



Päivystyksestä kotiuttaminen – keskeiset tekijät ja haasteet

Anne-Marie Dahl

Opinnäytetyö, AMK

Joulukuu 2025

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma AMK

Dahl, Anne-Marie

Päivystyksestä kotiuttaminen - keskeiset tekijät ja haasteet

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. **Joulukuu, 2025**, 36 sivua

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Päivystyksestä kotiuttaminen poikkeaa muusta terveydenhuollosta sen hektisen ja ennakoimattoman toimintaympäristön vuoksi. Päivystyksessä kotiutus päätökset tehdään usein nopeasti, ja turvallinen sekä hoidon jatkuvuuden varmistava kotiutus edellyttää suunnitelmallisuutta ja näyttöön perustuvaa toimintaa. Taavoitteena tässä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä oli tunnistaa keskeisimmät tekijät, jotka tukevat potilaan turvallista ja sujuvaa kotiuttamista päivystyksestä sekä vahvistavat sairaanhoitajan roolia kotiutusprosessin toteuttajana.

Opinnäytetyö toteutettiin Keski-Suomen alueella sijaitsevan perusterveydenhuollon päivystysyksikön toimiksimana ja se toteutui kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistona oli kahdeksan tieteellistä artikkelia, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja teemoittelulla. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitkä ovat keskeisimmät huomioitavat asiat potilaan kotiuttamisessa päivystyksestä?

Tulosten perusteella aineistosta nousi esiin viisi pääluokkaa, jotka kuvaavat kotiuttamisen keskeisiä osa-alueita: toimintakyky ja elinympäristö kotiutuessa, kotiutusohjeet, jatkohoidon järjestäminen, tiedon siirtyminen sekä osallistaminen ja läheisten osallisuus. Tulokset tarjoavat sairaanhoitajille näyttöön perustuvaa tietoa ja konkreettista tukea kotiuttamisen suunnitteluun ja toteuttamiseen päivystyksessä. Lisäksi niitä voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä, toimintamallien yhtenäistämässä, koulutuksessa ja perehdytyksessä. Tulokset tuovat myös esiin sen, että kotiuttaminen ei ole pelkkä hoidon päätepiste vaan vaativa ja moniulotteinen työvaihe, joka edellyttää sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista sekä riittävää resursointia turvallisen kotiutuksen varmistamiseksi. Kotiutuksen osa-alueiden näkyväksi tekeminen vahvistaa sen arvostusta hoitotyön ja potilasturvallisuuden edistävänä osana.

Avainsanat (asiasanat)

Kotiuttaminen, päivystyspoliklinikka, potilasturvallisuus, hoitotyö, hoidon jatkuvuus, potilaan ja läheisten osallistaminen

Muut tiedot

-

Anne-Marie Dahl

Discharge from the Emergency Department – Key Factors and Challenges

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, December 2025, 36 pages.

Degree Programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Discharge from the emergency department differs from other areas of healthcare due to its hectic and unpredictable nature. Decisions regarding discharge are often made rapidly, and safe discharge that ensures continuity of care requires careful planning and evidence-based practice. The aim of this work-life-oriented thesis was to identify the key factors that support safe and smooth patient discharge from the emergency department and to strengthen the nurse's role in implementing the discharge process.

The thesis was carried out as a commission from a primary health care emergency unit located in the Central Finland region, and it was conducted as a descriptive literature review. The data consisted of eight scientific articles, which were analyzed using inductive content analysis and thematic categorization. The research question was: What are the key factors to consider when discharging a patient from the emergency department?

Based on the results, five main categories describing the essential aspects of discharge were identified: functional ability and living environment upon discharge, discharge instructions, organization of follow-up care, transfer of information, and patient and family involvement. The results provide nurses with evidence-based knowledge and practical support for planning and implementing patient discharge in emergency care. In addition, they can be utilized in nursing development, standardization of practices, education, and orientation. The results also highlight that discharge is not merely the end point of care but a demanding and multifaceted phase requiring nurses' comprehensive competence and adequate resourcing to ensure safe discharge.

Keywords/tags (subjects)

Discharge, Emergency Department, Patient Safety, Nursing, Continuity of Care, Patient and Family Engagement

Miscellaneous

-

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Päivystystoiminnan toimintaympäristö ja tavoitteet	3
2.1	Päivystyspoliklinikka toimintaympäristönä.....	3
2.2	ABCDE-kiireellisyysluokittelu päivystyksessä.....	5
2.3	Päivystyshototyön tavoitteet.....	7
2.4	Kotiuttamista ohjaava lainsäädäntö.....	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	10
4	Opinnäytetyön toteutus	10
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	10
4.2	Tiedonhaku ja aineiston valinta.....	11
4.3	Aineiston analyysi.....	15
5	Tulokset	16
5.1	Toimintakyky ja elinympäristö kotiutuessa.....	16
5.2	Kotiutusohjeet.....	17
5.3	Jatkohoidon järjestäminen.....	18
5.4	Tiedon siirtyminen.....	18
5.5	Osallistaminen ja läheisten osallisuus.....	19
6	Johtopäätökset	20
7	Pohdinta	22
7.1	Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys.....	22
7.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	22
7.3	Kehittämisehdotukset.....	24
7.4	Jatkotutkimusaiheet.....	24
	Lähteet	26
	Liitteet	29
	Liite 1. ABCDE-kiireellisyysluokittelu.....	29
	Liite 2. Aineistoon kuuluvat tutkimukset.....	30
	Liite 3. sisällönanalyysin luokitteluprosessin kuvaus.....	32
	Taulukot	
	Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	12
	Taulukko 2. Tietokantahaku.....	13
	Taulukko 3. Esimerkki sisällönanalyysin luokitteluprosessista.....	16

1 Johdanto

Päivystyksestä kotiuttaminen eroaa muusta terveydenhuollosta sekä heikentää ennakoimattoman toimintaympäristönsä vuoksi. Kun potilaat kotiutuvat suoraan päivystyksestä, se korostaa näyttöön perustuvan tiedon käyttämistä kotiuttamisen toteuttamisessa. Suurin osa potilaista tarvitsee kotiutumisen tueksi ohjausta ja mahdollisesti myös palveluja, jolla hoidon jatkuvuus ja sitoutuminen hoitoon voidaan varmistaa myös kotioloissa. Erityisesti ikääntyneet ja ikääntyvät potilaat hyötyvät yksityiskohtaisemmasta kotiuttamisen suunnitelmasta ja toteuttamisesta kuin nuoremmat, mutta selkeä ja ymmärrettävä ohjaus ovat tärkeitä kaikille potilasryhmille. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7.)

Päivystys toimintaympäristönä ja päivystyshoitotyö vaativat sairaanhoitajalta paljon osaamista, resurssit ovat rajalliset ja työ ajoittain jopa urakkatahtista, mikä asettaa erityisiä vaatimuksia kotiutustilanteiden suunnittelulle ja toteuttamiselle. Tämän vuoksi kotiuttamiseen liittyvät toimenpiteet tulisi keskittää niihin osa-alueisiin, jotka vaikuttavat merkittävimmin turvalliseen kotiutumiseen. Päivystystoiminta on olennainen osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja se muodostaa tärkeän ja laajan osan terveydenhuollosta sekä potilasmäärien, kustannusten että sisällön osalta. Päivystyksellä on keskeinen vaikutus potilaan hoitopolkuun alusta lähtien, sillä sen kautta käynnistyy usein koko hoidon kulku. Tämän vuoksi päivystyksen toimivat käytännöt vaikuttavat suoraan hoitotuloksiin ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. (Koskela 2017.)

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja vastaa ajankohtaiseen tarpeeseen kehittää ja yhdenmuukaistaa kotiuttamiskäytäntöjä perusterveydenhuollon päivystyksessä. Hyvinvointialueilla käynnissä olevat muutosohjelmat tähtäävät rakenteelliseen ja toiminnalliseen uudistumiseen, minkä seurauksena henkilöstöresurssit, palveluiden järjestäminen ja kustannustehokkuus ovat jatkuvan tarkastelun kohteena erityisesti taloudellisten paineiden vuoksi. Samanaikaisesti väestön ikääntyminen, vähenevät vuodeosastopaikat sekä lisääntyvä tarve kotiuttaa potilaita suoraan päivystyksestä edellyttävät selkeitä, yhtenäisiä ja näyttöön perustuvia kotiuttamiskäytäntöjä. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että puutteellisesti toteutettu kotiutus voi vaarantaa hoidon jatkuvuuden, aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunnetta ja johtaa tarpeettomiin lisäkäynteihin päivystyksessä (Kuisma 2023; Palonen 2016).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kotiuttamiskäytäntöjen kehittämisessä ja yhtenäistämässä perusterveydenhuollon päivystyksessä. Tavoitteena on tukea sairaanhoitajia käytännön työssä tarjoamalla käytännönläheistä ja vaikuttavaa tietoa kotiuttamisen tueksi. Suomen Sairaanhoitajat -järjestön mukaan sairaanhoitajat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon suurin ammattiryhmä ja siten myös päivystyksissä työskentelevä ammattiryhmä. Tällöin sairaanhoitajien rooli on merkittävä ja on tärkeää, että heillä on käytössään näyttöön perustuvat ja toimivat kotiuttamiskäytännöt.

Tämä työelämälähtöinen opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Katsauksen avulla kartoitettiin aiempia tutkimuksia kotiuttamisesta ja pyrittiin tunnistamaan hyviä sekä vaikuttavia toimintamalleja, joita voidaan hyödyntää käytännön työn kehittämisessä. Tavoitteena oli muodostaa kattava kokonaiskuva kotiuttamisen nykytilasta ja kehittämistarpeista. Työ tuottaa koottua tietoa, jota voidaan soveltaa kotiuttamiskäytäntöjen ja potilasturvallisuuden kehittämiseen hoitotyössä. (Toikko & Rantanen 2009; Salminen 2011.)

