

Eija Rannikko

KOTIUTUSTIIMIN TOIMINTAMALLI PORIN PERUSTURVAN
VANHUSPALVELUILLE

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

KOTIUTUSTIIMIN TOIMINTAMALLI PORIN PERUSTURVAN
VANHUSPALVELUILLE

Rannikko, Eija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2016
Ohjaaja: Ajanko, Sirke
Sivumäärä: 50
Liitteitä: 9

Asiasanat: kotiutus, kotiutustiimi, asiakaslähtöisyys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda toimintamalli Porin perustuvan vanhuspalveluille, jonne perustetaan kotiutustiimi. Tavoitteena on luoda asiakaslähtöinen ja ikääntyvän toimintakykyä tukeva toimintamalli, joka yhtenäistää kotiutustiimin toiminnan eri lähipalvelualueilla. Toimintamallin tavoitteena on myös tehostaa asiakkaiden kotiutumista ja kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen. Mallilla pystytään karsimaan ylimääräisiä kustannuksia, jotka aiheutuvat epäonnistuneesta kotiutuksesta tai yksittäisen ihmisen sairaalapalveluiden suurkulutuksesta, päivystyskuiluista tai laitосkierteestä.

Opinnäytetyö toteutettiin projektina, jonka menetelminä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja vertailukehittämistä. Kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin kotiutumisen onnistumiseen ja epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimustulosten perusteella jaettiin kotiuttamiseen vaikuttavat tekijät lääketieteelliseen perusteeseen, potilaslähtöisiin perusteisiin ja hallinnolliseen perusteeseen. Kaikissa tutkimuksissa oli samoja elementtejä. Keskeisiksi elementeiksi nousivat ammattitaito, itsenäinen arjesta selviytyminen, turvallisuus ja toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Vertailukehittämisessä saatiin tietoa eri kotiutustiimien henkilökunnasta, työvuoroista, asiakasmaksuista ja hoitajaksoista.

Toimintamalli toteutettiin Service blueprint apuvälinettä hyödyntäen. Apuväline koostuu viidestä eri tasosta, joilla pystytään kuvaamaan asiakkaalle näkyvä ja näkymätön toiminta. Toimintamalli on visuaalinen ja se kuvaa palvelun eri tasoja ja kytkentöjä asiakkaan ja henkilökunnan näkökulmasta. Toimintamallissa kuvataan lähetävät yksiköt, asiakkaan polku palvelussa, asiakkaalle näkyvä osa palvelua, asiakkaalle näkymätön osa palvelua ja päätöksentekoa ohjaavat lait. Toimintamalli arvioitiin hyödylliseksi ja se on sovellettavissa käytäntöön. Toimintamallia voidaan käyttää kotiutustiimin kehittämiseen Porin perusturvan vanhuspalveluissa. Jatkossa voisi kehittää kotiutustiimin asiakkuusosaamista ja kotikuntoutusta.

DISCHARGE-TEAM'S OPERATING MODEL TO SERVICES FOR THE ELDERLY PORI

Rannikko, Eija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

March 2016

Supervisor: Ajanko, Sirke

Number of pages: 50

Appendices: 9

Keywords: discharge, discharge-team, customer orientation

The purpose of this thesis was to create an operating model to the Services for the Elderly in Pori city, which will establish a discharge-team. The aim is to create an operating model, which will integrate discharge-team activities in different local service areas. Discharge-team is customer-oriented and supportive capacity. An operating model will help the coping at home after hospitalization and will increase the success of customer discharge from the hospital. This will help to lower the extra costs, caused by failed discharge or it will help to reduce the high hospital service use of a one individual and it will also help lower the patient costs of the hospital emergency department or decrease the constant hospitalization of a person.

The thesis was carried out as a project which methods were used literature and the comparison of the different discharge-teams. A literature review examined what are the factors that will affect the success or the failure of the discharge. The factor that affect the discharge were divided on the basis of the research results, these factors were medical criteria, patient -oriented criteria and administrative criteria. All of the studies were the same elements. Key elements rose, where professionalism, independent coping with everyday life, safety and evaluation of the functional capacity and resources. The comparison yielded information on staff, working hours, client fees and treatment period in different discharge-teams.

The operating model was carried out using the service blueprint assistive device. Assistive device consists of five different levels which describes the customer visible part of the action and an invisible part of the action. The operating model is a visual and it describes the different levels of the service and the connections to the customer and staff, from their perspective. The operating model describes the sending units, customer service route, the visible part of the service to the customer, the invisible part of the service to the customer and the laws that govern the decision-making. The operating model approach is useful and it is applicable in practice. The operating model can be used to develop the discharge-team, for the Services for the Elderly in Pori city. It could develop a customer relationship skills and home rehabilitation in the future.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIUTUSTIIMI.....	7
2.1	Kotiutus.....	7
2.2	Kotiutustiimi	8
2.3	Asiakaslähtöisyys.....	10
3	PROJEKTISSA KÄYTETYT MENETELMÄT	12
3.1	Kirjallisuuskatsaus meta-analyysin avulla.....	12
3.2	Vertailukehittäminen.....	14
4	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	15
5	PROJEKTIN SUUNNITTELU	15
5.1	Toimintamalli.....	15
5.2	Kohdeorganisaatio ja kohderyhmä	17
5.3	Projektin vaiheistus ja aikataulu	18
5.4	Riskit ja resurssit.....	20
5.5	Projektin arviointisuunnitelma.....	20
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	21
6.1	Kirjallisuuskatsaus kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä	21
6.1.1	Lääketieteellinen peruste kotiuttamisessa	25
6.1.2	Potilaslähtöinen peruste kotiuttamisessa	26
6.1.3	Hallinnollinen peruste kotiuttamisessa.....	28
6.2	Kotiutustiimien vertailu	31
6.2.1	Henkilökunta	32
6.2.2	Työvuorot	33
6.2.3	Hoitojakson pituus.....	33
6.2.4	Käyntimaksu	34
6.3	Asiakaslähtöinen toimintamalli	35
6.3.1	Asiakkaaksi tulo kotiutustiimiin.....	35
6.3.2	Asiakkaalle näkyvä osa palvelua.....	37
6.3.3	Asiakkaalle näkymätön osa palvelua.....	39
6.3.4	Toimintaa ohjaava päätöksenteko	41
7	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	42
8	POHDINTA.....	43
	LÄHTEET.....	47
	LIITE 1	

LIITE 2

LIITE 3

LIITE 4

LIITE 5

LIITE 6

LIITE 7

LIITE 8

LIITE 9

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on toiminnallinen. Aihe on työelämälähtöinen, koska Porissa ei aikaisemmin ole ollut kotiutustiimiä. Kotiutustiimin toiminta on alkamassa joulukuun 2015 alussa. Kotiutustiimejä on perustettu Suomessa eri kaupunkeihin ja kuntiin ja niiden toiminta on vakiintunut osaksi kotihoidon palveluja.

Projektin tarkoituksena on luoda kotiutustiimille käyttökelpoinen toimintamalli, jonka avulla luodaan pohja onnistuneelle kotiutukselle. Projektin tavoitteena on, että toimintamalli yhtenäistää kotiutustiimin toiminnan eri lähipalvelualueilla. Alueesta riippumatta asiakkaat saavat samanlaista hoitoa ja samanlaisia palveluja. Tavoitteena on myös asiakaslähtöinen ja ikääntyvän toimintakykyä tukeva malli. Toimintamallin tavoitteena on myös karsia päivystyskuluja sekä tehostaa asiakkaiden kotiutumista ja kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen. Tavoitteena on siis ylimääräisten kustannusten karsiminen, jotka aiheutuvat epäonnistuneesta kotiutuksesta tai yksittäisen ihmisen sairaalapalveluiden suurkulutuksesta tai laitосkierteestä. Tavoitteiden saavuttamiseksi on tunnistettava kotiutustilanteen ongelmat. Kotiuttamisen oikea-aikaisuus ja tarjottava lyhytaikainen tuki kotiin tehostaa kotiutuksen onnistumista ja tukee asiakkaan omatoimista kotona selviytymistä.

Porin perusturvan tuottamiin vanhuspalveluihin kuuluu kotihoito. Kotihoito on jaettu alueellisesti neljään osaan: Luoteinen lähipalvelualue, johon kuuluu Pohjois-Pori – Noormarkun ja Ahlaisten lähipalvelualue sekä Merikarvian kotihoito. Keski-Porin lähipalvelualue, Itä-Pori-Ulvila-Lavia-lähipalvelualue ja Länsi-Porin lähipalvelualue. Jokaiselle lähipalvelualueelle tulee oma kotiutustiimi. (Porin kaupungin www-sivut 2015.)

2 ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIUTUSTIIMI

2.1 Kotiutus

Asiakasta auttaa kotona selviytymisessä hyvin suunniteltu ja valmisteltu kotiuttaminen. Se ehkäisee myös sairaalaan uudelleen joutumista. Kriittisimmät ajankohdat sairaalasta kotiin saavuttua ovat ensimmäiset vuorokaudet. Kotiutuminen sujuu hyvin, kun potilaan, omaisen ja kotihoidon yhteistyö sujuu ja kaikki ovat valmiit kotiuttamiseen. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Lämsä määrittelee väitöstutkimuksessaan sairaalasta kotiuttamisen monimutkaiseksi prosessiksi. Prosessissa olennaisiksi asioiksi nousevat heikentyneen kunnon myötä kotona selviytyminen, kotiutuksen ajankohta ja tarvittava kotiapu. Väitöstutkimuksen lopputuloksena on viisi kehittämissuositusta sairaalaosastoille, joista yksi kehittämissuositus koskee kotiuttamista. (Lämsä 2013, 108, 152.)

Lämsän mukaan potilaiden kotiuttaminen näyttäytyy tutkimuksen perusteella raskaana ja konfliktierkkänä neuvotteluprosessina. Neuvottelua yksittäisen potilaan kohdalla voisi keventää luomalla yhteisesti läpinäkyvät sairaala- tai osastokohtaiset kotiutuskriteerit, joissa huomioitaisiin erilaisia kotiuttamisperusteita. Kotiuttamisperusteita olisivat toimintakyky- ja elämäntilanne peruste, lääketieteellinen ja hallinnollinen peruste. Linjavedot esimerkiksi siitä, minkä kuntoisen potilaan ylipäätään voi lähettää kotiin, tulisi tehdä muualla kuin yksittäistä potilasta käsittelevän kotiutusneuvottelun yhteydessä. (Lämsä 2013, 152.)

Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen asiantuntijoiden arvioimana tarvitaan varhaisia kotona asumista tukevia palveluja, jotka edistävät toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Hyvinvointia ja terveyttä edistävällä toiminnalla voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen ja hillitä kustannusten kasvua pitkällä aikavälillä. (Heinola, Finne-Soveri, Noro, Kauppinen, Koskinen, Martelin & Sainio 2010, 36.)

Kotikuntoutus on syntynyt tarpeesta. Sen tarkoitus on vähentää koti- ja laitoshoidon tarvetta ja mahdollistaa ihmisten parempi itsenäisyys sekä kustannustehokas kotona asuminen. Kotikuntoutus määritellään uudeksi tavaksi, joka täydentää tai jopa korvaa asiakkaan saamaa perinteistä kotihoitoa. Kotikuntoutus voi kestää muutamia viikkoja ja on yleensä kunnallista asiakkaan kotiympäristössä tapahtuvaa kuntoutusta. Usein se on suunnattu kotihoidon uusille tai olemassa oleville asiakkaille. Kotikuntoutusta toteuttavat muun muassa toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja kotihoitajat. Henkilöstö tukee asiakkaan itsenäistä suoriutumista eikä ei tee asioita asiakkaan puolesta. Kotikuntoutus koostuu alkuarvioinnista, tavoitteiden asettelusta, suunnitelmasta, toteutuksesta ja loppuarvioinnista. (Kuntoutussäätiön www-sivut 2014.)

2.2 Kotiutustiimi

Tampereen kaupungin Kotio-hankkeen loppuraportissa kotiutustiimin toiminta määritellään uudeksi toiminnaksi, jonka avulla kehitetään nopeaa kotiutumista ilman laitospaikoja. (Tuli & Selin-Hannola 2009,2.) Tampereella kotiutustiimi auttaa asiakasta palaamaan sairaalasta kotiin. Siellä tiimin hoitaja tulee tarvittaessa tapaamaan potilasta jo sairaalaan selvittääkseen potilaan tilannetta ja varmistaakseen sujuvan kotiutuksen. (Tampereen kaupungin www-sivut 2015.)

Tampereen mallissa kotiutustiimiin kuuluu sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, lähihoitajia, kuntoutuksenohjaaja ja toimintaterapeutti. Kotiutustiimin palveluihin sisältyy kotikäynnit, apuvälineiden tarpeen arviointi, sovitukset ja toimitukset kotiin sekä lääkkeiden hankinnassa avustaminen, jolloin asiakas maksaa kustannukset itse. Kotiutustiimin palveluista hyötyvät sellaiset potilaat, jotka tarvitsevat sairaanhoitopalveluja, fysioterapiapalveluja tai toimintaterapiapalveluja. Potilaat, jotka haluavat nopeasti sairaalahoidosta kotiin ja kykenevät selviytymään kotona toipilasajan. Sekä potilaat, jotka selviytyvät kotona hoitokäyntien väliajan joko itsenäisesti tai omaisten tuella ja joiden kuntoutus on kotona mahdollista. Kotiutustiimi käynnistää yhdessä kotihoidon asiakasohjauksen kanssa tukipalvelut, esimerkiksi turvapuhelin, ateria- ja kauppalvelun. (Tampereen kaupungin www-sivut 2015.)

Tampereen kotiutustiimin näkökulmasta työläiksi jatkosijoitettaviksi asiakasryhmiksi osoittautuivat aivohalvaus-, sydän- ja COPD- potilaat, sekä päihde- ja sekakäyttäjät, päivystys asemalle joutuneet potilaat ja tekoniveloperaatioissa olleet asiakkaat, jotka siirtyivät lähes systemaattisesti jatkohoitoon Veljeskotiin kotihoidon sijasta. Yleisesti havaittiin, että tämän ryhmän asiakkaiden ohjaus onnistuu helpommin kotihoidossa kuin laitoshoidossa. Kotiutustiimissä myös diabeteshoitajat kehittivät ohjausmallin kotona toteutettavaksi. (Tuli & Selin-Hannola 2009,20-22.)

Mikkelin seudun kotiutustiimin toiminnan tavoitteena on auttaa asiakasta palaamaan sairaalasta kotiin. Asiakas voi kotiutua tiimin turvin turvallisesti ja nopeasti myös iltaisin ja viikonloppuisin. Mikkelissä kotiutustiimi tekee myös kriisikäyntejä kotona asuville vanhuksille ja arvioi asiakkaan kotona pärjäämistä ja jatkotoimenpiteiden tarvetta. Mikkelin seudulla toiminta lisää asiakkaiden turvallisuutta merkittävästi. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen www-sivut 2015.)

Helsingissä kotiutustiimi auttaa potilasta palaamaan päivystyksestä tai sairaalasta kotiin turvallisesti, sujuvasti ja oikeaan aikaan. Kotiutustiimin periaatteena on kartoittaa yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa avun tarve. Kotiutustiimi tukee itsenäistä toimintakykyä ja asiakas saa samalla myös kotihoidon palveluja. Kotiutumistiimin tehtäviin kuuluu myös sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten verensokerimittaukset ja ompeleiden poistot ja kotiutustiimi toteuttaa haavahoitoja ja lääkehoitoa. (Helsingin kaupungin www-sivut 2015.)

Rovaniemellä kotiutustiimi varaa ensimmäiselle käynnille enemmän aikaa. Kotiutustiimi on asiakasta vastassa kotiutuessa ja käy tarvittaessa kaupassa ja apteekissa. Fy-sioterapeutti on mukana kotikäynnillä tarpeen mukaan. (Rovaniemen kaupungin www-sivut 2015.)

2.3 Asiakaslähtöisyys

Stenvall ja Virtanen (2012) määrittelevät asiakaslähtöisen ajattelun ja asiakasymmärrykseen perustuvan osaamisen taidoiksi, jotka liittyvät asiakaspalveluosaamiseen ja palvelukulttuurin kehittämiseen. Asiakaslähtöiseen ajatteluun ja asiakasymmärrykseen perustuva osaaminen on sosiaalistumista organisaatiokulttuuriin siinä työyhteisössä jossa työskentelee. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus on aina erityistä asiakkuutta. Asiakkuudessa on kysymys kohtaamisesta, jossa tavallisesti ihminen kärsii merkittävästä hyvinvointivajeesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus perustuu oikeudelliseen sääntelyyn ja asiakkaan asemaa turvaa monet lait ja säännökset. Asiakkuus perustuu myös hallinnollisiin käytäntöihin. Hallinnolliset käytännöt tarkoittavat sitä, miten asiakas kohtaa palvelun tuottajan asiakastilanteessa. Nykyisin asiakkuus perustuu myös kuluttajuuteen. Palvelutuotannon monipuolistuminen muun muassa yksityistämällä ja ulkoistamisella on vahvistanut asiakkaan asemaa kuluttajana. (Stenvall & Virtanen 2012, 144-148, 222.)

Koivuniemi & Simonen (2011) tarjoaa kokonaan uuden lähtökohdan terveydenhuollon uudistamiseen. Heidän mukaansa hoidon tarpeessa oleva ihminen on ainoa järkevä lähtökohta uusien toimintamallien luomiselle. He tarkastelevat ihmisen arjessa pärjäämistä liittäen sen kokonaisvaltaisesti terveydenhuollon prosessiin minimoiden samalla molemmille osapuolille koituvia asiakkuuden kustannuksia. Tämän ymmärtäminen ja sisäistäminen tulevat muuttamaan terveydenhuollon organisaatioiden toimintaa kohti asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyydestä saatu hyöty on asiakkaan saama laadukkaampi ja henkilökohtaisempi palvelu samoilla resursseilla. Samalla organisaatio tuottaa samoilla resursseilla enemmän terveyttä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 22-23.)

