunnossa, jossa on henkilökuntaa päivällä. (Keski- Suomen sairaanhoitopiiri 2012, 12.)

3.6 Aiempaa tutkimustietoa

Kotiuttamiseen liittyvän tutkimustiedon mukaan potilaiden ongelmat kotiuttamisen jälkeen ovat samankaltaisia, riippumatta siitä missä maassa tutkimus on tehty. (Koponen. 2007,17). Kansainvälisesti kotiutumista ja kotona selviytymistä on tutkittu kohtalaisen paljon. Kansainväliset tutkimukset liittyvät useammin, johonkin sairauteen, ei varsinaisesti kotiutumiseen. (Rantasalo 2007,8.)

Koponen, Leena (2003, 37,108,120) on väitöskirjassaan kehittänyt substanssiteorian iäkkään potilaan selviytymistä edeltävästä yhteistyöstä potilaan, omaisten ja hoitopaikan välillä. Potilaan siirtyessä sairaalasta kotiin tai kotoa sairaalaan. Teorian kehittämisessä ja aineiston analysoimisessa käytettiin grounded teoria- menetelmää. Ehdotetun teorian avulla voidaan jäsentää iäkkään potilaan selviytymistä ja perheenjäsenten osuutta voidaan selkiyttää.

Lämsä, Riikka (2013) tarkasteli väitöskirjassaan sitä, millaista on potilaana olemisen sairaalaosastolla. Tutkimusaineistonsa Lämsä keräsi vuosina 2007 ja 2008

kolmelta sisätauti osastolta, joista yksi oli erikoisairaanhoidon osasto ja kaksi oli perusterveydenhuollon sairaalassa. Aineisto oli kerätty havannoimalla osaston tapahtumia, keskustelemalla potilaiden ja henkilökunnan kanssa sekä kokoamalla kirjallista aineistoa. Tutkimustuloksen mukaan potilaiden kotiuttamiskäytäntöihin olisi hyvä laatia läpinäkyvät, yleisesti hyväksytyt kriteerit. (Lämsä, 2013,124)

Lämsä (2013, 105 -107) toteaa tutkimuksessaan, että kotiuttamista perustellaan potilaan toimintakyvyllä, elämäntilanteella ja lääketieteellisillä tai hallinnollisilla syillä. Keskustelut ovat konflikti herkkiä, sillä tilanteissa neuvotellaan asioiden tärkeysjärjestyksen lisäksi, siitä minkä kuntoisena potilaan voi lähettää kotiin. Tämän tapaiset neuvottelut tulisi käydä muualla kuin yksityistä potilasta koskevan kotiutusneuvottelun yhteydessä.

Salin, Sirpa (2008,75 -80) väitöskirja, jossa tutkimustuloksena syntyi lyhyt aikaisen potilaan laitoshoidon reaalimalli. Tutkimustulosten mukaan lyhytaikaishoito on merkittävä tukipalvelu, jotta yhteiskunnan asettamat tavoitteet yli 75-vuotiaiden kotona asumiseen toteutuvat ja omaishoitajan tukeminen onnistuu. Väitöstutkimuksen kohteena oli omaishoitajat, jotka hoitavat ikääntyneitä perheenjäseniä ja käyttävät säännöllisesti lyhytaikaisen laitoshoidon palveluja. Toisena kohderyhmänä oli lyhyt aikaisen laitoshoidon osasto henkilökunta. Tutkimustuloksen mukaan hoitohenkilökunta ei aina tiedä tarpeeksi kotitilanteesta ja he toivoivat mahdollisuutta käydä kotikäynnillä.

Suomessa keskeinen tutkimus on Teija Hammarin , väitöskirja, (2008,4) Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa –kotihoitoon asiakkaan avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tämä tutkimus on osa Palveluja yhteen sovittava kotihoito –ja kotiutumiskäytännön kehittäminen ja testaaminen PALKO-projektia, siinä kehitettiin, toimeenpantiin ja arvioitiin uudenlainen palveluja yhteen sovittava kotihoito- ja kotiutumiskäytäntö PALKO -malli. PALKO- projektissa oli mukana 22 kuntaa. Tutkimus koostui kahdesta erillisestä osatutkimuksesta. PALKO –malli sisältää geneerisen palveluja yhteen sovittavan kotiutumisen ja kotihoito käytännön ja siihen liittyvät arviointi kriteerit ja menetelmät mallin toimeenpanemiseksi eri ympäristöissä. Tutkimus tuo uudenlaisen mallin, palveluja yhteen sovittavan kotihoito ja kotiutumiskäytännön vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Kehitetty käytäntö tarkoittaa, että kehittäessä kotiutumis - ja kotihoitokäytäntöjä PALKO - mallin suuntaisesti kunnissa voidaan tuottaa palveluja ikääntyneelle väestölle entistä tehokkaammin. Mallin tavoitteena oli edistää asiakkaan kotona selviytymistä, itsemääräämistä, hoitojen ja

palvelujen saamista. Hallinnollinen tavoite oli parantaa horisontaalisen ja vertikaalisen toiminnan tehokkuutta. Helpottaa palvelujen käyttöä parantamalla hoito- ja palveluketjun toimijoiden yhteistyötä ja tiedonkulkua.

Rantasalo, Katri (2007, 49- 54) pro -gradu tutkielmassa on kuvattu ja analysoitu potilaan kokemuksia kotiutumisesta hänen siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotiin tai perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Potilaat olivat pääosalta tyytyväisiä sairaalasta kotiuttamiseen. Tiedon saantiin oltiin tyytyväisiä. Lisää tietoa olisi kaivattu sosiaaliavustuksiin ja henkiseen jaksamiseen. Kotiutushoitajan toimintaan oltiin tyytyväisiä. Vastaajien mielestä kotiutuminen epäonnistuu jos potilas ei ole kotikuntoinen, ja ei ole apuvälineitä tai muutostyöt kotona on tekemättä. Yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tulee lisätä ja arviointia kotiutumisen onnistumisesta/epäonnistumisesta tulisi tehdä säännöllisesti kaikkien kotiuttamiseen osallistuvien näkökulmasta

Rissanen, Pekka & Noro, Anja (1999, 5-7, 32-34) Stakesin julkaisussa, tutkittiin aivohalvaus ja lonkkamurtumapotilaiden hoitoketjuja. Hoitoketjujen tarkastelu toteutettiin hallinnollisten rekisterien pohjalta. Rekisterianalyysin tarkoituksena oli kartoittaa organisaatioiden ja kuntien hoito -ja kotiuttamiskäytäntöjä. Tutkimuksessa muodostetut hoitoepisodit ja niitä kuvaavat episodiprofiilit kuvaavat, että potilaiden hoito ja kotiuttamiskäytännöt vaihtelevat. Hoitoajat olivat pitkiä. Potilaan hoidontarve oli keskeinen kotona selviytymistä ja sairaalahoidon uusimista selittävä tekijä. Kunnan palvelurakenteen avohoitopainotteisuus oli yhteydessä korkeampaan uusintahoitoepisodi riskiin, mutta ei uusintahoitoepisodien lukumäärään.

Atwal, Anita (2002) Iso-Britannia. Tutkimus oli tapaustutkimus. Tutkimustulosten mukaan työntekijöiden ammattitaidolla on keskeinen sija kotiuttamisessa ja ammattitaitoa kotiuttamiseen saa työkokemuksen kautta. Kommunikaatiolla oli keskeinen merkitys. Tutkimustulosten mukaan moniammatillisessa ryhmässä ei aina kuitenkaan yksilöllinen tieto siirtynyt. Potilaan sosiaalisesta tilanteesta ei tutkimustulosten mukaan keskustella tarpeeksi ja tiedonsiirtämisessä on ongelmia. Raportoitu tieto ei siirtynyt aina.

Mistiaen, P ym.(1997) Alankomaat. Tutkimus jossa oli strukturoitu kyselylomake ja haastateltiin osa tiedonantajista. Kysely oli tehty viikko kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa kotiutumisen jälkeisistä ongelmista ja selviy-

tymisestä kotona. Tutkimustuloksena oli, että kotona oloon liittyi hankaluuksi ja liian vähän apua ja 80 % vastaajista koki saaneen liian vähän tietoa levosta ja liikunnasta. He eivät tieneet keneen ottaa yhteyttä.

Madigan, Schott & Matthews (2001) Englanti. Tutkimuksessa selvitettiin kotihoidossa olevien potilaiden uudelleen sairaalaan siirtymisen syitä ja voidaanko sitä estää. Tutkimus oli määrällinen tutkimus, jossa 1. aineisto oli sairaalatilastot ja 2. aineisto oli 120 potilasta ja heidän kotisairaanhoidajat. Tutkimustuloksena on, että puolella potilaista kehittyi uusi sairaalahoitoa vaativa ongelma. Uudelleen sairaalaan joutuneet olivat iäkkäitä. Suurinta osaa sairaalaan joutumisesta ei voitu estää. 24 % potilasta joutui sairaalaan 12 viikon kuluessa.

4 OPPIMINEN

4.1 Kognitiivinen oppimiskäsitys

Kognitiivisen oppimisen ja ajattelun traditio on alkanut 1950-luvulla. Vuonna 1956 ilmestyi Jerome Brunerin ja hänen työtoverinsa kirja *A Study of Thinking*. Brunerin lähestymistapa erosi behavioristien ajattelusta siten, että hän tarkasteli oppimista ajattelun tuotoksena. Osaltaan Brunerin vaikutuksesta oppimista alettiin tarkastella kognitiivisten rakenteiden muodostumisena ja uudelleenmuotoutumisena. Bruner väitti, että eri tietämysten alueilla yleisten sääntöjen ja rakenteiden oppiminen on oleellisempaa kuin ainoastaan erillisten faktojen muistaminen. (Lehtinen & Kuusinen 2001, 92 -93.)

Kognitiivisen ajattelutavan mukaisesti ihminen nähdään tiedonkäsittelijänä. Joka voi tietoisesti asettaa itselleen tavoitteita ja voi itsenäisesti ohjata toimintaa tavoitteiden suuntaan. Tavoitteiden muotoutumista ja valintatapojen valintaa määrittelevät yksilön aiempiin kokemuksiin perustuvat tiedot ja taidot ns. tiedolliset skeemat tai sisäiset mallit ja niiden avulla tehdyt havainnot ulkoisesta maailmasta. (Lehtinen & Kuusinen 2001, 85.)

Kognitiivisessa oppimiskäsityksessä keskeinen käsite on skeemat. Skeemat tarkoittavat yksilön kokemusten välityksellä rakentunutta sisäistä mallia. Uudessa tilanteessa ihminen tulkitsee tilannetta aiempien kokemusten pohjalta. Tilanteessa olevat tutut asiat aktivoivat skeemojamme. Tilanteen tulkinta ei vaadi sopivan skeeman löytämistä. Skeemat ovat yleensä monitasoisia, ja hierarkkisia; yläskeemaan sisältyy alaskemoja. Skeemat rakentuvat jatkuvasti kokemusten ja tiedon lisääntyessä. Emootiot ovat osa skeemoja. (Rauste – Von Wright, Von Wrigth & Soini 2003, 91-92.)

Mielekäs oppiminen alkaa käytännön elämän ongelmista ja ristiriidoista. Oppijan mielessä syntyy tiedollinen ristiriita, kun hänen tietonsa ja taitonsa eivät riitäkään tilanteen hallitsemiseen. Oppija pyrkii ratkaisemaan ristiriidan joko hankkimalla uutta tietoa (assimilaatio) tai hän järjestää aiemman tiedon uudella tavalla (akkomodatio). Oppimisen tuloksena syntyy jäsenyneitä ajatuksia sekä selittäviä periaatteita, joista muodostuu oppijalle toimintaa ohjaavia sisäisiä rakenteita ja malleja, skeemoja. Uuden tiedon omaksuminen nähdään aina riippuvaisena aikaisemmasta tiedosta. (Oppimiskäsitykset 2012. Kognitiivinen oppimiskäsitys.)

Muita oppimiskäsityksiä: Behavioristinen oppimiskäsityksen mukaan tietoa maailmasta saadaan kokemusten kautta. Oppiminen nähdään ärsyke-reaktiokytkentöjen muodostumisina, jota voidaan säädellä vahvistamisella. (Tynjälä 1999,29.) Konstruktivinen oppimiskäsitys pohjautuu tiedonkäsitykseen eli epistemologiaan. Konstruktivismiin eri suuntaukset näkevät ihmiset aktiivisina toimijoina.(Tynjälä 1999, 22.) Humanistisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen perustuu oppijan kokemukseen ja itsereflektioon. On kykyä arvioida omia kokemuksia ja omaa oppimista.(Oppimiskäsitykset 2012. Humanistinen oppiminen.)

4.2 Kognitiivinen oppiminen

Metakognitiivisilla tiedoilla tarkoitetaan tietoja yksilön kognitiivisista ja emotionaalisista prosesseista esimerkiksi hänen kykyä arvioida mitä hän ymmärtää tai osaa. Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan vastaavasti yksilön taitoja käyttää metakognitiivisia tietoja hyväkseen. Oppimisen edellytyksenä on, että oppija arvioi mitä hän jo osaa tai mitä ei osaa tai ei ymmärrä. (Rauste -Von Wright, Von Wright & Soini 2003, 66.)

Kognitiivisen oppimisen tavoitteena on monimutkaisen ongelmanratkaisu taidot. Oppimisympäristöt tukeutuvat sisältöspesifiin tietoon ja haastavat päätöksentekoon siitä mitä ja milloin on sovellettava. Oppimistehtävät perustuvat omantiedon ja ajattelun käyttämiseen. (Julkunen 2002, 163.)

Oppiminen on kokonaisvaltaisten ja aktiivisten sisäisten mallinen luomista. Oppiminen on oppijan henkistä toimintaa, jossa oppija muodostaa selitysmalleja ilmiöille. Hän valikoi ja tulkitsee opittavaa ainesta. Oppija sulauttaa uuden aineksen toimintaansa ja aikaisempiin tietorakenteisiinsa. Uusi aines muokkaa ja muuttaa aiempaa tietorakennetta ja toimintaa. Mielekkyys syntyy kun uusi tieto sulautuu oppilaan toimintaan ja aikaisempaan tietoon. Silloin kun tällainen yhteys jää heikoksi, sitä vähemmän opittavalla tiedolla on mieltä oppilaan kannalta. (Engeström 1994, 19.)

Sisäisten mallien muodostumisessa tiedot, taidot ja asenteet sulautuvat yhteen. Ihminen ohjaa omaa toimintaansa omaksumiensa tiedollisten mallien avulla. Omaksumisessaan uusia asenteita, ihminen omaksuu niiden kohteista myös oikean tai virheellisen kuvan. (Engeström 1994, 19.)

Orientaatioperustaksi nimitetään ajattelu - ja toimintamallia, jolla ihminen muodostaa oman käsityksen kohteesta, arvioi ja käsittelee sitä ja ratkaisee siihen liittyviä tehtäviä. Orientaatioperusta käsitteen on alun perin luonut P.J. Galperin. Orientaatioperusta tarkoittaa opetettavan suorituksen pohjana olevan sisäisen mallin kuvaamista. Sille annetaan ulkoinen aineellinen muoto esimerkiksi paperille tai muuten havainnollistetaan. Tämä on sisällöllisen tavoitteen määrittelyn tulos. Selkeä konkreettinen malli helpottaa oppimistyöskentelyä. Tämä antaa oppilaalle kehikon, jonka avulla hän tulkitsee, jäsentää ja käyttää uutta ainesta. (Engeström 1994, 76-78.)

Oppiminen voidaan määritellä prosessiksi, siinä tietyn kokemuksen merkitys tulkitaan uudelleen. Oppimisprosessin tuloksena syntyy tietoa ja osaamista. Ammatilla on käytössä kahden laista tietoa, joita kutsutaan eksplisiittiseksi täsmälliseksi ja tacit eli äänettömäksi tiedoksi. (Jalava & Virtanen 1998, 28.)

Oppiminen on aina valikoimista, jäsentämistä, tulkintaa ja uuden tiedon sulauttamista vanhaan tietorakenteeseen. Oppiessa ihminen rakentaa uuden kuvan opittavasta asiasta, hän ei ainoastaan kopioi sitä, vaan muokkaa uudelleen entistä tietorakennetta ja entisiä käsityksiään. (Engeström 1994, 43.)

Erjō Egströmin(1994) oppimisprosessimalli jaetaan osatekijöitä. Engeström kuvaa täydellistä oppimista erilaisten vaiheiden kautta.

1. Motivoituminen; tarkoittaa tietoisien mielenkiinnon heräämistä opittavaa asiaa kohtaan. Tämä edellyttää, että oppilas tiedostaa ristiriidan opittavan uuden ajattelun- ja toimintamallin sekä oman aikaisemman tietorakenteenvälillä. Ristiriita tiedostetaan ongelma tilanteissa, kun ratkaisun hallintaan ei entiset arkikäsitteet riitä.
2. Orientoituminen; Muodostetaan jäsentynyt, tietoinen ennakkomalli.
3. Sisäistäminen; Aiemman ajattelu -tai toimintamallin muokkaamista uuden tiedon avulla. Oppija suhteuttaa uutta tietoa aikaisempaan, tulkitsee ja sulattaa tiedot uudeksi malliksi. Voidaan nimittää myös mieleenpainamiseksi.
4. Ulkoistaminen; tarkoittaa, että mallia sovelletaan ja sen avulla ratkaistaan ongelmia ja toteutetaan uutta.
5. Arviointi; tarkoittaa, että oppilas tarkastelee kriittisesti opittavan mallin pätevyyttä ja todenmukaisuutta.

5 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän kehittämistehtävä toteutettiin toimintatutkimuksena. Ryhmätapaamisissa eteneminen tapahtui keskustelemalla. Käytännöntieto tuli ryhmästä ja tutkijalta teoriatieta. Oppimisenäkökulmaksi oli valittu kognitiivinen oppiminen.

Toimintatutkimuksen perusideat saivat alkunsa 1940-luvulla. Toimintatutkimuksen perustajaksi esitetään useimmiten saksalais-amerikkalainen sosiaalipsykologi Kurt Lewin 1890 -1947. Lewin joutui Saksan keisarillisen armeijan asevelvollisena rintamapalvelukseen ensimmäisessä maailmansodassa. Hän haavoittui ja kirjoitti artikkelin Krieglandschaft ”sotamaisema”, jossa hän pohti miten ihminen hahmottaa maiseman erilaisena tilanteensa ja asemansa mukaan. Kurt Lewin kehitti kenttäteorian, joka katsotaan hänen suurimmaksi ansioksi, jossa ajatus sotamaisemasta sai matemaattisen muodon. Kenttäteoriaa voi soveltaa mihin tahansa sosiaaliseen yhteisöön. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007,23 -24.)

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Siinä yhdistyy teoria ja käytäntö. Siinä tutkitaan ihmisten toimintaa. Toimintatutkimus kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan ja pohjautuu vuorovaikutukseen. Ihmiset ottavat toiminnassa huomioon toiset henkilöt. Heitä ohjaa yhteinen tulkinta, merkitys tai näkemys yhteisestä toiminnasta tai sen tarkoituksesta. Toiminta on yhteisesti sovitua ja sisällä on yhteinen merkitys. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu toiminta tai tutkimus projekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintoja. Yhteistoiminnallinen tutkimus (co- operative inquiry) on sellainen, jossa ryhmä tapaa suunnitelmallisesti esimerkiksi kerran kuukaudessa, keskustelee sovitusta teemasta ja kehittää toimintaansa. (Heikkinen ym.2007,16 -18, 29.)

Toimintatutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat käytäntöön suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Toimintatutkimuksen kohde tai tutkimuksen substanssi voi olla mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre. Toimintatutkimuksessa on olennaista se, että tuotetaan uutta tietoa ja pyritään tutkimisen avulla erilaisten asiutilojen muutokseen edistämällä tai parantamalla niitä. (Kuula 1999,11.)

Tutkija osallistuu ja tekee tutkimuskohteeseen tarkoituksellisen muutoksen intervention. Tutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija fasilitaattori. Toimintatutkimuksella tavoitellaan uskon valamiseen ihmisiin ja toimintamahdollisuuksiin. (Heikkinen ym. 2007,19.)

Toimintatutkimukseen kuuluu syklistyys. Se on suunnitelmaan perustuvaa kokeilua, jossa toiminnasta seuraa kokemusten pohjalta parannettu suunnitelma. Toimintaa hiotaan useiden peräkkäisten suunnittelu ja kokeilu syklien avulla. Näin muodostuu vuorovaikutuksena etenevä spiraali. (Heikkinen ym. 2007,19.)

Heikkisen, Huttusen ja Moilasen kirjassa (1999, 38) tuodaan esille, että Kemmis on todennut, sen että malli reflektiivisen spiraalin tavoin etenevästä toimintatutkimuksesta antaa yleiskuvan toiminnan etenemisestä. Todellisuudessa prosessi etenee siten että vaiheet ovat toistensa lomassa. Usein prosessin aikana sivukysymyksestä tai pienestä ongelmasta alkaa kasvamamaan merkittävä suunta koko tutkimukselle. Toimintatutkimuksessa kehkeytyy eräänlaisia sivuspiraaleja.

Tutkimuskohteen tarkasteleminen sisältäpäin vaikuttaa tutkijan suhtautumiseen aineistoon ja sen analysointiin. Tutkijalle myös oma välitön kokemus on osaa aineistoa. Vähittäistä ymmärtämisen ja tulkinnan prosessia nimitetään hermeneuttiseksi kehäksi. Tutkija osallistuu tutkimuskohteen toimintaan ja tämä näkyy kielenkäytössä ja hän ei välttämättä etäännyttä itseään kohteesta piiloutumalla passiivimuotoon tai yksikön kolmanteen persoonaan. (Heikkinen ym. 2007, 20 -21.)

Toimintatutkimus on prosessi, siinä lisääntyy vähitellen ymmärrys ja tulkinta. Perinteisessä tutkimuksessa tarkastellaan sitä miten asiat ovat. Toimintatutkimuksessa ajatellaan miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ne ovat menossa. Yleensä tutkimus tuottaa väitelauseita, siitä kuinka asiat ovat. Näin tutkimus rakentuu loogisten väitteiden avulla esitetyn argumentaation varassa. Väitteistä ja vastaväitteitä rakentuu uusi synteesi ja yleisesti pätevä teoria. (Heikkinen ym. 2007, 36.)

Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyritään laajenevaan dialogiin, jossa toisilta opitaan ja heistä ollaan kiinnostuneita. Aktiivinen osallistaminen on mahdollista avoimessa vuorovaikutus tilanteessa. Dialoginen lähestymistapa perustuu tapaan kysyä ja oppia toisilta. Kehittäminen on avoin prosessi, siinä tavoitteita tai tuloksia ei voi tietää etukäteen, sillä ne määritellään yhteisen prosessin aikana. Osallistavan

arvioinnin luonteeseen kuuluu arvostava näkökulma ja arvioitavasta kohteesta etsitään vahvuuksia (Toikko & Rantanen 2009, 93, 97.)

5.2 Suunnittelu

Kehittämisryhmä: Kehittämisryhmän muodosti ryhmä, jossa oli hoitohenkilökuntaa Lapinlahden terveyskeskuksesta ja hoitohenkilökuntaa eri yksiköistä, joihin potilaita Lapinlahden terveyskeskuksesta kotiutetaan.

Marraskuu 2012 ryhmän kokoaminen: Marraskuun lopulla aloin koota ryhmää. Laitoin 27.11.2012 sähköpostilla aiheesta tiedotteen yksiköiden esimiehille. Joistain yksiköistä tuli nopeasti vastaus ja kiinnostus aiheeseen. 4.1.2013 laitoin vielä kolmeen yksikköön uudet tiedotteet varmistaakseni osallistujat ja kohdensin nämä myös suoraa vastuuhoidajille. 14.1.2013 2013 oli ryhmä koossa ja ilmoittautuneita oli neljätoista. Taulukossa on kuvattuna ryhmän kokoaminen.

