

Ennakoiva ja järjestelmällinen kotiutusprosessi

Heljä Järvinen

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2019
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä(t) Järvinen Heljä	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 06/2019
	Sivumäärä 26	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: -
Työn nimi Ennakoiva ja järjestelmällinen kotiutusprosessi		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Matilainen Irmeli, Räsänen Riitta		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveyskeskussairaaloiden kotiutusprosessien toimivuutta ja etsiä niiden kehittämiskohteita terveyskeskussairaalaissa. Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston keruussa painotettiin kotimaisia tutkimuksia ja selvityksiä, koska tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa kotiutusprosessien parantamiseen suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä.</p> <p>Aihe on tärkeä, koska väestön ikääntyminen ja sairaalahoitajaksojen lyheneminen yhdessä sairaalapaikkojen vähenemisen kanssa aiheuttavat tarpeen varmistaa kotiutumisen onnistuminen ja optimoida sen ajankohtaa. Aihealuetta on viimeisten kymmenen vuoden aikana tutkittu Suomessakin paljon ja toistuvasti on saatu samansuuntaisia tuloksia.</p> <p>Kotiuttamista on suunniteltava heti sairaalahoitajakson alusta lähtien ja kotiutussuunnitelmaa on vietävä johdonmukaisesti eteenpäin siten, että potilas saadaan kotiutettua hoitoprosessin lopussa suunnitelmien mukaan ja saadaan vältettyä sekä ennenaikaiset kotiutukset ja tarpeeton hoitajaksojen pitkittyminen.</p> <p>Kotiutusprosessin laatua on mahdollista ja tarpeellista parantaa potilastietojen järjestelmällisellä rakenteisella kirjaamisella, hyvällä moniammatillisella yhteistyöllä ja kattavalla yhteistoiminnalla palvelujärjestelmän eri osien välillä. Näiden saavuttamiseksi terveydenhuollon työntekijöitä on edelleen sitoutettava ja motivoitava järjestelmällisyyteen sairaalahoidon toteuttamisessa. Tässä onnistuminen edellyttää johdon säännöllistä kontaktia ja valvontaa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kotiutusprosessi, kotiuttaminen, kotihoito, potilaan kotiuttaminen, vuodeosastohoito		

Author(s) Järvinen Heljä	Type of publication Bachelor's thesis	Date 06/2019 Language of publication: Finnish
	Number of pages 26	Permission for web publication: x
	Title of publication Proactive and systematic patient discharge process	
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Matilainen Irmeli, Räsänen Riitta		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to examine the functioning of the discharge procedures of primary care hospitals and to find their development targets. The thesis was implemented as a descriptive literature review. The collection of data focused on domestic studies and surveys, as the aim was to produce research-based information for the improvement of the discharge processes in the Finnish health service system.</p> <p>The topic is important because the aging of the population and the shorter periods of hospitalization together with the decrease in the number of hospital beds make it necessary to ensure the success of patient discharge and optimize its timing. The topic has been studied in Finland for the past ten years, and the results have repeatedly been quite similar.</p> <p>The discharge process must be planned right from the start of the hospital treatment cycle and the patient's discharge plan must be consistently advanced so that the patient can be discharged as planned at the end of the treatment process and avoid premature discharges and unnecessary prolongation of treatment periods.</p> <p>It is possible and necessary to improve the quality of the discharge process through systematic structured recording of patient data, good multi-professional teamwork and comprehensive collaboration between different parts of the service system. In order to achieve these, healthcare professionals need to continue to be committed and motivated to systematically implement hospital care. Success requires regular contact and supervision by management.</p>		
Keywords/tags (subjects) Home care, patient discharge, discharge process, inpatient treatment		

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Ennakoiva jatkohoidon suunnitelma	4
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	6
4	Opinnäytetyön toteutus	6
	4.1 Menetelmä, aineisto ja sisäänottokriteerit.....	6
	4.2 Aineiston analyysi.....	8
5	Tulokset	9
	5.1 Kotiutusprosessi terveydenhuollossa	9
	5.2 Potilaan ohjaaminen, hoitotyön kirjaaminen sekä moniammatillinen yhteistyö.....	13
6	Johtopäätökset.....	16
	6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset	17
	6.2 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset	17
7	Pohdinta.....	18
	Lähteet	22
	Liitteet.....	25
	Liite 1. Tarkistuslista kotiutuksiin. (Arfman, O. 2017. Muokattu.).....	25
	Liite 2. Discharge principles for staff working in acute medicine units (AMUs)	

1 Johdanto

Väestön ikääntymisen myötä kotona asuu toimintakyvyltään entistä huonokuntoisempia ja sairaampia ihmisiä, jotka tarvitsevat yhä enemmän kuntoutusta, tutkimuksia ja hoitoja sairaaloissa. Kotiutuminen sairaalahoidosta tapahtuu nopeasti, mikä lisää riskiä toipilaana kotiutumiseen. Tämä voi johtaa siihen, että potilas hakeutuu suunnittelemattomasti uudelleen sairaalahoitoon jo pian kotiutumisen jälkeen. (Koponen 2003, 28.)

Sairaalahoidosta kotiutuminen on keskeinen tapahtuma terveydenhuollossa. Sen onnistumisen tärkeys ymmärretään vuosi vuodelta yhä paremmin. Aiemmin potilaat saattoivat olla sairaalahoidossa pitkäänkin erilaisia tutkimuksia ja hoitoja varten. Lääketieteen menetelmien kehittyminen on muuttanut monet tutkimukset ja suuren osan hoidoistakin polikliinisiksi ja varsin lyhytkestoisiksi. Tämän myötä osastopaikat ovat vähentyneet ja jopa kokonaisia osastoja on lakkautettu. Lähes kaikissa sairaaloissa on usein pulaa potilaspaikoista ja siksi potilaita kotiutetaan aiempaan käytäntöön nähden lyhyempien hoitajaksojen jälkeen. (Rauhasalo 2003, 11.) Tällöin on lisääntynyt riski kotiutuksen epäonnistumiselle varsinkin, jos kotiutuvan potilaan toimintakyky on korkean iän ja toimintakyvyn vajauksen tai monien sairauksien heikentämä. Keskenäreiseksi tai jopa saamatta jääneen tarpeellisen hoidon takia potilas ei pärjääkään kotona ja hän joutuu palaamaan sairaalaan, usein päivystysvastaanoton kautta.

Kotiutuksen epäonnistuessa sairaalan tulee tehdä uudet hoitosuunnitelmat, potilas on epätietoinen erilaisista siirtymisistä ja omaiset ovat huolissaan potilaan huonokuntoisena kotiuttamisesta. Inhimillisen haasteen lisäksi epäonnistuneeseen kotiuttamiseen liittyy myös ylimääräistä resurssien kulutusta, joka ei paranna saatua hoitotulosta. Tätä on kuvattu pyöröovi-ilmiönä, kun kohta kotiutumisen jälkeen potilas joudutaan ottamaan sairaalaan uudelleen samasta syystä kuin edelliselläkin kerralla. Ongelmana voi olla myös viivästynyt kotiuttaminen, jolla tarkoitetaan sellaista tilannetta, että potilas ei enää tarvitse sairaalan hoitoja, mutta kotiuttaminen ei onnistu, kun jatkohoitopaikkaa ei saada järjestymään. Kotiutumisen suunnitteluun ja toteuttamiseen on panostettava riittävästi ja moniammatillisesti, jotta se onnistuu kerralla. (Lämsä 2013, 109.)

Kotiuttaminen on monimutkainen sarja toimintoja, joiden seurauksena potilas pääsee tarpeelliset hoidot saatuaan sairaalasta kotiin sellaisessa kunnossa, että hän siellä selviytyy. Kotiuttamissuunnitelma on potilaan kotiuttamista varten yksilöllisesti laadittu asiakirja, jossa kirjataan järjestelmällisesti kaikki hoidon jälkeen kotona selviytymisen turvaamiseksi tarvittavat asiat. Kotiuttamissuunnitelmaa on tarpeen tehdä ja toteuttaa heti hoitajakson alusta lähtien. Moniammatillinen yhteistyö on sairaalan osaston eri ammattiryhmien edustajien yhteen sovitettua ja suunnitelmalista toimintaa potilaan asiassa. Kotiutumisen ajankohta on työaikarutiinien rajoittama. Kotihoidolle on hankalaa järjestää jatkohoitoa viikonloppuisin tai juhlapyhinä. Lisäksi potilaiden omaiset ovat joskus kotiuttamisyrityksiä vastaan, jos kokevat potilaan liian heikkokuntoiseksi kotona pärjätäkseen. (Koski 2017, 77-78.)

