

Paljon palveluita käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla.

Kehittämissuhteita Care Manager –  
hankkeelle hoitohenkilökunnan käsityksistä  
kotiuttamisen prosessista

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
YAMK  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2016  
Anna Lahti

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala

LAHTI, ANNA:

Paljon palveluita käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla.

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, 67 sivua, 13 liitesivua

Syksy 2016

TIIVISTELMÄ

---

Tämä kehittämishanke oli osa Päijät-Hämeen keskussairaalassa käynnissä olevaa Care Manager – hanketta. Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa tietoa, sekä laatia kehittämis ehdotuksia toimeksiantajalle. Tavoitteena oli selvittää erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan käsityksiä paljon palveluita käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen prosessista. Lisäksi selvitettiin hoitohenkilökunnan keinoja tunnistaa paljon palveluita käyttävä asiakas.

Tiedon keräämiseen käytettiin tätä kehittämishanketta varten laadittua mittaria (kysely). Kohderyhmän muodostivat Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Kysely lähetettiin yhteensä 304 hoitohenkilökuntaan kuuluvalla henkilölle (N=304). Vastausprosentti oli 43 % (n= 130). Aineisto analysoitiin kvantitatiivisin menetelmin käyttäen sekä Webropol – sovellusta, että SPSS 24.0 for Windows – ohjelmaa. Tämän kehittämishankkeen loppuraportti toimitettiin toimeksiantajalle.

Tulosten perusteella todettiin hoitohenkilökunnan tunnistavan paljon palveluita käyttävä ikääntynyt asiakas. Työkokemusvuodet vaikuttivat tunnistamiseen. Vastauksissa ilmenneitä keinoja, kuten toimintakyvyn arviointi, voidaan jatkossa käyttää työvälinauna paljon palveluita käyttävän asiakkaan määrittelyssä. Kotiuttamiseen liittyvä toimintakyvyn arviointi toteutui usein. Kotiuttamisen suunnittelu aloitettiin kuitenkin melko harvoin heti potilaan saapuessa osastolle. Kotiuttamisen päätöksentekoon liittyvät toiminnot toteutuivat melko usein. Kotiuttamisen toimintaan liittyvät toiminnot, kuten potilasohjaus toteutuivat usein. Tämän kehittämishankkeen tulokset tukevat Care Manager – hankkeen tavoitetta toimivan kotiutusprosessin kehittämisessä.

Asiasanat: Kotiuttaminen, kotiutusprosessi, onnistunut kotiuttaminen, epäonnistunut kotiuttaminen, ikääntyneen kotiuttaminen, paljon palveluita käyttävän kotiuttaminen

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in Social and Healthcare

LAHTI, ANNA:

Developing of the discharge process  
of elderly patients in specialized  
health care.

Bachelor's Thesis in Social and Healthcare 67 pages, 13 pages of appendices

Autumn 2016

ABSTRACT

---

This thesis was part of the Care Manager –project in Päijät-Häme Central Hospital. The purpose of this thesis was to provide information about specialized nursing staff perceptions of frequent service users and elderly patient's discharge process, as well as to find out the means with which the nursing staff can identify frequent users of services.

A survey was used as a data collection method. The survey was conducted in September 2016 as an electronic enquiry. The questionnaire was sent to a total of 304 nursing staff and the response rate was 43%. The material was analyzed using quantitative methods, as well as Webropol - and application that SPSS 24.0 for Windows - program. The results were delivered in as a final report to the commissioner of the study.

The results indicate that the nursing staff is competent to recognize frequent users. The results also showed that long work experience is important for their identification. The responses revealed ways that can be used in the future as a tool to define and identify frequent users. Functional capacity evaluation related to the discharge process occurs frequently. However, patient's discharge planning process was carried out quite rarely. Decision-making related to the patient's discharge operations occurred quite often. Operations related to the discharge process, such as patient education was also implemented frequently. These results support the Care Manager –project objective to develop patient's discharge process.