27.11.2012 Ensimmäinen tiedote kehittämisryhmän kokoamisesta kohdennettu esimiehille
4.1.2013 Kolmeen yksikköön uudet tiedotteet kohdennettu vastuuhoidajille
14.1.2013 Ryhmä koossa 14 osallistujaa
20.1.2013 Tiedotteet ryhmänjäsenille ja ensimmäiseen ryhmätapaamiseen kutsu

Joulukuu 2012 tiedonkerääminen: Joulukuussa 2012 aloin tiedon keräämisen. Tutustuin erilaisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Hain tietoa erilaista väitöskirjoista, pro -gradu- tutkielmista, tieteellistä artikkeleista, kirjoista, lehdistä, myöhemmin hyvistä käytännöistä. Tiedonkerääminen oli melko suuri ja aikaa vievä vaihe, mutta tästä saadun tiedon perusteella muodostui teemat. Tein aluksi listoja aiheista, joita sitten yhdistelin. Hahmottelin kokonaisuuksia. Tein itselleni tavoitteet ja ajankäytön suunnitelma, koska jo alkuvaiheessa oli otettava huomioon aika, joka meni ryhmätuntien valmisteluun ja materiaalin tekemiseen. Tammikuussa 2013 kävin vielä keskustelua esimiehen ja johtavanhoitajan kanssa. Tutkimuslupa myönnettiin 18.1.2013. Tällöin ryhmä oli koossa. Tutkimusluvan saatuaani laitoin 20.1.2013 tiedotteet ja kutsun ryhmänjäsenille ensimmäiseen ryhmätapaamisesta joka oli 5.2.2013. Osallistujien taustatiedot sain ensimmäisessä ja toisessa ryhmätapaamisessa. Suunnittelussa otin huomioon toimintaympäristön, jossa kokoontuimme, tila

oli aina varattava ennakkoon. Lisäksi oli otettava huomioon, aika joka on mahdollista käyttää ryhmätapaamiseen 60 -90 min.

Tässä taulukossa on kuvattu kehittämisprosessin etenemisen aikataulu.

Ensimmäinen ryhmätapaaminen 5.2.2013	Aiheet: Kehittämistehtävän esittely, yhdessä ideointi ja suunnittelu
Toinen ryhmätapaaminen 4.3.2013	Aihekokonaisuudet: Kotiuttaminen, kotiuttamisprosessi ja vaiheet kotiutusvalmiuden arviointi ja kotiuttamispäätös. tulevaisuusvaihe, kokonaistilanteenkartoittaminen, kotiutussuunnitelma Yhteistyö.
Kolmas ryhmätapaaminen 8.4.2013	Aihekokonaisuudet: Asiakslähtöisyys, kotiuttaminen, kotiuttamisprosessin vaiheet organisointi ja arviointi, ammattihenkilöiden tehtävät, hoitotyönyhteenvedo ja kirjaaminen, ISBAR, järjestöjen sosiaaliturvaopas
Neljäs ryhmätapaaminen 6.5.2013	Aihekokonaisuudet: Tiedonkulku, potilasohjaus, työkierto, ISBAR kertaus, väliarviointi
Viides ryhmätapaaminen 2.9.2013	Aiheet: Kertaaminen ja suunnittelu
Kuudes ryhmätapaaminen 7.10.2013	Aiheet: Mallien esittely, ryhmäläisten tehtävien esitys, mallin rakentaminen. loppuarviointi

Tammikuu 2013 suunnitelma: Suunnittelin ensimmäisen oppitunnin ja laadin materiaalin (liite 1) ensimmäiseen ryhmätapaamiseen, josta tein diaesityksen. Pohdin ajankäytön mahdollisuudet ja ajattelin, että ryhmäläisten on hyvä tutustua toisiinsa ja osallistua ideointiin ja suunnitteluun ja valitsin aivoriihi menetelmän. Ensimmäisessä tapaamisessa oli suunnitelmassa sopiminen aikatauluista ja pelisäännöistä. Ajattelin, että jokaisessa ryhmätapaamisessa on loppukeskustelu ja että jokaisessa ryhmätapaamisessa on lopuksi palautteen antaminen, tämän avulla voi suunnata kehittämistoimintaa ja oppimista.

<p>Ensimmäinen ryhmätapaaminen 5.2.2013 klo 14 -15:15 Terveyskeskus kokoushuone Paikalla 10 ryhmän jäsentä Aiheet: Liite 1. Aiheen esittely, ideointi ja suunnittelu</p>	
<ul style="list-style-type: none"> -kehittämistehtävän aihe ja tausta -tavoite ja tarkoitus -kehittämistehtävä -ryhmä tutkimusmenetelmä -kognitiivinen oppiminen 	<ul style="list-style-type: none"> -osallistavat kehittämismenetelmät -aikataulusta sopiminen/pelissäannot -ideointi ja suunnittelu ja aivoriihi -keskustelu -palaute

Ideointi ja suunnittelu ensimmäinen ryhmätapaaminen 5.2.2013. Ryhmätapaamisen aiheena oli kehittämistehtävän esittely ja ideointi ja suunnittelu. Paikalla oli kymmenen ryhmän jäsentä. Varsinainen kehittämisprosessi käynnistyi tästä. Keskustelimme kehittämistehtävän aiheesta, taustasta ja tavoitteista. Keskustelimme toimintatutkimuksen luonteesta sen sosiaalisesta ja osallistavasta tavasta. Kerroin toimintatutkimuksesta. Keskustelimme, siitä että tietoa viedään työyhteisöihin ja pohditaan siellä asioita, ja tuodaan tapaamisiin tätä tietoa. Kaikki ryhmäläiset kertoivat aiheen olevan ajankohtainen ja tarpeellinen, jokaisella oli omakohtaisia kokemuksia kotiuttamisesta ja he toivat esille kehittämistarpeita. Keskustelimme myös oppimisprosessista ja kognitiivisesta oppimisesta.

Sovimme tiedottamisen kanavaksi Efficca- sähköpostin ja että laitan kaikille ryhmänjäsenille Efficcan kautta, oppimismateriaalin jokaisesta tapaamiskerrasta. Lisäksi sovimme että, laitan jokaiselle yhteenvedon ryhmätapaamisen jälkeen. Nämä ovat oppimismateriaalia. Yhteenvedon mukana tulee myös tieto seuraavasta ryhmätapaamisesta. Ajattelin, että näin menee tieto myös mahdollisesti poissaoleville ryhmän jäsenille.

Ideointivaiheessa luodaan pohja tulevalle toiminnalle. Ryhmän jäsenten on hyvä jo alkuvaiheessa tutustua toisiinsa. Aluksi tavoitteena oli saada ryhmä osallisiksi ja sitoutumaan. Ryhmäläiset ideoivat ja suunnittelivat. Aivoriihi menetelmää käytettiin.

Aivoriihimenetelmä: Aivoriihimenetelmä on suosittu ryhmäluovuustekniikka. Siinä ideana on tuottaa paljon ideoita ongelman ratkaisemiseksi. Tämä menetelmä rikastuttaa ajattelua. Ominaisuudeltaan menetelmä on helppokäyttöinen ideointimenetelmä ja siinä pyritään löytämään erilaisia ideoita, joita ei saa arvostella ideointivai-

heen aikana. Ideat esitetään vuoronperään ja fasilitaattori kirjaa kaikki esitetyt ideat näkyviin. (Hassinen 2008, 46 -47.)

Ideana oli kotiuttamisen kehittäminen. Ryhmäläiset halusivat tehdä tämän parityönä. Menetelmä oli tussi ja liimalappu menetelmä. aiheeseen. Työskentelyn lopuksi kokosin kaikki aiheet eli liimalaput fläppitauluun. Kävimme kaikki ideat läpi yksitellen. Samantyyppiset ideat yhdistettiin. Lopputuloksena muodostui aihealueita, joita olivat yhteistyö, työkierto, tiedonkulku, kirjaaminen, hoitotyön yhteenveto, ammattitaito, toisen työn kunnioittaminen, toimintakyky, omainen, lääkehoito, apuvälineet, yöhoito, kotisairaala ja kotiutushoitaja. Sovimme, että käsittelemme aiheita kokoon-tumiskerroilla.

Ryhmäläiset saivat lisäksi idean vierailuista toisiin yksiköihin ja sovimme, että tämän he suunnittelevat ja toteuttavat omatoimisesti. Kehittämistoiminnan tavoitteeksi määriteltiin yhteistyön kehittäminen ja kotiuttamisen mallin rakentaminen. Kehittä-mistoiminnan toteutuksen kannalta on eduksi, jos tavoite on konkreettinen. (Toikko & Rantanen 2009,57).

Ensimmäisessä tapaamisessa suunnittelimme aikataulun, siten että kokoontumisia keväälle tuli vielä kolme ja syksyyn jäi kaksi tapaamiskertaa. Kokoontumiset olivat kerran kuukaudessa. Kesällä ei ollut ryhmätapaamisia. Ryhmäläiset halusivat sopia seuraavan tapaamiskerran, mutta ei muita kertoja. Kerroin, että ryhmälle on varattu kokoontumispaikaksi aina terveyskeskuksen kokoushuone. Kartoitin ensimmäisessä ryhmätapaamisessa osallistujien tietopohjaa ja tuli esille, että on tarpeellista käsitellä perusasioita, jotta kaikille ryhmäläisille muodostuu yhtenäinen käsitys aiheesta.

Helmikuu 2013 oppitunnin suunnittelu: Suunnittelin toisen ryhmätapaamisen oppitunnin. Valmistelin materiaalin (liite 2), joista tein diaesityksen. Käytettävä aika ohjasi rakennetta, ja oli otettava huomioon keskusteluihin kuluva aika ja ryhmän tuoma käytännöntieto se mitä käydään keskustellen. En laatinut kirjallista materiaalia, kaikista aiheista esimerkiksi kirjaamisen. Organisaatiossa oli tulossa aiheesta koulutusta. Ajattelin, että tätä kokonaisuutta on hyvä käydä keskustellen. Tein suunnitelmaan osaltaan joustavaksi, jota oli mahdollisuuden muuttaa. Otin huomioon ryhmän valitsemat aiheet, tähän oppituntiin valitsin tältä pohjalta aiheeksi yhteistyön.

Tässä kokonaisuudessa oli muitakin aiheita, joita ryhmä oli ehdottanut ensimmäisessä tapaamisessa esimerkiksi lääkehoito.

Kokosin tutkimustietoa. PALKO- malli on keskeinen kotiuttamisen malli. Tähän kokonaisuuteen liitin kaksi väitöskirjaa lähteeksi, jotka olivat Leena Koposen väitöskirja (2003) potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Toinen väitöskirja oli Suomessa keskeinen tutkimus Teija Hammarin väitöskirja (2008) Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa –kotihoiton asiakkaan avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttavuus.

Jaon kotiuttamisprosessin käsiteltäväksi kahdessa osassa, koska ensimmäiseen tapaamiseen tuli paljon asiaa. Sain tästä samalla myös lähteitä huhtikuun oppituntiin. Uusia näkökulmia toin Siikalatvan mallin hoitotiedotteen muodossa ja erilaisten mittareiden avulla. Valitsin mittareita, joista on apua kartoittaessa potilaan kotona selviytymistä ja toimintakykyä, näistä mittareista esimerkiksi lyhyt toimintakyky arvio on ja nopea tapa mitata toimintakykyä. Kaatumisvaaran arviointi IKINÄ- mittarilla. Tällä menetelmällä voidaan arvioida kaatumisriskiä laitoksessa tai kotona. Aiheesta on saatavissa lisätietoa IKINÄ –oppaassa, joka sähköisessä muodossa. Lisäksi valitsin mittarin yksinäisyyden tunnistaminen, joka on nopea ja yksinkertainen tapa arvioida. Lääkehoidon kartoittamiseen valitsin uutta kirjatieta. Yhteistyö osaan, valitsin kirjatieta ja kotiuttamisesta tutkimustietoa.

Maaliskuu 2013 oppitunnin suunnittelu: Suunnittelin oppitunnin ja materiaalin (liite 3) kolmanteen ryhmätapaamiseen, joista tein diaesityksen. Otin huomioon keskusteluille varattavan ajan. Lisäksi laitoin suunnitelmaan ryhmän valitsemat aiheet. Tässä kokonaisuudessa niitä oli hoitotyön yhteenveto ja apuvälineet. Envalmistellut materiaalia apuvälineisiin ja tukipalveluihin. Tähän kokonaisuuteen suunnittelin useampia aiheita. Tarkoituksena oli ryhmälle ISBAR – menetelmä, joka turvallisen ja yhtenäisen tiedonkulun menetelmä. Tilasin kaikille ryhmäläisille sairaanhoitajaliitosta ISBAR kortit ja esitekirjaset. Kotiuttamisprosessin vaiheisiin olin valinnut samaa tutkimustietoa kuin oli edellisessä tapaamisessa. Lisäksi valitsin oppikirjoista sairaanhoitajan käsikirjan 2010. Hoitotyön yhteenvetoon ja kirjaamiseen valitsin kirjatieta ja tutkimustietoa. Ajattelin, että tunnin lopuksi, esittelin järjestöjen sosiaaliturvaoppaan 2013, siinä on hyvin esitelty sosiaaliturva osaa, tätä tietoa voi käyttää kotiuttamisen yhteydessä. Opas käy henkilöstölle ja myös potilaalle. Toimii ohjauk-

sen apuvälineenä. Oppaan lähteinä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Opas on saatavissa vain sähköisessä muodossa.

Huhtikuu 2013 oppitunnin suunnittelu: Suunnittelin oppitunnin ja materiaalin (liite 4) neljänteen ryhmätapaamiseen. Tein diaesityksen. Tähän osaan sisältyi ryhmän valitsemat aiheet tiedonkulku ja työkierto. Lisäksi suunnittelin, että on hyvä käsitellä hieman potilasohjausta. Varasin aikaa keskusteluun. Lisäksi oli otettava huomioon väliarviointi, johon oli varattava aikaa. Väliarviointiin suunnittelin ryhmäarvioinnin keskustellen ja laadin yksilöarviointiin kaavakkeen (liite 7). Valmistelin tunnin alkuun vähän tietoa yleisesti viestinnästä. Tiedonkulkuun valitsin lähteeksi KaarinaTantun väitöskirjan (2007). Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinto koordinoinnin näkökulmasta. Tähän oppituntiin sisältyi ISBAR- menetelmän kertaaminen, sekä korttien ja esitekirjasten jakaminen ryhmäläisille, jotka eivät olleet paikalla edellisessä ryhmätapaamisessa. Potilasohjauksen osa oli lyhyt ja siihen valitsin potilasohjauksen kaavion. Työkierron osa jäi myös lyhyeksi.

Elokuu 2013 suunnittelu: Suunnittelin tunnin sisällön ja tein diaesityksen syyskuun ryhmätapaamiseen (liite 5). Tässä tapaamisessa oli aiheena kertaaminen. Ajattelin, että varaan aikaa keskusteluun ja laitoin kevään ryhmätapaamisten aiheet diaesitykseen. Suunnittelin tehtävän ja ohjeistuksen ryhmäläisille pienen kirjallisen tuotoksen muodossa, jonka he tekevät työpaikoillaan. Tämä esitettiin viimeisessä ryhmätapaamisessa

Syyskuu 2013 suunnittelu: Suunnittelin ja valitsin materiaalin viimeiseen ryhmätapaamiseen (liite 6), josta tein diaesityksen. Aiheena oli Kotiuttamisen mallin rakentaminen. Valitsin tunnin alkuun esiteltäväksi kaksi kotiuttamisen mallia, joista ensimmäinen oli Siikalatvan seutukunnankotiuttamisen. Joka on hyvä käytäntö. Mallin suunnittelussa on asiakas ollut keskeinen tekijä. Mallissa asiakasta koskeva hoitotieto siirtyy hänen mukanaan reaaliajassa. Tästä samasta mallista olin hieman keskusteltu aiemmin, ryhmän toisessa tapaamisessa, silloin oli esillä oli tässä mallissa kehitetty hoitotiedote.

Toisena mallina oli Pyhäjärvisseudun -pilotti hanke, jossa tavoitteena oli kehittää palveluja siten, että laatusuosituksen tavoitteet alueella toteutuvat. Pää tavoitteena on, että ikääntyneillä on mahdollisuus asua kotonaan tai kodinomaisissa olosuh-

teissa mahdollisimman pitkään. Hankkeessa kehitettiin kotiutusneuvottelu malli. Tämä on hyvä käytäntö. Tunnin kulkua suunnittelin siten, että on ryhmäläisten tehtävien esittäminen, keskustelut, malli, jatkosuunnitelma ja loppuarviointi. Tähän tapaamiseen oli suunniteltu enemmän aikaa käytettäväksi kuin aiempiin tapaamisiin. Loppu arvioinnin suunnittelin siten, että ensin on ryhmäarviointi keskustellen ja sitten yksilöarviointi kaavakkeelle, jonka laadin (liite 8).

5.3 Kehittämisryhmän eteneminen

Kehittämisryhmän tapaamiset olivat maaliskuussa, huhtikuussa, toukokuussa, syyskuussa ja lokakuussa. Paikka oli Lapinlahden terveyskeskus kokoushuone. Ryhmätapaamiset kestivät 60 -90 min. Jokaiseen ryhmätapaamiseen oli suunniteltu sisältö, jonka esitin diaesityksenä (liitteet 2 -6). Kevään kuluessa aikaa meni paljon ryhmätuntien valmisteluun ja ryhmätapaamisten jälkeiseen yhteenvetojen kirjoittamiseen. Lisäksi laitoin sähköpostilla tiedotteita ryhmäläisille ja materiaalit ja yhteenvedot kaikilta kerroilta kaikille ryhmäläisille. Joissakin ryhmätapaamisissa jaoin lisäksi kirjallista materiaalia. Lisäksi kirjoitin jokaisen ryhmätapaamisen aikana lyhyitä muistiinpanoja. Jotka kirjoitin välittömästi ryhmätapaamisen jälkeen muistioksi, joihin sisältyi keskustelut ja tunnilla käyty aineisto.

Ryhmä ei kokoontunut kesällä. Ryhmä oli aiemmin sopinut, että ilmoitan heille syksyn tapaamisajankohdan kesällä. Laitoin sähköpostilla 6.7.2013 ryhmälle ilmoituksen syyskuun tapaamisajankohdasta, joka oli 2.9.2013 ja ohjeistusta syyskuun tapaamiseen. Syyskuun ryhmätapaamisen jälkeen laitoin ryhmälle sähköpostilla 4.9.2013 viimeisen ryhmätapaamisen ajankohdan ja ohjeistuksen pienestä kirjallisesta tuotoksesta, jonka he laativat työyksiköissä viimeiseen ryhmätapaamiseen. Laitoin vielä 21.9.2013 ryhmäläisille sähköpostiviestin, jossa oli viimeisen ryhmätapaamisen ajankohta ja tervetulo toivotus. Taulukossa on ryhmätapaamisten osallistujamäärät.

4.3 2013 paikalla oli 15 ryhmän jäsentä
8.4.2013 paikalla oli 9 ryhmän jäsentä
6.5.2013 paikalla oli 10 ryhmän jäsentä ja 1 opiskelija
2.9.2013 paikalla oli 6 ryhmän jäsentä
7.10.2013 paikalla oli 10 ryhmän jäsentä

<p>Toinen ryhmätapaaminen 4. 3 2013. Terveyskeskus kokoushuone klo 14-15.30 Paikalla 15 ryhmän jäsentä</p> <p>Aihokokonaisuudet: Liite 2. Kotiuttaminen tutkimustieto, Palko-malli, kotiuttamisprosessi ja vaiheet kotiutusvalmiuden arvioiminen ja kotiuttamispäätös, tulovaihe, kokonaistilanteenkartoittaminen, mittarit, lääkehoidonkartoittaminen, kotiutussuunnitelma, yhteistyö palaverit, yhteistyö</p>		
<ul style="list-style-type: none"> -kotiuttaminen - aiempaa tutkimustietoa -palko- malli kotiuttamisprosessi - hoitotiedote kotihoidosta päivystykseen tai jatkohoittoon siirtyvälle - Lapinlahden terveyskeskuk- sen prosessi- kaaviot, polikli- nikka ja vuo- deosasto 1 -tulovaihe päi- vystykseen ja 	<ul style="list-style-type: none"> osastolle. -toimintakyky -kuntouttava työote toimintakyvykartoitta- minen - mittareita; ennakoiva toimintakykykartoitus, -lyhytkaatumisvaaran - arviointi, -FRAT, FROP -com IKINÄ -mittarit yksinäisyyden tunnis- taminen mittari käytössä olevat mittarit -kirjaaminen -lääkehoidon kartoitta- minen -kotiutusvalmiuden ar- vioiminen - kotiutussuunnitelma -suunnittelu 	<ul style="list-style-type: none"> - yhteistyö pa- laverit -kotiutus -ja jatkohoidon päätös -yhteistyö -asiakas, omainen, työ- yhteisö, orga- nisaatio moniammatti- linen yhteistyö -keskustelu -palaute

Toinen ryhmätapaaminen 4.3.2013. Paikalla oli viisitoista ryhmän jäsentä. Alkuun ryhmä esittäytyi lyhyesti, koska tällä kertaa oli mukana henkilöitä joita ei ollut viime kerralla paikalla. Alussa oli lyhyt kertaus aiemmasta tapaamisesta.

Kerroin kotiuttamiseen liittyvistä tutkimuksista ydinkohtia. Kerroin, että Palko –malli on keskeinen malli ja siitä keskustelimme ja joillakin oli tietoa mallista. Kerroin, että kotiuttaminen on prosessi johon sisältyy neljä vaihetta, joita ovat potilaan kotiutusvalmiuden arvioiminen, kotiutuspäätöksen tekeminen, kotiuttamisen organisoiminen ja kotiuttamisprosessin arviointi. Kerroin, että prosessi alkaa terveyskeskukseen tul- tua suunnittelulla potilaan kanssa ja loppuu arviointiin potilaan kotiuduttua. Keskus- telemme Leena Koposen väitöskirjassa (2003) iäkkään potilaan siirtyminen sairaa- lan ja kodin välillä, kuvatausta hyvän kotiuttamisen prosessista, joka tarkoittaa teho- kasta kotiutuksen suunnittelua.

Kävimme läpi terveyskeskuksen poliklinikan hoitoketjukaavion ja osasto 1:n lyhytaikaispotilaan prosessikaavioin. Jaoin nämä kaaviot kaikille. Kerroin, että kaaviot ovat esillä, jotta kokonaisuus hahmottuu kaikille ryhmän jäsenille. Tarkastelimme eri vaiheet tulotilanteesta kotiuttamiseen. Keskustelimme ja ryhmäläiset kokivat kaavioiden esillä olon tarpeellisena.

”Hyvä on katsoa nämä”.

Etenimme keskustelemalla vaiheen kun potilas tulee päivystykseen ja siirtyy osastolle keskustelua oli, potilaan ajatasatietojen kokoamisesta.

”Joskus vaikea löytää, tietoa mikä on ollut tilanne”

Kerroin, että Siikalatvan alueellisessa kotiuttamisen mallissa kehitettiin muun muassa hoitotiedote, mikä helpottaa potilaan kotoa sairaalaan siirtymisen ajantasatietojen saatavuutta. Tässä mallissa hoitotiedote kulkee asiakkaan mukana. Kävimme läpi tämän tiedotteen. Ryhmä keskusteli aiheesta ja he kertoivat, että tiedote oli hyödyllinen ja siinä hyvin asiat koottu.

Keskustelimme, tulotiedoista ja niistä tulee selvitä, mistä potilas tulee, miten asuu, miten on selviytynyt kotona. Ryhmän keskustelussa, tuli esiin, että kirjaamisessa on käytössä erilaisia tapoja. Kerroin, että hoidonjatkuvuutta ajatellaan jo tulovaiheessa ja siinä tarkistetaan, onko potilas kotihoidon asiakas, onko jatkohoitopaikka, jonne hänen ajatellaan palaavan, onko kotihoidon tuleva asiakas. Kerroin toimintakyvystä, että se on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen kokonaisuus. Kuntouttavasta työotteesta oli keskustelua.

Kerroin, että potilaan tultua osastolle kartoitetaan toimintakyky ja kotona selviytymisen kokonaistilanne haastatteleamalla ja havannoimalla. Näin saadaan tietoa hoidon ja palvelun tarpeen määrittelyyn ja suunnitteluun. Tietoja voi täydentää omaiselta tai hoitavalta taholta. Keskustelua oli, siitä että kartoitusvaiheessa, saattaa olla hankalaa löytää liikkumisesta kattavaa tietoa.

”Ei oikein tiedä miten on liikkunut.”