Terveydenhuollon toimintaa ja yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa säädetään monilla säädöksillä, muun muassa Terveydenhuoltolailla (1326). Tärkeitä ovat myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Sosiaalihuoltolaki (812/2000) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Edellä mainittu, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), niin sanottu potilaslaki määrittää, että kaikilla potilailla on oikeus hyvään, suunnitelmalliseen ja tarkoituksenmukaiseen hoitoon ja hoidon sisältö ja suunnitelmat on oltava selkeästi kirjattuina potilaskertomuksiin. Lain noudattaminen antaa mahdollisuuden hyvään ja laadukkaaseen hoitotulokseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, miten ennakoiva ja järjestelmällinen kotiutusprosessi toteutuu terveydenhuollossa ja miten kotiutusta tulee kehittää. Tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa kotiutusprosessin tueksi hoitotyöhön. Tutkimuskysymyksinä on, miten kotiutusprosessi toimii terveydenhuollon osastoilla ja miten sitä tulee kehittää.

2 Ennakoiva jatkohoidon suunnitelma

Kotiutuminen on prosessi, jonka tulee alkaa jo potilaan tullessa sairaalaan ja annettulla hoidolla tähdätään oikea-aikaiseen ja suunnitelmalliseen kotiutukseen. Aiheeseen liittyvistä käsitteistä kotiuttaminen kuvaa lähinnä toimintaa sairaalan näkökulmasta, ”kotiin päästämistä tai lähettämistä” ja kotiutuminen potilaan näkökulmasta, ”kotiin menemistä”. Potilaan näkökulmaa on tutkinut mm. Mitronen (2011, 26-28.)

Erityisesti ikäihmisten terveystalveissa on tapahtunut viime vuosina voimakas muutos. Väestörakenne on muuttunut yhä vanhusvoittoisemmaksi. Korkean iän saavuttaneiden potilaiden turvallinen ja onnistunut kotiuttaminen vaatii järjestelmällistä moniammatillista yhteistyötä kotona selviytymisen turvaamiseksi. Potilaiden ikäsiinänsä ei aiheuta riskiä kotiutuksen epäonnistumiselle, mutta iäkkäiden potilaiden toimintakyky on usein sekä sairauksien että ikääntymiseen liittyvien muutosten heikentämä. Sairaanhoidon potilaista suuri osa kuuluu ikääntyneeseen väestöön ja heidän hoitojärjestelmänsä on varsin monimutkaiseksi pirstaloitunut. (Räsänen 2011, 22.)

Kotiutumisen onnistumisen varmistaminen on keskeistä ja sitä on tutkittu ja kehitetty paljon. Tulosten siirtämisessä käytäntöön on edistytty hitaasti. Raisiossa on aiheesta tehty YAMK-opinnäytteet Malmbergin (2010) ja Arfmanin (2017) toimesta. Onnistuneeseen kotiutumiseen liittyvät merkinnät kirjataan potilaskertomusjärjestelmään rakenteisesti ja yhdenmukaisuuteen pyrkien. Potilaiden kotiutumista työstehtään moniammatillisesti. (Arfman 2017, 14-15.)

Arfmanin (2017, 47-50) opinnäytetyössä tuotettiin kotiutusmalli (Liite 1), jossa ajatuksena oli kotiutussuunnitelman tekemisen aloittaminen mahdollisimman pian potilaan tultua osastolle. Siinä varmistetaan hoidon jatkuvuus sekä kotiolosuhteiden huomioiminen osastolle tullessa ja osastolta kotiutuessa. Kotiutuessa tulee kirjata huolellisesti potilaan hoitoon ja toimintakykyyn liittyviä yksityiskohtia. Etenkin lääkehoidon oikean toteutumisen varmistaminen on tärkeä turvallisuusseikka.

Kotiutumisen onnistumisen varmistaminen on havaittu hoitoketjun kriittiseksi kohdaksi useimmissa sairaaloissa. Asiaan on panostettu paljon viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana ja sairaalan ja kotihoidon välisen tiedonkulun ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön kehittäminen on ollut tutkimuksen ja kehittämisen kohteena. (Keskinen 2008, 21-23; Tanner-Paasto 2010, 24-26.)

Kotiutusprosessiin on eri tahoilla kiinnitetty huomiota. Helsingin kaupungin toteuttama projekti 2006-2007 projektin muun muassa kotiutusprosessin paransi ja yhtenäisti kotiutusprosessia. (Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon 2007, 4.) Myös Koski (2017, 9) on tutkinut ja kehittänyt kotiutusprosessia. Aiheesta on tehty lukuisia muitakin opinnäytetöitä. Muun muassa oulaislaisten ikääntyvien kokemuksista kotiutushoitajalta saamistaan palveluista on tehty laadullista tutkimusta. (Haarala 2011, 3; Keskinen 2008, 28.)

Edellytyksenä onnistuneelle kotiutukselle ja kotona selviytymiselle ovat toimiva tiedonkulku, yhteiset hoitoperiaatteet ja toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kesken. (Hammar & Perälä 2007.) Turvallinen kotiutuminen edellyttää hyvää yhteistyötä myös potilaan ja hänen omaistensa, sekä kotihoitoon että sairaalan moniammatillisen tiimin kanssa. Kirjaamisen ohjeistamista hoitotyöntekijöille tulee parantaa erityisesti, koska terveyskertomusmerkinnät ovat keskeisiä potilasturvallisuuden kannalta (Jylhä 2017, 61).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuonna 2012 hankkeita näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan kehittämiseksi. Yhdessä näistä valittiin kehittämiskohdeeksi potilaan turvallinen kotiuttaminen vuodeosastolta. Tämänkin työryhmän tekemä kirjallisuuskatsaus osoitti kotiuttamissuunnitelman, moniammatillisen yhteistyön ja potilaan sekä hänen läheistensä ohjauksen ja neuvonnan tärkeyden. (Koponen ym. 2012.) Koposen ym. (2012) työryhmä totesi, että jo vuonna 2009 laadittu osastolta kotiutuksen tarkistuslista voitiin edelleen katsoa näyttöön perustuvaksi. Kun tarkasteltiin tarkistuslistan käytön toteutumista kotiutuksissa tuli kuitenkin esille, että sen käyttäminen oli satunnaista ja kotiutusten laatu siten vaihteli. (Koponen ym. 2012, 3.)

Santala (2011) tutki opinnäytetyössään hoitohenkilökunnan kokemuksia kotiutusprosessista ja pyrki selventämään kotiutushoitajan toimenkuvaa. Kotiutuksen onnistumiseksi pidettiin tärkeinä riittävää ennakkosuunnittelua ja tiedon kulun parantamista. Lisäksi yhteistyö kotiutuvan potilaan omaisten kanssa koettiin hyvin tärkeäksi. Santalan työssä tuli esille henkilöstön toive saada enemmän palautetta kotiutumisten onnistumisesta. Myös hyvin onnistuneista kotiutuksista toivottiin enemmän tietoa. (Santala 2011, 32-33.)

Yhteenvedona todetaan, että sairaalahoidosta kotiutuminen on toistuva tapahtuma terveydenhuollossa. Sen onnistumisen tärkeys ymmärretään vuosi vuodelta yhä paremmin. Kotiuttaminen on sarja toimintoja, joiden seurauksena potilas pääsee sairaalahoidosta kotiin. Kotiuttamissuunnitelma on potilaan kotiuttamista varten yksilöllisesti laadittu asiakirja, jossa kirjataan hoidon jälkeen kotona selviytymisen turvaamiseksi tarvittavat asiat. Moniammatillinen yhteistyö on sairaalan osaston eri ammattiryhmien edustajien yhteistoimintaa potilaan asiassa.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotiutusprosessin ongelmakohtia.

Eryteisesti:

1. Miten kotiutusprosessi toimii terveydenhuollon osastoilla?
2. Miten kotiutusprosessia tulee kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena on ehdottaa kotiutusprosessin ongelmakohtiin parannus- ja kehitysmahdollisuuksia.

