

**KOTIUTTAMISEN MALLI
TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLTA KOTIIN
TUOTAVIIN PALVELUIHIN POSIOLLA**

Niemelä Marianne

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hyvinvointiosaamisen johtaminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2021

Lapin ammattikorkeakoulu
Hyvinvointiosaamisen johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tekijä(t)	Marianne Niemelä	Vuosi	2021
Ohjaaja(t)	Raija Seppänen		
Toimeksiantaja	Coronaria oy		
Työn nimi	Kotiuttamisen malli terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiin tuotaviin palveluihin Posiolla		

Sivu- ja liitemäärä 34 + 2

Suomessa suositus on, että ikäihmiset saavat asua kotona mahdollisimman pitkään kotiin tuotavien palveluiden turvin. Posiolla ikäihmisten määrä on suuri ja kotihoidon asiakkaiden määrä on kasvussa. Ikäihmiset ovat usein monisairaita ja joutuvat erinäisten asioiden vuoksi sairaalahoitoon tai terveyskeskuksen vuodeosastolle.

Vuodeosastolta kotiuttamisessa on ollut haasteita Posiolla. Kotiuttamisen raportointi on ollut vähäistä ja kotiuttaminen on ilmoitettu kenelle tahansa kotihoidon hoitajista, jotka ovat asiakastyössä. Kotiuttamisesta ei ole ollut selkeää mallia. Useiden tutkimusten mukaan potilas siirtojen aikana sattuu helpommin hoitovirheitä ja hoitoon voi tulla katkeavuutta. Tarkistuslistan käyttö ja toimintamallit parantavat potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Posiolla uusi kotiuttamisenmalli tiivistäisi ja parantaisi hoitohenkilökunnan yhteistyötä ja toimintaa.

Moniammatillinen palvelujen suunnittelu alkaisi jo potilaan saapuessa vuodeosastolle. Tämä uusi kotiuttamisenmalli haastaa hoitajat uuteen toiminta muotoon ja johtamiseen toiminnassa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda toimiva kotiuttamisen malli vuodeosastolta kotiin tuotaviin palveluihin Posiolla. Mallin lisäksi luodaan tarkastuslista kotiuttamisen tuoksi. Tavoitteena on saada vuodeosastolta kotiuttaminen kotiin tuotaviin palveluihin toimivaksi. Tämä uusi malli vähentää vuodeosastolla olo aikaa ja asiakkaan kunnan huonontumista. Asiakkaat pääsevät tehokkaammin palveluiden piiriin ja sopivilla palveluilla. Näin hoito ei viivästy ja hoidon katkeamista ei tapahdu. Lisäksi kustannukset vähenevät ja potilasturvallisuus paranee.

Tässä opinnäytetyössä uuden toimintamallin luomisessa käytän menetelmänä konstruktivistista toimintamallia ja sen lisäksi learning cafe menetelmää. Yhteistyötä tehdään vuodeosaston hoitajien, kotisairaanhoidon ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Uusi kotiuttamisen malli ja tarkistuslista lisäsivät selkeyttä kotiuttamisiin kotiin tuotaviin palveluihin ja raportoinnista tuli tärkeä osa kotiuttamista ja se lisäsi potilasturvallisuutta.

Keskeiset avainsanat: Kotiuttaminen, kotiin tuotavat palvelut, palvelutarpeenarviointi ja potilassiirto

School of Northern Well-being and Services
Degree Programme in Management of
Health and Welfare
Master of Health Care

Author(s)	Marianne Niemelä	Year	2021
Supervisor(s)	Raija Seppänen		
Commissioned by	Coronaria oy		
Subject of thesis	Discharge of Health Centre Ward Clients to Home Health Care Services – A Model and Checklist for Posio Health Centre		
Number of pages	34 + 2		

In Finland the recommendation is that the older population would live at home for as long as possible with the help of home care services. In Posio, the number of elderly people is big and the number of home care clients is growing. Older people are often multi morbid and they need hospital care for many different reasons.

Challenges in the discharge process have come up in Posio health centre ward. Reports about discharge have been short and randomly reported to home health care. The checklist and operating models can improve patient safety and help nurses when patient move to home care from the ward. A new discharge model and a checklist support the ward nurses and the home health care staff.

The purpose of this thesis was to create a functional discharge model for the services in home care and ward. In addition, a checklist was included in the new model. The aim was to implement patient transfer from the ward to home safely and flexibly. Fluent patient transfers require planning and include communication between the nurses and the home health care staff. With a smooth discharge process costs are also reduced when people stay in the ward for a shorter period of time.

In this thesis, a constructive operating model was created and the learning café method was used for the data collection. Collaboration was done with home health nursing staff, social workers, and the ward nurses. In Posio the new model and checklist clarified reports and increased patient safety.

Key words: Repatriation, home delivery services, service needs assessment and patient transfer.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	3
3	TOIMIVA KOTIHOITO	4
4	TERVEYSPALVELUT POSIOLLA	7
4.1	Streteria Posiolla kotihoidossa	7
4.2	Coronaria oy	7
4.3	Vuodeosasto	7
4.4	Kotihoito	7
4.5	Tukipalvelut	8
5	KOTIIN TUOTAVIIN PALVELUIHIN SIIRTYMIENEN VUODEOSASTOLTA	9
5.1	Potilasturvallisuus siirron aikana	9
5.2	Kotiuttamisessa huomioitavat asiat ja tarkistuslista	10
5.3	Tarkistuslistan sisältö	13
5.4	Kotiuttamisen suunnitelmallisuus	15
6	MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS	20
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö ja lähestymistapa	20
6.2	Haastattelu ja learning cafe	21
6.3	Konstruktivinen mallin vaiheet	22
6.4	Konstruktivisen mallin käyttö tämän opinnäytetyön aikana	22
7	YHTEENVETONA KOTIUTTAMISEN MALLI JA TARKASTUSLISTA	25
7.1	Kotiuttamisen malli.....	25
7.2	Tarkastuslista	26
7.2	Toimenpide- ja kehittämissuositukset	26

8	POHDINTA	28
8.1	Kehittämistehtävän ja oman oppimisen tarkastelu	28
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	29
8.3	yhteenveto ja johtopäätökset	30
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	34

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Kuva uuden toimintamallin kotiutumisen prosessista.....	25
--	----

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä käsitellään aihetta kotiutuminen vuodeosastolta kotiin tuotaviin palveluihin Posiolla. Kehittämistehtävänä on luoda uusi kotiuttamisen malli Posion terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiin tuotaviin palveluihin. Osana tätä mallia luodaan tarkistuslista hoitajien käyttöön. Kotiuttamisen malli sekä tarkistuslista liitteenä (sivu 36 & 37). Tällä hetkellä Posiolla ei ole mallia kotiutumisesta kotiin tuotaviin palveluihin. Asiakkaiden kotiutumiset tapahtuvat, niin että vuodeosastolta sairaanhoitaja soittaa kotihoitoon, kotisairaanhoidon sairaanhoitajille tai kotihoidon esimiehelle kotiutuvista asiakkaista saman päivän aikana, kun kotiuttaminen tapahtuu. Kotiuttamiset tapahtuvat suurimmalta osalta juuri sillä hetkellä, kun soitetaan, joten ennakointia ei ole. Tällöin kotiin tuotavat palvelut joudutaan aloittamaan kiireellä ja työn suunnitteluun tulee haasteita. Tämä toimintatapa on vanha ja ajalta, jolloin kotisairaanhoidotajia oli vain yksi tai kaksi. Asiakasmäärät olivat pienempiä ja kotikäyntejä vähemmän. Nykyisin kotisairaanhoidotajia on 4 sekä asiakasmäärät ovat kasvaneet paljon. Posion pinta-ala on suuri ja asiakkaita asuu pitkien ajomatkojen päässä palveluista. Kotiuttamisissa ei ole käytössä tarkistus eli chekc-listaa, joten vuodeosaston hoitajat toimivat muistin varassa. Kotiuttava hoitaja ei ole välttämättä se, joka on hoitanut potilasta. Tämä tuo kuormittuvuutta hoitajille ja asiakkaan hoitoon liittyviä asioita voi unohtua. Tiedonsiirto ei koeta turvallisena. Kotisairaanhoidotajat ovat usein asiakaskäynneillä tai tien päällä, kun kotiutumiset ilmoitetaan. Asiakkaan kokonaisvaltaisen palvelujen suunnittelu tehdään liian nopeasti tai myöhään jos kotiutuiset eivät ole suunniteltuja. Palveluntarpeenarvioinnit tulisi tehdä ennen kotiutumista tai heti kotiutumisen jälkeen. Jos kotiutuminen ei ole tiedossa etukäteen, niin arvioijat eivät välttämättä pääse paikalle aikataulujen vuoksi. Asiakkaan kotiutumiseen tulisi osallistua moniammatillinen ryhmä.

Posiolla on ulkoistettu sosiaali- ja terveystyöpalvelut, palvelut tuottaa Coronaria oy. Posiolla ikäihmisten määrä on suuri ja Posion pinta-ala on laaja. Kotihoidon säännöllisiä asiakkaita on n. 150 ja vuodeosastolla potilaspaikkoja 23. Lisäksi tukipalveluja tuotetaan n. 50 asiakkaalle. Vuodeosastolla hoidetaan akuuttihoitoon lisäksi kuntoutujia ja vuodeosastolla jonottaa ikäihmisten palveluasumiseen asiakkaita.

Kotiuttamiseen vuodeosastolta tulee tehdä uusia käytäntöjä ja etsiä sopiva malli. Uusi yhtenäinen toimintamalli takaa turvallisen ja suunnitelmallisen kotiutumisen, jolloin hoitosuunnitelma ei katkea ja asiakas saa oikeat, toimivat palvelut. Lisäksi tulee luoda tarkistuslista vuodeosaston ja kotihoidon käyttöön sekä perehdyttää henkilöstö uuteen käytäntöön. Tämän opinnäytetyön on tehnyt toimeksiantosopimuksena Coronaria oy. Sopimus liitteenä.

Kotiuttamista vuodeosastolta on tutkittu paljon, mutta Suomessa tutkimukset ovat pääosin pro gradu sekä ammattikorkeakoulujen tutkimuksia ja töitä. Väitöskirjojen ja tutkimusten mukaan kotiuttamisiin tulisi olla selkeät kriteerit ja kotiuttaminen malli toimivuuden kannalta. (Lämsä 2013, 153.)

Hyvinvointiosaaminen näkyy tehokkaassa ja suunnitellussa asiakakkaan siirroissa. Lisäksi sujuvat sekä suunnitellut kotiutumiset vähentävät kustannuksia, koska asiakkaat eivät palaa helposti takaisin vuodeosastolle sekä oleskele tarpeettoman pitkään osastolla kotiuttamisen hitauden vuoksi. Oma tavoitteeni on oppia käyttämään erilaisia menetelmiä ja malleja tämän opinnäytetyön teossa sekä oppia arvioimaan ja johtamaan mallin luomista ja käyttöönottoa. Lisäksi tavoitteena on, että uusi toimiva malli tuo työhön sujuvuutta.

2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda toimiva kotiuttamisen malli vuodeosastolta kotiin tuotaviin palveluihin Posiolla. Tarkoituksena on tehdä kotiuttamisen mallin osaksi tarkistuslista Posion terveyskeskuksen vuodeosastolle sekä kotihoitoon kotiuttamisen tueksi hoitajille.