2 Päivystystoiminnan toimintaympäristö ja tavoitteet

2.1 Päivystyspoliklinikka toimintaympäristönä

Kiireellisen hoidon järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolaissa, jossa kiireellinen hoito on määritelty seuraavasti: "kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista" (L 326/2010, 50 §).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä uudistui vuoden 2023 alussa. Tällöin aikaisemmin kuntien ja kuntayhtymien vastuulla ollut sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestäminen siirtyi hyvinvointialueille. Suomi on siten jaettu 21:n hyvinvointialueeseen, omana alueenaan on lisäksi Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. (THL, 2024.) Päivystys yksikkönä voi olla perusterveydenhuollon päivystys, kuten Jämsässä, jossa on yleislääketieteen alan päivystysvastaanottoa ympäri vuorokauden. Keski-Suomen hyvinvointialueen keskitetty yhteispäivystys on keskussairaالاتasoinen Sairaala Nova Jyväskylässä, jossa hoidetaan sekä perusterveydenhuollon (YLE),

että erikoissairaanhoidon (ESH) päivystyspotilaita, lisäksi siellä on tarvittavat diagnostiikka-palvelut, kuten laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuolto ja sosiaalihuoltolaissa säädetty sosiaalipäivystys. Yhteispäivystys on auki kaikkina vuorokauden aikoina. Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) vastaa yliopistosairaalatason palvelujen saatavuudesta Keski-Suomen hyvinvointialueella.

Päivystyksessä tyypillistä on toiminnan ennakoimattomuus ja hyvinkin nopeasti vaihtuvat tilanteet sekä potilasmäärissä että potilastapahtumien osalta. Päivystyksellisille yksiköille on myös ominaista, että samanaikaisesti saatetaan hoitaa vakavasti sairastuneita tai vammautuneita potilaita ja runsaslukuinen määrä kiireetöntä hoitoa vaativia, lieväoireisiä potilaita, jotka odottavat omaa vuoroaan. Keskeinen ero muihin terveydenhuollon palveluihin verrattuna, jotka toimivat ajanvarausjärjestelmällä on juuri ajanvarausjärjestelmän puuttuminen. Päivystyksessä potilaat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä, ei saapumisjärjestyksessä. Kun potilas saapuu päivystykseen, joko omatoimisesti, ambulanssilla tai läheteellä, tehdään hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi, jolla tehdään potilasjaottelua ja varmistetaan, että potilasvirrasta voidaan havaita ja hoitaa kiireellistä hoitoa vaativat potilaat laadukkaasti. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7, 23–24.)

Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat hakeutuvat ja ohjautuvat usein päivystykseen, puutteellisen tai vajaan ajanvaraustoiminnan seurauksena. Päivystys voi silloin olla ns. ylivuotopaikka kiireetöntä hoitoa tarvitseville potilaille, jolloin seurauksena voi olla päivystyksen ruuhkautuminen, mikä tuo lisäpainetta asiakaspalveluun sekä hoitotyöhön ja vie epätarkoituksenmukaisesti voimavaroja päivystyksen resursseista. Päivystyksiä saattavat ruuhkauttaa myös sellaiset kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat, jotka eivät jostakin syystä pääse virka-aikana lääkäriin. Päivystyksellinen yksikkö toimii lähes suojaamattoman kuormituksen alaisena, joten onnistuakseen perustehtäväänsään kiireellisen hoidon antajana, se tarvitsee hyvää työnjakoa ja yhteistyötä terveysasemien, yhteistyöviranomaisten, ensihoitopalvelun ja myös puhelinneuvonnan kanssa. Merkittävästi toimintaan ja sen sujuvuuteen vaikuttaa myös potilaiden pääsy jatkohoitoon. Lisäksi muihin terveydenhuollon yksiköihin verrattuna, päivystyksessä tehdään paljon moniviranomaistyötä eri toimijoiden kanssa kuten, ensihoidon, poliisin, pelastuslaitoksen, sosiaalipäivystyksen ja muiden terveydenhuollon palveluiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7, 23–24.)

Perusterveydenhuollon päivystystoiminnalle on tavallista, että yksikössä voi toimia suurikin määrä erilaisella erikoistumisosaamisella tai erikoistumassa olevia sekä erilaisella työkokemuksella olevia, päivittäin vaihtuvia lääkäreitä. Tätä seikkaa on huomioitu myös kiireellisen hoidon asetuksessa, jonka mukaan päivystyksessä tulee olla kokenut ja alueen olosuhteet tunteva henkilökunta sekä virkasuhteessa oleva laillistettu lääkäri, joko paikalla tai sopimuksen mukaan nopeastikin tavoitettavissa, sellaisten päätösten tekemistä varten, jotka edellyttävät virkavastuulla toimimista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7, 23.)

Päivystys toimii etulinjassa potilaille riippumatta heidän asuinpaikastaan tai -maastaan. Tämä voi vaikeuttaa riittävien esitietojen saamista, sillä eri alueiden tietojärjestelmistä tietoja ei ole vielä mahdollista saada ilman erillistä pyyntöä. Tietopyynnön käsittely voi viedä aikaa, ja lisäksi potilaat eivät aina pysty itse antamaan tarvittavia tietoja. Hoitoprosessia ja tiedonsaantia voivat vaikeuttaa myös erilaisten päihteiden vaikutuksen alaisena oleminen. Päivystystoiminnalle leimallista ovat myös lyhyet hoitosuhteet. Päivystyksissä, niin kuin muuallakin terveydenhuollossa, asiakkaiden vaatimukset ja häiriökäyttäytyminen ovat lisääntyneet. Tämä aiheuttaa henkilöstön ja osin myös muiden potilaiden turvallisuuteen liittyviä riskitilanteita. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7, 23.)

Koskelan (2017, 2) muistiossa todetaan että päivystystoiminta on olennainen osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja se muodostaa tärkeän ja laajan osan terveydenhuollosta sekä potilasmäärien, kustannusten että sisällön osalta. Päivystyksellä on keskeinen vaikutus potilaan hoitopolkun alusta lähtien, sillä sen kautta käynnistyy usein koko hoidon kulku. Tämän vuoksi päivystyksen toimivat käytännöt vaikuttavat suoraan hoitotuloksiin ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. (Koskela 2017, 2.)

2.2 ABCDE-kiireellisyysluokittelu päivystyksessä

Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvionti on haastava kohta potilaan hoitoketjussa. Triage-luokituksen onnistuminen ohjaa potilaan koko hoitoprosessia ja mikäli luokituksessa epäonnistutaan, saattaa se erityisesti akuuttitapauksissa viivästyttää potilaan hoidon aloitusta. Päivystysasiakkaiden hoidon kiireellisyyttä arvioidaan ja kuvataan kiireellisyysluokittelun avulla. Erilaisia järjestelmiä kiireellisyyden arviointiin on olemassa useita. Kiireellisyysluokittelulla varmistetaan potilasturvallisuutta ja hoidon laadukkuutta, sitä että kiireellisen hoidon tarpeessa oleva potilas

saa oikea-aikaista hoitoa. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin tueksi voidaan tulossyyntä, mahdollisten esitetietojen ja haastattelun lisäksi tehdä erilaisia fysiologisia mittauksia, kuten verenpaineen mittaus, sekä kliinistä tutkimista. Kliininen tutkimus tarkoittaa potilaan tutkimista fyysisesti – esimerkiksi tarkkailemalla yleisvointia tai tunnustelemalla vatsaa. Lisäksi voidaan hyödyntää erilaisia diagnostisia tutkimuksia, kuten laboratoriotutkimuksia tai kuvantamistutkimuksia. (Terveysylä verkkopalvelu 2025.)

Koskelan (2017) muistion mukaan päivystyksen perustehtävä on tarjota päivystyshoitoa. "Hoidon tarpeen arviointi sisältää arvion siitä, tarvitseeko potilas välitöntä päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa, muun kuin terveydenhuollon apua ja tukea tai ei lainkaan toimenpiteitä" (Koskela 2017). Tähän arviointiin antaa lisää työkaluja sosiaali ja terveysministeriön julkaisu: aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Yhtenäisiä perusteita on ollut kokoamassa laaja työryhmä eri puolilta maata ja eri toimialoilta. Yhtenäisten perusteiden ensisijaisena lähtökohtana on ollut hoidon järjestäminen potilaan lääketieteellisen hoidon tarpeen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. (Ilkka & Lampilina 2020.)

Suomessa yleisin käytössä oleva luokittelujärjestelmä on perusterveydenhuollon ja yhteispäivystysten käyttämä viisiportainen ABCDE-triageluokittelu. ABCDE-triage on luokitus, jossa kirjainluokittelulla annetaan potilaan hoidon aloitukselle, oireiden perusteella, tavoiteajat. Triage on termi, jota kiireellisyysluokituksesta yleisesti käytetään. Triage tulee ranskan sanasta "trier", joka tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista. (Kantonen 2014.)

Jämsän perusterveydenhuollon päivystyksessä käytetään myös viisiportaista ABCDE-kiireellisyysluokittelua, jonka on paikallisiin olosuhteisiin kehittänyt ja mukauttanut Lotta Ahola opinnäytetyössään vuonna 2009. Tässä luokittelumallissa potilaan hoitoon pääsy ja odotusaika määräytyvät hoidon tarpeen kiireellisyyden perusteella. Luokittelu perustuu lääketieteellisiin kriteereihin ja koskee aikuispotilaita. Esimerkkejä luokituksesta on koottu liitteeseen 1. (Ahola 2009).

E-ryhmän potilaille tulee kuitenkin tehdä hoidon tarpeen arviointi, joka kirjataan potilastietojärjestelmään. Myös annettu terveysneuvonta tulee kirjata. Heidät voidaan siten ohjata virka-aikana toi-

miville kiireettömille vastaanotoille, hoitajan vastaanotolle tai sitten heidät hoidetaan päivystyksessä, kun varsinaiset päivystyspotilaat on hoidettu tai heidän hoitamiseltaan jää aikaa. Lapset eivät kuulu E-ryhmään milloinkaan. (Kantonen 2014; Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 69.)

Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa on hyvä tiedostaa, että se ei ole vain kertaluontoinen, potilaan tulotilanteessa tehtävä arvio hoidon tarpeesta ja sen kiireellisyydestä, vaan luokittelu voi ja saa muuttua vitaalielintoimintojen ja tutkimusten edetessä, joko kiireellisemmäksi tai kiireettömämmäksi (Ahola 2009).

Arvion hoidon tarpeesta tekee jatkossa laillistettu terveydenhuollon ammattilainen. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjekirjeessä, kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuivat 1.9.2023. Ohjekirjeessä todetaan, että 1.9.2023 alkaen tutkimusten ja hoidon tarpeen arvioinnin tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joten nimikesuojatut terveydenhuollon ammattilaiset, kuten lähihoitajat ja perushoitajat, eivät enää voi tehdä hoidon tarpeen arviointeja. Siirtymäaikana nimikesuojatut ammattihenkilöt, jotka lakimuutoksen voimaan tullessa 1.9.2023 ovat tehneet perusterveydenhuollon sairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointia, saavat jatkaa tehtävässä 31.8.2027 saakka, mikäli heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus. (Terveydenhuollon päivystys 2023.)