Key words: Discharge process, discharge planning, patient discharge, frequent attender's discharge process, discharge of older patient, successful discharge

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Kohdeorganisaation kuvaus	5
2.2	Kotiuttamisen nykytila	6
2.3	Care Manager -hanke	7
2.4	Kehittämishanketta sivuavat hankkeet ja projektit	12
2.5	Aiheen rajaus	13
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS	15
4	TIETOPERUSTA	16
4.1	Kotiuttaminen prosessina	16
4.2	Onnistunut kotiutus	20
4.3	Epäonnistunut kotiutus	22
4.4	Ikääntyneen kotiuttaminen	24
4.5	Paljon palveluita käyttävä asiakas	25
4.6	Asiakaslähtöisyys hoitotyössä	29
4.7	Yhteenveto kotiuttamisesta	30
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT	32
5.1	Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä	32
5.2	Swot – analyysi menetelmänä	33
5.3	Kysely menetelmänä	34
5.4	Tiedon keruu	35
5.5	Kehittämishankkeen eteneminen	36
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	38
6.1	Swot – analyysin tulokset	38
6.2	Kyselyn tulokset	39
6.2.1	Paljon palveluita käyttävä ikääntynyt asiakas	40
6.2.2	Kotiuttamisen suunnittelu	42
6.2.3	Kotiuttamiseen liittyvä päätöksenteko	43
6.2.4	Kotiuttaminen toimintana	44
6.2.5	Kotiuttamisen arviointi	48
6.2.6	Hoitohenkilökunnan käsitys osaamisesta koskien kotiuttamista	49

7	POHDINTA	51
7.1	Tulosten tarkastelu	51
7.2	Eettisyyden arviointi	57
7.3	Kyselyn luotettavuuden arviointi	59
7.4	Kehittämishankkeen arviointi	62
7.5	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	63
7.6	Jatkokehittämissuhteet	66
	LÄHTEET	67
	LIITTEET	76

## 1 JOHDANTO

Päijät – Hämeen keskussairaala on strategiassaan vuosille 2014 -2018 nostanut menestysteemoiksi hoidon ja palveluiden oikean kohdentumisen, henkilöstöön ja johtamiseen panostamisen, teknologian hyödyntämisen sekä tehokkaat ja saumattomasti toimivat palvelut. Tavoitteena on kehittää uusia toimintatapoja hoito- ja palveluprosesseissa. Näin edistetään asiakkaan arjessa pärjäämistä sekä toimintakykyä. Erityistä huomiota halutaan kiinnittää paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tarpeisiin. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät 2016c.)

Care Manager – hanke käynnistyi Päijät – Hämeen keskussairaalassa maaliskuussa 2016. Sen tavoitteena on potilasprosessin ja kotiutustoiminnan kehittäminen asiakaslähtöisesti erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Hankkeen avulla pyritään parantamaan yhteistyötä kuntien kanssa, jolloin asiakkaan turvallinen siirtyminen kotiin tai jatkohoitopaikkaan tehostuu. Toiminnalla varmistetaan erikoissairaanhoidon palveluita käyttävien potilaiden hoitopolkujen koordinointi asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti, jolloin vältetään muunmuassa päällekkäisten tutkimusten teolta. Toiminnalla saavutetaan asiakaslähtöinen toiminta, jossa huolehditaan asiakkaasta kokonaisvaltaisesti, huomioiden myös omaiset. Care Manager – hanke luo työvälineet paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseksi. Care Manager – hanke käynnistää myös toiminnan, jolla koordinoidaan monisairaiden ja/tai paljon palveluita käyttävien asiakkaiden erikoissairaanhoidon palveluprosesseja. (Virkki, Orre, Aitamurto, Kopra, Nousiainen & Tolsa 2016, 3.)