Tavoitteena on saada vuodeosastolta kotiuttaminen kotiin tuotaviin palveluihin selkeäksi, joustavaksi ja toimivaksi, jossa huomioidaan potilasturvallisuus ja turvataan hoidon jatkuvuus. Tavoitteena on saada toimintaan uusi, toimiva kotiuttamisen malli, joka palvelee vuodeosaston hoitajia, kotihoidon hoitajia sekä asiakkaita. Tavoitteena on turvata asiakkaille sujuva siirtyminen vuodeosastolta kotiin ja saada asiakkaan tarvitsemat palvelut nopeasti toimimaan. Tavoitteena on saada hoitohenkilökunnalle toimivat työväline helpottamaan ja selkeyttämään turvallista potilas työskentelyä. Hoitohenkilökunta perehdytetään ja malli käydään henkilöstön kanssa läpi.

Tarkistuslistassa olisi kaikki huomioitavat asiat ja tiedot, jotka tulisi hoitajien raportissa siirtyä asiakkaan mukana toiselle hoitotaholle. Näin vältettäisiin hoidon katkeaminen sekä aikaa asiakkaan kotiutumiseen ei kuluisi turhaan. Tarkistuslista olisi muistin tukena kotiutustilanteessa. Lisäksi se minimoisi tiedon siirron katkeamisen, mikäli hoitava hoitaja vaihtuisi kesken kotiutumisen tai hoitojakson. Kehittämistehtävä kattaa uuden kotiuttamisen mallin sekä tarkistuslistan, jotka tulevat käyttöön vuodeosastolle sekä kotihoidolle.

3. TOIMIVA KOTIHOITO

Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen mukaan kansallinen tavoitteemme on, että ikäihminen saa ja voi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Lapin maakunnassa on laadittu maakunnallista sote-valmistelua. Toimiva kotihoito lappiin- hanke on käsitellyt Lapin alueella kotihoidon kehittämistä 2016-2018.

Lapissa väestö ikääntyy vauhdilla ja tuo mukanaan kehittämistä palveluihin. Haasteena on ennakoiden vaikuttaa ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitoon osallistavasti. Lapissa vuonna 2016 75 vuotta täyttäneiden osuus on 10,4% väestöstä ja säännöllisessä kotihoidon piirissä heistä oli 13 prosenttia naisia ja 9 prosenttia miehiä. Palveluiden sovittaminen oikea- aikaisina vähentävät kustannuksia ja niillä on suora vaikutus kotona asumiseen mahdollisimman pitkään, jopa elämän loppuun asti. Suomessa terveyskeskukset sisältävät yleensä akuutti, kuntoutus, saattohoidon ja pitkäaikaisen osastohoidon samalla osastolla. Toimiva kotihoito Lappiin hankkeessa on käsitelty ennakoivan kotiuttamista vuodeosastolta kotiin. Vuodeosastolla tarpeetonta oleskeluaikaa tulisi saada vähennettyä. Tämä vaatisi ennakoivan kotiuttamisen suunnittelua varhaisessa vaiheessa. Ennakoinnissa huomioitaisiin kotiuttamista hankaloittavia asioita ja tehtäisiin korjaavat toimenpiteet ennen kotiuttamista vuodeosastolta. Kotiutussuunnitelmat sekä tarkastuslistat lisäävät kotiuttamisen hyötyjä. (Lohtander 2018.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehittämisen painopisteenä on ollut jo jonkin aikaa siirtyminen laitoshoidosta avohoitoon. Case/care management on toimintamalli, jossa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, hoidon jatkuvuutta ja vastuullisuutta. Hoito tulee saada missä vain mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti. Mallissa pyritään mahdollisimman pieneen hoitopiiriin. PALKO-malli on Suomessa tehty tutkimussarja, joka keskittyy palvelujen yhteensovittamista kotiuttamisessa ja kotihoidossa. Tämän tutkimussarjan käynnisti sairaaloista tehokkaat ja nopeat kotiuttamiset. Sairaaloiden toiminnoiden tehostaminen on nopeuttanut kotiuttamisia ja lyhentänyt sairaalassaolo jaksoja. Hoitojen ja teknologian kehittyminen on lisännyt mahdollisuutta hoitaa ikäihmisiä kotiin mahdollisimman pitkään. Toimivan terveyden huollon haasteissa on mainittu asiakkaiden siirtyminen oikeaan aikaan oikeaan paikkaan. Hoitoketjussa on useita haasteita varsinkin,

kun asiakas liikkuu eri yksiköiden välillä ja erikoisyksiköstä toiseen. Tämä pirstoo kokonaishoitoa sekä hoidon jatkuvuus vaikeutuu. Kotiuttamisen onnistuminen vaatii jatkuvaa kotihoitoa ja sopivia palveluita, jotka ovat suunniteltuja. Tähän kuuluu palveluiden integroituminen sekä saumatonta yhteistyötä palvelujen tuottajien välillä. PALKO-malli toteaa, että tulevaisuudessa palvelutarpeenarviointi lisääntyy sekä eri palveluiden integroituminen kasvaa. On huomattu, että on olemassa epäselvyyksiä eri sosiaali- ja terveystyöpalveluiden toimijoiden välillä. He eivät ole aina tietoisia toistensa toiminnasta ja menettelytavoista. Tämän seurauksena kotiuttamisten suunnittelut alkavat liian myöhään, palveluissa on päällekkäisyyksiä ja virheiden määrä voi kasvaa. Lisä haasteena PALKO-mallissa nostettiin kotiuttaminen asenteena hoitohenkilökunnalla. Kotiuttaminen voidaan kokea ylimääräisenä hoitotehtävänä eikä sitä mielletä toimenkuvaksi mihinkään. Kotiuttamishoitajilla ja kotiuttamistiimeillä on pyritty ratkomaan tätä ongelmaa. Lisäksi toimivat mallit, joissa kotiuttaminen on koordinoitu tiettyyn henkilöön tai toimeen saavat kotiuttamiset toimiviksi. Case/care management- mallissakin suosittiin mahdollisimman rajattua ryhmää hoitohenkilökunnassa. PALKO-mallissa kehitettiin uusia menetelmiä ja toimintatapoja toimintayksiköihin yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitotyössä hoitajat ovat vastuussa kirjaamisen laadusta ja tiedon siirrosta potilassiirtojen aikana (Nyman 2006).

Suomessa laki edellyttää terveyden edistämistä ja siihen liittyvien palveluidenjärjestämistä. Terveydenhuoltolain (2010/1326.1:3§) mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää perusterveydenhuolto. Tähän kuuluu väestön terveyden seuranta ja terveyden edistämistä palveluiden turvin. Palveluihin kuuluvat terveystarkastuksen, terveysneuvonta, lääkinnällinen kuntoutus, suun terveydenhuolto, kotihoito, kotisairaanhoido, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä mielenterveys- ja päihdetyötä.

Kotipalvelulla tarkoitetaan lain mukaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toiminta kyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.1:19§). Lisäksi terveydenhuoltolaki 25 § ohjaa kotihoidon ja kotisairaanhoidon toimintaa. Kotisairaanhoido on kunnan järjestettävää terveydenhuollon palvelua, joka perustuu laadittuun hoito ja

4. TERVEYSPALVELUT POSIOLLA

4.1 Strategia Posiolla kotihoidossa

Posion kotihoidon toiminta-ajatus on toimia luotettavana yhteistyökumppanina sosiaali- ja terveysalalla. Tehtävänä on tukea asiakkaiden kotona asumista mahdollisimman pitkään, lisätä asiakkaiden hyvinvointia oikea-aikaisten ja tarkoituksenmukaisten kotiin tarjottavien palvelujen avulla. Strategiaan kuuluu kotona asumisen turvaaminen mahdollisimman pitkään ja kotihoidon kehittäminen alueellisesti. Tämän edellytyksenä on, että vuodeosastolta asiakkaat kotiutuvat turvallisesti ja palvelut saadaan toimivaksi. Yhteistyö eritahojen välillä tulisi olla jouhevaa.

4.2 Coronaria oy

Coronaria on täysin Suomalainen terveyspalveluja tuottava yritys. Sen liikevaihto oli vuonna 2021 180 miljoonaa euroa. Coronarian palveluihin kuuluvat erilaisten terveyspalveluiden lisäksi kuntoutus- ja terapiapalvelut, hammashoito, silmäsairaaanhoito ja uniklinikkapalvelut. Coronarian toimipisteitä on ympäri suomea ja työntekijöitä on n. 2600. (Coronaria 2021.)

4.3 Vuodeosasto

Posion vuodeosastolla työskentelee yhteensä noin 20 hoitajaa ja potilaspaikkoja on 22. Vuodeosasto sijaitsee terveyskeskuksen yhteydessä ja samassa pihapiirissä ovat kotihoidon palvelut, sosiaalipalvelut, ikäihmisten asumispalvelut sekä palvelutalo. Vuodeosastolle tullaan akuuttien sairauksien hoitoon ja jatko kuntoutukseen mm. Lapin keskussairaalaan. Lisäksi vuodeosastolla järjestetään kuntoutusjaksoja omaishoidettaville sekä kotihoidon asiakkaille. Vuodeosastolla on joka aamu lääkärin ja hoitajan yhteinen kierto potilaiden luona arvioimassa vointia. Lisäksi kerran viikossa kokoontuu moniammatillinen ryhmä arvioimaan potilaiden jatkohoitoa. Tähän kerran viikossa kokoontuvaan ryhmään on sisällytetty kehitettävänä toimintana suunnitelmallinen kotiuttaminen.

4.4 Kotihoito

Posion kotihoitoon kuuluu kotipalvelu sekä kotisairaanhoido. Kotisairaanhoidossa työskentelee sairaanhoitajia 4 ja kotipalvelussa lähihoitajia sekä hoiva-avustajia n. 30. Kotihoidon asiakasmäärät ovat olleet viimeiset kaksi vuotta 150-180 välillä. Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoidon asiakkaaksi tullaan palvelutarpeenarvioinnin kautta, jossa tehdään RAI-kuntoisuusarvio. Kuntoisuusarviossa on luokat 1-5 ja kotihoidon palveluihin edellytyksenä on, että asiakas kuuluu luokkaan 3-5. Kotisairaanhoidon palvelua voidaan tuottaa tilapäisenä akuuttitilanteen sitä vaatiessa mm. haavahoito tai akuutti lääkehoito. Kotisairaanhoidosta päätöksen tekee kotisairaanhoidon lääkäri.

4.5 Tukipalvelut

Tukipalveluihin sisältyvät ateriapalvelu ja turvapalvelut. Ateriapalvelun tuottaa Compass Group palveluntuottaja Posiolla. Ateriapalvelun piiriin pääseminen edellyttää, että asiakas ei kykene enää itse valmistamaan monipuolista ruokaa kotona. Ateria voidaan kuljettaa kotiin päivittäin tai asiakas voi käydä ruokailemassa ravintola Paunetissa ateriapalvelun hinnalla. Turvapalvelut tilataan kotihoidon kautta Add Securelta tai Seniortekiltä. Turvapalveluihin kuuluvat turvarannekkeet, puhelimet, ovihälyttimet, gps- paikantimet sekä hoivaturva- järjestelmät. Tukipalvelut täydentävät kotihoitoa tai niitä voidaan järjestää myös erikseen ilman kotihoidon palveluita.

5. KOTIIN TUOTAVIIN PALVELUIHIN SIIRTYMIENEN VUODEOSASTOLTA

5.1 Potilasturvallisuus siirron aikana

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta hänelle aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:8§.)

