

Mona Korpela

HOITOTYÖN TARKISTUSLISTAN LAATIMINEN
AIKUISPOTILAAN LAADUKKAAN KOTIUTUMISEN
VARMISTAMISEKSI

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2013

HOITOTYÖN TARKISTUSLISTAN LAATIMINEN AIKUISPOTILAAN LAADUKKAAN KOTIUTUMISEN VARMISTAMISEKSI

Korpela, Mona
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Salminen, Eeva-Maija
Sivumäärä: 32
Liitteitä: 3

Asiasanat: Kotiutuminen, kotiuttaminen, hoitotyön tarkistuslista

Opinnäytetyö toteutettiin projektimaisena opinnäytetyönä. Tarkoituksena oli suunnitella ja laatia hoitotyön tarkistuslista kotiutuvalle potilaalle laadukkaan kotiutumisen turvaamiseksi. Tarkoituksena oli laatia tarkistuslista kotiutuvalle potilaalle, jossa on tiivistetyssä muodossa kaikki kotiuttamisessa huomioon otettavat asiat. Projektityön tavoitteena oli edistää kotiutuvan potilaan hyvinvointia, turvata kotiutuvan potilaan hoidon jatkuvuus ja lisätä tietoa kotiuttamisessa huomioon otettavista asioista.

Opinnäytetyössä kotiutumista käsiteltiin potilaan, hoitohenkilökunnan ja kotihoidon henkilöstön näkökulmasta. Näyttöön perustuvaan teoretiedon perusteella laadittiin kotiutuvan potilaan tarkistuslista, johon on koottu asioita, jotka tulee tehdä kotiuttaessa potilasta. Käytännön kokemukset huomioitiin myös tarkistuslistaa laatiessa.

Tarkistuslista on käyttökelpoinen kotiuttaessa potilasta joko kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Hoitaja voi tarkistaa listalta, että on muistanut ottaa huomioon kotiuttamiseen liittyvät asiat. Hoitaja merkkää jokaisen tarkistettavan kohdan jälkeen joko ”kylä tai ”ei” sen mukaan, onko kyseinen asia tehty vai ei. Hoitajalla on tilaa kommentteille jokaisen tarkistettavan kohdan jälkeen olevalle ”muuta huomioitavaa” sarakkeelle. Tarkistuslista on kolmen A4-sivun pituinen ja siinä on 37 tarkistettavaa kohtaa.

Tarkistuslista otetaan käyttöön opinnäytetyön tekijän toimesta sairaalan vuodeosastolla. Tarkistuslista on kuitenkin muokattavissa kunkin osaston tarpeisiin.

MAKING A NURSING CHECKLIST IN ORDER TO ENSURE THE SAFE DISCHARGE OF THE ADULT PATIENT

Korpela, Mona
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
May 2013
Supervisor: Salminen, Eeva-Maija
Number of pages: 32
Appendices: 3

Keywords: Discharge, nursing checklist

This thesis was made as a project. The purpose of this thesis was to design and make a nursing checklist for patient who is being discharged from the hospital to ensure his/her safe discharge. The purpose of this thesis was to make a checklist that is a summary of issues related to discharging a patient. The purpose of this project was to promote the wellbeing of the discharged patient, ensure the continuity of the caring of the discharged patient and increase the information of discharging a patient.

In this thesis the concept of discharging a patient has been dealt with the patient, nursing staff and the staff of the community point of view. The checklist has been made based on the evidence-based information of discharging a patient. The checklist has things which are need to be done when discharging a patient. The experiences from the practise have also been taken into consideration when making the checklist.

The checklist is useful when discharging patient either home or to place of continued care. The nurse can check from the list whether he or she has remembered to do everything when being discharging a patient. The nurse will mark "yes" or "no" according to if thing has been made or not. In the checklist after every point there is room for nurse's comment. The checklist has three A4-pages and it has 37 points that need to be checked.

The checklist will be brought into use in a hospital ward by the maker of this thesis. The checklist is customizable into needs of different wards however.

SISÄLLYS

1	PROJEKTIN TAUSTA	5
2	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE	6
3	PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1	Sairaalasta kotiutuminen.....	7
3.1.1	Kotiutuminen potilaan näkökulmasta.....	10
3.1.2	Kotiutuminen henkilöstön näkökulmasta.....	12
3.1.3	Kotiutuminen kotihoidon näkökulmasta	15
3.2	Hoitotyön tarkistuslista	18
4	PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	20
4.1	Tarkistuslistan sisältö.....	22
4.2	Tarkistuslistan ulkonäkö	25
5	PROJEKTIN TUOTOS	25
6	PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	26
	LÄHTEET.....	30
	LIITTEET	

1 PROJEKTIN TAUSTA

Terveydenhuollossa tärkeiksi ja tehokkaiksi havaittuja piirteitä ovat asiakkaan siirtyminen hoitolaitoksesta toiseen oikeaan aikaan sekä hoitaminen oikeassa paikassa. On kuitenkin olemassa väitteitä, että potilaat kotiutuisivat sairaalasta nopeammin kuin ennen ja jopa huonokuntoisempina. (Hammar 2008, 17.) Suomessa somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt 2000-luvulla, siten että hoitajaksojen keskimääräinen kesto on laskenut 4,2 päivästä 3,5 päivään. (Somaattinen erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä 2010, 2.) Terveyskeskuksen vuodeosastopotilaiden keskimääräiset hoitoajat ovat myös lyhentyneet 2000-luvulla, siten että hoitoajan keskimääräinen pituus vuonna 2010 oli 25 päivää. (Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2010, 1.) Kotiutumisen valmistelulle jää usein liian vähän aikaa, koska potilaan kotiuttaminen tapahtuu samana tai seuraavana päivänä päätöksestä kotiuttaa potilas. Yleisin kotiutamispäivä on perjantai, mutta myös iltaisin ja viikonloppuisin kotiutetaan potilaita. (Hammar 2008, 17.)

Potilaan sairaalasta kotiutumisen onnistuminen vaikuttaa potilaan hyvinvointiin ja hoitotoiminnan vaikuttavuuteen. Sairaalahoitokojojen lyhentymisen ja potilaiden huonokuntoisuus kotiutuessa saa aikaan, että kotiutumiseen saatavan tuen merkitys lisääntyy. Potilaan hoidon jatkuvuus on turvattu ja todennäköisyys joutua uudelleen sairaalahoittoon vähenee, kun kotiutuminen on valmisteltu hyvin. Kotiutuminen on onnistunut, kun se on suunniteltu yhteistyössä potilaan ja omaisten sekä sairaalan ja kotihoidon työntekijöiden kanssa. Kun yhteistyö näiden osapuolten kesken on toimivaa ja tieto välittyy kaikille osapuolille, näkyy se potilaan hoidon jatkuvuutena. Potilas saa tällöin apua kaikissa hoitoketjun vaiheissa. (Pöyry & Perälä 2003, 9.)

Suoritin kolmannen opiskeluvuoteni Erasmus-vaihdossa Isossa-Britanniassa, Lontoossa vuosina 2011–2012. Lukuvuoden aikana osallistuin paikallisten sairaanhoitaja-opiskelijoiden luennoille, suoritin kursseja ja tein kolme hoitotyön harjoittelua paikallisessa sairaalassa. Harjoitteluissa huomasin, että brittiläisessä hoitotyössä on yhtäläisyyksiä, mutta myös eroja suomalaisen hoitotyöhön verrattuna. Yksi eroavaisuus on niin sanottujen tarkistuslistojen rutiinomaisen käyttö siinä brittiläisessä sairaalassa, jossa suoritin harjoitteluni. Sairaanhoitajat käyttävät työvälineinä tarkis-

tuslistoja erilaisissa tilanteissa varmistaakseen olennaisten asioiden huomioon ottamisen. Tarkistuslistoja käytetään hyväksi esimerkiksi preoperatiivista potilasta valmisteltaessa leikkaukseen tai toimenpiteeseen valmistelevan potilaan kohdalla, annettaessa laskimonsisäisesti sytostaatteja, saattohoitopotilaan kohdalla tai kotiuttaessa potilasta. Kiinnostus tehdä tarkistuslista jollekin hoitotyön osa-alueelle tuli kokemuksista vaihdossa oloaikana. Kotiutumisen näkökulma valikoitui miettimällä, missä hoitotoiminnossa on monta huomioitavaa asiaa, joista joskus joku voi unohtua. Myös mielenkiinto saada lisätietoa kotiutumisesta ja kotiutumiskäytännöistä vaikuttivat aiheen valintaan. Kokemukseni potilaan kotiuttamisesta eivät ole yhtenäiset, joten tiedon saanti oikeaoppisesta kotiuttamisesta oli tarpeen. Opinnäytetyön tilaajana on Satakunnan ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyön tuotos luovutetaan sen käyttöön mahdollista opetuskäyttöä varten.

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Projektilla tulee olla selkeä tavoite tai tavoitteita. Tavoitteen tai tavoitteiden perusteella tulee projekti rajata siten, että se on toteuttavissa käytettävissä olevaan aikaan ja voimavaroihin nähden. Sitovia suunnitelmia ei tule tehdä ennen kuin projektin tavoitteista ja rajauksesta on sovittu. (Ruuska 2006, 25.)

Tämän projektityön tarkoituksena on suunnitella ja laatia hoitotyön tarkistuslista kotiutuvalla potilaalle laadukkaana kotiutumisen turvaamiseksi. Tarkoituksena on laatia tarkistuslista kotiutuvalla potilaalle, jossa on tiivistetyssä muodossa kaikki kotiuttamisessa huomioon otettavat asiat. Projektityön tavoitteena on edistää kotiutuvan potilaan hyvinvointia, turvata kotiutuvan potilaan hoidon jatkuvuus ja lisätä tietoa kotiuttamisessa huomioon otettavista asioista.

3 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Sairaalasta kotiutuminen

Kotiutuminen tarkoittaa asiakkaan siirtymävaihetta hoidon tasolta toiselle, esimerkiksi sairaalasta kotiin tai toiseen hoitoyksikköön. Erikoissairaanhoidon verrattuna pitkäaikaishoidossa ja perusterveydenhuollossa kotiutumisen suunnitteluun on yleensä paremmat edellytykset. Tämä johtuu hoitoaikojen lyhentymisestä erikoissairaanhoidossa. Nopealla aikataululla tapahtuva sairaalasta kotiuttaminen esimerkiksi toimenpiteen jälkeen edellyttää sairaalan henkilöstöltä sekä myös avopalveluiden työntekijöiltä vahvaa ammattiosaamista ja joustavuutta. (Grönroos & Perälä 2006, 29.)

Keskisen (2008, 7) mukaan kotiutuminen voidaan kuvata prosessiksi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan. Prosessi sisältää potilaan kotiutusvalmiuden arvioinnin, kotiutus päätöksen tekemisen ja kotiutumisen organisoinnin. Kotiutuksessa korostuvat jatkuvuuden ja turvallisuuden periaatteet sekä yhteistyö potilaan, omaisten ja henkilöstön kesken. Kotiutumispäätöstä tehdessä tulee potilas ottaa mukaan päätöksentekoon, se tulisi tehdä riittävän ajoissa ja tarvittaessa päätöksentekoon tulisi ottaa mukaan omaiset ja kotihoidon henkilöstö. Kotiutuminen voidaan määritellä yhteistyöprosessiksi potilaan, omaisten ja henkilöstön välillä ja siihen kuuluu olennaisesti kotiutussuunnitelman tekeminen. (Keskinen 2008, 7.)

Kotiutumissuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tällöin suunnitellaan kotiutuksen ajankohta, ennen kotiutumista tehtävät asiat esimerkiksi apuvälineiden hankinta ja kodin muutostyöt sekä kotiutumisen jälkeen tarvittavat palvelut. Yhdessä määritellyt tavoitteet kotiutumiselle luovat perustan kotiutumissuunnitelmalle. Asiakas sitoutuu näihin yhdessä määriteltyihin tavoitteisiin, joita voidaan muuttaa tarvittaessa. Asiakkaan varmuus hoidon jatkumisesta kotiutumisen jälkeen lisääntyy, kun suunnittelu toteutetaan yhdessä. Suunnittelun voi aloittaa jo sairaalajakson alussa yhdessä omaisten ja potilaan kanssa. Tämä ei tarkoita että suunnitelma olisi lopullinen, vaan sen tulee olla joustava ja muutoksille mahdollinen. Suunnittelussa on tärkeää ottaa omaiset huomioon sekä toteuttaa suunnittelu moniammatillisena yhteistyönä.

(Pöyry & Perälä 2003, 15-16.) Kotiuttamisen suunnittelun onnistumisen mittarina pidetään suunnittelematonta uudelleen sairaalaan hakeutumista (Koponen 2003, 20).

Potilaan kotiuttaminen on moniammatillista yhteistyötä ja kotiuttamiseen osallistuu eri ammattiryhmän edustajia. Lääkäri tekee päätöksen potilaan kotiutumisesta yhdessä potilaan, omaisten ja potilasta hoitavien kanssa. Päätös olisi hyvä tehdä muutamaa päivää ennen kotiin lähtöä, jotta suunnittelulle olisi riittävästi aikaa. Lääkäri huolehtii omalta osaltaan epikriisin, reseptien, läheteiden ja muiden asiakirjojen kirjoittamisesta hyvissä ajoin. Potilaan omahoitajan tehtävänä on aloittaa kotiutuksen suunnittelu jo silloin, kun tiedetään potilaan mahdollisesta kotiutumisesta. Omahoitaja ilmoittaa jatkohoidon henkilöstölle mahdollisesta kotiutumisajankohdasta. Hän valmistee potilasta ja hänen läheisiään vähitellen hoitojakson aikana tulevaan kotiin paluuseen. Omahoitaja tekee potilaalle selväksi, mikä on potilaan rooli hoidossa ja suunnittelussa, jotta hänen on helpompi olla mukana häntä koskevassa päätöksenteossa. Omahoitajan vastuulla on tiedottaa muita osaston työntekijöitä uuden potilaan hoidon tarpeesta, jotta he voivat aloittaa oman osuutensa potilaan hoidossa ja hyvissä ajoin ennen kotiuttamista. Sosiaalityöntekijä osallistuu hoitokokouksiin ja lääkärin kierroille saadakseen tietoa uusista potilaista. Hän myös käy tapaamassa potilaita ja neuvoo heitä palvelu- ja hoitovaihtoehtoista ja mahdollisista sosiaalietuuksista. Muut erityistyöntekijät esimerkiksi fysioterapeutti ja diabeteshoitaja ovat mukana potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa sekä osallistuvat moniammatillisen tiimin kokouksiin. He kirjoittavat omat lausuntonsa potilaan hoidosta ja jatkohoitosuunnitelmasta jatkohoitopaikkaan lähetettäviin tietoihin potilaasta. (Perälä & Hammar 2003, 25-26.)

Potilaan kotiutuessa omahoitaja kertaa potilaan kanssa kotiutumiseen liittyvät asiat, käy läpi jatkohoito-ohjeet ja muut kirjalliset ohjeet esimerkiksi lääkityksestä sekä huolehtii tarvittavien asiakirjojen ja tarvikkeiden mukanaolosta. Kirjallisten ohjeiden tulisi olla selkeät ja niissä tulisi olla myös yhteystiedot, jos potilaalla ilmenee kysymyksiä toipumisesta. Lyhyellä varoitusajalla tapahtuvan kotiutumisen onnistumiseksi omahoitaja voi antaa potilaalle mukaan ensimmäisten päivien lääkkeet ja tarvittavat hoitovälineet. Omahoitaja antaa potilaalle tarpeeksi aikaa valmistautua kotiin lähtemiseen ja ennen kotiin lähtöä olisi suotavaa, että potilas ruokailisi sairaalassa. Useimmiten omainen hakee potilaan sairaalasta, mutta jos näin ei ole, omahoitaja voi

järjestää potilaalle saattajan kotiin potilaan toiveesta tai mikäli potilas sellaista tarvitsee. (Perälä & Hammar 2003, 25 ja 31.)

Sairaalan henkilöstö vaikuttaa omalla toiminnallaan potilaan kotiutumisen onnistumiseen. Jotta kotiutuminen onnistuisi, tulisi heidän huomioida potilaan uudelleen sairaalaan joutumisen riskitekijät, arvioida potilaan toimintakyky, järjestää oikeanlainen jatkohoito sekä suunnitella kotiutuminen yksilöllisesti. Onnistumiseen vaikuttavat myös potilaan tiedon ja hoidon saannin jatkuvuus, potilaan oma kokemus valmiudesta selviytyä kotona sekä yhteistyö sairaalan ja jatkohoidon välillä. (Koponen 2003, 21.)

Perälä & Hammarin (2007) mukaan onnistunut sairaalasta kotiutuminen edellyttää osastolla laadittuja yhteisiä hoitoperiaatteita, hyvää tiedonkulkua hoitohenkilökunnan kesken ja toimivaa yhteistyötä erikois- ja perusterveydenhuollon välillä. Grönroos & Perälän (2006, 29) mukaan myös kotiutumisen huolellinen suunnittelu ja dokumentointi sekä etukäteen suunnitellut ja tilatut asiakkaan kotona tarvitsemat palvelut ja hoidot tekevät kotiutumisesta onnistuneen. Asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn ei tule heikentyä kotiutumisen takia eikä hänen tarvitse tulla uudestaan sairaalaan lyhyen ajan sisään saman syyn takia. (Grönroos & Perälä 2006, 29.)

Potilaan kotiutuminen voi myös epäonnistua. Kotiutumisen epäonnistumiseen liittyviä tekijöitä voivat olla hoitohenkilöstön riittämätön tieto potilaan tai omaisten senhetkisestä elämäntilanteesta tai avun tarpeesta ja potilaan tai perheen osallistumisen puute. Puutteellinen kommunikointi potilaan tai omaisten kanssa, heikko tiedonkulku sairaalan ja avohoidon välillä sekä huonosti järjestetty potilaan hoito voivat vaikuttaa kotiutumisen epäonnistumiseen. Myös hoitoaikojen lyhentyminen voi vaikuttaa epäsuotuisasti potilaan kotiutumiseen. Tämä saa aikaan sen, että yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä vaikeutuu ja kotiutusprosessin toteuttaminen on haastavampaa. (Koponen 2003, 21.)

3.1.1 Kotiutuminen potilaan näkökulmasta

Kotiutuessaan potilaat tarvitsevat tietoa erilaisista asioista esimerkiksi sairaudestaan, sen hoidosta ja jatkohoidosta. Potilaalla tulisi olla riittävästi aikaa valmistautua kotiinnälhtöön ja hänet tulisi ottaa mukaan kotiutumiseen liittyvään päätöksentekoon. Jotta potilaan on mahdollista kotiutua, tulisi hänellä olla fyysisiä, emotionaalisia ja kognitiivisia valmiuksia. (Malmberg 2010, 19.)

Laapotti-Salo & Routasalo (2004) ovat tehneet tutkimuksen, jossa selvitettiin iäkään potilaan tietämystä omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkimukseen osallistui 17, vähintään 70-vuotiasta sairaalapotilasta, joita haastateltiin teemahaastattelun muodossa. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tuloksissa ilmenee, että potilaat tiesivät hyvin sairaudestaan ja käyttämiensä lääkkeiden käyttötarkoituksesta, mutta niiden aiheuttamista haittavaikutuksista ja hoitajaksolla tehdyistä lääkemutoksista potilaat eivät olleet tietoisia. Potilailla oli omia tavoitteita hoidolleen, joista he eivät olleet keskustelleet hoitohenkilökunnan kanssa. Potilailla oli hyvin vähän tietoa hoidostaan ja useimmiten he saivat tietoa vain pyytämällä. He olivat myös epätietoisia omasta roolistaan hoidossa. Heille oli epäselvää, miten voisivat omalla osallisuudellaan vaikuttaa hoitoonsa. Osalle potilaista oli tehty kotiutussuunnitelma, mutta heitä ei ollut otettu mukaan sen suunnitteluun. Osa ei tiennyt kotiutuksen ajankohtaa. Tämä epätietoisuus asioista aiheutti epävarmuutta kotona selviytymisestä. Potilaat olivat myös epätietoisia hoidon jatkumisesta kotona. He tiesivät lääkehoidon jatkuvan, mutta eivät tienneet lääkkeiden annostuksia ja lääkehoidon kestoja. Potilailla oli oma käsitys itsensä hoitamisesta kotona liikunnan, terveellisen ruokavalion sekä lääkkeiden avulla. Kun potilaalle annetaan tietoa riittävästi ja ymmärrettävällä tavalla hänen sairaudestaan, hoidosta ja kotiutumisesta, potilaan epävarmuus vähenee. Tämän lisäksi tiedon antaminen edesauttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa ja helpottaa kotihoidon suunnittelua. (Laapotti-Salo & Routasalo 2004, 23 ja 26-27.)

Potilaan kotiutumiseen liittyvään tiedon antamiseen liittyy läheisesti myös jatkohoidon ohjaus. Keskinen (2008, 20-21) on todennut, kuinka potilaiden näkemyksen mukaan hyvän kotiutumisen kriteereihin kuuluu riittävä jatkohoidon ohjaus. Tämä sisältää riittävän tiedon saannin ja ohjauksen sekä kotihoito-ohjeiden antamisen. Potilaat

haluavat saada tietoa sairaudestaan, toipumisesta, tarvittavasta levosta ja liikunnasta, lääkkeistä, kivun hoidosta ja kotona mahdollisesti esiin tulevista asioista. Turvallisuuden tunnetta lisää, kun kotiutuva potilas saa näiden lisäksi tiedon siitä, mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa. Suullisten ohjeiden lisäksi potilaan tulee saada ohjeet kirjallisesti. Potilasta ohjatessa hoitajan on tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt hänelle annetun tiedon. (Keskinen 2008, 20-21.)

Potilaiden mielestä kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat kotiutumisen jälkeisen avun tarpeen arvioiminen ja tämän arvioinnin perusteella järjestetty riittävä apu kotiin. Potilaat pitävät tärkeänä, että arvioinnissa otettaisiin huomioon omaisten rooli kotiutuvan potilaan fyysisessä ja sosiaalisessa tukemisessa kotona. Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö potilaan, omaisten ja sairaalan henkilöstön kesken sekä potilaan ja omaisen osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon ovat myös potilaiden mielestä tärkeitä asioita kotiutuksessa. (Keskinen 2008, 21.) Aikaisemmin tässä opinnäytetyössä on todettu kotiutussuunnitelman tärkeys potilaan kotiutusprosessissa. Keskinen (2008, 21) mukaan potilaat kokevat aikaisin aloitetun kotiutussuunnitelman tekemisen tarpeelliseksi, jotta saisivat valmistautua kotiutumiseen riittävän ajoissa. Tämän takia on tärkeää antaa potilaalle arvio kotiutumisesta heti sen ollessa tiedossa. (Keskinen 2008, 21.)