Terveydenhuoltoon sovellettuna asiakkuudella tarkoitetaan kansalaisen ja asiantuntijoiden välistä kohtaamista, jonka aikana tapahtuva voimavarojen yhdistäminen on tavoitteellista prosessia. Prosessi rakentuu vallitsevasta sairaudesta ja hoitotapauksista. Prosessin aikana syntyy positiivista ja tai negatiivista arvoa molemmille osapuolille. Asiakaskohtaaminen on tilanne, jossa yhdistetään ihmisen ja terveydenhuoltoalan asiantuntijoiden voimavaroja. Asiakkuus syntyy ensimmäisessä diagnoosi vai-

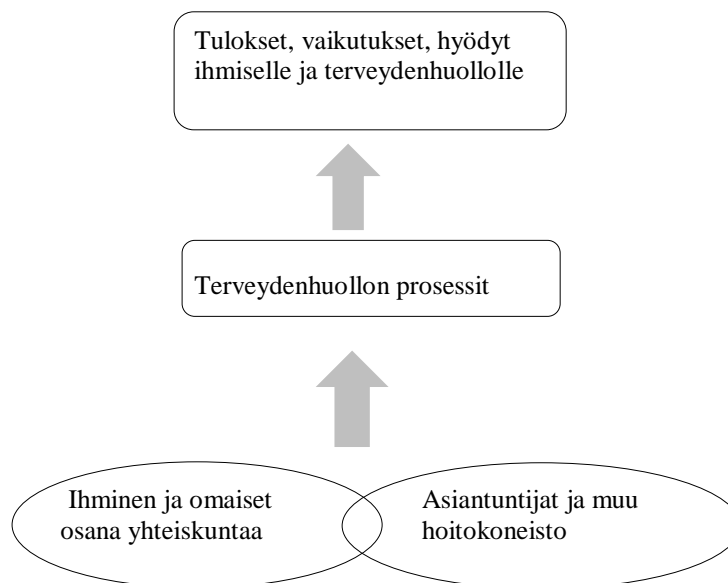
heessa ja jalostuu hoitojen ja kuntoutumisen myötä. Asiakkuus päättyy palvelusta poistumiseen tai ihmisen kuolemaan. Palvelulla tarkoitetaan tavoitteellista oppimisprosessia. Oppimisprosessin osapuolina voivat olla asiantuntijat ja asiakkaat keskenään tai molemmat yhdessä. Oppimisprosessin tarkoituksena on tukea asiakkaiden tervehtymistä ja pärjäämistä arjessa tai antaa saattohoitoa. Palvelun tulokset näkyvät asiantuntijoiden ja asiakkaan tietojen, taitojen ja muiden voimavarojen muutoksina. (Koivuniemi & Simonen 2011, 198-199.)

Stenvall ja Virtanen (2012) korostavat asiakkaan prosessin ja palveluprosessin merkityksestä. Prosessiajattelu pakottaa ajattelemaan palveluntuotantoa toiminnan tehokkuuden ja asiakasvaikuttavuuden näkökulmasta. Prosessiajattelussa yhdistyvät tavoitteet edistävät sosiaali- ja terveystalvveluja tuottavan organisaation suorituskykyä. Asiakaslähtöiset prosessit pakottavat palvelujen tuottajat ajattelemaan oman toiminnan sujuvuutta ja tulosta, joka mitataan asiakkaan saamana hyötynä. Toiminnan pitää olla ennustettavaa ja sujuvaa. (Stenvall & Virtanen 2012, 71.)

Stenvallin ja Virtasen (2012) mukaan asiakaslähtöisessä toimintakulttuurissa on kiinnostuttu asiakkaiden käyttäytymisestä asiakkaiden ja palveluorganisaation välillä. Asiakas on tietoinen omasta roolistaan, oikeuksistaan, mahdollisuuksistaan ja voisi olla aktiivinen osallistumaan palvelutuotannon kehittämiseen. Asiakkaan rooli palvelussa ei ole pelkästään osallistuva vaan hän on myös osallistumismuotojen aktiivinen kehittäjä. Palveluorganisaatiolle kuuluu asiakaslähtöisen kulttuurin kehittäminen, asiakasymmärryksen vahvistaminen ja mahdollisuuksien avaaminen asiakkaan osallistumiselle palvelun suunnitteluun, kehittämiseen ja toteutukseen. Johtamisella on suuri merkitys palveluorganisaatiossa asiakasymmärryksen vahvistamisessa ja asiakaslähtöisen palvelutuotannon toteuttamisessa. (Stenvall & Virtanen 2012, 154-155.)

Terveystenhuollossa asiakkaat haluavat tulla kohdatuiksi kokonaisvaltaisina ihmisinä. Asiantuntijoiden tulee kuitenkin kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä ja autonomiaa. Asiantuntijat ovat velvoitetut näkemään alan haasteet yhtä lailla kuin asiakkaan elämäohaasteet. Ihmiskeskeinen näkökulma korostaa tervetystenhuollon prosessien perustana olevaa tervetystenongelmaisen asiakkaan ja tämän omaisten vuorovaikutusta asiantuntijoiden ja muun hoitokoneiston kanssa. Ymmärtämällä tämä vuorovaikutus

voidaan vaikuttaa terveydenhuollon tuloksellisuuteen, vaikuttavuuteen ja hyödyllisyyteen kaikille osapuolille (kuva 1.) (Koivuniemi & Simonen 2011, 54-55.)



Kuva 1. Terveysthuollon prosessien syntytaapa asiakaskeskeisesta näkökulmasta (Koivuniemi & Simonen 2011,55).

3 PROJEKTISSA KÄYTETYT MENETELMÄT

3.1 Kirjallisuuskatsaus meta-analyysin avulla

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivuilla määritellään, että näyttöön perustuvaa hoitotyötä toteutetaan parhaalla ajantasaisella tiedolla. Sillä tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa tai sen puuttuessa, muuta luotettavaksi arvioitua tietoa. Luotettavaksi arvioitu tieto on esimerkiksi asiantuntijoiden yhteinen sopimus asiasta. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään usein myös työntekijän kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista. Myös asiakkaalta itseltään tai hänen läheiseltään saatua tietoa elämäntilanteesta ja resursseista voidaan käyttää näyttöön

perustuvassa päätöksenteossa. Harkittu tieto tarkoittaa sitä, että on tietoa vaikuttavista hoitotyön menetelmistä. Päätöstä tehtäessä arvioidaan menetelmien hyötyjä ja haittoja kliinisen asiantuntemuksen ja asiakkaan tilanteen ja toivomusten sekä toimintaympäristön ja resurssien perusteella. Näin pystytään räätälöimään tietolähteitä hyödyntäen kullekin asiakasryhmälle soveltuvin ratkaisu. (Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2016.)

Johansson, Axelin, Stolt & Ääri (2007) viittaavat tekstissään, että kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomio valittujen tutkimusten laatuun, millä pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Laadussa kiinnitetään huomio alkuperäistutkimuksessa käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. Lukiessa tulee kiinnittää huomiota tutkimusmenetelmiin, kohderyhmään, tutkimuksen validiteettiin, tuloksiin, tilastolliseen merkitsevyyteen ja kliiniseen merkittävyyteen. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 62.)

Salminen (2011) viittaa Vaasan yliopiston opetusjulkaisussa, että kvalitatiivinen meta-analyysi sisältää kaksi orientaatiota, joita ovat metasynteesi ja metayhteenveto. Hän viittaa kirjallisuuskatsauksen laadullisen metasynteessin toteuttamisesta, että Evansin (2008, 144–145.) mukaan metasynteesiä voidaan tukea muun muassa seuraavilla lähestymistavoilla: narratiivinen katsaus, meta-etnografia, grounded theory ja sisällönanalyysi. Salminen viittaa myös, että metasynteesi etenee Walshin ja Downen mukaan (2004, 206–209.) seuraavasti:

- aihealueen rajaus, kuten tutkimuskysymys tai ongelma ja tavoitteet,
- relevanttien tekstien löytäminen, jolloin suoritetaan aineiston laaja-alainen haku
- päätös siitä, mitä otetaan mukaan,
- tutkimusten arviointi ja analyttinen tekniikka, kuten yhtäläisyyksien ja erojen etsiminen.
- lopuksi katsaus kokoa tutkittavan aineiston tuloksen. (Salminen 2011, 12.)

3.2 Vertailukehittäminen

RAI-vertailukehittäminen on kansainvälinen hoidon laadun arviointijärjestelmä, jonka tavoitteena on ollut oppia parhaista käytännöistä, jotka löytyvät näytön ja seurannan perusteella. Sitä varten tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa. Hyvien käytäntöjen leviämässä sekä onnistumisissa edesauttaa vertailutiedon avoimuus. RAI on kansainvälinen hoidon laadun arviointijärjestelmä. RAI nimi tulee englanninkielisestä lyhenteestä sanoista Resident Assessment Instrument. Järjestelmä kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvun jälkipuoliskolla. (Heikkilä & Mäkelä 2015,7,17,65.)

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen julkaiseman raportin mukaan Rai-vertailukehittämisessä voi käyttää avoimesti saatavaa vertailutietoa. Tarjolla oleva tieto on otettava käyttöön, osaksi omaa toimintaa. Avoin tieto voidaan myös jatkojalostaa. Kaikilla tutkijoilla, toimittajilla, yrittäjillä ja yhteiskunta-aktiiveilla on mahdollisuus ottaa avoimesti saatava tieto ja yhdistää se toisesta lähteestä saatuun tietoon. Tämän seurauksena avoimesti saatavilla olevan tiedon arvo moninkertaistuu. Syntyy aivan uusia tapoja ymmärtää, mitä hyvään palveluun liittyy. Rakennearvioinnin avulla pystytään ennakoimaan väestön palvelutarpeita, kehittämään palveluita väestön tarpeisiin perustuen ja seuraamaan palveluiden laatua ja toiminnan tuloksellisuutta. RAI-järjestelmään sisältyvien laadun indikaattorien ja asiakasrakennetta kuvaavien tietojen avulla on mahdollista verrata oman organisaation toimintaa muiden samankaltaista asiakaskuntaa palveleviin organisaatioihin. RAI-vertailukehittäminen auttaa myös organisaatioita hahmottamaan oman organisaation kehittämiskohteita. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3, 23, 45.)

Terveysalalla on totuttu käyttämään myös termiä tutkiva kehittäminen. Siinä yhdistyy kaksi eri asiaa merkitsevää käsitettä. Tutkiva kehittäminen kytkeytyy yksilölliseen tai yleiseen tapaan tarkastella asioita ja toimia. Se ymmärretään myös työskentelytavaksi, jossa tutkimuksella, tutkimustiedolla tai tiedon tavoittelulla kehittämisen yhteydessä on tärkeä rooli. Tutkiva kehittäminen sisältää myös ajatuksen kehittämistoiminnasta, kehittämistavasta, kehittämiskohteesta sekä kehittämistä tekevien ihmisten tai ryhmien tutkivasta ja kriittisestä arvioinnista. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 22-23.)

4 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Vilkan ja Airaksisen mukaan projekti on tavoitteellinen prosessi, joka kestää tietyn aikaa. Jotta projekti onnistuisi, pitää se suunnitella hyvin, organisoida, toteuttaa, valvoa, seurata ja arvioida tarkasti. Heidän mukaansa on suotavaa, että työelämälähtöisessä projektissa toteutuisi kolmikantaperiaate. Jo suunnitteluvaiheessa mukana olisi myös työelämänedustaja ohjaajan ja opinnäyteyön tekijän lisäksi. (Vilka & Airaksinen 2003, 48-49.)

Projektin tarkoitus on luoda asiakaslähtöinen ja toimintakykyä tukeva toimintamalli tulevalle uudelle palvelumuodolle Porin perusturvan vanhuspalveluihin perustettavalle kotiutustiimille. Tavoitteena on, että toimintamalli yhtenäistää kotiutustiimien toiminnan eri lähipalvelualueilla ja alueesta riippumatta asiakkaat saavat samanlaista hoitoa ja samanlaisia palveluja. Yhteistyö organisaatio voi halutessaan ottaa toimintamallin käyttöön sellaisenaan tai kehittää sitä käytännössä. Toimintamallin tavoitteena on myös karsia päivystyskuluja sekä tehostaa asiakkaiden kotiutumista ja siellä selviytymistä sairaalahoidon jälkeen.

Oma tavoitteeni on oppia projektityöskentelyn eri vaiheita. Tarkoitus on oppia myös hyödyntämään aikaisempia tutkimuksia uuden toimintamallin luomisessa. Tavoitteena on oppia vertailukehittämistä käytännössä avoimen tiedon pohjalta.

5 PROJEKTIN SUUNNITTELU

5.1 Toimintamalli

Toimintamalli on tiivistetty kuvaus kehitetystä ja käyttöön otetusta ratkaisusta. Sen avulla kerrotaan lyhyesti, mihin tarkoitukseen toimintamalli on kehitetty. Kuvauksessa kerrotaan myös minkälaisista vaiheista tai kokonaisuuksista sen toteuttaminen

koostuu. Toimintamalli on työväline kehittämistyön tulosten tehokkaaseen markkinointiin ja viestintään. (Innokylän www-sivut 2015.)

Asiakaslähtöisen toimintamallin luomisessa keskitytään kohderyhmään. Mallia luodessa pyritään ymmärtämään kattavasti kohderyhmän arkielämää, asenteita ja nykyistä käyttäytymistä. On hyvä ottaa kohderyhmä mukaan kumppaniksi toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen kaikissa vaiheissa. Toimintamallia luodessa käytetään erilaisia tietolähteitä ja tutkimusmenetelmiä hyväksi. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2013.)

Toimintamallilla kuvataan organisaation toimintaa tarkemmin kuin esimerkiksi prosessikartalla. Toimintamallissa on kuvattu prosessien jakautuminen osaprosesseiksi. Toimintamallissa määritellään prosessien omistajat sekä kuvataan prosessien väliset riippuvuudet ja vuorovaikutus sekä rajapinnat muuhun ympäristöön. Toimintamalli antaa johdolle kokonaiskuvan toiminnasta. Toimintamalli sitoo prosessit yhteen ja se kuvaa prosessien kulun ja vaikuttavat tekijät. Toimintamallikuvaus muodostuu toimintamallikaaviosta sekä täydentävistä tekstidokumenteista. Toimintamallissa kuvataan ydinprosessin jakautuminen osaprosesseiksi, mikä on prosessien tarkoitus ja mitä ovat niiden tuottamat lopputulokset. Toimintamallissa nimetään ja numeroidaan osaprosessit sekä määritellään prosessin omistaja ja vastuu. Siinä kuvataan osaprosessien välinen vuorovaikutus eli palvelutasojen väliset leikkauspinnat. Toimintamallissa kuvataan asiakkaan prosessi ja liittymät sidosryhmiin ja taustajärjestelmiin. (JUHTAN:n www-sivut 2015.)

Toimintamalli on prosessikuvaus ja se liittyy organisaation muuhun suunnitteluun ja kehittämiseen. Organisaation toimintaa ohjaavat visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet ohjaavat toimintamallia. Prosessin kehittämisellä tähdätään toiminnan tehostamiseen, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen, ongelmatilanteiden hallintaan ja kustannussäästöjen aikaansaamiseen. Kehittäminen lähtee liikkeelle ongelmasta, johon etsitään uusia ratkaisuja ja prosessien kehittäminen johtaa usein uusien työtien muodostamiseen tai uusien menetelmien käyttöönottoon. (JUHTAN:n www-sivut 2015.)

Projektin lopputuloksena syntyvän toimintamallin pohjana käytetään soveltuvin osin Innokylan www-sivustolta vapaasti käytettävissä olevaa toimintamallipohjaa. Service blueprint on käyttötarkoitukseltaan hyödyllinen apuväline. Apuna sitä voi käyttää kehitettäessä ja suunniteltaessa uusia palveluja. Sen avulla voi kehittää toimintamallia ymmärrettäväksi prosessissa mukana oleville henkilöille. Service blueprint on prosessikaavio, jonka avulla saadaan palvelusta yksityiskohtainen malli. Mallissa esitetään palvelun eri osien liittyminen toisiinsa. Blueprinting tuo näkyväksi myös eri osapuolille näkymättömiä toimintoja. Malli visualisoi palvelun eri tasoihin niin, että se koostuu palvelun näkyvistä elementeistä, asiakkaiden ja työntekijöiden rooleista, asiakaspalvelun leikkauspisteistä sekä palvelun prosessista. Mallissa on viisi komponenttia: asiakkaalle näkyvä palvelutila, asiakkaan toiminta, asiakkaalle näkyvä osa palvelua, asiakkaalle näkymätön osa toimintaa ja tukiprosessit. (Innokylan www-sivut 2015.)

5.2 Kohdeorganisaatio ja kohderyhmä

Kohderyhmällä tarkoitetaan tutkimuksen, avustuksen tai muun sellaisen kohteeksi valittavaa ihmisryhmää. (Sivistyssanakirjan www-sivut 2015.) Vilkan ja Airaksisen mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään aina tuote, tapahtuma, opastus tai ohjeistus jollekin tai jonkun käytettäväksi. Heidän mukaansa kohderyhmän määrittämisessä voidaan käyttää myös muita ominaisuuksia kuten sosioekonomista asemaa, ikää, koulutusta, ammattiasemaa, henkilöstötasoa tai asemaa työyhteisössä. Tärkeää on myös miettiä mikä on ongelma ja ketä tämä ongelma koskee. (Vilka & Airaksinen 2003, 38-39.)

Kohdeorganisaatio on Porin perusturvakeskus. Sen tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut Porin, Merikarvian ja Ulvilan asukkaille. Painopiste on ennaltaehkäisevässä työssä ja tärkeimpänä tehtävänä on edistää yhteistoiminta-alueen asukkaiden hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta oikea-aikaisten ja asiakasta lähellä olevien peruspalvelujen avulla. Perusturvakeskuksen työ pohjautuu sekä alueelliseen että moniammatilliseen yhteistyöhön ja kumppanuuteen. Porin yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluiden suunnitelmassa vuoteen 2020 on kirjattu, että seudullisesti lähi-

palvelualueille organisoitujen vanhuspalveluiden kehittäminen on kaikkien yhteinen asia aina yhdyskuntasuunnittelusta peruspalveluihin sekä kulttuuri-, koulutus-, vapaa-aika- ja arkipalveluihin. Suunnitelmaan on kirjattu myös, että hallintokuntien tulee huomioida omassa toiminnassaan lähivuosien väestökehityksen aiheuttamat vaikutukset ja vaatimukset ja suunnata palveluja enemmän ikääntyville henkilöille. (Porin perusturvan www-sivut 2015.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittelee ikääntyneenväestön vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaksi väestöksi. (Oikeusministeriön www-sivut 2015.) Vanhuspalveluiden suunnitelman sekä ikääntyvälle väestölle tarkoitetun lain perusteella kohderyhmä olisi kaikki 65 vuotta täyttäneet porilaiset, jotka eivät kuulu säännöllisen kotihoidon piiriin.