Kotiuttaminen voidaan nähdä prosessina, joka alkaa potilaan saapuessa sairaalaan. Tällöin tulisi aloittaa kotiutuksen suunnittelu ja arviointi. Prosessin aikana potilaan hoito ja kuntoutus, kuten elämäntilanteen, toimintakyvyn ja palvelutarpeen kartoittaminen tähtäävät onnistuneeseen kotiutukseen. Kotiutus päätöksen tekemisen jälkeen huolehditaan turvallisesta kotiuttamisesta. Prosessi päättyy potilaan kotiuttamiseen, jolloin arvioidaan kotiuttamisen onnistuminen. Arviointi voidaan toteuttaa mm. puhelinsoitolla

tai kotiutuskäynnillä. (Gardner, Arve & Kiviniemi 2002, 19.) Kotiutusprosessin tarkoitus on turvallinen kotiin tai jatkohoitoon siirtyminen (Hammar 2008,5). Kotiutuskäytänteitä on kehitetty paljon mm. erilaisten tarkistuslistojen ja kotiutushoitajien avulla, mutta silti kotiutumisen osittainen epäonnistuminen näkyy Päijät-Hämeen keskussairaalassa toistokävijöiden suurena määränä. (Helin 2016.)

Tämä opinnäytetyö on kehittämishanke, jonka toimeksiantajana toimii Care Manager – hanke. Jatkossa tästä opinnäytetyöstä käytetään termiä kehittämishanke, jolla tarkoitetaan tätä opinnäytetyötä.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa toimeksiantajalle. Työn avulla selvitetään hoitohenkilökunnan käsityksiä paljon palveluita käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden kotiuttamisen prosessista Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla. Kehittämishankkeen tarkoituksena on kotiuttamisen kehittäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tämä kehittämishanke kohdistetaan erikoissairaanhoidon vuodeosastoille ja näkökulmana on hoitohenkilökunta.

Kehittämistarpeen selvittämiseksi tehtiin alkukartoituksena Swot – analyysi kolmelle vuodeosastolle liittyen kotiuttamisen onnistumiseen. Swot -analyysin tulokset vahvistivat käsityksiä siitä, että kotiuttamisen kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalassa on tarpeellista. Tutkitun tiedon pohjalta laadittiin mittari, jolla selvitettiin hoitohenkilökunnan käsityksiä kotiuttamisen prosessista sekä paljon palveluita käyttävän asiakkaan tunnistamisesta. Tuloksien avulla Care Manager – hanke jatkaa kotiutusprosessin kehittämistä Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla.

## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

Väestön ikärakenne muuttuu Suomessa tulevaisuudessa ja samalla iäkkäiden osuus kasvaa. Suomessa on tällä hetkellä lähes puoli miljoonaa yli 75 - vuotiasta henkilöä ja tulevaisuudessa määrän odotetaan kaksinkertaistuvan. (Vauramo 2013, 2.) Yli 90 % näistä ikääntyneistä asuu omissa kodeissaan joko itsenäisesti tai palvelujen turvin. Kotona asuvista ikääntyneistä 20 % asuu yksin (Helin & von Bonsdorff 2013, 426; Jaako 2012.) Vanhuspalvelulaki (980/2012, § 1) sekä Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM, 2013) ovat painottaneet kuntien vastuuta hoitaa ikääntyneitä kotona. Palveluketjuja kehitetään asiakasta paremmin palveleviksi ja eri organisaatioiden välistä tiedonkulkua pyritään parantamaan (Seniorikaste 2016). Väestörakenteen muutos muokkaa palvelutarpeita ja palveluresurssien kohdentuminen oikein, iäkkäitä paremmin palveleviksi, on ajankohtaista. On syytä myös pohtia, vastaako nykyinen palvelujärjestelmä tähän tarpeeseen? Tuleva SoTe-uudistus luo osaltaan paineita julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuuseen sekä palveluiden tuottamiseen ja vasta tulevaisuudessa nähdään, kuinka se tulee tapahtumaan ja onnistumaan.