4 Opinnäytetyön toteutus

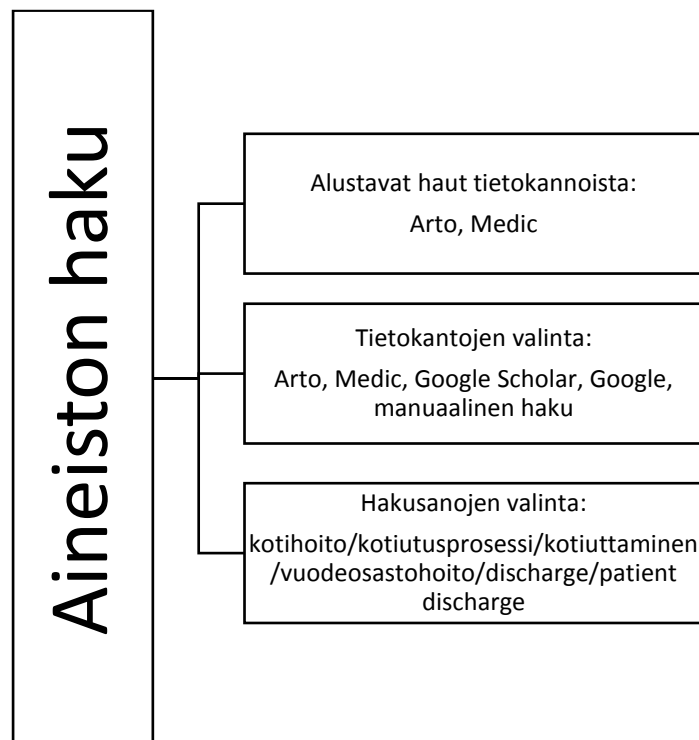
4.1 Menetelmä, aineisto ja sisäänottokriteerit

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, miten kotiutusprosessi toimii terveydenhuollon osastoilla ja miten kotiuttamisprosessia tulee kehittää.

Opinnäytetyö on tehty vaiheittain vuosina 2017-2019 tietohakujen avulla ja arvioimalla eri tutkimuksissa ja katsauksissa saatuja tuloksia vuosilta 2002-2019. Aineiston keruu tehtiin Arto-, Medic-, Google, Google Scholar-tietokannoista ja lisäksi manuaalisesti löydettyjen artikkelien lähdeluetteloja tarkastelemalla. Eniten hakutuloksia antoi Google. Hakusanoina käytettiin ”kotihoito”, ”kotiutusprosessi”, ”kotiuttaminen”, ”vuodeosastohoito”, ”patient discharge” ja ”discharge”. Hakutuloksista valittiin katsaukseen ajankohtaisimmat ja Suomen olosuhteisiin sopivimmat artikkelit.

Arto-tietokannasta saatiin 979 osumaa, joista tuli käytettäväksi 3 lähdettä. Medic-tietokannasta saatiin 320 osumaa, joista valikoitui 8 lähdettä. Lopuksi valittiin Arto-, sekä Medic-tietokannoista 3 lähdettä tässä opinnäytetyössä käytettäväksi. Google Scholar ei antanut tämän opinnäytetyön kannalta hyödyllisiä osumia. Googlasta löytyi valtava määrä osumia eikä niitä voinut käydä systemaattisesti läpi, vaan valinta tehtiin otsikoiden perusteella.

Hakukielinä olivat suomi ja englanti. Koska tutkittiin suomalaisten terveyskeskussairaaloiden kotiutuskäytäntöjä, pitäyduttiin pääosin kotimaisissa lähteissä. Yksi brittiläinen tutkimus otettiin mukaan, koska se oli laajahko katsaus kotiutusprosessin parantamisesta ja tarpeet sekä menetelmät olivat kovin samanlaiset kuin Suomessakin on todettu.



Kuvio 1. Aineistohakujen eteneminen

Valintakriteereinä oli relevanssi, tietojen laajuus ja yleistettävyyys maamme oloissa sekä käytännöllisyys. Ne tutkimukset, jotka olivat puutteellisia edellä mainittujen kriteereiden valossa, jätettiin huomiotta.

<p>Sisäänottokriteerit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Koko teksti saatavilla ✓ Tiivistelmä saatavilla ✓ Aikaraja 2003-2017 (työn edetessä aikarajaa muutettiin 2002-2019) ✓ Vertaisarvioitu ✓ Käsitteli kotiutusprosessia ja sen toimivuutta
<p>Poissulkukriteerit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Otsikon perusteella ei liittynyt aiheeseen ✓ Koko tekstiä ei ollut saatavilla ✓ Tutkimuksen tuloksissa ei kotiutusprosessi tullut esille

Kuvio 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

4.2 Aineiston analyysi

Menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Valitut tutkimukset arvioitiin edellä kuvattujen kriteerien perusteella. Lähdeaineisto käytiin läpi ja arvioitiin millaisia tuloksia eri tutkimuksissa ja katsauksissa oli saatu. Näin muodostui käsitys kotiutusprosessin muodosta, toiminnasta ja kehittämistarpeista. Lisäksi määriteltiin aihealueen keskeiset käsitteet: kotiuttaminen, kotiutussuunnitelma, moniammatillinen yhteistyö.

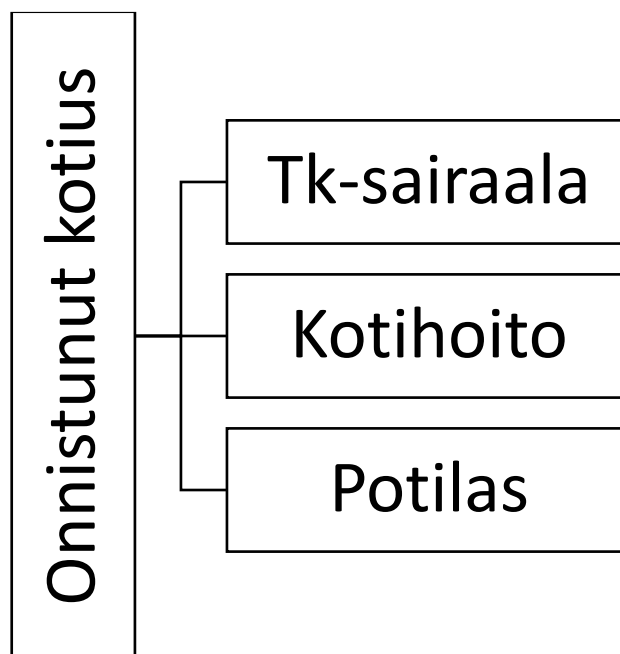
Aineisto on ensin redusoitu eli pelkistetty tiivistämällä tai pilkkomalla aineistoa osiin. Sen jälkeen se on klusteroitu eli ryhmitelty. Aineisto koodattiin ja käytiin tarkasti läpi, siitä etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet on ryhmitelty ja yhdistetty luokaksi sekä nimetty luokan sisältöä kuvaavalla nimikkeellä. Näin saatiin aineistoa tiivistettyä, kun yksittäiset tekijät sisällytettiin yleisempiin käsitteisiin.

Viimeisenä vaiheena oli abstrahointi eli tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon erottaminen, jonka perusteella muodostettiin teoreettinen käsitteistö. Abstrahointia jatkettiin yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston näkökulmasta oli mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123-125.)