Potilaat kokevat voimavarojensa arvioinnin ja niiden tukemisen kotiutumisen onnistumiseen vaikuttaviksi tekijöiksi. Kokonaisvaltainen potilaan toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä moniammatillisesti arvioimalla potilaan elämäntilanne ja hänen kykynsä osallistua kotiutumisprosessin eri vaiheisiin sekä selvittämällä potilaan koti- ja toimintaympäristö. Potilas tulisi ottaa huomioon kokonaisuutena tukemalla hänen fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita. Potilaan omien kokemusten, halujen ja mielipiteiden kuunteleminen ja niistä keskusteleminen ovat potilaalle tärkeitä asioita. Omahoitajalta potilas odottaa kannustavaa ja tukevaa roolia kotiutumisessa. (Keskinen 2008, 22.) Pearson ym. (2004, 496) ovat tutkimuksessaan todenneet, että potilaiden kotiuttamisessa tulisi oireiden hallintaan keskittymisen sijaan ottaa huomioon potilaan voimavarat ja sen hetkinen elämäntilanne potilaan terveyden edistämiseksi.

Vesterinen (1999, 2) on tehnyt tutkielman liittyen yli 65-vuotiaan potilaan saamaan sosiaaliseen tukeen sairaalasta kotiutuessa. Vesterinen toteaa tutkimuksessaan, että yli 65-vuotiaalle sairaalasta kotiutuminen voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta ja pelkoa kotona selviytymisestä. Tutkimus on tehty hoitohenkilökunnan näkökulmasta, delfimenetelmää käyttäen. Vesterinen määrittelee kotiutuessa annettavan sosiaalisen tuen kolmeen eri ulottuvuuteen, joista ensimmäinen on emotionaalinen tuki. Emotionaalinen tuki muodostuu erilaisista psyykkisistä muodoista: välittämisestä, kannustamisesta ja kyvystä asettua toisen asemaan. Nämä voivat edesauttaa potilasta rohkaistumaan sairaalasta kotiutumiseen. Hoitaja osoittaa potilaalle emotionaalista tukea, kun hän kuuntelee potilaan kotiutumiseen liittyviä ongelmia, arvostaa potilasta omana itsenään, kohtelee potilasta tasavertaisena toisten potilaiden kanssa ja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan toiveet ja tarpeet ohjaavat hoitohenkilökunnan toimintaa, sillä potilas on kuitenkin oman elämänsä asiantuntija. Tutkimustulosten mukaan kotiutumisen onnistumisen mahdollisti hoitohenkilökunnan antama emotionaalinen tuki. Se vahvisti potilaan henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Potilaan itseluottamuksen ja omatoimisuuden vahvistaminen olivat tärkeitä henkisten voimavarojen vahvistamisessa. Sosiaalisia voimavaroja hoitohenkilökunta vahvisti tukemalla potilasta sosiaalisten kontaktien ylläpitämisessä. Omaisten tukemista pidettiin myös tärkeänä. (Vesterinen 1999, 15, 18, 46 ja 49.)

Ongelmakohtia kotiutumisessa potilaan näkökulmasta ovat tiedon saaminen, mielipiteiden huomioiminen ja päätöksentekoon mukaan ottaminen. Useiden tutkimusten mukaan potilaat kokevat saaneensa liian vähän tietoa ja keskustelumahdollisuuksia sairaudestaan, sen hoidosta, kotiutumisesta ja lääkehoidosta. Potilaiden kokemukset mielipiteiden huomioimisesta kotiutumisen suunnittelussa ja mahdollisuuksista osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon ovat vaihtelevia. (Malmberg 2010, 18.)

3.1.2 Kotiutuminen henkilöstön näkökulmasta

Hoitohenkilöstön mielestä hyvä kotiutuminen vaatii riittävää tiedonkulkua ja yhteistyötä eri tahojen välillä sekä potilaan toimintakyvyn ja psykososiaalisten tarpeiden huomioimista. Hoitohenkilöstö kokee tärkeiksi tekijöiksi kotiutumisessa potilaan valmiutta kotiutua ja omaisen valmiutta osallistua potilaan arkeen, toimivia kotiutu-

missuunnitelmia sekä kotiutumiskriteereitä. (Keskinen 2008, 12.) Kotiuttaessaan potilasta, hoitajalla tulee olla tietoa asiakkaan sairaudesta, toimintakyvystä ja kotiolo-suhteista. Suunnitellessaan potilaan kotiutumista ja tehdessään päätöksiä kotiutumi- seen liittyen, on hoitajan silloin otettava mukaan potilas ja hänen omaisensa. (Malm- berg 2010, 20-21.)

Salomaa (2004) on tehnyt tutkimuksen liittyen pro gradu työhönsä vanhuksen kotiut- tamisesta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa on pyritty saamaan selville van- huksen kotiuttamismalli perusterveydenhuollossa hoitajien näkökulmasta tarkasteltu- na. Tutkimukseen osallistui 24 hoitotyön työntekijää terveyskeskuksen avohoito- osastolta, kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta. He vastasivat kahteen avoimeen ky- symykseen kirjallisesti, joiden vastaukset analysoitiin laadullisella sisällön analyysil- lä. Hoitajien kuvausten mukaan kotiutustilanteessa on erotettavissa kaksi tehtävää, joista toinen on kotikuntoisuuden arviointi. Fyysistä kuntoa ja fyysisiä tarpeita arvi- oimalla selvitetään, miten potilas tulee toimeen kotioloissa, mitä palveluita hän tar- vitsee selviytyäkseen kotona ja miten usein hän niitä tarvitsee. Tutkimukseen osallis- tuneiden mukaan iäkkään potilaan kohdalla on tärkeitä arvioida, miten potilas selviy- tyy päivittäisistä toiminnoista kuten ruokailusta, lääkkeiden otosta, itsensä huolehti- misesta ja wc-käynneistä. Psykkisen tilan arviointi on tärkeää, koska potilaan hen- kinen vireys vaikuttaa, miten potilas kokee kotiutustilanteen. Tarvittaessa omaisten antama tuki auttaa potilasta selviytymään kotioloissa. Välittämisen ja onnistumisen tunteminen ovat tärkeitä potilaalle kotiutumisen onnistumiseksi. (Salomaa 2004, 1, 26, 28 ja 30.)

Määttä & Natunen (2010) ovat projektimallisessa opinnäytetyössään haastatelleet hoitohenkilökuntaa iäkkään asiakkaan kotiutumiseen liittyen. Haastattelussa saatujen tuloksien mukaan hoitohenkilöstö pitää tärkeänä perustana kotiutuksen suunnittelus- sa kotikuntoisuuden arviointia. (Määttä & Natunen 2010, 2 ja 25)

Salomaan (2004) tutkimuksessa nousi esille kaksi tehtävää potilasta kotiuttaessa: ko- tikuntoisuuden arvioinnin lisäksi potilaan kotiuttamisen valmistelu. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien näkemyksen mukaan iäkkään potilaan kotiuttamisen valmis- telu pitää sisällään kotiuttamisen ajankohdan, kotiuttamisesta ilmoittamisen ja kotiut- tamisen suunnittelun. Kotiuttaminen on mahdollista kun potilaan sairaus on hoidettu,

kotona pärjäämättömyyden syy on selvitetty ja, kun tarvittavat muutostyöt potilaan kotona on saatu valmiiksi. Kotiuttamisen ajankohtaan vaikuttavat myös kotihoidon resurssit vastaanottaa potilas, esimerkiksi viikonloppuna henkilöstöä on vähemmän kuin arkena. Potilaan kunto ja miten se on mahdollisesti muuttunut sairaalahoidon aikana vaikuttavat potilaan kotiuttamispäivään. Kotiuttamisen suunnittelu vaatii yhteistyötä eri tahojen välillä. Potilaan jo tullessa osastolle, voidaan alkaa suunnitella sopivaa ajankohtaa kotiuttaa potilas. On tärkeää sopia ajankohdasta ajoissa, jotta potilaalle tulisi turvallinen tunne kotiuttamisesta saadessaan valmistautua siihen etukäteen. Tutkimuksen mukaan hoitajat toivovat yhtenäisempiä kotiutuskäytäntöjä. Tieto kotiuttamisesta on saatu liian myöhään tai asiasta ei ole ilmoitettu ollenkaan. Kotiutuvan potilaan tiedot ovat olleet puutteellisia tai virheellisiä joissakin tilanteissa. Tietojen antamiseen tulisi kiinnittää huomiota, koska se voi olla ainoa tieto, jonka kotihoito saa potilaan kunnosta ja hoidosta. Useat tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokevat yhteisen hoitopalaverin pitämistä ennen kotiutumista parantavan tiedonkulkua eri toimipisteiden välillä. Tällöin kotihoidon ja kotisairaanhoidon henkilöstö saavat parhaiten tietoa potilaan sen hetken kunnosta, sairaudesta, hoidosta ja tarvittavista palveluista. (Salomaa 2004, 21-25.)

Ohjaus ja opetus ovat tärkeitä hoitotyön toimintoja sairauden hoitamiseksi ja siitä selviytymiseksi. Yksilöllisellä ohjauksella kotiutumisen yhteydessä valmistellaan potilasta kotiin lähtöä varten. Ohjauksen avulla potilas saa tarvittavat tiedot ja taidot kotona selviytymiseen sairaalahoidon päätyttyä. Hoitotyön kiireen lisääntyessä hoitajien aika ohjaamiseen ja opettamiseen on kuitenkin vähentynyt. (Malmberg 2010, 21.) Keskinen (2008) mukaan hoitajien näkemys hyvästä potilaan ja omaisten ohjauksesta sisältää riittävän tiedonsaannin sairaudesta, jatkohoito-ohjeista, lääkkeistä ja liikkumisesta. Potilaan tulee myös tietää yhteystiedot, joihin hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen. (Keskinen 2008, 27.)

Pöyry & Perälä (2003, 3) ovat tutkineet eri näkökulmista suomalaisten hoitohenkilöstöjen yhteistyötä asiakkaan kotiutuessa. Henkilöstön välinen yhteistyö ja tiedon vaihto ovat tärkeitä tekijöitä potilaan hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Yhteistyötä voi tapahtua potilaan, työkavereiden ja eri organisaatioiden välillä ja on olemassa erilaisia tapoja tehdä yhteistyötä. Näitä ovat esimerkiksi kirjallinen tiedonvaihto, puhelinneuvottelut, palaverit, kokoukset, konsultaatiot, projektit ja tiimityöt. Kirjallinen

tiedonvaihto tarkoittaa erilaisten potilasdokumenttien esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmien, hoidon seurantalomakkeiden, hoitotyön lähetteen ja viestivihkojen välityksellä tapahtua tiedonvälitystä. Yhteinen atk-tietojärjestelmä takaa tiedon välittämisen kaikille potilaan hoitoon osallistuville. Suurin osa tiedonvaihdosta on puhuttua ja varsinkin eri organisaatioiden välillä se tapahtuu puhelimitse. Hyvä yhteistyö potilaan hoidon onnistumiseksi vaatii, että hoitoon osallistuvilla tulee olla tietoa potilaasta, tämän saamasta hoidosta ja palveluista sekä muiden osapuolten hoitomahdollisuuksista. Tiedottamisessa tulee varmistua, että sanoman vastaanottaja on ottamassa välitetyn tiedon vastaan. (Pöyry & Perälä 2003, 14 ja 16.)

Kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen, tulee jatkohoitopaikan saada tiedot potilaasta ja häntä koskevasta jatkohoidosta. Tiedot välittyvät yhteisen potilastietojärjestelmän kautta tai potilaan mukaan annetaan tiedot kirjallisina dokumentteina. Potilaan mukana siirtyviin kirjallisiin tietoihin kuuluvat siirtoepikriisi, hoitotyön yhteenveto, tarkistetut lääkelistat, hoitokortit, viimeisimmät rtg-kuvat ja sydänfilmit sekä sosiaalityöntekijän ja muiden erityistyöntekijöiden yhteenvedot potilaan hoidosta. Omaha-ohjaintaja tarkistaa ennen siirtoa, että lääkemääräykset ovat ajan tasalla. Tarvittaessa omahoitaja ilmoittaa mahdollisista lääkemääräyksistä jatkohoitopaikkaan tai sopii miten muutoksista ilmoitetaan. Omaha-ohjaintaja pitää huolta, että jatkohoitopaikassa on potilaan mahdollisesti käyttämiä erikoislääkkeitä ja ravintoliuoksia ja tarvittaessa antaa näitä potilaan mukaan. Hän varmistaa kirjallisten dokumenttien ajantasaisuuden ja lähettää ne jatkohoitopaikkaan potilaan suostumuksella. (Perälä & Hammar 2003, 23-24.)

3.1.3 Kotiutuminen kotihoidon näkökulmasta

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) on määritellyt kotihoidon joukoksi erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja, joita annetaan asiakkaalle hänen kotonaan. Kodiksi luokitellaan oman asunnon lisäksi esimerkiksi asunto palvelutalossa tai asuminen läheisen luona. Kotihoidon palveluiden tarkoituksena on ehkäistä, hidastaa tai korvata asiakkaan laitoshoidon. Perimmäisenä tarkoituksena on kuitenkin tukea asiakkaan toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua, joka ilmenee kansallisissa kehittämissuunnitelmissakin. (Hammar 2008, 21-22.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) mukaan kunta voi yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu tarjoaa tukea, kun asiakas tarvitsee apua selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi. Kodinhoitajat, kotiavustajat ja lähihoitajat kuuluvat kotipalvelun työntekijöihin. Kotipalvelua täydentääkseen voidaan kotiin järjestää tukipalveluita, joita voivat olla aterian tuominen kotiin, siivous-, kylvytys- ja kuljetuspalvelut. Kansanterveyslakiin perustuva kotisairaanhoido huolehtii lääkärin määräämistä asiakkaan kotona suoritettavista sairaanhoidollisista toimista. Kotisairaanhoidossa työskentelevät, jotka ovat useimmiten sairaanhoitajia, ottavat näytteitä, valvovat asiakkaan lääkitystä sekä seuraavat asiakkaan vointia. Vaativampaakin sairaanhoitoa voidaan järjestää kotona. Tästä esimerkkinä on saattohoito. Laadukas kotipalvelu ja kotisairaanhoido edistävät asiakkaan kuntoutumista ja niiden tulee perustua yksilöllisesti tehtyyn toimintakyvyn arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2012)

Stakesin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen) teettämässä lomakekyselyssä kotihoidon henkilöstölle selvitettiin onnistunutta kotiutumista kotihoidon henkilöstön näkökulmasta. Tutkimus liittyy Stakesin Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito- kehittämis- ja tutkimusprojektiin (PALKO). Kyselyyn osallistui 1183 kotihoidon työntekijää 22 eri kunnasta. Vastaajien joukko koostui kodinhoitajista, lähi- ja perushoitajista ja kotiavustajista sekä sairaanhoitajista, erikoissairaanhoidajista, terveydenhoitajista, kotipalveluohjaajista ja johtavista kodinhoitajista. Työntekijöistä 41% työskenteli kotipalvelussa, 12% kotisairaanhoidossa ja 47% yhdistetyssä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteessä. Tutkimuksessa tuli esille, että kotihoidon henkilöstön mukaan kotiutuminen onnistuu, kun he saavat riittävästi tietoa asiakkaan sairauksista ja niiden hoidosta. Tällä tarkoitetaan tietoa asiakkaan sairauksien jatkohoidosta, lääkityksestä, jatkotutkimuksesta ja kontroleista sekä omaisen ja läheisen osuutta asiakkaan hoidossa. Onnistunutta kotiutumista edistää myös riittävä tiedonsaanti toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista eli tietoa asiakkaan liikuntakyvystä ja apuvälineiden tarpeesta, muistista ja aisti-toiminnoista, mielialasta sekä kyvystä hoitaa itseään. Riittävän tiedonsaannin lisäksi tutkimuksessa esiin tulleita tekijöitä kotiutumisen onnistumiseksi olivat riittävä yhteistyö kotihoidon ja sairaalan välillä sekä tarpeeksi ajoissa ilmoitettu tieto kotiutumisesta. (Grönroos & Perälä 2006, 29-30.)

Kun kotihoidon henkilöstölle on ilmoitettu hyvissä ajoin kotiutuvasta kotihoidon palveluun siirtyvästä asiakkaasta, voivat he aloittaa asiakkaan kotihoidon suunnittelun ajoissa. Tämä on tärkeää, jotta asiakkaan palvelut ja hoidot voidaan suunnitella ja organisoida etukäteen parhaalla mahdollisella tavalla. Kotihoidon henkilöstö voi myös antaa tietoa sairaalan henkilökunnalle asiakkaan jatkohoitoon liittyvissä asioissa, kun ilmoitus on tehty ajoissa. Kotiutusajankohdan muuttuminen myöhemmäksi ei haittaa, koska palveluita voidaan helposti siirtää. Päinvastoin kotihoidon työntekijöille aiheutuu enemmän työtä, jos ilmoitus kotiutuksesta annetaan lyhyellä varoitusaajalla. Tällöin kotiutumisen valmisteleminen sairaalassa ei ole myöskään usein panostettu tarpeeksi, jolloin potilaan hoidon laatu kärsii. (Perälä & Hammar 2003, 28-29.)

Kotihoidon henkilöstölle tehdyn kyselytutkimuksen mukaan kotiutumiseen liittyviä ongelmakohtia ovat liian myöhään aloitettu kotiutumisen suunnittelu asiakkaan kuntoon nähden, puutteet tiedonkulussa ja yhteistyössä sairaalan ja avohoidon välillä sekä omaisten ja sairaalan välillä. (Grönroos & Perälä 2006, 29.) Paasivaara (2004, 32) on kuitenkin todennut, että yhteistyö kotihoidon ja terveyskeskussairaaloiden toimintayksiköiden välillä toimii paremmin kuin muiden sairaaloiden kanssa. Esimerkiksi keskussairaalaista tiedonkulku kotihoitoon välittyy huonosti. (Paasivaara 2004, 32.)

Kotihoidon henkilöstölle tehdyssä tutkimuksessa nousi myös esille, että henkilöstö kokee oman yksikön ja sairaalan väliset tiedonvaihto- ja yhteistyökäytännöt puutteellisiksi tai epäselviksi. Tieto ei kulje sujuvasti hoitoyksiköiden välillä hoitoketjun eri vaiheissa ja lähes puolet kotihoidon työntekijöistä oli tyytymättömiä saamaansa tietoon asiakkaan kotiutumisesta ja kotihoidosta. Asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotiin, kotihoidon työntekijät eivät olleet saaneet tarpeeksi tietoa asiakkaan sairauden hoidosta, hoidon ja palvelujen tarpeesta kotona, asiakkaan sosiaalisista etuuksista, taloudellisesta tilanteesta ja tukimuodoista sekä asiakkaan harrastuksista ja mielialasta. Riittävään tiedottamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan kotiutumisen onnistumiseksi, hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja palveluiden varmistamiseksi. (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006, 27 ja 37.)

3.2 Hoitotyön tarkistuslista

Tarkistuslistalle kootaan ydinasioita ja sen tarkoituksena on vähentää virheitä, kun sairaanhoitaja voi käyttää sitä muistinsa tukena jokapäiväisessä hoitotyössä. Listalle kootut, turvallisuuteen liittyvät kriteerit tarkistetaan aina samalla tavalla. Tarkistuslistan käyttö on tarpeellista tehtävissä, jotka toistuvat harvoin tai jotka tehdään rutiinilla. Näissä tilanteissa tapahtuvat unohdukset pystytään havaitsemaan tarkistuslistan avulla. Vaaratapahtuma saakin useimmiten alkunsa unohduksesta, erehtymisestä tai väärinkäsityksestä jokapäiväisessä työssä. (Kinnunen & Helovuori 2012)

Lentokoneessa kapteeni ja perämies tarkistavat turvallisuuteen liittyvät tekijät läpi kohta kohdalta. Lentoliikenteessä käytössä olevan tarkistuslistan käyttöä voidaan hyödyntää muillakin aloilla, joihin sisältyy vaativaa päätöksentekoa. On todettu, että työntekijän työn tulos paranee, kun käytössä on hyvin suunniteltu tarkistuslista. (Arvola 2012)

Sosiaali- ja terveysalalla tarkistus-/tsekkaukslistaa on hyödynnetty leikkaussalitoimintaan. Sen on todettu vähentävän leikkauksiin liittyviä haittatapahtumia ja kuolleisuutta yli kolmanneksella. Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee sen käyttöönottoa leikkaussaleihin. Leikkaustiimin tarkistuslistatyön pioneerin, Etelä-Pohjanmaan keskussairaalan lastenkirurgian osastonylilääkärin Satu-Liisa Pauniahon, mielestä tarkistuslistan avulla työntekijä ja potilas ovat tietoisia, että potilaita hoidetaan samoja periaatteita noudattaen. Hyvien kokemusten perusteella tarkistuslistaa on kehitetty muuhunkin käyttöön sosiaali- ja terveysalalla. Esimerkiksi Tays:n lastenlinikalla erilaisia tarkistuslistoja käytetään valmistellessa potilasta toimenpiteeseen, tunnistamaan päivystyspotilaan hengenvaarallinen tila tai varmistamaan riittävä tiedonkulku siirrettäessä potilasta osastolle. Terveystieteiden tutkimusten avulla voidaan parantaa pienillä kustannuksilla kehittämällä tarkistuslistoja eri tilanteisiin ja eri potilasryhmät huomioiden. Päätöksenteon tueksi on hyvä kehittää tarkistuslistoja varmistamaan, että turvallisuuden kannalta oleelliset asiat on muistettu ottaa huomioon. (Arvola 2012) Tarkistuslistan käyttäminen terveydenhuollossa vaikuttaa potilasturvallisuuteen edistämällä sitä.