Palvelujen pariin hakeutumista säätelee yksilön käsitys omasta terveydestään. Tähän vaikuttavat fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen vanheneminen ja on luonnollista, että ikääntyneellä henkilöllä saattaa olla useita fyysisiä sairauksia. (Helin 2000, 11 – 12.) Monisairaaksi määritellään henkilö, jolla on samanaikaisesti useita, toisistaan riippumattomia sairauksia (Lääketieteen termit). Moniongelmaiseksi taas kuvataan henkilö, joka käyttää niin sosiaali- kuin terveyshuollon palveluja usein päällekkäin. Sosiaalinen syrjäytyminen tai päihteiden käyttö yhdessä fyysisten ongelmien kanssa vaatii moniammatillisen työryhmän toteuttaman kuntoutussuunnitelman sekä arvioinnin. (Hupli 2007.)

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326, § 2) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lain avulla pyritään kaventamaan väestöryhmien välisiä



terveyseroja sekä toteutetaan väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain avulla vahvistetaan terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä parannetaan terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä.

Suomen eduskunnan, Sipilän hallituskauden, yhtenä kärkihankeena sosi-aali- ja terveysministeriössä on ikäihmisten kotihoidon kehittäminen ja kai-ken ikäisten omaishoidon vahvistaminen. Tämä kärkihanke pitää sisällään tavoitteen mm. iäkkäiden palvelukokonaisuuden kehittämiseksi. Tavoit-teena on luoda ja kokeilla keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen mallia, jonka avulla koordinoidaan ja sujuvoitetaan palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. (Kärkihanke 2016.) Tämä kehittämistyö tuo tietoa kotiuttamisen nykytilanteesta Päijät-Hämeen sosi-aali- ja terveysyhtymässä käynnissä olevalle Care Manager – hankkeelle, jonka tavoitteena on asiakaslähtöisen toiminnan parantaminen palveluoh-jauksen mallia hyödyntäen.

Vanhuspalvelulaki (980/2012, § 3) määrittelee ikääntyneeksi henkilöksi vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevan henkilön. Iäkkäällä hen-kilöllä viitataan henkilöön, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai so-siaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, li-sääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien vuoksi. Tässä kehittämis-hankkeessa käytetään termiä ikääntynyt, jolla tarkoitetaan iäkästä, yli 75-vuotiasta henkilöä.

Paljon palveluita käyttävä asiakas voidaan määritellä usein eri tavoin. Tässä kehittämishankkeessa paljon palveluja käyttävällä asiakkaalla tar-koitetaan monisairasta ikääntynyttä henkilöä, jolla on useita vuosittaisia erikoissairaanhoidon käyntejä, ja joka tarvitsee jatkuvaa toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa pitääkseen yllä toimintakykynsä niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Tässä kehittämissankkeessa paljon palveluita käyttävällä asiakkaalla sekä suur-käyttäjällä tarkoitetaan samaa asiaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanaston mukaan potilas-termiä käytetään asiakkaasta, jolla on terveydenhuollon ongelmia (Sanastokeskus TSK 2016). Asiakas nähdään terveydenhuollossa aktiivisena osallistujana. Tässä kehittämishankkeessa asiakas nähdään oman sairautensa asiantuntijana. Potilas otetaan mukaan oman sairautensa hoitoon hänen voimavarojensa mukaisesti. Myös omaiset huomioidaan osana asiakaslähtöistä hoitotyötä. Potilaan palvelujen suunnittelu, koordinointi ja hoito limittyvät yhteen palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Palvelurakenne mahdollistaa kattavan suunnittelun ja yhteistyön iäkkään ja paljon palveluja tarvitsevan hoidossa. Kotiutusten onnistuessa ja palvelun parantuessa voidaan olettaa asiakastytyvyyden kasvavan ja kustannusten laskevan pyöröviilmiön vähentyessä. Tässä työssä käytetään termiä asiakas sekä potilas riippuen asiayhteydestä.

## 2.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, jatkossa Yhtymä, aloittaa toimintansa vuoden 2017 alussa. Tätä ennen yhtymä on tunnettu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymänä. Uudistettu yhtymä vastaa jatkossa Päijät-Hämeen alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Alueen erikoissairaanhoidosta vastaa Päijät-Hämeen keskussairaala, jonka tulosryhmä muodostuu konservatiivisesta, operatiivisesta ja psykiatrisesta tulosalueesta.