2.3 Päivystyshoitotyön tavoitteet

Päivystyshoitotyön ensisijaisena tarkoituksena on siis hoitaa välitöntä hoitoa tarvitsevia potilaita, kuten äkillisesti sairastuneita, loukkaantuneita tai kroonista sairautta sairastavia, joiden tila on pahentunut (A 583/2017). Lääketieteellisten tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden viivästyminen voisi johtaa tilanteen huononemiseen, joten tavoitteena on vakauttaa potilaan tila, tehdä nopea alustava diagnoosi, aloittaa tarvittava hoito ja arvioida jatkohoidon tarve (Castrén ym. 2009, 60).

Suomen sairaanhoitajat ry:n verkkosivuston mukaan, sairaanhoitajat ovat suurin terveydenhuollossa ja siten myös päivystyksissä työskentelevä ammattiryhmä. Tällöin sairaanhoitajien rooli on merkittävä potilaan koko hoitoketjussa ja kokonaisvaltaisessa hoidossa sekä sairauksien ennaltaehkäisyssä että potilaan omaisten ja läheisten ohjauksessa (Suomen sairaanhoitajat ry 2025).

Valtioneuvoston asetuksessa (583/2017) säädetään päivystyksessä työskentelevän henkilöstön osaamisvaatimuksista. Asetuksen mukaan päivystyksessä on oltava eri alojen terveydenhuollon ammattilaisista koostuva moniammatillinen tiimi, jolla on tehtävään soveltuva koulutus ja riittävä työkokemus. Tämä varmistaa sen, että päivystyksessä työskentelee asiantunteva henkilökunta, jonka osaaminen vastaa potilaiden moninaisiin hoitotarpeisiin. (A583/2017.)

Moniammatillisuuden rooli vaihtelee päivystysyksiköiden rakenteen ja koon mukaan. Pienemmissä perusterveydenhuollon päivystyksissä moniammatillisuus on luonteeltaan rajallisempaa, koska henkilöstöä on vähemmän eikä kaikkia erikoisaloja voida edustaa saman katon alla, toisin kuin suuremmissa yksiköissä. Tästä huolimatta yhteistyötä tehdään aktiivisesti muiden toimijoiden kuten päihdeyksiköiden ja mielenterveyspalveluiden kanssa. Yhteispäivystyksissä eri alojen asiantuntijat – kuten päihdehoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat – työskentelevät usein samassa yksikössä, mikä mahdollistaa nopeamman ja kokonaisvaltaisemman hoidon potilaille. On myös tärkeää huomioida, että päivystyksen toiminta on osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Riippumatta yksikön koosta, henkilöstön on tunnettava alueen erityispiirteet, sidosryhmät sekä palvelukokonaisuudet, jotta hoito voidaan toteuttaa tehokkaasti ja potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaavalla tavalla. (A583/2017.)

Päivystyshoitotyön keskeinen tavoite on varmistaa, että jokaisen potilaan hoidontarve ja kiireellisyys arvioidaan oikein. Toisin kuin ajanvaraukseen perustuvissa terveystaluuissa, päivystyshoidossa hoitoa ei määritä ajanvarausjärjestelmä ja siihen liittyvä suunnitelmallisuus, vaan nimenomaan potilaan sen hetkinen tarve ja tilan vakavuus. (Castrén ym. 2009, 60.)

Seuraavaksi tarkastellaan päivystyksellisen hoidon erityispiirteitä. Toisin kuin muissa terveydenhuollon yksiköissä, päivystyksissä ei ole potilasmäärärajoituksia. Tämä tarkoittaa, että jokaisen potilaan hoidontarve ja kiireellisyys on arvioitava riippumatta siitä, kuinka paljon potilaita on saapunut hoitoon. Ihanteellisessa tilanteessa potilaat, jotka eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa, voidaan ohjata päiväaikaan palveluihin. Käytännössä tämä ei kuitenkaan aina onnistu, ja päivystyksissä hoidetaan paljon potilaita, joiden hoito kuuluisi ensisijaisesti muualle. Lisäksi yksi merkittävä haaste päivystystyössä on jatkohoitopaikkojen riittämättömyys. Kun sairaaloiden osastot ovat täynnä, potilaita joudutaan pitämään päivystyksessä pidempään kuin olisi tarkoituksenmukaista ja myös hoitamaan heitä silloinkin kun jatkohoitopaikkojen saanti takkuilee. Tämä

kuormittaa päivystystoimintaa, voi viivästyttää muiden kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoa ja voi siten vaikuttaa koko päivystyksen potilasturvallisuuteen. (Castrén ym. 2009, 60-64.)

Päivystyshoitotyö on usein kiireellistä ja ajoittain jopa urakkatahtista. Se on vaativaa hoitotyötä, jossa hoidetaan äkillisesti hoitoa tarvitsevia potilaita tilanteissa, joissa diagnoosi voi olla epäselvä ja esitiedot puutteellisia. Työtä voivat vaikeuttaa myös resurssipula ja useat samanaikaiset häiriötekijät. Potilasmateriaali on hyvin laaja, taudinkuvat ja potilaiden iät vaihtelevat laidasta laitaan. Päivystyshoitotyö edellyttää hoitajalta nopeaa päätöksentekoa, laaja-alaista osaamista sekä kykyä toimia paineen alla. (Castrén ym. 2009, 63–64; Koskela 2017.)

Päivystyspoliklinikoilla kohdataan paitsi lääketieteellisiä myös monenlaisia yhteiskunnallisia haasteita, ja työssä joudutaan tekemään toisinaan hyvin merkittäviä, jopa potilaan elämää koskevia päätöksiä. Työ edellyttää jatkuvaa osaamisen ylläpitämistä ja kehittämistä, ja sen henkinen kuormittavuus voi osaltaan selittää henkilöstön suurta vaihtuvuutta. Hoitotyössä on lisäksi huomioitava paitsi potilas myös hänen läheisensä, jotka saattavat tarvita tukea ja ohjausta kriisitilanteissa (Koponen & Sillanpää 2005, 20–21).

2.4 Kotiuttamista ohjaava lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) turvaa potilaan oikeuden hyvään hoitoon ja itsemääräämisoikeuteen. Kotiutus tulee toteuttaa potilaan kanssa yhteisymmärryksessä, ja hänelle on annettava ymmärrettävästi tietoa päätöksistä, jotka liittyvät hoidon jatkumiseen kotona. Potilaan kotiutus ei saa vaarantaa hänen terveyttään tai turvallisuuttaan. (L 785/1992.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) puolestaan velvoittaa järjestämään palvelut laadukkaasti ja potilasturvallisuus huomioiden. Kotiutustilanteessa tämä tarkoittaa erityisesti sitä, että jatkohoito- ja seurantapalvelut järjestetään saumattomasti ja potilaan tarpeita vastaavasti. (L 1326/2010.) Myös sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisestä hoidon tarpeen arvioinnista ja päivystyksestä (583/2017) tarkentaa, että potilas voidaan kotiuttaa vasta, kun päivystyksellinen hoidon tarve on päättynyt ja kotiutus on hänen tilanteensa huomioiden turvallista (A 583/2017).

Lisäksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023) velvoittaa siirtämään potilastiedot jatkohoitopaikkaan viivytyksettä. Tämä on keskeistä hoidon jatkuvuuden ja

potilasturvallisuuden turvaamiseksi, ja kotiutuksen yhteydessä on aina huolehdittava asianmukaisesta kirjaamisesta. (L 703/2023.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla keskeisimmät tekijät, joilla voidaan varmistaa laadukas ja turvallinen potilaan kotiuttaminen perusterveydenhuollon päivystyksestä.

Tavoitteena oli koota näyttöön perustuvaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kotiuttamiskäytäntöjen kehittämisessä turvallisemmiksi ja yhtenäisemmiksi. Tulokset tarjoavat sairaanhoitajalle näyttöön perustuvaa tietoa ja konkreettista tukea kotiuttamisen suunnitteluun ja toteuttamiseen päivystyksessä.

Tutkimuskysymys: mitkä ovat keskeisimmät huomioitavat asiat potilaan kotiuttamisessa päivystyksestä?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Toikko ja Rantanen (2009) toteavat että, ennen kehittämistyön aloittamista, on tärkeää perustella, miksi aihetta on tarpeen kehittää. Yleensä kehittämisen taustalla on joko ratkaistava ongelma tai tavoiteltu visio – usein myös molemmat. Kehittäminen perustuukin sekä nykytilan haasteiden että tulevaisuuden tavoitteiden huomioimiseen. Lisäksi aiheen ajankohtaisuus vaikuttaa kehittämistyön merkittävyyteen. (Toikko & Rantanen 2009, 58.)

Tässä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä keskitytään potilaan kotiuttamiseen päivystyksen näkökulmasta. Toikon ja Rantasen (2009) mukaan kehittämistyö on tutkimuksellista silloin, kun työelämän kehittämistä lähestytään tutkimuksellisin menetelmin ja tavoitteena on tuottaa tietoa käytännön toiminnan parantamiseksi (Toikko & Rantanen 2009, 14). Tämän työn tavoitteena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa aineistoa, jonka avulla voidaan kehittää ja yhtenäistää turvallisia kotiuttamiskäytäntöjä perusterveydenhuollon päivystyksessä.

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka toimii sekä tiedonhankinta-menettelmänä että kehittämisen perustana. Tavoitteena on muodostaa riittävän kattava käsitys kotiuttamisesta päivystyksellisestä näkökulmasta ja tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön kehittämistyössä jatkossa. Työhön ei sisälly kenttätöitä, kuten kyselyitä tai haastatteluja, vaan se perustuu olemassa olevan tutkimustiedon analysointiin ja siitä tehtyihin johtopäätöksiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään löytämään näyttöön perustuvia, turvallisia ja tehokkaita toimintatapoja tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. (Salminen 2011, 7.)