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annettuna. Potilaan hoidossa saattaa kuitenkin syntyä vaaratilanteita, jolloin esimerkiksi tiedon kulku on estynyt, lääkkeet menevät sekaisin tai asioita unohtuu. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa nämä tilanteet sekä osattava kehittää erilaisia keinoja, jotta vaaratilanteiden tapahtuminen voitaisiin ehkäistä ennen niiden tapahtumista. Potilasturvallisuuden tavoitteena on, ettei potilaan hoitaminen aiheuta hänelle hoitoon kuulumatonta haittaa tai vaaraa vaan riskit pystytään ennalta koimaan ja ehkäisemään. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012)

Hales, Terblanche, Fowler ja Sibbald (2008, 22) ovat kirjoittaneet artikkelin siitä, kuinka he lääketieteeseen liittyvää englanninkielistä materiaalia ja muuta kirjallisuutta apuna käyttäen halusivat kuvata erilaisia hoitotyön tarkistuslistoja, miten niiden avulla on parannettu potilaalle annettavaa hoitoa ja miten käytössä olevia hoitotyön tarkistuslistoja voitaisiin kehittää. Tarkistuslistan he ovat määritelleet listaksi, jolle on johdonmukaisesti koottu kohtia tehtävistä asioista, siten että sen avulla nähdään mitä asioita on tehty tai jätetty tekemättä. Yleensä tehty asia merkitään listalle yhteisesti sovitulla kirjoitustavalla. Hoitotyön tarkistuslistoja on erilaisia ja niiden rakenne riippuu hoitotyön toiminnosta. Tarkistuslistan asiat voidaan koota kategorioittain ilman erityistä järjestystä jos kyseessä on esimerkiksi laitteen tarkistaminen. Tai sitten tarkistettavat asiat voidaan ryhmitellä aikajärjestyksessä, jos tarkoituksena on suorittaa tehtävät tietyssä järjestyksessä esimerkiksi toimenpiteeseen/toimenpidettä valmistellessa. (Hales ym. 2008, 24.)

Hoitotyön tarkistuslistan laatimisessa on otettava huomioon tietyt kriteerit, jotka koskevat tarkistuslistan asiayhteyttä, sisällystä, rakennetta, ulkoasua sekä käyttökelpoisuutta. Ennen tarkistuslistan laatimista tulisi miettiä, kenen käyttöön lista tulee. Jos se on tarkoituksena ottaa käyttöön sairaalassa tietyllä osastolla, tulee sen täyttää sairaalan vaatimukset kirjallisille ohjeille. Tarkistuslistan sisällöksen rakentamiseen tulisi käyttää luotettavaa kirjallisuutta ja monipuolisesti erilaisia lähteitä. Kootut asiat tulisi esittää loogisessa ja käyttökelpoisessa järjestyksessä mukailien käytännössä tapahtuvia hoitotyön toimintoja. Tekstin tulisi olla selkeää kirjoitusasultaan sekä helposti luettavissa. Fontin ja mahdollisten värien käyttöön on kiinnitettävä huomiota. Listan tarkistaminen ei saa olla työlästä. Sen läpikäyminen ei saa kuluttaa liikaa hoitajien aikaa, ettei itse potilaan hoitaminen kärsisi. Vaikka tarkistuslistan avulla hoita-

jien ei tarvitse itse muistaa kaikkia asioita, tulisi hoitajien oltava kykeneviä tekemään päätökset itsenäisesti. Tarkistuslista toimii hoitajien apukeinona. (Hales ym. 2008, 25.)

4 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Suunnitteleminen on tärkeä vaihe projektin etenemisessä, mutta sen täytyy olla tarkoituksenmukaista. Eli että suunnitellaan etukäteen sen verran kuin on tarve, ei tehdä liikaa suunnitelmia. Suunnittelussa tulee ottaa myös huomioon realismi, koska kaikkea ei voi suunnitella etukäteen. Pikkutarkkojen suunnitelmien tekeminen projektin alkuvaiheessa koko projektin ajaksi ei ole hyödyllistä. Suunnitelmia tulee olla valmis muuttamaan ja mukauttamaan, koska projektityö elää koko prosessin ajan. Projektin edetessä sen sisältö ja tekniset ratkaisut tarkentuvat, eikä niitä voi alkuvaiheessa vielä määrittellä. Päälinjan täytyy kuitenkin olla selvillä alusta alkaen, silloin pystyy suunnittelemaan yksityiskohtia. (Ruuska 2007, 177 ja 182.) Projektisuunnitelmassa suunnitellaan, miten se etenee haluttuun päämäärään, tarkoituksena ei ole kuvata projektin lopputulosta eli tuotetta (Ruuska 2006, 98).

Olen ottanut huomioon nämä ohjeet projektin suunnittelussa. Suunnitelma ei ollut yksityiskohtainen selostus siitä, millainen projektin tuotos tulee olemaan, vaan miten projekti tulisi etenemään. Suunnitelmat ovat kuitenkin muuttuneet projektityötä tehdessä. Projektin päälinja on kuitenkin ollut selvillä koko projektin ajan, eli tehdä tarkistuslista kotiutuvalla potilaalla. Tähän päämäärään eteneminen tapahtui aiheeseen liittyvään näyttöön perustuvaan tietoon perehtymällä, kokoamalla saatu tieto ja laatimalla näistä tiedoista johdonmukaisesti rakennettu tehtävien asioiden lista tarkistuslistan muotoon.

Projektin suunnitteleminen lähti käyntiin syksyllä 2012 aiheen valinnalla ja sen rajauksella. Aiheeksi valikoitui tarkistuslistan tekeminen jollekin hoitotyön osa-alueelle. Idea tarkistuslistan tekemiseen tuli Erasmus-vaihto kokemuksistani Lontoossa, koska siellä tarkistuslistojen käyttäminen potilastyössä on yleistä. Potilaan kotiuttaminen

sairaalasta voi olla monimutkainen ja monivaiheinen prosessi, jossa täytyy ottaa huomioon monta asiaa. Siksi tarkistuslistan tekeminen potilaan kotiuttamiseen liittyen tuntui tarpeelliselta ja mielenkiintoiselta. Projektin tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista kotiutuvalle potilaalle, jossa on tiivistetyssä muodossa kotiutumisessa huomioon otettavat asiat potilaan, hoitohenkilökunnan ja kotihoidon henkilöstön näkökulmasta.

Halesin ym. (2008) mukaan tarkistuslistan tekemisessä tulee käyttää monipuolisesti erilaisia lähteitä ja niiden tulisi olla luotettavia. Aiheen oltua selvillä, aloinkin etsiä potilaan kotiutumiseen liittyvää kirjallisuutta eri tietokantoja hyväksi käyttäen. Perehdyin useisiin erilaisiin kotiutumista käsitteleviin tietolähteisiin. Huomasin useissa aiheeseen liittyvissä tietolähteissä kotiutumista käsiteltävän iäkkään potilaan näkökulmasta. Tutustuessani näihin tutkimuksiin, opinnäytetöihin, artikkeleihin ja pro gradu töihin paremmin, huomasin että niissä käsiteltävää tietoa iäkkään potilaan kotiutumisesta voi käyttää hyväksi käsiteltäessä yleisesti potilaan kotiutumista. Tämän projektin tarkoituksena oli kuitenkin tehdä yleinen kotiutumisen tarkistuslista, jota voisi käyttää kotiuttaessa aikuista potilasta miltä sairaalan osastolta tahansa. Kirjallisuuden perusteella päätin käsitellä kotiutumista potilaan, hoitohenkilökunnan ja kotihoidon henkilöstön näkökulmasta. Vaikka en ole erikseen käsitellyt kotiutumista omaisten näkökulmasta, on heidän roolinsa potilaan kotiutumisessa tärkeä ja se tulee opinnäytetyössäni esille.

Varsinaisen tarkistuslistan suunnittelemisen aloitin, kun olin saanut kerättyä riittävästi teoriatietoa kotiutumisesta ja tutustunut tarkemmin erilaisiin kotiutumista käsitteleviin tietolähteisiin. Ennen teoriatietoon tutustumista ja tarkistuslistan suunnittelua minulle oli selvää, että tarkistuslistan tulisi olla yksinkertainen, vähän aikaa vievä ja se tulisi tehdä siten, että tarkistettavat asiat mahtuisivat A4-paperille. Sen tulisi olla helppokäyttöinen apuväline hoitajalle, joka kotiuttaa potilasta. Tarkistuslistalla tulisi olla tarkistettavia kohtia kotiutumisesta eri teemoihin liittyen ja ne tulisi koota teoriatiedon perusteella. Käytin hyväksi myös joitakin omia kokemuksiani kotiutumisesta laatiessani tarkistettavia kohtia listalle. Tarkistuslistan suunnittelussa minun tuli ottaa huomioon listan käyttökelpoisuus ja yleistettävyyt. Tarkoitukseni ei ollut kohdistaa kotiutumisen tarkistuslistaa tietyille potilasryhmälle, sen sijaan listan tulisi olla

käyttökelpoinen kotiuttaessa ketä tahansa aikuista potilasta sairaalasta. Tarpeen mukaan listaa voisi muokata tietyn osaston käyttöön.

Projektisuunnitelmassa keskeistä on myös aikataulun suunnitteleminen. Sen avulla voidaan seurata projektin etenemistä. (Ruuska 2006, 101.) Aikaa projektin tekemiseen oli alle vuosi. Projektin työstäminen alkoi syksyllä 2012 tarkoituksena saada se valmiiksi keväällä 2013. Syksyllä 2012 hankin kotiutumiseen liittyvää teorian tietoa, perehdyin niihin ja valitsin hakemistani lähteistä ne, joita käyttäisin opinnäytetyössäni. Aloitin teorian kirjoittamisen. Keväällä 2013 jatkoin teorian kirjoittamista ja etsin uusia lähteitä saadakseni lisää teorian tietoa tarkistuslistaa varten. Aihe- ja suunnittelu-seminaarini pidin samana päivänä 7.2.2013. Kun olin saanut kerättyä tarpeeksi teoria-tietoa tarkistuslistaa varten, aloitin sen suunnittelun. Olin tutustunut myös tarkistuslistaa koskeviin lähteisiin siitä, millainen hyvän hoitotyön tarkistuslistan tulisi olla. Käytin hyväkseni niissä käsiteltyä tietoa suunnitellessani tarkistuslistan ulkonäköä ja sisältöä. Täydensin vielä teoriaosuuden kirjallista osiota kotiutumiseen ja hoitotyön tarkistuslistaan liittyvillä lähteillä. Ensimmäinen versio tarkistuslistasta valmistui. Annoin sen luettavaksi hoitotyön ammattilaisille, jotka antoivat palautetta siitä. Heidän ideoidensa perusteella muokkasinkin tarkistuslistan lopulliseen muotoonsa. Huhtikuussa 2013 kirjoitin kirjallisen osuuden loppuun ja muokkasin sitä. Raportointise-minaarini pidin 3.5.2013. Olen tehnyt taulukon ajankäytöstäni (Liite 1) projektin työstämiseen liittyen.

4.1 Tarkistuslistan sisältö

Aloitin tarkistuslistan sisällön suunnittelemisen, kun teorian tietoa kotiuttamisesta oli riittävästi ja olin perehtynyt aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perusteellisesti. Tarkoituksena oli teorian tiedon pohjalta koota tarkistuslistalle tarkistettavat asiat, jotka tulisi olla tehtynä ennen potilaan kotiutumista. Halesin ym. (2008) mukaan listan tarkistettavat kohdat voi jaotella listan käyttötarpeen mukaan aikajärjestyksessä tai esimerkiksi kategorioittain. Tässä tarkistuslistassa tarkistettavien kohtien kokoaminen oli selkeintä kotiutumiseen liittyvien teemojen perusteella, koska potilaan kotiuttaminen voidaan jakaa erilaisiin tehtäväkokonaisuuksiin. Salomaan tutkimuksen mu-

kaan potilaan kotiuttaminen voidaan jakaa kahteen eri tehtäväkokonaisuuteen, jotka ovat kotikuntoisuuden arviointi ja kotiuttamisen valmistelu. Valitsin nämä tarkistuslistan teemoiksi, koska ne ovat konkreettisia ja kuvaavat hyvin, mitä potilaan kotiuttamiseen kuuluu. Lisäksi kotiutumiseen liittyvässä kirjallisuudessa nousee esille, kuinka tärkeää kotiutumisessa tapahtuva yhteistyö jatkohoitopaikan kanssa on. Tämän takia valitsin sen kolmanneksi teemaksi. Jaoin tarkistuslistan kohdat näiden teemojen perusteella. Teemojen perusteella kootut tarkistettavat kohdat koostuvat tehtävistä, jotka hoitajan tulee tehdä potilaan kotiuttamisprosessissa.