Potilasturvallisuuteen tulee kiinnittää eritoten huomioita potilaiden siirron aikana. Virheiden mahdollisuus kasvaa ja on suurimmillaan siirron aikana. Tämä johtuu, siitä että työtehtävään liittyy paljon yksityiskohtia ja työntekijöiden määrä kasvaa tai siirtoa tekevä hoitaja vaihtuu kesken siirron. Lisäksi ympäristön vaihdos tekee siirrosta potilaalle kuormittavaa. (Potilasturvallisuusopas 2011.) Eri tutkimukset pidemmältä ajalta ovat todistaneet, että potilassiirron aikana potilasturvallisuudessa on suuri riski. Kansainväliset tutkimukset paljastavat, että potilassiirto on merkittävä kehittämisosa-alue. Potilassiirron aikana tapahtuvat haittavaikutukset voivat lisätä paljon riskiä, että potilas palaa sairaalaan takaisin lyhyen ajan sisällä. Tehokkaalla suunnittelulla voidaan varmistaa hyvä jatkohoito kotiin siirryttäessä sairaalasta. (Boiling 2009.)

Hahon (2009, 39) mukaan tärkeimpiä asioita on potilastietojen kirjaaminen ja viestintä. Dokumentoinnin oikea hallinta ja toteutus ovat potilaan sekä hoitajan oikeusturva. Potilaan hoitoa kirjataan eli dokumentoidaan potilastietojärjestelmään. Näistä muodostuu potilasasiakirjat, joihin vain hoitosuhteessa olevat ammattihoollon henkilöt saavat kirjata ja lukea. Vuodeosastolla hoitajat kirjaavat potilastietojärjestelmään potilaasta tehtävät huomioit, toimintakyky arviointia, toimenpiteet ja tärkeät asiat. Näitä tietoja käytetään hyväksi, kun potilaan jatkohoitoa ja kotiuttamista aletaan suunnitella. Dokumentoinnin vuoksi myös uusi hoitosuhteeseen tuleva hoitaja voi tietää potilaan tilasta ja hoitotavoitteista sekä jatkosuunnitelmista.

Laki hoito- ja potilastyöstä ohjaavat toimintaa myös kotiuttamisvaiheessa. Laki määrää, että potilastietoja saa käsitellä vain hoitosuhteessa oleva ammattihenkilö. Hoitava yksikkö saa käsitellä potilaan tietoja ja potilastieto tulee siirtää potilaan mukana. Terveystieteiden laissa sallii potilaan potilasasiakirjamerkintöjen siirtyvän potilaan mukana hoitoyksiköstä toiseen. Tämä takaa potilasturvallisuuden, kun käytäntöjä noudatetaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietojen luovutuksesta tai kumota päätös, milloin vain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011,5.)

Isotalo ja Kiviharju (2016) ovat todenneet haasteellisimmat tilanteet, joissa potilasasiakirjat ja dokumentointi ovat pääosassa. Näitä tilanteita ovat ilmoitus kotihoidon tarpeesta ja palvelutarpeenarviointi. Lisäksi he ovat todenneet, että haasteita ja ongelmakohtia on suunnitelmien laatimisessa, kun moniammatillinen työryhmä tekee päätöksiä. Potilaiden siirtojen tulee olla prosessimaista ja sujuvaa sekä läpinäkyvää. Selkeä prosessi tukee hoitohenkilökunnan työnjakoa ja vastuuta. Kun siirto vaihe on hyvin järjestelty, niin hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku on turvattu. Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden ylläpitäminen ovat keskeisimpiä asioita potilaan siirtyessä kotiin hoitoyksiköstä. (Potilasturvallisuusopas 2011.) Potilasturvallisuudessa siirron aikana on keskeisenä erilaiset tarkistuslistat. Tämä toiminta takaa laadun, yhtenäisen toiminnan ja vähentää virheitä. Tarkistuslistojen tiedetään edistävän potilasturvallisuutta. (Helevuo, Kinnunen, Peltonen & Pennanen 2011.) Mäkijärvi (2013,8-9.) toteaaakin, että erilaiset toimintamallit ja prosessit ovat potilastyössä potilasturvallisuuden perustana. Riskien hallinta ja tunnistaminen etukäteen auttavat ennakoimaan etukäteen.

5.2 Kotiuttamisessa huomioitavat asiat ja tarkistuslista

Suomessa PALKO-malli sekä toimiva kotihoito lappiin hanke ovat todenneet kotiuttamisen ongelmakohtien oleva siirroissa, tiedottamisessa ja suunnitelmallisuudessa. Kotiutumisprosessin epäonnistuessa käy usein niin, että potilas palaa takaisin vuodeosastolle tai hoitajakso pitenee. Tätä tapahtuu erityisesti iäkkäiden potilaiden kanssa. Kotiutuminen sairaalasta on nopeutunut ja potilas siirron prosessi on yksinkertainen ja nopea. Kun puhtaasti kotiutumisesta

kotiin tuotaviin palveluihin vuodeosastolta, niin usein potilaat ovat iäkkäitä, huonokuntoisia sekä monisairaita. Tällöin pelkkä sairaalaan tulosityn parantaminen ei riitä, vaan potilaan kotiutumisessa täytyy ottaa huomioon useita eri asioita. Esimerkiksi kotona selviytyminen, mahdolliset jatkohoitopaikat ja tarvittava kotihoito ja kotisairaanhoido. Lisäksi muistisairaudet voivat olla piileviä ja ilmetä vuodeosastohoidon aikana. Mukana kotiuttamisessa voikin olla useita eri ammattiryhmiä mm. muistihoitaja, fysioterapeutti, kotisairaanhoidaja lääkärin lisäksi. (Lämsä 2013, 105108.) Suomessa ikäihmiset ovat kertoneet, että kotiutuessaan sairaalasta he hakeutuvat helposti jo palveluasumiseen mutta saattaa tätä ennen käydä useita kertoja sairaalan ja kodin väliä (Aro, Jylhä, Noro, Pohjolainen & Ruth 1992). Muita ongelmia kotiuttamisessa ovat usein valmistelemattomat kotiutukset, katkokset tiedon kulussa, hoidon jatkuvuuden suunnittelussa ja yhteisten hoitotavoitteiden puuttuminen. Kotiuttamispäivänä voidaan huomata apuväline puutoksia tai omaisille tullut yhtäkkinen tieto kotiuttamisesta ja sitä vastustaminen avun tarpeen puuttumisesta. Nämä kaikki hidastavat kotiuttamista ja voi olla, että kotiuttaminen siirtyy toiselle päivällä tukipalveluiden tai liikkumista tukemista tarkoitettujen välineiden puuttumisen vuoksi. (Hammar 2008.)

Vuodeosastoilta kotiutuminen on usein nopeaa, koska tutkitusti vuodeosastolla ikäihmisen makuuttaminen lisää kuntoutusaikaa huomattavasti. Nopeat kotiuttamiset hiertävät henkilökunnan välejä ja varsinkin eri yksiköiden, mm. kotihoito ja vuodeosasto, välit voivat tulehtua huonosti hoidetuissa potilas siirroissa. Syyttelyä voi olla molemmin puolin, mikäli jokin asia unohtuu tai yhteistyö palaverit ovat myöhästyneet ja sen myötä kotiutus myöhästynyt huonon kommunikaationa vuoksi. Hoitoaikojen lyhentämisen tavoitteina on vähentää kustannuksia ja vapauttaa hoitopaikkoja uusille potilaille. Tämä tehokkuusvaatimus altistaa liian nopeille kotiuttamisille.

Onnistunut kotiuttaminen vie aikaa monien eri yhteistyötahojen vuoksi. Tiedonkulku ja roolit voivat aiheuttaa haasteita kotiuttamiseen myös. Vuodeosastolla voi olla epäselvää potilaan kotiutuksen tukemisesta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että eri ammattiryhmät käyttävät kotiuttamisperusteita neuvotteluissa ristiin. Lääkäri saattoi tietyn potilaan kohdalla nostaa keskustelussa esiin niin hallinnollisen perusteen kuin potilaan

elämäntilanteenkin. Sairaanhoidaja saattoi yhden potilaan kohdalla vedota potilaan elämäntilanteeseen tai kotioloihin. Virallisesti ja viime kädessä lääkäri päättää aina potilaan kotiuttamisesta sekä jatkohoidoista. (Lämsä 2013, 108-111.)

Potilas voi pelätä siirtoa kotiin, koska kokee turvattomuutta tai hänellä on huoli pärjäämisestä sairauksien vuoksi kotona. Keskustelu potilaan ja hänen läheistensä kanssa hyödyssä ajoin enne kotiutusta parantaa potilaan kokemusta siirtyä kotiin. Kotiutumisen keskusteluihin olisi aina hyvä ottaa mukaan monitahoinen hoitohenkilöstä mm. koihoidosta ja fysioterapiasta. Kotiutumista ennen tulisi arvioida potilaan kunto ja järjestää hoitopalaveri, jossa sovitaan palveluiden määrä asiakkaan kotiin. Suomessa on havaittu, että kotiutusohitajan käyttö tai potilas siirtoihin perehtynyt henkilö edistävät kotiin siirtoa positiivisesta ja tukevat jatkokuntoutusta kotona sekä parantavat tiedonkulkua. Kotiuttamisen suunnitelmallisuus, asioiden koordinointi, yhteistyö ja potilaan osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun edesauttavat kotiutusta Koposen mukaan. Vuodeosaston aktiivisuus potilaan jo olemassa olevaan kotisairaanhoidon helpotti kotiuttamista. Näin voidaan nopeasti tehostaa ja lisätä aikaisempia kotiapuja kotiin. Potilaan selviytymisen vahvistaminen on tärkeää siirtymävaiheessa. (Koponen 2003.) Yksi hoitotyön periaatteista on hoidon jatkuvuus. Hoitotyön onnistumisen ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon turvaaminen on turvattava. Potilaan siirto turvataan suullisella raportoinnilla ja hyvällä kirjaamisella. Nämä takaavat hoidon jatkuvuuden. (Kassara ym. 2006, 15.)

Erilaisiamalleja käytetään potilas siirtojen tukena. Siirtovaiheen useiden yksityiskohtaisten tietojen siirtäminen taholta toiselle on haasteellista, joten tukena käytetään usein tarkistuslistaa. Tarkistuslista voi olla tukena kotiuttavalla tai vastaanottavalla hoitajalla tai molemmilla. Tarkistuslista tarjoaa ydinasioiden listan, jonka avulla hoitohenkilökunta parantaa tiimityötä ja kommunikaatiota. Tarkistuslista lisää turvallisuutta, yhdenmukaistaa toiminnan ja parantaa laatua. Hoitohenkilökunnan yhtenäisen toiminnan vuoksi kuluu kotiutumiseen vähemmän aikaa ja hoitajien ei tarvitse luottaa pelkkään muistiinsa. Tarkistuslistan tulisi olla täsmällinen ja helppokäyttöinen sekä kaikki hoitajat tulee perehdyttää sen käyttöön osana päivittäistoimintaa. Tarkistuslistasta on hyvä

räätälöidä kunkin toimintaympäristön käyttöön toimiva tuki henkilöstölle. (Helovuo ym. 2011.) Tarkistuslista on hyvä ja halpa työväline kun sen toiminnan helppous huomataan (Lingard, Regehr, Orser, Reznick, Baker, Doran, Espin, Bohnen & Whyte 2008). Tarkistuslistan käyttöönotossa tulee huomioida, että alkuinnostuksen jälkeen käyttö voi notkahtaa, jos sitä ei pidetä jatkuvasti esillä. Uuden toimintamallin omaksumiseen menee aikaa. Hyvä olisi, jos yksiköissä olisi joku, joka huolehtii uuden mallin ja tarkistuslistan käytöstä säännöllisesti. Heitä voisi kuvata muutosagenteiksi. (Leppäniemi & Nefling. (2012,18-19.)