Päijät-Hämeen keskussairaala tuottaa palveluja 12 jäsenkunnalle, joita ovat Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Vuoden 2015 lopussa näiden 12 jäsenkunnan yhteenlaskettu asukasmäärä oli 212 476 asukasta. Erikoissairaanhoidon asiakaskäyntejä tehtiin vuonna 2015 yhteensä 372 500, leikkauksia tehtiin 14000 ja hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa oli 160 374. Vuonna 2014 erikoissairaanhoidon keskimääräisen vuodeosastohoitojakson pituus oli 3,9 vuorokautta. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2016a; Eskola & Kahri 2016, 162; Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän projektisuunnitelma 2016.)

Vuonna 2015 valmistuneessa Lahden kaupungin, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän sekä Finnish Consulting Group:n (FCG) yhteishankkeessa selvitettiin vuosina 2012 – 2014 potilasryhmittäin sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon avohoidon käyntimääriä ja kustannuksia. FCG:n hankkeen tarkasteltaviksi potilasryhmiksi valittiin 1. Paljon palveluita käyttävä (suurkäyttäjä) 2. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat (nuoret ja aikuiset) sekä 3. Yli 75-vuotiaiden palveluiden käyttö. Tuloksista ilmenee, että yli 75-vuotiaiden palveluiden käytön kustannukset ovat kasvaneet ja suurin kustannuserä syntyy erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa. Edelleen tutkimuksesta ilmenee, että potilaskohtaiset kustannukset yli-75 vuotiailla ovat laskusuunnassa, mutta kuitenkin yli 85-vuotiaiden potilaskohtainen kustannus on kasvanut. Suurimmat kustannukset, yli 75-vuotiaiden potilasryhmässä aiheuttavat sydän- ja verenkiertoelinten pitkäaikaiset ongelmat. (FCG 2015, 6; FCG 2015a, 6, 46.)

## 2.2 Kotiuttamisen nykytila

Päijät-Hämeen keskussairaалassa asiakkaan kotiuttamisesta huolehtii joko lääkäri tai hoitaja. Operatiivisella puolella kotiuttamisen vastuu on hoitajalla ja konservatiivisella puolella kotiutuksesta huolehtii lääkäri. Kuitenkin myös konservatiivisen tulosalueen sisällä on erilaisia toimintatapoja, muun muassa neurologian osastolla toimii erillinen kotiutusohitaja. Yhtymän alueella jatkohoitoaikoista vastaa tällä hetkellä kolme kotiutusohjaajaa. Oivan, Aavan sekä Lahden kaupungin kotiutusohjaajat huolehtivat asiakkaan kotiutuksesta, mikäli asiakas tarvitsee jatkohoitoa laitoksessa tai kotihoiton asiakkaana. Heinolan alueella kotiutusohjaajana työskentelee Heinolan terveysaseman sihteeri. Kotiutuksessa hoitohenkilökunnalla on apuna jatkohoidon/kotiutuksen mallipohja (liite1), joka toimii tarkistuslistan tavoin. Tätä mallipohjaa henkilökunta voi hyödyntää potilaan kotiutuessa kotiin. Vaikka kotiutuksen mallipohja on kaikkien saatavilla, ei sen käyttö kotiuttamisen apuna ole vakiintunut käytäntöön.