Esittelin erilaisia mittareita, joita voi käyttää apuna toimintakykyä ja kotona pärjäämistä kartoittaessa. Nämä olivat mittareita, joita ei ole käytössä tässä organisaatiossa. Näytin ennakoivan toimintakyvyn kartoittamisen kaavakkeen. Kerroin kaatumisvaaran arvioimisesta ja kaatumisen kysymisestä tulotilanteessa ja IKINÄ-mittareista. Aihe herätti keskustelua. Näytin FRAT-lyhyt kaatumisvaaran arviointi perusterveydenhuoltoon kaavakkeen, ja kotihoitoon FROP -com- lyhyt kaatumisvaaran arviointikaavakkeen. Kerron myös laajemmasta arvioinnista ja, että THL:n www. sivuilta löytyy IKINÄ- opas. Tutustuimme lisäksi kaavakkeeseen yksinäisyyden tunnistaminen. Kaavakkeet kiersivät ryhmässä. Ryhmä keskusteli jatoi esille, että mittarit olivat kiinnostavia, ja oli tarpeellista, että niitä on esitelty ja niistä on saatu ideoita ja mallia. Keskustelu eteni jouhevasti ja syntyi erilaisia näkökulmia. Ryhmän keskustelussa tuli esille, se että kaavakkeet olisi hyvä olla sähköisessä muodossa.

”Olisi hyvällä olla koneella, voi hävitä pöydille”.

Keskustelimme myös organisaatiossa käytössä olevista mittareista. Kerroin lääkeshoidon tietojen kartoittamisesta ja, että lääkelista tarkistetaan tulovaiheessa. Keskustelimme siitä, että joka yksikössä päivitetään lääkelistat ja lääkehoidon tietojen on oltava ajan tasalla ja helposti löydettävissä. Keskustelimme lääkehoitoon sitoutumisesta ja siitä, että sairaalaan tulosyy voi olla, se että ei oteta lääkkeitä ohjeistuksen mukaisesti. Keskustelussa tuli esille se, että esimerkiksi tulovaiheessa lääketystietojen kokoaminen voi viedä aikaa ja usein siihen voi liittyä yhteydenottoja lähettäviin yksiköihin.

” Menee aikaa selvittämiseen.”

Keskustelua oli myös lääkehoidosta ja kirjaamisesta. Ryhmä sopi että vie tietoa yksiköihin. Lääkehoidon osalta tuli ryhmän keskusteluista esiin ajoittain annosjakeluun liittyvät hankaluudet. Hankaluutta on ollut siinä vaiheessa kun potilas on siirtynyt jatkohoitopaikkaan uutena asiakkaana. Asiakas oli joutunut odottelemaan lääkkeitä ja lääkkeitä on silloin lainattu toisesta yksiköstä.

”Ei oikein tiennyt mistä lääkkeitä saadaan.”

Kerron kotiutusvalmiuden arvioinnista, jossa arvioidaan potilaan kuntoa ja terveydentilaa, toimintakykyä ja selviytymistä kotona. Siinä otetaan potilaan oma arvio, omaisen näkemys, hoitajan ja lääkärin näkemys.

Keskustelimme kotiutussuunnitelmasta ja sen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Potilas ja omainen ovat mukana suunnittelussa ja että arvioidaan hoidon ja palvelun tarvetta. Keskustelussa tuli esille, että suunnitelmaa aloitetaan tekemään yleensä tulovaiheessa. Siihen laitetaan tulovaiheen tietoja esimerkiksi, että on kotihoidon asiakas ja tiedot tukipalveluista. Kerroin, että suunnitelman tulee myös olla joustava, koska potilaan tilanne voi muuttua tai kotioloissa voi tilanne muuttua. Keskustelimme siitä, että vastuuhoitaja aloittaa kotiutustilanteen valmistelut jo siinä vaiheessa kun tavoitteeksi on asetettu potilaan kotiin palaaminen ja on yhteydessä kotihoitoon/jatkohoitopaikkaan ja suunnitellaan ja ilmoitetaan alustava kotiutuspäivä. Suunnittelu on yhteistyötä potilaan, omaisen ja kotihoidon/jatkohoitopaikan kanssa. Ryhmän keskustelussa esille, että kotihoito tekee potilaan kotiuduttua kartoittavan käynnin kotiin.

”Potilaan kotiuduttua tehdään kartoittava käynti, sen perusteella arvioidaan käyntien määrä ja palvelujen tarve.”

Keskustelussa tuli esille myös tilanteen arviointi kotona.

” Voi olla viikko sellaista aikaa, jossa alkaa näkyä pärjääminen.”

Keskustelimme terveystieteiden keskuksen kotiutusta tukevista yhteispalavereista. Keskustelusta tuli esille että, yksiköistä on tarvetta keskustella kotiutuvien potilaiden asioista esimerkiksi pienessä palaverissa. Ryhmässä oli lisäksi keskustelua siitä, että yksiköistä voi käydä tutustumassa ennakkoon kotiutuvaan potilaaseen. Kerroin, että lääkäri tekee kotiuttamispäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Siinä otetaan huomioon omaisen ja hoitajan kanta myös ja, että päätös tarkoittaa lähestyvää kotiutumista. Sanoin, että tämä aihe päättyy tältä päivältä ja seuraavassa ryhmätapaamisessa jatketaan kotiutusprosessin etenemisestä.

Siirryimme pienen tauon jälkeen toiseen aiheeseen, joka oli yhteistyö. Kerroin mitä se tarkoittaa työyhteisön, asiakkaan kuin omaisen osalta. Keskustelimme yhteistyön merkityksestä organisaation sisällä ja yli organisaatio rajojen. Keskustelimme yhtei-

sen tavoitteen merkityksestä kotiuttamistapahtumassa. Kävimme läpi keskustelemalla kotiuttamiseen liittyviä yhteistyön muotoja ja moniammattillisen yhteistyön. Kerroin Kivelän ja Vaapion (2011) mukaan, suositukset työntekijöiden ja omaisten yhteistyön kehittämiseksi.

Loppukeskustelussa ryhmä keskusteli toisen työn tuntemisesta ja yhteistyöstä ja siinä toisen työyksikköön tutustumisesta. Eräästä yksiköstä henkilö ilmoitti, että hän kutsuu tietynä ajankohtana ryhmää tutustumaan yksikkönsä. Lopuksi kysyn kaikilta palautetta kokonaisuudesta, materiaalista, sisällöstä ja menetelmästä. Yksi ryhmäläisistä sanoi, että jotkut diat olivat pienellä fontilla kirjoitettuja. Sanoin, että yritän parantaa tekstin asetelua jatkossa. Ryhmäläiset kertoivat, että kokonaisuus oli tarpeellinen ja kiinnostava. Ryhmä sopi seuraavan ryhmätapaamisen ajankohdan.

<p>Kolmas ryhmätapaaminen 8.4 klo 14- 15.30 Terveyskeskus kokoushuone. Paikalla 9 ryhmänjäsentä</p> <p>Aih kokonaisuudet Liite 3. Asiakslähtöisyys, kotiuttamisprosessi vaiheet organisointi ja arviointi, kotiuttaminen, ammattihenkilöiden vastuut ja tehtävät kotiuttamisessa, hoitotyön yhteenveto ja kirjaaminen, ISBAR, järjestöjen sosiaaliturvaopas</p>	
<p>asiakslähtöisyys valmistelut apuvälineet tukipalvelut kotiuttamispäivän ilmoittaminen ammattiryhmien vastuut ja tehtävät kotiuttamispäivänä</p>	<p>arviointi hoitotyön yhteenveto kirjaaminen ISBAR- menetelmä kortit ja esitteet järjestöjen sosiaaliturvaopas keskustelu palaute</p>

Kolmas ryhmätapaaminen 8.4.2013. Paikalla oli yhdeksän ryhmän jäsentä. Alussa kyselen hieman kuulumisia ja sitten siirryimme tunnin aiheisiin. Kerroin aluksi asiakslähtöisyydestä. Siitä mitä se tarkoittaa käytännössä. Kotiuttaminen tulee lähteä asiakkaan tarpeista. Keskustelimme asiakkaan ja omaisen roolista ja osallistumisesta päätöksentekoon.

Kerroin, että jatkamme kotiuttamisprosessia, siitä vaiheesta johon viimekerralla jäättiin, kerroin että, kotiutuspäätös tarkoittaa lähestyvää kotiutusta. Ennen tätä vaihetta on jo tehty alustavia valmisteluja ja oltu yhteydessä jatkohoito paikkaan. Keskustelimme, organisoinnista ja, että tässä vaiheessa on yhteydenottoja puhelimitse ja muistettavia asioita. Terveyskeskuksessa kuntoutuspalaveriin tuodaan kotiutuvien asiat, siellä eri ammattiryhmät saavat tiedot kotiutus aikataulusta ja he voivat suunnitella omat valmistelunsa.

”Kuntoutuspalaverissa sovitaan kotiutuvien asiat.”

Keskustelimme, että varmistetaan, jos on pidetty pidetty hoitoneuvottelu, mitä on päätetty järjestelyistä. Omaiseen ollaan yhteydessä ja selvittää omaisen osaa, mitä asioita hän hoitaa hakeeko esimerkiksi lääkkeitä apteekista. Varmistetaan, että potilaalla on avain, vaatteet, kotona ruokaa ja lämmintä. Aina varmistetaan, että on joku vastaanottamassa kotona. Keskustelimme tukipalveluista ne varmistetaan ja ateriapalvelu tilataan kotiutuspäivänä, jos on ateriapalvelun asiakas.

Keskustelimme apuvälineistä, että ennen kotiuttamista kuntoutus varaa ja tuo apuvälineet, jotka potilas saa kotiin. Keskustelussa tuli esille, että apuvälineen tarve kartoitetaan ja perustuu tarpeeseen ja arvioon. Keskustelussa tuli esille, että ennen kotiuttamista on uuden apuvälineen käytön opettelu ja, että voi olla vaikea löytää apuvälineen käytöstä ajankohtaista tietoa, siitä käyttääkö apuvälinettä kotona ja mitä apuvälinettä käyttää. Keskustelussa tuli esille, että kannattaa lukea FYS sivuja. Keskustelua oli siitä, että asiakkaan kotona voi olla apuvälineitä, jotka eivät ole käytössä.

” Kotona voi olla apuvälineitä, joita ei käytetä.”

Keskustelussa tuli esille, että kannattaa tiedustella kotiutustilanteissa, mitä apuvälineitä kotona jo on. Ryhmässä oli myös keskustelua kodinmuutostöistä. Keskustelussa tuli esille, että tavoitteena, että kodinmuutostyöt tehdään ajoissa ja ne tehdään yleensä potilaan kotiuduttua. Oli ollut tilanteita joskus, joissa muutostöiden vuoksi kotiutuminen oli siirtynyt

” On joskus joutunut odotelemaan”

Kerroin, että kun varma kotiuttamispäivä on tiedossa, soitetaan ja sovitaan tarkasti kotiuttamisajankohta vastaanottavan tahon kanssa ja annetaan sinne arvio potilaan kuntoisuudesta ja jatkohoito-ohjeet. Aina varmistetaan, että on joku vastaanotamassa. Sovitaan samalla myös ensimmäisen kotikäynnin ajankohta potilaan kotona. Josta kerrotaan potilaalle. Myös omaisen kanssa sovitaan kotiuttaminen.

Kerroin, että vuodeosastolla koordinoi vastuu sairaanhoitaja kotiuttamista, mutta myös ammattiryhmillä on omia tehtäviä kotiuttamisprosessissa. Kerroin myös, että kotiin lähteviä potilaita voi olla useita samalle päivälle ja vastuuhoidtaja voi siirtää silloin suunnitellusti tiettyjä tehtäviä myös toisille hoitajille. Keskustelimme ammattihenkilöiden tehtävistä kotiuttamistapahtumassa ja kävimme läpi lääkärin, sairaanhoitajan, lähihoitajan, fysioterapeutin ja osastonsihteerin tehtävät kotiuttamistapahtumassa.

Keskustelimme kotiutuspäivän tapahtumista. Siitä, että lääkelista tulee vielä käydä läpi ja siinä muutokset ja, että potilaalla on tarkistettu lääkelista mukana. Varmistetaan, että asiakas ja omainen ovat ymmärtäneet kaikki asiat. Kerron, että kotiuttamisen arviointia tulisi tehdä enemmän.

Keskustelimme hoitotyönyhteenvedosta ja sen tarkoituksesta. Keskustelussa tuli esille, että yleensä yhteenvedot ovat olleet toimivia .

”Pääasiassa hyviä olleet.”

Esittelen ISBAR- menetelmän. Tämä on yhdenmukainen tapa viestiä. Kaikille jaettiin ISBAR- kortit ja esitekirjaset. Menetelmän tavoite on yhdenmukainen ja turvallinen tapa viestiä. Keskustelimme ja ryhmä sopi, että vie aiheesta tietoa yksikköihinsä.

Esittelen vielä lopuksi Järjestöjen sosiaaliturvaoppaan 2013, joka on kansanterveys-, potilas- ja vammaisjärjestöjen yhdessä kokoama opas sähköisessä muodossa. Opas on tarkoitettu pitkäaikaissairaita ja vammaisia edustavien järjestöjen sekä sosiaaliturvan ammattilaisten antamaa neuvontaa ja ohjausta varten. Lopuksi sovimme seuraavan tapaamisen. Lisäksi pyysin ryhmältä palautetta. He kertoivat aiheiden ja materiaalin olevan tarpeellisista ja ajankohtaista. Loppukeskustelussa ryhmäläiset kertoivat, että he ovat kokeneet kehittämistoiminnan kiinnostavana ja yh-

teistyötä lisäävänä ja että on tarpeellista kokoontua tämän aiheen tiimoilta. Ryhmä sopi seuraavan ryhmätapaamis ajankohdan. Kiitin ryhmää aktiivisesta otteesta.

Neljäs ryhmätapaaminen 6.5.2013.klo 14-15.15 Terveyskeskus kokoushuone. Paikalla 10 ryhmänjäsentä ja 1 opiskelija	
Aihekokonaisuudet: Liite 4. Viestintä, tiedonkulku, työkierto, ISBAR-kertaus, potilasohjaus,väliarviointi	
viestintä	periaatteet
palveluketjun tiedonkulku	ISBAR-kertaus
kriittiset tekijät	kirjaaminen
sujuvuus	potilasohjaus
tiedonkulun katkokset	työkierto
wiion lait	väliarviointi
	keskustelu

Neljäs ryhmätapaaminen 6.5.2013. Paikalla oli kymmenen ryhmänjäsentä ja yksi opiskelija. Ensin kävimme läpi teoriaa viestinnästä ja ja palveluketjussa tapahtuvaa viestintää ja tiedonkulkua. Kaarina, Tantun (2007) väitöskirjassa, tuli esille terveydenhuollon kriittiset tekijät asiantuntijuus, tiedonkulku ja osaaminen.

Keskustelimme tiedonkulun sujuvuudesta ja tiedonkulun katkosten syistä, siitä että voi tulla katkoksia esimerkiksi kotihoidossa, jos ei saa puhelimella yhteyttä tai kun ei ole tietokoneita asiakkaan kotona. Keskustelimme siitä miten näissä tilanteissa toimitaan. Tässä tapaamisessa ei ollut mahdollisuus asiaa selvittää tarkemmin, joten sovimme, että palaamme vielä aiheeseen seuraavassa syksyn kokoontumisessa.

Keskustelimme viestipiikin käyttämisestä ja, että siinä on hyvä olla kuittaus käytäntö. Keskustelussa tuli esille, että kotihoidossa ja muissa jatkohoitopaikoissa yhteenvedon kirjaaminen, kun asiakas siirtyy terveyskeskukseen.

” Olisiko mahdollista laittaa yhteenveto .”

Keskusteluissa tuli myös se, että joissakin yksiköissä on käytössä vähäisempi valinnan mahdollisuus käyttää otsikoita.

” Ei ole niin laajamittaisesti käytössä.”

Keskustelua oli myös tiedon luottamuksellisuudesta ja asiallisuudesta. Ryhmä keskusteli siitä, että kirjaamisessa tulisi näkyä toimintakyky, minkä tyyppistä liikkuminen on ja miten paljon liikkuu päivittäin.

” Se miten liikkuu päivittäin.”

Keskustelua oli ravitsemuksen , lääkityksen , kudoseheyden kirjaamisesta ja tiedosta onko oltu omaiseen yhteydessä. Keskustelua oli myös vapaantekstin kirjoittamisesta.

Kävimme keskustellen läpi Wiion lait. Kerroin tiedonkulkuun liittyvistä periaatteista ja siitä, että jokaisella on vastuu tiedonkulussa ja oman perustehtävän hoitamisessa. Kävimme keskustellen periaatteet läpi ja keskustelimme siitä, että jokaisen velvollisuus on lukea työpaikalla kokousmuistiot ja viestivihkot. Keskustelimme kirjaamiseen liittyvistä yhteisistä periaatteista.

Kertasimme ISBAR- menetelmän, annoin tietoa ja jaoin esitekirjaset ja kortit heille jotka eivät viimekerralla olleet ryhmässä. Ryhmässä on tämä menetelmä otettu kiinnostava ja tarpeellisena uutena asiana vastaan. Ryhmäläiset vievät asiaa eteenpäin omiin yksikköihinsä.

Potilasohjauksesta on aiemmin keskusteluissa sivuttu ja että huomioidaan kotiuttamisprosessin joka vaiheessa. Kerron, että ohjaus on ydinosaamista ja ohjausprosessin vaiheet käytiin läpi. Keskustelussa tuli esille, että oli tarpeellista käsitellä myös tämä alue ja ohjauksen kirjaaminen ja arviointi ja miten potilaan jatko-ohjaus suunnitellaan. Keskustelussa, että kirjataan yhteenvetoon annettu ohjaus.

Työkiertoa on sivuttu aiemmissa kokoontumisissa ja siitä kerroin perusasiat. Aiheesta oli vilkasta keskustelua. Kiinnostusta oli ja joku kertoi, että ei halua työkiertoon. Keskusteluissa tuli esille, että toisen työntunteminen kiinnostaa ja se, että työolosuhteen toisessa yksikössä kiinnostaa.

” Se mitä siellä tehdään.”

Ryhmä ei halunnut sopia vielä syyskuuntapaamisaikaa. Sovimme, että ilmoitan sähköpostilla heinäkuussa ajankohdan ja itsekukin ryhmäläisistä ilmoittaa jos tämä

aika ei käy. Sovimme, että jokainen miettii työyksikössä keskeisiä kotiuttamisen asioita, joita on noussut ryhmän myötä. Sanoin, että tukena luentomateriaalit ja yhteenvedot tapaamiskerroista. Lopussa oli väliarviointi. Keskustelimme ja ryhmä arvioi kehittämistoimintaa. He kertoivat kehittämissuunnan merkinneen heille tarpeellista foorumia, jossa on voinut ilmaista ajatuksiaan ja on saanut tietoa jota, on voinut viedä työyksikköön. Ryhmässä oli myös arviointia kehittämisen suhteen siitä, mitä on tapahtunut työyksiköissä kehittämisen aikana. Ryhmäläiset kertoivat, että lääkkeiden tarkistukseen ja kirjaamisessa kiinnitetään enemmän huomiota ja luetaan tarkemmin tekstit potilaan siirtymistilanteista. Asioihin kiinnitetään enemmän huomiota ja keskustellaan ja tietyissä asioissa kehittäminen näkyy. Lopussa oli väliarviointi kaavakkeen jako jokaiselle. Osa täytti tämän ja palautti samalla ja osa sanoi palauttavansa

<p>Viides ryhmätapaaminen 2.9.2013 klo 14 -15 Terveys- keskus kokoushuone Paikalla 6 ryhmän jäsentä Aiheet. Liite 5.Kertaus ja suunnittelu</p>
<ul style="list-style-type: none"> -kuulumiset -arviointia - suunnittelu -kertaus -väliarvioinnin palaute -ohjeistus -aihepiiriin rajaaminen -vierailut toisiin yksiköihin -keskustelu -palaute

Viides ryhmätapaaminen 2.9.2013. Paikalle oli tullut kuusi ryhmänjäsentä. Ryhmä kokoontui kesän jälkeen. Kysyin aluksi tunnelmia ja ryhmä kertoi kuulumiset. Kehittämissuunnan koetaan tarpeelliseksi Keskustelussa tuli esille, että kotiuttamiseen on kiinnitetty yksiköissä enemmän huomiota tämän kehittämistoiminnan myötä. Aikaa oli kulunut edellisestä tapaamisesta lähes neljä kuukautta ja ryhmän katsoi tarpeelliseksi kertaila oppimisalueita. Kiitin ryhmää väliarviointiin vastaamisesta. Kerron väliarvioinnin merkityksestä. Kysyin miten ryhmä haluaa ideoida jatkoa. Keskustelimme ja ryhmäläiset halusivat viimeiselle kerralle pienryhmätyöskentelyä. Kävimme kevään aikana käydyt aihealueet kertailen läpi. Sovimme viimeinen tapaamisen ajankohdan lokakuun alkuun. Sovimme, että siihen ryhmäläiset valmistautuvat työ-

yhteisön kanssa tekemällä kirjallisen pienen tuotoksen seuraavaan tapaamiseen. Näitä sitten työstetään lokakuussa. Sovimme, että laitan tarkemmat ohjeet sähköpostin kautta kaikille seuraavaa kertaa varten. Keskustelimme oppimisprosessista ja yhtenäisen tietopohjan perusteista. Tarkensin asioita. Keskustelimme myös aihepiirin rajaamisesta. Kerroin, että ajankäytön ja rajauksen näkökulmasta ei ole mahdollista käsitellä aiheita kotisairaala, kotiutushoitaja ja yöhoidon kehittäminen.

Kysyin kotihoidon, tiedonsiirron käytännöistä sellaisessa tilanteessa kun ovat asiakkaan kotona. Ryhmä sai vastauksen, että asiakkaan kotona ei ole sähköistä tiedonsiirto mahdollisuutta. Kirjaaminen tapahtuu jälkikäteen Efficalle. Tämä kysymys liittyi toukokuun 2013 ryhmän oppituntiin. Keskustelimme ja jotkut ryhmäläiset olivat käyneet tutustumiskäynnillä toisessa yksikössä. Tuli esiin, että ymmärrys toisen työympäristöstä ja työstä muuttuu kun on mahdollista tutustua ja nähdä konkreettisesti olosuhteet, joissa toimitaan. Ryhmäläinen kertoi, että ymmärtää tutustumiskäynnin jälkeen toisella tavoin siellä tehtävää työtä.

”Ymmärtää eri tavalla sitä työtä.”

Vierailu oli ollut antoisa ja siellä oli selvitetty hyvin yksikön toimintaa. Ryhmä sopi seuraavan ryhmätapaamisajankohdan

<p>Kuudes ryhmätapaaminen 7.10.2013 klo 14-15.20 . Terveyskeskus kokoushuone Paikalla 10 ryhmän jäsentä Aiheet.Liite 6. Esiteltävät mallit, ryhmän kirjalliset tuotokset, kotiuttamisen malli</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Siikalatvan malli -Pyhäjärvisseudun pilotti -ryhmien kirjalliset tuotokset -sopiminen jatkosuunnitelmasta -malli -suunnittelu -ryhmä arviointi - yksilö arviointi arviointi kaavake

Kuudes ryhmätapaaminen 7.10.2013. Paikalla oli kymmenen ryhmän jäsentä. Esittelin Siikalatvan alueellisen kotiuttamismallin, siinä kehittämisen keskipisteenä oli asiakas ja kehitettiin tiedonkulkua ja yhteistyötä. Malli on hyvä käytäntö. Esittelin myös toisen mallin Pyhäjärvisseudun pilotti -hankeen. Tämä oli osa Kaste -hanketta

2012. Pyhäjärven pilotti hankkeen tavoitteena oli iäkkään ihmisen kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Hanke keskittyi kotiuttamiskäytäntöjen kehittämiseen. Tässä hankkeessa keskeistä oli kotiutusneuvottelu malli. Kerroin myös lyhyesti mitä tarkoittaa hyvä käytäntö. Aiheet herättivät mielenkiintoa ryhmässä.