Who eli maailmanterveysjärjestö kehitti vuonna 2007 tarkistuslistan leikkaustoimintaan. Huomattiin, että tämän tarkistuslistan myötä vahingot vähentyivät kolmanneksella. Tästä leikkaussalin tarkistuslistasta alkoi tulla eri versioita eri sairaanhoidon toiminta-alueille. (Haynes 2009.) Tarkistuslistat ovat yleistyneet vakiokäyttöön useille eri hoitoalan paikkoihin. Tarkistuslista ei kuitenkaan korvaa osaavaa henkilöstöä ja tarkistuslistaa täytyy osata käyttää oikein hoitotyössä. (Howie & McMullen 2010.) Kotiuttamisen malleista on kokemusta lähikunnista. Näistä esimerkiksi Muonio- Enontekiön kunnalla saatu hyviä tuloksia (Virkkunen 2013,5).

5.3 Tarkistuslistaan sisältyvät asiat

Suomen potilasturvallisuus yhdistyksen (2014) mukaan potilaan tarkistuslistasta täytyy löytyä kaikki oleellinen tieto potilaan kotiuttamisen kannalta. Nimi ja henkilötunnus takaavat, että potilaat eikä heidän tietonsa mene sekaisin, kun potilaita on vuodeosastolla useita. Kotiuttamisia voi olla myös useita samalle päivälle, jolloin hoitajien täytyy olla varmoja, kenestä tiedotetaan seuraavalle hoitotaholle. Tietoihin on hyvä merkitä kotiuttava hoitaja, kuka on antanut raportin seuraavalle hoitotaholle. Kotiuttaminen tiedon vastaanottajan nimi myös. Nämä takaavat sen, jos tulee lisää kysyttävää jatkossa, niin tiedetään suoraan kehen olla yhteydessä.

Tämä nopeuttaa toimintaa ja turhat oikean henkilön etsimiset jäävät pois.

Hoidon tulon syy täytyy rajata omalle kohdalle, josta selviää potilaan hoidon tilanne. Lääkinnällinen syy hoidettu loppuun vai jatkuuko hoito kotona. Usein antibiootit jatkuvat kotiuttamisen jälkeen. Samalla tiedottaa, onko potilas käynyt muualla hoidoissa. Hoitojakson pituudesta voidaan päätellä potilaan

kokonaistilaa. Samalla onko toimintakyky laskenut vuodeosasto hoidon aikana. Akuutti sairaus, jonka vuoksi potilas on voinut olla pitkään vuodepotilaana, on voinut viedä kuntoisuutta paljon alaspäin. Hoitajien tulee arvioida mahdollisen lisäkuntoutuksen saaminen vuodeosastolla tai kuntoutuksen jatkuminen kotona. Tässä vaiheessa tulee arvioida, onko väliaikainen kotipalvelu tarpeellinen potilaan kuntoutumisen ajaksi ja järjestetäänkö kotiin tehostettua kotikuntoutusta tai ryhmäkuntoutus mahdollisuutta. Lisäksi on huomioitava mahdolliset apuvälineet kotiin. (Lämsä 2013, 105-112.)

Lääkityksen siirtyminen kotiuttamistilanteessa on koettu usein haasteellisena. Sairaalaosaolo aikana on voinut tulla useita eri lääkemutoksia tulo tilanteeseen verrattuna. Lääkemäärää on voitu muuttaa, aloittaa uusia lääkkeitä ja lopettaa lääkkeitä. Insuliini ja verenohennusannoksia on voitu muuttaa. Lisäksi lääkkeitä voi olla tauolla ja ne tulee ottaa käyttöön tietyn ajan kuluttua. Tämän kaiken tiedon siirto vaatii perehtymistä potilaan lääkehoitoon koko sairaalaosastojakson ajalta. Myös jos potilas on käynyt eri sairaalassa välillä. Tarkistuslistasta löytyvät lääkityskohdasta lisäksi usein erilliset muuttuvat lääkitykset mm. Marevan annostelu ja mahdollinen lääkekuuri. Nämä muistuttavat hoitajaa mahdollisista muutoksista ja tarkastamaan ne potilastiedoista ennen raportointia toiseen yksikköön. (Kuusisto 2019).

Lääkehoidon siirtyminen potilaan mukana tulee varmistaa aina huolellisesti jatkohoidon kannalta. Tarkastuslistassa on kohta, kuka huolehtii potilaan lääkityksestä? Usein käy niin, että potilas kotiutetaan uuden lääkelistan turvin mutta potilaan kognitio voi olla laskenut niin, että lääkehoidossa on haasteita. Tällöin tilanne voi olla, että potilas palaa nopeasti takasin osastolle, koska hoidon jatkuvuus ei toimi. Lisäksi se vaarantaa potilasturvallisuuden. Hoitajan tulisi varmistaa kotiuttamissuunnitelman aikana, kuka vastaa lääkehoidosta. Onko potilas itse siihen kykenevä, omainen vai kotihoito. Useilla ikäihmisillä puoliso toimii omaishoitajana tai huolehtii muuten molempien lääkityksestä. Lähes kaikkien kotihoidon asiakkaiden lääkitykset ovat usein kotisairaanhoitajien vastuulla. (Suomen potilasturvallisuusyhdistys 2014).

Kotiutusteksti eli epikriisi tulee siirtää aina seuraavalle hoitotaholle sekä antaa potilaalle mukaan. Kotiutustekstissä ilmenee myös mahdolliset sovitut jatkokontrollit sekä haavahoito- ohjeet. Kotihoidon asiakkaiden jatkokontrollien verikokeet, kuvantamiset ja haavahoidot hoitaa usein kotisairaanhoido. Huomioitava on, että osa asiakkaista kuitenkin toimii itsenäisesti. Tarkastuslistassa mahdolliset jatkotoimenpiteet käydään yhdessä läpi tiedon siirrossa. Näin hoitoisuus ei katkea ja jatkohoito sekä kontrollit tulee hoidettua. Riskinä on potilaan tilan huonontuminen ja paluu osastolle, jos jatkohoitoa ei hoideta suunnitelmallisesti. (Kuusisto 2019,40-43.)

Kuusiston mukaan potilaan suunnitelmalliseen kotiuttamiseen vaikuttaa toimintakyky, liikkuminen, kognitio ja muisti. Näiden arviointi osaston hoitojakson aikana tulee olla päivittäistä ja arviointia on kirjattava säännöllisesti. Mikäli näissä toiminnoissa havaitaan puutteita ja ongelmaa, tulee järjestää palvelutarpeenarviointi. RAI-toimintakyvyn mittausta voidaan suorittaa vuodeosastolla hoitajan toimesta. Näin saadaan varma ja kattava tieto potilaan kuntoisuudesta. RAI-arviointiin sisältyy muistitestin laatiminen sekä liikkumisen ja toimintakyvyn arviointi. Tarkistuslistasta löytyvät kohdat kognitio ja muisti sekä toimintakyky ja liikkuminen. Pitkän osasto ja sairaalaolon jakson aikana näihin on voinut tulla muutoksia tai huomattu poikkeavaa kognitiossa tai muistissa aikaisempaan verrattuna. Tämän arviointi vaatii hoitajilta osaamista ja perehtymistä potilaan aikaisempaan toimintaan ja elämäntilanteeseen. Potilastietojärjestelmän käyttö ja sieltä löytyvä aikaisempi tieto on tärkeää. Esimerkiksi muistitesti tulosten vertaaminen on mahdollista vain, jos ne kirjataan oikein potilastietojärjestelmään. (Heikkilä & Mäkelä 2015).

Tarkastuslistasta oleellinen tieto kotiin tuotaville palveluilla on potilaan viimeksi peseytyminen. Useilla vuodeosastoilla on käytäntönä pestä asiakas enne kotiuttamista. Tämä on hyvä tietää kotihoidolla, jotta osaavat suunnitella seuraavan suihkutuspäivän valmiiksi. (Kuusisto 2019, 40-43.)

Tiedon kulussa on huomioitava omaiset. Tiedottaminen lähiomaiselle potilaan siirrosta toiseen yksikköön vastaa siirtävä hoitotaho. Omaiselle ilmoittaminen on tarkastuslistassa, jotta tiedotus heille ei katkea välissä. Lisäksi omaiset usein hakevat potilaan kotiin. Potilaan kotiuttamisessa on mietittävä potilaan ja/tai omaisen kanssa miten hän kotiutuu vuodeosastolta. Joissain kunnissa myös

kotihoidosta tai henkilökohtainen avustaja voi kuljettaa potilaan kotiin. Kotiuttamisen aika sovitaan samalla tarkastuslistan läpi käynnin aikana. (Kuusisto 2019,40-43)

5.4 Kotiuttamisen suunnitelmallisuus

Kotiutumista voidaan kuvata prosessina, johon sisältyvät toiminnan suunnittelu, asiakkaan tavoitteet ja niihin päästävien keinojen määrittely sekä kotiutumisen toteutus ja arviointi, joka tapahtuu kotona myöhemmin asiakkaan jo hetken kotona oltua. Tähän sisältyy moniammatillinen yhteistyö sekä asiakkaan palvelujen arviointi. (Hammar 2008, 24-27.) Potilaan kotiuttamista ja jatkohoitoa tulee alkaa suunnitella jo kun potilas saapuu osastolle. Potilaan tulosy ja hoidon tavoite tulisi laatia mahdollisimman nopeasti. Samalla tulee tiedostaa jatkohoitopaikka, koti vai mahdollisesti toinen osasto. Kotiuttamisen hyvää mahdollisuutta parantavat aikainen suunnittelu yhdessä potilaan kanssa. Yleisimmät puutteet kotiuttamisprosessissa ovat potilaan, henkilöstön ja omaisten välinen vuorovaikutus. Asiakasta ei mahdollisesti ole kuultu tarpeeksi tai hänen omaisiensa näkökulmaa huomioitu. Potilaan kotiutuminen liian huono kuntoisena, liian aikaisin tai riittämätön kotiapu vähentävät kotiuttamisen onnistumista. (Keskinen 2008, 110-115.)

Usein sairaalasta ja vuodeosastolta kotiutetaan, kun lääketieteellinen syy on hoidettu. Eli lääketieteellistä perustetta ei ole enää osastohoitoon. Suunnitelmalliseen kotiuttamiseen kuuluu osastolla olo ajan potilaan arviointi. Näin luodaan käsitys potilaan kokonaiskuvasta ja hänen elämäntilanteestaan. Mikäli näillä osaalueilla havaitaan arvioinnin aikana ongelmaa, niin silloin tulisi arvioida potilaan kuntoisuus ja palvelutarpeenarviointi. Mikäli herää huoli, että potilas ei pärjää kotona ilman tukipalveluita tai kotiin tuotavia muita palveluita on mahdollista sosiaalisin syin pitää potilas osastolla tai sairaalassa kunnes kotiin saatava tuki ja palvelut ovat kunnossa. Tämä vaatii moniammatillista yhteistyötä osastolla. (Lämsä 2013, 105-110.)