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkastelee aiempaa ja ajankohtaista tutkimusta valitusta aihealueesta. Se kokoaa yhteen aiemmissa tutkimuksissa esiin nousseita keskeisiä tuloksia ja auttaa luomaan pohjaa jatkokehittämiseksi, kuitenkin tuottamatta analyttistä tai systemaattista synteesiä. Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan rakentaa ymmärrystä jo tehdyistä tutkimuksista ja niistä tehdyistä johtopäätöksistä. (Salminen 2011, 4; Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.)

4.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Aineistoa kirjallisuuskatsausta varten haettiin kolmesta terveydenhoitoalan viitetietokannasta: Medic on Helsingin yliopiston ylläpitämä viitetietokanta, joka sisältää viitteitä Suomessa julkaistuun terveystieteelliseen kirjallisuuteen vuodesta 1978 alkaen. PubMed on Yhdysvaltain kansallisen lääketieteellisen kirjaston ylläpitämä ilmainen hakukone ja viitetietokanta, joka sisältää terveystieteellisiä julkaisuja koskevia viitetietoja ja tiivistelmiä. Joanna Briggs Institute EBP Database tarjoaa aineistoja näyttöön perustuvan tiedon hakemiseen, arviointiin ja soveltamiseen terveydenhuoltoalalla. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on havainnollistettu taulukossa 1.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kategoria	Sisältö
Valintaperusteet	Vastaa tutkimuskysymykseen Päivystyspoliklinikka toimintaympäristönä Aikuispotilaat Kotiutuminen
Luotettavuus	Tieteellisesti hyväksytty Puolueeton Mielellään vertaisarvioitu
Ajankohtaisuus	Uusin tutkimustieto ensisijalla Hakurajaus vuosiin 2016–2025
Poissulkukriteerit	Ei vastaa tutkimuskysymykseen Muu kieli kuin suomi tai englanti Ei saatavilla verkosta Otsikko/tiivistelmä ei vastaa aihetta Koko tutkimus ei saatavilla Yli 10 vuotta vanha

Koehakujen yhteydessä alkoi muodostua käsitys siitä, millaisia tuloksia kirjallisuushaussa olisi odotettavissa. Hakutulokset osoittivat, että kotiuttamista – erityisesti iäkkäiden potilaiden kotiuttamista – on tutkittu laajasti. Saatavilla oli runsaasti kotiuttamisen tueksi kehitettyjä tarkistuslistoja ja käytäntöjä, mikä kertoo aiheen merkityksellisyydestä ja moniulotteisuudesta terveydenhuollossa esimerkiksi potilasturvallisuuden, hoidon jatkuvuuden, väestön ikääntymisen ja taloudellisten näkökulmien kannalta.

Aineistosta löytyi päivystyksellisiä näkökulmia, mutta suurin osa tutkimuksista oli rajattu iäkkäisiin tai tiettyihin potilasryhmiin. Näitä lähteitä oli kuitenkin perusteltua sisällyttää aineistoon, sillä niissä esiin nousseet käytännöt ja suositukset olivat hyvin sovellettavissa myös muille potilasryhmille. Kansainvälisissä, englanninkielisissä tutkimuksissa päivystyksellistä kotiuttamista käsiteltiin jonkin verran, mutta tarkastelu kohdistui usein tiettyihin sairauksiin tai erikoisaloihin. Alkuperäistä aikarajasta (2016–2025) tarkennettiin PubMed- ja JBI-tietokantojen kohdalla, jotta aineistoon saatiin mukaan ajankohtaisinta ja menetelmällisesti laadukasta tutkimustietoa päivystyksellisestä kotiuttamisesta.

Hakuprosessissa hyödynnettiin sekä suomen- että englanninkielisiä asiasanoja. Suomenkielisissä hauissa käytettiin sanoja päivystys tai sairaala, jotka yhdistettiin Boolean logiikalla sanoihin kotiuttaminen tai suunnittelu. Englanninkielisissä hauissa käytettiin yhdistelmiä kuten *emergency care* tai *emergency department*, joita yhdistettiin sanoihin discharge tai planning, Hakusanoissa käytettiin katkaisumerkkejä huomioimaan sanojen eri taivutus- ja johdannaismuodot. Esimerkiksi hakulauseet muodostettiin seuraavasti:

- suomeksi: päivyst* AND kotiuttam*OR suunnit* tai sairaal* AND kotiuttam*OR suunnit*
- englanniksi: ("emergency care" OR "emergency department") AND (discharg* OR plann*).

Taulukko 2. Tietokantahaku

Tietokanta	Hakusanat	Hakuaika	Löytyneet artikkelit	Valitut artikkelit
Medic	päivyst* AND kotiuttam*OR suunnit*	2016–2025	9	2
Medic	sairaal* AND kotiuttam*OR suunnit*	2016–2025	41	–
Medic (engl.)	("emergency care" OR "emergency department") AND (discharg* OR plann*)	2016–2025	24	1
PubMed	("emergency care" OR "emergency department") AND (discharg* OR plann*)	2022–2025	99	1
JBI EBP Database	("emergency care" OR "emergency department") AND (discharg* OR plann*)	2023–2025	35	1

Kaikki hakutulokset on käyty läpi ensin otsikkotasolla ja asiasanojen perusteella. Tutkimuskysymyksen liittyvien artikkelien tiivistelmät on luettu, jotta on voitu arvioida niiden soveltuvuutta aineistoksi. Aineiston valintavaiheessa tarkastelu perustui ensisijaisesti otsikoihin ja tiivistelmiin, ja lopullista valintaa ohjasivat ennalta määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä tutkimuskysymys. Sisäänoton kriteereinä olivat, että julkaisu vastasi tutkimuskysymykseen, käsiteli päivystyspoliikkia toimintaympäristönä ja kohdistui aikuispotilaiden kotiutumiseen. Lisäksi edellytettiin, että julkaisu on tieteellisesti hyväksytty, puolueeton ja mielellään vertaisarvioitu. Hakuajanjakso määriteltiin ensivaiheessa vuosille 2016–2025. Kahdessa englanninkielisessä tietokannassa hakurajausta kuitenkin tarkennettiin vuosille 2023–2025, jotta tutkimusaineisto edustaisi mahdollisimman tuoretta näkökulmaa aiheeseen. Poissulkukriteereinä olivat artikkelit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen, olivat muulla kuin suomen tai englannin kielellä, eivät olleet saatavilla verkossa, joiden otsikko tai tiivistelmä ei vastannut aihetta, koko tutkimus ei ollut luettavissa tai tutkimus oli yli kymmenen vuotta vanha. Tämän prosessin tuloksena aineistoon valikoitui viisi artikkelia tai muuta lähdettä, jotka ovat menetelmällisesti monimuotoisia ja lähestymistavoiltaan sekä ajankohdiltaan vaihtelevia – mikä on tyypillistä kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle (Vilka 2023, 33–34, 69).

Vilkan (2023) mukaan narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan hyödyntää myös muita kuin vertaisarvioituja tutkimuksia. Aineistona voi olla esimerkiksi väitöskirjoja, konferenssijulkaisuja, virallisia asiakirjoja, ammatillisia raportteja sekä valtion virastojen, kansalaisjärjestöjen ja tieteellisten organisaatioiden julkaisuja. (Vilka 2023, 33–34.) Tämän periaatteen mukaisesti myös sähköisen kotiutuslistan kehittämisraportti on otettu mukaan tiedonlähteeksi sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n raportti ja lääkärilehden artikkeli. Vaikka opinnäytetyön rajaukseen (päivystyksellinen kotiuttaminen aikuispotilaille) täysin osuvia lähteitä ei löytynyt, oli perusteltua sisällyttää myös sellaisia tutkimuksia ja julkaisuja, joissa aihetta käsiteltiin laadukkaasti ja päivystyksellisestä näkökulmasta, vaikka se kohdistuikin ikääntyneisiin. Kotiuttamisen käytännöt ovat monilta osin yhteneväisiä eri konteksteissa, ja siksi myös erikoistuneemmista aineistoista oli mahdollista löytää yhteneväisiä ja yleistettävissä olevia suosituksia ja käytäntöjä.

Aineisto koostui yhteensä kuudesta tutkimuksesta, yhdestä kansainvälisestä asiantuntijaraportista ja yhdestä asiantuntijatyöryhmän laatimasta kehittämisartikkelista. Näistä viisi oli suomalaisia ja

kolme kansainvälisiä. Kansainväliset tutkimukset sisälsivät sekä eri maiden tutkijoiden yhteisjulkaisuja että laajoja systemaattisia katsauksia (esimerkiksi Cochrane Collaborationin brittiläis - australialainen tutkimusryhmä). Tutkimusmenetelmät vaihtelivat kvalitatiivisista ja kvantitatiivisista tutkimuksista systemaattisiin ja näyttöön perustuviin kirjallisuuskatsauksiin. Aineistossa oli mukana myös yksi suomalainen väitöskirjatutkimus.

4.3 Aineiston analyysi

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineisto analysoidaan laadullisin menetelmin, koska tavoitteena on ollut löytää ja ymmärtää kotiuttamiseen liittyviä keskeisimpiä ja näyttöön perustuvia toimintamalleja – ei suorittaa määrällistä tarkastelua tai tilastollista analyysiä. Tässä opinnäytetyössä analyysi on toteutettu teemoittelun avulla, joka on yksi laadullisen sisällönanalyysin menetelmistä. Ennen teemoittelua aineistosta on poimittu tutkimuskysymykseen vastaavat merkitykselliset ilmaukset ja käsitteet, jotka on ryhmitelty samankaltaisuuden perusteella – tätä vaihetta kutsutaan luokitteluksi. Luokittelu on muodostanut pohjan teemojen rakentamiselle. Teemoittelussa aineistosta on etsitty toistuvia aiheita, käsitteitä ja näkökulmia, joiden avulla on pyritty tunnistamaan yhteisiä tekijöitä. Teemat on muodostettu aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2024, 104–105.) Luokittelun ja teemoittelun tuloksena aineistosta nousi viisi pääluokkaa, jotka kuvaavat kotiuttamisen turvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyviä keskeisiä tekijöitä: 1) toimintakyky ja elinympäristö kotiutuessa, 2) kotiutusohjeet, 3) jatkohoidon järjestäminen, 4) tiedon siirtyminen sekä 5) osallistaminen ja läheisten osallisuus. Taulukko 3. havainnollistaa esimerkinomaisesti, miten pelkistetty ilmaus on abstrahoitu alaluokaksi, edelleen pääluokaksi ja teemaksi. Liitteenä (Liite 3) on laajempi esitys sisällönanalyysin luokittelusta ja teemoittelusta.