Siirryimme ryhmäläisten tekemiin kirjallisiin tuotoksiin, jotka he olivat työyhteisöisensä valmistelleet. Jokainen esitti oman tuotoksensa ja ryhmäläiset kommentoivat toisiaan. He keskustelivat jokaisesta kokonaisuudesta. Keskustelu oli sujuvaa esille tuli kehittämiskohteita, joita oli tunnistettu omissa työyksiköissä, näkökulmia ja ehdotuksia. Tässä ryhmätapaamisessa, aikaa meni paljon tehtävien läpikäymiseen. Kerroin, että on myös päätettävä jatkosuunnitelmasta, miten eteneminen tapahtuu. Ryhmä sopi, että tehtävää jää jatkossa työstämään kaksi ryhmän jäsentä ja tutkija, tämä tapahtuu pääasiassa sähköpostin välityksellä. Lisäksi kaikki ryhmän jäsenet ovat tavoitettavissa sähköpostin välityksellä ja osallistuvat tarpeen mukaan. Sovimme myös, että malli muodostuu kotiuttamiseen liittyvistä ohjeistuksesta. Keskustelua oli kotiutuksen tarkistuslistan tarpeellisuudesta. Sovimme, että otetaan tämä suunnitelmaan ja kootaan lisäksi kattavat yhteystiedot eri toimipisteistä, joihin potilaat kotiutuvat. Ryhmä sopi, että tästä kehittämisryhmästä muodostuu jatkossa kotiuttamisen yhteistyöryhmä. Lopussa oli loppuarviointi

5.4 Arviointi

Väliarviointi yksilöarviointina : 6.5. 2013 ryhmätapaamisessa oli väliarviointi yksilöarviointina kaavakkeelle (liite 7).Kaavakkeet jaoin tapaamisessa kymmenelle ja neljälle laitoin sähköpostissa. Väliarviointiin vastasi yhdeksän ryhmän jäsentä. Väliarvioinnin perusteella toukokuussa ryhmä oli päässyt siihen tavoitteeseen mikä oli asetettu. Ryhmä oli koettu tarpeellisena ja oli saanut tietoa ja sitä on voinut viedä työyhteisöön. Oli pohdittu työpaikassa kehittämisasioita. Yhteistyö ryhmässä oli toiminut. Materiaalia oli ollut riittävästi ja se oli ollut tarpeellista. Ohjaukseen oltiin tyytyväisiä, tiedottaminen oli toiminut hyvin. Toimintatapaa ei ollut tarvetta muuttaa toukokuun arvioinnin perusteella.

Väliarviointi ryhmäarviointina: 6.5. 2013 ryhmätapaamisessa oli väliarviointi ryhmäarviointina keskustellen. Ryhmäläiset kertoivat kehittämisryhmän merkinneen heille tarpeellista foorumia, jossa on voinut ilmaista ajatuksiaan ja on saanut tietoa jota, oli voinut viedä työyksikköön. Ryhmäläiset kertoivat, että lääkkeiden tarkistukseen ja kirjaamiseen kiinnitetään enemmän huomiota ja luetaan tarkemmin teks-

tit potilaan siirtymistilanteista. Asioihin kiinnitetään enemmän huomiota ja keskustella ja tietyissä asioissa kehittäminen näkyy. Materiaalia oli ollut riittävästi, tiedottaminen on toiminut hyvin ja ohjaus oli ollut riittävää.

Loppuarviointi yksilöarviointina: 7.10.2013 oli loppuarviointi yksilöarviointina (liite 8). Kaavakkeet jaoin ryhmätapaamisessa kymmenelle ja neljälle lähetin sähköpostilla. Loppuarviointiin vastasi kahdeksan ryhmän jäsentä. Loppuarvioinnin vastaus-ten perusteella ryhmä oli päässyt tavoitteisiin. Oli saatu tietoa ja kehittämistoimintaa oli suunnattu omaan työhön. Tiedottaminen oli toiminut ja ohjausta oli saatu. Ryhmä oli koettu tarpeellisena ja yhteistyötä lisäävänä.

Loppuarviointi ryhmäarviointina: 7.10.2013 ryhmätapaamisessa oli loppuarviointi keskustellen. Ryhmäläiset kertoivat, että yksiköissä kiinnitetään enempi huomiota kotiuttamiseen ja potilaan kotiuttamisessa oli enempi yhteistyötä ja yhteisen tavoitteen merkitys ymmärretään paremmin. Ryhmäläiset kertovat, että asenne ja tietämys aiheeseen oli lisääntynyt. Ryhmä oli kokenut tapaamiset merkittävinä ja niistä oli viety tietoa työyhteisöön ja työyhteisöissä on löydetty omia kehittämiskohteita. Yhteistyö muotona ryhmä oli ollut hyvä ja toimiva. Opetus materiaalia oli ollut riittävästi ja tietoa oli saatu. Ohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Ryhmätapaamiskertoja oli ollut riittävästi.

Osa ryhmäläisistä ja jotkut työyhteisöt ovat käyneet tutustumiskäynneillä eriyksiköihin. Ryhmäläiset kertoivat, että tutustumiskäynnit toisiin yksiköihin on koettu tarpeellisena. Toisen työn ymmärtäminen on lisääntynyt. Ryhmäläiset sopivat, että jatkosuunnitelmana on, että tämän ryhmän jäsenistä muodostuu kotiuttamisen kehittämisryhmä. Arviointia on ollut lisäksi ryhmätapaamis kerroilla, joka kerta tunnin lopussa. Lisäksi pyysin palautetta ryhmältä, jokaisen tapaamisen jälkeen.

5.5 Kotiuttamisen opas

Oppaan lähtökohtana olivat kehittämisryhmän kirjalliset tuotokset ja keskustelut, joita he kävivät viimeisessä ryhmätapaamisessa 7.10.2013. Näiden keskustelujen pohjalta ryhmä laati kotiuttamisen ohjeita ja kokosi yksiköiden yhteystiedot (liite 9). Lisäksi kehitimme kotiutuksen tarkistuslistan (liite 9). Näistä muodostui kokonaisuus, joka on laadittu oppaan muotoon (liite 10). Oppaan tarkoituksena on tuoda kotiuttamisesta tietoa niin työyksikköön kuin yhteistyötahoille.

6 POHDINTA

Kehittämisen lähtökohtana oli kotiuttamisen kehittäminen yhdessä ryhmän kanssa. Yhdessä pohtien kehittyi keskusteleva ilmapiiri. Ryhmä keskusteli eri näkökulmista asioita tarkastellen. Ryhmäläiset kertoivat viimeisessä tapaamisessa, siitä miten yhteisen tavoitteen merkitys on selkiytynyt. Tämä kehittämistoiminta avasi ovia yksiköiden välillä. Kehittämisryhmä päätti ensimmäisessä tapaamisessa järjestää vierailuja eri yksiköihin. Näitä vierailuja he toteuttivat itsenäisesti ja ryhmäläiset kertoivat, että ymmärrys toisen tekemästä työstä muuttuu kun näkee ja saa tietoa miten toisessa yksikössä toimitaan. Kehittämisryhmä pääsi tavoitteisiin.

Yhteistyön merkitys tuli esille ryhmätapaamisissa keskusteluissa. Jokaisella oli mahdollisuus tuoda esille omia ajatuksia, joista ryhmä keskusteli ja muodostui erilaisia näkemyksiä. Tietoa vietiin työyhteisöihin ja ryhmäläiset arvioivat eri vaiheissa kehittämistoimintaa. Viimeisessä tapaamisessa ryhmä sopi, että tästä kehittämisryhmästä muodostuu jatkossa kotiuttamisen yhteistyö ryhmä.

Salomaan (2004) tutkimuksessa tutkimustuloksissa hoitajat kertoivat yhteistyön merkityksen tärkeäksi kotiuttamisessa. Pöyryn & Perälän (2003) tutkimuksessa mainitaan, että todellinen yhteistyö syntyy yhteistoiminnan kautta. Tämän kehittämistoiminnan aikana oli mahdollisuus toimia yhdessä käytettävän ajan puitteissa. Potilaan kotiuttaminen on yhteistyötä. Jatkossa kotiuttamisen kehittäminen antaa lisää mahdollisuuksia yhteistyön syntymiseen. Salomaan (2004) tutkimustuloksissa osa hoitajista ilmaisi, että ammattitaitoa ei arvostettu toisessa yksikössä ja oli erilaisia käsityksiä vanhuksen kotiutuskuntoisuudesta.

Tämän kehittämisprosessin aikana ryhmä keskusteli ja toi erilaisia ajatuksia keskusteluun. Vierailut toisiin yksiköihin ovat osaltaan avartaneet näkemystä yksikössä tehtävästä työstä. Merkitystä oli, sillä että oli mahdollista keskustella erilaista kotiuttamiseen liittyvistä asioista.

Yhteisen mallin rakentamiseen osallistui koko kehittämisryhmä oppimisen ja lopuksi työyksiköissä tehtyjen tuotosten avulla. Näin muodostettiin yhtenäinen malli jonka lähtökohtana oli kotiuttamisen ohjeistus, josta tutkija muokkasi kotiuttamisen oppaan. Oppaan tarkoituksena on tuoda tietoa henkilökunnalle ja yhteistyötahoille. Kotiutuksen tarkistuslistan tarkoituksena on helpottaa organisointia ja kotiutuksessa

muistettavia asioita. Henkilökunta on kehitellyt listaa ja muokannut siitä käyttö version.

Heikkisen ym. kirjassa (1999, 45) mainitaan, että toimintatutkimuksen tuloksena ei voida pitää, jotain tiettyä uutta toimintakäytäntöä, joka toteutettaisiin toimintaprojektin päättymisen jälkeen. Parempaa käytäntöä on tilapäinen kunnes kehitetään vielä parempi tapa toimia. Toimintatutkimuksen myönteisenä tuloksena voi pitää uudella tavalla organisoituvaa reflektiivisesti etenevää prosessia. Toiminnan ja tavoitteiden jatkuvaa pohdintaa ja kehittämistä. Tällöin kehittämisen sykleille ei ole päätepistettä.

Prosessiarviointi tuottaa materiaalia erityisesti toiminnan parantamiseen ja antaa ymmärryksen miten lopputulos on syntynyt. Prosessiarvioinnin avulla on mahdollisuus kehittämisprosessin seuraamiseen, ymmärtämiseen, ohjaamiseen ja dokumentointiin. Ajatuksena on, että kehittämistyössä opitaan yhdessä ratkaisemaan ongelmia ja keskeistä on mitä tapahtuu projektin aikana ihmisten välisessä toiminnassa. (Seppänen- Järvelä, 2004.19.)

Arviointia toteutettiin, joka tapaamisen yhteydessä ja lisäksi oli väliarviointi ja loppuarviointi. Kehittämisprosessin aikana oli ryhmä- ja yksilöarviointia. Arvioinnin avulla oli mahdollista ohjata kehittämistoimintaa. Näiden tietojen perusteella seurasin kehittämispöytäkirjan etenemistä ja tarkastelin sitä onko tarvetta muuttaa suunnitelmaa. Ryhmäläiset arvioivat koko prosessin ajan toimintaa.

Ryhmä oli mukana kehittämisen erivaiheissa aktiivisesti. Tämän kehittämistehtävän myötä on saatu uusia mahdollisuuksia jatkossa kotiuttamisen kehittämiseen. Ryhmän jäsen on kouluttanut vuodeosaston henkilökunnan ISBAR – menetelmän käyttämiseen.

Itselleni kehittäminen tarkoitti vuoden kestävästä prosessista, johon on sisältyneet erilaisia vaiheita. Alkuvaiheessa oli suunnittelua ja tiedonhankintaa. Kehittämisen edessä oppituntien suunnittelua, materiaalien kokoamista, tiedottamista, yhteenve-tojen kirjoittamista ja arviointia. Tavoitteena on ollut tämän opinnäytetyön loppuunsaattaminen. Itselleni tutkijana kehittämistyö on ollut antoisa ja opettavainen kokemus. Ryhmä on ollut toimiva ja ryhmä on kokenut kehittämistoiminnan tarpeelliseksi.

Jatkotutkimusaiheita on kaksi. Kirjaaminen tuli esille kaikissa ryhmätapaamisissa ja osa ryhmäläisistä ilmaisi kirjaamisen kehittämisen tarpeita. Jatkotutkimusaiheena on mahdollista olla kirjaamisen kehittäminen yksiköissä. Toisena jatkotutkimusaiheena on hoitajien kokemukset kotiutuksen tarkistuslistan käyttämisestä.

LÄHTEET

AIRA, Annaleena 2012. Toimiva työyhteisö. Työelämän vuorovaikutussuhteet tiimit ja verkostot. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja. [viitattu 2013-10-06]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/97895639>

ALA- NIKKOLA, Merja 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

ALKIO, Mikko 2011. Terveyden kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava. Helsinki: WSOY.

ATWAL, Anita 2002. Nurses` perceptions of discharge planning in acute health care. Journal of Advanced Nursing. 39(5) 450 -458.

ENGSTRÖM, Yrjö. 1994. Perustietoa opetuksesta. Valtiovarainministeriön painatuskeskus

HAMMAR, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa-Kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. STAKES tutkimuksia 179. Vantaa: Gummerus kirjapaino Oy.

HASSINEN, Jukka 2008. Partus OY. ideointityökalupakki ja - työkaluja ideanikkarille. [viitattu 2013-01-20]. Saatavissa: <http://www.jelli.fi/lataukset/2011/05/5.27/ideointimenetelmia>

HEIKKINEN, Hannu L.T. HUTTUNEN, Rauno & MOILANEN, Pentti 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

HEIKKINEN, Hannu ROVIO, Esa & SYRJÄLÄ, Leena 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy: Vantaa.

HYVÄ KOTIUTTAMINEN 2009. Siikalatvan seutukunnan malli 12.3.2009. [viitattu 2013-02-15]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakautanto/kuvaus/?Practiceld=4891b682-5903-4d8d-a3b0-5260d01dcb99>

IIVANAINEN, Ansa & SYVÄOJA, Pirjo 2010. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

IIVANAINEN, Ansa JAUHIAINEN, Mari & SYVÄOJA, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan kirjapaino.

IKONEN, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

IKONEN, Helena 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro -gradu-tutkielma.

JALAVA, Urpo & VIRTANEN, Petri 1998. Tietoa luova projekti polku oppivaan organisaatioon. Tampere: Tammer- Paino Oy.

JULKUNEN, Marja- Liisa 2002. (toim) Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.

KARPPINEN, Paula 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaan potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro -gradu - tutkielma.

KATAJISTO, Marjo 2010. Hollannissa tasoa vanhuuteen. Motiivi 2/2010. [viitattu 2013-12-04]. Saatavissa: <http://motiivi.jhl.fi/portal/?6=getArticle&Issued=8&article133>

KESKI – SUOMEN SAIRAAHOITOPIIRI 2012. Kuntoutuksen prosessin toimintakonsepti. Työryhmän julkaisu 23.1.2012. [viitattu 2013-12-04]. Saatavissa: www.ksshp.fi/public/download.aspx?IP=3825&GUID...2C9A

KLEMETZ, Maria, HUTTUNEN, Hannu & VAURAMO, Erkki 2013. Vaasan vanhus-
tenhuolto ja rakenneuudistus. Tutkimus 2.18.3.2013. [viitattu 2013-11-
18]. Saatavissa: www.vaasa.fi/Link.aspx?id=1250032

KOPONEN, Leena 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä.
Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto-
paino Oy.

KOTISAARI, Marja –Liisa & KUKKOLA, Sirkka 2012. Potilaan oikeudet hoitotyös-
sä. Porvoo: Bookwell Oy.

KOTIUTUSTIIMI 2012. Espoon kotiutustiimi 8.8. 2012.[viitattu 2013-11-
30]. Saatavissa: <http://www.espoo.fi>

KUULA, Arja.1999. Toimintatutkimus kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä.Tampere:
Tammer –Paino Oy.

LAIHO, Ulla-Maija 2010.Tanskan malli vanhusten hoidossa.Kuntalehti
1/2010.Kuntaliitto. [viitattu 2013-11-
14]. Saatavissa: www.fem.fi/files/25955/Tanskan_malli_vanhustenhoidossa_kuntalehti_1__2010.pdf

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA (785/1992).[viitattu 2013-08-
01]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>

LAPINLAHDEN KUNTA TALOUSARVIO 2013.[viitattu 2013-04-
15]. Saatavissa: <http://www.lapinlahti.fi>

LEHTINEN, Erno & KUUSINEN, Jorma 2001. Kasvatuspsykologia. Juva: WS
Bookwell Oy.

LEINONEN, Katja 2012. Pyhäjärvisuudun pilotti väliraportti 30.6.2012.[viitattu
2013-09-
20].saatavissa:[http://www.satshp.fi/pls/wportal/cocs/PAGE/TIETOPANKKI\(KEHITTA_MISTOIMIN-TA/TOIMINTAKYKYIKAANTYMINEN/LOPPURAPORTTI209.JUURRUTTAMINEN](http://www.satshp.fi/pls/wportal/cocs/PAGE/TIETOPANKKI(KEHITTA_MISTOIMIN-TA/TOIMINTAKYKYIKAANTYMINEN/LOPPURAPORTTI209.JUURRUTTAMINEN)

LÄMSÄ, Riikka 2013. Potiaskertomus -Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Väitöskirja. Verkkojulkaisu THL [viitattu 2013-09-03]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi>

MADIGAN, E, SCHOTT, D & MATTHEWS, C 2001. Rehospitalization among home healthcare patients. Result of a prospective study. Home Healthcare Nurse 19(5), 298-305.

MISTIAEN, P, DUIJNHOEWER, E, WILKEL, D, de BONT, M & VEEGER, A 1997. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. Journal of Advanced Nursing 25(6) 1233 -1240.

MYLLYMÄKI, Kati 2010. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Kuntaliiton verkkojulkaisu. [viitattu 2013-11-14]. Saatavissa: shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/myllymaki.pdf

NURMI, Timo 2004. Gummeruksen suuri suomen kielen sanakirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.

OPPIMISKÄSITYKSET 2012. [viitattu 2012-12-10]. Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/> oppimiskäsitykset/oppimiskäsitykset/kognitiivinen-oppimiskäsitys

OPPIMISKÄSITYKSET 2012. [viitattu 2012-12-10]. Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/> oppimiskäsitykset/oppimiskäsitykset/humanistinen –kokemuksellinen-oppiminen

PAHIKAINEN, Tiina 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos: Pro-gradu tutkielma.

PERÄLÄ, Marja -Leena & HAMMAR, Teija 2003. PALKO- malli. Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes, aiheita 29. Helsinki: Stakesin monistamo.

POTILASTURVALLISUUS 2013. Suomen sairaanhoitajaliitto edistämässä potilasturvallisuutta. ISBAR-menetelmä. [viitattu 2013-03-05]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty.../potilasturvallisuus

PÖYRY, Pirjo & Perälä, Marja-Leena 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohtaisissa. Stakes aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes.

RANTASALO, Katri 2007. Sairaalasta kotiin. Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma.

RAUSTE-VON WRIGHT, Maijaliisa, VON WRIGTH, Johan & SOINI, Tiina 2003. Oppiminen ja koulutus. Juva: WS Bookwell Oy.

REKIARO, Ilkka & ROBINSON, Douglas 2009. Suomi –Englanti -Suomi sanakirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

RISSANEN, Pekka & NORO, Anja. 1999. Ikääntyvien potilaiden hoito - ja kotiuttamiskäytännöt - Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus ja lonkkamurtumapotilaisista. 44/1999, Stakesin julkaisu.

SALIN, Sirpa 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

SALOMAA, Eija 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa. Hoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu - tutkielma.

SEPPÄNEN – JÄRVELÄ, Riitta. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. 4/2004. [viitattu 2013-10-30]. Saatavissa: http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf?sequence=

TANTTU, Kaarina 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinto koordinoituna näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali - ja terveyshallintotiede. Väitöskirja. [viitattu 2013-03-20]. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978_952_476_187_1.pdf

TENKANEN, Raija 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.

TOIKKO, Timo & RANTANEN, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

TURUNEN, Vesa 2013. Tanska uskoo kotihoitoon. Tehy -lehti (15), 51.

TYNJÄLÄ, Päivi 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere: Tammer -Paino Oy.

WIKIPEDIA. Potilas (viitattu 2013-09-15). Saatavissa: <http://www.wikipedia.org>.

VÄLIKANGAS, Katariina 2009. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Ympäristöministeriö 2/2009. [viitattu 2013-12-05]. saatavissa: <http://ym.fi/download/noname/%7BAEIC83E8-4497-4956-9611-781>

LIITTEET

LIITE 1 ESITTELY, IDEOINTI JA SUUNNITTELU

AIHEEN ESITTELY

5.2.2013 Lapinlahden terveyskeskus

KEHITTÄMISTEHTÄVÄN AIHE JA TAUSTAA

- › Kotiuttamiskäytäntöjen kehittäminen Lapinlahden terveyskeskuksessa.
- › Työelämälähtöisyys
- › Kehittämistehtävä

TAUSTAA

- › Henkilöstö vuodeosasto 1:llä ovat todenneet, että kotiuttamisen kehittäminen on aiheellista, jotta löytyisi yhtenäisiä ja toimivampia käytäntöjä.
- › Potilaita tulee osastolle päivystyksen ja erikoissairaanhoidon kautta. Erikoissairaanhoidossa ovat hoitoajat lyhentyneet ja sieltä tulee potilaita osastolle yhä nopeammalla ajoituksella. Potilaita ei aina saada joustavasti ja viivytyksettä kotiin. Silloin muodostuu tilanne, että ei ole potilaspaikkoja erikoissairaanhoidosta tuleville.

TAVOITE JA TARKOITUS

- › **KEHITTÄMISTEHTÄVÄNTAVOITE:** Käytäntöjen aukaiseminen ryhmässä. Yhteistyö muotojen kehittäminen.
- › **KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS:** Tiedon luominen ryhmässä. Yhtenäinen toimintamalli.

RYHMÄ

- › Ryhmään osallistuu henkilökuntaa Lapinlahden terveyskeskuksesta ja yksiköistä joihin asiakkaita/potilaita kotiutetaan:

TUTKIMUSMENETELMÄ

- › Toimintatutkimus, ryhmätapaamisissa edetään keskustellen. Käytännöntieto tulee ryhmästä ja tuotua teoretietoa tutkijalta.
- › perustuu ajatukseen, että toimintaan tulee muutosta.
- › toiminnan suunnittelu, toteutus ja arviointi

KOGNITIIVINEN OPPIMINEN

- › Oppimiskäsityksen lähtökohtana, että huomio kohdentuu informaation prosessointiin. Oppimiseen vaikuttaa oppija ja hänen ominaisuudet. Kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaan havainnot tehdessämme tulkitsemme ja valikoimme informaatiota tietoisesti tai tiedostamatta. Kognitiivisessa oppimisessa on skeema käsite keskeinen. Tämä tarkoittaa aiemman tiedon ja kokemuksen muokkaamaa ennakkokäsitystä. (Lehtinen ja Kuusinen 2001,85-86.)

OSALLISTAVAT KEHITTÄMISMENETELMÄT

Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyritään laajenevaan dialogiin, jossa toisilta opitaan ja heistä ollaan kiinnostuneita. Aktiivinen osallistaminen on mahdollista avoimessa vuorovaikutus tilanteessa. Dialoginen lähestymistapa perustuu tapaan kysyä ja oppia toisilta. Kehittäminen on avoin prosessi, siinä tavoitteita tai tuloksia ei voi tietää etukäteen, sillä ne määritellään yhteisen prosessin aikana. Osallistavan arvioinnin luonteeseen kuuluu arvostava näkökulma ja arvioitavasta kohteesta etsitään vahvuuksia (Toikko ja Rantanen 2009, 93, 97.)

AIKATAULU JA SOPIMINEN

- › Ryhmätapaaminen maaliskuu-, huhti-, touko-, syys- ja lokakuussa
- › n. 1,5 h
- › Paikka ensisijaisesti terveyskeskus kokoushuone
- › Ajan sopiminen ainakin maaliskuulle.

IDEOINTI JA SUUNNITTELU

- › Ideointia aiheesta: Kotiuttamiskäytäntöjen kehittäminen Lapinlahden terveyskeskuksessa
- › Tavoite on ryhmän koostama malli.
- › aivoariihii
- › Laita paperille ja kootaan yhteen.
- › Mitä tulee mieleen, ajatuksia?
- › Mitä aiheita ?
- › Mitä menetelmiä ?
- › Kotitehtäviä jossain vaiheessa?

KIIITOS

- › Kiitos mielenkiinnosta!

Hassinen, Jukka.2008. Partus OY. ideointityökalupakki ja -työkaluja ideanikkarille. [viitattu 2013.01.20] Saatavissa: <http://www.jelli.fi/lataukset/2011/05/5.27/ideointimenetelmia>

Lehtinen, Erno ja Kuusinen, Jorma. 2001. Kasvatuspsykologia. Juva: WS Bookwell Oy.

Toikko, Timo ja Rantanen, Teemu. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

LIITE 2 KOTIUTTAMINEN, KOTIUTTAMISPROSESSI, KOKONAISTILANTEEN KARTOITTAMINEN, MITTARIT, YHTEISTYÖ

KOTIUTTAMINEN, KOTIUTTAMISPROSESSI, YHTEISTYÖ

4.3.2013 Lapinlahden terveystakeskus

Aiempaa tutkimustietoa

Kansainvälistä tutkimusta. Atwal, Anita (2002) Iso-Britannia, tapaustutkimus. Työntekijöiden ammattitaidolla keskeinen sija kotiuttamisessa ja ammattitaitoa kotiuttamiseen saa työkokemuksen kautta. Tiedonsiirtämisessä oli ongelmia ja raportoitu tieto ei siirtynyt aina.