Ensimmäisen kotiuttamisviikon aikana korostuu oikeanlainen tuki kotiin. Mikäli tässä vaiheessa asiakas ei koe saavansa tukea voi kotiuttaminen epäonnistua ja asiakas palaa takaisin vuodeosastolle. Omaisverkosto on kartoitettava

huolellisesti jo kotiuttamista suunniteltaessa. Omaisten tuki ensimmäisten kotiuttamisviikkojen aikana on todettu lisäävän onnistunutta kotiuttamista. Tähän omaisverkostoon yhdistettynä oikeat ja sopivat kotiin tuotavat palvelut lisäävät tutkitusti onnistumisprosenttia. Myös on ajateltava, että omainen tuntee saavan tukea potilaan hoitoon kotiin. (Gutierrez ja Kopiloff 2019.)

Palvelutarpeenarviointi ja hoidon jatkumisen suunnittelu tulisi olla ennakoitua. Asiakkaalle tulee laatia hoidon tavoitteet heti vuodeosastolle tultua. Tavoitteista selviää palveluiden tarve kotona ja hoidon suunnitelmallisuus. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään erilaisia mittareita ja testejä. Näiden perusteella voidaan suunnitella tuloksen perusteella asiakkaan kuntoisuus ja avuntarve (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Kopponen(2013) toteaa palvelutarpeenarvioinnin olevan koordinoitua kun siihen on luotu toimintamalli. Goodman, Burke ja Livingstonin(2013) mukaan kotiutuspaikka on kotiuttamisen lähtöpiste. Kun tiedetään, että kotiuttamispaikkana on potilaan koti, on huomioitava useita erinäisiä asioita etukäteen. Onko potilas mahdollisesti jo kotihoidonpiirissä vai ei. Tarvitseeko potilas kotihoidon apua ja minkä verran. On myös huomioitava lääkehoidon reseptit ajan tasalle ennen kotiuttamista. Kun tiedostetaan, onko potilas kotihoidon asiakas, tulee hoitajan tietää, kenelle annetaan potilaan lisäksi kaikki tarvittavat jatkohoitotiedot, reseptit, lääkemuutokset, jatko kuntoutukset, verikoekontrollit yms. Hoitaako potilas itse, omainen vai kotisairaanhoidaja hoitoon liittyvät käytännön asiat. Palvelutarpeenarviointi tulisi aloittaa hyvissä ajoin ja se vaikuttaa koko hoitoketjuun ja prosessiin. Hoidontarpeenarviointi on lakiin perustuva ja sitä ohjaa säädökset. Hoitajat ovat vastuussa, että potilas saa hoidon kannalta vastuullista hoitoa, jatko arviointi kuuluu tähän vastuuseen. Kun potilaan lääkehoidollisen syy perusta on hoidettu vuodeosastolla, potilas usein kotiutuu. Palvelutarpeenarviointi tulisi suorittaa mahdollisimman pian ja mielellään kun potilas on osastolla, jotta kotiin lähtiessä ei tulisi hoitokatkosta palveluista. (Lämsä 2013,105-115.)

RAI- arviointi on toimintakyvyn mittari, jota käytetään yleisesti Suomessa hoidon tarpeen arviointiin. RAI- järjestelmä antaa yhdenmukaiset mittaustulokset. RAI- arviointia tehdään palveluntarpeenarvioinnin yhteydessä sekä jatkuvassa hoidossa tai palvelujen piirissä oleville asiakkaille hoidon suunnittelun tukena. RAI- on standardoitu havainnon ja tiedonkeruu järjestelmä ikäihmisille ja

vammaispalveluun. Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) mukaan kunnilla on velvollisuus tuottaa palveluntarpeenarviointia ja käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa arviointi järjestelmää. RAI-arviointivälineistö tulee pakolliseksi kunnissa ja niissä on aloitettava RAI-välineistön käyttö viimeistään siirtymäaikaan mennessä 1.4.2023. RAI-arviointia voidaan tehdä palvelutarpeenarvioinnin lisäksi säännöllisesti kotihoidossa, ikäihmisten palveluasumisessa ja vuodeosastolla. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2021.)

RAI-arvioinnin otannat menevät Terveyden- ja hyvinvoinninlaitokselle puolen vuoden välein yksiköistä, joissa ne ovat käytössä. Näillä seurataan alueittain asiakas- ja potilaskunnan kehitystä ja kuntoisuutta. Tätä tietoa käytetään hyväksi ikäihmisten palvelukokonaisuuksien suunnittelussa lääneittäin. Siirtymä vaiheen jälkeen toivotaan yhtenäistä palvelurakennetta ja palvelutarpeenarviointia koko Suomessa. Tämä helpottaa myös kuntien välistä yhteistyötä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021.)

Hoidontarpeessa huomioidaan myös asiakkaan sairaudet ja toimintakyky. Ikäihmisten kohdalla muistisairauden hoito ja seuraamiseen käytetään apuna muistitestejä mm. Mmse eli mini- mental state examinaation, jossa selvitetään lähimuistia ja orientaatiota. Cerad on laajempi muistitutkimus, joka antaa laajemman kuvan asiakkaan muistista. Ceradin tekoon tarvitaan erillinen perehdytys tai koulutus, koska sen tulkitsemiseen tarvitaan osaamista. Mmse:n voi tehdä hoitoalalle kouluttautunut. Näiden pisteitä käytetään RAI:n kanssa yhdessä asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa ja palveluiden suunnittelussa. Vuodeosastolla myös fysioterapeutin kuntoisuusarvio on tärkeä osa hoidon suunnittelua. Palveluiden yhteensovittaminen on kokonaisuus ja moniammatillisen yhteistyön tulos asiakkaan ja omaisten kanssa. (Hammar 2008, 41-46).

Potilaan ja läheisen osa on mukana olla kotiuttamista suunnitellessa. RAI-arvioinnissa kuullaan omaisen ja läheisen, mutta kotiuttamisvaiheessa tulisi kuulla asiakkaan ja omaisten toiveet ja näkemykset kotona pärjäämisestä. Paloniemen (2013) tutkimuksen mukaan omaiset ja asiakkaat jäävät helposti äänettömiksi. Asiakkaalla on kuitenkin oikeus kieltää omaista olemassa mukana

päätöksenteossa. Ohjaus on silta asiakkaan ja palveluiden välillä. Ilman asiakkaan kuulemista voi jäädä jotain olennaista huomaamatta tai tiedostamatta. Tulee huomioida asiakkaan kognitio ja ymmärrys omasta selviytymisestä ja kuntoisuudesta puhuttaessa. Asiakkaalla voi olla heikentynyt muisti ja ymmärrys sairauden myötä. Näin asiakas voi vähätellä ja jopa perua palvelun tuottoa kotiin. Tämä voi johtaa asiakkaan nopeaan takaisin tuloa päivystykseen tai vuodeosastolle. (Paloniemi 2013.) Järnström toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaat olivat tyytyväisempiä palveluihin sekä kokivat turvallisuuden tunnetta kotiin lähtiessä sairaalasta, kun heidät oli huomioitu kokonaisuudessa ja suunniteltaessa kotiuttamista. He toivoivat saavansa osallistua hoitopalaveriin ja suunnitteluun. Omaiselle tiedottaminen on kotiuttamistilanteessa tärkeä toimenpide, joka voi olla ratkaisevassa asemassa jatkohoidon ja onnistuneen kotiuttamisen kannalta.

RAI-arvioinnissa käytetään myös ADL- ADLI- mittareita, jotka mittaavat henkilön selviytymistä päivittäistoiminnoista. Näitä ovat hygienia, ruokailu, asiointi, lääkityksen hoito ja kotityöt. Lisäksi arviointiin sisältyy fysiologisia mittauksia ja kivun ja liikkumisen arviointia. Näiden ansioista saadaan toimintakyvystä alku kuva ja jatkossa voidaan mitata toimintakyky uudelleen RAI- järjestelmällä, jolloin voidaan verrata potilaan kuntoisuutta lähtö tilanteesta nykypäivään. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos.) Toimintakykyyn vaikuttaa arvioinnissa mm. ruoan laittaminen sekä asumisolosuhteet. (Kyngäs & Hentinen 2009).

6. MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö ja lähestymistapa

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään kehittämistyötä, jossa tuotetaan jotain konkreettista työelämään esimerkiksi opas. Tällöin opinnäytetyö on työelämälähtöinen sekä sillä on yleensä toimeksiantaja. Toiminnallisen opinnäytetyön aikana tehdään toimeksiantajan ohjauksessa työtä ja hänen kanssaan ollaan tekemisissä pitkin prosessia sekä hän vaikuttaa työn tulokseen. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta eli tuotoksesta ja raportista. (Salonen 2013, 5-6.)

Salonen (2013) on kuvaillut seitsemän vaiheisen konstruktivisen mallin toiminnallisen työn kehittämismenetelmän. Konstruktivinen malli sopii kehittämistyöhöni sen vaiheiden vuoksi. Lisäksi learning-cafe menetelmän koin sopivaksi menetelmäksi tiedon keruuseen ja palautteeseen, koska hoitajien määrä on suuri ja he tekevät kolmivuorotyötä. Tässä opinnäytetyössä käytin kehittämismenetelmänä Salosen konstruktivista mallia sekä siihen hieman sekoittaen lähestymistapana kehittävän työn tutkimusta. Haastattelu eli learning cafe menetelmää käytin läpi työprosessin tukena arviointiin. Toiminnallisena opinnäytetyön tavoin kirjallisen tuotoksen lisäksi tuotteena luotiin tarkistuslista ja selkeä kotiuttamismalli kotiin tuotaviin palveluihin vuodeosastolta.

Lähestymistapana työnaloitusvaiheessa käytin hieman kehittävän työn tutkimusta ja itse työssä menetelmänä onkin konstruktivinen malli. Engeströmin (1995) mukaan kehittävän työn tutkimuksessa on viisi vaihetta ja se on työyhteisöä osallistava menetelmä. Vaiheeseen kuuluu ensin nykyisen toimintatavan ongelman löytäminen, toisena nykyisen ja aikaisemman toiminnan historian selvittäminen ja kolmantena uuden toimintamallin suunnittelu ja kehitys. Neljäntenä tämä uusi toimintamalli otetaan käyttöön ja viidentenä se arvioidaan. (Engeström 1995, 128.)

Tämä menetelmä tukee opinnäytetyötäni, koska nykyisen käytännön toimintamalli on ongelmallinen ja aikaisempiin toimintoihin/malleihin ja sen historiaan täytyy ensin perehtyä ennen uuden mallin luomista. Aikaisempien ongelmien löytäminen auttaa nykyisessä työssä ja sen tuomassa muutoksessa

eteenpäin. Muutos toimintatavoissa on keskeisin ja tärkein rooli tämän työn aikana. Ponteava (2021, 18) toteaa, että hoitohenkilökunnan tulee oppia ja sisäistää uusi toimintamalli asiakkaan kotiutumisen. Muutoksessa on viisi vaihetta. Päätös, merkityksen selviäminen, poisoppiminen vanhasta, uusi toimintatapa ja sitoutuminen.

6.2 Tiedonkeruuna haastattelu ja learning cafe

Yleinen tapa kerätä laadullista tietoa on haastattelu, joka toteutetaan haastattelemalla kohderyhmää. Tämä voidaan nähdä keskusteluna, joka toteutetaan tutkijan aloitteesta ja tutkija johtaa keskustelua. Haastattelussa kysytään haastateltavalta suoraan aiheesta. Haastattelun tapa ja sen tyyppi valitaan sen mukaan, millaista tietoa halutaan löytää ja saada. Haastattelu on yleensä vapaa ja yleinen Suomalaisissa tutkimuksissa. Haastattelun menetelmänä voidaan käyttää mm. learning cafe menetelmää. (Salonen 2013.)