Porin kotiutustiimissä kohderyhmänä olevat asiakkaat tulevat saamaan muun muassa toimintakyvyn-, apuvälineiden-, ja selviytymisen arviointia kotioloissa sairaalahoidon jälkeen. Ohjausta ja neuvontaa saavat myös palvelutarpeen arviointia tarvitsevat asiakkaat. Kotiutumisen turvaaminen turvattomuutta tuntevalle asiakkaalle, mistiongelmissä kärsivän asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen ja selviytymisessä tukeminen sekä lääkehoidon ohjausta tarvitsevat asiakkaat. Kotiutustiimin tarkoituksena on nopeuttaa kotiutusta joustavalla toiminnalla moniammatillisena yhteistyönä. Päätös kotiutustiimiin asiakkaaksi ottamisesta tapahtuu joustavammin ja nopeammin kuin kotihoidon asiakkaaksi pääseminen.

5.3 Projektin vaiheistus ja aikataulu

Projektin vaiheistus koostuu projektin elinkaaren vaiheista. Projekti alkaa ideoimisella. Toinen tärkeä projektin vaihe on aihepiiriin perehtyminen. Se on erilaisen tiedon hakemista, jotta saadaan projekti etenemään. Kolmantena vaiheena on projektin suunnitteleminen. Tärkeä vaihe projektissa on sen varsinainen toteuttaminen. Lopuksi projekti päätetään ja arvioidaan. Vaiheistuksen perusajatus on, että projekti etenee suunnitelmallisesti. (Virtuaaliammattikorkeakoulun www-sivut 2009.)

Aiheen projektille antoi Porin perusturvan vanhuspalvelujohtaja. Aihe on tärkeä, koska kotiutustiimejä on muissa kunnissa ja kaupungeissa toiminnassa. On tärkeää, että Poriin luodaan toimintamalli, joka tukee kotiutustiimin toimintaa perusturvan toimintaympäristössä. Toimintamalli yhtenäistää eri alueilla toimivien kotiutustiimien toimintatavan ja sen toimintaa on helppo esitellä yhteistyötahoille, kuten sairaaloille ja poliklinikoille. Aihe rajattiin käsittelemään kotiutustiimin toimintamallia. Projektin aikana ei tutkita tai arvioida toimintamallin soveltamista tai mitata sen toimivuutta käytännössä.

Projektisuunnitelma esiteltiin syyskuussa 2015 ohjausryhmälle. Ohjausryhmään kuuluu henkilöitä, jotka pystyvät nopeasti päättämään projektin suunnasta ja voimavarojen myöntämisestä. Ohjausryhmän tulee koostua organisaatiossa oikeissa asemissa olevista henkilöistä. Ohjausryhmän on myös annettava projektin vetäjälle tuki ja tarvittavat voimavarat, jotta hän selviytyy tehtävästään. (Karlsson & Marttala 2001, 82-83.) Ohjausryhmään ehdotettiin kohdeorganisaatiosta osallistuviksi: vanhuspalvelujohtaja Pirjo Rehula, Länsi-Porin alueen vanhuspalveluiden päällikkö Katriina Virtanen, vanhuspalveluiden esimies Pia Jeskanen, fysioterapeutti Mari J. Levonen ja mobiililääkäri Katriina Lähteenmäki. Ohjausryhmän kokoontumiskerroiksi ehdotettiin kolmea kertaa ja kutsu lähetettiin sähköpostilla (liite 1.). Ohjausryhmässä keskustelua herättivät tulevan kotiutustiimin kohderyhmä, maksukäytännöt, asiakkaiden tarvelähtöisyys, asiakkaaksi ottaminen, moniammatillisuus, joustavat käytännöt, hoitotarvikkeiden kustannukset, kolmannen sektorin palveluiden huomioiminen ja se, miten määritellään asiakas lähettävän yksikön näkökulmasta. (liite 2.) Projektisuunnitelma hyväksyttiin ja OP07A sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin sekä tutkimuslupa organisaatiosta anottiin (liite 3 ja 4.). Päätös tutkimusluvasta saatiin vanhuspalveluiden johtajalta 9.10.2015. (liite 5.). Sovittiin, että toimintamalli on valmiina marraskuun puolessa välissä 2015, koska kotiutustiimin projekti käynnistyy 1.12.2015.

Elokuusta lokakuuhun tehtiin kirjallisuuskatsaus kotiutukseen vaikuttavista tekijöistä. Toimintamallin luomisessa huomioitiin keskeiset kotiutuksen ongelmat ja vertailtiin eri olemassa olevien kotiutustiimien toimintaa verkkosivujen kautta. Suunnitelmassa oli myös tutustumiskäynti lähialueen kotiutustiimiin. Toimintamalli lähetettiin sähköisesti vanhuspalvelujohtajalle sovitusti marraskuussa 2015. Tammikuu ja hel-

mikuu 2016 kirjoitettiin opinnäytetyön raportointiosuus. Maaliskuussa 2016 on raportointiseminaari ja kypsyysnäyte.

5.4 Riskit ja resurssit

Projekti ja sen toteuttaminen vaatii erilaisia resursseja ja toimintatapoja. Resursseja ovat toimitilat, välineet ja varusteet, raportointi- ja taloushallintojärjestelmät, standardit ja rutiinit, laatu järjestelmät, henkilökunta ja rahoitus. Suunnitelmaan pitää liittää myös riskianalyysi, joka heijastaa projektiin liittyviä riskejä. Tässä vaiheessa analysoidaan riskejä vain sellaisina kuin ne ovat tällä hetkellä. Riskejä täytyy seurata koko projektin elinajan. (Karlsson & Marttala 2001, 56, 61-62.)

Tämän projektin riskejä ovat aikataulussa pysyminen. Aikataulut on syksyn osalta tiukka työharjoittelujen vuoksi. Riski on myös ehdotetun ohjausryhmän saaminen koolle tarvittaessa. Riskinä on myös kotiutustiimin toimintamallin käytettävyys. Kotiutustiimin toiminta tulee määritellä omaksi toiminnakseen, jotta se ei ole samanlaista kuin jo olemassa oleva kotihoito tai ettei se ole kotisairaaloimintaa. Kotihoito voisi myös kriisitilanteissa ottaa yhteyttä kotiutustiimiin ja saada sen henkilökunnalta konsultaatioapua.

5.5 Projektin arviointisuunnitelma

Arviointi on hankkeissa melko haastavaa. Arviointi edellyttää prosessin ja vaikutuksen arviointia. Tuloksen ja vaikutuksen arvioinnissa on kysymys muutoksen osoittamisesta. Lähtötilanne täytyy tuntea muutoksen osoittamiseksi. Arvioinnilla osoitetaan toivottu muutos, joka saadaan hankkeen toteutuksella aikaan. Yhtenä vaihtoehtona on lopuksi kerätä kyselyaineisto. Kyselyaineistolla halutaan selvittää miten lopullinen tulos vaikuttanee esimerkiksi asenteisiin ja tietoihin. Kyselyaineistoissa on usein kyse olettamuksista, joita ei voi pitää kovinkaan relevantteina. Luotettavuutta heikentää vastaajien valikoituminen henkilöiksi, joille on selvästi merkitystä tuloksesta ja vaikutuksesta. Olennaista on tapa, jolla tuloksista raportoidaan. On tärkeää

tehdä arviointi läpinäkyväksi ja kertoa mitä on tehnyt, miten on tuloksia analysoinut ja millä perustelee tulokset. Kun tarkastellaan toiminnan ja tuloksen välistä yhteyttä, arvioidaan onko toiminnalla päästy asetettuihin tavoitteisiin ja saatu aikaan toivottuja vaikutuksia. Hankkeet harvoin onnistuvat tai toteutuvat suoraviivaisesti. Arvioinnin kannalta tällä ei ole suurta merkitystä. Muutokset tehdään myös arviointiin. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 104-106.)

Projektin lopputuloksena tehty toimintamalli arvioitiin kyselylomakkeella, joka postitettiin ohjausryhmän jäsenille (liite 6.). Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja mukaan liitettiin valmis vastauskuori. Kyselyn avulla haluttiin tutkia vastaako toimintamalli sille asetettuja tavoitteita ja miten toimintamalli soveltuu käytäntöön? Saavutetaanko toimintamallilla sille asetettu taloudellinen hyöty? Tukeeko toimintamalli asiakaslähteisyyttä? Pystyykö toimintamallilla kehittämään vanhuspalveluja?

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä

Tämän projektin toteutuksessa hyödynnetään tutkimusnäyttöä kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus (liite 7.) toteutettiin kotimaisilla hakutuloksilla. Alkuperäistutkimusten haku suoritettiin Doria, Medic, Julkari, Melinda ja Google Scholar tietokannoista. Hakusanoina käytettiin sairaalasta kotiutuminen ja Google Scholarista rajattiin sairaalasta kotiutuminen ajalle 2009-2015. Kotiutumisesta on tehty paljon tutkimuksia erilaisissa hoitoympäristöissä sekä potilaan että ammattihenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimustulokset antavat tietoa kotiutuksen onnistumisen sekä epäonnistumisen kannalta tärkeistä asioista. Hakusanojen perusteella saatu hakutulos mahdollisti tutkimusten valinnan monipuolisesti.

Tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen valittiin kotiutuksen tarkastelun perusteella. Tarkastelussa ovat sekä potilaan että sairaalan eri ammattiryhmien näkökulmat. Valintakriteeriksi nousi myös kotiutus erilaisista hoitoympäristöistä. Valituissa tutkimuksissa kotiin lähetettäviä kohdeorganisaatioita olivat erilaiset sairaalaosastot, esimerkiksi ihotauti ja kuntoutusosasto, erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen vuodeosastot sekä yhteispäivystys. Tutkimuksista kolme on kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimuksia ja kolme kvantitatiivisia eli määrällisiä tutkimuksia. Yhden tutkimuksen menetelmä on etnografinen, jossa tutkijan tehtävänä oli ymmärtää asioiden välisiä yhteyksiä ja sanallisia ilmiöitä. Tutkimuksen tavoitteena oli syvällisen kokonaiskäsitelmän saaminen tutkittavasta ilmiöstä pitkään tapahtuneen aineistokeruun ja läsnäolon avulla. Kaikissa tutkimuksissa kohderyhmänä oli iäkäs potilas tai iäkästä potilasta hoitava moniammatillinen henkilökunta.

Tämän projektin tutkimustehtävinä on selvittää:

- Miten lääketieteelliset, potilaslähtöiset ja hallinnolliset perusteet vaikuttavat kotiutuksen onnistumiseen?
- Mistä kotiutustiimin toiminta muodostuu?

Kirjallisuuskatsauksen kannalta keskeisimmiksi tutkimuksiksi laadullisesti osoittautuivat Lämsän 2013, Keksisen 2008, Niskasén 2012, Mitrosen & Solmulan 2001 ja Haapalaisen ja Savolaisen 2015 tekemät tutkimukset kotiuttamisesta. Laadullisesti vähemmän merkittävät tutkimukset olivat Lammenrannan 2013 ja Tammen 2013 tekemät tutkimukset, joissa tutkittiin kotiutusta yhteispäivystyksestä sekä potilasturvallisuutta ja laadukasta kotiuttamista.

Käytetyissä tutkimuksissa tutkimuskysymykset tai –tehtävät oli asetettu vastaamaan seuraavanlaisiin kysymyksiin:

- Mitkä tekijät vaikuttavat hyvän kotiutumisen edellytyksiin asiakkaan näkökulmasta?
- Mitkä tekijät vaikuttavat hyvän kotiutumisen edellytyksiin sairaalan/kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta?
- Mitä ongelmia kotiutukseen liittyy?
- Millä perusteilla asiakas kotiutetaan?

- Miten kotiuttamisprosessia tulisi kehittää?

Tutkimuskysymyksiin ja –tehtäviin saatiin vastaus tehdyissä tutkimuksissa. Tutkimuksilla pystyttiin kehittämään kotiuttamista ja tutkimusten pohjalta nousi uusia kotiuttamisen kehittämistarpeita. Keskinen (2008) teki tutkimuksen hyvästä kotiuttamisesta terveystieteellisen sairaalasta katkeamattoman hoitoketjun avulla. Hän laati tutkimuksen perusteella hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävän mittarin. Keskinen luetteli useita hyvän kotiutumisen edellytyksiä kehittämistyössään potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmasta. Kotiuttamiseen arviointiin käytettävällä mittarilla on kliinistä merkitystä, sillä sen avulla pystytään mittaamaan myös palvelun laatua. (Keskinen 2008, 20-25, 28-31.)

Niskanen kehitti Limingan terveystieteellisen sairaalan vuodeosastolle kotiuttamisen ohjeen potilaille, jotka tarvitsevat kotiapua tai asuvat laitoksessa. Lomake antaa vaihtoehtoja kotiutumiseen liittyen ja siinä arvioidaan myös päivittäisten toimintojen sujuvuutta. (Niskanen 2012, 55.) Lämsä (2013) puolestaan päätyi tutkimuksensa pohjalta jaottelamaan kotiutuksen erilaisiin kotiuttamisen perusteisiin, jotka ovat lääketieteellinen peruste, toimintakyky peruste (potilaslähtöinen peruste), elämäntilanne peruste (potilaslähtöinen peruste) ja hallinnollinen peruste. Väitöstutkimuksessa kohteena oli potilas ja yhdeksi tutkimuskysymykseksi nousi se, millä perusteella potilaita kotiutetaan ja minkälaisia neuvotteluja kotiuttamistilanteissa käydään. Lämsä antoi tutkimuksen perusteella yhdeksi kehittämissuositukseksi sairaaloille sen, että neuvottelua yksittäisen potilaan kohdalla voisi keventää luomalla yhteisesti läpinäkyvät sairaalatai osastokohtaiset kotiutusstandardit. Kotiutusstandardissa huomioitaisiin erilaiset kotiuttamisperusteet. Keskustelut siitä, minkä kuntoisen potilaan ylipäätään voi kotiuttaa, tulisi tehdä muualla kuin yksittäistä potilasta käsittelevän kotiutusneuvottelun yhteydessä. (Lämsä 2013, 22, 110-112, 153.) Tutkimuksella on kliinistä arvoa sillä, se osoittaa kotiuttamisen monimutkaisuuden ja kotiuttamisprosessiin vaikuttavat eri tekijät.

Tammen (2013) laatiman kotiutumisen tarkistuslistan avulla sairaanhoitaja pystyy helposti varmistamaan potilaan turvallisen kotiutuksen ja siten edistää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Tammi toteaa tutkimuksessaan, että hoidon jatkuvuus on tärkeää potilaan kotiuttamisessa. (Tammi 2013, 23.) Mitronen ja Solmula (2011) pysäh-

tyivät usein tutkimuksen aikana pohtimaan asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyys on terveydenhuollossa asiakkaita, potilaita, heidän omaisiaan ja läheisiään korostava näkökulma. Kysymykseksi nousi, miten se näyttäytyy kotiutumistilanteessa, jossa vaikuttavat taloudelliset seikat ja niukat resurssit? Ne tuntuvat määrittävän kotiutumisvalmiutta, eikä välttämättä se, että potilas itse olisi valmis kotiutumaan turvallisesti. (Mitronen & Solmula 2011, 32.)

Valitut tutkimukset luettiin läpi useita kertoja etsien kotiuttamiseen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Yhtäläisyyksien löytäminen oli merkittävää analyysin kannalta. Lämsän (2013) tekemän etnografisen tutkimuksen pohjalta käytettiin kotiutuksen perusteena olevia kategorioita kotiutukseen vaikuttavien tekijöiden kannalta. Tällaisia kotiutuksen perusteita olivat tieteenalalähtöiset perusteet eli lääketieteelliset perusteet, jolloin kotiutuksen ajankohta määräytyy potilaan sairauksella ja mitattavissa olevilla suureilla esimerkiksi laboratoriotuloksilla. Potilaslähtöisinä kotiutumisen perusteina olivat kaksi perustetta eli toimintakyky- ja elämäntilanneperusteet. Toimintakyky on potilaan kyky selviytyä arjesta ja elämäntilanneperusteena ovat potilaan sosiaalinen turvaverkko, elämäntapa tai kyky käytännön asioiden ja ongelmien hoitamiseen. Potilaslähtöinen peruste huomioi potilaan henkilökohtaisen tilanteen. Neljäs kotiutuksen peruste on organisaatiolähtöinen peruste, jolloin sairaalassa olon tarvetta arvioitiin potilaan osastolla viettämän ajan pituudella, osaston paikkatilanteella, jonossa olevien potilaiden määrällä, osaston keskimääräisellä potilasaineella tai osaston erikoisalalla. Tällaiset perusteet olivat hallinnollisia. (Lämsä 2013, 111-112.). Näistä kategorioista nousi yläkäsitteet analyysin aikana, koska eri tutkimuksissa kotiutumiseen vaikuttivat samankaltaiset perusteet.

Valituista tutkimuksista ryhmiteltiin samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut alakategorioihin. Alakategoriassa luetellaan kotiuttamiseen vaikuttavia tekijöitä lääkärin, potilaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmista sairaalassa, päivystyksessä tai kotihoidossa. Analyysi eteni samalla tavalla kaikkien tutkimusten osalta. Alakategorian ja yläkategorian yhdistävistä tekijöistä muodostui kirjallisuuskatsauksen kannalta keskeiset kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavat tekijät. Lopuksi yhdistettiin lääketieteelliset perusteet, potilaslähtöiset perusteet jakaen ne toimintakyky- tai elämäntilanneperusteisiin ja hallinnolliset perusteet yläkategoriaksi (liite 8.).