Päijät-Hämeen keskussairaalan seurantatilastojen mukaan vuodeosastoilta kotiutuu kuukausittain keskimäärin 1551 potilasta. Päivää kohden se

tarkoittaa noin 52 potilasta. Osastokohtaisesti kotiuttamisia tapahtuu lähes 5 potilasta/päivä. Kotiuttaminen vaihtelee kuitenkin osastoittain. Esimerkiksi Kirurgian osastolla 43–44 potilaita saattaa kotiutua yhden päivän aikana jopa 21. (Kopra 2016.) Kotiutuminen tapahtuu joko omaan kotiin ilman palveluja, kotiin palvelujen kanssa tai jatkohoitopaikkaan, kuten palvelutalot ja terveyskeskukset. Kotiuttavalla hoitajalla on kotiutettavien potilaiden lisäksi usein myös muita potilaita, joiden hoitoon tulee keskittyä. Siksi neurologian osastolla käytössä olevaa kotiutushoitajan mallia on ryhdytty ottamaan käyttöön myös muilla osastoilla. Nämä pilottiosastot aloittavat toimintansa Lokakuun 2016 aikana.

Somatiikan vuodeosastojen kirjaviiden kotiuttamisen käytänteiden lisäksi osastoilta puuttuvat yhteiset ja selkeät kotiuttamismallit sekä kotiuttamisen kriteerit. Osana Care Manager – hanketta luotiin sisätautien vuodeosastolle 33 – 34 kotiutuksen prosessikuvaus kevään 2016 aikana. Kuvaus tehtiin IMS-järjestelmään kolmisivutekniikalla henkilökunnasta muodostetun työryhmän kanssa kolmessa erillisessä työpajassa, jota veti organisaation prosessikuvauksiin erikoistunut työntekijä. Prosessikuvaus tehtiin kuvaamaan potilaan sairaalasta kotiutumista kotiin (liite3) ja sairaalasta kotiutumista jatkohoitoon (liite4). Tähän prosessikuvaukseen on jatkossa mahdollista luoda myös kotiuttamisen kriteerit sekä mallipohjat.

### 2.3 Care Manager -hanke

Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa on 1970-luvun lopulta tehostettu terveydenhuollon hajanaisten palveluverkkojen toimintaa ”Case Managereiden” avulla. Suomessa case manager/care manager – toiminta ja käsitteet ovat vieraampia, ja olemme tottuneet käyttämään termiä palveluohjaaja tai asiakasvastaava. Nämä vastuutyöntekijät suunnittelevat asiakkaan palvelusuunnitelman sekä toteuttavat palvelutarpeiden mahdollisia muutoksia. (Helin & von Bonsdorff 2013, 440 – 441.)

Vanhuspalvelulaki (294/2016, § 15, § 17) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, § 4) velvoittavat ammattihenkilöstöä suunnitte-

lemaan ja toteuttamaan potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa tarvittavan suunnitelman. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Nordic Healthcare Group (NHG) teki vuonna 2013 selvityksen Päijät-Hämeen alueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Yhtenä toimenpide-ehdotuksena esitettiin palveluohjauksen toimintamallia, jossa asiakasvastaava huolehtii paljon palveluita käyttävien asiakkaiden koordinoinnista. (NHG 2013, 64)

Care manager – toiminta perustuu terveyshyötymalliin, Chronic care model (CCM), jonka kehitti amerikkalainen Edward H. Wagner vuonna 1998 (Wagner 1998, 3). Terveyshyötymallilla pyritään parantamaan hoidon saatavuutta ja laatua, mutta myös vastaamaan kasvaviin kustannuksiin. Mallia on muokattu vastaamaan suomalaiseen terveydenhuoltoon.