Tarkistuslistan sisältö on jaettu kolmeen teemaan, joista ensimmäinen on kotikuntoisuuden arviointi. Salomaan (2004) ja Keskisen (2008) mukaan potilaan kotikuntoisuuden arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon potilaan fyysiset ja psyykkiset tekijät. Potilaan kokonaisvaltainen arviointi kotona selviytymisestä tulisi ottaa huomioon aina potilasta kotiuttaessa. Malmbergin (2010) ja Laapotti-Salo & Routasalon (2004) mukaan potilaan tiedonsaantiin kotiutumisesta tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Potilaat haluaisivat olla tietoisempia kotiutumiseensa liittyvissä asioissa. Tämän takia hoitajan tulisi ottaa potilas mukaan kotiutumista koskevaan päätöksentekoon ja potilaan omia mielipiteitä kotiutumisesta tulisi kuunnella. Näihin tietoihin perustuen olen muodostanut listalle tarkistettavat asiat teemaan kotikuntoisuuden arviointi liittyen.

Tarkistuslistan toinen teema on kotiuttamisen valmistelu. Teemaan ”kotiuttamisen valmistelu” sisältyy asioita, joiden avulla hoitaja valmistaa potilasta kotiutumiseen joko kotiin tai toiseen jatkohoitopaikkaan. Malmbergin (2010) mukaan onnistuneen kotiutumisen merkkejä ovat potilaan mukaan ottaminen kotiutumista koskevaan päätöksentekoon. Jatkohoidon ohjeiden antaminen ja siihen liittyvä ohjaus ja opetus ovat tärkeitä valmisteltaessa potilasta kotiutumiseen. Keskisen (2008) mukaan potilaan riittävään jatkohoidon ohjaukseen sisältyy tiedon saanti, ohjaus ja kotihoito-ohjeiden antaminen. Potilaat haluavat saada tietoa sairaudestaan, toipumisesta, levosta ja liikunnasta, lääkehoidosta ja kivun hoidosta. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää, kun potilas tietää, mihin ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen ilmenevissä asioissa. Perälä & Hammarin (2003) mukaan nopealla aikataululla tapahtuvan kotiutumisen onnistumiseksi potilaalle voidaan tarpeen mukaan antaa mukaan ensimmäisten päivien lääkkeitä tai hoitotarvikkeita. Omien kokemuksieni mukaan ensimmäisten päivien lääkkeitä voidaan tarvittaessa myös jakaa potilaan dosettiin valmiiksi. Perälä &

Hammar (2003) painottavat tarvittavien kirjallisten dokumenttien antamista potilaalle, kun hän kotiutuu kotiin. Niihin kuuluvat kirjallisten jatkohoito-ohjeiden lisäksi hoitotyön yhteenveto, epikriisi, tarvittavat lääkärintodistukset ja päivitetty lääkelista. Potilaalla tulisi olla myös uudet reseptit tarvittavista lääkkeistä. Koska itselläni on kuitenkin kokemuksia e-reseptin käyttämisestä, halusin sisällyttää sen yhdeksi tarkistuslistan kohdaksi. Omien kokemusteni perusteella olen huomannut, että kotiuttaessa potilasta on lisäksi tärkeää antaa potilaalle kontrolliajat mahdollisista laboratorioko-keista sekä tiedottaa potilasta näytteiden ottopaikasta. Potilaan voi olla tarve käydä esimerkiksi CRP-, INR- tai PVK-kontrolleissa sairaalahoidosta toipumisen varmistamiseksi. Perälä & Hammarin (2003) mukaan potilaalla olisi hyvä olla hakija sairaalasta tai vaihtoehtoisesti hänelle voidaan tilata taksi. Näistä asioista olen suunnitellut tarkistettavat kohdat liittyen teemaan ”kotiuttamisen valmistelu”.

Kolmas tarkistuslistan tema on yhteistyö jatkohoitopaikan kanssa. Potilas voi sairaalasta kotiututtuaan kotiutua joko kotiin tai toiseen hoitopaikkaan. Tämän tarkistuslistan tarkoituksena on olla käyttökelpoinen kaikille kotiutuville potilaille, kotiutui potilas joko kotiin tai toiseen jatkohoitopaikkaan. Tämän takia kokosin asioita liittyen toiseen hoitopaikkaan siirtyvän potilaan kotiuttamisesta. Jos potilas kotiutuu kotiin, voi nämä kohdat jättää täyttämättä. Grönroos & Perälän (2006) tekemän tutkimuksen mukaan potilaan kotiutumisen onnistumiseksi on tärkeää, että jatkohoitopaikan kanssa tapahtuva yhteistyö on riittävää. Tärkeää on ilmoittaa potilaan siirtymisestä ajoissa, jotta jatkohoitopaikan henkilökunta saa tarpeeksi aikaa valmistautua potilaan saapumiseen. Perälä & Hammar (2003) ovat listanneet asioita, joita kotiuttavan hoitajan tulee tehdä koskien potilaan jatkohoitopaikkaan siirtymistä. Näitä siirtoa koskevia valmisteluita ovat esimerkiksi puhelinraportin antaminen jatkohoitopaikasta vastaavan hoitajan kanssa, tiettyjen kirjallisten dokumenttien toimittaminen jatkohoitopaikkaan potilaan mukana ja potilaan suostumuksen hankkiminen potilastietojen luvallista siirtoa varten. Potilasta koskevien dokumenttien ajantasaisuudesta huolehtiminen on tärkeää jatkohoitopaikkaa ajatellen. Tarvittaessa hoitajan tulee päivittää potilasta koskevat tiedot ainoastaan potilastietojärjestelmään, mikäli jatkohoitopaikassa on sama potilastietojärjestelmä. Näistä asioista olen koonnut tarkistettavia kohtia tarkistuslistan teemaan ”yhteistyö jatkohoitopaikan kanssa” liittyen.

4.2 Tarkistuslistan ulkonäkö

Hales ym. (2008) ovat artikkelissaan todenneet, kuinka rakentaa hoitotyön tarkistuslistan siten, että se olisi käyttökelpoinen hoitotyössä. Kotiutumisen tarkistuslistaa laatiessani olen ottanut huomioon nämä asiat. Tarkistuslistan tulisi olla yksinkertainen, selkeä, helposti täytettävä, sen ei tulisi viedä liikaa hoitajan aikaa ja tarkistettavien kohtien tulisi olla kieliasultaan moitteettomia ja selkeästi esitettyjä. Valitsin rakenteeksi taulukkomaisen tarkistuslistan, koska silloin tarkistettavat kohdat erottuisivat selkeimmin ja tarkistuslista olisi ulkonäöltään selkeä. Taulukoita on kolme sisällön teemojen mukaan. Tarkistettavien kohtien tulisi olla lyhyitä, selkeitä ja ytimekkäitä lauseita. Jokaisen lauseen jälkeen taulukossa olisi tilaa merkitä, onko kyseinen asia tehty vai ei. Suunnittelussa käytin mallina englanninkielistä tarkistuslistaa (Liite 2). The Nursing Home Checklist (Medicaren www-sivut 2013) on tarkoitettu hoitokodin asumiskelpoisuuden tarkistamiseen. Tarkistuslistalla tarkistettavan kohdan jälkeen on mahdollista merkitä jonkinlainen merkki kohtaan ”kyllä” tai ”ei” sen mukaan, onko kyseinen asia tehty/ toteutunut vai ei. Jokaista tarkistettavaa kohtaa varten on tilaa kommentoida, mikäli se on tarpeen. Olen käyttänyt tätä taulukkorakennetta laatiessani kotiutumisen tarkistuslistaa.

5 PROJEKTIN TUOTOS

Tämän projektin tuotoksena valmistui tarkistuslista kotiutuvalle potilaalle (Liite 3). Kotiutuvalla potilaalla tarkoitetaan tässä potilasta, joka kotiutuu sairaalasta joko kotiin tai toiseen jatkohoitopaikkaan. Suunnitelmasta poiketen tarkistuslistasta muodostui kolmen A4-sivun pituinen tuotos yhden A4-sivun sijaan. Kaksi ensimmäistä sivua koskevat kaikkia kotiutettavia potilaita. Viimeinen sivu koskee ainoastaan potilaita, jotka siirtyvät jatkohoitoon toiseen hoitopaikkaan.

Tarkistuslistalle on teorian ja oman kokemukseni perusteella koottu potilaan kotiuttamiseen liittyviä asioita, jotka hoitajan tulee tehdä ennen potilaan kotiutumista. Tarkistettavat asiat ovat jaettu kolmen kotiutumiseen liittyvän teeman mukaan. Näitä

ovat potilaan kotikuntoisuuden arviointi, kotiutumisen valmistelu ja yhteistyö jatko-hoitopaikan kanssa. Potilaan kotikuntoisuuden arviointiin sisältyy 2 tarkistettavaa kohtaa. Kotiuttamisen valmisteluun sisältyy 23 tarkistettavaa kohtaa. Yhteistyöhön jatkohoitopaikan kanssa sisältyy 12 tarkistettavaa kohtaa. Tarkistuslista on rakenteeltaan taulukkomainen.

Kotiuttaessaan potilasta hoitaja voi tarkistaa listasta, onko muistanut tehdä kotiutumisessa huomioon otettavat asiat. Hoitaja merkkää joko ”kyllä” tai ”ei” sarakkeeseen omat puumerkkinsä sen mukaan, onko kyseinen asia tehty vai ei. Tarvittaessa hoitaja voi kirjoittaa lisätietoja kyseisestä tarkistettavasta kohdasta sarakkeeseen ”muuta huomioitavaa”. Potilasta voi hoitaa useampi kuin yksi hoitaja. Tämän takia hoitaja merkkää sarakkeisiin omat puumerkkinsä, jotta tarpeen vaatiessa voivat hoitajat tiedustella toisiltaan, jos ilmaantuu epäselvyyksiä tarkistettaviin kohtiin liittyen. Tarkistuslistalle on koottu asioita siten, että lista olisi käyttökelpoinen kaikille sairaalasta kotiutettaville potilaille. Tämän takia kaikki kohdat eivät välttämättä täyty jokaisen potilaan kohdalla. Esimerkiksi kaikkien potilaiden kohdalla ei välttämättä ole tarpeen pyytää fysioterapeuttia ohjaamaan potilasta. Hoitajan ei tarvitse tehdä kaikkia tarkistuslistalle laadittuja kotiutumiseen liittyviä tehtäviä. Hoitajan tulee käyttää omaa harkintakykyään päättäessään, mitkä tarkistuslistan asiat koskevat kotiuttamaansa potilasta. Tarkistuslista toimii hoitajan muistin tukena, ei ennalta määrättynä tehtävälis-tana. Vaikka hoitaja merkitsee tekemänsä asiat tarkistuslistalle, tulee hoitajan kuitenkin dokumentoida erikseen nämä asiat potilasta koskeviin tietoihin. Tarkistuslistan täyttäminen ei korvaa hoitotyön systemaattista kirjaamista. Tarkistuslista on hoitajan apuväline. Tarvittaessa listaa voi muokata kunkin osaston tarpeiden mukaisesti esimerkiksi lisäämällä yksityiskohtaisempia kohtia.