6.1.1 Lääketieteellinen peruste kotiuttamisessa

Tutkimusten mukaan henkilökunta ja yhteistyökumppanit tietävät, että päätöksen potilaan kotiuttamisesta tekee lääkäri. Lääkäri perustelee sairaalassa pysymistä tai kotiuttamista taudilla ja sen mitattavissa olevilla suureilla, esimerkiksi laboratorioarvoilla. Kotiutusprosessi aloitetaan yleensä jo potilaan tullessa sairaalaan miettimällä heti ensimmäisillä lääkärintierroilla kotiuttamisajankohtaa ja -paikkaa. Tutkimuksissa käy myös ilmi, että lääkäri kuuntelee hoitajien, omaisten sekä joskus potilaan mielipidettä. Potilas koki jollain tapaa olevansa mukana kotiutuksen suunnittelussa vaikka viime kädessä lääkäri teki päätöksen. Tiedon saaminen lisää myös potilaan osallistumista kotiutumispäätöksen tekoon. Potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä hoidosta, jolloin hän allekirjoittaa hoidosta kieltäytymisen ilmoituksen ja poistuu osastolta ilman lääkärin lupaa. Päätökseen kotiuttamisesta vaikuttaa henkilökunnan mielestä lääketieteellisen hoidon tarpeen lakkaaminen. Sairauden parannuttua tai tilan kohenettua kotiuttaminen voi tapahtua heti. Usein potilaan kokonaistilanne vaatii miettimään kotiuttamisajankohtaa tai – paikkaa ja kotiuttamista pohditaan moniammatillisesti eri vaihtoehdot huomioiden. Jatkohoidon ohjaus ja opetus nähtiin tärkeänä kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavana tekijänä. Potilaat eivät kokeneet sanallista ohjausta riittävänä, vaan sen tueksi haluttiin kirjalliset jatkohoito-ohjeet. Jatkohoidon kannalta koettiin kotilomakokeilut tärkeiksi ennen kotiutumispäätöstä. Hyvään potilaan kotiutumiseen vaikuttaa potilaan ja omaisten hyvä ohjaus ja riittävä tieto sairaudesta ja sen kulusta, jatkohoito-ohjeista, lääkkeistä ja liikkumisesta. (Haapalainen & Savolainen 2015, 31.; Niskanen 2012, 21., 36-37.; Lämsä 2013, 108- 109., 111., Keskinen 2008, 24-27.)

Tutkimuksista kävi ilmi, että vastaajien mielestä ammattitaito kotiutustilanteessa näkyy potilaan ohjaamisessa, apuvälineiden kartoittamisessa sekä kartoittamalla potilaan selviytymistä arjessa. Osastolla ammattitaitoa lisäisi, jos olisi oma pysyvä lääkäri. Joustavuutta toimintaan toisi se, että paikalla olisi lääkäri myös iltaisin ja viikonloppuisin. Joustamattomuus kuormittaa maanantaipäiviä kotiuttamisessa, koska kotiutuksia ei tapahdu viikonloppuisin. Sen seurauksena osastolla kuormitus näkyy kiireenä. Kiireen vuoksi saattaa puuttua asiakirjoja niin lääkärin kuin hoitajien toimesta. Ammattitaitoisessa kotiutumisessa tärkeä työväline on kirjaaminen. Tutkimusten

mukaan kirjaamisessa esiintyy ongelmia, koska kirjaus tapahtuu kotiutumisesta kieron päätteeksi tai se kirjataan vasta seuraavana päivänä tai kirjaus jätetään seuraavalle työntekijälle. Ongelmana on myös se, ettei kirjata kaikkea saatua tietoa kotiuttamiseen liittyen. Myös eri potilastietojärjestelmät aiheuttavat ongelmia asiakirjojen saamiseksi ja tietosuojalaki vaikuttaa asiakirjojen siirtämiseen tietokoneen välityksellä. Kotiuttamiseen liittyy myös kuuntelemisen taito. Aikaa kuuntelemiseen osa henkilökunnasta arvioi pystyvänsä käyttämään riittävästi. Kaikki kokivat pystyvänsä käyttämään potilaan ohjaamiseen riittävästi aikaa. Hyvän kotiuttamisen ammattitaitoa ovat muun muassa tiedonkulku, suunnittelu, yhteinen päätöksenteko kotiuttamisesta, selviytymisen arviointi, omahoitajuus, kotiutusta tukevat asenteet, moniammatillinen yhteistyö, jatkohoidon ohjaus ja potilaan turvallisuuden tunne. (Keskinen 2008, 31., Niskanen 2012, 47, 52.)

Tammi (2013) loi projektissaan tarkistuslistan kotiutustilanteeseen, jonka avulla voidaan turvata hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus. Tarkistuslistan avulla tarpeelliset asiat huomioidaan kotiutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa. Palautteen mukaan ei tule katkoksia hoidossa esimerkiksi lääkityksen tai haavanhoito-tuotteiden puuttumisen vuoksi. Potilaalle ei koidu harmia, kun asiat on hoidettu jo kotiutusvaiheessa ja yhteistyö eri toimijoiden välillä parantuu. Tammen mukaan kotiutuskäytäntöjen yhtenäistäminen lisäisi potilasturvallisuutta ja vaikuttaisi kotiutuksen onnistumiseen. Tarkistuslistan käytöllä voidaan turvata hoidon jatkuvuus. (Tammi 2013, 19.)

6.1.2 Potilaslähtöinen peruste kotiuttamisessa

Kolmessa tutkimuksessa todettiin, että potilaat olivat tuoneet esiin riittävän jatkohoidon ohjauksen tarpeen, johon kuului tiedon saanti, ohjaus ja kotihoito-ohjeet. Potilaat kokivat suullisen ohjeistuksen riittämättömäksi ja kaipasivat myös kirjallisia ohjeita muun muassa lääkityksestä ja siitä mitä itse voi tehdä kuntoutumisen eteen. Osa potilaista koki omaisen osuuden tärkeäksi, koska itse ei välttämättä kotiutustilanteessa muista kaikkia annettuja ohjeita. Merkittävä tuki usealle kotiutujalle oli sukulaisten, ystävien ja naapurien apu. Tämä sosiaalisen verkoston tuki koettiin tarpeellisena apuna. (Keskinen 2008, 20-22.; Mitronen & Solmula 2011, 23-24,26. ;Haapalainen

& Savolainen 2015, 32-33.) Haapalaisen & Savolaisen (2015) tutkimuksessa tuli esille, että suullisen, kirjallisen tiedon ja ohjeistuksen annossa olisi kehitettävää kotiutustilanteessa. (Haapalainen & Savolainen 2015, 38.)

Kotona tarvittavan avun arvioiminen ja riittävän avun järjestäminen nousi useassa tutkimuksessa keskeiseksi teemaksi kotiutumisen onnistumiselle. Tutkimuksen mukaan tavoitteena tulee olla potilaan selviytyminen ja selviytymistä edistävä yhteistyö. Tästä syystä kotihoidon mukanaolo paransi kotiutumisen onnistumista ja hoidon jatkuvuutta. Potilaat kokivat, että koti- ja tukipalveluja saatiin riittävästi. Tutkimusten mukaan potilaan tulee osallistua kotiutumisen suunnitteluun. Hänen oikeuksia ja toiveita tulisi kuunnella palveluja järjestettäessä, jotta kaikki saisivat oikeat palvelut. (Keskinen 2008, 20-22.; Mitronen & Solmula 2011, 23-24.,26.)

Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi ovat keskeisiä edellytyksiä hyvälle kotiutamiselle. Tutkimusten mukaan hyvän terveyden ja toimintakyvyn katsottiin olevan tärkeä voimavara kotona asuvalle ikääntyneelle. Potilaan on sopeuduttava siihen, ettei hän kykene tekemään enää yhtä paljon kuin ennen. Siksi on tärkeää, että itse on pidettävä toimintakykyä yllä. Sopeutumisen kannalta kotona itsenäisesti eläminen heikentyneen toimintakyvyn rajoittamana tuntui tutkimukseen osallistujista vaikealta. (Keskinen 2008, 20-22.; Haapalainen & Savolainen 2015, 36.)

Elämäntilanne arvioidaan yksilöllisesti, sekä potilaan kyky ja halu osallistua kotiutumisprosessin eri vaiheisiin. Elämäntilanteen arviointiin kuuluu potilaan toimintaympäristön, kotiympäristön ja asuinolosuhteiden selvittäminen. Ennen kotiutusta tehtävä kotiolojen selvittäminen, apuvälineiden järjestäminen ja kodin muutostöiden tekeminen koettiin tärkeänä. Turvallisuuden tunteen kokeminen ja kokemus kotona selviytymisestä edesauttaa kotiutumisen onnistumista ja potilasta tulisi rohkaista näissä asioissa. (Keskinen 2008, 20-22.; Haapalainen & Savolainen 2015, 37.) Mitrosen ja Solumulan (2011) tutkimuksessa kotona selviytyminen aiheutti potilaalle huolta. Potilaiden mielestä pitkä sairaalassaoloaika aiheutti epävarmuutta tulevasta kotona selviytymisestä. Fysioterapeutin kotikäynti ja apuvälineiden käytön ohjaus koettiin turvaa antavaksi. (Mitronen & Solmula 2001, 23-24, 26.)

6.1.3 Hallinnollinen peruste kotiuttamisessa

Useassa tutkimuksessa henkilökunnan näkökulmassa korostui koordinaattorin tarve kotiutumisprosessissa. Tutkimuksien kohteena ollut henkilökunta arvioi, että omahoitajan tulisi toimia kotiutumisen koordinaattorina. Vaikka kotiutumisprosessi yhden henkilön koordinoimana onnistuisi parhaiten, tutkimuksissa korostui myös moniammatillisen yhteistyön tarve. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan potilaan kotiutumissuunnitelman valmistelussa. Tutkimustuloksissa korostui myös kotiutumisen suunnittelun käynnistys. Suunnittelu tulisi käynnistyä mahdollisimman nopeasti potilaan sairaalaan tulon jälkeen ja suunniteluun vaikuttaa henkilökunnan mukaan se, mistä potilas on saapunut. Jos potilas on kotihoidon asiakas, kotiutuksen suunnittelu aloitetaan henkilökunnan mukaan viimeistään päivää ennen kotiutumista. Jos potilas tarvitsee tukipalveluja, esimerkiksi turvapuhelinta, kotiutumiseen voi mennä pidempi aika. Potilaan tulohaastattelua kirjaamisen lisäksi tulisi vielä enemmän korostaa. Kotiutumissuunnitelma tulisi myös päivittää tarvittaessa. Jotta kotiutumisen valmistelu ja suunnittelu onnistuisi, tulisi kotiutumispäätös tehdä riittävän varhaisessa vaiheessa. Keskinen (2008) tutkimuksessa nousi esille myös se, että sairaalaan kaivattiin yhtenäistä kotiutumisen tapaa, jolloin kotiutuksen prosessin koordinointi vähentäisi päällekkäisiä tekemisiä ja parantaisi tiedon siirtoa. (Keskinen 2008, 24-25., 30.; Niskanen 2012, 36-37.)

Keskeinen elementti hyvän kotiutuksen näkökulmasta Keskinen (2008) tutkimuksen mukaan on potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi. Arvioitaessa iäkkäiden potilaiden kotiutumisvalmiutta, tulisi heidän kohdalla huomioida lääketieteellisten tarpeiden lisäksi heidän psykososiaaliset tarpeet. On huomioitava potilaan fyysinen kunto, fyysiset tarpeet sekä psyykinen ja henkinen tila. Varsin tärkeäksi koettiin aiemman toimintakyvyn, elämäntyylin ja aikaisempien apujen selvittäminen jo sairaalaan tulovaiheessa. Tutkimuksen mukaan tulee hyödyntää omaisten ja kotihoidon tietoja potilaan aiemmasta toimintakyvystä. Arvion toimintakyvystä ja voimavaroista tulisi huolellisesti kirjata ja päivittää. Hyvä tiedon kulku ja yhteistyö edesauttaa hyvää kotiutumista. Arvioinnin pohjalta kotona tarvittavien apujen selvittäminen ja järjestäminen valmiiksi ennen kotiutumista koettiin tärkeäksi. Esimerkiksi aikaa vaativien asunnon muutostöiden riittävän varhainen vireillepano on

tärkeää. Kuntoutuskokousten kehittäminen nousi selkeästi kehittämiskohteeksi. Kehittämistyöltä toivottiin sisällöllistä kehittämistä. Tarkoituksena olisi kehittää tavoitteellisuutta, ryhdikkyyttä, päätöksentekotaitoja esimerkiksi kotiutusaikataulusta ja vastuiden sopimista. Toimintakyvyn ja voimavarojen kartoituksella ja tukitoimilla pyrittäisiin potilaan turvalliseen oloon sairaalasta lähtiessä. (Keskinen 2008, 24-29.)

Kahdessa tutkimuksessa koettiin hyvän tiedonkulun ja yhteistyön merkitys eri tahojen kanssa tärkeäksi. Kattava kirjaaminen potilasta koskevista oleellisista tiedoista, tehokas ja riittävä tiedonsiirto ja luottamuksellinen yhteistyö sairaalan, omahoitajan ja eri toimijoiden välillä koettiin tärkeäksi Kotiutumisprosessiin osallistuvien erilaisia käytännön järjestelyjä ja työnjakoa pidettiin tärkeänä sekä sairaalan sisällä että sairaalan ja kotihoidon välillä. (Keskinen 2008, 24.; Niskanen 2012, 42.)

Tutkimuksissa tuli esille, että omahoitajan tulisi olla työssään kokenut henkilö. Aloitelijan ammattitaitoa ei pidetty riittävänä. Kotiutumisen onnistumista nähtiin edistävän yksilövastuinen työtapana. Yksilövastuisessa työtavassa omahoitajalla nähtiin olevan kotiutumisprosessissa myös potilasta rohkaiseva ja osallistava rooli, koska potilas tarvitsee myös kannustusta ja rohkaisua osallistuakseen omaan hoitoonsa ja kotiutumisen suunnitteluun. Haasteellisissa kotiutumisissa koettiin varsinkin tarvittavan moniammatillista yhteistyötä ja tietämystä. Osaston kotiuttamiskulttuuriin vaikuttivat vastaajien mielestä kotiutumista tukevat asenteet. Niskasen (2012) tutkimuksessa arvioitaessa ammattitaitoa, henkilökunnasta suurin osa oli sitä mieltä, että osaa yleensä ohjata potilasta kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Henkilökunnasta vain yksi koki osasaavansa aina arvioida potilaan kotona tarvitsemien apuvälineiden tarpeen, melkein puolet henkilökunnasta koki osasaavansa joskus arvioida apuvälineiden tarpeen. Henkilökunnasta suurin osa arvioi tunnistavansa potilaan kotona selviytymiseen liittyviä ongelmia. (Niskanen 2012, 45 Keskinen 2008, 24-27.)

Riittävän aikaresurssin järjestäminen kotiutuksessa koettiin haasteellisena. Kotiutumisen onnistumista lisäisi mahdollisimman aikainen kotiuttamisen suunnittelu. Varhainen ilmoittaminen yhteistyökumppaneille mahdollistaisi sen, että yhteistyökumppanit ehtisivät laittaa ajoissa potilaan asioita kuntoon. Muun muassa ruokaostokset, apteekkiasiat ja lääkkeidenjako pystyttäisiin toteuttamaan paremmin. Perjantaisin tapahtuvat kotiutukset koettiin hankaliksi. Perjantaisin on usein henkilökunnalla työ-

ajan lyhennyksiä ja vapaapäiviä. Myös osalle yhteistyökumppaneita liian myöhään iltapäivästä tapahtuvat kotiutukset koettiin hankaliksi. Myöhään iltapäivällä tai illalla ei välttämättä ole sairaanhoitajaa toteuttamassa potilaan lääkehoitoa. Jatkohoidon järjestyminen ei välttämättä onnistu heti ja se voi estää potilaan kotiutumisen pitkäksi aikaa. Liian monta samana päivänä tapahtuvaa kotiutusta kuormittaa henkilökuntaa. Se voi aiheuttaa puuttuvia asiakirjoja, joita joudutaan postittamaan jälkikäteen. Niskasen (2012.) tutkimuksessa todettiin, että henkilökunta tietää loppuviikosta erityisesti perjantaisin toteutettavan kotiutuksen yhteistyökumppaneille vaikeaksi. Henkilökunnasta yli puolet koki yleensä kiirettä töissä. Henkilökunnan mukaan potilaan kotiuttamiseen liittyvään kuuntelemiseen tulisi varata riittävästi aikaa. Lähes jokainen henkilökunnasta arvioi pystyvänsä käyttämään aikaa potilaan kuuntelemiseen kotiuttaessa. Kaikki henkilökunnasta kokivat pystyvänsä antamaan riittävästi aikaa potilaan ohjaamiseen. (Niskanen 2012, 38., 47.)

Niskasen (2012) tutkimuksessa henkilökunta arvioi osaavansa ohjata potilasta kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Potilaan kotona selviytymistä tukevien apuvälineiden tunnistamisessa luotettiin fysioterapeutin ammattitaitoon. Henkilökunta arvioi osaavansa tunnistaa potilaan kotiutumiseen liittyviä ongelmia, varsinkin jos potilas oli ollut useamman päivän hoidossa. Yhteistyökumppanit hyötyisivät potilaan kotiutusvaiheessa, jos osastolla olisi arvioitu kotiutuvan potilaan päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä. Henkilökunta koki, että heillä oli yleensä riittävästi aikaa potilaan ohjaamiseen kotiuttamiseen liittyvissä asioissa, mutta aikaa ei niinkään ollut potilaan kuuntelemiseen. Ohjaustilannetta kehittämällä potilasta ehdittäisiin samalla kuuntelemaan hyvällä kahdenvälisellä vuorovaikutuksella. Kotiutustilanteissa sekä yhteistyökumppanit että henkilökunta kokivat yleensä kiirettä. Kiireen tunnetta aiheuttivat kasautuvat työt ja kotiutustilanteeseen ulkoapäin tulevat häiriötilanteet. (Niskanen 2012, 52-54.)