Taulukko 3. Esimerkki sisällönanalyysin luokitteluprosessista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Teema
"Hoitajat ja perheenjäsenet arvioivat perheen toimintakykyä ja tukea eri tavoin."	Eroavaisuudet näkemyksissä	Perheen ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö	Toimintakyky ja elinympäristö
"Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttivat potilaan toimintakyky ja perheen voimavarat."	Potilaan ja perheen resurssit	Riskitekijät ja tukevat tekijät kotiutuksessa	Toimintakyky ja elinympäristö
"Potilaan kotona selviytymistä ei ehditä arvioida riittävästi ennen kotiutusta".	Riittämätön toimintakyvyn arviointi	Kotiutuksen valmistelun puutteet	Toimintakyky ja elinympäristö

5 Tulokset

5.1 Toimintakyky ja elinympäristö kotiutuessa

THL:n verkkosivujen mukaan toimintakyky tarkoittaa yksilön fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia valmiuksia selviytyä arjen toiminnoista, kuten peseytymisestä, pukeutumisesta, lääkkeiden ottamisesta, asiointista ja vuorovaikutuksesta. Toimintakykyyn vaikuttavat sekä yksilön omat voimavarat että hänen elin- ja toimintaympäristönsä. (THL 2023.)

Vaikka potilas voitaisiin kotiuttaa lääketieteellisin perustein, hänen toimintakykynsä voi olla heikko tai olosuhteet kotona vaikeat. Keskeisin edellytys turvalliseen kotiuttamiseen on siis arvioida potilaan toimintakyky ja elinympäristö, johon hän on palaamassa ennen kotiuttamista. Eräissä tutkimuksissa toimintakyky nostettiin omaksi kategoriakseen kotiutuksen tietosisällössä ja toimintakyvyn arvioinnin todettiin olevan olennainen osa sekä hoitoprosessin aikana että kotiutuksen suunnittelussa (Kuusisto, Joensuu, Nevalainen, Pakkanen, Ranne & Puustinen 2019).

Toimintakyvyn arviointia tukee myös muu tutkimustieto, jonka mukaan potilaan tulee olla lääketieteellisesti, fyysisesti ja psyykkisesti valmis kotiutumaan (Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron & Shepperd 2022). Lisäksi toimintakyvyn arviointi auttaa tunnistamaan potilaan mahdolliset avuntarpeet sekä kartoittamaan kotiympäristöön liittyvät tekijät ja tarvittavat apuvälineet, jotka tukevat selviytymistä kotona (Kuokkanen 2017: Whitehorn & Ortega-Arroyo 2024).

5.2 Kotiutusohjeet

Kahdessa tutkimuksessa kävi ilmi että, kotiutusohjeiden riittävyys ja selkeys saattavat vaihdella huomattavasti. Osalle potilaista on saatettu antaa kotiutuessa vain suullisia ohjeita, jotka on koettu epäselviksi tai vaikeiksi muistaa. Kirjalliset ohjeet ovat saattaneet osalta potilaista jäädä kokonaan saamatta. Lisäksi jatkohoito-ohjeet ja lääkitystiedot ovat olleet usein puutteellisia. Myös toimintaohjeet tilanteisiin, joissa oireet mahdollisesti uusiutuvat, ovat jääneet usein kertomatta. (Kuokkanen 2017: Demidenko 2017.) Myös kotiuttamispäätöksen oikeellisuus on herättänyt epävarmuutta. Tutkimuksissa potilaat ja läheiset ovat kuvanneet yksilöllisyyden puuttuvan ohjauksesta ja läheisten informointi on ollut puutteellista. Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on koettu kiireiseksi tai jopa tönkyäksi. Konkreettinen avuntarve esim. apuvälineiden järjestämisessä on koettu riittämättömäksi. (Kuokkanen 2017.)

Samansuuntaisia tuloksia esittää myös Palonen (2016) väitöskirjassaan, jossa havaittiin, että suuri osa päivystyspoliklinikalta kotiutuvista iäkkäistä potilaista ja heidän läheisistään sai vain vähän tai ei lainkaan ohjausta kotiutumisen tueksi. Vähäinenkin ohjaus on lisännyt potilaiden ja läheisten valmiutta selviytyä kotona. Tutkimuksessa tuotiin esille niin sanottu ”ihanteellisuuden harha” käsite, joka kuvaa hoitotyön todellisuutta, jossa ohjausten osapuolten odotukset ihanteellisesta ohjauksesta eivät toteudu. Tällöin kotiuttamisohjauksessa päivystyspoliklinikalta näkyy ilmiö, jossa potilaiden omaa päätösvaltaa pidetään kyllä tärkeänä ja kunnioitettavana periaatteena ja ihanteena, mutta käytännössä se voi helposti jäädä sivuun. (Palonen 2016.) Ohjaukselta odotetaan selkeyttä ja riittävyttä, mutta käytännössä sen toteutus jää usein puutteelliseksi kiireisen hoitoympäristön vuoksi. Useat tutkimukset korostavat, että selkeät ja kirjalliset kotiutusohjeet ovat keskeisiä turvallisen kotiutumisen ja kotona selviytymisen varmistamisessa. Ohjaukseen tulee olla riittävästi aikaa ja lisäksi tulee varmistaa että ohjeet ovat ymmärretty oikein. (Palonen 2016: Kuokkanen 2017: Whitehorn & Ortega-Arroyo 2024.)

5.3 Jatkohoidon järjestäminen

Potilaiden ja heidän läheistensä saama ohjaus kotiutustilanteessa on usein ollut puutteellista. Kotiutuksen yhteydessä potilaat, heidän läheisensä tai esim. kotihoito, eivät ole saaneet riittävän selkeää ohjeistusta kotona tehtävistä hoitotoimista, yhteydenottotavoista ongelmatilanteissa tai jatkohoitokäytien ajankohdista ja paikoista. Myös lääkitykseen liittyvä ohjaus ja seurannan järjestäminen ovat joissain tapauksissa jääneet epäselviksi. Erityisesti iäkkäiden päivystyspoliklinikalta kotiutuvien potilaiden kohdalla ohjaus ja jatkohoidon tukeminen on ollut vähäistä, ja läheisten osallistaminen kotiutukseen on usein rajallista. Nämä puutteet voivat heikentää potilaiden valmiuksia selviytyä kotona ja lisätä riskiä hakeutua uudelleen päivystykseen. (Kuokkanen 2017; Palonen 2016.)

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa korostetaan, että jatkohoidon suunnittelu on olennainen osa hoidon siirtymävaihetta ja yksilöllisen kotiutussuunnitelman laatiminen tulisi aloittaa jo hoitajakson alkuvaiheessa. Ohjeiden ja suunnitelmien tulee olla selkeitä, potilaan tarpeisiin mukautettuja ja ymmärrettävästi viestittyjä, jotta kotona selviytyminen ja hoidon jatkuvuus voidaan varmistaa. (WHO 2016: Gonçalves-Bradley ym. 2022.)

5.4 Tiedon siirtyminen

Kotiutustilanteiden tiedonsiirrossa on usein puutteita, jotka voivat heikentää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Palosen (2016) mukaan läheisten osallistuminen kotiutukseen jää usein vähäiseksi, ja kotiutuksen onnistumisen kannalta olisi tärkeää varmistaa, että tieto siirtyy kaikille jatkohoitoon ja seurantaan osallistuville tahoille (Palonen 2016). Samansuuntaisesti Kuokkanen (2017) tuo esiin, että omaisia ei aina informoitu kotiutuksesta, eikä kotihoidolle tai muille jatkohoitotahoille välittynyt riittävästi tietoa potilaan tilanteesta ja hoidon tarpeista (Kuokkanen 2017).

Demidenkon (2017) tutkimus tukee näitä havaintoja osoittamalla, että potilaiden ja läheisten kokema sosiaalinen tuki päivystyksessä oli usein keskinkertaista ja heidän osallistamisensa hoitoprosessiin rajallista. Tämä voi heikentää tiedonkulkua ja johtaa siihen, että kotiutumisen jälkeinen hoidon jatkuvuus ei toteudu optimaalisesti. (Demidenko 2017.)

Myös kansainvälisissä suosituksissa painotetaan tiedonsiirron merkitystä hoidon siirtymävaiheissa. Maailman terveysjärjestön (WHO 2016) mukaan tiedonsiirron tulee olla järjestelmällistä ja ajoissa toteutettua, ja potilaan kotiutuessa on tärkeää varmistaa, että kaikki jatkohoitoon osallistuvat tahot saavat ajantasaiset tiedot potilaan terveydentilasta, lääkityksestä, jatkohoidosta ja seurannasta (WHO 2016). Gonçalves-Bradley ym. (2016) puolestaan korostavat, että strukturoitu kotiutussuunnitelma ja selkeä tiedonsiirto eri toimijoiden välillä edistävät hoidon jatkuvuutta ja voivat vähentää uudelleen sairaalahoidon riskiä (Gonçalves-Bradley ym. 2016).

Erityisesti lääkehoidon osalta tiedonsiirrossa on havaittu merkittäviä haasteita. Ajantasainen lääketieto ei aina välity hoitoon tulon tai kotiutuksen yhteydessä kaikille hoitoon osallistuville, mikä voi johtaa virheisiin, haittoihin ja lisäkäynteihin päivystyksessä. On tärkeää varmistaa, että potilas ymmärtää lääkityksensä ja osaa jatkaa sitä turvallisesti, kun vastuu siirtyy hänelle ja/tai läheisille. Lääkehoidon tiedonkulun ongelmat voivat aiheuttaa potilaalle haittaa, viivästyttää kotiutusta, lisätä uusintakäyntejä ja yhteydenottoja, teettää ylimääräistä työtä ja kasvattaa siten kustannuksia. (Syyrilä, Hanslian, Linden-Lahti, Hakoinen, & Kuusisto 2023.)

5.5 Osallistaminen ja läheisten osallisuus

Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien potilaiden ja heidän läheistensä osallistaminen hoitoprosessiin oli usein vähäistä. Potilaan sosiaalista verkostoa ei otettu huomioon riittävästi. Päivystyspoliklinikan käytännöt, joissa läheiset on eristetty potilaan luota esimerkiksi hoitotilojen rajallisuuden, yksityisyydensuojan tai potilasturvallisuuteen liittyvien syiden vuoksi, rajoittivat heidän mahdollisuuksiinsa osallistua hoitoneuvotteluihin, kuulla saatuja ohjeita tai osallistua päätöksentekoon.