Mistiaen, P ym. (1997) Alankomaat. Viikko kotiutumisen jälkeen. Tarkoitus saada tietoa kotiutumisen jälkeisistä ongelmista.

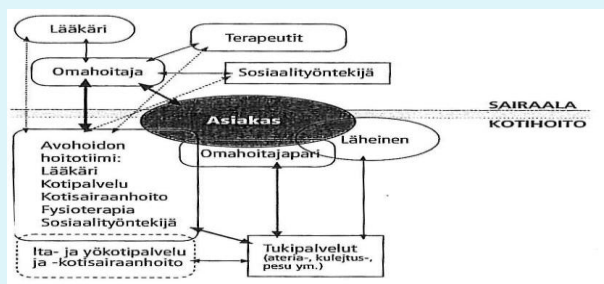
Tutkimustuloksena 80% vastaajista koki saaneen liian vähän tietoa levosta ja liikunnasta ja eivät tienneet keneen ottaa yhteyttä. Kotona oloon liittyi hankaluksi ja liian vähän apua

Aiempaa tutkimustietoa

Suomessa on aihetta tutkittu useista näkökulmista. Suomessa keskeinen tutkimus on Teija Hammarin, väitöskirja, 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa –kotihoitoon asiakkaan avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tämä tutkimus on osa Palveluja yhteen sovittava kotihoito- ja kotiutumiskäytännön kehittäminen ja testaaminen (PALKO) projektia, siinä kehitettiin toimeenpantiin ja arvioitiin uudenlainen palveluja yhteen sovittava kotihoito- ja kotiutumiskäytäntö (PALKO-malli). (Hammar 2008, 4).

Teija Hammarin tutkimus tuo uudenlaisen mallin, palveluja yhteen sovittavan kotihoito- ja kotiutumiskäytännön vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Kehitetty käytäntö tarkoittaa, että kehittäessä kotiutus- ja kotihoitokäytäntöjä PALKO-mallin suuntaisesti kunnissa voidaan tuottaa palveluja ikääntyneelle väestölle entistä tehokkaammin. (Hammar 2008, 5.)

Palko-malli



KUVIO.PALKO-MALLI, asiakkaan kotiutuminen sairaalasta. (Perälä ja Hammar 2003, 29.)

Aiempaa tutkimustietoa

- › Potilaiden sairaalasta kotiutumiset ovat kriittisiä vaiheita, joilla on vaikutusta potilaiden hyvinvointiin ja hoitotoiminnan vaikuttavuuteen. Hoitoajat sairaaloissa ja terveyskeskuksissa ovat lyhentyneet ja potilaat saattavat kotiutua huonompikuntoisenaakin. (Pöyry ja Perälä 2003, 9,)

KOTIUTTAMINEN

Onnistunut kotiutuminen edellyttää suunnittelua ja yhteistyötä, joka aloitetaan varhain.

Kotiutuminen suunnitellaan yhteistyössä potilaan omaisen/läheisen, sairaalan/terveyskeskuksen sekä potilasta hoitava kotihoidonhenkilöstön tai muun jatkohoidon tahon kesken. (Rantasalo 2007,52-53.)

- › Kotiuttamiseen on todettu liittyvän monenlaisia ongelmia, esimerkiksi valmistelemaan kotiutus, puutteita hoidonjatkuvuudessa, tiedonkulun ja yhteistyön ongelmat, vastuun siirtäminen eri tahojen kesken ja yhteisten hoidontavoitteiden puuttuminen. (Hammar 2008, 27.)

KOTIUTTAMISPROSESSI

Kotiuttaminen on prosessi, joka alkaa potilaan tullessa terveyskeskukseen. Loppuu kun potilas kotiutuu. Prosessi päättyy kotiuttamisen jälkeen arviointiin. Kotiuttamisprosessin tarkoituksena on helpottaa siirtymistä ympäristöstä toiseen. (Rantasalo 2007,7,8.)

Kotiuttamisprosessin vaiheet ovat , potilaan kotiutusvalmiuden arvioiminen, kotiutus päätöksen tekeminen, kotiutuksen organisoiminen ja kotiutusprosessin arvioiminen. (Rantasalo 2007, 21,22.)

KOTIUTTAMISPROSESSI

- › Prosessi on potilaan, omaisen ja henkilökunnan yhteistyötä. Keskeistä on kotiutussuunnitelman tekeminen. Kotiutus päätös tulee tehdä yhdessä potilaan, omaisen ja tarvittaessa kotihoidon henkilöstön kanssa. (Rantasalo 2007, 52 - 54.)
- › Kotiuttamisprosessi käynnistyy suunnittelulla, jonka potilaan omahoitaja aloittaa yhdessä potilaan kanssa mahdollisimman pian tulovaiheessa. (Karppinen 1997,5.)

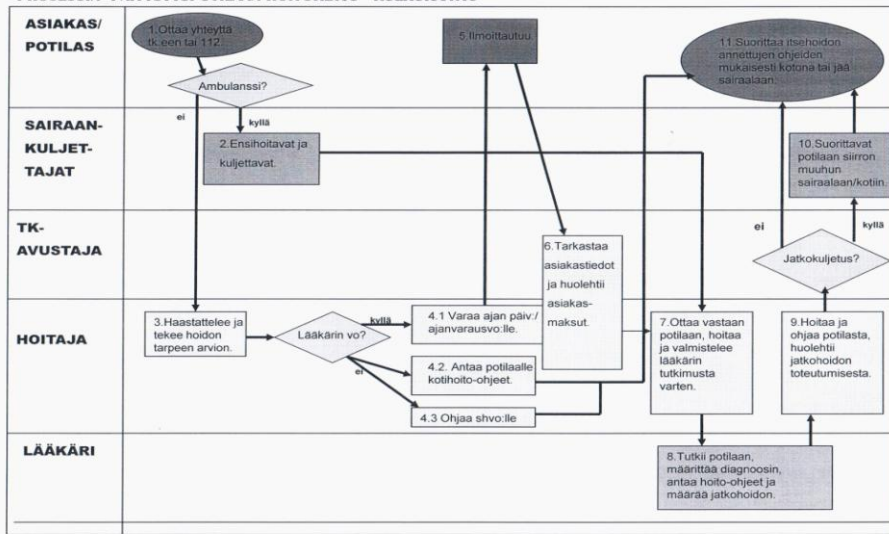
Hyvän kotiuttamisen prosessi

- › Leena Koposen, 2003, 21-22. Väitöskirjassa, läkkään potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Bull & Roberts 2001 kuvaa tehokasta kotiutuksen suunnittelua näin. Hyvä kotiuttaminen tapahtuu moniammatillisen tiimin toimesta. Kotiuttamisprosessiin kuuluu neljä vaihetta ja kolme kommunikaatio kehää. Ensimmäisessä on vaiheessa tutustuminen potilaaseen, kommunikaatio potilaan, omaisen ja eri hoidontajien välillä

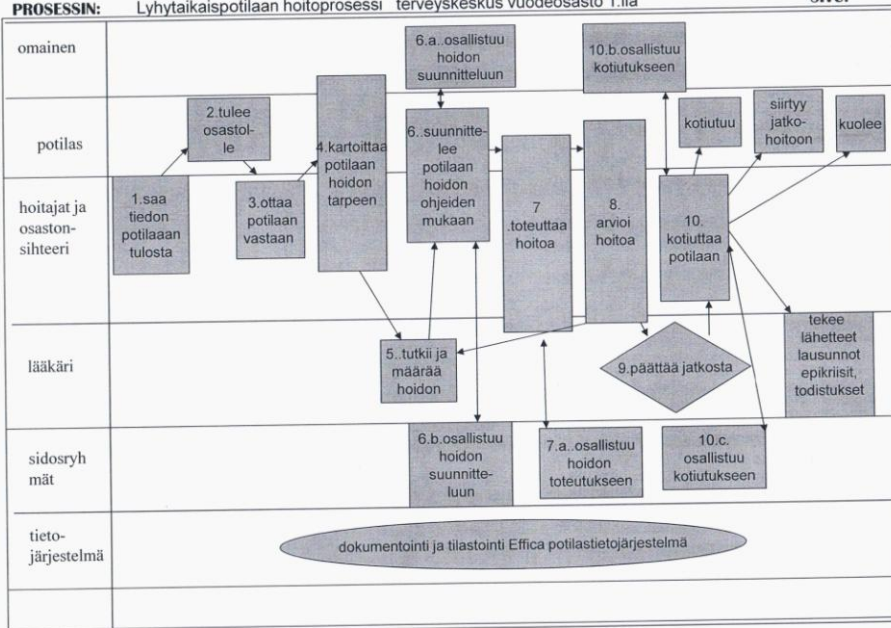
Jatkoa edelliseen

- › Toisessa vaiheessa laaditaan alustava suunnitelma kotiutumispäivästä, kommunikaatio potilaan, perheen ja hoidontajatiimin välillä.
- › Kolmas vaihe valmistautuminen kotiin lähtemiseen, kommunikaatio tiimin ja kotihoidon välillä.
- › Neljäs vaihe siirtyminen kotiin, kommunikaatiossa korostuu suhteiden luominen kotihoidon hoidontajiin.

PROESSIN PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITOKETJU - KULKUKAAVIO Päivitetty 28.10.2006 Laatinnut Seija Savolainen



PROESSIN: Lyhytaikaispotilaan hoitoprosessi terveyskeskus vuodeosasto 1:llä SIVU:



HOITOTIEDOTE KOTIHOIDON ASIAKKAASTA PÄIVYSTYKSEEN/ JA JATKOHOITOON

Nimi: _____ HI8 tunnus: _____
Osoite _____ puh.: _____ -
Lähiomainen: _____ puh: _____ Asuu yksin Ei asu yksin
Onko omaiselle ilmoitettu (potilaan luvalla?) kyllä ei
Miksi nyt lähtee päivystykseen, voimnin tila: Huomioit/ havainnot (esim. ihon kosteus, hengitystaajuus, ripulit, oksentelu ym.) _____

Psyykinen tila: _____
Fyysinen kunto ennen päivystykseen joutumista (: esim. omatoiminen, autettava, täysin autettava) _____

Hoito- tai oimenpiteet ennen päivystykseen lähtöä (esim. RR- mittaust, pulssi, lämpö, VS) _____

Onko ruokaillut: kyllä ei
Ruokavalio: _____
Tärkeimmät diagnoosit: _____
Virtsaus: Normaali virtsankarkailua toistokattetrointi x_____ vrk,
Lääkeallergia: _____
Laitettu seuraavat lääkkeet mukaan: (esim. insuliinikynä, astmasuihkeet, silmätipat) _____
Ottanut /saanut lääkkeitä
LÄÄKEHOITO

Asiakas saa kotihoidonpalveluja : kotisairaanhoido kotipalvelu ateriapalvelu turvapalvelu
Omaishoitoa Hoitajan yhteystiedot _____
Apuvälineet: _____
Pvm: _____ Lähettäjä: _____ Yhteystiedot _____

jatkuvuus


- Pärjännyt omatoimisesti tai omaisen auttamana.
- On kotihoidon asiakas
- Tuleva kotihoidon asiakas
- On jatkohoitopaikka, johon palaa.
- (Perälä ja Hammar 2003,23,Pöyry ja Perälä 2003,15)

Kokonaistilanteen kartoittaminen


- Yhteistyössä potilaan, omaisen, kotihoidon tai muiden hoitavien tahojen kanssa selvitetään toimintakyvyn ja kotona selviytymisen kokonaistilanne. Kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan näiden tietojen perusteella.
- Hoidon tarpeen arviointia ja hoidonaloittamista ja kotihoidonsuunnittelun käynnistämistä nopeuttaa tieto sairaalaan tulo syistä ja aiemmasta kotona selviytymisestä.(Perälä ja Hammar 2003.18).
- Huomioidaan muistisairaudet, yksilöllisyys, ennakoiti.
- Potilaan voimavarat ja kuntouttava työote alusta lähtien. Kuntouttava työote tarkoittaa ammattilaisten työtettä, jonka avulla tuetaan ja edistetään asiakkaan liikkumis- ja toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Ihminen nähdään aktiivisena toimija, riippumatta siitä missä paikassa hän on. (Suvikas, Laurell ja Nordman 2013, 356.)
- Toimintakyky voidaan määrittää joko voimavara lähtöisesti (jäljellä olevan toimintakyvyn taso) tai todettuina toiminnan vajeina. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä henkilökohtaisesta hoidosta, huolenpidosta ja päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyky koostuu fyysisestä, kognitiivisesta, psyykkisestä ja sosiaalista toimintakyvystä (Hammar 2008, 30, Mustajoki ym. 2010,448.)
- Mittareita: fyysinen toimintakyky Rava-indeksi,
- Kognitiivinen toimintakyky MMSE ja Cerad,
- Psyykinen toimintakyky GDS.
- Sosiaalinen toimintakyky. Yleensä kysytään. Suomessa käytetään vähän valmiita mittareita. WHO on sisällyttänyt myös ihmisen ympäristön toimintakykyä määrittäväksi tekijäksi. Asunnon ja ympäristön liikuntaesteisyys heikentää toimintakykyä. (Hammar 2008, 30.)

Mittareita

- ▶ Toimintakyvyn arvioimisessa. Ennakoiva toimintakyky kartoitusta. (Kehitetty Kuvake-hanke/VAMU)
- ▶ Kaatumisvaaran arviointi, tarkoitus tunnistaa iäkkään alttius kaatumiselle varhain ja kartoittaa tekijät, jotka lisäävät kaatumisalttiutta. Arviointiin on kehitetty työvälineet ja mittarit. 1. Kysytään ensin haastattelu ja havainnointi. 2. Testit ja mittarit. Kaatumisriskin arviointi mittareilla FRAT, lyhyt arvio perusterveydenhuoltoon, FROP – com lyhyt arvio kotihoitoon ja laajempiarvio. Kaatumisella on selvä yhteys terveyden ja toimintakyvyn ongelmiin. www.thl.fi
- ▶ Lue IKINÄ- OPAS: www.tapaturmat.fi
- ▶ Vajaaravitsemus. Ravitsemustesti yli 65-v mna,
- ▶ Yksinäisyys, yksinäisyyden tunnistaminen. www.thl.fi



KUOPION KAUPUNKI
Perusturva ja terveydenhuolto
VAMU



EUROOPAN UNIONI
LITTO
Euroopan aluekehitysrahasto

ENNAKOIVA TOIMINTAKYKYKARTOITUS

pvm: _____

Asiakkaan nimi: _____ hetu: _____

Kyllä Ei Koti ja toimintaympäristö

1 0 Asutko yksin?

0 1 Pääsettekö itse ulos?

0 1 Pystyttekö liikkumaan ja toimimaan kotona ja lähiympäristössä esteittä?

0 1 Selviättekö portaisa itsenäisesti?

0 1 Ovatko kulkuyhteydet palvelu- ja asiointipaikkoihin saatavilla?

1 0 Haluaisitteko muuttaa jotain kodissanne tai ympäristössänne ikääntymistä ajatellen?

Kyllä Ei Sosiaaliset suhteet ja ympäristö

0 1 Onko teillä ystäviä/sukulaisia, joiden kanssa pidätte säännöllisesti yhteyttä?

1 0 Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

1 0 Huolehditteko jostakin henkilöstä, joka tarvitsee apunne?

0 1 Onko teillä henkilöä, joka auttaa teitä, jos sairastutte tai joudutte hätätilanteeseen?

1 0 Tunnetteko olonne turvattomaksi?

0 1 Oletteko työvälinen taloudelliseen tilanteeseenne?

0 1 Pystyttekö osallistumaan riittävästi kotinne ulkopuolisiin asiointeihin, tapahtumiin tai harrastuksiin?

1 0 Käytättekö alkoholia enemmän kuin yhden annoksen kerrallaan tai seitsemän annosta viikossa?
Yksi annos on pieni pullo keskiolutta tai siideriä, 12 cl mietoa tai 8 cl väkevää viiniä, 4 cl viinaa (40%)

Kyllä Ei Arkipäivän toiminnot ja liikkuminen

0 1 Suorudutteko henkilökohtaisista päivittäisistä toiminne (peseytyminen, pukeutuminen)?

0 1 Pystyttekö itse huolehtimaan kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä?

0 1 Harrastatteko liikuntaa tai ulkoilua vähintään viisi kertaa viikossa?

1 0 Onko liikkumisen määrä vähentynyt viimeisen puolen vuoden aikana?

1 0 Käytättekö liikkumisen apuvälinettä?

1 0 Vaikuttaako kipu tai joku muu syy (esim. virtsaavaiva) päivittäisiä toimianne?

1 0 Oletteko kaatunut tai onko teille sattunut tapaturmia viimeisen puolen vuoden aikana?

Kyllä Ei Ravitsemus

0 1 Syöttekö vähintään kerran päivässä lämpimän aterian?

0 1 Ruokaillettekö vähintään neljä kertaa päivässä (sisälleen pääruoan, välipalat)?

0 1 Onko painonne pysynyt ennallaan viimeisen puolen vuoden aikana?

0 1 Hankaloittaako suun tai hampaiden kunto syömistä?

Kyllä Ei Uni, mieliala ja muisti

0 1 Oletteko nukkunut hyvin viimeisen kuukauden aikana?

1 0 Oletteko tuntenut itsenne viimeksi kuluneen kuukauden aikana usein alakuloiseksi, masentuneeksi?

1 0 Oletteko itse tai onko läheisenne ollut huolissaan muistinne vaikeuksista?

Kyllä Ei Lääkitys

1 0 Onko teillä kysymyksiä lääkkeiden käyttöön liittyen?

Kyllä Ei Näkö ja kuulo

0 1 Näettekö lukea sanomalehteä lasilla tai ilman?

0 1 Kuuletteko tavallisen puheen?

0 1 Käytättekö teille hankittua kuulolaitetta?

Vipuvoimaa
EU:lta
2007-2013

Päivitetty 22.2.2011

Hölypölyt ja sairaala
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Nimi: _____
 Syntymäaika: _____
 Osoite / osasto / huone: _____
 Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti _____

Arvioinnin tekijän nimikirjaimet _____
 Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv) _____

			ARVIOINTIPISTEET			
KAATUMISHISTORIA						
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana	Ei yhtään kaatumista	(2 p.)				
	Yksi tai useampi kaatuminen viimeisen 12 kuukauden aikana	(4 p.)				
	Yksi kaatuminen viimeisen 3 kuukauden aikana	(6 p.)				
	Useampia kaatumisia viimeisen 3 kuukauden aikana	(8 p.)				
LÄÄKITYS						
Rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteepistolaikkeit, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet	Ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä	(1 p.)				
	Yksi lääke	(2 p.)				
	Kaksi lääketä	(3 p.)				
	Useampi kuin kaksi lääketä	(4 p.)				
HENKINEN TILA						
Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikointi- ja yhteistyökkyys, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainituista	(1 p.)				
	Vähäisesti yksi tai useampia oireita	(2 p.)				
	Kohtalaisesti yksi tai useampia oireita	(3 p.)				
	Vaikaa-asteista ongelmaa yhdellä tai useammalla osa-alueella	(4 p.)				
KOGNITIO/MUISTI						
Pisteytys joko MMSE*-testi-pisteiden tai kysymyksen mukaan	MMSE	Onko muistivaikeuksia?				
	25–30 (1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)			
	18–24 (2 p.)	Vähäisiä muisti- vaikeuksia	(2 p.)			
	10–19 (3 p.)	Kohtalaisesti muisti- vaikeuksia	(3 p.)			
	0–12 (4 p.)	Etenevä muistilairaus	(4 p.)			

* Mini-Mental State Examination

PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)

IKINÄ
 TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS


Hölypölyt ja sairaala
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Kaatumisvaara:	Pisteet	Toimenpiteet
Liian vähäinen kaatumisvaara	0–11 p.	Tasapainokyyryyden ylläpitäminen, liikkumiskykyä ylläpitäminen.
Kuohunut kaatumisvaara	12–15 p.	Kaatumisvaaran arviointi: riskin tunnistaminen, Arviointiin perustuvien yksilöllisten ohjeiden toteuttaminen.
Erittäin korkea kaatumisvaara	16–20 p.	Yksilöllisen kaatumisvaaran arviointi: riskin tunnistaminen, Arviointiin perustuvien yksilöllisten ohjeiden toteuttaminen, lääkityksen seuranta.

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT) –versioning (ompeinen)
 Developed by: Perouse Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agokina>
 Suomeksi kääntänyt: © TRL, IPMA, www.taloturvallisuus.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikierroksella merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
- Jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikoin tilanetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

 TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Kotona asuvat iäkkäät
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)

Nimi: _____
 Syntymäaika: _____
 Osoite / osasto / huone: _____
 Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti _____

		Arvioinnin tekijä		ARVIOINTIPISTEET						
		Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)								
KAATUMISHISTORIA										
Kaatumiset edeltävän 12 kk aikana	Ei yhtään	(0 p.)								
	Yksi kaatuminen	(1 p.)								
	Kaksi kaatumista	(2 p.)								
	Kolme kaatumista tai enemmän	(3 p.)								
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY										
Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotityöt)? <i>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</i>	Täysin itsenäinen	(0 p.)								
	Selviytyy vähäisen avun turvin	(1 p.)								
	Tarvitsee paljon apua	(2 p.)								
	Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3)	(3 p.)								
TASAPAINOKYKY										
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. <i>Jos apuväline käytössä, tehdään suorituksen kanssa.</i> <i>Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen suorituksen mukaan.</i>	Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta	(0 p.)								
	Jonkin verran tasapainon heikkoutta	(1 p.)								
	Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä)	(2 p.)								
	Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen	(3 p.)								
PISTEET YHTEENSÄ										
Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25 kertainen	0,7 kertainen	1,4 kertainen	4,0 kertainen	7,7 kertainen					
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut			4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea			
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen			Kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja yksilöllisten ehkäisytöiden toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen			

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-Com Screen (Mukaeltu). Russell MA, Hill KD, Blackburny I, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomenkielisen käännöksen ©THI, IKINÄ, www.tapatutmat.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
- Jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

YKSINÄISYYSKYSYMYS

A) Tätä kysymysmuotoa on käytetty mm. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Hyvinvointitutkimuksessa:

Tunneteko itsenne yksinäiseksi:

1. en koskaan
2. hyvin harvoin
3. joskus
4. melko usein
5. jatkuvasti

B) Tätä kysymysmuotoa on käytetty mm. Ikivihreät-projektissa (Tiikkainen 2006):

Kärsittekö yksinäisyydestä?

1. en koskaan / hyvin harvoin
2. harvoin
3. usein
4. melkein aina

C) Tätä kysymysmuotoa on käytetty mm. Ikääntyneiden yksinäisyys -tutkimuksessa (Routasalo, Pitkälä, Savikko, Tilvis 2003):

Kärsittekö yksinäisyydestä?

1. harvoin tai ei koskaan
2. toisinaan
3. usein tai aina

D) Näitä kysymysmuotoja on käytetty mm. Jyväskylän yliopiston Ikivihreät-projektissa 1988–2004:

Oletteko mielestänne yksinäinen?

1. en ole mielestäni yksinäinen
2. olen yksinäinen silloin tällöin
3. olen aika yksinäinen
4. olen hyvin yksinäinen

Ajattellessanne elämänne ja sen aikana mahdollisesti kokemaanne yksinäisyyttä, mikä seuraavista vaihtoehtoista parhaiten kuvaa Teitä itseänne?

1. en ole juurikaan kokenut yksinäisyyttä
2. elämässäni on ollut joitakin yksinäisiä vaiheita
3. olen koko elämäni ajan tuntenut itseni yksinäiseksi

Lähteet:

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus: www.thi.fi/ath
 Tiikkainen, Pirjo (2006): Vanhuuden yksinäisyys – Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto <https://jyu.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13494/9513925374.pdf?sequence=1>
 Routasalo P., Pitkälä K., Savikko N., Tilvis P. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Saarijärvi: Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi, 2003.
 Ikivihreät-projekti: <https://www.jyu.fi/sport/laitokset/tutkimusyksikot/sgt/Tutkimus/ikiv>

Lääkehoidon kartoittaminen

- › Kun potilas tulee terveyskeskukseen selvitetään potilaan säännöllinen lääkitys ja riskitiedot: Kysytään tarvittaessa omaiselta ja hoitavalta taholta esimerkiksi kotihoitolta lisäselvittelyä. Huomioitavaa on, että lääkelista ja annostusohjeet on ajan tasalla, eli päivitetään lääkelista jokaisessa työyksikössä, Lääkkeiden määrä, tarkistus .Kirjaaminen jokaisessa yksikössä. Ajantasalla olevat lääkitystiedot.