5 Tulokset

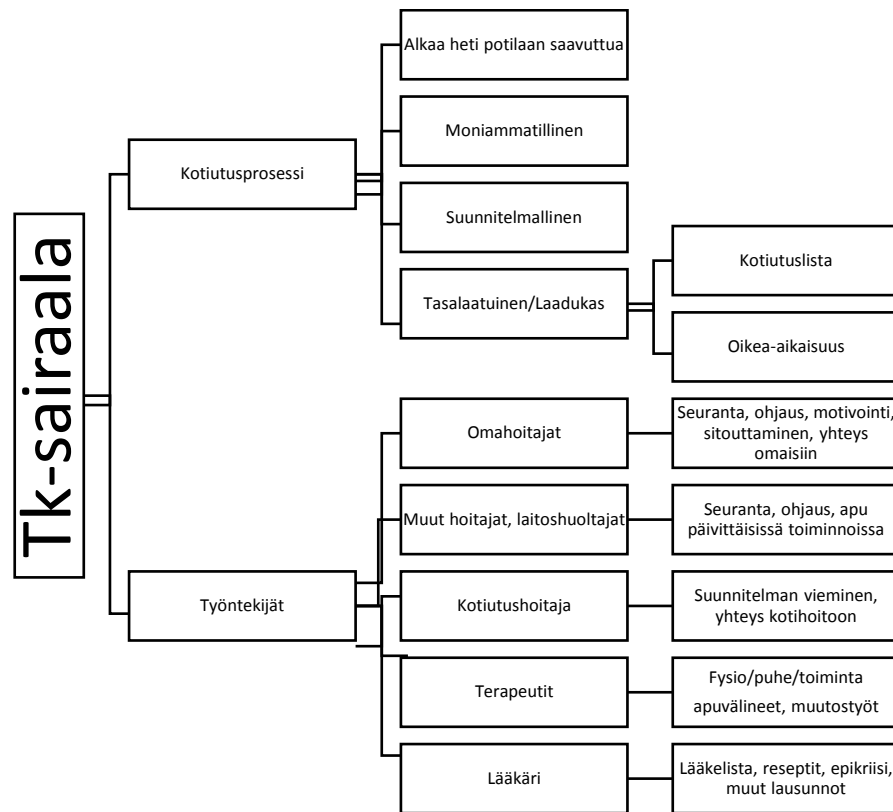
5.1 Kotiutusprosessi terveydenhuollossa

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, miten ennakoiva ja järjestelmällinen kotiutusprosessi toteutuu terveydenhuollossa ja miten kotiutusta tulee kehittää. Tuloksista nousee näyttöön perustuvalla kotiutukselle kolme pääluokkaa: Potilaan ohjaaminen, hoitotyön kirjaaminen ja moniammatillinen yhteistyö.



Kuvio 3. Onnistunut kotiutus

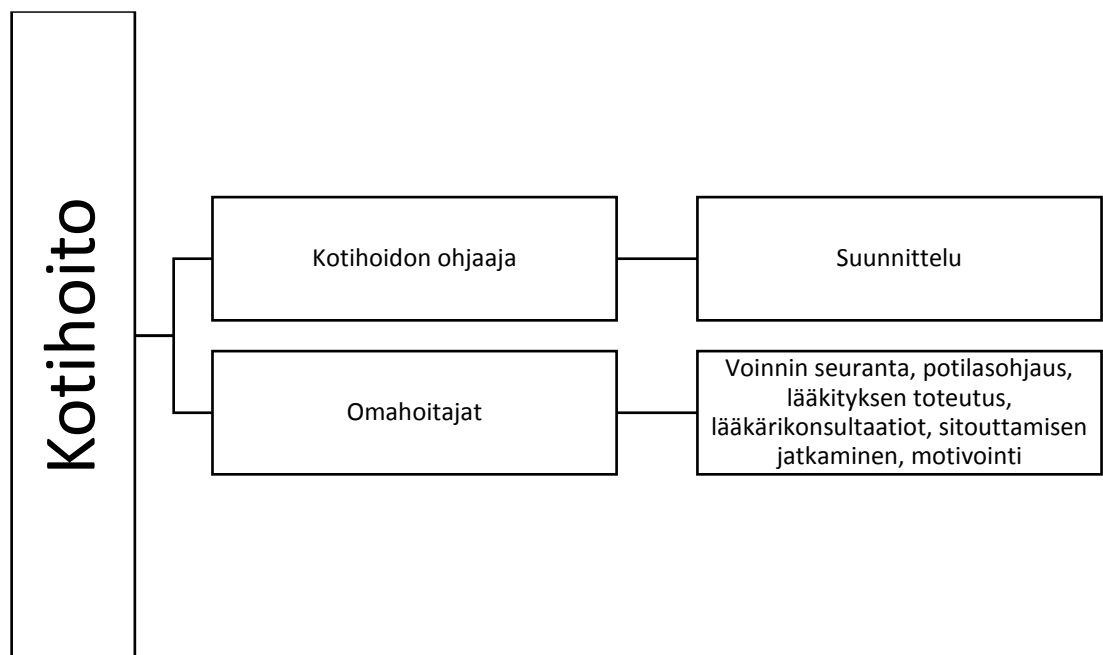
Onnistuneen kotiutuksen tekijöinä ovat potilaan itsensä lisäksi sekä sairaalan osaston henkilökunta että tarvittaessa kotihoidon työntekijät. (Arfman 2017.)



Kuvio 4. Tk-sairaala

Sairaalan kotiutusprosessin tulee olla järjestelmällisesti toteutettu. Pysyvä sairaala-hoito ei ole nykyisen hoitokäytännön tavoitteena. Potilaan kotiutuksen suunnittelu on aloitettava heti hänen saapuessaan osastolle. (Arfman 2017.) On selvitettävä, millä edellytyksillä potilas pääsee kotiutumaan ja millaisten hoitokeinojen avulla tämä saavutetaan. Sairaalan osastolla tarvitaan kaikkien ammattiryhmien yhteistyötä potilaan tilanteen arvioimiseksi ja tarpeellisten hoitojen järjestämiseksi. Jokaiselle potilaalle on laadittava yksilöllinen kotiutussuunnitelma, jossa hänen tarpeensa on huomioitu ja myös suunniteltu, miten kotiutumisen onnistuminen saadaan turvattua. Järjestelmällinen ja tasalaatuinen toiminta tuottaa oikea-aikaisen kotiutumisen, jonka yhteydessä kotiutuksen tarkistuslistalla varmistetaan, että kaikki tarpeellinen on otettu huomioon. (Hammar 2008; Koponen ym. 2012.)

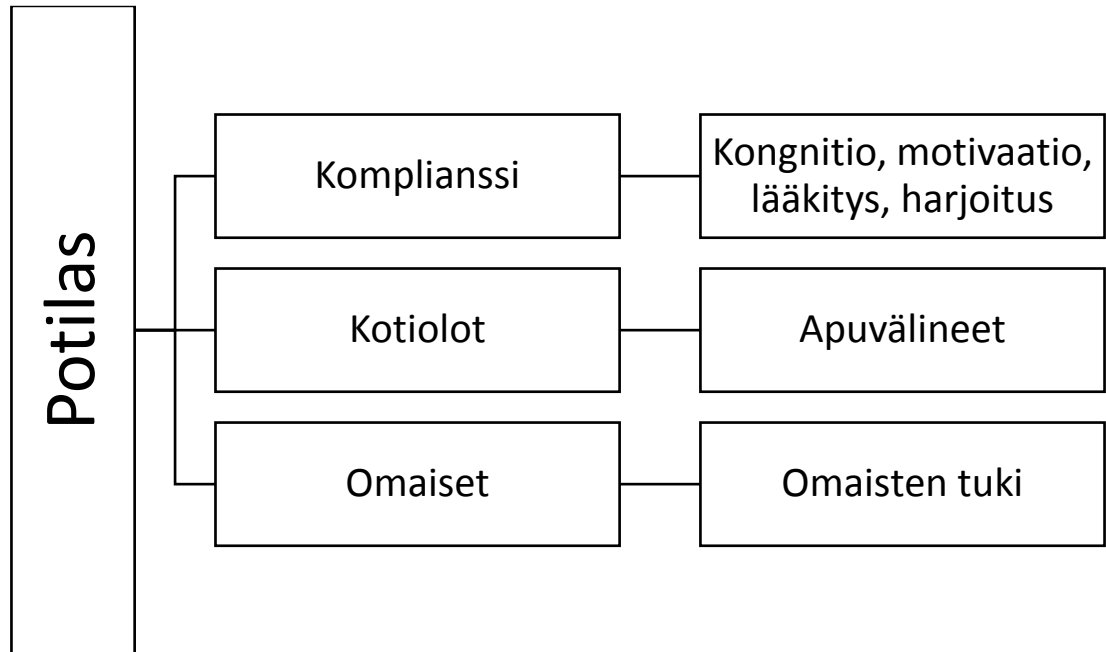
Osaston kaikilla työntekijäryhmillä on tärkeä osuus sekä potilaan päivittäisessä hoidossa että kotiutussuunnitelman toteuttamisessa. Omahoitajat ja muu henkilökunta huolehtivat potilaan päivittäisistä hoitotoimista, seuraavat heidän vointiaan ja ohjaavat sekä motivoivat ja sitouttavat potilaita tekemään omaa osuuttaan kuntoutumisen vaatimista toimista. Terapeutit antavat potilaille tarpeen mukaan täsmällisempää ohjausta ja harjoitteita kotona selviytymisen edistämiseksi. Kotiutushoitaja on selvillä potilaan hoidon vaiheesta, hänen tarpeistaan kotiutumiseen nähden ja selvittää potilaan, omaisten ja tarvittaessa kotihoidon kanssa, miten potilaan kotiutuminen saadaan onnistumaan turvallisesti (Santala 2011, 34). Osaston lääkärin tehtävänä on kotiutusprosessissa huolehtia, että kotiutuvan potilaan lääkemääräykset ja lääkelista ovat ajan tasalla. (Koski 2017, 102-103). Lisäksi lääkäri tekee hoitojaksosta loppulausunnon ja laatii tarvittaessa muita lausuntoja, jos potilas niitä tarvitsee.