Kotiuttamistilanteessa voi Lämsän (2013.) väitöstutkimuksen mukaan käydä niin, että yksittäinen toimija tai toimijaryhmä alkaa käyttää aina samaa kotiuttamisperustetta. Esimerkiksi lääkärin toiminta saattaa muuttua katsomustavaksi, jolla hän valitsee jonkin perusteen ensisijaiseksi ja toimii systemaattisesti sen nojalla. Kotiuttamisperusteen katsomustapa vaatii ulkoisen tuen löytämistä. Erityisesti hallinnollinen peruste saattaa olla sellainen, jossa yksi katsomustapa on mahdollista. Lääkärit saavat

tukea hallinnollisen perusteen käyttöön esimerkiksi sairaalan hallinnosta. Hallinnollisissa perusteissa huomioidaan potilaskeskeisten kotiuttamisperusteiden sijasta taloudelliset syyt, jotka voi johtaa myös esimerkiksi sakkomaksujen käyttöönottoon. Kun kotiutusneuvottelujen tavoitteena on määrittää potilaan vointia ja arvioida kotiuttamiskuntoa, on neuvottelussa kyse potilaan oikeudesta potiluuteen. Kyse on siitä, kenen ääntä kuunnellaan ja kenellä on päätösvalta. Myös potilaalla on tutkimuksen mukaan oma asiantuntija-alueensa omasta toimintakyvystä ja elämäntilanteesta. Lämsä toteaa, että loppujen lopuksi kotiutustilanteessa on kyse potilaasta, vallasta ja sairaalan roolista ja tehtävästä yhteiskunnassa. Hänen mukaansa sairaala määrittyy lääketieteellisen hoidon ja asiantuntijuuden tilaksi. Jos sairaalan tavoitteena on hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti lääketieteellistä hoitoa laajemmin, määrittyy sairaala myös hoivan tilana. Tällöin kotiuttamisessa huomioidaan myös potilaan toimintakyky ja elämäntilanne. (Lämsä 2013, 120-122.)

6.2 Kotiutustiimien vertailu

Vertailukehittämisessä käytetään harkittua tietoa. Toimintamallin luomista varten kerättiin tietoa henkilökunnasta, työvuoroista, hoitajaksojen pituudesta ja käyntimaksusta. Tämä tarkoittaa sitä, että vertailemalla olemassa olevia kotiutustiimejä www-sivujen avulla ja kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan kehitettävälle toimintamallille soveltuva ratkaisu. Vertailu toteutettiin taulukkomuodossa ja vertailuun otettiin mahdollisimman monta kotiutustiimiä.

Internetin www-sivuilta valittiin eri kotiutustiimit vertailuun avoimen tiedon saatavuuden mukaan. Kaikista kotiutustiimeistä ei löytynyt samoja tietoja, mutta yhteenvedon vuoksi taulukoissa esiintyy samat kunnat tai kuntayhtymät. Karkkila ja Vihti muodostavat Karviaisen kuntayhtymän. JIK muodostuu Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan kuntien kesken. Vertailu tehtiin Tampereen (Tampereen kaupungin www-sivut 2015.), Kotkan (Kotkan kaupungin www-sivut 2015.), Karviaisen (Karkkilan ja Vihdin kuntayhtymän www-sivut 2015.), Mikkelin (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen www-sivut 2015.), Espoon (Espoon kaupungin www-sivut 2015.), Hyvinkään (Hyvinkään kaupungin www-sivut 2015.), Lohjan (Lohjan kaupungin www-

sivut 2015.), Keravan (Keravan kaupungin www-sivut 2015.), Rovaniemen (Rovaniemen kaupungin www-sivut 2015.), Kouvolan (Kouvolan kaupungin www-sivut 2015.), Siilinjärven (Siilinjärven kunnan www-sivut 2015.), JIK:n (Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän www-sivut 2015.), Rauman (Rauman kaupungin www-sivut 2015.), Turun (Turun kaupungin www-sivut 2015.) ja Helsingin (Helsingin kaupungin www-sivut 2015.) kotiutustiimien www-sivuilta.

6.2.1 Henkilökunta

Eri kotiutustiimien välillä henkilökunta koostui eri ammattiryhmistä (taulukko 1.). Eniten tiimeissä työskenteli sairaanhoitajia 12 tiimissä, lähihoitajia kahdeksassa tiimissä ja fysioterapeutteja seitsemässä tiimissä. Kahden kaupungin kotiutustiimien esittelyssä ei ollut henkilökunnan rakenteesta mainintaa. Jotkin kunnat olivat ilmoittaneet henkilöstön määrät, mutta useammissa niitä ei kerrottu. Tampereen kotiutustiimissä kuntoutusohjaaja tekee seuranta- ja ohjauskäynnit aivoverenkiertohäiriö kuntoutujille. Suluissa on kuvattu henkilökunta, joka on käytettävissä muusta yksiköstä.

Taulukko 1. Kotiutustiimien henkilökuntarakenne

	Sairaanhoitaja	Lähihoitaja	Fysioterapeutti	Kuntohoitaja	Toimintaterapeutti	Kuntoutusohjaaja	Lääkäri
Tampere	X	X	X		X	X	
Kotka	X		X				
Karvainen	X	X					
Mikkeli	(X)	X		X			
Espoo							
Hyvinkää							
Lohja	X	X					
Kerava	X	X					(X)
Rovaniemi	X	X	X				
Kouvolan	X						
Siilinjärvi	X		X				(X)
JIK	X	X	X				
Rauma	X	X	X				
Turku	X				X		
Helsinki	X		X				

6.2.2 Työvuorot

Vertailtavissa kotiutustiimeissä työskennellään pääsääntöisesti 7 päivää viikossa kahdessa vuorossa (taulukko 2.). Kotkan, Karviaisen kuntayhtymän, Mikkelin, Espoon, Siilinjärven ja Helsingin kotiutustiimien työajoista ei löytynyt tietoa verkkosivuilta. Vertailussa olevista ainoastaan Rovaniemellä sai palvelua myös yöaikaan. Palvelu tuotettiin yhdessä yöpartio toiminnan kanssa. Lohjan kotiutustiimi toimii ainoastaan arkisin kello 8.00-18.00 välillä.

Taulukko 2. Kotiutustiimien työvuorot

	Aamuvuoro	Iltavuoro	Yövuoro	Viikonloppu	Ei tietoa
Tampere	X	X		X	
Kotka					X
Karviainen					X
Mikkeli					X
Espoo					X
Hyvinkää	X	X		X	
Lohja	Arkisin 8-18				
Kerava	X	X		X	
Rovaniemi	X	X	X (yöpartio)	X	
Kouvola	X	X		X	
Siilinjärvi					X
JJK	X	X		X	
Rauma	X	X		X	
Turku	X	X		X	
Helsinki					X

6.2.3 Hoitojakson pituus

Hoitojaksojen pituus vaihteli eri kotiutustiimien välillä yhdestä vuorokaudesta muutamisiin viikkoihin (taulukko 3.). Suurimmassa osassa kotiutustiimeistä on käytössä maksimissaan kahden viikon hoitajakso, jonka jälkeen asiakas siirtyy kotihoidon asiakkaaksi, jollei pärjää itsenäisesti kotona. Tampereen, Karviaisen kuntayhtymän ja Mikkelin www-sivuilta ei löytynyt hoitojakson pituutta. Turussa kotiutustiimi selvittää asiakkaan avun- ja jatkohoitotarpeen. Tiimi tekee yhteistyössä häntä hoitavien läheisten ja omaisten sekä tulevien yhteistyötahojen kanssa. Turussa hoitajakso on pituudeltaan lyhin eli 1–4 vuorokautta.

Taulukko 3. Kotiutustiimien hoitojaksot.

	ei tietoa	alle viikko- viikko	kaksi viikkoa	kuukusi	muutamia viikkoja
Tampere	X				
Kotka					X
Karviainen	X				
Mikkeli	X				
Espoo		X			
Hyvinkää				X	
Lohja			X		
Kerava			X		
Rovaniemi			X		
Kouvola			X		
Siilinjärvi			X		
JIK			X		
Rauma			X		
Turku		X			
Helsinki					X

6.2.4 Käyntimaksu

Suurimmassa osassa vertailussa olevista kotiutustiimeistä on käyntimaksu (taulukko 4.). Karviaisen kuntayhtymän, Mikkelin ja Helsingin kotiutustiimien käynneistä ei ollut mainittu käyntimaksuista mitään kotiutustiimien verkkosivuilla. Maksuton palvelu on toistaiseksi Tampereen, Lohjan ja Kouvolan kotiutustiimeissä. Espoossa puolestaan on saatto ja kartoituskäynti ilmainen. Siilinjärven kotiutustiimissä toteutetaan myös laskimon sisäiset neste- ja lääkehoidot sekä kipupumppuhoidot. Siellä iv- lääkkeet ja iv-nesteet sekä lihakseen pistettävät lääkkeet ovat asiakkaalle maksuttomia, samoin hoitotarvikkeet. Muut käytössä olevat lääkkeet asiakas kustantaa itse. Hyvinkää perii tilapäisen kotihoidon maksun kotiutustiimin asiakkailta. Fysioterapian maksuista erikseen oli mainittu vain Kotkan www-sivuilla. Käyntimaksuissa oli erona myös vuorokausi- ja käyntikohtainen maksu. Vuorokausimaksu oli Espoon, JIK kuntayhtymän ja Rauman kotiutustiimeillä. Kertamaksu oli Kotkan, Keravan, Rovaniemen ja Siilinjärven kotiutustiimeillä.

Taulukko 4. Kotiutustiimien käyntimaksut.

	Maksuton	Hoitajan käynti	Fysioterapeutin käynti	Hoitajan ja fysioterapeutin käynti	Ei tietoa
Tampere	X				
Kotka		10,70€ Peritään max. 2 x vrk	1-5x maksuton -> 10,10€ käynti	21,40€/vrk	
Karviainen					X
Mikkeli					X
Espoo	Saatto ja kartoituskäynti	8,70€/vrk			
Hyvinkää		Tilapäisen kotihoidon mukaan			
Lohja	X				
Kerava		9,50€/käynti			
Rovaniemi		8,70€/käynti			
Kouvola	X				
Siilinjärvi		9,30€/käynti 18,60€/2 käyntiä 27,90€/3 ja useampi käynti			
JJK		16€/vrk			
Rauma		9,30€/vrk			
Turku		9,30€/vrk			
Helsinki					X

6.3 Asiakaslähtöinen toimintamalli

Asiakaslähtöisessä toimintamallissa (liite 9.) asiakkuus perustuu asiakkaan tarpeeseen ja suostumukseen asiakkuudesta. Toimintamalli tukee joustavaa asiakkaaksi pääsyä ilman viivettä, sillä tarkoitus on että, lähettävästä yksiköstä tapahtuu yhteydenotto suoraan kotiutustiimiin. Asiakas pääsee nopeasti kotiutumaan ilman ylimääräistä laitoskierrosta. Asiakkuus voi kestää maksimissaan kaksi viikkoa ja asiakkuus päätetään joko asiakkaan itsenäiseen selviytymiseen tai jatkohoidon järjestämiseen. Kotiutustiimillä on myös mahdollisuus toteuttaa koekotiutus haastavissa kotiutuksissa ja selvittää näin asiakkaan mahdollisuudet selviytyä kotona.

6.3.1 Asiakkaaksi tulo kotiutustiimiin

Toimintamalli kuvataan eri komponentteina eli rakenneosina. Ensimmäinen ja toinen komponentti kuvaavat asiakkaalle näkyvää palvelutilaa ja asiakkaan toimintaa palvelussa. Asiakas osallistuu palvelun toimintaprosesseihin ja hän kokee ja arvioi saa-

mansa palvelun laadun tasoa. Näkyvä tila käsittää fyysisen, virtuaalisen ja sosiaalisen tilan. (Innokylän www-sivut 2015.)

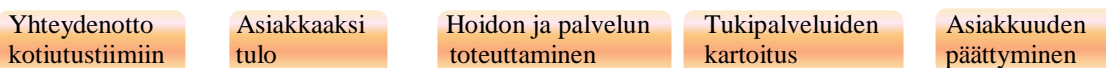
Ensimmäisessä komponentissa kuvataan fyysiset elementit eli lähettävät yksiköt. Tämä komponentti on kaikille osapuolille näkyvää toimintaa. Joustavimmillaan kotiutustiimiin voi tulla asiakkaaksi myös yhteispäivystyksestä tai avoterveydenhuollon lääkärinvastaanotolta. Mikäli asiakkaan vointi sallii toipilasvaiheen kotona, on järkevää välttää asiakkaan siirtoa hoitavaan yksikköön ja näin minimoida molemmille aiheutuvia asiakkuuden kustannuksia. Porin yhteistoiminta alueella kotiutustiimiin lähettävät yksiköt ovat erikoissairaanhoidon yksiköt, sairaala- ja kuntoutuspalvelut, arviointiyksiköt Maantiekadulta ja Ulvilasta, lähipalvelukeskus, yhteispäivystys ja avoterveydenhuolto. Lähettävä taho arvioi tarpeen ja ottaa yhteyttä asiakkaan suostumuksella kotiutustiimiin. Päätös kotiutustiimin asiakkaaksi pääsystä tapahtuu yhteydenoton perusteella ja kotiutus voi tapahtua nopeasti ja joustavasti.

Lähettävät yksiköt:



Toinen komponentti kuvaa asiakkaan polkua palvelussa. Toisessa komponentissa asiakas kokee ja arvioi saamaansa palvelua sekä lähettävässä tahossa, että kotiutustiimin asiakkaana. Kotiutustiimissä asiakas osallistuu hoidon prosessiin, jota kuvaa hänen polkunsa palvelussa. Asiakkuudella on selkeä alku ja loppu.

Asiakkaan polku palvelussa:



Kotiutustiimin asiakkaasi pääsee 65- vuotta täyttänyt, joka ei ole säännöllisen kotihoidon asiakas. Asiakas, joka tarvitsee tukea turvalliseen kotiutumiseen lyhyellä ajalla selviytyäkseen sen jälkeen arjessa itsenäisesti. Kotiutustiimin kautta voidaan toteuttaa myös koekotiutukset haastavissa asiakkuuksissa.

Asiakkaaksi tulo tapahtuu arkipäivisin lähettävän tahon yhteydenotolla kotiutustiimin palveluohjaajaan, joka koordinoi asiakkaan oman lähipalvelualueen kotiutustiimille. Iltavuorossa yhteydenotto tapahtuu kotiutustiimin sairaanhoitajaan ja yöaikaan yöpartioon. Asiakkaan suostumus on lähtökohtana hoidolle. Hoidon ja palvelun toteutustapoja ovat kotikäynnit ja yhteydenotot puhelimitse. Kotiutustiimin käyntimaksu on 9,30€/päivä ja fysioterapeutin käynti 9,30€/päivä. Lääkärikäynti 14,70€/kerta.

6.3.2 Asiakkaalle näkyvä osa palvelua

Kolmas komponentti on työntekijöiden näkyvä osa toimintaa, jota erottaa vuorovaiikutuksen raja. Tässä tasossa asiakas on suoraan vuorovaikutuksessa henkilökunnan kanssa. Tämä on siis tila, jossa asiakaskohtaamiset tapahtuvat ja tätä tilaa voidaan kutsua myös näyttämöksi. (Innokylän www-sivut 2015.) Tämä taso kuvaa ne elementit, jotka näyttäytyvät suoraan asiakkaalle. Asiakas on suorassa vuorovaikutuksessa tiimin eri jäseniin. Tämä elementti luo pohjan asiakkaan turvalliselle kotiutukselle. Keskeisinä elementteinä ovat vuorovaikutus, turvallisuus ja autonomia. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta asiakkaat kokivat tärkeäksi myös kotilat ennen varsinaista kotiutusta. Kotiutustiimin yhtenä mahdollisuutena on järjestää koekotiutus haastavissa tilanteissa. Kotiutustiimi tukee, ohjaa ja auttaa koekotiutujaa luomalla turvalliset puitteet kotiutumiseksi. Yksinäisyydestä ja turvattomuudesta kärsivän asiakkaan omaisten kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä ja otetaan kolmannen sektorin tarjoamia palveluja mukaan turvallisuuden vahvistamiseksi. Kotiutustiimien vertailussa yleisesti kotiutustiimeissä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja fysioterapeutteja. Useimmissa kunnissa perittään myös asiakasmaksu, joka peritään joko vuorokausimaksuna tai käyntikertamaksuna. Vertailussa kävi myös ilmi, että palvelua tarjottiin useammassa kunnassa joka päivä kahdessa vuorossa. Hoitajakson pituus on maksimissaan kaksi viikkoa useassa kotiutustiimissä.

Asiakkaalle näkyvä osa palvelua:



Kotiutustiimin henkilökunta koostuu palveluohjaajasta, sairaanhoitajista, lähihoitajista ja fysioterapeutista. Kotiutustiimi toimii 7 päivää viikossa kahdessa vuorossa. Kotikäynnin kesto on keskimäärin 1-1½ tuntia/kerta tarpeen mukaan. Asiakkaaseen pidetään yhteyttä myös puhelimitse. Yhteistyö yöpartion kanssa tukee kotiutustiimin toimintaa mahdollistamalla kotiutuksen esimerkiksi yöaikaan yhteispäivystyksestä. Mobiililääkäreitä konsultoidaan asiakkaan lääketieteellisessä tarpeessa. Työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus ja tiedonkulku tapahtuu ainoastaan asiakkaan ja hoitoon osallistujien kesken.

Kotiutustiimin toimintaperiaatteena on kotiutumisen tehostaminen asiakaslähtöisen, lyhytkestoisen hoidon ja palvelun sekä kuntoutumisen tukemisen avulla. Kotiutustiimin toiminta perustuu toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan, asiakkaiden yhdenvertaisuuteen ja turvallisuuteen. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus häntä koskevissa asioissa ja hänellä on oikeus osallistua oman hoidon suunnitteluun.