Riittämätön tiedonsaanti estää läheisiä tukemasta potilasta kotiutumisen yhteydessä parhaalla mahdollisella tavalla. Läheisten aktiivisella osallistamisella hoitoprosessiin, on kuitenkin todettu merkittävästi lisäävän hoidon jatkuvuutta ja vahvistavan potilaan voimavaroja ja sitoutumista hoitoon kotiutumisen jälkeen. (Palonen 2016; WHO 2016; Whitehorn & Ortega-Arroyo 2024.)

Demidenko (2017) toteaa, että ikääntyneiden potilaiden ja heidän läheistensä kokema sosiaalinen tuki päivystyksessä arvioitiin usein keskikertaiseksi ja heidän osallistamisensa hoitoprosessiin jäi rajalliseksi. Tutkimuksessa ilmeni myös merkittävä ero hoitajien sekä potilaiden ja läheisten näkemyksissä annetusta tuesta: hoitajat kokivat antaneensa enemmän tukea kuin potilaat ja läheiset kokivat saaneensa. Tämä voi viitata siihen, ettei osallistamista ja tiedonvaihtoa ole toteutettu

riittävän vuorovaikutteisesti tai tarpeita vastaavalla tavalla. (Demidenko 2017.) Samoilla linjoilla on myös Palonen (2016), joka kuvaa ilmiötä ”ihanteellisuuden harhana”, jossa riittävää ja johdonmukaista ohjausta ja osallistamista pidetään kyllä ihanteena, mutta joka käytännössä jää toteutumatta (Palonen 2016).

6 Johtopäätökset

Teoriaosuudessa kuvattiin päivystystä toimintaympäristönä, jossa tilanteet ja potilasmäärät muuttuvat nopeasti ja ennakoimattomasti. Ruuhkautuminen, tiedonkulun haasteet, kiireellisyysluokittelun onnistuminen sekä henkilökunnan osaaminen ovat kaikki tekijöitä, jotka vaikuttavat päivystyshoitotyön laatuun ja potilasturvallisuuteen (STM 2014; Castrén ym. 2009; Koskela 2017).

Lainsäädännön mukaan potilas voidaan kotiuttaa vasta, kun päivystyksellinen hoidon tarve on päättynyt, potilas on kotikuntoinen, jatkohoito on järjestetty ja hänelle on annettu riittävä ohjaus (L 785/1992; L 1326/2010; A 583/2017). Opinnäytetyön tulokset tukevat teoreettisia lähtökohtia: kotiutus näyttäytyy monivaiheisena ja vaativana prosessina, jonka toteuttamiseen vaikuttavat niin päivystyksen kuormitustilanne kuin henkilöstön mahdollisuudet arvioida potilaan tilannetta, antaa ohjausta, varmistaa tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus. Sen onnistuminen edellyttääkin selkeitä ja yhtenäisiä toimintakäytäntöjä, moniammatillista yhteistyötä sekä potilaan ja hänen läheistensä aktiivista osallistamista. Tulokset vahvistavat myös käsitystä siitä, että kotiutus on usein niukasti resursoitu ja osin aliarvostettu työvaihe.

Tavoitteena oli tunnistaa keskeisimmät tekijät, jotka auttavat varmistamaan laadukkaan ja turvallisen kotiutuksen perusterveydenhuollon päivystyksestä. Tulosten perusteella kotiutus muodostuu viidestä toisiinsa liittyvästä osa-alueesta. Ensimmäinen on potilaan toimintakyvyn ja elinympäristön arviointi, joka on olennainen tekijä potilaan kotona selviytymisen kannalta (Kuusisto ym. 2019). Päivystyksen kuormitustilanne voi kuitenkin vaikuttaa siihen, kuinka perusteellisesti arviointi ehditään toteuttaa. Toisena tekijänä korostuivat selkeät ja ymmärrettävät kotiutusohjeet, joiden avulla potilas voi jatkaa hoitoa turvallisesti kotona. Riittävän ja yksilöllisen ohjauksen tulisi olla olennainen osa päivystyshoitotyötä koska sen onnistuminen vaikuttaa suoraan hoidon jatkuvuuteen ja siten potilasturvallisuuteen (Palonen 2016; WHO 2016).

Kolmas osa-alue liittyi jatkohoidon suunnitteluun. Kotiutuksen jälkeen tarvittavat palvelut – kuten ajanvaraus, seurantakäynnit tai kotihoidon tuki – tulee järjestää päivystyksestä, jotta hoito ei katkeaa potilaan kotiutuessa. Jatkohoidon suunnitelmallisuus tukee hoidon jatkuvuutta ja saattaa ehkäistä tarpeettomia uusintakäyntejä päivystykseen. (Demidenko 2017; Gonçalves-Bradley ym. 2016.) Neljäs tulos liittyi tiedonsiirtoon hoidon siirtymävaiheissa. Puutteet lääkitystiedoissa, jatko-hoitosuunnitelmissa tai omahoito-ohjeissa voivat aiheuttaa epäselvyyksiä ja virheitä, mikä voi katkaista hoidon ja vaarantaa turvallisen kotiutumisen (Kuokkanen 2017; Palonen 2016). Lääkehoitoon ja ajantasaisen tiedon siirtymiseen liittyvät ongelmat ovat olleet pitkään tunnistettu haaste. Tulokset korostavat tarvetta yhtenäisille käytännöille, joiden avulla potilaan lääkitys tarkistetaan hoidon alussa ja päivitetään ajantasaiseksi kotiututuessa. (Syyrilä ym. 2023.)

Viides tulos liittyi potilaan ja hänen läheistensä osallistamiseen kotiutusprosessissa. Läheisten rooli korostuu erityisesti potilailla, jotka tarvitsevat tukea kotiutumisen jälkeen. Tutkimusten mukaan läheisten osallistaminen prosessiin parantaa potilaan turvallisuutta, lisää hänen sitoutumistaan hoitoon ja tukee kotona selviytymistä. Tulokset osoittivat myös, että läheiset voivat muodostaa merkittävän käytännön tuen potilaalle, mikäli heillä on riittävä tieto ja ohjeistus toimia hänen tukena kotiutumisen jälkeen. Läheisten huomioiminen tulisikin nähdä kiinteämpänä osana päivystyksen kotiutusprosessia. (Palonen 2016; Demidenko 2017; WHO 2016.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että turvallinen ja laadukas kotiutus perusterveydenhuollon päivystyksestä edellyttää selkeitä ja yhdenmukaisia käytäntöjä, jotka toteutuvat myös päivystyksen kuormitustilanteissa. Lainsäädäntö velvoittaa varmistamaan potilaan hoidon jatkuvuuden, riittävän ohjauksen ja potilaan osallistamisen päätöksentekoon, joten kotiutuksen sujuvuus on paitsi laadun, myös lain edellyttämä kokonaisuus.

Hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden takaava kotiutus muodostuu siitä, että potilaan toimintakyky ja elinympäristö arvioidaan asianmukaisesti, kotiutusohjeet annetaan selkeästi ja ymmärrettävästi, jatkohoito järjestetään viivytyksettä ja tiedonkulku varmistetaan siirtymävaiheissa. Lisäksi potilaan ja hänen läheistensä aktiivinen osallistaminen tukee hoidon jatkuvuutta ja vahvistaa kotona selviytymistä. Kotiutus on päivystyksen toiminnassa herkkä vaihe, ja sen onnis-

tuminen heijastuu suoraan potilasturvallisuuteen, uusintakäyntien määrään ja sitä kautta terveydenhuollon kokonaiskuormitukseen. Tulosten perusteella kotiutusprosessin yhdenmukaistaminen ja kehittäminen ovat keskeisiä aiheita päivystyksen vaativassa toimintaympäristössä.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys

Turvallinen kotiutus edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa potilaan toimintakyvyn arviointi, selkeät ja kirjalliset kotiutusohjeet, huolellinen jatkohoidon järjestäminen, järjestelmällinen tiedonsiirto sekä potilaan, läheisten ja muiden sidosryhmien aktiivinen osallistaminen tukevat toisiaan. Näihin osa-alueisiin panostaminen kotiuttamisprosessissa ja myös riittävien resurssien varaaminen hoitajille tähän työvaiheeseen, lisäävät potilasturvallisuutta, vähentävät tarpeettomia uusintakäyntejä ja tukevat potilaan toipumista ja kotona selviytymistä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kotiutuksen onnistuminen edellyttää sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista, suunnitelmallista työtettä, moniammatillista yhteistyötä sekä riittävää tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. Lisäksi potilaan ja läheisten osallistaminen nousi keskeiseksi tekijäksi turvallisen kotiutumisen varmistamisessa.

Tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä kehittämällä kotiutusprosesseja ja yhtenäistämällä toimintamalleja. Päivystyspoliklinikalla tulee kiinnittää huomiota potilaan ja läheisten ohjaukseen ja osallistamiseen sekä siihen, että saatu tieto on ymmärrettävää ja riittävän yksilöllistä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää paitsi hoitotyön kehittämisessä myös koulutuksessa ja perehdytyksessä, jossa kotiutusprosessin merkitys työvaiheena ja hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden näkökulmat tulevat paremmin esille.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tärkeä osa opinnäytetyöprosessia ja tutkimuksen tekoa on eettisyys ja luotettavuus. Eettisesti hyväksyttävä ja luotettavasti toteutettu tutkimus edellyttää, että sen tekoprosessissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomen opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksen (HTK 2023) noudattamisella voidaan huolehtia

tutkimuksen eettisyyden toteutumisesta, jonka peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuullisuus kaikissa tutkimuksen vaiheissa. HTK- ohjeen mukaan tutkimuksen teossa tärkeitä eettisiä lähtökohtia ovat muun muassa tutkimusta varten tarvittavien lupien hankkiminen. Tutkimuksen teon alkuvaiheessa on sovittava tutkimuksen tekijän, ohjaajien sekä tutkimuksen yhteistyökumppaneiden kanssa työnjako, vastuut, velvollisuudet sekä oikeudet. Tärkeää on myös huolehtia siitä, että tutkimuksen teossa käytettävän materiaali täyttää tieteelliset kriteerit ja tekijänoikeuksia kunnioitetaan huolehtimalla asianmukaisista lähdeviitteistä. (HTK-ohje 2023.)