Learning cafe on opinnäytetyössä ryhmähaastattelun välineenä. Tämä menetelmä on tehokas tiedon keruuseen, koska siinä saadaan tietoa suurelta joukolta kerralla. Tämä menetelmä sopii myös tilanteisiin, jossa haastateltava on ujo eikä kahden kesken uskalla tuoda näkemystään julki. Ryhmähaastattelussa voi olla hyötyä väärinymmärrysten korjaamisessa ja mieleen palauttamisessa mutta toisaalta ryhmän kontrolli voi olla este, joiden asioiden julkituomiselle. Ryhmässä voi olla haasteena myös yksi dominoiva ääneen puhuja, jolloin muut jäävät hiljaisiksi seuraajiksi. (Hirsjärvi, yms 2009, 210-211.) Learning Cafe -menetelmällä saadaan keskustelun, pohdinnan ja ideoinnin avulla paljon erilaisia näkökulmia pohdittavasta teemasta. Menetelmän ajatuksena on saada näkökulmia, joita pohditaan yhdessä. Tässä menetelmässä syntyy sosiokonstruktivinen oppimiskäsitys, jossa oppiminen tapahtuu vuorovaikutuksessa ja henkilöt jakavat yhteistä tietoa. (Kupias 2007, 93,162.) Learning cafe on osallistava tutkimusmenetelmä. Tässä menetelmässä annetaan arvoa prosessiin osallistuvien tiedolle ja kokemukselle. Rooli aineistonkerääjällä on osoittaa kunnioitusta tälle tiedolle ja näkökulmille. Tutkijana roolina on koota ja koordinoita tietoa, jota haastattelevilta saadaan. Tärkeää on myös tutkimukseen osallistuvien oppiminen. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 83.)

Learning cafe menetelmää käytin alusta asti opinnäytetyön tekemisessä. Haastattelin hoitajia yksin ja pienryhmissä kotihoidossa ja vuodeosastolla. Lisäksi keskustelin kotiuttamisen näkökulmista sosiaalihuollon ja fysioterapeuttien kanssa. Menetelmän koin helppona tapana saada tietoa. Hoitajat antoivat kuitenkin palautetta alkuvaiheessa helpommin kuin loppuvaiheessa. Aluksi hoitajat halusivat tulla kuulluksi ja kertoa omat mielipiteet ja kehittämisideat. Arviointi työstä jatkuu ja sen kehittäminen lähikuukausina, joten vielä palautetta kerätään haastattelulla.

6.3 Konstruktivisen mallin vaiheet

Salosen (2013, 20) konstruktivisessa mallissa on selkeät vaiheet, joita on seitsemän. Vaiheet ovat aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esivaihe, työstövaihe eli käytännön toteutus, tarkistusvaihe, viimeistelyvaihe eli hiominen ja valmistuotos eli päätös. Tässä mallissa korostuu yhteisöllinen ja osallistava näkökulma.

6.4 Konstruktivisen mallin käyttö tämän opinnäytetyön aikana.

Aloitusvaiheessa eli ideointivaiheessa tunnistetaan kehittämistarpeet ja mietitään millä on merkitystä työhön. Aloitusvaiheessa mietitään osallisuus työn tekemiseen. (Salonen 2013, 17-19.) Aloitusvaihe koostui kehittämistarpeesta, joka nousi työyhteisöstä palautteen perusteella ja kehittämisideoinneista työntekijöiltä. Aihe valinta syntyi oman esimieheni kanssa keskustelusta. Meiltä puuttui selkeä malli kotiuttamisiin ja tarkistuslista työn tueksi. Tässä kohtaa kehittämisen työn mallin historia tulee mukaan. Tarkastelun alla on historia ja aikaisemmat toimintatavat. Tutkittava pieleen menneet aikaisemmat suunnitelmat. Ongelmaksi koettiin, että aikaisemmin suunnitelman kariutuivat jo alkutekijöissä, kun niillä ei ollut selkeää prosessin vetäjää ja jalkauttajaa työyhteisössä.

Salosen (2013, 20) mukaan suunnitteluvaiheessa tehdään projektin, prosessin tai hankkeen kirjallinen suunnitelma. Siinä tulee ilmetä tavoitteet, työn vaiheet, osallistujat, työnjako, aikataulua sekä aineistot ja materiaalit. Tässä vaiheessa ei voida vielä sanoa mikä osa-alue onnistuu ja mikä ei. Työskentely suunnitellaan tarkasti. Suunnitteluvaiheessa käytin learning cafe menetelmää. Haastattelin hoitajia vuodeosastolta, kotihoidosta ja kotisairaanhoidosta. Heidän palautteensa

kautta aloin työstämään tarkastuslistaa ja kotiuttamisen mallia. Suunnitteluvaiheessa tein opinnäytetyön suunnitelman kirjallisena ja tutkin ennakkoon aineistoja sekä tutkimuksia aiheesta. Tarkistuslistoja on paljon hoitoalalla. Olen aiemmin työskennellyt kotisairaanhoidossa, joten tiedostin etukäteen ongelmat ja mitä kotihoito odottaa vuodeosaston hoitajien kotiuttamisraportilta.

Salosen (2013,17- 20) konstruktivisen mallin esivaiheessa siirrytään niin sanotusti kentälle. Esivaihe voi olla lyhyt aika, jossa käydään vielä suunnitelma huolellisesti läpi paikalla, jossa työskentely tapahtuu. Esivaihe oli lyhyt, siihen kuului laatia opinnäytetyösuunnitelmaa ja siitä saadun palautteen kautta siirryin nopeasti työstövaiheeseen. Seurasin työskentelyä vuodeosastolla ja kotihoidossa.

Työstövaihe on pitkäkestoinen ja siinä toteutetaan jo suunnitelmaa. Työstövaihe eli toimeenpano vaihe on oppimisen kannalta parhain mutta myöskin raskain ja vaativin vaihe. Vaiheen aikana realisoituvat materiaalit, työskentely menetelmät, tekijät, aineistot ja dokumentoinnit. Tässä vaiheessa tekemisen tarkastelu ja ohjaus ovat tärkeitä kohtia auttamaan eteenpäin tuotoksessa. (Salonen 2013, 1720.) Työstövaiheessa hankin tietoa ja keräsin aineistoa. Tarkistuslistan loin haastatteluiden perusteella. Kotiuttamismallin aloin luomaan myös haastatteluiden perusteella ja aikaisempien toimintatapojen mukaan. Samalla tarkastuslista tuotiin kokeiluun eli testikäyttöön vuodeosastolle ja kotisairaanhoidon. Kotiuttamismalli alkoi kehittyä. Palautetta kerättiin hoitajilta pienissä ryhmissä tai yksitellen haastatellen ja kysellen. Lisäksi pyysin kirjallista palautetta ja kehittämisisideaa tarkastuslistaa varten. Palautteesta ilmeni, mitä lisättävä listalle ja mikä ei siihen sovi. Samalla tuotosta ja mallin käyttöönottoa perehdytin hoitajille kotihoitoon. Vuodeosastolla jalkauttamisapuna toimi vuodeosaston esimies ja vastaava, joka itse on hoitotyössä kentällä.

Tarkistusvaiheessa arvioidaan syntyneitä tuotosta. Tässä vaiheessa voidaan palata vielä työstövaiheeseen tai siirrytään viimeistelyvaiheeseen. (Salonen 2013, 17-19). Väliarviointia tehtiin työstä tarkastusvaiheessa. Tässä kohtaa voidaan palata työstövaiheeseen saadun palautteen perusteella tai siirrytään hiomis- eli viimeistelyvaiheeseen. Palaute oli tarkistuslistasta positiivista. Ongelmaksi koettiin yhtäaikaan tapahtuva vuodeosaston muutosvaihe, joten uuden

toimintamallin käyttöönotto yhtäaikaa oli haasteellista. Tässä kohtaa siirryin hetkeksi takaisin työstövaiheeseen, koska muutin hieman tarkistuslistaa saadun palautteen perusteella.

Salosen (2013, 19) mukaan viimeistelyvaiheen aikana käydään työ läpi huolellisesti ja arvioidaan mallin toimivuus. Tätä tietoa kerätään hoitajilta haastatteluilla ja kirjallisella palautteella. Sen jälkeen on valmis tuotos valmiina arviointiin ja käyttöönottoon kentälle työyhteisöön. Viimeistelyvaiheessa kotiuttamismalli ja tarkistuslista ovat olleet käytössä jonkin aikaa. Jalkauttaminen jatkuu työyhteisössä vielä, koska vuodeosastolla aloittaa tällä hetkellä useita uusia työntekijöitä. Itse tuotokset ovat koettu toimiviksi.

Valmiissa eli viimeisessä vaiheessa valmis tuotos julkaistaan. Jokin konkreettinen tuotos on valmis ja esitellään ja otetaan käyttöön. (Salonen 2013, 19.) Valmiit tuotokset julkaistaan joulukuussa 2021 ja silloin toimintamalli tulee virallisesti käyttöön kotiuttamisen tueksi. Tarkistuslista on jo käytössä.

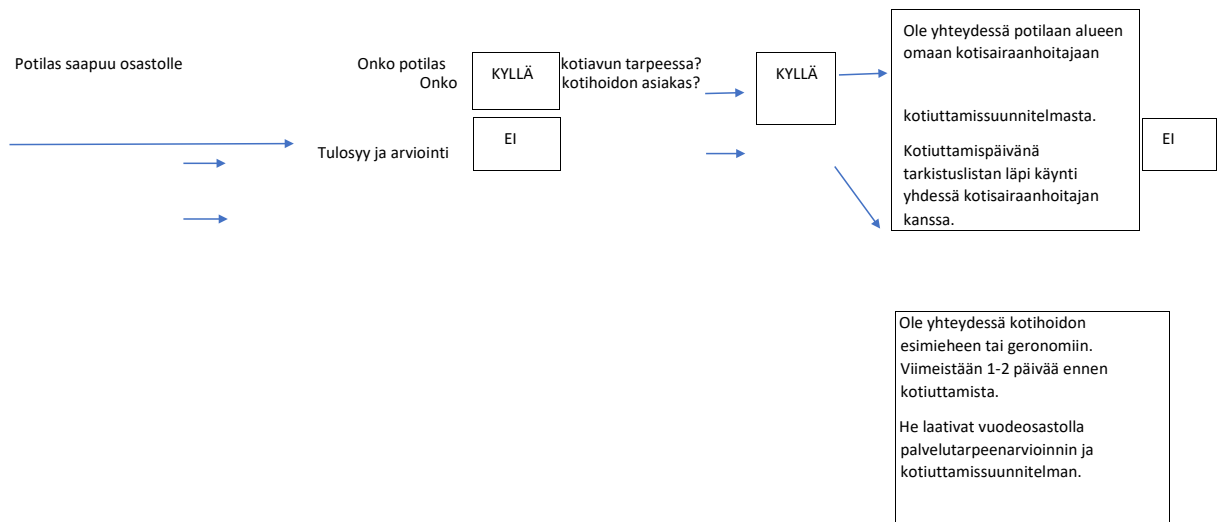
8. YHTEENVETO KOTIUTTAMISEN MALLI JA TARKISTUSLISTA

8.1 Kotiuttamisen malli

Kotiuttamismallissa LIITE 2 potilaan vuodeosastolle tulo tilanteessa arvioidaan tulosyy ja jatkohoitopaikka. Hoidontarvetta aletaan arvioida yhdessä asiakkaan kanssa heti tulovaiheessa. Taulukossa kuvataan uuden ja vanhan kotihoidon asiakkaan kotiuttamissuunnitelma, johon sisältyy palvelutarpeenarviointi. Kun hoito siirtyy kotihoidolle, kotihoito ottaa vastuun jatkotoimenpiteistä ja hoidoista.