Kotiutustiimin palveluohjaaja tai sairaanhoitaja tekee arviointikäynnin, jolloin laaditaan asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotiutumisen tapahduttua yhteispäivystyksestä tai avoterveydenhuollosta kotiutustiimi menee asiakasta vastaan kotiin, hoito- ja palvelusuunnitelma kirjataan hoidon tarpeen mukaan seuraavalla käynnillä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa kirjattaessa selvitetään asiakkaan toimintakyky ja voimavarat. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan hoitojakson tavoitteet, toteutustapa ja keinot, joilla tavoitteet saavutetaan. Tarvittavat hoitotarvikkeet ovat asiak-

kaalle ilmaiset. Suunnitelmaa kirjattaessa huomioidaan myös asiakkuuden haasteet elämäntilanne kartoittamalla sekä tehdään suunnitelma arjessa selviytymiselle.

Kotiutustiimin jäsenet osallistuvat asiakkaan hoidon, palvelun ja kuntoutumisen toteuttamiseen sekä kartoittavat mahdollisten apuvälineiden, pienten kodin muutostöiden ja tukitoimien tarpeen. Asiakkaan kotiutuessa kotiutustiimi käy tarvittaessa apteekissa hakemassa lääkkeitä, jotka asiakas maksaa itse.

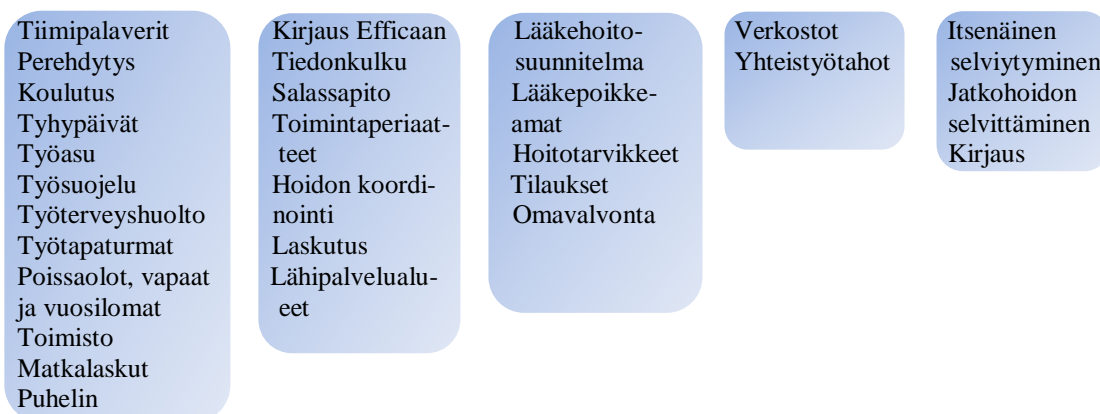
Tavoitteena on asiakkuuden päätyttyä, että asiakas selviytyy arjesta itsenäisesti. Jos itsenäinen selviytyminen ei onnistu, järjestetään asiakkaalle jatkohoito ja tarvittavat tukitoimet. Asiakkuuden päätyttyä kirjataan hoidon ja palvelun loppuyhteenveto, jossa arvioidaan toteutunut hoitajakso.

6.3.3 Asiakkaalle näkymätön osa palvelua

Neljäs ja viides komponentti käsittävät henkilökunnan näkymättömän toimintaa asiakkaalle. Sitä voidaan kutsua myös englanninkielisellä sanalla backstage eli kulissien takana tapahtuva toiminta tai komponenttia voidaan kutsua myös takahuonetoiminnaksi, esimerkiksi ruuan valmistus tai puhelin neuvottelut. Näkymätön toiminta on myös johtamis-, järjestelmä- ja fyysistä tukea. Suurin osa tuotantoon tarvittavista prosesseista on asiakkaille näkymätöntä. (Innokylän www-sivut 2015.)

Tässä toimintamallissa neljännelle tasolle näkymättömään osaan palvelua on kirjattu henkilöstön toimintaa ohjaavat periaatteet ja prosessit. Asiakkuuden päättyessä mahdollinen jatkohoidon tarve selvitetään. Ellei asiakas hoitajaksosta huolimatta selviydy itsenäisesti kotona, hänelle tulee järjestää asianmukainen kotihoito- ja tukipalvelut. Viidennelle tasolle tukitoimiin kirjattiin päätöksentekoa ja terveyden- ja sosiaalihuoltoa ohjaavat lait.

Asiakkaalle näkymätön osa palvelua:



Palveluohjaajan tehtäviin kuuluu asiakkaan koordinaointi lähipalvelualueen kotiutus-tiimille, hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen, työvuorojen suunnittelu, laskutus, työhyvinvointia edistävä toiminta, tiimipalaverien järjestäminen, pehdytys, koulutuksen tarjoaminen ja työasun järjestäminen. Poissaoloista ilmoitetaan palveluohjaajalle, joka vahvistaa myös vuosilomat. Kotiutustiimin henkilökunnalla on matkapuhelimet käytössä yhteydenpitoa varten ja matkalaskut hoidetaan organisaation ohjeen mukaan. Henkilökunnalle kuuluu hoitotarvikkeiden tilaus. Kotiutustiimillä on myös toimisto- ja taukotilat organisaation osoittamassa paikassa. Kirjaus tapahtuu Effica-tietojärjestelmään rakenteisen kirjaamisen periaatteella organisaation ohjeen mukaan.

Kotiutustiimille kirjataan oma lääkehoitosuunnitelma ja lääkepoikkeamat kirjataan HaiPro-järjestelmään. Omaoalvonta kirjataan ja toteutetaan sille asetettujen määräysten mukaan. Asiakkailta ja hänen omaiseltaan pyydetään palautetta saadusta hoidosta ja palvelusta kotiutustiimin kehittämiseksi. Henkilökunnalta pyydetään säännöllisesti palautetta toiminnan kehittämiseksi. Asiakkaan itsenäisen selviytymisen tueksi tehdään moniammatillista yhteistyötä eri terveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä eri järjestöjen kanssa. Kotiutustiimin asiakkaana voi olla maksimissaan kaksi viikkoa. Kotiutustiimin tarkoitus on tarjota mahdollisimman monelle asiakkaalle tehostettua tukea kotiutustilanteessa. Tarkoitus ei ole järjestää pitkäkestoista hoivaa ja palvelua. Nopealla kierrolla kotiutustiimi pystyy ottamaan asiakkaita enemmän, eikä lähettävissä tahoissa tapahdu ruuhkaantumista.

6.3.4 Toimintaa ohjaava päätöksenteko

Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimukset lain tarkoituksena on edistää sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihooltoon ja hyvään kohteluun. Laki edellyttää, että sosiaalihuollon ammatillisella henkilöstöllä on tarvittava koulutus ja perehtyneisyys. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä määrittelee, että laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan ammatissa ja käyttämään ammattinimikettä. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista määrittelee, että kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä maksu palvelun käyttäjältä maksukyvyn mukaan. (Oikeusministeriön www-sivut 2016.)

Kansanterveyslaissa kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä. Kansanterveystyöhön luetaan mukaan yksilön sairaanhoito. Kansanterveystyöstä käytetään myös nimitystä perusterveydenhuolto. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava ihmisarvoa kunnioittaen sekä potilaan yksityisyyttä ja vakaumusta on kunnioitettava. (Oikeusministeriön www-sivu 2016.)

Lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun. Sosiaalihoiltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Sosiaalihoitolaissa sosiaalihoollolla tarkoitetaan sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaaliavustuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja. Niiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. (Oikeusministeriön www-sivut 2016.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kunnan eri toimialojen toimimaan yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Kunnan on tehtävä myös yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntyneitä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. (Oikeusministeriön www-sivut 2016.)

Päätöksenteko:

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L 29.4.2005/272) ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 28.6.1994/559)
 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L 3.8.1992/734 ja L 13.3.2003/221)
 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785)
 Kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66)
 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812)
 Sosiaalihuoltolaki (L 17.9.1982/710)
 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 28.12.2012/980) eli nk. Vanhuspalvelulaki

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Toimintamallin arviointia varten lähetettiin viidelle ohjausryhmän jäsenelle kysely valmiista toimintamallista. Kyselyn mukana oli valmis vastauskuori postitusta varten. Kolme vastasi määräaikaan mennessä, kaksi jätti vastaamatta. Kaksi vastasi toimintamallin vastaavan sille asetettuja tavoitteita. Kolmas vastaaja vastasi ”*Kyllä, joissakin kohdin käytäntö ei mene aivan toimintamallin mukaisesti. Kotiuttamistiimi on ilmainen asiakkaalle ja asiakkuus max. kestää 2 viikkoa. Kotiuttamistiimin henkilöstörakenne poikkeaa suunnitellusta.*”

Käytäntöön soveltuvuudesta yksi vastaaja vastasi: ”*Malli on kuvattu selkeästi. Se on laadittu selkeästi ja on esitetty mukavasti myös asiakkaalle näkyvän osion osalta.*” Yhden vastaajan mielestä se soveltuu käytäntöön vaikka etsii paikkaansa organisaatiossa. Kolmanneksi kysyttiin saavutetaanko toimintamallilla taloudellista hyötyä: ”*Todennäköisesti taloudellista hyötyä saavutetaan. Tarkkaa euromääräistä tulosta ei*

ole laskettu.” ”Joulukuussa kotiuttamistiimin kautta kotiutui yli 50 asiakasta, eli yli 1½ osastollista potilaita. Tämä näkynee sairaalapalveluiden kustannuksissa.”

Toimintamallin asiakaslähtöisyyttä arvioitaessa vastattiin: *”Kyllä, asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä.” ”Pitkälti asiakaslähtöisyyden toteutuminen riippuu tiimin henkilökunnan ammatillisesta osaamisesta.”* Arvioitaessa pystyykö toimintamallilla kehittämään vanhuspalveluja, vastattiin: *” Toimintamallilla kehitetään koko potilas/asiakasprosessia läpi palvelualueiden ja organisaatioiden.” ”Varmasti mallista on hyötyä palvelujen kehittämisessä.”* Kolmas vastaaja vastasi edellä esitettyihin kysymyksiin: *”Kyllä.”*

Vastausten perusteella voidaan tulla siihen johtopäätökseen, että projektin tulos, toimintamalli vastaa sille asetettuja tavoitteita ja on sovellettavissa käytäntöön. Sillä todennäköisesti saavutetaan taloudellista hyötyä asiakkaan ja organisaation näkökulmasta. Todettiin, että toimintamallin asiakaslähtöisyys riippuu pitkälti henkilöstön ammattitaidosta. Toimintamallia pidettiin vanhuspalvelujen kehittämisen kannalta hyödyllisenä. Tässä vaiheessa arviointi pohjautuu pitkälti pelkän toimintamallin arviointiin, käytännön hyötyä mitattaessa toimintamalli tulisi arvioida esimerkiksi pilotoinnin päätyttyä vuoden 2016 lopussa.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli työelämälähtöinen projekti. Projektin tarkoitus oli luoda asiakaslähtöinen ja toimintakykyä tukeva toimintamalli kotiutustiimille. Kotiutustiimin pilotointi aloitettiin Porin vanhuspalveluiden alaisuudessa 1.12.2015. Toimintamallin tavoitteena on tulevaisuudessa yhtenäistää kotiutustiimien toiminta eri lähipalvelualueilla ja että alueesta riippumatta asiakkaat saavat samanlaista hoitoa ja samanlaisia palveluja. Työn tilaaja voi halutessaan ottaa toimintamallin käyttöön sellaisenaan tai kehittää sitä käytännössä. Toimintamallin tavoitteena oli myös karsia päivystyskuluja sekä tehostaa asiakkaiden kotiutumista ja siellä selviytymistä sairaalahoidon jälkeen. Omat tavoitteet projektille oli oppia projektityöskentelyn eri vai-

heita. Tarkoitus oli oppia myös hyödyntämään aikaisempia tutkimuksia kirjallisuuskatsauksen avulla uuden toimintamallin luomisessa. Tavoitteena oli oppia vertailukehittämistä käytännössä avoimen tiedon pohjalta. Tavoitteena oli näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen käytäntöön luomalla toimintamalli.

Kotiutustiimin toimintamallin luomiselle oli selkeä tarve. Aihe oli tärkeä, koska Porissa ei aikaisemmin ole ollut tällaista kotihoidon muotoa. Kohderyhmän eli asiakkaan näkökulmasta oli tärkeä luoda toimintaa ohjaava prosessi, jossa asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallisuus otetaan huomioon sekä vahvistetaan asiakkaan asemaa palvelussa. Kotiutustiimin lähtökohtana on asiakas, jolla on tarve kotona selviytymisen tukemiseen toipilasvaiheessa. Projektin edetessä asiakaslähtöisyyden ja asiakkuuden merkitys korostuivat ja asiakkuusosaaminen lisääntyi. Luotiin uutta palvelumallia asiakkaalle, jolla on terveydentilassa toiminnanvaja ja joka tarvitsee moniammatillista työryhmää selviytyäkseen arjen muuttuneessa tilanteessa. Aikaisempien tutkimusten pohjalta nousi keskeiseksi teemaksi asiakkaan huoli arjessa selviytymisestä. Epätietoisuus tulevasta aiheutti turvattomuutta ja huolta. Aikaisemmissa tutkimuksissa korotettiin myös toimintakyvyn ja voimavarojen arviointia ja tukemista. Kotihoidon henkilökunta piti tärkeänä, että toimintakykyä ja voimavaroja oli arvioitu jo ennen kotiutusta. Toimintamallille asetettu tavoite asiakaslähtöisestä ja toimintakykyä tukevasta mallista toteutui hyvin. Asiakkaan polku palvelussa on kuvattu selkeästi ja ymmärrettävästi. Toimintamallia arvioitaessa arvioitiin joulukuun osalta toteutuneen jo yli 50 asiakkaan kotiutus kotiutustiimin turvin, joten tulevaisuudessa saataneen molempia osapuolia hyödyttäviä säästöjä asiakkuuskustannuksissa.

Kirjallisuuskatsauksen merkitys toimintamallin luomisessa korostui vertailukehittämistä enemmän. Tämän projektin tutkimustehtävinä oli selvittää miten lääketieteelliset, potilaslähtöiset ja hallinnolliset perusteet vaikuttavat kotiutuksen onnistumiseen? Sekä mistä kotiutustiimin toiminta muodostuu? Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset vastasivat hyvin siihen miten eri perusteet vaikuttavat kotiutumiseen. Tärkeimmäksi lääketieteelliseksi perusteeksi nousi lääkärin päätös kotiutuksesta sekä lääketieteellisen hoidon tarpeen lakkaaminen. Potilaslähtöisistä perusteista kotiuttamiseen vaikuttaa toimintakyky ja voimavarat sekä arjessa selviytyminen. Hallinnollisista perusteista kotiutumisen onnistumiseen vaikuttaa aika resurssit ja moniammatillisuus. Kirjallisuuskatsauksen ja vertailukehittämisen pohjalta saatiin tietoa toimin-

tamallin luomista varten. Vertailun tuloksena kotiutustiimeissä työskentelee pääsääntöisesti sairaanhoitajia, lähihoitajia ja fysioterapeutteja. Toimintaa on seitsemän päivää viikossa pääsääntöisesti kahdessa vuorossa. Lähes jokaisessa kotiutustiimissä oli käytössä käyntimaksu ja hoitojakson pituus maksimissaan kaksi viikkoa.

Vertailukehittämisessä oltiin avoimen tiedon varassa, joten sen perusteella valittiin vertailtavat asiat. Aluksi lähestyttiin muutamien kotiutustiimien esimiehiä sähköpostitse esittämällä kysymyksiä. Kahdesta kotiutustimestä tuli vastaus, jossa kehoitettiin hakemaan tutkimuslupaa. Tästä syystä luovuttiin suorista kyselyistä ja tilalle otettiin vertailukehittäminen avoimena olevasta tiedosta.

Toteutusvaihe jäi koko projektin kannalta lyhimmäksi vaiheeksi. Toimintamallin toteutus tapahtui nopealla aikataululla syksyn aikana. Ohjausryhmän kaksi muuta koontumista ja tutustumiskäynti lähialueen kotiutustiimiin karsittiin pois toteutettavien asioiden listalta tiukan aikataulun vuoksi. Myöhemmin sovittiin, että ohjausryhmän muistion laatii puheenjohtaja itse muistiinpanojen perusteella. Toimintamallin visuaalinen osuus kaaviomuotoon oli haastava. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen, Suomen kuntaliiton ja Suomen sosiaali ja terveys ry:n ylläpitämiltä Innokylän [www-sivuilta](http://www.sivuilla) löytyi vapaaseen käyttöön tarkoitettu toimintamallipohja Service blueprint. Mukailleen mallipohjaa oli visuaalinen toteutus helpompaa.

Projektin arviointi jäi melko suppeaksi. Arviointi kerättiin kyselylomakkeella, johon vastattiin nimettömänä. Arvioinnissa ei arvioitu toiminnallisen opinnäytetyön prosessia, vaan pelkkää toimintamallia ja sen käytettävyyttä ja vaikuttavuutta. Kyselyyn vastanneiden mukaan toimintamalli vastaa sille asetettuja tavoitteita, toimintamalli on käytäntöön soveltuva vaikka hakee paikkaansa organisaatiossa. Arvioitiin, että tulevaisuudessa saavutettaneen taloudellista hyötyä ja toimintamallilla pystytään kehittämään vanhuspalveluja. Tulevaisuudessa voisi tutkia kotiutustiimin toimintamallin soveltuvuutta käytäntöön esimerkiksi pilotoinnin aikana. Siten toimintamallin soveltuvuudesta saataisiin luotettavaa tietoa. Projekti eteni oman arvioin mukaan järjestelmällisesti vaikka projektin vaiheet toteutuivat erimittaisina, eivätkä kaikki suunnitelmat toteutuneet. Oman arvioin mukaan projektin toteutusvaiheeseen olisi saanut olla enemmän aikaa, joka ei toteutunut opintojen muun työmäärän ohella.

Oma ammatillisuus kasvoi projektin myötä. Aihe oli mielenkiintoinen ja sen prosessointi lisäsi ammattitaitoa, josta on hyötyä tulevassa sairaanhoitajan ammatissa. Toimintamallin luominen aikaisemmasta näyttöön perustuvan tiedon ja avoimen tiedon hyödyntämisestä lisäsivät teorian ja käytännön yhteen soveltamisen taitoa. Projektisuunnitelman mukaisesta aikataulusta pidettiin kiinni ja toimintamalli luovutettiin kohdeorganisaatiolle sopimuksen mukaan. Toimintamallin arviointia varten saadut vastaukset tuhoataan opinnäytetyön valmistuttua. Valmis opinnäytetyö toimitetaan työn tilaajalle opinnäytetyösopimuksen mukaan.