Tässä opinnäytetyössä ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa, koska aineistonkeruu ei koskenut henkilökuntaa, potilaita, opiskelijoita tai rekisteriaineistoja. Työssä ei myöskään käsitelty salassa pidettäviä henkilötietoja tai luottamuksellisia organisaatietietoja. Opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, itsenäisesti ja prosessin aikana olen saanut ohjaajalta asiantuntevaa tukea sekä toimeksiantajalta rakentavaa palautetta. Kehittämistyöstä on tehty sopimus toimeksiantajan kanssa.

Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta virheiden välttämiseksi ja tutkimusmenetelmien oikeellisuuden varmistamiseksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226). Toikko ja Rantanen (2009, 121–126) korostavat, että kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa tiedon todenmukaisuuden lisäksi sen käyttökelpoisuutta, hyödyllisyyttä ja siirrettävyyttä käytäntöön (Toikko & Rantanen 2009, 121–126). Tutkimuksen luotettavuuteen on pyritty huolellisella ja systemaattisella työskentelyllä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Luotettavuus perustuu siihen, että aineiston haku, valinta, analyysi ja tulosten raportointi on toteutettu mahdollisimman läpinäkyvästi. Aineistonkeruun vaiheet ja käytetyt tietokannat on kuvattu tarkasti, ja aineiston valinta ja perusteet on esitetty selkeästi taulukkomuodossa (taulukot 1 – 2). Aineiston analyysi toteutettiin teemoittelun avulla, ja prosessin eri vaiheet on kuvattu esimerkkien avulla, joten tulosten muodostuminen on läpinäkyvää (taulukko 3, liite 3). Nämä mahdollistavat tutkimusprosessin toistettavuuden ja arvioinnin. Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnetyt lähteet ovat tieteellisesti luotettavia ja ajantasaisia, lisäksi ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti (liite 2). Tulokset on esitetty mahdollisimman aineistolähtöisesti ilman tutkijan ennako-oletuksia. Luotettavuutta tukee myös se, että eri lähteistä saadut tulokset vertautuvat keskenään ja muodostavat johdonmukaisen kokonaisuuden.

7.3 Kehittämisehdotukset

Kotiutusta voidaan kehittää vahvistamalla potilaan toimintakyvyn ja elinympäristön arviointia. Päivystyksessä olisi hyödyllistä käyttää yhtenäistä, lyhyttä ja helposti toteutettavaa arviointimallia, joka tuottaa riittävän tiedon potilaan valmiuksista selviytyä kotona. Yhdenmukainen arviointi auttaa tunnistamaan tilanteet, joissa potilas tarvitsee lisätukea tai jatkohoidon järjestelyjä.

Kotiutusohjeiden selkeyttä ja johdonmukaisuutta tulee parantaa. Kaikkien potilaiden tulisi saada yksilölliset, ymmärrettävät ja helposti saatavilla olevat ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti. Ohjeiden tulee tukea potilaan kotona toteutettavaa hoitoa ja antaa selkeä toimintamalli erilaisia tilanteita varten.

Jatkohoidon varmistamisessa on tärkeää, että yksikössä sovitaan yhteinen käytäntö, jonka mukaan kaikki toimivat. Pienessä yksikössä ei tarvita erillistä vastuuhenkilöä, vaan keskeistä on, että jokainen huolehtii siitä, että jatkohoitoon liittyvät asiat tulevat hoidetuksi: joko ammattilaisen toimesta tai ohjeistamalla potilas tai hänen läheisensä toimimaan asian eteenpäin viemiseksi. Tämä vähentää riskiä hoidon katkeamisesta ja tukee hoidon sujuvaa jatkumista.

Tiedonkulkua kotiutustilanteissa tulee parantaa erityisesti siirtymävaiheiden osalta. Keskeiset tiedot – lääkitys, jatkohoitosuunnitelma, riskitiedot ja seurannan järjestelyt – tulee varmistaa ajantasaisiksi ennen kotiutumista ja välittää oikeille tahoille luotettavasti. Yhteiset toimintatavat ja sähköisten järjestelmien tarkoituksenmukainen hyödyntäminen vähentävät virheiden riskiä.

Potilaiden ja heidän läheistensä osallistamista on tarpeen vahvistaa osana kotiutusprosessia. Läheiset tulisi ottaa mukaan ohjaukseen aina, kun se on potilaan edun mukaista ja potilas itse siihen suostuvainen. Heille annetaan sama tieto kuin potilaalle ja riittävä ohjaus, jotta he pystyvät tukemaan potilasta kotiutumisen jälkeen. Läheiset tulisi nähdä kotiutumisessa tärkeänä voimavaran ja käytännön resurssina, joka voi tukea potilasta kotona selviytymisessä.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tulokset tuovat esille useitakin osa-alueita, joista olisi hyödyllistä saada tarkempaa ymmärrystä nimenomaan päivystyspoliklinikan toimintaympäristössä. Jatkossa olisi perusteltua

selvittää potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotiutuksesta juuri tässä yksikössä tai vastaavissa perusterveydenhuollon päivystyksissä tai kiirevastaanotoilla. Erityistä huomiota voisi kiinnittää siihen, miten potilaat ja omaiset kokevat kotiutusohjeiden riittävyyden, jatkohoidon järjestämisen, tiedonkulun sujuvuuden sekä heidän mahdollisuutensa osallistua kotiutukseen liittyvään päätöksentekoon.

Lisäksi olisi hyödyllistä tutkia läheisten osallistamisen vaikutuksia käytännön tasolla. Tämä voisi sisältää esimerkiksi sen, millaisena potilaat kokevat läheisten tuen kotiutumisen jälkeen ja miten läheiset itse kokevat osallistumisensa vaikuttavan potilaan toipumiseen ja kotona selviytymiseen. Yksikkökohtainen tieto voisi auttaa kohdentamaan kehittämistoimia ja vahvistamaan käytännön toimintamalleja, jotka tukevat sekä potilaita että heidän läheisiään kotiutusprosessissa.

Lähteet

Ahola, L. 2009. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi - toimintamalli Jämsän päivystyspoli-klinikalla. Opinnäytetyö. AMK. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.3.2025. <https://www.theseus.fi/handle/10024/6522>.

A 583/2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Viitattu 1.3.2025. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saadosko-koelma/2017/583>.

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoli-klinikalle. Helsinki: WSOY.

Gonçalves-Bradley, DC., Lannin, NA., Clemson, L., Cameron, ID & Shepperd, S. Discharge planning from hospital. 24. helmikuuta 2022;2(2). Cochrane Database Syst Rev. Viitattu 9.7.2025. <https://pmc-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.iamk.fi:2443/articles/PMC8867723/>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.–14. p. Helsinki: Tammi.

Ilkka, L & Lampilinna, V. 2020. Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19. Viitattu 11.3.2025. <https://julkaisut.valtioneu-vosto.fi/handle/10024/162340>.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Viitattu 10.3.2025. Tampereen yliopisto, Lääketiede. Väitöskirja. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9609-7>.

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Koskela, A. 2017. Muistio: Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.3.2025. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf?t=1503568863000.

Kuisma, M. 2023. Päivystykset kuormittavat yhä aikaisemmin kotiutetuista potilaista – HUS-pomo ehdottaa ratkaisua. Anni Teppo: Kauppalehti haastattelu 31.12.2023. HUSin ensihoidon ylilääkäri ja linjajohtaja Markku Kuisma. Viitattu 24.3.2025. <https://www.kauppalehti.fi/uutiset/paivystykset-kuormittavat-yha-aikaisemmin-kotiutetuista-potilaista-hus-pomo-ehdottaa-ratkaisua/6f724ea1-5549-4274-87ab-8c7eb1c154c3>.

Kuusisto, AM., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P. & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin lehti, 11 (1-2), 38-52. Viitattu 9.7.2025. <https://doi.org/10.23996/fjhw.70465>.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 8.7.2025. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

L 703/2023. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä. Viitattu 8.7.2025.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703>.

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus – Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 24.3.2025. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100058/978-952-03-0277-1.pdf?sequence=1>.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. p. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:73/2016. Turku: Turun yliopisto.

WHO 2016. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Viitattu 9.4.2025. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>.

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisuja. Viitattu 1.4.2025. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Viitattu 1.3.2025.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3489-4>.

Syyrilä, T., Hanslian, E., Linden-Lahti, C., Hakoinen, S. & Kuusisto M. 2023. Jotta lääkehoito ei katkeaisi. Suomen Lääkärilehti 2023;78:e36822. Viitattu 14.8.2025. <https://www.laakari-lehti.fi/e36822>.

Suomen sairaanhoitajat ry. 2025. Verkkosivu. Ammatti ja osaaminen. Viitattu 2.3.2025.
<https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/>.

L 1326/2010. Terveystietolaki. Viitattu 1.3.2025.
<https://finlex.fi/eli?uri=http://data.finlex.fi/eli/sd/2010/1326/ajantasa/2024-12-30/fin>.

Terveystieteen päivystys. 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkosivu. Viitattu 11.3.2025.
<https://stm.fi/paivystys>.

Terveystieteen verkkopalvelu. 2025. Päivystystalo, tietoa päivystys- ja ensihoidosta. Viitattu 10.3.2025. <https://www.terveyskyla.fi/paivystystalo/tietoa-paivystys-ja-ensihoidosta/mita-paivystyksessa-tapahtuu>.

THL 2023. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Mitä toimintakyky on? Viitattu 11.6.2025.
<https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.

THL 2024. Palveluintegraatio. Sote-palvelujen johtaminen. Kehittyvä palvelujärjestelmä. Viitattu 2.3.2025. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.p. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy. Viitattu 26.1.2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2024. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Viitattu 1.2.2025. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

Valtioneuvoston asetus 583/2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Viitattu 1.3.2025. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/2017/583>.