Uusi kotiuttamisen malli sisältää mahdollisimman selkeästi ja lyhyesti toimintaohjeet kotiuttamisiin. Näin hoitajien on helppo työnlomassa tarkistaa asiat nopeasti. Kerran viikossa järjestetään vuodeosastolla osastopalaveri, joka koostuu moniammatillisesta ryhmästä. Tähän ryhmään kuuluvat osaston lääkäri, osaston hoitaja, kotihoidon esimies, sosiaalityöntekijä, palveluohjaaja sekä fysioterapeutti. Palaverissa suunnitellaan jatkohoitoa vuodeosastolla sillä hetkellä oleville potilaille. Palaverissa arvioidaan potilaiden kuntoa ja siirtymistä kotiin vai jatkohoitoon muualle ja millä aikataululla. Kun jatkohoitopaikkaa on arvioitu ammattiryhmän kesken, järjestetään hoitopalaveri yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa. Tässä palaverissa kuullaan potilaan ja omaisen näkökulmia ja mielipidettä omasta tulevaisuuden näkymistä. Samalla palavereissa arvioidaan yhdessä kotihoidon riittävyttä potilaan kuntoisuusarvioin mukaan. Vuodeosaston lääkäri sekä hoitaja kiertävät päivittäin potilaat vuodeosastolla ja arvioivat heidän tilannettaan. Näistä kierroista he tuvat raportin palaveriin. Mikäli heillä ilmenee huoli potilaan pärjäämisestä kotona, jolla ei ole kotihoidon palveluita, niin siitä ilmoitetaan asiasta uuden mallin mukaan oikealle taholle. Näin saadaan palvelutarpeenarviointi järjestettyä mahdollisimman pian ja ennen kotiuttamista. Palvelutarpeenarviointiin osallistuu potilaan lähiomainen, jos potilas siihen suostuu. Näin huomioidaan potilaan lisäksi omaiset. Kotihoidon vanhojen asiakkaiden kotiuttamisen arviointi tulee olla suunnitelmallista ja ilmoitetaan hyvissä ajoin kotiuttamisenaikeista. Kotihoidon vanhojen asiakkaiden kotiuttamiset ilmoitetaan aina asiakkaan omalle sairaanhoitajalle. Uusien mahdollisten asiakkaiden palvelutarpeenarvioinnit ilmoitetaan kotihoidon geronomille tai esimiehelle. Lääkäri tekee aina päätöksen kotiuttamisesta ja vuodeosaston sairaanhoitaja toimii kotiuttajana ja raportin antajana

kotisairaanhoidajalle. Kotisairaanhoitaja oheistaa ja raportoi oman tiiminsä hoitajat kotihoidossa.



Kuvio 1. Kuva uuden toimintamallin kotiutumisen prosessista.

8.2 Tarkistuslista

Tarkistuslistasta LIITE 3. löytyvät kaikki Posion yksiköiden kannalta oleelliset tiedot, joita tarvitaan, kun hoito siirtyy kotiin tuotaviin palveluihin.

Tarkistuslistan sisältöön kuuluu potilaan nimi ja henkilötunnus. Kotiuttava hoitaja ja vastaanottava hoitaja. Hoitoon tulon syy, pituus, muu hoito ja lääkityksen osa-alueet. Asiakkaan kognitio, muisti ja toimintakyky. Lisäksi mahdolliset jatkohoidot ja kontrollit. Omaisen yhteistyö ja kotiin kuljetus vuodeosastolta. Tarkistuslistan käy asiakkaan oman alueen kotisairaanhoitaja ja vuodeosaston kotiuttavahoitaja aina yhdessä läpi.

8.3 Toimenpide- ja kehittämissuhteet

Tarkistuslistat ovat perinteisesti paperisia ja käsin kirjoitettuna voi tuntua sekavalta käyttää yhdessä sähköisen potilastietojärjestelmän kanssa. Nykyisin kirjaaminen on sähköisesti tietokoneella tai mobiililaitteella tapahtuvaa. Sähköisen kotiuttamislistan integroitumista kirjaamiseen ja kotiuttamisprosessiin

on koettu hyötyä. Sähköistä tarkastuslistaa koettiin helpottavan ja nopeuttavan työntekoa, mikäli se on mahdollista liittää potilastietojärjestelmään potilaan tietoihin. Tällöin sen täyttäminen kotiuttamissuunnitellussa olisi vaivatonta ja tarkastuslista kulkusi muistutuksena mukana koko kotiuttamisprosessin ajan. (Kuusisto 2019,40-43.) Riippuen potilastietojärjestelmästä, sähköisen tarkastuslistan integrointi olisi hyödyllinen osa hoitotyötä. Potilastietojärjestelmässä olisi paikka kotiuttamislomakkeelle ja tarkastuslistalle. Joissain potilastietojärjestelmissä nämä ovat valmiina ja joissain ei. Joihinkin pystytään luomaan oma alue käsin tekemällä. Nämä kannattaa selvittää käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä jatkotoimenpiteenä. (Kuusisto 2019, 39.)

Vuodeosastolla jatkotoimenpiteenä voisi olla lisätä tarkastuslista sähköiseen muotoon. Hoitajien loppupalautteessa ilmeni, että he voisivat yhdistää tulohaastattelun sekä tarkastuslistan samaan dokumenttiin. Näin varmistettaisiin potilaan tulo ja jatkohoito tietojen siirtyminen yhdessä. Tarkastuslista voisi olla tietokoneella tallessa vaikei potilastietojärjestelmään sitä saada. Jos tarkastuslista ja tulohaastattelulomake löytyy kaikista vuodeosaston tietokoneista, joilla kirjataan, niin se on aina ulottuvilla.

Kotiuttamishoitaja voisi olla jatkossa alueen kehittämisen kannalta tarpeellinen ja tarkkaan harkittava vaihtoehto, koska tällä hetkellä kotiuttamisissa on useita eri henkilöitä mukana. Kotiuttamishoitaja voi toimia kotihoidon, palveluohjauksen ja vuodeosaston yksiköissä yhteyshenkilönä.

Jatkossa vuodeosaston palveluvastaava toimisi tarkastuslistan ja kotiuttamisprosessin koordinoijana ja muistuttajana vuodeosastolla. Kotihoidossa esimies toimisi samoin. Näin vältettäisiin tarkastuslistan pois jääminen ja uuden toimintamallin väljähtyminen. Toiminnanmuutos vie aikaa, joten selkeä johtaminen tulisi huomioida toiminnan jatkuvuudessa. Kotiuttamiseen ja tarkastuslistan käyttöön tulee olla jatkossa perehdytys uusille työntekijöille ja kotiuttamisen malli lisätään perehdytykseen.

9. POHDINTA

9.1 Kehittämistehtävän ja oman oppimisen tarkastelu

Sujuva kotiuttaminen on ollut pääosana jo vuosia Suomen sosiaali- ja terveystieteiden toiminnan tarkastelussa. Kotiuttamisen haasteet on tiedostettu ja pilkottu osa-alueiksi. Kotiuttamisen mallit ja tarkastuslistat ovat tutkitusti hyödyllisiä sekä parantavat toiminnan laatua sekä turvallisuutta. Toimivat ja nopeat kotiuttamiset tarvitsevat selkeän mallin, jossa on koottu kaikkien kotiuttamiseen osallistuvien tehtävänkuvat. Näin kotiuttamisen prosessi pysyy selkänä ja toimivana. Hoitajilla ei tule epäselvyyksiä keneen otetaan yhteyttä ja milloin. Tämä tapahtuu matalalla kynnyksellä, koska hoitajien tiedossa on varma asiaa hoitava henkilö.

Suunnitelmallisuus alkaa jo potilaan tullessa vuodeosastolle ja hoitajat tietävät hoitajakson hoidon ja arvioinnin jälkeen keneen otetaan yhteyttä tarvittaessa palveluntarpeenarvioinneissa. Näin palveluntarpeenarvioinnit eivät viivästy jatkossa ja palvelut pystytään aloittamaan heti asiakkaan kotiutumisvaiheessa.

Tarkistuslistan käyttö lisää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta, kun kotiin tuotavien palveluiden piiriin kuuluva asiakas kotiutetaan vuodeosastolta. Tarkistuslistasta selviää oleelliset asiat asiakkaan kotiuttamisen toimivuuden ja jatkohoidon kannalta. Tieto siirtyy hoitoyksiköiden välillä yhteistyössä. Lisäksi tieto pysyy tallessa asiakkaan kotiuttamisen jälkeenkin kotihoidon työntekijöiden välillä tarkistuslistan ansiosta, koska se siirtyy kotihoidolle talteen. Siitä hoitajat voivat tarkistaa sovitut asiat, vaikka työntekijä vaihtuisi.

Oman oppimisen kannalta opinnäytetyöprosessi oli opettava ja mielenkiintoinen. Aihe oli mielestäni erittäin tarpeellinen yksiköiden toimivuuden ja yhteistyön kannalta. Mielenkiinnolla kuuntelin hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kotiuttamisesta ja niiden haasteista. Sain uusia näkemyksiä eri hoitavilta tahoilta ja yksiköistä ja opin samalla heidän toiminnastaan lisää. Tätä tärkeää tietoa jatkossakin pyrin hyödyntämään työssäni. Samalla madaltui keskustelukynnys, kun tutustui eri yksiköiden hoitajiin. Tämä mielestäni lisää jatkossa yhteistyötä yksiköiden välillä. Koin meillä olevan samat tärkeät tavoitteet kotiuttamisen

kannalta. Omat muutosjohtamisen taidot kehittyivät prosessin aikana. Opin uusia kehittämismenetelmiä opinnäytetyöprosessin teossa. Haasteita kuitenkin mahtui mukaan. Aikataulu muuttui ja vuodeosastolla oli samaan aikaan toiminnanmuutosta ja henkilökunnan vaihdosta. Uusien toiminnanmuutosten vuoksi siirsin opinnäytetyön prosessia hieman eteenpäin ja sen jalkauttaminen vaikeutui.

9.2 eettisyys ja luotettavuus

Perehdyin riittävästi opinnäytetyön aiheeseen ja siitä löytyvään tutkimustietoon sekä luotettaviin lähteisiin. Opinnäytetyössäni en käytä plagiointia sekä tekemisessä noudatan hyvän tutkimuskäytännön periaatteita. Lisäksi käytän alan ammattieettisiä ohjeita ja noudatan lainsäädäntöä. Työssäni en ole puolueellinen ja huomioin työntekijöiden näkökantoja sekä mielipiteitä. Noudatin vaitiolovelvollisuutta ja suojasin haastateltavien yksityisyyden täysin. Olen ohjaajani kanssa miettinyt resurssit ja ajankäytön sekä huomioinut toimeksiantosopimuksen. Kyselyssä en käsittele henkilötietoja ja työntekijät vastaavat anonyymisti kyselyyn.