LÄÄKEHOIDON KARTOITTAMINEN

Lääkitystietoja selvittäessä esitetään potilaalle tarkkoja kysymyksiä ja tarvittaessa pyydetään tarkennusta lääkityksestä. Mitä lääkkeitä on käytössä hoitoontultaessa. Huomioidaan kaikki lääkkeet.

- reseptilääkkeet
 - itsehoitolääkkeet, apteekista ilman reseptiä hankittavat valmisteet
 - kasvisrohdokset
 - muilta mahdollisesti saadut lääkkeet
 - mitä valmistetta käyttää säännöllisesti esimerkiksi päivittäin
 - mitä valmistetta ottaa tarvittaessa/kuinka usein ottaa
 - onko lääkitykseen tehty viimeaikoina muutoksia esimerkiksi antibiootti kuuri aloitus/lopetus
 - onko ongelmia lääkkeen ottamisessa, tehoaako lääke, aiheutuuko haittoja
 - mille potilas tietää olevansa allerginen
 - lääkelistaan kirjataan, silmätipat, inhalaatiolääkkeet, iholle käytettävät voiteet
 - ja linimentit, lääkkeellinen happi, vitamiinit, laksatiivit, mahahappolääkkeet
 - dieettivalmisteet
 - lääkkeitä esim. parillinen päivä tai pariton päivä/ kerran viikossa/ kerran kuukaudessa otettavia
- (Saano ja Taam-Elmälä 2013, 284–285.)

Lääkehoidon kartoittaminen

- › Jakaako itse lääkkeet , kuka jakaa, onko esimerkiksi dosetti käytössä.
- › Kuuluuko koneellisen lääkkeenjaon piiriin.
- › Mihin aikaan ottanut viimeksi lääkkeet ja mihin aikaan ottaa lääkkeet.
- › Muistaako ottaa lääkkeet
- › Tietääkö oikean annostelun
- › Tietääkö yhteisvaikutuksista ja sivuvaikutuksista
- › Pystyykö nielemään lääkkeet
- › Miten säilyttää lääkkeitä
- › Pystyykö ottamaan lääkkeen pakkauksesta.
- › (Iivanainen, Jauhiainen ja Syväoja 2010,818–819).

Kotiutusvalmiuden arvioiminen

- Arvioidaan potilaan kunto, terveydentila, toimintakyky ja kotona selviytyminen. Potilaan oma arvio kunnosta
- Omaisien/läheisten arvio selviytymisestä kotona
- Lääkärin arvio terveydentilasta
- Omahoitajan arvio terveydentilasta. (Rantasalo 2007,22.)

Kotiutussuunnitelma

- Tarkoitus auttaa potilasta siirtymään turvallisesti sairaalahoitosta kotiin, niin että jatkuvuus säilyy.
 - Sisältää arvioinnin, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan.
 - Perustuu yhdessä määriteltyihin tavoitteisiin, joihin sitoudutaan.
 - Potilan halutessa omainen mukana suunnittelussa
 - Potilaan kanssa suunnitellaan kotiutumisen ajankohta
 - Apuvälineiden hankinta, kodinmuutostyöt.
 - Kotihoidon työntekijän asiantuntemus, moniammatillista yhteistyötä.
 - Yhteinen näkemys, joustavuus, tarkistus, tarvittaessa suunnitelman muuttaminen.
- Lähde:(Pöyry ja Perälä 2003, 15,16, Rantasalo 2007, 16.)

Kotiutussuunnitelma

Kotihoidon tarve ja palvelun tarve arvioidaan yhdessä kotihoidon kanssa.(Yö partio käynnit). Tarkistetaan mitä tukipalveluja aiemmin ollut. ateriapalvelu, turvapuuhelin tilaus, muu esim. ovihälytys asennus, apuvälineet tarve arvio,. Hakemukset, tuet ja lausunnot. Tietoa päivätoiminnasta. Kuntohoitajan/ fysioterapeutin kartoitukset, suunnitelmat, ja arviokäynnit, esteettömyys kotona, rappuset ym. Asuuko kaukana palveluista. Hoitotarvikkeet. Moniammatillinen yhteistyö palaverit Muut; ravitsemusterapeutti, vanhustyönjohtaja sosiaalityöntekijä

Yhteistyö palaverit

- Lapinlahden terveyskeskuksen kuntoutuspalaveri on keskiviikkoisin 1/vko moniammatillinen ryhmä, jossa suunnitellaan, ennakoidaan potilaan kotiutusta ja kartoitetaan apuvälineen ja kodin muutostöiden tarve.
- hoitokokoukset järjestetään tarpeen mukaan. Etenkin uudet kotihoidon asiakkaat (asiakas, omainen, yhteistyötaho, lääkäri, sairaanhoitaja)
- Kotiutuskokeilut ja kotilomat :näistä aina arvio
- SAS-ryhmä, moniammatillinen ryhmä, tavoite koordinoita vanhuspalvelujen käyttöä avo- ja laitoshoidossa. Lapinlahdella ryhmä kokoontuu joka kuukauden ensimmäinen torstai. S= selvittä, A=arvio, S= sijoita
- Arviointikäynti tehdään tarvittaessa potilaan kotiin. Arviointi ryhmän kokoonpano riippuu potilaan hoidon ja palvelun tarpeesta. Käynnin koordinoi esim. fysioterapeutti. Arvioidaan kotona selviytymistä, apuvälineiden ja kodinmuutostöiden tarvetta. Kotikäynnin jälkeen käynnistetään apuvälineiden hankkiminen ja kodinmuutostöiden tekeminen (Perälä ja Hammar 2003, 27,28.)

Kotiutuspäätös ja jatkohoidonpäätös

Lääkäri tekee päätöksen, keskusteltuaan potilaan, läheisen ja hoitavan tiimin kanssa. Tavoite, että päätös tehdään muutamaa päivää ennen kotiin lähtöä. Lääkäri kirjoittaa hyvissä ajoin reseptit, epikriisit, hoitotarvikelähetteet, tarkistaa kotilääkityksen ja jatkohoito-ohjeet. Päätös tarkoittaa lähestyvää kotiutumista. (Perälä ja Hammar 2003. 25.)

YHTEISTYÖ

- › Lähtökohtana toiminnan yhteisen tarkoituksen selkiyttäminen, mitä tehdään ja miksi.
- › Yhteistyöllä tarkoitetaan, että yksilöt luovat yhteiset tavoitteet ja osallistuvat yhteisen tuloksen tuottamiseen
- › Vuorovaikutus
- › Yhteen hiileen puhaltaminen
- › Yhteistyökumppaneiden, oman- ja toisten toiminnan, organisaation ja rakenteiden riittävä tunteminen. (Isoherranen 2005, 14)

YHTEISTYÖ

- › Tiedon soveltamista, jakamista ja uuden tiedon rakentamista. Yhteistyössä korostuu, se kuinka voidaan koota kaikki tarvittava tieto.
- › Yhteisöllisyys
- › Työyhteisötaidot halu ja kyky toimia omassa työyhteisössä rakentavalla tavalla.
- › Oman perustehtävän hallitseminen
- › Organisaatiokulttuuri
- › Lähde: (Isoherranen 2005,)

YHTEISTYÖ

- › Juridisia, asiantuntemukseen ja kommunikaatioon liittyviä edellytyksiä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlex 1992/785, Potilaalla on oikeus yhteistyöhön
- › Omaisen oikeus kuulluksi tulemiseen
- › Siirtymävaiheen yhteistyössä joustava neuvotteleva yhteyden pitäminen (Koponen 2003, 118.)

YHTEISTYÖ

Pöyryn ja Perälän (2003, 14 – 15) mukaan henkilöstön yhteistyö ja tiedonvaihto sosiaali- ja terveydenhuollossa on asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja saumattomien palveluiden saavuttamisen väline. Yhteistyötä on monella tasolla, asiakkaan kanssa, omaisen kanssa työtovereiden kanssa ja yli organisaatorajojen. Organisaatioiden välinen yhteistyö ja tiedonvaihto, jossa henkilöstö tutustuu toisiinsa ja saa tietoa toistensa toiminnasta, luo edellytyksiä ja jatkuvuutta asiakaskohtaiselle yhteistyölle, toimipisteiden välillä kotiutumistilanteessa.

Suosituksia työntekijöiden ja omaisten yhteistyön kehittämiseksi.

- › Omaisen hyvä ja ystävällinen kohtelu
- › Omaisen informointi
- › Omaisen roolin selkeyttäminen hoidossa.
- › Luottamuksellisuus ja kunnioitus molemmin puolin.
- › Keskustelut jotka perustuvat tarpeisiin väärinkäytökset, ristiriidat, jännitteet, tyytymättömyys yhteistyön sujumiseen.
- › Lähde: (Kivelä ja Vaapio 2011, 157).

Jatkuu..

- › Omaisten palautteen mahdollistaminen ilman pelko seurauksia.
- › Hoidon valvonnan tehostaminen
- › Laatutyön kehittäminen ottamalla huomioon omaisten näkökulma
- › Omaisten kyselyihin vastaaminen
- › Omaisten mahdollisuus tavoittaa työntekijä ja saada tietoa omaisesta, vaikka työntekijät vaihtuvatkin
- › Kanssakäymiseen tarvittavat tilat. (Kivelä ja Vaapio 2011, 157.)

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- › Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia
- › Kootaan kaikki tieto ja osaaminen yhteen mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsityksen ja ymmärryksen saavuttamiseksi.
- › Lähde: (Isoherranen 2005,14-17)

LÄHTEET:

ATWAL, Anita. Nurses` perceptions of discharge planning in acute health care. Journal of Advanced Nursing. 2002. 39(5) 450 -458.

Ennakoiva toimintakyky kartoitus.Kanerva -KASTE-hanke.2011.[Luettu 2013.3.25] saatavissa: www.kanervakaste.fi/hvpolku/Ennakoiva_toimintakykykartoitus2011.pdf

Hammar, Teija. 2008: Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja

Hyvät käytännöt. 2009.Hyvä kotiuttaminen. Siikalatvan seutukunnan malli. Hoitotiedote kotihoidon asiakkaasta päivystykseen ja jatkohoitoon.[Luettu 2013.2.15] saatavissa:

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/nk/>

livanainen, Ansa, Jauhainen, Mari ja Syväoja, Pirjo.2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ikinä- opas.2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy.[Luettu 2013.2.20.] saatavissa: <http://thl.fi>

Isoherranen, Kaarina. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Dark Oy: Vantaa

Kaatumisvaaran arviointi lomakkeet.2012. FRAT, FROP -com ja laajempi arvio .(Luettu 2013.2.20) saatavissa <http://www.thl.fi/FI/web/pistetapaturmille-/iakkait/kina/arviointi/ns/>

Karppinen , Paula 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaasta potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimalla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu tutkielma.

Kivelä, Sirkka-Liisa ja Vaapio, Sari. 2011.Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.

Koponen, Leena. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kotiin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. [Luettu 2013.2.25.] saatavissa. <http://www.finlex.fi>

Lapinlahden kunta terveyskeskus päivystyspotilaan hoitoketju kulku kaavio.

Lapinlahden kunta terveyskeskus vuodeosasto 1 lyhytaikaispotilaan prosessikaavio.

Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen,Elina & Rasimus, Mirja.2010. Sairaanhoitajankäsikirja. Oy. Porvoo:WS Bookwell Oy.

Mistiaen, P., Duijnhoefer, E., Wijkel, D., de Bont, M. & Veeger, A. 1997. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. Journal of Advanced Nursing 25(6) 1233-1240

Mittarit ja testit THL. 2011.Yksinäisyyden tunnistaminen. [Luettu 2013.3.2] saatavissa: <http://www.thl.fi>

Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen,Elina & Rasimus, Mirja.2010. Sairaanhoitajankäsikirja. Oy. Porvoo:WS Bookwell Oy.

Perälä, Marja-Leena ja Hammar, Teija.2003. Aiheita 29. Palko-malli- Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakesin monistamo.

Pöyry,Päivi ja Perälä, Marja-Leena. 18/2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palvelun saumakohtissa. Stakesin aiheita. Helsinki: Stakesin monistamo.

Rantasalo, Katri. 2007. Sairaalaan kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoitosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Saano, Susanna ja Taam- Ukkonen, Minna.2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Suvikas, Annukka, Laurell, Leena ja Norman, Pia.2013.Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

LIITE 3 ASIAKASLÄHTÖISYYS, KOTIUTTAMISPROSESSI ORGANISOINTI JA ARVIOINTI, AMMATTIHENKILÖIDEN TEHTÄVÄT, HOITOTYÖN YHTEENVETO JA KIRJAAMINEN, ISBAR, JÄRJESTÖJEN SOSIAALITURVAOPAS.

Asiakaslähtöisyys/Kotiuttamisen organisointi, kotiuttaminen, arviointi, ISBAR

8.4.2013 Lapinlahden terveyskeskus

ASIAKASLÄHTÖISYYS

- Asiakaslähtöisessä palveluketju ajattelussa palvelut ja toiminnot organisoidaan asiakkaan tai potilaan tarpeista lähtien. (Tanttu 2007,127).
- Organisaatorajojen tulee olla asiakkaalle tai potilaalle näkymättömiä eli palveluketjun tulee olla niin sujuva, ettei organisaation vaihdos aiheuta katkoksia hoitoon siirtymisessä. (Tanttu, 2007, 127.)

Asiakkaan ja läheisen rooli

- Asiakas ja läheinen ovat aktiivisia hoitoa ja palveluita koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Hammar 2008, 59).
- Asiakkaiden ja omaisten mielestä hyvä kotiuttaminen, toteutuu, silloin kun heitä on kohdeltu yksilöllisesti, he ovat saaneet osallistua päätöksentekoon ja asiat on esitelty vähitellen. (Hammar 2008, 22.)

Valmistelut

- Kotihoidon palvelut ja tukipalvelut varmistetaan
- Jatkohoidon suunnittelu
- Jatkohoitopaikkaan yhteys
- Selvitellään omaisten hoitovastuu, jaksaminen ja osuus kotiutuksessa. Hakeeko esim. lääkkeet apteekista.
- Jos uusi kotihoidon asiakas. Hoitoneuvottelu tarvitt.
Onko pidetty ja mitä päätetty.
- Vanhat kotihoidon asiakkaat, Kuntoutuspalaveri.
Onko asiat ollut esillä ja mitä päätetty.
- Yhteystiedot eri yksiköihin saatavilla.
- Hoitohenkilöstö valmistaa potilasta ja omaisia tulevaan kotiutumiseen vähitellen sairaalajakson aikana. (Soveltaen: Perälä ja Hammar 2003, 25-31,32.)

Valmistelut

- Arvioidaan arkitoimissa selviytyminen,
- Valmistetaan onko arvio käynti kotiin tehty, jossa suunniteltu mahdolliset mitä kodin muutostyöt ovat, kuka toteuttaa, koska tehdään ja onko jo tehty
- Ohjauksen tarve potilaan ja omaisen
- Apuvälineet
- Apuvälineen ohjaus
- Ammattiryhmille tieto
- Hoitotarvikkeet varataan
- (Perälä ja Hammar 2003, 32.)

Valmistelut

- Onko asunto lämmin, onko avain, onko ruokaa, onko joku kotona vastassa.
- Vaatteet
- Onko lääkkeitä kotona, kuka hakee lääkkeet apteekista, jako, dosetti, annosjakelu
- **hoitotarvikkeiden tarve kotiin, vaipat (vaippalupa), sidetarvikkeet, katetrit, avanhoidon välineet, esimerkiksi diabeteksen seuranta välineet. (Soveltaen: Mustajoki ym. 2010, 456-458.)**

Kotiuttamispäivän varmistuttua

- Vastaava hoitaja ilmoittaa kotihoitoon/jatkohoitoon
- Kotiutuspäivän ja tarkan kellonajan
- Potilaan voinnin ja varmistuneen jatkohoidon ja palvelun tarpeen
- Kulkuvälineen (taksi, ambulanssi, oma auto)
- Saattajan/vastaanottajan
- Mukana olevat lääkkeet (erikoishoitovälineet ja apuvälineet)
- Asiakkaan mukana siirtyvät asiakirjat (esim. reseptit, omakansio, hoito-ohjeet)
- Vastuuhoitaja ilmoittaa omaiselle kotiutuspäivän
- (Perälä ja Hammar 2003. 30,31.)

Kotiuttaminen

Kotiutumisen toteuttamiseen liittyy järjestelyä, ennakointia ja lukuisia yhteydenottoja. On hyvä, että toiminnan koordinoituvastuu on nimetty. Koordinaattorina voi toimia. Omahoitaja osastolta, kotisairaanhoidaja tai palveluohjaaja. (Pöyry ja Perälä 2003. 16.)

Kotiuttamisprosessin, jokaisessa vaiheessa on erihenkilöillä omat tehtävät ja vastuut niiden hoitamisesta. (Rantasalo 2007, 21-22).

LÄÄKÄRI

- Arvio kotona selviytymisen
- Arvio kotiuttamispäivän ja jatkohoidon
- Jatkohoidon seurannan suunnitelma
- Keskustelee potilaan ja omaisen kanssa.
- Lausunnot ja todistukset
- Tarkistaa lääkityksen, yhteys tarv. apteekkiin esim. annosjakelu
- Keskustelee potilaan lääkityksestä
- Päivittää lääkekortin ja kirjoittaa reseptit
- Tekee epikriisi
- (Soveltaen Perälä ja Hammar 2003, 25.)

SAIRAANHOITAJA

- Koordinoi yhteistyötä esim. kotihoito, fysioterapia, Informoi potilasta ja omaista järjestelyistä. Varmistaa, että potilas on ymmärtänyt asiat.
- Arvioi kotona selviytymistä. Suunnittelee kotiutuksen yhteistyössä lääkärin, potilaan, omaisen jatkohoitopaikan kanssa. Kokoaa tietoa potilaalta (kotiolo/taustat) ja omaiselta,
- Tiedottaa, kirjaa, raportoi (yhteystiedot tulee olla helposti saatavilla yksiköihin ja omaisiin)
- Kartoittaa ohjauksen ja neuvonnan tarpeen. Toteuttaa ja arvio. Tarvittaessa kirjallinen materiaali.
- (Soveltaen: Mustajoki ym. 2010 456-457.)

SAIRAANHOITAJA

- Kokoaa potilaalle tulevat paperit ja antaa ne potilaalle.
- Auttaa kyytjärjestelyissä,
- Lääkehoidon kertominen ja järjestelyt
- Varmistaa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä jos tulee ongelmia.
- Toteuttaa hoitotyön arvioinnin yhdessä potilaan ja omaisten kanssa
- Antaa raportin potilasta siirtävälle henkilölle.
- Tekee hoitotyön yhteenvedon
- Ilmoittaa kotiutuksen ja jatkohoito-ohjeet jatkohoitopaikkaan.
- Arvioi prosessia koko ajan. (Soveltaen:Mustajoki ym.2010. 456-457.)

KUNTOHOITAJA/FYSIOTERAPEUTTI

- Ohjaa, arvioi, ja neuvo
- Antaa jatkohoito-ohjeet
- Valitsee apuvälineet, antaa ohjauksen ja huolehtii ne potilaan mukaan.
- (Perälä ja Hammar 2003, 26,27,39)

LÄHIHOITAJA

- Hoitaa potilasta
- Potilaan ja omaisen ohjaus ja neuvonta
- Auttaa kyytjärjestelyissä ja käytännön asioissa.
- Auttaa potilasta, vaatteet kaapista ja tavarat kokoon ennen kotiin lähtöä.
- Varmistaa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä ongelma tilanteissa.

Osastonsihteeri

Varaa lääkäri ajat ja kotiutuskyädin.

Kirjoittaa epikriisin potilaskertomukseen

Tekee hoitopäivä ja puhelinlaskun ja uloskirjaa potilaan

Kotiuttamispäivänä

- Vastuu hoitaja kertoo potilaalle ja omaiselle kotiutumiseen liittyvät asiat ja kertaa aiemmin annetut kirjalliset hoito-ohjeet. Huolehtii asiakirjat ja tarvikkeet potilaan mukaan. Annetaan yhteystiedot mihin ottaa yhteys, jos tulee kotona tarvetta
- Reseptit, tarvittaessa 1-2 vuorokauden lääkkeet mukaan, tieto jatko kontroleista ja varatuista ajoista, tarkistetaan vastuu ja työnjako eritahojen kesken, päivitetty lääkelista mukaa, ja lääkeshoidon muutoksista tieto ja tarkistus potilaalta, mukaan hoitotarvikkeet, apuvälineet, tilataan ateriapalvelu, varmista, että potilas ja omaiset ovat saaneet tarvitsemansa tiedot.
- Vastuuhoitaja tekee hoitotyön yhteenveton
- Tilataan kyyti
- (Mustajoki ym. 2010, 457, Perälä ja Hammar 2003, 31.)

Arviointi

- Kotiutuksen jälkeen ensimmäiset vuorokaudet, jopa viikko ovat kriittistä aikaa, jolloin uudelleen sairaalaan joutumiset ovat yleisiä. (Hammar 2008, 27.)
- Kotiutumisen onnistumista arvioivat yleensä kotihoiton työntekijät. Arviointia voi tapahtua myös sairaalasta käsin esimerkiksi sairaalasta omahoitaja soittaa. (Hammar 2008, 27.)
- Arviointia tulisi tehdä säännöllisesti, sekä potilaan omaisen/ läheisen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon näkökulmasta. (Rantasalo 2007, 53.)

Hoitotyön yhteenveto

Hoitajakson päätyttyä laaditaan potilaan hoidosta, lyhyt ytimekäs ja arvioiva yhteenveto jatkohoitopaikkaa varten hoitotyön yhteenveto kirjataan hoitoprosessia mukailen. (Iivanainen ja Syväoja 2010, 532).

Hoitotyön sisällöllisesti kattava, hyvä yhteenveto koostuu ensisijaisesti hoitotyön ydintiedoista sekä lääkeshoidon ja jatkohoidon tiedoista, joita kaikkia on mahdollisuus täydentää rakenteisesti hoitotyön luokituksilla ja vapaalla tekstillä. Tämän lisäksi hoitotyön yhteenveto käsittää hoitokertomuksen ydintietojen osalta myös ne esitetöiden ja perustietojen tiedot, jotka ovat asiakkaan/potilaan jatkohoidon kannalta oleellisia tietoja. (Hassinen ja Tanttua 2008.)

Kirjaamisessa huomioidaan asiakas-/potilaslähtöisyys, yksilöllisyys ja asiakkaan/potilaan kunnioittaminen. Sisällöllisesti vapaa teksti on hoitotyön tarpeen määrittämisen ja toteutumisen osalta lyhyttä ja ytimekässtä. Vastavasti hoitotyön arviointi muodostuu arvioivasta, kertovasta tekstistä. Hoitotyön yhteenveton laadinnassa korostuu kokonaiskuva potilaan saamasta hoidosta. (Hassinen ja Tanttua, 2008.)

Hoitotyön yhteenveto /kirjaaminen

- Hoitotyön yhteenveto on tiivistelmä, josta selviää potilaan saama hoito hoitajakson aikana sekä voiti hoitajakson päättyessä. Hoitotyön yhteenveto sisältää myös jatkohoitohjeet ja muut oleelliset tiedot jatko-hoidon kannalta.
- Kirjatun tiedon hyödynnettävyys: Jos kirjaaminen ehditään ja osataan tehdä kunnolla, niin tiedon saanti potilaasta parantuu ja kirjattua tietoa voidaan hyödyntää hoitajien keskinäisessä tiedon välityksessä (hiljainen raportointi, potilaan siirrot osastolta toiselle)
- Yhtenäinen kirjaustapa ja yhtenäiset kirjaukset hoitokertomuksissa helpottavat tietojen vaihtoa eri organisaatioiden kesken. Yhtenäiset kirjauskäytännöt parantavat myös hoitokertomustietojenhyödynnettävyyttä, kun ne jatkossa saadaan käytettäväiksi maanlaajuisesti e-Arkistosta.
- Mahdollisuuksien mukaan kirjauksissa tulisi pyrkiä käyttämään mahdollisimman yhtenäistä käsitteistöä ja terminologiaa
- Lähde. (Nykänen ym. 2010, 57.)

Esimerkki

Terveyskeskuksen vuodeosastolla lääkäri sanoi katsovansa, että potilaasta on tehty hoitosuunnitelma ja että hoidon tavoitteet on kirjattu. Hän teki jopa kotiutus päätöksiä hoitajien kirjausten perusteella.