Liitteet

Liite 1. ABCDE-kiireellisyysluokittelu

Jämsän perusterveydenhuollon päivystys (Ahola 2009)

Kiireellisyysluokka	Hoidon aloitus	Esimerkkejä
A – välitön hoidon aloitus	Heti	Elvytys Voimakas hengenahdistus Kova rinta- tai vatsakipu Aivoinfarkti Monivammapotilas Henkeä uhkaava verenvuoto
B – hoidon aloitus 10–30 minuutissa	10–30 min	Rintakipu Kohtalainen hengenahdistus Runsas verenvuoto Verenmyrkytys Korkea kuume ja yleistilan lasku
C – hoidon aloitus noin 60 minuutissa	~60 min	Rytmihäiriö Hengenahdistus Verenvuodot Korkea kuume Kivulias vatsa Kova selkäkipu Murtumat Sijoiltaan menneet nivelet
D – kiireetön päivystyksellinen hoito	Ei ohjeellista aikaa	Astman paheneminen Hyväkuntoinen potilas, jolla korkea kuume Vatsakipu Selkäkipu Murtumaepäilyt
E – ei tarvetta päivystykselliselle hoidolle	Ei päivystyksellistä hoitoa	Ylähengitystieinfektiot Virtsatieinfektiot Silmätulehdukset Sairauslomat Lausunnot

Liite 2. Aineistoon kuuluvat tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät ja aineisto	Keskeiset tulokset
Demidenko. 2018. Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella iäkkäiden potilaiden ja heidän perheidensä hyvinvointia sekä sosiaalisen tuen merkitystä päivystyspoliklinikalta kotiutumisen yhteydessä.	Poikkileikkaustutkimus. Iäkkäät potilaat ja heidän perheenjäsenensä (N=111) sekä päivystyspoliklinikan hoitajat (N=93). Toteutettu neljällä päivystysosastolla Virossa.	Iäkkäät potilaat ja heidän perheensä kaipasivat enemmän tietoa ja tukea, kun taas hoitajat kokivat antavansa sitä riittävästi, mikä paljasti kokemusten eron ja ohjauksen kehittämistarpeen.
Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron & Shepperd. 2023.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, parantaako yksilöllinen kotiutussuunnitelu potilaiden hoidon jatkuvuutta, vähentää kustannuksia ja pienentää sairaalaan paluun riskiä.	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi. 33 satunnaistettua tutkimusta (12 242 osallistujaa).	Kotiuttamisen suunnittelu yksilöllisesti saattaa lyhentää sairaalahoitoa, vähentää sairaalaan palaamista ja lisätä tyytyväisyyttä saatuun hoitoon, mutta vaikutus terveydentilaan ja terveydenhuollon resurssien käyttöön tai terveydenhuoltopalvelujen kustannuksiin oli epävarmaa.
Kuokkanen. 2017. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata yli 75-vuotiaiden potilaiden ja heidän läheistensä kotiutumiskokemuksia sekä tarkastella kotiutusohjauksen ja kotiutumisvalmiuden välistä yhteyttä päivystyspoliklinikoilla.	Kvalitatiivinen tutkimus. Poikkileikkaustutkimuksesta kerätty materiaali (2014–2015), analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. (yli 75-vuotiaat päivystyspoliklinikalta kotiutuneet potilaat ja heidän läheisensä, kahdella päivystyspoliklinikalla Suomessa)	Ikääntyneet potilaat ja heidän läheisensä tarvitsevat enemmän tietoa ja ohjausta kotiutumistilanteessa kotona selviytymiseen, myös kirjallisena. Palvelujen ja apuvälineiden tarve tulisi huomioida jo ennen kotiutusta, ja potilaiden sekä läheisten huomioimista tulisi parantaa.

<p>Kuusisto, Joensuu, Nevalainen, Pakkanen, Ranne & Puustinen. 2019. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää sähköinen moniammatillinen kotiutuslista sairaalasta kotiutumisen tueksi ja yhtenäistää kirjaamista.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Työpajat. Aineistoa kerätty työpajoissa fokusryhmähaastatteluin (laadullinen menetelmä) ja useista eri lähteistä kootista tiedoista, jotka luokiteltu ja analysoitu</p>	<p>Moniammatillinen, sähköinen kotiutuksen tarkistuslista hoitokertomukseen. Koostui viidestä eri kategoriasta: 1. asuminen, kotiolot ja jatkohoito. 2. toimintakyky kotiutuessa. 3. lääkitys. 4. sosiaalietuudet. 5. osallisuus</p>
<p>Palonen. 2016. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää hypoteettinen malli iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta päivystyspoliklinikalla sekä selittää ohjauksen yhteyttä kotiutumisvalmiuteen päivystyspoliklinikalta.</p>	<p>Empiirinen tutkimus. Iäkkäät potilaat (n=135) ja heidän läheisensä (n=128). Haastattelut: potilaat (n=7), läheiset (n=5), hoitajat (n=15).</p>	<p>Kotiutumisen suunnittelulla ja siihen liittyvällä ohjauksella voidaan varmistaa hoidon jatkuvuus sekä mahdollistaa potilaiden sekä läheisten arjen sujuminen päivystyspoliikkäynnin jälkeen.</p>
<p>Syyrilä, Hanslian, Linden-Lahti, Hakoinen & Kuusisto. 2023. Suomi.</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena oli tuoda esiin, miten voidaan varmistaa lääkityksen jatkuvuus potilaille hoitopolun eri vaiheissa ja siirtymissä. Keskeistä on, ettei lääkehoito ei katkea.</p>	<p>Asiantuntijatyöryhmän (SPTY ry:n Turvallinen lääkehoito -jaos) laatima kehittämisartikkeli, joka perustuu työryhmän asiantuntijatiетoon, kirjallisuuteen ja käytännön kokemukseen.</p>	<p>Lääkehoidon jatkuvuus turvataan oikean ja ajantasaisen tiedon, potilaan ohjauksen sekä selkeän dokumentoinnin avulla.</p>
<p>Whitehorn & Ortega-Arroyo. 2024.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli koota ja arvioida paras saatavilla oleva näyttö sairaalasta (akuutti) kotiuttamisen keskeisistä periaatteista.</p>	<p>Näyttöön perustuva kirjallisuuskatsaus. Aineistona tutkimusnäyttö ja terveydenhuollon tiedot.</p>	<p>Onnistunut kotiuttaminen edellytti varhaista suunnittelua, moniammatillista yhteistyötä, potilaan ja läheisten osallistamista sekä riittävää suullista ja kirjallista ohjausta.</p>
<p>WHO. 2016. Kansainvälinen tekijäryhmä</p>	<p>Raportin tarkoituksena oli tuoda esille, miten hoidon jatkuvuus voidaan turvata hoidon siirtymävaiheissa.</p>	<p>Raportti pohjautui tutkimusnäytön koontiin, asiantuntijoiden arvioihin ja eri maiden käytännön esimerkkeihin.</p>	<p>hoidon jatkuvuus siirtymävaiheissa edellyttää selkeitä käytäntöjä ja koordinaatiota</p>

Liite 3. sisällönanalyysin luokitteluprosessin kuvaus

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Teema
"Hoitajat ja perheenjäsenet arvioivat perheen toimintakykyä ja tukea eri tavoin."	Eroavaisuudet näkemyksissä	Perheen ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö	Toimintakyky ja elinympäristö
"Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttivat potilaan toimintakyky ja perheen voimavarat"	Potilaan ja perheen resurssit	Riskitekijät ja tukevat tekijät kotiutuksessa	Toimintakyky ja elinympäristö
"Potilaan kotona selviytymistä ei ehditä arvioida riittävästi ennen kotiutusta."	Riittämätön toimintakyvyn arviointi	Kotiutuksen valmistelun puutteet	Toimintakyky ja elinympäristö
"Ammattilaisten on tärkeää olla tietoisia potilaan ja perheen tilanteesta, jotta kotiutus ja jatkohoito voidaan suunnitella asianmukaisesti."	Kokonaisvaltainen tiedon tarve potilaan ja perheen tilanteesta	Potilaan ja perheen kokonaisarviointi	Toimintakyky ja elinympäristö
"Päivystyspoliklinikalla ilmenee lisäksi konkreettista ohjauksen puutetta. Osa potilaista ei saa päivystyskäynnillä lainkaan suullista ohjausta tai mukaansa kirjallista materiaalia"	Suullisen ja kirjallisen ohjauksen puuttuminen	Riittämätön potilasohjaus	Kotiutusohjeet Tiedon siirtyminen Potilaan ja läheisten osallistaminen
"Puutteita kuvaavat epätarkoituksenmukaiset ohjauksikäytännöt, kuten puutteelliset ohjausmateriaalit."	Epäyhtenäiset ohjauksikäytännöt ja materiaalit	Ohjausmateriaalien puutteet	Kotiutusohjeet
"Potilaat eivät saa tietoja käynnistä mukaan kotiin. Heillä ei ole aina tietoa siitä, minne voisi olla yhteydessä asioiden selvittämiseksi, mikäli heille tulee ongelmia päivystyskäynnin jälkeen."	Tiedon ja yhteystietojen puuttuminen	Epäselvät kotiutusohjeet	Kotiutusohjeet
"epävarmuus ilmenee siten, etteivät potilaat muista päivystyskäynnin jälkeen onko jatkohoidosta ollut puhetta, koska muistin tueksi ei ole kirjallista materiaalia	Kirjallisen materiaalin puuttuminen heikentää jatkohoidoa	Ohjeiden puuttuminen	Kotiutusohjeet

"Potilailla ja läheisillä on epävarmuutta hoidon jatkuvuudesta."	Epävarmuus jatkohoidosta	Hoidon jatkuvuus	Jatkohoidon järjestäminen
"Perheenjäsenet kokivat jääneensä epävarmoiksi potilaan jatkohoidosta kotiin päästyään."	Tiedon ja tuen puute kotiutumisen jälkeen	Hoidon jatkuvuus	Jatkohoidon järjestäminen
"Effective communication and information transfer are key to safe transitions"	Viestinnän ja tiedonvaihdon merkitys	Tiedon siirtyminen	Tiedon siirtyminen
"Lääkehoitoon liittyvä tieto välittyy usein puutteellisesti etenkin potilaan siirto- tai kotiutustilanteissa."	Tiedonvälityksen puutteet siirtymävaiheissa	Tiedonkulun ja lääkeshoidon jatkuvuuden ongelmat	Tiedon siirtyminen
"Ajantasaisen tiedon tulisi olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä, ja myös potilaan omien tietojen ja valmiuksien varmistaminen on tärkeää."	Tiedon ajantasaisuuden ja potilaan osaamisen varmistaminen	Hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten tiedonhallinta	Potilaan ja läheisten osallistaminen
"Discharge planning should involve the patient and their family (with the patient's agreement): consider the patient and caregiver as equal partners in decision making processes and respect their choices."	Potilaan ja perheen osallistaminen päätöksentekoon	Osallistava ja tasa-arvoinen päätöksenteko kotiutuksessa	Potilaan ja läheisten osallistaminen