Kuvio 5. Kotihoito

Kotihoidon ohjaaja suunnittelee kotiutuvan potilaan tarpeiden mukaan kotihoidon toteuttamisen niin, että potilas saa sen avun, joka turvaa hänen kotona selviytymisensä. Kotihoidon omahoitajat seuraavat ja ohjaavat potilasta hoitokäyntien yhteydessä, varmistavat lääkityksen säännöllisen toteutumisen ja konsultoivat kotihoidon lääkäriä tarvittaessa. Lisäksi kotihoidossa oleva potilas usein tarvitsee omatoimisuus-

den ylläpitämiseksi erilaista ohjausta ja motivointia. Kotihoidon toteutuksesta ja potilaan arvioimisesta sen yhteydessä on hyvin kattavasti kirjoitettu Kukoistava kotihoito on tahdon asia! -hankejulkaisussa. (Groop ym. 2018, 47-51.)



Kuvio 6. Potilas

Kotiutumisen jälkeisen kotona selviytymisen edellytyksenä on riittävä komplianssi eli hoitomyöntyvyys. Ilman sitä potilas ei motivoitu itse lääkityksen säännöllisyyteen tai mahdollisesti tarvittavien harjoitusten tekemiseen. Mikäli potilaan kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet hoidon toteutuminen usein vaikeutuu. Jo ennen kotiutumista on pitänyt varmistaa potilaan kotiolot sellaisiksi, että hän selviytyy kotona. Tämä voi sisältää erilaisia asunnon muutostöitä tai apuvälineiden hankkimista. Omaiset voivat parhaimmillaan antaa potilaalle apua ja tukea kotona selviytymisen varmistamiseksi (Haaranen 2016, 25).

5.2 Potilaan ohjaaminen, hoitotyön kirjaaminen sekä moniammatillinen yhteistyö

Kotiuttamisprosessin kehittämisen keskiössä on potilaan ohjaus, huolellinen ja systemaattinen hoitotyön kirjaaminen sekä moniammatillinen yhteistyö. Eloranta ym. (2014) ovat tutkineet potilaslähtöisen ohjauksen toteutumista hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja siinä tapahtuneita muutoksia vuosien 2001 ja 2010 välillä. Tutkimuksessa todettiin henkilökunnan ohjaustaitojen paranemista ja myös ohjauksen sisällön laajenemista. Siinä tuli esille tarve kehittää ja monipuolistaa ohjaustoimintoja. Huolestumista tuloksissa herätti havainto, että potilaiden yksilöllisten ohjaustarpeitten arviointi ja potilasohjauksen tavoitteiden asettaminen ja sen tuloksellisuuden arviointi olivat seuranta-aikana heikentyneet, mihin on tarvetta kohdistaa interventioita.

Potilasohjauksen tavoitteena on parantaa potilaan osallisuutta hoidon suunnittelussa ja edistää hänen mahdollisuuksiaan hallita elämäänsä vaikuttavia tekijöitä. Tämän tuloksen saavuttamiseksi potilaan kanssa tulee tehdä yhteistyötä ja saada hänet aktiivisena osapuolena mukaan ohjausprosessiin ja huomioida hänen omat käsityksensä ohjauksen tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Tässä on hyväksi, jos potilaalta saadaan heti ohjaustilanteen yhteydessä palautetta, jonka avulla päästään arvioimaan ohjauksen onnistumista. (Eloranta ym. 2014, 70-71.)

Kuusisto ym. (2014) tutkivat tiedon kulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja osoittivat, että hoitotyön yhteenvetoa (HOIY) käytettäessä tieto kulki nopeammin ja luotettavammin eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. (Kuusisto 2018, 82.)

Arfman (2017, 16) toi esille osaston epäyhtenäiset kirjaamiskäytännöt, mistä johtuen kotiuttamistilanteiden laatu vaihtelee paljon. Kuusisto (2018) totesi omassa väitöskirjatutkimuksessaan, että potilaan hoidon eri vaiheisiin liittyvät rajapinnat ja eri järjestelmien yhteensopimattomuus ovat merkittävä ongelma sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa. Haasteena on eri järjestelmien yhteensovittaminen niin, että aiemmin kirjattua tietoa ei tarvitse kirjata uudelleen hoitotyön yhteenvetoa muodostettaessa. Rakenteisen kirjaamisen järjestelmällinen käyttäminen on yhtenä ehtona hoidon jatkuvuuden onnistumiselle.

Tiedollinen jatkuvuus toteutuu huonosti potilaan siirtotilanteessa käytettäessä sähköistä hoitotyön yhteenvetoa (HOIY), joka ei edistänyt tietojen siirtymistä eikä yhteiskäyttöisiä tietoja saatu hyödynnettyä potilaiden jatkohoidossa sähköisessä muodossa, vaan pyrittiin edelleen tukeutumaan perinteisiin paperisiin hoitoyhteenvetoihin tai puhelinraportteihin. Kuusiston (2018) työssä tuli esille, että rakenteisesti kirjattujen hoitotyön yhteenvetojen tietosisältö oli laadultaan heikkoa eikä edistänyt potilaan jatkohoitoa. Niistä puuttui paljon jatkohoidon järjestämisen kannalta olennaista tietoa. (Kuusisto 2018, 76-79.)

Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöistä lähes puolet koki, että heidän hoitovastuulle siirtävistä potilaista ei saatu riittävästi tietoja. Puutteita oli sekä annetun hoidon että jatkohoitosuunnitelmien osalta. Tutkimuksessa tuli esille myös se, että erikoissairaanhoidossa ei välttämättä osattu arvioida, mitkä tiedot ovat perusterveydenhuollon jatkohoitopaikan kannalta oleellisia. Ilman laadukkaita hoitotyön päivittäisiä merkintöjä ei ole helppoa laatia riittävän kattavaa hoitotyön yhteenvetoakaan. Lääkitystietojen kirjaamisessa tuli myös esille puutteita jatkohoitopaikkaan siirtyessä. (Kuusisto 2018, 80-81.)

Kotiutusprosessi on moniammatillinen tapahtumasarja, jonka pitää alkaa jo potilaan saapuessa sairaalaan. Tämä on todettu myös englantilaisessa katsausartikkelissa Principles for discharging patients from acute carea scoping review of policy. (Lees-Deutsch ym. 2016, 1135). Hyvän kotiuttamisen periaatteita on koottu muun muassa Hospital's Clinical Research Ambassadors Groupin (CRAG) toimesta. Alkuperäinen taulukko on liitteessä numero 2. (Lees-Deutsch ym. 2016, 113.) Periaatteet ovat hyvin samanlaiset kuin kotimaisissa töissä suositellut ja tavoitteetkin vastaavat eli hoidon laadun ja kotiuttamisen turvallisuuden parantaminen. (Lees-Deutsch ym. 2016, 1141.)

Taulukon (alkuperäinen liite 2.) sisältö on vapaasti suomennettuna ohessa.