Jatkossa kotiutustiimin toiminnan kannalta olisi tärkeää asiakkuusosaamisen ja kuntoutuksen kehittäminen. Asiakkuusosaaminen on asiakaslähtöisyyden kannalta tärkeää ja se kehittää henkilökunnan ammattitaitoa. Asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen arvioinnin ja tukemisen kannalta erilaiset kotona tapahtuvat kuntoutuksen muodot edesauttavat itsenäistä selviytymistä ja lisäävät asiakkaan turvallisuuden tunnetta arjessa selviytymisessä. Myös kotiutustiimin toimintaa olisi hyvä jatkossa arvioida ja sen perusteella kehittää käytäntöä.

LÄHTEET

Aalto-Kallio M., Saikkonen P. & Koskinen-Ollonqvist P. 2009. Arvioinnin kartalla - matka teoriasta käytäntöön. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2009. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Espoon kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015. http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Sairaalahoito/Kotiutustiimi

Evans D. 2008. Overview of Methods. Teoksessa: Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews. Toim. Christine Webb & Brenda Ross. Oxford: Blackwell Publishing

Haapalainen M. & Savolainen J. 2015. Ikääntyneen kotiutuminen erikoissairaanhoidosta kotihoitoon. Opinnäytetyö. Karelia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2015. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88497/Haapalainen_Miia_Savolainen_Johanna.pdf?sequence=1

Heikkilä A., Jokinen P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen avaimia tutkimus ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkilä R. & Mäkelä M. 2015. Onnistuminen – RAI -vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 19.9.2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/126428>

Heinola R., Finne-Soveri H., Noro A., Kauppinen S., Koskinen S., Martelin T. & Sainio P. 2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Raportti 9/2010. Toim. Kauppinen S. Helsinki: THL

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut 2016. Viitattu 15.1.2016. . - See more at: [http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta](http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta#sthash.aIHcixxg.dpuf)

Helsingin kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015. <http://www.hel.fi/www/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/kotiutustiimit->

Hyvinkään kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015. <http://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyvien-palvelut/tukea->

Innokylän www-sivut 2015. Viitattu 4.10.2015. <https://www.innokyla.fi/tietoa-innokylasta>

Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän www-sivut. Viitattu 4.10.2015. https://www.jikky.fi/potilaat_asiakkaat_ja_laheiset/ikaantyneille/kotiin_tarjottavat_palvelut/kotiutustiimi

Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

JUHTAN:n www-sivut 2015. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Viitattu 5.10.2015.
docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.odt

Karkkilan ja Vihdin kuntayhtymän www-sivut. Viitattu 4.10.2015
http://www.karviainen.fi/ikaihminen_palvelut/kotiutustiimi

Karlsson Å. & Marttala A. 2001. Projekti kirja. Onnistuneen Projektin toteuttaminen. Tampere: Tammer-Paino oy.

Keravan kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015
<http://www.kerava.fi/palvelut/sosiaalija-perhepalvelut/kotihoito/tehostettu-kotihoitokotiutustiimi->

Keskinen P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2015.
<https://www.doria.fi/handle/10024/3971/browse?value=Keskinen%2C+P%C3%A4ivi&type=author>

Koivuniemi K. & Simonen K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Kustannus oy Duodecim

Kotkan kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015.
<http://www.kotka.fi/asukkaalle/vanhuspalvelut/kotihoito/kotiutustiimi>

Kouvola kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015
<http://www.kouvola.fi/material/attachments/intranet/perusturva/esitteet/5xOdJXtBs/Kotiutustiimi-2011.pdf>

Kuntoutussäätiön www-sivut 2014. Viitattu 30.1.2016.
<http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/teema?bid=1310>

Lammenranta M. 2013. Iäkkään potilaan kotiutuminen yhteispäivystyksestä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2015.
<https://www.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/61914/IAKKAAN>

Lohjan kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015.
<http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/Ik%20ihmisten%20palvelutori/KOTIUTUSTIIMI.pdf>

Lämsä R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 2013_99. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.9.2015. <https://www.julkari.fi/handle/10024/104408>

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen www-sivut. Viitattu 4.10.2015.
<http://www.mikkelinseutusote.fi/index.php/vanhuspalvelut/kotiin-annettavat-palvelut/kotiutustiimi>

Mitronen M. & Solmula P. 2011. Kotiutuminen sairaalahoidosta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2015.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33550/Mitronen_Solmula.pdf?sequence=1

Niskanen B. 2012. Kotiuttamisen kehittäminen Limingan terveystieteiden keskuksessa. Ylempi AMK -opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2015 <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46380/Birgitta%20Niskanen%20opinnaytetyo%202012.pdf?sequence=1>

Oikeusministeriön www-sivut 2015. Viitattu 1.8.2015 ja 28.1.2016. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista. 2012. 28.12.2012/980 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Perälä M-L. & Hammar T. 2003. PALKOmalli- Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaattiorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29/2003. Stakes. Viitattu 15.1.2016. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003>.

Porin kaupungin www-sivut. Viitattu 1.8.2015.

<https://www.pori.fi/perusturva/vanhuspalvelut.html>

Rauman kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015. <http://www.rauma.fi/tietoa-kaupungista/sosiaali-ja-terveystoimi-koontisivu/ikaihmissen-palvelut/>

Rovaniemen kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015.

<http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/juurruttaminen/vanhustyö>

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 19.9.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Siilinjärven kunnan www-sivut. Viitattu 4.10.2015.

<http://dakota.siilinjarvi.fi/D5Web/kokous/20131895-14-1.PDF>

Stenvall J. & Virtanen P. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen uudistaminen - kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma oy.

Suomisanakirjan www-sivut. 2015. Viitattu 30.8.2015.

<http://www.suomisanakirja.fi/kohderyhm%C3%A4>

Tammi T. 2013. Ikääntyneen potilaan kotiutus sairaalaosastolta potilasturvallisuuden ja hoidon laadun näkökulmasta. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2015.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58627/ONT.pdf?sequence=1>

Tampereen kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015.

<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kotihoito/kotiutustiimi.html>

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2015. Viitattu 4.10.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/keino/kohteryhmalahahtoisuus>

Tuli S. & Selin –Hannola L, 2009 Kotio-hankkeen loppuraportti. Tampereen kaupunki. Viitattu 4.10.2015

http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5nRFwkWn3/Kotiohankkeen_loppuraportti.pdf

Turun kaupungin www-sivut. Viitattu 4.10.2015. https://www.turku.fi/uutinen/2015-06-15_asiakkaan-kotiutuminen-sairaalasta-nopeutuu

Walsh D. & Soo D. 2005. Meta-Synthesis Method for Qualitative Research: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing* 50: 2, 204–211.

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Virtuaali ammattikorkeakoulun www-sivut.2009. Viitattu 30.8. 2015.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/>

Eija Rannikko
1/2015

Kokouskutsu

Hoitotyön opiskelija AHT14SR
Kanali kampus, Rauma
eija.rannikko@student.samk.fi

27.8.2015

LIITE 1.

Opinnäytetyön ohjausryhmän kokoontuminen

Aika: Keskiviikko 9.9.2015 klo 12.00

Paikka: Kokoushuone 3, Porin perusturvan hallinto 2.kerros

Käsiteltävät asiat:

- 1 Kokouksen avaus
- 2 Valitaan puheenjohtaja ja sihteeri
- 3 Tarkistetaan ohjausryhmän kokoonpano ja täydennetään ryhmää tarvittaessa
- 4 Projektisuunnitelman esittely
- 5 Keskeisten projektin tavoitteiden ja sisällön hyväksyminen
- 6 Muut asiat
- 7 Seuraava kokous
- 8 Kokouksen päättäminen

Eija Rannikko
Hoitotyön opiskelija

OPINNÄYTETÖN OHJAUSRYHMÄN MUISTIO

1(2)

Aika: Keskiviikko 9.9.2015 klo 12.00-13.30

Paikka: Kokoushuone 3, Porin perusturvan hallinto 2.kerros

Läsnä: Pirjo Rehula, Katriina Virtanen, Pia Jeskanen, Mari J. Levonen ja Eija Rannikko

Poissa: Katriina Lähteenmäki

Käsiteltävät asiat:

1 Kokouksen avaus

Eija Rannikko avasi kokouksen ja totesi läsnäolijat.

2 Valitaan puheenjohtaja, varapuheenjohtaja ja sihteeri

Sovittiin, että kokous on vapaamuotoinen ja muistiinpanot kirjaa Pia Jeskanen

3 Tarkistetaan ohjausryhmän kokoonpano ja täydennetään ryhmää tarvittaessa

Ohjausryhmässä oli riittävän monipuolisesti osallistujia.

4 Projektisuunnitelman esittely

Eija Rannikko esitteli opinnäytetyön projektisuunnitelman: keskeiset käsitteet, projektissa käytettävien menetelmien teoreettisen kuvauksen, joka koostuu kirjallisuuskatsauksesta ja vertailukehittämisestä, projektin tarkoituksen ja tavoitteet sekä toteutussuunnitelman.

5 Keskeisten projektin tavoitteiden ja sisällön hyväksyminen

Käytiin keskustelua projektin tavoitteista ja sisällöstä. Keskusteltiin tulevan kotiutustiimin kohderyhmästä, maksukäytännöistä, asiakkaiden tarvelähtöisyydestä, asiakkaaksi ottamisesta, moniammatillisuudesta, joustavasta käytännöstä, hoitotarvikkeiden kustannuksista, kolmannen sektorin palveluista ja kuka on asiakas lähettävän yksikön näkökulmasta? Projektisuunnitelma hyväksyttiin ja OP07A sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin. Sovittiin, että toimintamalli on valmiina marraskuun puolessa välissä 2015, koska kotiutustiimin projekti käynnistyy 1.12.2015.

LIITE 2.

2(2)

6 Muut asiat

Ei muita esille tulevia asioita

7 Seuraava kokous

Päätettiin, että ohjausryhmä ei kokoontu vaan valmis toimintamalli lähetetään Pirjo Rehulalle sähköisesti marraskuun puolivälissä.

8 Kokouksen päättäminen

Eija Rannikko päätti kokouksen

Laatinut: Eija Rannikko

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: <i>Rannikko Gija</i>	
Opiskelijanumero: <i>1401742</i>	Aloitusryhmä: <i>AHT14SR</i>
Koulutusohjelma: <i>Hoitotyö</i>	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Sirke Ajanko sirke.ajanko@samk.fi</i> <i>044-7103556</i>	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Poriin perustettava vanhuspalvelut</i> <i>Maanseläntien 31</i> <i>Piirjo Rehula piirjo.rehula@pori.fi</i> <i>PL 32</i> <i>28601 Pori</i>	
Opinnäytetyön nimi: <i>Kotihäätämien toimintamalli Poriin perustettavien vanhuspel-</i> <i>teille</i>	
Työn etenemisaikataulu: <i>Syys-Lokakuun 2015</i> <i>kirjallisuuskatsoo, vertailu kehitt-</i> <i>työnnä, marraspöytäkuun toimintamalli. Maaliskuun 2016 projek-</i> Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa <i>in perustettavien</i> <i>Rehulanin 600 m² m²</i>	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.	
Tätä sopimusta on laadittu <i>3</i> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: <i>9.9.2015</i>	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys: <i>Piirjo Rehula</i> <i>vanhuspöytäkuun johtaja</i> <i>PIIRJO REHULA</i>	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: <i>Ernst</i>	
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus: <i>Sirke Ajanko</i> <i>SIRKE AJANKO</i>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Gija Rannikko</i> <i>GIJA RANNIKKO</i>	

Sopimusehdot

Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työ sopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatu tasosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästy misestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustaa-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa. Opinnäytetyösopimus yhteistyötietoineen tallennetaan yhteistietojen liitteeksi SAMKin asiakkuudenhallintajärjestelmään Yrinetiin. Tallentamisesta on laadittu henkilötietolain 539/1999 mukainen rekisteriseloste.


Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

PORI

Perusturvakeskus

Liite 2


**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA
PÄÄTÖS**

Opinnäytetyön tekijää/tekijöitä koskevat tiedot	Suku- ja etunimet	Rannikko Eija
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta ja koulutusohjelma	Lähihoitajan toimi, perushoitajan tutkinto v. 1991
	Sairaanhoitaja AMK opinnot	Perusturvakeskuksen palveluksessa
	<input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, missä Vanhuspalvelut, Pitkääkaishoito os 9 <input type="checkbox"/> Ei	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Kotiosoite	Kalevanpuisto 58 C 61, 28120 Pori
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee	Satakunnan ammattikorkeakoulu, Rauma
Opinnäytetyön nimi	Opinnäytetyön nimi Kotiutustiimin toimintamalli Porin perusturvan vanhuspalveluille	
Lupahakemuksen valmistelua koskevat tiedot	Valmistelija ;Suku- ja etunimi/virka/toimi /Sähköpostiosoite/puh/gsm	Katriina Virtanen, vanhuspalveluiden päällikkö, p. 044 701 6751
	Lupahakemus saapunut (pp.kk.vvvv)	17.9.2015
	Yhteyshenkilön nimeäminen tarvittaessa	
	Opinnäytetyön raportointi	<input checked="" type="checkbox"/> Valmis raportti toimitetaan sähköisesti luvan valmistelijalle (liite 2) <input type="checkbox"/> Työ esitetään <input type="checkbox"/> palvelualueen työryhmässä <input type="checkbox"/> osastokokouksessa <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä
Pori 1.10.2015	Päiväys	
	Katriina Virtanen  valmistelija perusturvakeskuksessa	
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti	
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että	
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin	
	Tutkimusluvan alkamispäivä	
Tutkimusluvan päättymispäivä		

PORI
Perusturvakeskus

Liite 2

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA
PÄÄTÖS**

	Pori 6.10.2015 Päiväys
	Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys 
	Pirjo Rehula



Päätöspöytäkirja
§ 62/2015

Päätöspvm
9.10.2015
Yleishallinto

Porin kaupunki
Perusturva / Vanhuspalvelut

Vanhuspalveluiden johtaja

Otsikko

Tutkimuslupa, Eija Rannikko

**Asian esittely
ja perustelut**

Satakunnan ammattikorkeakoulun (hoitotyön koulutusohjelma, Rauma) opiskelija Eija Rannikko pyytää lupaa opinnäytetyölleen, jonka aiheena on kotiutustiimin toimintamalli Porin perusturvan vanhuspalveluille.

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda kotiutustiimille käyttökelpoinen toimintamalli, jonka avulla luodaan pohja onnistuneelle kotiutukselle. Toimintamalli yhtenäistää kotiutustiimin toiminnan eri lähipalvelualueilla. Tavoitteena on myös asiakaslähtöinen ja toimintakykyä tukeva malli sekä karsia päivystyskuluja ja tehostaa asiakkaiden kotiutumista ja kotona selviytymistä sairaalahoidon jälkeen.

Toimintamalli on valmis marraskuun 2015 loppuun mennessä ja opinnäytetyön raportointitilaisuus on maaliskuussa 2016.

Opinnäytetyön ohjaajina toimii Sirke Ajanko, lehtori, SAMK.

Vanhuspalveluiden päällikkö Katriina Virtanen suosittaa luvan myöntämistä.

Valmis opinnäytetyö pyydetään toimittamaan vanhuspalveluiden johtaja Pirjo Rehulalle, Maantiekatu 31, 28120 PORI.

Päätös

Myönnetään tutkimuslupa.

Allekirjoitus

Pirjo Rehula
Vanhuspalveluiden johtaja

Tiedoksi

Eija Rannikko

Liitteet

Oikaisuvaatimusohje

Oikaisuvaatimusohje

Oikeus oikaisuvaatimuksen tekemiseen

Päätökseen tyytymätön voi tehdä oikaisuvaatimuksen Porin perusturvalautakunnalle. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa, sekä Porin kaupungin jäsen.

Oikaisuvaatimusaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaamisesta. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua pöytäkirjanotteen lähettämisestä kirjeellä tai saantitodistuksen osoittamana aikana. Kaupungin jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Oikaisuvaatimuksen sisältö

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Oikaisuvaatimuskirjelmässä, joka osoitetaan Porin perusturvalautakunnalle, on ilmoitettava päätös, johon oikaisuvaatimus kohdistuu, sekä miten päätöstä vaaditaan oikaistavaksi.

Oikaisuvaatimuskirjelmä on allekirjoitettava.

Oikaisuvaatimuksen käsittelemiseksi kirjelmässä on ilmoitettava vaatimuksen tekijän nimi ja postiosoite, johon asiaa koskevat ilmoitukset vaatimuksen tekijälle voidaan toimittaa.

Oikaisuvaatimuksen perille toimittaminen

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusajan kuluessa Porin kaupungin kirjaamolle osoitteeseen:

Porin kaupungin kirjaamo
PL 121, 28101 PORI

käyntiosoite: Yrjönkatu 6 B 2. krs.
vaihe: (02) 621 3500
kirjaamo: (02) 621 1008
saksi: (02) 634 9417
sähköposti: kirjaamo@pori.fi

Hei!

Pyydän palautetta kotiutustiimin toimintamallista 15.1.2016 mennessä. Palautteen hyödynnän raportoinnissa, jossa saaman palautteen perusteella arvioin toimintamallin käytettävyyttä. Palaute annetaan nimettömänä ja sen voi postittaa oheisella kuorella.

1. Vastaako toimintamalli sille asetettuja tavoitteita?
2. Miten toimintamalli soveltuu käytäntöön?
3. Saavutetaanko toimintamallilla sille asetettu taloudellinen hyöty?
4. Tukeeko toimintamalli asiakaslähtöisyyttä?
5. Pystyykö toimintamallilla kehittämään vanhuspalveluja?

KIITOS PALAUTTEESTA!