Kyseinen lääkäri näki tärkeänä, että hoitajat kirjaavat esimerkiksi, millainen on potilaan avantarve, tarvitseeko vaipan, karkaako pissa, miten on päässyt liikkeelle, pystyykö syömään, missä kunnossa haava on jne. Kyseiset tiedot auttavat häntä paitsi potilaan tilan seurannassa, myös hoitotukeen tarvittavan C- lausunnon laatimisessa (Nykänen ym 2010, 30.)

ISBAR

- Yhdenmukainen ja selkeä tiedonvälityksen apuväline
- Voidaan soveltaa kaikissa terveydenhuollon yksiköissä tiedonsiirtotilanteissa.
- Terveydenhuollossa siirretään paljon kriittistä potilasta koskevaa tietoa eri ammattiryhmien ja yksiköiden välillä.
- ISBAR parempaa potilasturvallisuutta. www.youtube.com
- Lähde. www.sairaanhoitajaliitto.fi

ISBAR

- ISBAR-menetelmää on sovellettu suomalaisen terveydenhuollon ympäristöön. Sairaanhoitajaliitto on julkaissut siitä suomen- ja ruotsinkieliset esitekirjaset ja muistikortit. Julkaisujen sisällön on tuottanut Sairaanhoitajaliiton potilasturvallisuusasiantuntijaryhmä.
- ISBAR - menetelmällä on mahdollista järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon. Se mahdollistaa johdonmukaisen yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, esimerkiksi raportoitaessa potilaasta. Lisäksi menetelmä kehittää kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia. (www.sairaanhoitajaliitto.fi)

Järjestöjen sosiaaliturvaopas 2013

- Järjestöjen sosiaaliturvaopas 2013 on kansanterveys-, potilas- ja vammaisjärjestöjen yhdessä kokoama opas. Se on tarkoitettu pitkäaikaissairaita ja vammaisia edustavien järjestöjen sekä sosiaaliturvan ammattilaisten antamaa neuvontaa ja ohjausta varten. Opasta voivat käyttää kaikki sosiaaliturvastaan kiinnostuneet henkilöt.
- Oppaan lähteenä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja siitä järjestöille kertynyt tieto soveltamiskäytännöistä.
- Opas on saatavissa vain sähköisessä muodossa. www.sosiaaliturvaopas.fi ja myös oppaan kirjoittamien
- järjestöjen sivuilta.

Lähteet

- Potilasturvallisuus- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2013 ISBAR-menetelmä..[Luettu 2013.3.6.] saatavissa: www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo.../potilasturvallisuus
- Järjestöjen sosiaaliturva opas.2013.[Luettu 2013.4.4] saatavissa: www.sosiaaliturvaopas.fi/
- Hammar, Teija. 2008: Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisen. Tampereen yliopisto. Väitöskirja
- Hassinen, Tiina. Ja Tanntu, Kaarina. 3/2008. Hoitotyön yhteenvedo turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoitaja . [Luettu 2013,3,20] saatavissa: www.sairaanhoitajaliitto.fi/.../hoitotyön_yhteenvedo_turvaa_potil
- IIVANAINEN, Ansa ja Syväoja, Pirjo. 2010. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Mustajoki, Marianne, Alila, Anja Matilainen, Elina ja Rasimus, Mirja. 2010. Sairaanhoitajan käsikirja. Porvoo: WS Bookwell Oy.

- Nykänen, Pirkko, Viitanen, Johanna. Ja Kuusisto, Anne. 2010. Hoitotyön kansallinen kirjaamismalli ja hoitokertomusten käytettävyys Julkaisusarja D 6/2010. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelylaitos. Verkkojulkaisu. [Luettu 2013.3.20] saatavissa: www.CS.uta.fi/repots/dsarja/D-2010-7.pdf
- Perälä, Marja-Leena ja Hammar, Teija. 2003. Aiheita 29. Palko-malli-
Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Pöyry, Pirjo. & Perälä, Marja-Leena. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohtaisissa. Stakes aiheita 18. Helsinki: Stakes
- Rantasalo, Katri. 2007. Sairaalaan kotiin. Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidonpiiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro- gradu tutkielma.
- Tantt, Kaarina. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinto koordinoinnin näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Vaasan yliopisto. Väitöskirja.

LIITE 4 VIESTINTÄ, TIEDONKULKU, ISBAR-KERTAUS, POTILASOHJAUS, TYÖKIERTO

Tiedonkulku, potilasohjaus, työkierto

Lapinlahden terveyskeskus 6.5.2013

Viestintä

- Mikään yhteisö ei pysty toimimaan ilman viestintää. Viestintää tarvitaan monenlaisen ja monentasoisen tiedon jakamiseen. Åbergin (1989, 62) mukaan *Yhteisöviestintä on sellaista sanomien vaihdantaa työyhteisönsien välillä, joka tekee mahdolliseksi eri tilanteissa työyhteisön ja sen jäsenten tavoitteiden toteuttamisen. Viestintä on siten työyhteisön työkalu, liitäntätekijä, joka liittää työyhteisön osat toisiinsa ja koko työyhteisön ympäristöönsä. Sisäisellä tiedottamisella on merkitystä erityisesti tiedonkulussa, vuorovaikutuksessa ja sitoutumisessa*

Tiedonkulku

Palveluketjussa kulkevan tiedon hallinnan osalta tärkeitä tekijöitä ovat tutkimustulosten mukaan:

1. Siirtyvän tiedon tarpeen määrittely
2. Sovitut kirjaamiskäytännöt
3. Tiedon siirtyminen raportoitavaan ja seurattavaan muotoon

Palveluketjussa tiedon kulkua tuetaan nykyään pitkälti tietojärjestelmien avulla. (Tanttu, 2007, 169.)

Tiedonkulku

Palveluketjujen rajapinnoilla useimmat kriittiset tekijät liittyvät tiedon kulkuun, asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön ja osaamisen oikeaan kohdentamiseen. (Tanttu 2007, 116, 119.)

Prosessilähtöisessä toiminnassa on prosessien jatkuvuuden ja sujuvuuden näkökulmasta tärkeää toimijoiden välinen yhteistyö. Terveystieteiden hoitoprosessien ja palveluketjujen sujuvuus edellyttää ammattihenkilöiden välistä jatkuvaa viestintää ja yhteistyötä erityisesti organisaatioiden välisillä rajapinnoilla potilaan siirtyessä jatkohoitoon. (Tanttu 2007, 69).

Asiantuntijoiden välisen yhteistyön puute aiheuttaa tiedon kulussa katkoksia, jolloin potilaan jatkohoitopaikkaan siirtyminen saattaa myös turhaan viivästyä. Tiedon kulun katkokset saattavat johtua siitä, että esimerkiksi kotisairaanhoidon henkilöstöä voi olla vaikea tavoittaa puhelimitse kotikäyntien aikana. Tietojärjestelmien käyttö tiedon kulun välityksessä ontuu myös, koska kotisairaanhoidon henkilöstöllä ei ole kotikäynneillä käytössä tietokoneyhteyksiä. (Tanttu 2007, 119.)

Wiion lait inhimillisestä viestinnästä

1. Viestintä yleensä epäonnistuu, paitsi sattumalta

1.1 Jos viestintä voi epäonnistua, niin se epäonnistuu

1.2 Jos viestintä ei voi epäonnistua, niin se kuitenkin tavallisimmin epäonnistuu

1.3 Jos viestintä näyttää onnistuvan toivotulla tavalla, niin kyseessä on väärinkäsitys

1.4 Jos olet itse viestintääsi tyytyväinen, niin viestintä varmasti epäonnistuu

2. Jos sanoma voidaan tulkita eri tavoin, niin se tulkitaan tavalla, josta on eniten vahinkoa

3. On olemassa aina joku, joka tietää sinua itseäsi paremmin, mitä olet sanomallasi tarkoittanut

WIION LAIT

- Mitä enemmän viestitään sitä huonommin viestintä onnistuu
- 4.1 Mitä enemmän viestitään sitä nopeammin väärinkäsitykset lisääntyvät
- 5. Joukkoviestinnässä ei ole tärkeitä se, miten asiat ovat, vaan miten asiat näyttävät olevan
- 6. Uutisen tärkeys on kääntäen verrannollinen etäisyyden neliöön
- 7. Mitä tärkeämmästä tilanteesta on kysymys sitä todennäköisemmin unohdat olennaisen asian, jonka muistit hetki sitten
- Lähde: (Wiio 2009, 7,9-10 .)

ISBAR

ISBAR - menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun!

Monimutkaisissa terveydenhuollon ympäristöissä sekä suullinen että kirjallinen kommunikaatio on tärkeää potilas- ja työturvallisuuden kannalta. Kommunikaation ongelmat, kuten tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset, myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon häiritsevistä tapahtumista (WWW.sairaanhoitajaliitto.fi.)

Periaatteita

- Vastuullisuus on kykyä ymmärtää itsellä olevan tiedon merkitys muille ja valmiuksia kommunikoida tietoa eteenpäin oikeille tahoille
- Jokaisella on vastuu, myös tiedonsaannista sekä tiedottamisesta eteenpäin
- Jokainen työyhteisön jäsen tietää oman perustehtävänsä ja siihen kuuluvat vastuut ja velvoitteet
- yhteisvastuullisessa ilmapiirissä työyhteisön jäsenet ottavat asioista selvää ja tiedottavat niitä eteenpäin (Työyhteisö viestinnällä hyvinvointia, 2009, 3-7.)

Periaatteita

- Pyri selkeään ilmaisuun tiedottamistavasta riippumatta
- Puhu selvästi ja asiallista kieltä käyttäen
- Ymmärrettävät ja riittävän informatiiviset palaverimuistiot, jotka kaikki lukee ja tarvittaessa kuittauskäytäntö.
- Huolellinen perehdytys
 - Ohjeet ja säännöt ovat selkeät ja kaikkien tiedossa
- Kysy ja toista (suljetun ympyrän periaate)
- Kirjaaminen
- Tietosuoja asiat

Periaatteita

- Kirjallista ja suullista raportointia tulisi kehittää yhteistyössä sopimalla yhteisistä periaatteista. Tällä voitaisiin varmistaa potilaan hoidon kannalta tärkeiden tietojen kulku, hoidon saumaton jatkuminen sekä säästettäisiin hoitohenkilökunnan aikaa tarkistuskyselyiltä. (Kerttunen ym. 2008.)

POTILASOHJAUS

- Kirjaaminen ja arviointi
- Arvio materiaalin sisältö ja ymmärrettävyys.
- Tarkista, että potilas kysyy epäselvät asiat, saa vastauksen
- Potilasohjaus on yksi hoitamisen ydintehtävistä. Potilasohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista ja aktiivista toimintaa, jossa potilas ja hoitaja yhdessä edistävät potilaan oppimista. Ohjausprosessi voidaan jakaa ohjaustarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin
- Kotituessa hoitotyön yhteenvedon kirjataan toteutunut ohjaus. Ohjauksen jatkosuunnitelma.
- (Soveltaen: Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006.)

OHJAUSPROSESSI



- LÄHDE: Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen, M. 2006.

TYÖKIERTO

- Työkierto eli tehtäväkierto tarkoittaa työskentelyä toisissa tehtävissä joko omassa organisaatiossa tai toisessa organisaatiossa. Työkierto voi olla lyhyempi tai pitempi (kesto vuosissa) Työkierrossa oleva saa käyttökelpoisia uusia näkökulmia omaan työhönsä ja omanyksikkönsä työhön. Työkierto tarjoaa myös erinomaisen mahdollisuuden laajentaa omia verkostoja. (Työkierto työhyvinvoinnin edistäjänä ja ammattilisenkasvun tukena.2006.)

Osaamista kehittävä työkierto

- ammattitaidon ja osaamisen kehittämistä
- vapaaehtoisuuteen perustuvaa
- kirjataan kehittämissuunnitelmaan
- on suunnitelmallista ja tavoitteellista
- Työntekijän näkökulmasta:** uuden oppiminen, osaamisen jakaminen, verkostot
- Organisaation näkökulmasta:** Tutustutaan eriyksiköihin, perehtymiseen erilaisiin toimintatapoihin, osaamisen kohdistaminen, palveluprosessin paraneminen.
- Lähde: Työkierto eOsmo. 2011.

Lähteet

Potilasturvallisuus -Sairaanhoidajaliitto ry. [Luettu 2013.04.20] saatavissa: www.sairaanhoidajaliitto.fi

Kerttunen ym. 4/2008. Tiedonkulku ei aina toimi organisaation rajat ylittävässä potilassiirrossa. Sairaanhoidaja. Luettu [Luettu 2013.04.15] saatavissa: www.sairaanhoidajaliitto.fi/.../4.../tiedonkulku_ei_aina_toimi_organ/

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja, 4/2006. [Luettu 2013.05.02] Saatavilla: http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/hpp/embeds/1631_5_4_2006.pdf

Åberg, Leif, 1989. Viestintä, tuloksen tekijä. Tietopaketti Oy, Helsinki.

Työkierto. eOSMO. 2011. [Luettu 2013.04.25] saatavissa: <http://www.eosmo.fi/tyokirja/tyokierro>

Tanttu, Kaarina. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinto koordinoitun näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Vaasan yliopisto. Väitöskirja

Työkierto työhyvinvoinnin edistäjänä ja ammattilisen kasvun tukena. 2006. [Luettu 2013.04.25] saatavissa: tykes.itp.fi/methods_docs/tyokierro.pdf

Työyhteisö viestinnällä hyvinvointia. TTK. 2009. [Luettu 2013, 4, 12] saatavissa: www.ttk.fi

Wiio, Osmo A. 2009. Viestintä yleensä epäonnistuu – paitsi sattumalta. Wiion lait viestinnästä ja tulevaisuudesta. Deltakirja, Espoo

Kotiuttamisen kehittäminen Lapinlahden terveyskeskuksessa.

2.9.2013

Kuulumiset

- › tunnelmat
- › yksiköistä kuulumiset
- › kiinnostus, motivaatio
- › palaute väliarvioinnista
- › tutustumiset toisiin yksiköihin

suunnittelu

- › Ryhmä
- › Miten edetään
- › Tavoite
- › Ajankäyttö
- › Kertaus
- › Ohjeistus seuraavalle tapaamiselle

Aiheet keväällä 2013

Maaliskuu 2013	Huhtikuu 2013	Toukokuu 2013
Kotiuttaminen - aiempaa tutkimustietoa - palko- malli - kotiuttamisprosessi - Lapinlahden terveyskeskuksen kaaviot (polkliinikka ja vuodeosasto 1) - tulovaihe päivitykseen ja osastolle. - toimintakyky - kokonaisuutteenkartoittaminen - käytössä olevat mittarit - kaavake; hoitotiedote kotihoidosta - jatkohoitoon siirtyvä, mittarit, ennakoiva toimintakykykartoitus, kaatumisvaara IKINÄ - mittarit, yksinäisyyden tunnistaminen - kirjaaminen - lääkähoidon kartoittaminen - kotiutusvalmius - hoito- ja kotiutussuunnitelma - yhteistyö palaverit - kotiuttamis päätös - yhteistyö - asiakas, omainen, työyhteisö, organisaatio - tutkimustietoa - moniammatillinen yhteistyö - keskustelu - palaute	-asiakaslähtöisyys -apuvälineet -tukipalvelut -kotiuttamisjärjestelyt, organisointi, ohjaus, ajoitus, yhteydenotot, yhteydet, omaiset ja jatkoahoito -ammattiryhmien vastuut ja tehtävät kotiutuksessa; lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, lähihoitaja, osastonsihteeri -kotiuttaminen -hoitotyön yhteenveto -kotiutuksen arviointi -kirjaaminen -järjestöjen sosiaaliohjelma 2013 -ISBAR menetelmä esittely ja jaetaan kortit ja esitteet -keskustelu -palaute	viestintä -palveluketjun tiedonkulku -kriittiset tekijät -sujuvus -tiedonkulun katkokset -kotioidon henkilöstön tavoitettavuus ja mahdollisuudet asiakkaan kotona -Wiion laite -ISBAR: kertaus -periaatteet -potilasohjaus -ohjausprosessi -työkierto -keskustelu -väliarviointi

Kehittämistoiminnan aikana tehty malli Lapinlahden terveyskeskukseen

Lapinlahden terveyskeskus 7.10.2013

Siikalatvan malli / Hyvä käytäntö

- Hyväkäytäntö. Hyvän kotiuttamisen Siikalatvan seutukunnallinen malli tarkoittaa toimintaprosessia, jossa asiakas siirtyy kotoaan sairaalaan ja sairaalasta kotiin. Asiakasta koskeva oleellinen hoitotieto siirtyy hänen mukanaan reaaliajassa hoitavalle yhteistyötaholle. Asiakkaalla on kotonaan hoitotiedote ja lääkelista, jotka asiakkaan hoitoon lähettävä henkilö laittaa asiakkaan mukana päivystykseen ja jatkohoitoon. Kotiuttaminen pyritään ennakoimaan ja siitä ilmoitetaan kotihoitotiimin kotisairaanhoidajalle 1-2 vrk ennen kotiuttamista. (www.sosiaaliportti.fi)

Siikalatvan malli

- Moniammatillisessa kotihoitotiimissä on sopimuksen mukainen toimintatapa sairaalaan lähettämisestä ja yhteistyökumppaneiden kanssa sairaalasta kotiuttamisesta.
- Toimintamallin keskeisin henkilö on asiakas itse. Tarvittaessa asiakkaan lähiomainen on mukana asiakkaan luvalla.
- Kotipalvelun työntekijä voi konsultoida kotisairaanhoidajaa asiakkaan sairaalahoidon tarpeesta. Jos asiakas kieltäytyy sairaalaan lähtemisestä, pyydetään apua omaiselta. Jos asiakas kykenee tekemään kielteisen päätöksensä itse, sitä kunnioitetaan. Kieltäytyminen kirjataan ylös ja vahvistetaan asiakkaan allekirjoituksella.
- Omaiselle tiedotetaan sairaalaan lähettämisestä asiakkaan luvalla. Yhteistyökumppaneille ilmoitetaan asiakkaan sairaalaan jäämisestä, jotta vältetään turhat käynnit. Myös asiakkaan saamat tukipalvelut ja ateriat jne. perutaan. (www.sosiaaliportti.fi)

Siikalatvan malli: Sairaalaan lähettäminen

- **Lähettävä työntekijä täydentää esitetytyn hoitotiedotteen ja varmistaa että asiakas saa mukaansa silmätipat, tekohampaat ja erityisapuvälineet nimikoituna.** (www.sosiaaliportti.fi)

Sairaalaan lähettävä työntekijä huolehtii palvelujen perumisesta ja tiedottaa muille työntekijöille. Kotisairaanhoidaja peruu asiakkaan sovitut sairaanhoidolliset asiat. (www.sosiaaliportti.fi)

Siikalatvan malli: Sairaala- kotiuttaminen

- Terveyskeskuksen vuodeosasto, aluesairaala ja erikoissairaanhoidon vuodeosasto pyrkivät toimintamallin mukaisesti ennakoimaan asiakkaan kotiuttamisen 1-2 vrk ennen kotiuttamista. Hyvä kotiuttamisen valmistelu alkaa jo sairaalaan tulopäivänä. Kotiuttaminen erikoissairaanhoidosta voi tapahtua myös perjantaisin.
- Kotiuttamisen onnistumiseen tarvitaan ajantasalla olevat yhteystiedot kotihoidosta ja terveyskeskuksista. Kotihoitoon kotiuttaminen ilmoitetaan kotihoitotiimin vastaavalle kotisairaanhoidajalle edellisenä päivänä.
- Potilaalla on mukanaan lääkkeet siihen asti, kunnes kotihoito saa järjestettyä jatkolääkityksen
- Siirto erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen ja kotiuttaminen erikoissairaanhoidosta kotihoitoon pyritään tekemään klo 15:en mennessä.
- Sosiaaliohittaja ottaa yhteyttä uusien asiakkaiden tarvitsemista palveluista kotona vanhustyönjohtajaan. Avuntarve selvitetään hoitoneuvottelussa, ja asiakkaalle tehdään kotihoidossa aina hoito- ja palvelusuunnitelma. www.sosiaaliporssi.fi

Pyhäjärvisuodun pilotti

- **”Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012”** -hankkeen päämääränä on kehittää palveluja siten, että laatusuosituksen tavoitteet alueella toteutuvat. Päättävöitteena on, että ikääntyneillä on mahdollisuus asua kotonaan tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään.

Pyhäjärvisuodun pilotti

- KASTE- hankkeen Toimintakykyisenä ikääntyminen –osahanke toteutetaan Pyhäjärvisuodulla kolmen kunnan, Euran, Köyliön ja Säkyllän, yhteistyönä. Pyhäjärvisuodun pilotissa kehittämisteemana on rajapintakäytäntöjen kehittäminen eli pääpaino on ollut kotiuttamiskäytäntöjen kehittämisessä

Kotiutusneuvottelu-malli

- Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuvien asiakkaiden kotiutusta valmistelee useampi henkilö sekä osastolla, että kotihoidossa.
- Kotiutusneuvottelijan tarkoituksena on turvata oikea tiedon välittyminen kaikille osapuolille.
- Vältytään useilta puhelin soitoilta.
- Kotiutusneuvottelut lisäävät asiakkaiden ja omaisten vaikutusmahdollisuuksia jatkohoidossa. (<http://pilotointi.innokylä.fi>)

Kotiutusneuvottelija

- Osastolla ja kotihoidossa nimetään kotiutusneuvottelija, omaavat mm. hyvät neuvottelutaidot
- Neuvottelut suunnataan, asiakkaat joiden ennakoidaan tarvitsevat paljon kotihoidon palveluja
- Jos asiakkaalla tai omaisella ja henkilökunnalla erilaiset näkemykset kotona selviytymisestä.
- hyvä käytäntö.<http://pilotointi.innokylä.fi>

Kotiutusneuvottelussa käydään läpi

- Asiakkaan tilanne ja osastolle tulo tausta
- Asiakkaan jatkohoito
- Kotona tarvittavat kotihoidonpalvelut ja tukipalvelut
- Omaisen osuus hoidossa
- Apuvälinetarpeet ja kuntoutus
- Sovitaan selvästi kotiutuspäivä, kellonaika ja kotiuttamistapa.
- <http://pilotointi.innokylä.fi>

Kotiuttaminen terveyskeskuksesta

- Ryhmien koosteet käydään keskustellen
- Kehittämisen arviointia
- Jatkosuunnitelma

- Siikalatvan kotiuttamisen malli.[Luettu 2013.10.1].saatavissa:www.sosiaaliportti.fi
- Pyhäjärvisseudun pilotti hanke: Luettu[2013.9.29] saatavissa: <http://pilotointi.innokylä.fi>

LIITE 7 VÄLIARVIOINTI

VÄLIARVIOINTI

Olet osallistunut kotiuttamisen kehittämiseen ryhmään, jossa kehittämistyön menetelmänä on toimintatutkimus. Tavoitteena oppimisprosessi ja luoda yhteisen tiedon pohjalta malli.

Arvioi tuntemuksiasi ja sitä miten tämä kehittämistehtävä on vaikuttanut tai mitä tämä kehittämistehtävä on tuonut omaan työhösi ja työyhteisöön.

1. Miltä tuntuu, tuntemuksia.
2. Missä vaiheessa olemme kun tarkastellaan koko prosessia.
3. Olemmeko edenneet tavoitteiden suuntaisesti/ onko tullut muutoksia.
4. Mitkä ovat omat tavoitteesi
5. Mitä tämä työmuoto on merkinnyt itsellesi tai työyhteisöllesi
6. Miten yhteydenpito/tiedottaminen ja yhteistyö on sujunut
7. Miten oppimismateriaali ja keskustelut tukee oppimisprosessiasi
8. Onko materiaali ollut tarpeellista, riittävää ja ymmärrettävää

LIITE 8 LOPPUARVIOINTI

Arviointi

Olet osallistunut kotiuttamisen kehittämiss ryhmään. Arvio kokonaisuutta.

1. Mitä tämä kehittämissuoto ja kotiuttamisen kehittäminen on merkinnyt itsellesi ja työyhteisölle.
2. Miten opetus, tiedottaminen ja yhteistyö on toiminut ryhmässä.
3. Saavutitko omat tavoitteesi. Pääsikä ryhmä tavoitteisiin.

Mitä muuta tulee mieleesi, anna palautetta. KIITOS !