Taulukkoa 1. Kotiutusperiaatteet

Kotiutusperiaatteita:

1. Aloita kotiutumisen suunnittelu jo sisäänkirjoitettaessa. Selvitä kotiolot ja tukiverkostot sekä kotihoidon ja muiden palvelujen käyttö.
2. Tee alustava kotiutussuunnitelma. Selvitä potilaan hoitotarpeet ja ota potilas ja hänen hoitajansa (tässä engl. carer eli lähinnä potilaasta huolehtiva omainen) mukaan päätöksentekoon. Ilmoita kotihoitoon tms. heti mahdollisesta lisäavun tarpeesta. Suunnittele hoidon kesto ja ilmoita alustava kotiutuspäivä myös potilaalle ja hänen hoitajalleen. Kirjaa tehdyt suunnitelmat potilaskertomukseen.
3. Sitouta osastolla potilas ja hänen hoitajansa tehtyihin suunnitelmiin. Pidä heidät ajan tasalla hoidon ja tutkimusten etenemisestä. Pidä kotiutussuunnitelmaa esillä päivittäin ja päivitä sitä tarvittaessa. Huolehdi, että potilas ja hänen hoitajansa ymmärtävät kotiutussuunnitelman ja mahdollisten ennakkojärjestelyjen tarpeen.
4. Käytä hoitokoordinaattoria varmistaaksesi hoidon jatkuvuuden potilasta kotiutettaessa.
5. Suunnittele osastolla kotiutuksia kaikille viikonpäiville. Selvittelemällä aktiivisesti potilaan kotiutumismahdollisuuksia ja ole yhteydessä potilaan hoitajaan ja omaisiin mahdollisimman varhaisen kotiutumisen edistämiseksi. Siirrä kotiutuvat potilaat vuodepaikoilta kotiutumistiloihin (discharge lounge – Suomen oloissa lähinnä osaston päiväsalin vastaisi tätä)
6. Kommunikoij ja informoi kotiutumisesta. Huolehdi, että potilas ja hänen hoitajansa ovat saaneet kaikista järjestelyistä tiedon ja dokumentoi nämä myös potilaskertomukseen. Keskustele huolen aiheista hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen kanssa. Käy näiden kanssa läpi tehdyt päätökset. Huolehdi, että epikriisi sisältää kaikki tarvittavat tiedot. Käytä tarkistuslistaa ja anna siitä kopio potilaan mukaan. Anna kotiutuessa kotiutussuunnitelma potilaalle ja omaiselle ja huolehdi siitä, että siinä on mukana tarvittavat yhteystiedot ongelmatilanteiden varalle.

Yhdistyneessä Kuningaskunnassa on todettu hoitoaikojen lyhentyneen ja 2016 on julkaistu katsaus ja suositus kotiutusprosessista akuutin sairaanhoidon yksiköistä (Acute Medicine Unit, AMU), jotka rinnastuvat lähinnä Suomen sairaaloiden ensiapupoliklinikoiden tarkkailuyksikköihin. Näissä on suuri potilasvaihto ja paljon kotiutuksia, joiden laatuun on kaivattu parannusta. (Lees-Deutsch ym. 2016, 1135.)

Suomessakin on kehitetty moniammatillista kotiutuslistaa, joka on osana sähköistä potilaskertomusta, muun muassa Satakunnan sairaanhoitopiirissä tämä on jo käytössä. (Kuusisto ym. 2018, 2764-2765.)

Hoitoketjujen vaikuttavuutta käsittelevässä väitöstutkimuksessaan Leena Silvennoinen-Nuora (2010) totesi sähköisten potilastietojärjestelmien olevan epäyhtenäisiä ja yhteensopimattomia, mikä vaikeuttaa potilastietojen siirtymistä. Vaikka järjestelmät olisivat yhteensopiviakin, jää tietojen kirjaaminen helposti epätäydelliseksi, jos kirjaaminen on monimutkaista tai muuten työlästä. Tärkeää on kouluttaa henkilökuntaa ja tuoda esille miksi tietoja kirjataan ja tuoda esille oikeiden tietojen siirtymisen tärkeys potilaan hoidossa. (Silvennoinen-Nuora 2010, 292-296.)

6 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveyskeskussairaaloiden kotiutusprosessien toimivuutta ja kehittämistarpeita. Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui pääasiassa kotimaisista tutkimuksista, koska muissa maissa terveydenhuollon toimintaympäristö on erilainen. Kotiuttamisen ongelmat ovat kuitenkin samanlaisia eri maissa, mikä on nähtävissä yhdessä mukaan otetusta ulkomaisesta katsausartikkelista. Laadukkaasti toteutetulla moniammatillisella kotiutusprosessilla on merkittävä taloudellinen vaikutus sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Siksi se on ensiarvoisen tärkeä osa sairaalahoidosta.

Tutkimuksen aihe on tärkeä, koska väestön ikääntyminen ja sairaalahoitajaksojen lyheneminen yhdessä sairaaloiden hoitopaikkojen vähenemisen kanssa ovat aiheuttaneet lisääntyvää tarvetta kotiutumisten onnistumisen varmistamiseen. Myös kotiutumisen ajankohta on tarpeen optimoida. Liian varhainen kotiutus voi johtaa helposti potilaan joutumiseen uudelle sairaalahoitajaksolle ja toisaalta hoitajakset voivat pitkittyä tarpeettomasti, jos kotiuttamista ei suunnitella ja toteuteta aktiivisesti. Kummassakin tapauksessa terveydenhuollon kustannukset suurenevat ilman, että hyödylliset tulokset lisääntyvät.

Kotiutusprosesseja on tutkittu viimeisen kymmenen vuoden aikana runsaasti ja lukuisissa tutkimuksissa ja katsauksissa on saatu hyvin samankaltaisia tuloksia. Potilaan kotiuttamista on suunniteltava heti hoitojakson alusta alkaen ja kotiutussuunnitelmaa on toteutettava järjestelmällisesti, jolloin potilas saadaan tarpeellisten hoitojen jälkeen kotiutettua ilman tarpeettomia lisäkustannuksia. Näin menetellen säästetään sekä potilaan että yhteiskunnan kustannuksia ja mahdollistetaan hoitopaikkojen nopeampi vapautuminen muille tarvitseville.

6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tämän työn aihe on edelleen ajankohtainen ja tärkeä, koska luotettava kotiutusprosessi on välttämätön potilaiden turvallisen jatkohoidon varmistamiseksi. Aineiston järjestelemisessä on soveltuvin osin käytetty apuna sisällönanalyysin menetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 140.) Katsaukseen valittiin tutkimuksia, jotka olivat ajankohtaisia tai muuten aihealueella keskeisiä. Valtaosa käytetystä aineistosta on peräisin hoito- ja lääketieteellisistä julkaisuista, tai akateemisista väitöskirjoista ja opinnäytetöistä ja niiden sisältöä voidaan pitää lähtökohtaisesti luotettavana ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisena. Lähdeaineiston hakemisessa ja viittauksissa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita rehellisesti ja vilpittömästi, kuten esim. Tuomi ja Sarajärvi ovat kuvanneet. (2018, 150-151.) Aineistoa kerätessä on tavoiteltu alkuperäistutkimuksia ja niitä on kunnioitettu asianmukaisilla lähdeviitteillä. (Hirsjärvi ym. 2016, 23-24, 26-27.) Vaikka tulokset olivat pääosin ennako-odotusten mukaisia, on työ tehty objektiivisuutta korostaen ja huolella. Raportointi on tehty riittävällä tarkkuudella. Näin kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida sen perusteella. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa myös jonkun muun tekemänä. (Hirsjärvi ym. 2016, 309.) Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään, näyttöön perustuvaan kotiutukseen.

6.2 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys muodostuu toisaalta terveyskeskussairaaloiden hoito-osastojen tarpeista ja toisaalta yhä tärkeämpänä pidetystä potilaiden näkökulmasta, johon liittyy läheisesti yhteistyö kotiutuvien potilaiden omaisten kanssa. Käytössä olevat toimintamallit dokumentoidaan ja arvioidaan. Onnistuneen ja oikein

ajoitettun kotiutumisen edellytykset ja esteet selvitetään, jolloin kyetään kuvaamaan toimiva ja luotettava kotiutusprosessi. Sen avulla saadaan varmistettua erilaisille potilaille turvallinen kotiutus joko omaan kotiin tai tarvittaessa hoivapalveluihin, kullekin yksilöllisen tarpeensa mukaisesti.

Hoitotyön dokumentointi on tärkeää ja se on osoittautunut ongelmaksi sitä kautta, että kirjatut hoitosuunnitelmat eivät ole toimineet työn suunnittelussa, vaan ennemminkin potilaiden ongelmien kirjaamisalustana (Räsänen 2011, 51).

Onnistuneessa kotiutuksessa saadaan turvattua potilaan selviytyminen kotonaan ja sairaalaan uudelleen hakeutumisen tarve vähenee. Kotiutusprosessin tutkimukselle ei ole saatu muodostettua selkeää teoreettista viitekehystä eikä myöskään luotettavia mittareita kotiutusprosessin arvioimiseksi. Aiheesta on tehty laadullista tutkimusta enemmänkin. (Koponen 2003, 28.)