Luotettavuutta arvioidaan opinnäytetyön toimivuudella käytännössä. Luotettavuutta tarkastellaan käytetyllä aineistolla sekä arvioidaan, onko opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite toteutuneet. Tietolähteiden valintaan on kiinnitettävä huomiota tarkasti. Toimivuutta arvioidaan henkilöstön palautteella. Terveystieteiden kehittämishankkeissa ollaan yleensä tekemisissä ihmisten ja heidän terveystieteiden kanssa. Terveystieteiden toteutumista valvotaan tarkasti. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43-46.) Luotettavuuden tukemiseksi kerron avoimesti opinnäytetyön aikataulusta ja vaiheista opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyö tehdään toimeksiantosopimuksena. Aikataulu on hieman siirtynyt, niin että aloitus siirtyy tammikuulle 2021 joulukuulta 2020. Aikataulun mukaan kyselyt henkilökunnalle tehtiin keväällä 2021. Kesällä 2021 luotiin tarkistuslista kokeiluun vuodeosastolle sekä kotihoitoon ja samalla henkilökuntaa perehdytettiin siihen. Syksy 2021 kehitettiin tarkistuslistaa käytännön avulla ja kotiuttamisen mallia suunniteltiin. Valmistuotos joulukuussa 2021.

9.3 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda toimiva kotiuttamisen malli vuodeosastolta kotiin tuotaviin palveluihin Posiolla, johon sisältyy tarkistuslista. Tavoitteena oli saada vuodeosastolta kotiuttaminen kotiin tuotaviin palveluihin selkeäksi, joustavaksi ja toimivaksi, jossa huomioidaan potilasturvallisuus ja turvataan hoidon jatkuvuus. Tämä uusi toimintamalli on täyttänyt tavoitteet ja soveltuu Posion vuodeosaston ja kotihoidon työyhteisöön uudeksi toimintamuodoksi. Tämä on lisännyt selkeyttä toimintaan sekä lisännyt potilaan jatkohoidon suunnittelun turvallisuutta. Vuodeosaston hoitajat kokevat mallin selkeäksi ja toimivaksi. Turhat puhelut jääneet pois ja työaika näin ollen muuttunut tehokkaammaksi. Mallista selviää hyvin, kehen otetaan yhteyttä, milloinkin. Uusi toimintamalli on vielä muutosvaiheessa, joten toiminta ei ole vielä täysin yhtenäistä.

Tarkistuslista on lisännyt yhteistyötä ja parantanut kommunikointia vuodeosaston ja kotihoidon välillä. Yhteistyö koetaan helpommaksi ja kynnyksellä ottaa yhteyttä toiseen yksikköön madaltunut selkeään työnjaon suhteen. Tarkistuslistan ansioista hoitajat voivat vaihtaa kotiuttajaa kesken kotiuttamisen tarvittaessa. Hoitajien palaute on ollut positiivista ja koetaan potilasturvallisuus paremmaksi. Unohtelut koetaan vähentyneen. Kotiuttamisen uuden toimintamallin käyttöönotto ja perehdytys jatkuu edelleen vuodeosastolla. Kotihoito on omaksunut uuden toimintamallin hyvin ja pitävät sitä toimivana. Toiminnasta odotetaan normaalia hoitotyön jatketta. Voidaan siis todeta, että tarkoitus ja tavoitteet on saavutettu tarkistuslistan toiminnan kannalta. Kotiuttamisen mallin jalkautus on vielä kesken mutta alustavasti palaute on ollut hyvää ja tavoitteet tulevat täyttymään.

LÄHTEET

- Aro, S., Jylhä, M., Noro, A., Pohjolainen P. & Ruth, J-E. 1992. Vanhuksen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Helsinki: Valtion painatuskeskus
- Boiling, P. 2009. Care Transitions and Home Health Care. Department of Medicine, Virginia Commonwealth University. Viitattu 23.9.2021 [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(08\)00071-2/abstract](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(08)00071-2/abstract)
- Coronaria 2021. Viitattu 8.5.2021 <https://www.coronaria.fi/>
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus Oy
- Goodman, D. & Burke, A. & Livingston, E. 2013. Discharge Planning. JAMA. The Journal of the American Medical Association. 2013, Vol. 1. No. 4. Viitattu 8.8.2021 <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1558280#WHENYOULEAVETHEHOSPITAL>
- Gutiérrez, K. & Kopiloff, P. 2019. Ikääntyneen potilaan turvallinen kotiutus. Opinnäytetyö. Sairaanhoidaja. Ammattikorkeakoulu.
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoidajalehti. 12/2009
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiuttamisessa. Vaajakoski: Gummerus kirjapaini Oy
- Haynes, A. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. 2009. Viitattu 8.8.2021 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>
- 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. Viitattu 23.10.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy
- Howie, W. & McMullen, P. 2010. Can checklists minimize legal liability and improve quality of patient care? The journal for nurse practitioners. Viitattu

- 29.4.2021. <https://www.sciencedirect.com.ez.lapinamk.fi/science/article/pii/S1555415510003648?via%3Dihub>
- Iki-hanke 2014. Toimintaopas. Viitattu 23.9.2021
https://thl.fi/documents/920442/3225039/iki_toimintaopas.pdf/d63cc653-fcbf-4dac-88e1d1316beb7d03
- Järnström S. 2011. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kassara, H. Paloposki, S. Holmia, S. Murtonen, I. Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Kuusisto, A. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. Viitattu 17.9.2021 [file:///C:/Users/614niemelama/Downloads/70465-Article%20Text-115019-1-10-20190310%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/614niemelama/Downloads/70465-Article%20Text-115019-1-10-20190310%20(1).pdf)
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Leppäniemi, E. & Neffling, T-L. 2012. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönotto Jorvin sairaalan leikkausosastolla. Viitattu 13.7.2021.
<http://www.thl.fi/thlclient/pdfs/08ecf8a6-27c9-44aa-bd14-2dff0f865b6a>.
- Lingard, L. Regehr, G. Orser, B. Reznick, R. Baker, G. Doran, D. Espin, S. Bohnen, J. & Whyte, S. 2008. Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. Viitattu 4.7.2021
<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=401280>
- Lohtander, J. 2018. Iäkkäiden yhteensovitettyjen palveluiden kokonaisuus Lapin maakunnassa. Lappi maakuntaudistus. Viitattu 25.9.2021
<http://docplayer.fi/106090193-lakkaiden-yhteensovitettyjen-palvelujen-kokonaisuus-lapin-maakunta-luonnos-johanna-lohtander-muutosagentti-i-o-karkihanke-lapin.html>
- Lämsä, R. 2013. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Valtiotieteentiedekunta. Helsingin yliopisto
- Mäkijärvi, M. 2013. Sairaalan turvallisuustekijät. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim
- Nyman, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden ja heidän läheistensä ohjaus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Ponteva, K. 2012. Muutoksessa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakou-lu.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Potilasturvallisuuden työkaluja. 2014. Suomen potilasturvallisuus yhdistys. Viitattu 15.9.2021

http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/Potilasturvallisuuden%20ty%C3%B6kalut_2014.pdf

Terveyden ja hyvinvointilaitos. 2021. RAI-järjestelmä. Viitattu 16.8.2021

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Terveyden ja hyvinvointilaitos 2021.Rai-järjestelmä kotihoidossa. Viitattu 16.8.2021

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyshuoltolaki 28.12.2012/914.

Virkkunen, A. 2013. Kotiuttamisen kehittäminen Muonion- Enontekiön kuntayhtymän vuodeosastolla. PaKasteen raportti työskentelyjaksosta 2012–2013. Ra-portti.

LIITTEET

Liite 1. Kotiuttamisen malli

Liite 2. Tarkistuslista

KOTIUTTAMISMALLI

POSIO 2021

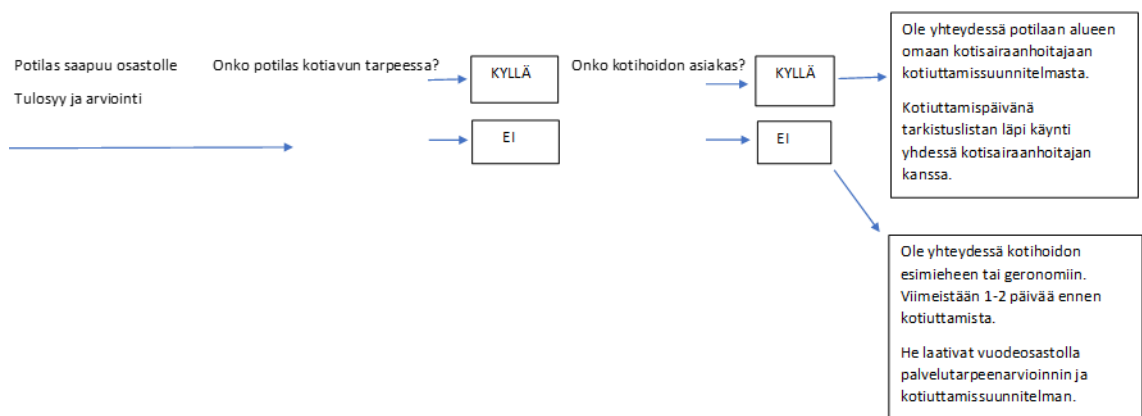
TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖ ASIAKKAAN KOTIUTTAMISEEN
KOTIIN TUOTAVIIN PALVELUIHIN

Kotiutusta aletaan suunnitella heti potilaan tullessa sairaalaan: Selvitetään mm. missä potilas asuu, millainen potilaan toimintakyky on ollut kotona, mitä palveluja potilas on saanut aikaisemmin kotiin. Tarkistuslista käydään yhdessä läpi kotisairaanhoidajan kanssa kotiuttamisvaiheessa.

- Kotihoidon/kotisairaanhoidon asiakkaan kotiutukset ilmoitetaan aina asiakkaan asuin alueen kotisairaanhoidajalle. Viikonloppuisin/ iltaisin ei kotiuteta.
- Asiakas, jolla ei ole kotihoidon/kotisairaanhoidon palveluita ollut aiemmin ilmoitetaan kotihoidon esimiehelle tai kotihoidon geronomille.

Näistä ilmoitettava mahdollisimman pian, viimeistään 1-2 vrk ennen suunniteltua kotiuttamista palvelutarpeenarvioinnin vuoksi.

Kotihoidon puhelinnumerot erillisenä liitteenä.



TARKISTUSLISTA:

Nimi ja henkilötunnus:

Hoitaja kuka kotiuttaa:

Hoitaja kuka vastaanottaa:

Hoitoon tulon syy:

Hoitojakson pituus, päivämäärät:

Onko käynyt sairaalassa hoitojakson aikana:

Lääkemuutokset hoitojakson aikana:

Lääkekuuri:

Marevan:

Kuka huolehtii asiakkaan lääkityksen kotona:

Kotiutusteksti pegasoksessa:

Kontrollit ja jatkohoito:

Haavanhoito:

Toimintakyky ja liikkuminen:

Kognitio, muisti:

Milloin viimeksi peseytynyt:

Kuntoutus:

Omaisille ilmoitettu kotiutumisesta:

Epikriisi asiakkaalle mukaan ja lääkelista:

Miten/millä kotiutuu:

Kotiin tuotavat palvelut tarve jatkuu:

- Lääkityksen jatkohoito
- ateriapalvelu, turvapuhelin, kauppapalvelu.
- Kotikäyntien määrä jatkossa.
- Uusi hoitopalaverin tarve/palvelutarpeenarviointi