6 PROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Projektin työstäminen alkoi syksyllä 2012, jonka jälkeen se on edennyt pikkuhiljaa. Projekti on edennyt ajallisesti niin kuin olin suunnitellut. Aloittaessani projektin te-

kemistä minulle ei ollut selvää, millainen projektin tuotos eli tarkistuslista tulee olemaan tai voisiko siitä tulla sellainen, kuin olin suunnitellut. Minulla oli ajatuksia ja ideoita tarkistuslistan sisällöstä ja sen ulkonäöstä. Halusin tehdä sellaisen tarkistuslistan, jota olisi helppo ja yksinkertainen käyttää ja se olisi toimiva kaikille kotiutettaville potilaille, eikä vain tietyille potilasryhmälle. Tuotoksena tarkistuslistan tekeminen arvelutti, koska minulla ei ollut kokemusta tarkistuslistoista lukuun ottamatta hoitotyön harjoitteluita Lontoossa. Suomessa tarkistuslistojen käyttäminen ei kuitenkaan ole vielä kovin yleistä, ainakaan itse en ole hoitotyön harjoitteluissani käyttänyt tarkistuslistoja. Etsiessäni tietoa kotiuttamisesta löysin aikaisempia opinnäytetöitä, joissa tuotoksena on tehty tarkistuslistoja kotiutumiseen ja muihin hoitotyön osa-alueisiin liittyen. Nämä olivat laadittu tiettyjen osastojen käyttöön kotiuttaessa potilasta kyseisiltä osastoilta. Tämän projektin tuotoksen oli tarkoituksena erota muista tarkistuslistoista sillä, että se on käytettävissä millä osastolla tahansa. Haasteellista tarkistuslistan laatimisessa olikin tehdä siitä yleistettävä lista kotiuttamiseen liittyvistä asioista.

Tarkistuslistan sisällön rakentamiseen tarvittavan teorian tiedon hakeminen ja valitseminen oli haastavaa, sillä monet tutkimukset kotiutumiseen liittyen käsittelevät kotiutumista ikääntyvän näkökulmasta. Valitsin sellaisia lähteitä, joiden sisältämä tieto olisi yleistettävissä myös muihin potilasryhmiin. Löysin kuitenkin hyvin tietoa kotiuttamisesta tarkistuslistan sisällön suunnittelua varten. Sisällön rakentaminen ja tarkistettavien kohtien muokkaaminen oli myös haastavaa, haastavampaa kuin olin oletanut. Asian muokkaaminen siten, että se on yhden lauseen muodossa, teki tarkistettavien kohtien laatimisen haastavaksi. Tarkistettavien kohtien laatimisessa tuli ottaa huomioon myös niiden yleistettävyys kaikille sairaalan osastoille.

Tarkistuslistasta tuli sellainen kuin olin suunnitellut ja se täyttää ne kriteerit, jotka asetin tarkistuslistalle sen suunnitteluvaiheessa. Mielestäni sain koottua tarkistettavat kohdat siten, että ne ovat selkeitä kirjoitusasultaan ja ne ovat tiiviisti esitetty ja ymmärrettävässä muodossa. Koska tarkistettavat kohdat on koottu taulukkoon, on tarkistuslista selkeä ulkoasultaan. Tarkistuslistaa ei ole kokeiltu käytännön hoitotyössä, mutta uskon ettei sen täyttäminen vie liikaa hoitajan aikaa siten että se olisi pois potilaan hoitamisesta. Tarkistuslista on helppokäyttöinen ja yksinkertainen. Tarkistuslistasta tuli pidempi kuin yhden A4-sivun pituinen, mutta tarkistettavia kohtia tuli

enemmän kuin olin ajatellut. Lisäksi en halunnut tarkistettavien kohtien olevan liian tiheästi tai liian pienellä fontilla kirjoitettuna, jonka vuoksi en yrittänyt saada tarkistuslistasta lyhyempää. Tärkeää tarkistuslistan laatimisessa oli, että tarkistettavat kohdat ovat yleistettävissä mihin tahansa kotiutustilanteeseen. Tämä tavoite mielestäni täyttyi. Tarpeen mukaan tarkistuslista on kuitenkin muokattavissa siten, että se vastaa tietyn osaston kotiuttamistilannetta huomioiden sille tyypillisen potilasryhmän.

Pidin tarkistuslistan suunnittelemisesta ja sen laatimisesta. Tykkäsin suunnitella tarkistettavia kohtia, listan ulkonäköä ja laatia tarkistettaville kohdille taulukoita. Suunnittelusta teki mielenkiintoisen sen, että voisin itse hyödyntää sitä kotiuttaessani potilasta. Tarkistuslistaa laatiessani pidinkin mielessä, miltä hoitajasta tuntuisi käyttää sitä työnsä ohessa. Tarkistuslista testattiin hoitotyön ammattilaisten toimesta ja he antoivat muutamia vinkkejä listan parantamiseksi. Huomioin heidän parantamishdotuksensa ja lisäsin listaan muutaman kohdan heidän ehdotustensa perusteella.

Projekti on oppimisprosessi ja jokaisesta hankkeesta saadut kokemukset ovat arvokkaita. Projektityöntekijän asiantuntemus aiheesta vahvistuu ja projektin aikana kertynyt tieto tulisi siirtää organisaation ja muiden henkilöiden käyttöön. (Ruuska 2007, 271) Olen oppinut projektityöskentelystä ja tuotoksen työstämisestä osana projektia. Tästä projektimaisesta opinnäytetyöstä oppineena tiedän, että riittävä perehtyminen projektin aiheeseen on tärkeää. Jotta voi laatia tuotoksen tietystä aiheesta, tulee siihen olla perehtynyt riittävän hyvin. Muuten tuotos ei ole käyttökelpoinen. Lisäksi olen projektin edetessä huomannut, kuinka tärkeää suunnitteleminen on. Etukäteen suunnitteleminen vaikuttaa ajankäyttöön ja projektin etenemiseen. Näihin asioihin kiinnittäisin erityisesti huomiota seuraavalla kerralla projektia tehdessäni.

Tämän projektin myötä olen myös oppinut potilaan kotiuttamisesta ja kotiuttamiseen liittyvistä asioista. Olen oppinut, kuinka tärkeää on ottaa potilas ja omainen mukaan kotiuttamista suunnitellessa ja siihen liittyviä päätöksiä tehdessä. Potilas on kuitenkin itsensä paras asiantuntija. Potilas voi olla hyvinkin epä tietoinen sairauteensa liittyvistä asioista tai hänellä voi olla erilainen käsitys omasta kotikuntoisuudestaan hoitajan näkemykseen verrattuna. Omaiset taasen ovat usein osallisena potilaan hoitamisessa kotona.

Harjoitteluissa ja sairaanhoitajan sijaisuuksia tehdessäni olen kokenut potilaan kotiuttamiset hankaliksi ja vastuullisiksi tilanteiksi. Siinä tulee ottaa huomioon monta asiaa ja siinä on mukana muita osapuolia potilaan ja hoitajan lisäksi. Kotiutuminen vaikuttaa potilaan selviytymiseen kotona, ja sillä kuinka hyvin kotiutuminen onnistuu, voi olla suurta merkitystä potilaan hyvinvointiin ja omaan itseluottamukseen oman sairautensa hoitamisesta. Onnistunut kotiutuminen voi saada aikaan sen, ettei potilaan tarvitse tulla uudestaan saman syyn takia sairaalaan. Kotiuttavan hoitajan vastuulla on, että tieto potilaan hoidosta ja sairauksista siirtyy jatkohoitopaikkaan asianmukaisesti. Hoitajan antamien tietojen perusteella potilasta hoidetaan uudessa hoitopaikassa. Kotiutuminen on kokonaisuudessaan vastuullinen prosessi potilaan hoitotyössä.

Tarkistuslistan laatiminen potilaan kotiuttamiseen liittyen on kehittänyt minua hoitajana. Aioin ottaa tarkistuslistan käyttöön tulevassa työssäni. Sen avulla voin tarkistaa, olenko muistanut ottaa huomioon kotiuttamisessa huomioon otettavat asiat ja näin pystyn vaikuttamaan potilaan kotiutumisen onnistumiseen. Kokenut hoitaja ei välttämättä koe tarpeelliseksi kotiutumisen tarkistuslistaa, mutta etenkin uudet ja vasta valmistuneet hoitajat voivat kokea tarkistuslistan hyödylliseksi. Opinnäytetyön tilaaja Satakunnan ammattikorkeakoulu voi käyttää sitä opetustilanteissa tarpeen mukaan. Ehdotan myös tarkistuslistan käyttöönottamista sille sairaalan vuodeosaston osastonhoitajalle, johon menen töihin valmistumiseni jälkeen. Kyseisellä osastolla olisi tarvetta kotiutumisen tarkistuslistalle. Vaikka tarkistuslista ei ole suunnattu tietyn osaston käyttöön, eikä tuotosta ole tilattu minkään osaston toimesta, tulee se olemaan käytössä jossain muodossa.

LÄHTEET

- Arvola, T. 2012. Puheenaihe: Tarkistuslistalla turvaa. Teoksessa Aamulehti. Viitattu 20.12.2012.
<http://www.aamulehti.fi/Kotimaa/1194768604993/artikkeli/puheenaihe+tarkistuslista+turvaa.html>
- Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen -kotihoiton henkilöstön näkökulma. Sairaanhoitaja 3, 28-31.
- Hales, B., Terblanche M., Fowler, R. ja Sibbald, W. 2008. Development of medical checklists for improved quality of patient care. International Journal for Quality in Health Care 1, 22-30. Viitattu 28.3.2013.
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/20/1/22.full.pdf>
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.10.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7522-1.pdf>
- Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaasta –katkeamaton hoitoketju. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.10.2012. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/42236/stadia-1211395737-0.pdf?sequence=1>
- Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2012. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Teoksessa Terveysportti. Viitattu 31.12.2012.
http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04806&p_haku=tarkistuslista
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä – Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Viitattu 25.10.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5822-2.pdf>
- Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva Hoitotyö 1, 23-28.
- Malmberg, K. 2010. Kotiutusprosessin kehittäminen –Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.10.2012.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/13719/Malmberg_Katri.pdf?sequence=1
- Medicaren www-sivut. 2013. The Nursing Home Checklist. Viitattu 10.4.2013.
<http://www.medicare.gov/files/nursing-home-checklist.pdf>
- Määttä, S. & Natunen, L. 2010. Asiakkaan kotiuttaminen-kotiutusohje Vetrea Terveys Oy:n hoitohenkilökunnalle. AMK-opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.12.2012.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15185/maatta_satu.pdf?sequence=1

Paasivaara, L. 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. Tutkiva Hoitotyö 1, 29-34.

Pearson, P., Procter, S., Wilcockson, J. & Allgar, V. 2004. The process of hospital discharge for medical patients: a model. Journal of Advanced Nursing 46(5), 496-505. Viitattu 26.10.2012.

<https://web.ebscohost.com.lillukka.samk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=106&sid=9bfad553-33fa-4b66-9432-777d64a32f8e%40sessionmgr114>

Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstö ja hyvinvointi. Stakes, Raportteja 8/2006. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 28.11.2012.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R8-2006-VERKKO.pdf>

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli-Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes. Aiheita 29/2003. Viitattu 1.11.2012. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita29-2003.pdf>

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2007. Kotiutumiskäytännön prototyypin kehittäminen. Palko osatutkimus III. Viitattu 24.10.2012.