7 Pohdinta

Kotiutusprosessin laadun varmistaminen on välttämätöntä kotiutumisten onnistumisen mahdollistamiseksi ja se voidaan saavuttaa potilastietojen järjestelmällisellä rakenteisella kirjaamisella, hyvällä moniammatillisella yhteistyöllä ja kattavalla yhteistoiminnalla palvelujärjestelmän eri osien välillä ottaen huomioon myös potilaan itsensä omaisineen. Näiden tavoitteiden täyttämiseksi terveydenhuollon kaikkia työntekijöitä on jatkuvasti koulutettava asiassa ja kannustettava kotiutusprosessin laadun säilyttämiseen ja motivoitava järjestelmällisyyteen sairaalahoidon toteuttamisessa. Tässä onnistuminen edellyttää sairaaloiden johdon ja esimiesten säännöllistä kontaktia työntekijöihin ja hoitoprosessien toteutumisen valvontaa.

Näiden tavoitteiden täyttämiseksi terveydenhuollon kaikkia työntekijöitä on jatkuvasti koulutettava asiassa ja kannustettava kotiutusprosessin laadun säilyttämiseen sekä motivoitava järjestelmällisyyteen sairaalahoidon toteuttamisessa. Tässä onnistuminen edellyttää sairaaloiden johdon ja esimiesten säännöllistä kontaktia työntekijöihin ja hoitoprosessien toteutumisen valvontaa.

Ikäihmisten hoidon tarpeita suunnitellaan moniammatillisesti yhteistyössä hoito- ja palvelusuunnitelman avulla. Stakes:n oppaan ”Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma” tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä työtä potilaan hyväksi koko palvelujärjestelmässä. Potilaan tilanteen muuttuessa suunnitelmaa tulee päivittää tarpeiden mukaan. Tarkoituksena on tuottaa asiakkaalle saumatonta ja joustavaa yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltua palvelukokonaisuutta. (Päivärinta ja Haverinen 2002, 5.)

Kotiutumisen onnistumisen on todettu useissa tutkimuksissa liittyvän hoitohenkilöstön ja potilaan sekä omaisten väliseen keskusteluun ja yhteistyöhön (Koponen 2003, 120). Räsänen (2011, 52) toteaa lukuisissa tutkimuksissa todetun, että hoitohenkilökunnan koulutus on yhteydessä parempaan hoidon laatuun. Ajan tasalla oleva ammattitaito tukee myös työntekijöiden ammatti-identiteettiä ja itsetuntoa.

Räsänen toteaa myös (2011, 61), että suomalaisessa terveydenhuollossa johtamisen laatua tutkittaessa on tullut esille, että jopa puolessa terveydenhuollon laitoksista johtaminen ei ole ollut hyvää. Johtajat ovat erkaantuneet suorittavan portaan arkittellisuudesta ja ongelmista.

Koposen ym. työryhmän johtopäätös oli kotiutusprosessin järjestelmällisen toteutumisen tärkeys ja tämän toteutumisen edistämiseksi suunniteltiin taskuun mahtuvan tarkistuslistakortin laatimista, joka auttaisi hoitajia varmistamaan ainakin turvallisen kotiutuksen minimikriteerien täyttymisen. (Koponen ym. 2012, 7-8.) Myös Kuusisto totesi (2018), sekä hoitotyön tekijöillä että lääkäreillä oli myönteisiä kokemuksia kirjaamista ohjaavasta erillisestä paperisesta tarkistuslistasta. (Kuusisto 2018, 81; Koski 2017, 34) Kaiken kaikkiaan Kuusisto (2018) teki väitöskirjassaan seuraavat johtopäätökset:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön pirstaleisuus heikentää hoidon jatkuvuutta eri palveluntuottajien välillä.
2. Tiedon siirtyminen toteutui heikosti eikä yhteiskäyttöisistä sähköisistä tiedoista ole hyötyä, ellei niitä totuta käyttämään järjestelmällisesti.
3. Hoidon hallinnollinen jatkuvuus toteutui sähköistä hoitotyön yhteenvedoa käytettäessä hyvin.
4. Hoitotyön yhteenvedolla ei ollut kuitenkaan yhteyttä hoidon tuloksiin. (Kuusisto 2018, 86)

Kotiutushoitajaa pidettiin hyvin tärkeänä toimijana ja yhteyshenkilönä hoitohenkilöstön, potilaiden, omaisten ja jatkohoidon yhteistyötahojen, muun muassa sosiaalityöntekijöiden välillä. Näiden keskittyminen kotiutushoitajalle toisaalta vaikutti heikentävän muun hoitohenkilöstön tietoutta eri jatkohoitopalveluista. (Santala 2011, 34.)

Väitöskirjatutkimuksessaan Virpi Jylhä (2017) totesi, että kertomusmerkinnät ovat tärkein väline potilasturvallisuuden varmistamisessa ja että niiden sisältö tulee olla rakenteista ja tuoda hoidon kannalta tärkeät asiat selvästi esille. Erikseen on vältettävä merkintöjen kopioimista tai moninkertaista kirjaamista järjestelmiin. Työntekijöiden ohjeistamisessa tietokulttuurin parantamiseksi pitää sairaaloiden johdon ottaa nykyistä vahvempi rooli. (Jylhä 2017, 66.)

Välittömien hoidollisten tarpeiden lisäksi on hyödyllistä kiinnittää huomiota myös potilaan kotona selviytymiseen. Tämän mahdollistamiseksi potilas ja ammattilainen yhdessä kartoittavat potilaan asuinympäristön. Näin saatujen tietojen avulla voidaan arvioida potilaan tulevia tarpeita ja edistää kotona selviytymistä pidemmälle tulevaisuuteen ja ehkäistä uusia sairaalahoitoja. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä on tärkeää, että työntekijä tutustuu potilaan tilanteeseen mahdollisimman perusteellisesti ja keskustelee eri tahojen kanssa itsenäistä selviytymistä tukevista keinoista. Turvattomuuden tunnetta potilaalle aiheuttavien seikkojen poistaminen on tärkeää. (Päivärinta ja Haverinen 2002, 36.)

Kotiutusprosessia on tällä vuosituhannella tutkittu varsin paljon ja johtopäätökset ovat hyvin yhdenmukaisia. On kaivattu järjestelmällisempää otetta hoitotyön kirjauksiin, potilasohjauksiin ja yhteistyöhön omaisten kanssa. Kertomusmerkintöjen korkea laatu on avainasemassa, koska ilman asianmukaisia hoitotyön kirjauksia ei voida tuottaa laadukkaita hoitotyön yhteenvedoja kotiutuvien potilaiden jatkohoidon turvaamiseksi. Asiakirjojen toimittaminen jatkohoitopaikkaan sähköisessä muodossa nopeuttaa ja tehostaa hoidon siirtymistä, mutta asiakirjojen tallennusmuoto ei sinänsä auta potilaiden asiaa, mikäli sisällön laadussa on ongelmia.

Järjestelmällisyyden tueksi on kehitetty erilaisia tarkistuslistoja ja -kortteja. Sähköisissä sairaskertomuksissa on hyvä olla erillinen jatkohoitopaikkaan siirtyvä kotiutuslehti tai vastaavat tiedot hoitokertomukseen kirjattuna. Tämä voidaan toteuttaa

myös kertomusjärjestelmään laadittavalla fraasipohjalla. Menetelmästä riippumatta on tärkeää, että potilaan hoidon kannalta merkittävät tiedot siirtyvät sähköisessä muodossa jatkohoitopaikassa käytettäviksi.

Yhteenvetona opinnäytetyössäni voidaan todeta, että kotiutusprosessin laatua on parannettava potilastietojen rakenteisella kirjauksella, tiiviillä moniammatillisella yhteistyöllä ja laajalla yhteistoiminnalla palvelujärjestelmän eri osien välillä. Kotiutusprosessin laadun varmistamiseksi terveydenhuollon työntekijöitä on sitoutettava ja motivoitava järjestelmällisyyteen kotiutusprosessissa. Kotiutusprosessin laadun varmistaminen edellyttää myös sairaalan johdon ja osastojen esimiesten säännöllistä kontaktia ja valvontaa. Asian tärkeyden vuoksi kotiutusprosessia ja sen tuloksellisuutta on tarpeen tutkia aktiivisesti tulevaisuudessakin.