LIITE 9 YHTEYSTIEDOT, KOTIUTUKSEN TARKISTUSLISTA, OHJEET

LAPINLAHDEN KOTIHOIDON YHTEYSTIEDOT

KOTIHOITO KESKUSTA

SAIRAANHOITAJA

KOTIHOITO NUMMI

SAIRAANHOITAJA

KOTIHOITO KALLIONKUVE

SAIRAANHOITAJA

KOTIHOITO ETELÄINEN (Vj)

SAIRAANHOITAJA

KOTIHOITO POHJOINEN (Vj)

SAIRAANHOITAJA

ASUMISPALVELUIDEN YHTEYSTIETOJA

LAPINLAHTI:

Hoivaosasto, osastonhoitaja, hoitajat

Haminnamäen palvelutalo, vastaava sairaanhoitaja

Keskimmäinen, hoitajat

Mäenpiha, hoitajat

Kuntola, hoitajat.

Jukola vastaava sairaanhoitaja, hoitajat

Majjala, vastaava sairaanhoitaja, hoitajat.

Paavon ja Liisan koti, sairaanhoitaja, hoitajat.

Laurila, sairaanhoitaja, hoitajat

VARPAISJÄRVI:

Hoivaosasto, osastonhoitaja, hoitajat

Orvokki, vastaava sairaanhoitaja, hoitajat

Kotipiha, hoitajat

Kotiutuksesta ilmoitettu	Kylä	Ei	Ei tarvetta	Pvä Nimi-kirj
omaiselle				
kotihoitoon				
jatkohoito paikkaan				
potilas saanut tarvittavan ohjauksen				
apuvälineet varattu				
hoitotyön yhteenveto tehty				
Jatkohoidon ohjeet ilmoitettu	Kylä	Ei	Ei tarvetta	Pvä Nimi-kirj
potilaalle				
omaiselle				
kotihoitoon/jatkohoito paikkaan				
hoitotarvikkeet varattu				
haavan hoito opetettu potilaalle/jatkohoidon henkilöstölle				
varattu aika laboratorioon/ilmoitettu kontrolli-aika potilaalle ja jatko-hoitoon				
varattu aika röntgen/UÄ /ilmoitettu potilaalle ja jatko-hoitoon				
varattu aika lääkärille tai sairaanhoitajalle/ilmoitettu potilaalle ja jatko-hoitoon				
ilmoitettu potilaalle ja jatko-hoitoon tiedossa oleva erikoissairaanhoidon käynti tai tutkimus				
Lääkehoidon muutokset selvitetty	Kylä	Ei	Ei tarvetta	Pvä Nimi-kirj
potilaalle				
omaiselle				
jatkohoitoon				
varmistettu että jatko-hoitopaikassa on lääkkeet				
potilaalle annettu lääkkeitä mukaan				

reseptit tehty ja annettu potilaalle				
lääkelista tarkistettu ja annettu potilaalle				
kanyyli poistettu				
Järjestelyt	Kylä	Ei	Ei tarvetta	Pvä Nimi- kirj
ateriapalvelu tilattu				
kyyti tilattu ja tarv sv-todistus				
kaikki asiakirjat potilaalle annettu (reseptit, ajat, lasku, jatkohoitohjeet, sv -tod.				
potilaalle annettu henk. koht. tavarat				

POTILAS SIIRTYY VUODEOSASTOLLE. Hoidon käynnistymistä terveyskeskussa nopeutetaan kun on aiempaa hoitoa koskevat ovat asiakirjat mukana sekä kirjattuna mitä ongelmia ollut kotona. Aina ajan tasalla oleva lääkelista mukana ja kirjattuna Efficalla. Mukaan kotoa on hyvä ottaa astmalääkkeet, silmätipat, erityisvoiteet ja erityislääkkeet, henkilökohtaiset apuvälineet nimikoituna (polvituki), erityispyörätuoli. Tieto/ polikortti, jos sovittuja aikoja esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai muualle joiden ajanvaraukset eivät näy Effican ajanvarausjärjestelmässä. Tieto onko ateriapalvelu peruttu. Turvaranneke jätetään kotiin

SUUNNITTELU: Kotiutumisen suunnittelu aloitetaan vuodeosastolle tulovaiheessa, kartoitetaan potilaan kokonaistilanne ja kotona pärjääminen. Arvioidaan kotiutusvalmiutta. Tehdään hoito -ja kotiutussuunnitelma yhdessä potilaan ja omaisen kanssa, suunnitelmaan laitetaan tavoitteet ja kotiutumisasajankohta. Suunnitelmaa arvioidaan tarpeen mukaan. Potilasta ja omaista valmistellaan kotiutukseen.

KOTIUTUMIS AJANKOHTA: Potilas voi kotiutua nopeastikin, kun on varmistettu, että potilaalla on joku kotona odottamassa, ruokaa ja lääkkeitä. Lääkäri tekee kotiuttamispäätöksen yhdessä potilaan ja omaisen kanssa. Päätös tehdään jos mahdollista 1-2 päivää ennen kotiuttamista. Vuodeosastohoidossa olevan potilaan kotiuttamispäätös tarkoittaa. Kun varma kotiinlähtöpäivä on varmistunut, ilmoittaa vastuuhoitaja jatkohoitopaikkaan vastaavalle sairaanhoitajalle tarkkan kotiutusajankohdan, kellonajan, jatkohoito-ohjeet, lääkityksen, kyydin, ja varmistaa että joku on vastassa kotona. Kotiutuspäivä ilmoitetaan myös omaiselle. Kotihoitoon kotiutuvat klo 14 mennessä kotiin.

LÄÄKEHOITO: Potilaalla tulee olla tulovaiheessa ajan tasalla oleva lääkelista kirjattuna Efficalla Lääkelomakkeelle asiamukaisesti kirjattuna annosohje kellonajat, tarvittavat lääkkeet, tauolla olevat lääkkeet, kuuri lääkkeen lopetuspäivä, jos lääke otetaan joka toinen päivä oltava merkintä pariton tai parillinen päivä sekä harvemmin annettavista lääkkeistä otto/antopäivä tai koska lääke on viimeksi annettu. Potilaan tulotiedoissa tulee myös merkintä kuka jakaa lääkkeitä itse/omaisen/kotihoito, onko dosettijako tai koneellinen annosjakelu. Ennen potilaan kotiuttamista lääkäri kertoo potilaalle lääkehoidon muutokset ja kertoo voimassa olevan lääkityksen ja tekee reseptit. Vastuuhoitaja ilmoittaa jatkohoitopaikkaan potilaan lääkehoidon tiedot ja muutokset ja varmistaa jatkohoitopaikan lääkkeiden saatavuuden. Potilaalle voi antaa mukaa kotiutumispäivän ja seuraavanpäivän lääkkeitä, jos on lääkemuutoksia tullut ja apteekkiin ei pääse, tai muuten ei ole kotona tai jatkohoitopaikassa lääkkeitä saatavilla.(Sovittava aina jatkohoitopaikan kesken). Vastuuhoitaja kertoo lääkkehoidon tiedot potilaan ja omaisen kanssa, varmistaa että he ovat ymmärtäneet asiat

ja että tarvittava lääkehoitoon liittyvä ohjaus on annettu. Kotiutumispäivänä vastuuhoitaja tarkistaa lääkelistan tiedot Efficalta ja antaa potilaalle voimassa olevan lääkelistan, (marevan listan), reseptit, lääkehoidon ohjeet. Kirjataan aina onko resepti annettu potilaalle mukaan. Muistisairaana potilaan reseptit, lääkelista, lääkehoidon ohjeet, ja mukaan annettavat lääkkeet annetaan saattajalle, joka antaa nämä jatkohoidon vastaanottavalle hoitajalle. Lääkekaavakkeelle selkeä merkintä kuuluuko asiakas annosjakeluun, dosettijakeluun tai kuka huolehtii lääkkeistä.

YHTEISTYÖ PALAVERIT: Vuodeosasto 1:llä järjestetään joka keskiviikko kuntoutuspalaveri, jossa käsitellään kotihoidon piiriin kuuluvien potilaiden kotiuttamisasiat. Työryhmään kuuluu osastonlääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja kotihoidon edustaja.

Hoitoneuvotteluja järjestetään sairaanhoitajan koordinoimana, jos on kotihoidon uusi asiakas, jos tarvitsee paljon kotihoidon palveluja ja tilanne on muuttunut, jos on ristiriitainen tieto kotona pärjäämisestä potilaan, omaisen ja jatkohoitopaikan välillä. Hoitoneuvotteluun osallistuu potilas, omainen, lääkäri, sairaanhoitaja ja kotihoitoon/jatkohoidon sairaanhoitaja. Aloite neuvottelusta voi tulla keneltä tahansa osapuolelta.

Kotilomat ja koekotiutukset suunnitellaan yhdessä kotihoidon, potilaan ja omaisen ja tarvittaessa fysioterapeutin kanssa. Suunnitelmasta ja toteutuksesta tehdään aina kotihoidon, potilaan ja omaisen arvio. Kotihoito kirjaa Effica KHTOTS lehdelle. Kotihoidon tai jatkohoito paikan hoitaja käy uuden kotihoidon- tai palvelukotiasiakkaan luona osastolla ennen kotiuttamista.

Huomioidaan valmistautuminen palavereihin ja esitietojen kerääminen. Potilas ja omainen ovat mukana päätöksen teossa.

- SAS- palaveri kokoontuu kolmen viikon välein. SAS palaveriin osallistuu vanhustyönjohtaja, palvelukotien ja kotihoidon sekä hoivaosastojen että laitoshoidon edustajat. Lisäksi koti- ja palvelukotihoidosta ja laitoshoidosta vastaavat lääkärit. Palaverissa käsitellään kaikki sekä entiset että uudet palvelukotihakemukset.

JATKOHOITO-OHJEET: Kootaan ja tarkistetaan, Tarkistetaan, että tarvittava ohjaus on annettu ja potilas on sen ymmärtänyt. Annettu ohjaus kirjataan hoitotyöryhdyksen vetämiselle osioon.

APUVÄLINEET: Vuodeosastolta kotiutuessa potilas saa sovitut apuvälineet mukaansa. Apuvälineet lainataan henkilökohtaisesti ja lainauksesta tehdään lainaus-sopimus. Apuvälinelainausta on maksutonta. Lainaustapahtuman yhteydessä ohjataan apuvälineenkäyttöä (esimerkiksi kyynärsauvat). Asiakkaan kotona voidaan teh-

dä apuvälinekartoitus kotona selviytymisen tueksi. Apuvälineitä voidaan lainata lyhytaikaiseen käyttöön tai pitkäaikaiseen lainaan. Pitkäaikaislainaan lainattavat ja niiden hankinta päätetään kuntoutusryhmässä, kokoontuu kerran kuukaudessa. Lainattavissa: kävelykeppejä, kainalo – ja kyynärsauvoja, eril. rollaattoreita, kävelykelkkoja, pyörätuoleja, suihkutuoleja, eril. wc-korokkeita, istuinkorotuksia, lonkka-tyynyjä, sängynjalan korotuksia, tarttumapihtejä, sukanvetolaitteita, sähkösäätöisiä kotihoitosänkyjä, patjoja, erilaisia tukia mm selän tukiliivejä, polvi- ja nilkkatukia, ranne -ja epikondyliittitukia, pehmeitä tukikauluksia. Käyttötarpeen loputtua apuväline tulee palauttaa fysioterapian osastolle

SUULLINEN RAPORTOINTI: Annetaan aina siirtotilanteissa potilaasta suullinen raportti.

KOTIHOIDON PALVELUT: Suunnitellaan ennen kotiutusta kotihoidon kanssa, milloin kotihoito käy ensimmäisen käynnin ja tästä kerrotaan potilaalle. Kotihoito tekee kartoittavan käynnin potilaan kotiuduttua ja he arvioivat palveluntarpeen ja käyntien määrään ja sopivat nämä asiakkaan kanssa ja määrittelevät käyntien määrän.

TUKIPALVELUT: Osastolta tilataan kotiutuvalle ateriapalvelu, jos on ateriapalvelun asiakas. Tarvittaessa tehdään turvapuhelin hakemus. Yöpartio käynti.

LIITE 10 KOTIUTTAMISEN OPAS

KOTIUTTAMISEN OPAS

SISÄLLYS

Potilas tulee terveyskeskuksen vuodeosastolle	3
Suunnittelu	3
Lääkehoito	4
Yhteistyöpalaverit	5
Apuvälineet	6
Kotiutumisajankohta	7
Kotihoidon palvelut	7
Jatkohoidon ohjeet	8
Suullinen raportointi	8
Kotiutuksen tarkistuslista	9
Yksiköiden yhteystiedot	10
Oppaan kuvalähteet	13

Potilas tulee terveyskeskuksen vuodeosastolle

Hoidon käynnistymistä terveyskeskuksessa nopeutetaan kun aiempaa hoitoa koskevat asiakirjat ovat mukana ja kirjattuna mitä ongelmia on ollut kotona.

- Huolehdi, että kotoa otetaan mukaan astmalääkkeet, silmätipat, erityisvoiteet ja erityislääkkeet
- Tarkista, että ajan tasalla oleva lääkelista on mukana ja kirjattuna Efficalle
- Huolehdi mukaan henkilökohtaiset nimikoidut apuvälineet (Polvituki) erityispyörätuoli
- Kirjaa ja ilmoita tieto ajanvarauksesta tai laita mukaan poliklinikkakortti jos on sovittuja aikoja erikoissairaanhoidon tai muualle joiden ajanvaraukset eivät näy Effican ajanvarausjärjestelmässä
- Kirjaa tieto siitä onko ateriapalvelu peruttu
- Varmista, että turvaranneke jää kotiin.



Suunnittelu: Kotiutumisen suunnittelu aloitetaan vuodeosastolle tulovaiheessa, kartoitetaan potilaan kokonaistilanne ja kotona pärjääminen.

- Arvioi kotiutusvalmiutta.
- Tee hoito - ja kotiutussuunnitelma yhdessä potilaan ja omaisen kanssa, laita suunnitelmaan tavoitteet ja alustava kotiutumisajankohta.
- Arvioin suunnitelmaa.
- Valmistele potilasta ja omaista kotiutukseen



Lääkehoito

Tulovaiheessa on apua, kun on ajan tasalla oleva lääkelista kirjattuna Effica Lääkelomakkeelle, jossa annosohje kellonajat, tarvittavat lääkkeet, tauolla olevat lääkkeet, kuuri lääkkeen lopetuspäivä, jos lääke otetaan joka toinen päivä merkintä pariton tai parillinen päivä sekä harvemmin annettavista lääkkeistä otto/antopäivä tai koska lääke on viimeksi annettu.

- Laita Lääkel -kaavakkeella merkintä kuka jakaa lääkkeet itse/omainen/kotihoito, onko dosettijako tai koneellinen annosjakelu.
- Huolehdi ennen kotiuttamista, että lääkäri kertoo lääkehoidon muutokset ja kertaa voimassa olevan lääkityksen.
- Ilmoita jatkohoitopaikkaan potilaan lääkehoidon tiedot ja muutokset. Varmista samalla jatkohoitopaikan lääkkeiden saatavuus.
- Voit antaa potilaalle mukaa kotiutumispäivän, seuraavanpäivän, tai viikonlopun lääkkeet, jos on lääkemutoksia tullut ja apteekkiin ei pääse, tai muuten ei ole kotona tai jatkohoitopaikassa lääkkeitä saatavilla. Kirjaa mukaan annettavat lääkkeet. Sovitaan jalkohoitopaikan kanssa.
- Kertaa lääkehoidon tiedot potilaan ja omaisen kanssa. Varmista, että asiat on ymmärretty ja lääkehoitoon liittyvä ohjaus on annettu.
- Tarkista kotiutumispäivänä lääkelistan tiedot Efficalta ja anna potilaalle voimassa oleva lääkelista, marevan ohje, reseptit, lääkehoidon ohjeet.
- Kirjaa tieto, siitä onko resepti annettu potilaalle mukaan.
- Anna saattajalle muistisairaana potilaan reseptit, lääkelista, lääkehoidon ohjeet, ja mukaan annettavat lääkkeet.



- **Yhteistyöpalaverit:** Käy kuntoutuspalaverissa. Vuodeosasto 1:llä on joka keskiviikko kuntoutuspalaveri, jossa käsitellään kotihoidon piiriin kuuluvien potilaiden kotiuttamisasiat. Palaveriin osallistuu lääkäri, sairaanhoitajat, fysioterapeutti ja kotihoidon henkilö.
- Muista hoitoneuvottelun mahdollisuus, jos potilas on kotihoidon uusi asiakas, tai tarvitsee paljon kotihoidon palveluja ja tilanne on muuttunut, jos on ristiriitainen tieto kotona pärjäämisestä potilaan, omaisen ja jatkohoitopaikan välillä. Hoitoneuvotteluun osallistuu potilas, omainen, lääkäri, sairaanhoitaja ja kotihoidon/jatkohoidon sairaanhoitaja. Aloite neuvottelusta voi tulla keneltä tahansa osapuolelta.
- Suunnittele kotilomat ja koekotiutukset kotihoidon, potilaan ja omaisen ja tarvittaessa fysioterapeutin kanssa yhdessä. Huolehdi, että suunnitelmasta ja toteutuksesta tehdään kotihoidon, potilaan ja omaisen arvio. Kotihoito kirjaa Effica KHTOTS lehdelle.
- Kotihoidon tai jatkohoitopaikan hoitaja käy uuden kotihoidon- tai palvelukotiasiakkaan luona osastolla ennen kotiuttamista ja keskustele hoitajan kanssa.
- Valmistaudu palavereihin ja kerää esitiedot valmiiksi. Potilas ja omainen ovat mukana päätöksen teossa.
- SAS- palaveri kokoontuu kolmen viikon välein. Palaveriin osallistuu moniammatillinen työryhmä. Palaverissa käsitellään sekä entiset että uudet palvelukotihakemukset.



Apuvälineet: Vuodeosastolta kotiutuessa potilas saa sovitut apuvälineet mukaansa. Apuvälineet lainataan henkilökohtaisesti ja lainauksesta tehdään lainaus-sopimus. Apuvälinelainausta on maksutonta. Lainaustapahtuman yhteydessä ohjataan apuvälineenkäyttöä. Kotona voidaan tehdä apuvälinekartoitus kotona selviytymisen tueksi. Apuvälineitä voidaan lainata lyhytaikaiseen käyttöön tai pitkäaikaiseen lainaan.

- Lainattavissa: kävelykeppejä, kainalo – ja kyynärsauvoja, eril. rollaattoreita, kävelykelkkoja, pyörätuoleja, suihkutuoleja
- wc-korokkeita, istuinkorotuksia, lonkkatyynyjä, sängynjalan korotuksia, tarttumapihtejä, sukanvetolaitteita,
- Sähkösäätöisiä kotihoitosänkyjä, patjoja,
- Erilaisia tukia mm selän tukiliivejä, polvi- ja nilkkatukia, ranne -ja epikondyliittitukia, pehmeitä tukikauluksia.
- Käytön loputtua palauta apuväline fysioterapian osastolle.



Kotiutumisajankohta: Kotiutua voi nopeastikin, kun on suunniteltu ja varmistettu, että potilaalla on joku kotona odottamassa, ruokaa ja lääkkeitä. Lääkäri tekee kotiuttamispäätöksen yhdessä potilaan ja omaisen kanssa. Kotiuttamispäätös tehdään jos mahdollista 1-2 päivää ennen kotiuttamista.

- Kotiutumispäivän varmistuttua, ilmoita ajoissa jatkohoitopaikkaan tarkka kotiutusajankohta, kellonaika, jatkohoito-ohjeet, lääkitys ja kyyti. Varmista, että joku on vastassa.
- Ilmoita myös omaisella
- Kotihoitoon kotiutuvat klo 14 mennessä kotiin.



Kotihoidon palvelut: Suunnittele ennen kotiutusta kotihoidon kanssa, milloin kotihoito käy ensimmäisen käynnin ja kerro tästä potilaalle. Kotihoito tekee kartoittavan käynnin potilaan kotiuduttua ja he arvioivat palveluntarpeen ja käyntien määrään ja sopivat nämä asiakkaan kanssa.

TUKIPALVELUT: Tilaa kotiutuvalle ateriapalvelu, jos on ateriapalvelun asiakas.

- Tee tarvittaessa turvapuhelin hakemus.

Yöpartio käynti

- **Jatkohoidon ohjeet:** Varmista, että tarvittava ohjaus on annettu ja potilas on sen ymmärtänyt.
- Kirjaa annettu ohjaus hoitotyönyhteenveto osioon.
- Kokoa, tarkista ja anna jatkohoidon ohjeet potilaalle.
- Anna muistisairaana potilaan jatkohoidon ohjeet saattajalle.



Suullinen raportti: Anna siirtotilanteissa potilaasta suullinen raportti.



Kotiutuksen tarkistuslista: potilaan nimi

kotiutuspäivä

Kotiutuksesta ilmoitettu	Kyl lä	E i	Ei tar- vetta	Pvä Nimi- kirj
omaiselle				
kotihoitoon				
jatkohoito paikkaan				
potilas saanut tarvittavan ohjauksen				
apuvälineet varattu				
hoitotyön yhteenveto tehty				
Jatkohoidon ohjeet ilmoitettu	Kyl lä	E i	Ei tar- vetta	Pvä Nimi- kirj
potilaalle				
omaiselle				
kotihoitoon/jatkohoito paikkaan				
hoitotarvikkeet varattu				
haavan hoito opetettu potilaalle/jatkohoidon henkilöstölle				
varattu aika laboratorioon/ilmoitettu kontrolliaika potilaalle ja jatko- hoitoon				
varattu aika röntgen/UÄ /ilmoitettu potilaalle ja jatko- hoitoon				
varattu aika lääkärille tai sairaanhoitajalle/ilmoitettu potilaalle ja jatko- hoitoon				
ilmoitettu potilaalle ja jatko- hoitoon tiedossa oleva erikoissairaanhoidon käynti tai tutkimus				
Lääkehoidon muutokset selvitetty	Kyl lä	E i	Ei tar- vetta	Pvä Nimi- kirj
potilaalle				
omaiselle				
jatkohoitoon				
varmistettu että jatko- hoitopaikassa on lääkkeet				
potilaalle annettu lääkkeitä mukaan				

reseptit tehty ja annettu potilaalle				
lääkelista tarkistettu ja annettu potilaalle				
kanyyli poistettu				
Järjestelyt	Kylä	Ei	Ei tarvetta	Pvä Nimi- kirj
ateriapalvelu tilattu				
kyyti tilattu ja tarv sv-todistus				
kaikki asiakirjat potilaalle annettu (reseptit, ajat, lasku, jatkohoitohjeet, sv-tod.				
potilaalle annettu henk. koht. tavarat				

HOIVAOSASTO, TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN JA PALVELUASUMINEN

LAPINLAHTI Hoivaosasto: Osastonhoitaja, Hoitajat

Haminamäenpalvelutalo vastaava sairaanhoitaja

Keskimmäinen: Hoitajat

Mäenpiha: Hoitajat

Kuntola: Hoitajat

Jukola: Vastaava sairaanhoitaja
Hoitajat

Maijala: Vastaava sairaanhoitaja, Hoitajat

Paavon ja Liisan koti: Sairaanhoitaja, Hoitajat

Laurila: Sairaanhoitaja, Hoitajat

VARPAISJÄRVI Hoivaosasto: Hoitajat

Orvokki: Vastaava sairaanhoitaja.

Kotipiha: Hoitajat

LAPINLAHDEN KOTIHOITO**Kotihoito Keskusta:**

Sairaanhoitaja

Kotihoito Nummi:

Sairaanhoitaja

Kotihoito Kallionkuve:

Sairaanhoitaja

Kotihoito Eteläinen (vj)

Sairaanhoitaja

Kotihoito Pohjoinen (vj)

Sairaanhoitaja

Unikko hoitajat

Eevala hoitajat

YKSITYISET

Kuvalähteet

Kuva1, sivu 3. Vahtimikon käyttö turvapuhelimena. saatavissa: <http://www.outel.fi/turva.htm>

Kuva 2, sivu 3. Sairaala. Kullervo Ruotsalainen. 1959. Kuopion kaupungin kokoelma. saatavissa: <http://www.kuvakuopio.taidemuseo.kuopio.fi>

Kuva 3 sivu 4. Lääkitys. saatavissa: <http://www.tohtori.fi/laakitysklinikka/>

Kuva 4 sivu 5. Toiminnan apuvälineet. saatavissa: <http://www.papunet.net>

Kuva 5 sivu 6. Jämäkkä ja tehokas palaveri. saatavissa: <http://www.willetway.fi/jamakka-ja-tehokas-palaveri/>

Kuva 6 sivu 7. Rintamamiestalosta tuli kaunis. saatavissa: <http://www.kotijakeittio.fi/node/4079>

Kuva 7 sivu 8. Resepti. saatavissa: <http://www.papunet.net/materiaalit/kuvapankki/kuvat/resepti-0>

Kuva 8 sivu 8. Keskustelu. ClipArt