Ystävällisin terveisin Eija Rannikko, hoitotyön opiskelija Samk

Kotimaiset hakutulokset

Tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi	tulokset	hyväksytyt
Doria	sairaalaista kotiutuminen	11	3
Medic	sairaalaista kotiutuminen	50	0
Julkari	sairaalaista kotiutuminen	40	1
Melinda	sairaalaista kotiutuminen	61	3
Google Scholar	sairaalaista kotiutuminen 2009-2015	120	3

tutkimuksen nimi, tutkimuksen tekijä	ketä tutkittu, kuinka monta tutkimukseen osallistui	mitä tutkittu	mitä tuloksia	millainen tutkimusasetelma	missä maassa tutkimus tehty
Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaista. Keskinen Päivi 2008.	Kahdella avoimella kysymyksellä sairaalan eri ammattiryhmiä edustavalta 11 tiedonantajalta.	Kuvata terveyskeskussairaalan hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista.	Arviointimittari	Kirjallisuuskatsaus ja kaksi avointa kysymystä	Suomi
Potilaskertomus - Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Lämsä Riikka 2013.	Havainnoimalla potilashuoneiden tapahtumia, tutkimuksen kohteena on potilas.	Potilaana olemisesta eli potiluudesta ja siitä, minkälaisena potiluus sairaalaosaston käytännöissä tuottuu.	Malli, joka kuvaa potiluuutta viiden aineistosta löytyneen ulottuvuuden kautta. Voidaan soveltaa muissa sairaaloissa.	Aineistolähtöinen, käytäntöjen tarkastelu aidossa ympäristössä	Suomi
Ikääntyneen kotiutuminen erikoissairaanhoidosta kotihoitoon. Haapalainen Miia & Savolainen Johanna 2015.	4 kotihoitoon kotiutunutta iäkästä ihmistä.	Tuottaa tietoa kotiutumisesta ikääntyneen näkökulmasta.	Saada esille ongelmia tai kehittämiskohteita kotiutumisessa. Kotiuttamisen kehittäminen.	Teemahaastattelu	Suomi
Iäkkään potilaan sairaalasta kotiutuminen. Laakkonen Sanna 2013.	75 vuotta täyttäneet ja vanhemmat potilaat, 104 kyselylomaketta	Kuvata potilaan omia vaikutusmahdollisuuksia kotiutumisen suunnitteluun ja toteutukseen sairaalassa.	Potilaan taustoihin tulisi perehtyä tarkemmin.	Kyselylomake oli kehitetty tätä tutkimusta varten.	Suomi
Kotiutuminen sairaalahoitosta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Mitronen Marjo & Solmula Pirjo 2011	Kuusi kotiutusohitajan asiakasta	Selvittää, miten asiakkaat olivat kokeneet kotiuttamisen sairaalahoitosta.	Asiakaslähtöisen kotiutumisen suunnittelun tärkeäksi lähtökohdaksi onnistuneelle kotona selviytymiselle sairaalassaolon jälkeen. Tuloksia	Teemahaastattelu	Suomi

			voidaan hyödyntää kotiutustiimin toiminnan kehittämiseen		
Iäkkään potilaan kotiutuminen yhteispäivystyksestä. Lammenranta Mira 2013.	95 sairaanhoitajaa, N=45	Selvittää, miten iäkkään potilaan kotiutuminen onnistuu yhteispäivystyksestä sairaanhoitajan näkökulmasta.	Sairaanhoitajat pitivät yhteistyötä melko sujuvana iäkkäiden potilaiden ja eri ammattiryhmien välillä. Tiedonkulun sujuvuudessa eroja.	Kysely laadittiin Kesken 2008 kehittämän kyselylomakkeen pohjalta. Kyselylomakke muokattiin, siinä oli 43 strukturoitua väitettä ja viisiporainen vastausasteikko.	Suomi
Ikääntyneen potilaan kotiutus sairaalasta potilasturvallisuuden ja hoidon laadun näkökulmasta. Tammi Tytti 2013	Osaston sairaanhoitajat, 16 kyselylomaketta, N=11	Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen iäkkään potilaan kotiuttamisessa sairaalan osastolta	Kotiutumisen tarkistuslista oli helpokäyttöinen apuväline turvallisen kotiuttamisen ja saumattoman jatkohoidon järjestämiseksi	Kyselylomake	Suomi
Kotiuttamisen kehittäminen Limingan terveyskeskussairaalassa. Niskanen Birgitta 2012	Terveyskeskuksen sairaanhoitajat 14 kyselylomaketta, N=10. Seitsemän yhtetystyökumppania, N=7.	Selvittää potilaan kotiuttamista, siihen liittyviä ongelmia ja kehittämishaasteita osaston henkilökunnan ja yhteistyökumppaneiden arvioimana.	Kirjaamisen ja tiedonkulun kehittäminen. Kotiutushoitajan työtehtävän kehittäminen osastolla ja potilaan kotiutusohjeen tuottaminen.	Kyselytutkimus.	Suomi

LIITE 8.

ALAKATEGORIA

Lääkäri tekee päätöksen kotiuttamisesta
Lääkäri kuuntelee hoitajien, potilaan ja omaisen mielipidettä
Vuorovaikutus
Kotiuttamisen ammattitaito
Suullinen ja kirjallinen ohjeistus
Lääkitys
Vaihtuvat lääkärit
Kirjaaminen
Sairauden paraneminen
Tilan koheneminen
Mitattavat suureet

YHDISTÄVÄ TEKIJÄ

Päätös kotiuttamisesta
Ammattitaito
Lääkitys
Tutkimustulokset

YLÄKATEGORIA

LÄÄKETIETEELLINEN PERUSTE

LIITE 8.

ALAKATEGORIA

Tiedon saaminen
Epävarmuus tulevasta
Läheisten osuus
Turvallisuuden tunne/turvattomuuden tunne
Osallistuminen päätöksentekoon
Avun tarvetta vastaava palvelu
Kuntoutumisen odotukset
Mielipide/hoidosta kieltäytyminen
Tarpeet
Hyvä terveys ja toimintakyky
Sopeutuminen muutokseen
Itsenäinen selviytyminen
Heikentynyt fyysinen toimintakyky/muisti
Apuvälineet/Kaatuilu
Kodin muutostyöt
Turvapuuhelin- ja -ranneke
Hoitotarvikkeet
Päihteiden käyttö

YHDISTÄVÄ TEKIJÄ

Tiedon kulku
Selviytyminen arjesta
Sosiaalisen verkoston tuki
Itsenäinen eläminen
Sopeutuminen
Tukipalvelut
Heikentynyt toimintakyky
Koekotiutus
Päihteiden käyttö

YLÄKATEGORIA

POTILASLÄHTÖINEN PERUSTE

TOIMINTAKYKY

ELÄMÄNTILANNE

LIITE 8.

ALAKATEGORIA

Kotiutuspalaveri/Kirjaaminen
Kotiuttamisajankohta/-vaihtoehdot
Toimintakyvyn ja voimavarojen kartoitus
Palveluiden kartoittaminen
Tiedonkulku ja yhteistyö
Aikataulutettu kotiutussuunnitelma
Omahoitaja koordinaattorina
Asenteet/Ilmapiiiri
Kotiuttamisen ammattitaito
Selviytymisen tunnistaminen
Kontrollikäynnit
Lääkehoito
Työvuorosuunnittelu
Jatkohoidon ohjaus/Koekotiutus
Puuttuvat asiakirjat
Lyhentyneet hoitojaksot/kustannukset
Kiire/tehokkuus/kuunteleminen

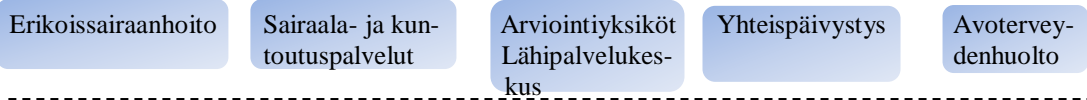
YHDISTÄVÄ TEKIJÄ

Kotiutusprosessi
Toimintakyvyn ja voimavarojen kartoitus
Tiedonkulku
Ammattitaito
Työvuorosuunnittelu
Laitoshoidon kustannukset
Lääkitys
Jatkohoidon ohjeistus
Kiire/tehokkuus
Fysioterapia

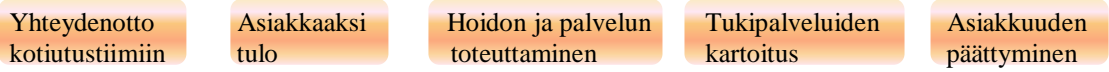
YLÄKATEGORIA

HALLINNOLLINEN PERUSTE

Lähetettävät yksiköt



Asiakkaan polku palvelussa



Asiakkaalle näkyvä osa palvelua



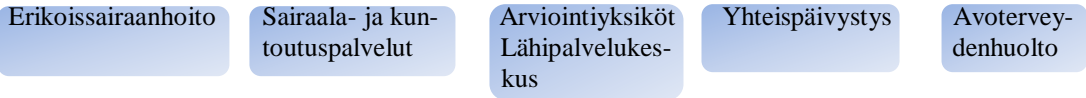
Asiakkaalle näkymätön osa palvelua



Päätöksenteko

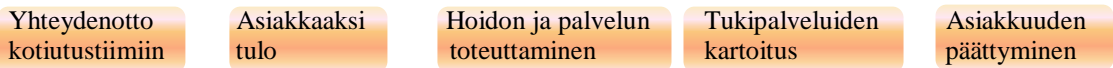
Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L 29.4.2005/272) ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 28.6.1994/559)
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L 3.8.1992/734 ja L 13.3.2003/221)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785)
Kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66)
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812)
Sosiaalihuoltolaki (L 17.9.1982/710)
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 28.12.2012/980) eli nk. Vanhuspalvelulaki

Lähtävät yksiköt

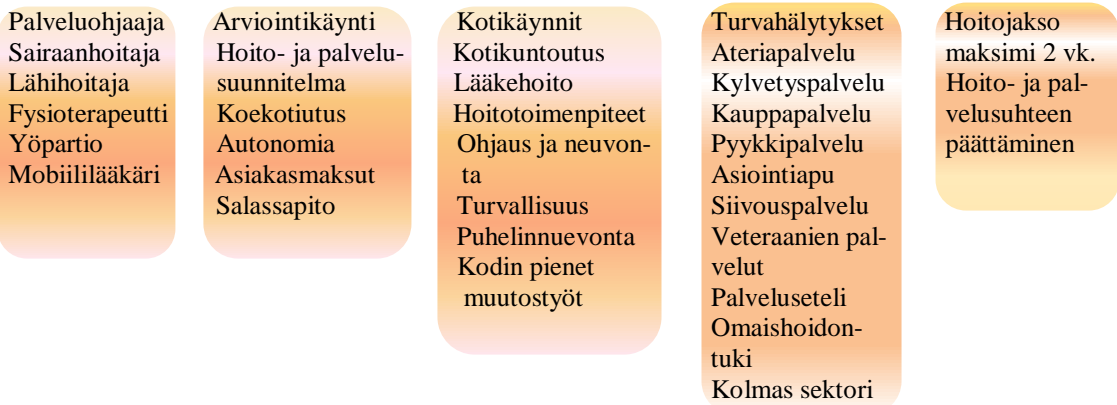


Porin yhteistoiminta alueella kotiutustiimiin lähtävät yksiköt ovat erikoissairaanhoidon yksiköt, sairaala- ja kuntoutuspalvelut, arviointiyksiköt Maantiekadulta ja Ulvilasta, lähipalvelukeskus, yhteispäivystys ja avoterveydenhuolto. Lähtävä tahon arvioi tarpeen ja ottaa yhteyttä asiakkaan suostumuksella kotiutustiimiin. Päätös kotiutustiimin asiakkaaksi pääsystä tapahtuu yhteydenoton perusteella ja kotiutus voi tapahtua nopeasti ja joustavasti.

Asiakkaan polku palvelussa



Asiakkaalle näkyvä osa palvelua



Kotiutustiimin asiakkaasi pääsee 65- vuotta täyttänyt, joka ei ole säännöllisen kotihoidon asiakas. Asiakas, joka tarvitsee tukea turvalliseen kotiutumiseen lyhyellä ajalla selviytyäkseen sen jälkeen arjessa itsenäisesti. Kotiutustiimin kautta voidaan toteuttaa myös koekotiutukset haastavissa asiakkuuksissa.

LIITE 9.

Asiakkaaksi tulo tapahtuu arkipäivisin lähettävän tahon yhteydenotolla kotiutustiimin palveluohjaajaan, joka koordinoi asiakkaan oman lähipalvelualueen kotiutustiimille. Iltavuorossa yhteydenotto tapahtuu kotiutustiimin sairaanhoitajaan ja yöaikaan yöpartioon. Asiakkaan suostumus on lähtökohtana hoidolle. Hoidon ja palvelun toteutustapoja ovat kotikäynnit ja yhteydenotot puhelimitse. Kotiutustiimin käyntimaksu on 9,30€/päivä ja fysioterapeutin käynti 9,30€/päivä. Lääkärikäynti 14,70€/kerta. Tukipalveluilla on kiinteät maksut. Arviointikäynti ja puhelinkontaktit ovat asiakkaalle ilmaisia.

Kotiutustiimin henkilökunta koostuu palveluohjaajasta, sairaanhoitajista, lähihoitajista ja fysioterapeutista. Kotiutustiimi toimii 7 päivää viikossa kahdessa vuorossa. Kotikäynnin kesto on keskimäärin 1-1½ tuntia/kerta tarpeen mukaan. Asiakkaaseen pidetään yhteyttä myös puhelimitse. Yhteistyö yöpartion kanssa tukee kotiutustiimin toimintaa mahdollistamalla kotiutuksen esimerkiksi yöaikaan yhteispäivystyksestä. Mobiililääkäreitä konsultoidaan asiakkaan lääketieteellisessä tarpeessa. Työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus ja tiedonkulku tapahtuu ainoastaan asiakkaan ja hoitoon osallistujien kesken.

Kotiutustiimin toimintaperiaatteena on kotiutumisen tehostaminen asiakaslähtöisen, lyhytkestoisen hoidon ja palvelun sekä kuntoutumisen tukemisen avulla. Kotiutustiimin toiminta perustuu toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan, asiakkaiden yhdenvertaisuuteen ja turvallisuuteen. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus häntä koskevissa asioissa ja hänellä on oikeus osallistua oman hoidon suunnitteluun.

Kotiutustiimin palveluohjaaja tai sairaanhoitaja tekee arviointikäynnin, jolloin laaditaan asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotiutumisen tapahduttua yhteispäivystyksestä tai avoterveydenhuollosta kotiutustiimi menee asiakasta vastaan kotiin, hoito- ja palvelusuunnitelma kirjataan hoidon tarpeen mukaan seuraavalla käynnillä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa kirjattaessa selvitetään asiakkaan toimintakyky

LIITE 9.

ja voimavarat. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan hoitajakson tavoitteet, toteutustapa ja keinot, joilla tavoitteet saavutetaan. Tarvittavat hoitotarvikkeet ovat asiakkaalle ilmaiset. Suunnitelmaa kirjattaessa huomioidaan myös asiakkuuden haasteet elämäntilanne kartoittamalla sekä tehdään suunnitelma arjessa selviytymiselle.

Kotiutustiimin jäsenet osallistuvat asiakkaan hoidon, palvelun ja kuntoutumisen toteuttamiseen sekä kartoittavat mahdollisten apuvälineiden, pienten kodin muutostöiden ja tukitoimien tarpeen. Asiakkaan kotiutuessa kotiutustiimi käy tarvittaessa apteekissa hakemassa lääkkeitä, jotka asiakas maksaa itse.

Tavoitteena on asiakkuuden päätyttyä, että asiakas selviytyy arjesta itsenäisesti. Jos itsenäinen selviytyminen ei onnistu, järjestetään asiakkaalle jatkohoito ja tarvittavat tukitoimet. Asiakkuuden päätyttyä kirjataan hoidon ja palvelun loppuyhteenveto, jossa arvioidaan toteutunut hoitajakso.

Asiakkaalle näkymätön osa palvelua



Palveluohjaajan tehtäviin kuuluu asiakkaan koordinaatio lähipalvelualueen kotiutustiimille, hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen, työvuorojen suunnittelu, laskutus, työhyvinvointia edistävä toiminta, tiimipalaverien järjestäminen, perehdytys, koulutuksen tarjoaminen ja työasun järjestäminen. Poissaoloista ilmoitetaan palveluohjaaja

LIITE 9.

jalle, joka vahvistaa myös vuosilomat. Kotiutustiimin henkilökunnalla on matkapuhelimet käytössä yhteydenpitoa varten ja matkalaskut hoidetaan organisaation ohjeen mukaan. Henkilökunnalle kuuluu hoitotarvikkeiden tilaus. Kotiutustiimillä on myös toimisto- ja taukotilat organisaation osoittamassa paikassa. Kirjaus tapahtuu Efficatietojärjestelmään rakenteisen kirjaamisen periaatteella organisaation ohjeen mukaan.

Kotiutustiimille kirjataan oma lääkehoitosuunnitelma ja lääkepoikkeamat kirjataan HaiPro-järjestelmään. Omavalvonta kirjataan ja toteutetaan sille asetettujen määräysten mukaan. Asiakkailta ja hänen omaiseltaan pyydetään palautetta saadusta hoidosta ja palvelusta kotiutustiimin kehittämiseksi. Henkilökunnalta pyydetään säännöllisesti palautetta toiminnan kehittämiseksi. Asiakkaan itsenäisen selviytymisen tueksi tehdään moniammatillista yhteistyötä eri terveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä eri järjestöjen kanssa. Kotiutustiimin asiakkaana voi olla maksimissaan kaksi viikkoa. Kotiutustiimin tarkoitus on tarjota mahdollisimman monelle asiakkaalle tehostettua tukea kotiutustilanteessa. Tarkoitus ei ole järjestää pitkäkestoista hoivaa ja palvelua. Nopealla kierrolla kotiutustiimi pystyy ottamaan asiakkaita enemmän, eikä lähettävissä tahoissa tapahdu ruuhkaantumista.

Päätöksenteko

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L 29.4.2005/272) ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 28.6.1994/559)
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L 3.8.1992/734 ja L 13.3.2003/221)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785)
Kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66)
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812)
Sosiaalihuoltolaki (L 17.9.1982/710)
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 28.12.2012/980) eli nk. Vanhuspalvelulaki

Päätöksen teko pohjautuu hoitotyötä ohjaaviin lakeihin ja asetuksiin.