Lähteet

- A 99/2001. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Viitattu 5.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>
- Arfman, O. 2017. Sujuvasti ja turvallisesti kotiin – kotiutusmalli Raision terveyskeskussairaalaan. Kehittämisprojekti (YAMK). Turun AMK. Terveys- ja hyvinvointi. Kliininen asiantuntija.
- Eloranta, S., Katajisto, J. 2014. 26, 1, 63-67. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotiede.
- Groop, J., Hakala, A-M., Ikonen, M., Janhunen, E., Jokela, L., Juntunen, K., Kaarnasaari, A., Leslälä, R-L., Manninen, S., Mulari, M., Mäkelä, M., Paltamaa, J., Pikkarainen, A., Tammi, E-L., Taskinen, H., Tiikkainen, P. 2018. Kukoistava kotihoito on tahdon asia. Viitattu 4.4.2019. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia-1.pdf>
- Haarala, A-M. 2011. Oulaistelaisten ikääntyvien kokemuksia kotiutushoitajalta saamista palveluista. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoito-työn koulutusohjelma.
- Haaranen, S. 2016. Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutusvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Hammar, T., Perälä, M-L. 2007. Kotiutumiskäytännön prototyypin kehittäminen; PALKO -osatutkimus 3. Viitattu 7.10.2017. <http://info.stakes.fi/palko/FI/prototyyppi/index.htm>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. p. Helsinki: Tammi.
- Jylhä, V. 2017. Information management in health care. A model for connecting information culture and patient safety. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Fysioterapeutti.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen sairaalan ja kodin välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja.
- Koponen, R., Hiltunen, S., Järvinen, O., Paananen, S., Sirkka, J. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Potilaan turvallinen kotiuttaminen vuodeosastolta. Työryhmäraportti.
- Koski, J. 2017. Sairaalaan kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämiseksi lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro gradututkielma. Terveystieteiden yksikkö. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 14.11.2017. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20170394>

Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon. Työryhmäraportit. 28.02.2007. Päivitystä 7.6.2007. Viitattu 13.11.2017. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ExaxkgebYV8J:https://www.hel.fi/static/helsinki/paatosasiakirjat/Kh2007/Esityslista44/Liitteet/Valiraportin_liite_3.6.doc%3FAction%3Dsd%26id%3D073310144+%&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi

Kuusisto, A., Asikainen, P., Saranto, K. 2014. 26, 4, 310-321. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitotiede.

Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Kuusisto, A., Heino, M., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P., Puustinen, J. 2018. 73. 2764-2765. Moniammatillinen kotiutuslista on jo käytössä. Suomen Lääkärilehti.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 5.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 5.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden lakien muuttaminen. Viitattu 5.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lees-Deutsch, L., Yorke, J., Caress, A-L. 2016. Principles for discharging patients from acute care: a scoping review of policy. 25, 2, 1135-1143. Viitattu 5.12.2018. <https://janet.finna.fi>, British Journal of Nursing.

Lämsä, R. Potilaskertomus. 2013. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännössä. Tampere: Juvenes print. Suomen Yliopistopaino.

Malmberg, K. 2010. Kotiutusprosessin kehittäminen - Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.

Mitronen, M., Solmula, P. 2011. Kotiutuminen sairaalasta. Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyö.

Numminen, H. 2017. Vanhusasiakkaan kotiutusprosessi ja sen kehittäminen Akaassa henkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden edistäminen. Ikäntyneiden terveyden edistäminen. YAMK.

Päivärinta, E., Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma: Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STAKES. Viitattu 1.2.2019. <http://www.julkari.fi/handle/10024/77762>

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirjatyo. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13481/9513915492.pdf?sequence>

- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Santala, N. 2011. Kotiuttamisprosessi hoitohenkilöstön kokemana Keuruun vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, johtamistieteiden laitos.
- Tanner-Paasto, P. 2010. ”Asiakas itse on se kaikista suurin ja läheisin yhteistyökumppani ja hänen omaisensa”. Potilaan kotiuttaminen Ikaalisten terveyskeskuksen vuodeosastolta hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uud. I. Helsinki: Tammi.

Liitteet

Liite 1. Tarkistuslista kotiutuksiin. (Arfman, O. 2017. Muokattu.)

TARKISTUSLISTA KOTIUTUKSIIN	
<ul style="list-style-type: none"> - Ilmoita suunniteltu päivä kotihoitoon, mielellään 3 pvää ennen kotiutusta - Ilmoita myös omaiselle. - Kirjaa tiedot kotiutumisesta Jatkohoidon järjestäminen -otsikon alle - Tee loppuarvio (HoiYht); Hoidon syy, tulokset, toimintakyky, erittäminen, ruoka, hoitotarvikkeet, jatkoajat, apuvälineet, sovittut asiat. Muista rinnakkaisnäkyä Khotots. - Varmista apuvälineet, onko varattu, kuka noutaa ja koska? - Huolehdi lääkkeiden jako sekä jako-ohje mukaan. - Marevanista <i>Antiko-lehti</i> mukaan sekä kontrolliaika - Kertaa hoito-ohjeet ja anna kirjalliset ohjeet mukaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Varmista hoitotarvikkeet ja niiden saatus jatkossa. - Ateriapalvelu - Tarkista, että potilaalla on vaatteita, taksirahaa ja avaimet. - Kyyti: Kuka hakee, milloin ja millä, tilaa tarvittaessa Kela-taksi/taksi. - Varmistussoitto kotihoitoon ja omaisille kotiutuspäivänä. - varmista, että potilaan mukana on: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lääkelista 2. Lääkkeet 3. Reseptit 4. Ohjeet 5. Tarvikkeet 6. Jatkoajat 7. Loppuarvio (sähköisesti paperilla)

Liite 2. Discharge principles for staff working in acute medicine units (AMUs)
(Lees-Deutsch ym. 2016)

Discharge principles for staff working in acute medicine units (AMUs)	
1. Start assessment for discharge in AMU:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan for the patients discharge, during initial assessment/admission process ▪ Seek information regarding the home environment, current support network, home care and other services and as applicable, e.g., homeless status, in your assessment ▪ (Identify concerns, e.g., safeguarding during assessment/admission process which might impede discharge from hospital through discussion with patient/carer)
2. Develop a provisional discharge plan in AMU:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Categorise whether the patient has simple or complex discharge needs, involving the patient and carer in your decision-making. ▪ Notify any relevant care agencies early in the patient stay in case new/additional support is required ▪ Estimate a date for discharge within 24-28 hours of admission, and discuss with the patient and carer ▪ Within 24 hours of admission, document discharge decisions and referrals made
3. Involve patient and carers in discharge decisions making in AMU:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provide regular timely verbal information for the patient and carer regarding the discharge planning on ward rounds, at reviews or as information becomes available, Recap information following ward rounds ▪ Briefly review the discharge plan each day involving the patient/carers and update plan towards the discharge or transfer date ▪ Establish patient and carer understanding of discharge plan or early arrangements
4. Coordinate the care in AMU: allocate the coordination of the patient's discharge plan to a coordinator to ensure continuity of care to the point of discharge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depending on the size on AMU a coordinator maybe the nurse in charge
5. Assist the hospital bed capacity in AMU:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forward plan for patient discharges over 7 days of the week ▪ Participate in early identification of appropriate patients suitable for ongoing assessment beyond discharge (discharge to assess), intermediate care and other models of care available to expedite discharge from AMU ▪ Provide ongoing communications with relatives, carers to encourage discharge as early as possible discharge ▪ Transfer patients to a discharge area when their discharge from hospital is imminent (area maybe a discharge lounge or other dedicated space)
6. Communicate and share discharge information in AMU:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarify all services required and services to be reinstated with patient and carer prior to discharge. Document decisions made ▪ Communicate concerns sharing information with staff, patients and carers ▪ Communicate the decisions regarding discharge plan to the family, carer discharge destination ▪ Ensure GP discharge summary is complete with correct contact details ▪ Communicate with district nurses as needed ▪ Complete a discharge checklist prior to discharge, giving a copy to the patient/carer/relatives as appropriate ▪ Provide a copy of the discharge plan for the patient/carer, with contact numbers (plan should be a minimum of a list of services and key contacts involved)