<http://info.stakes.fi/palko/FI/prototyypin/index.htm>

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohtissa. Helsinki: Stakesin monistamo. Viitattu 23.10.2012.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita18-2003.pdf>

Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektinhallinta. Helsinki: Talentum Media Oy.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Helsinki: Talentum Media Oy.

Salomaa, E. 2004. Vanhuksen kotiuttaminen perusterveydenhuollossa -hoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Somaattinen erikoissairaanhoito 2010. 2011. Teoksessa Tilastoraportti 45/2011. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.10.2012.

http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2011/Tr45_11.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2012. Viitattu 27.11.2012.

<http://www.stm.fi/etusivu>

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Perustietoa potilasturvallisuudesta. Viitattu 20.12.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/perustietoa;jsessionid=0BFDC761DCA1908FACFF590E7FA81F05

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 20.12.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

Terveystieteiden vuodeosastohoito 2010. 2012. Teoksessa tilastoraportti 2/2012. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.10.2012.

http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr02_12.pdf

Vesterinen, S. 1999. Sairaalasta kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. Tutkielma. Kuopion yliopisto.

Projektin suunnittelu ja toteutus	Aikataulu	
	Suunniteltu aika	Toteutunut aika
Projektin aloitus	50h	68h 30min
aiheen valinta & rajaus		3h
opinnäytetyötori ja aloitusinfo		2h30min
taustatutkimus & aineiston hankinta		40h
ohjauskeskustelut/yhteydenotot opettajan kanssa		2h
sisällön suunnittelu		9h
seminaareihin osallistuminen & opponointi		12h

Projektin suunnittelu	200h	148h
aihe & suunnitteluseminaari		1h
teorian kirjoittaminen		132h
yhteydenotot opettajaan		1h
tarkistuslistan sisällön ja ulkonäön suunnittelemine		14h

Projektin toteutus	90h	82h30min
tarkistuslistan laatiminen		30h
tarkistuslistan viimeisteleminen		6h
projektin kirjallisen osuuden kirjoittaminen		45h
yhteydenotot opettajaan		1h30min

Projektin lopetus	60h	106h
kirjallisen osuuden muokkaaminen		52h
opinnäytetyön viimeisteleminen		35h
PP-esityksen laatiminen raportointiseminaariin		16h
raportointiseminaari & kypsyysnäyte		3h
Yhteensä	400h	405h



The Nursing Home Checklist

Use the Nursing Home Checklist when you visit a nursing home.

Take a copy of the Nursing Home Checklist when you visit to ask questions about resident life, nursing home living spaces, staff, residents' rooms, hallways, stairs, lounges, bathrooms, menus and food, activities, safety, and care.

Use a new checklist for each nursing home you visit. You can photocopy the checklist or print additional copies available at www.medicare.gov/NHCompare.

Name of Nursing Home: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Date of Visit: _____

Basic Information	Yes	No	Comment
Is the nursing home Medicare-certified?			
Is the nursing home Medicaid-certified?			
Does the nursing home have the level of care I need?			
Does the nursing home have a bed available?			
Does the nursing home offer specialized services, such as a special unit for care for a resident with dementia, ventilator care, or rehabilitation services?			
Is the nursing home located close enough for friends and family to visit?			

Visit Nursing Home Compare at www.medicare.gov/NHCompare for more information.



The Nursing Home Checklist

Resident Appearance	Yes	No	Comment
Are the residents clean, well groomed, and appropriately dressed for the season or time of day?			

Nursing Home Living Spaces	Yes	No	Comment
Is the nursing home free from overwhelming unpleasant odors?			
Does the nursing home appear clean and well kept?			
Is the temperature in the nursing home comfortable for residents?			
Does the nursing home have good lighting?			
Are the noise levels in the dining room and other common areas comfortable?			
Is smoking allowed? If so, is it restricted to certain areas of the nursing home?			
Are the furnishings sturdy, yet comfortable and attractive?			

Visit Nursing Home Compare at www.medicare.gov/NHCompare for more information.



The Nursing Home Checklist

Staff	Yes	No	Comment
Does the relationship between the staff and residents appear to be warm, polite, and respectful?			
Does the staff wear name tags?			
Does the staff knock on the door before entering a resident's room? Do they refer to residents by name?			
Does the nursing home offer a training and continuing education program for all staff?			
Does the nursing home check to make sure they don't hire staff members who have been found guilty of abuse, neglect or mistreatment of residents; or have a finding of abuse, neglect, or mistreatment of residents in the state nurse aid registry?			
Is there a licensed nursing staff 24 hours a day, including a Registered Nurse (RN) present at least 8 hours per day, 7 days a week?			
Will a team of nurses and Certified Nursing Assistants (CNAs) work with me to meet my needs?			
Do CNAs help plan the care of residents?			
Is there a person on staff that will be assigned to meet my social service needs?			
If I have a medical need, will the staff contact my doctor for me?			
Has there been a turnover in administration staff, such as the administrator or director of nurses, in the past year?			

Visit Nursing Home Compare at www.medicare.gov/NHCompare for more information.



The Nursing Home Checklist

Residents' Rooms	Yes	No	Comment
Can residents have personal belongings and furniture in their rooms?			
Does each resident have storage space (closet and drawers) in his or her room?			
Does each resident have a window in his or her bedroom?			
Do residents have access to a personal phone and television?			
Do residents have a choice of roommates?			
Are there policies and procedures to protect residents' possessions, including lockable cabinets and closets?			

Hallway, Stairs, Lounges, and Bathrooms	Yes	No	Comment
Are exits clearly marked?			
Are there quiet areas where residents can visit with friends and family?			
Does the nursing home have smoke detectors and sprinklers?			
Are all common areas, resident rooms, and doorways designed for wheelchair use?			
Are handrails and grab bars appropriately placed in the hallways and bathrooms?			

Visit Nursing Home Compare at www.medicare.gov/NHCompare for more information.



The Nursing Home Checklist

Menus and Food	Yes	No	Comment
Do residents have a choice of food items at each meal? (Ask if your favorite foods are served.)			
Can the nursing home provide for special dietary needs (like low-salt or no-sugar-added diets)?			
Are nutritious snacks available upon request?			
Does the staff help residents eat and drink at mealtimes if help is needed?			

Activities	Yes	No	Comment
Can residents, including those who are unable to leave their rooms, choose to take part in a variety of activities?			
Do residents have a role in planning or choosing activities that are available?			
Does the nursing home have outdoor areas for resident use? Is the staff available to help residents go outside?			
Does the nursing home have an active volunteer program?			

Visit Nursing Home Compare at www.medicare.gov/NHCompare for more information.



The Nursing Home Checklist

Safety and Care	Yes	No	Comment
Does the nursing home have an emergency evacuation plan and hold regular fire drills (bed-bound residents included)?			
Do residents get preventive care, like a yearly flu shot, to help keep them healthy? Does the facility assist in arranging hearing screenings or vision tests?			
Can residents still see their personal doctors? Does the facility help in arranging transportation for this purpose?			
Does the nursing home have an arrangement with a nearby hospital for emergencies?			
Are care plan meetings held with residents and family members at times that are convenient and flexible whenever possible?			
Has the nursing home corrected all deficiencies (failure to meet one or more state or Federal requirements) on its last state inspection report?			

Visit Nursing Home Compare at www.medicare.gov/NHCompare for more information.



The Nursing Home Checklist

Go to a resident council or family council meeting

While you're visiting the nursing home, ask a member of the resident council if you can attend a resident council or family council meeting. These councils are usually organized and managed by the residents or the residents' families to address concerns and improve the quality of care and life for the resident.

If you're able to go to a meeting, ask a council member the following questions and take notes:

- What improvements were made to the quality of life for residents in the last year? _____
- What are the plans for future improvements? _____
- How has the nursing home responded to recommendations for improvement? _____
- Who does the council report to? _____
- How does membership on the council work? _____
- Who sets the agendas for meetings? _____
- How are decisions made (for example, by voting, consensus, or one person makes them)? _____

Visit again

It's a good idea to visit the nursing home a second time. It's best to visit a nursing home on a different day of the week and at a different time of day than your initial visit. Staffing can be different at different times of the day and on weekends.

Notes on second visit: _____

TARKISTUSLISTA KOTIUTUVALLE POTILAALLE

Potilaan nimi: _____

1. Potilaan kotikuntoisuuden arviointi	Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
Potilaan valmius kotiutua on arvioitu ottamalla huomioon potilaan psyykkiset ja fyysiset tarpeet.			
Potilaan mielipiteitä on kuunneltu valmiuksistaan kotiutua ja niistä on keskusteltu potilaan kanssa.			

2. Kotiuttamisen valmistelu	Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
Kotiutusajankohta on suunniteltu yhdessä potilaan kanssa.			
Omaisille on tiedotettu potilaan kotiutumisesta.			
Potilas on saanut ohjausta:	1. sairaudestaan.		
	2. kivun hoidosta.		
	3. levosta ja liikunnasta.		
	4. apuvälineistään.		
Potilas on tietoinen lääkehoidostaan.	Potilas on tietoinen lääkemuutoksista.		
	Potilas on tietoinen uuden lääkkeen käyttötarkoituksesta, annostuksesta ja ottotavoista.		
Ensimmäisten päivien lääkkeet annettu mukaan potilaalle tai ne on jaettu valmiiksi potilaan dosettiin.			
Jatkohoito-ohjeet on käyty läpi potilaan kanssa.			
Potilaalle on annettu mukaan:	1. hoitotyön yhteenveto		
	2. epikriisi		

	3. tarvittavat lääkärintodistukset			
	4. ajan tasalla oleva lääkelista			
	5. jatkohoito-ohjeet			
	6. yhteystiedot joihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä			
Potilaalle on kerrottu laboratoriokontrolliajat ja potilas tietää näytteenottoaikan sijainnin.				
Potilas on tietoinen jälkitarkastuksen ajankohdasta ja tietää missä se on.				
Tarvittavat reseptit on uusittu ja potilaalle annettu e-resepti mukaan. Potilasta on informoitu e-reseptin käyttämisestä.				
Fysioterapeutti on käynyt ohjeistamassa potilasta.				
Potilaan omat tavarat ja arvoesineet on pakattu ja potilaan mukana.				
Potilaalla on hakija.				Potilasta tullaan hakemaan klo. _____
Potilaalle on tilattu taksi.				Taksi tulee hakemaan potilasta klo. _____

3. Yhteistyö jatkohoitopaikan kanssa		Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
Jatkohoitopaikkaa _____ on _____ tiedusteltu _____sta.				
Jatkohoitopaikka on varmistettu.				
Jatkohoidosta vastaavalle hoitajalle on annettu puhelintiedustelu potilaasta.				
Potilastietojen luovutuslupa-paperi täytetty ja potilas on allekirjoittanut sen.				
Potilastietojärjestelmään päivitetty potilasta koskevat tiedot.				
Jos jatkohoitopaikassa ei ole samaa potilastietojärjestelmää, on potilaan mukana jatkohoitopaikkaa varten:	1. epikriisi			
	2. hoitotyön yhteenveto			
	3. selvitys potilaan terveydentilasta ja perustarpeista (ravitus, hygienia, liikkuminen, nukkuminen, omatoimisuus yms.)			
	4. kopiot seurantalomakkeista			
	5. päivitetty lääkelista			
	6. sydänfilmi/-t			
	7. erikoistyöntekijöiden (sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti) yhteenvedot			