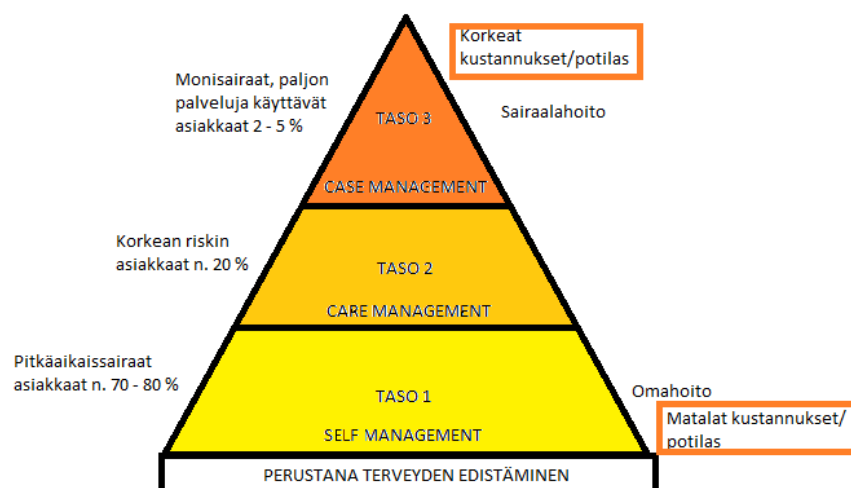
Terveyshyötymallin keskeiset neljä elementtiä ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja tietojärjestelmien tehokas käyttö. Tämän lisäksi palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki nähdään terveyshyötymallissa tärkeinä elementteinä. Terveyshyötymalli voidaan ajatella viitekehystenä, jonka soveltamisessa tulee huomioida mallin kaikki komponentit. Keskiössä nähdään potilas, joka terveydenhuollon ammattilaisen kanssa valitsee palveluvalikoimasta omaa hoitoaan ja terveyttään edistävät elementit. Mallin tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon tehokkuutta perusterveydenhuollossa, mutta malli mukaantuu myös erikoissairaanhoidon. Asiakasvastaava nähdään mallissa hoidon laadun ja jatkuvuuden täydentäjänä. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 6.) Seuraavassa kuviossa esitetään terveyshyötymalli.



Kuvio 1. Terveysshyötymallin osa-alueet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.)

Palveluohjaajaksi määritellään Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastossa henkilö, joka arvioi asiakkaan palvelun tarpeet ja huolehtii hänelle kuuluvista palveluista ja etuuksista. Palveluohjaus käsitteenä on kuitenkin laaja ja se kattaa monta eri toimintatapaa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Britanniassa palveluohjaus on osa lakisääteistä palvelujärjestelmää. (Koponen 2003, 24.) Palveluohjaaja tai asiakasvastaava on suomenkielinen käänнос englanninkieliselle vastineelle case manager ja care manager. Palveluohjaajan toimenkuvaan kuuluu toiminta yli hallinnollisten organisaatorajojen laatiessa ja tehdessä muutoksia asiakkaan palvelukokonaisuuteen. (Lehmuskoski 2005, 87.) Case manager-toimintaa on kehitetty Suomessa Paula Risikon alkuun panemassa Toimiva Terveyskeskus – ohjelmassa, jossa kehitettiin asiakasvastaava – toimintamalli terveyskeskuksiin POTKU2-hankeessa. Amerikassa kehitetty kolmitasoinen malli jakaa pitkäaikaissairaat kolmeen tasoon. Asiakasvastaavan tehtäväksi jää selvittää potilaan yksilölliset palvelutarpeet sekä löytää niihin parhaiten yhteensopiva palvelu. (Muurinen & Mäntyranta 2013, 38.) Seuraavassa kuvioissa

esitetään monisairaiden palvelukokonaisuutta Muurisen & Mäntyrannan mukailemana.



Kuvio 2. Monisairaiden palvelukokonaisuus. (Muurinen & Mäntyranta 2013, 38.)

Amerikkalainen Case Management Society of America (CMSA) määrittelee case manager toiminnan asiakkaan kokonaisvaltaiseksi hoidon koordinoinniksi, jossa laadukkaalla ja ajankohtaisella palvelulla vastataan asiakkaan tarpeisiin kustannustehokkaasti. Case manager – toiminta nähdään yhteistyönä, jossa asiakkaan tilan arviointiin, hoidon suunnitteluun ja hoidon koordinointiin vastataan yhdestä paikasta. Perustalla on ajatus yksilön optimaalisen terveydentilan saavuttamisesta, jolloin kokonaisvaltainen hyvinvointi saavutetaan. Psykkisesti ja fyysisesti hyvinvoiva yksilö kuormittaa yhteiskunnan palveluja vähemmän. (Frater & Leonard 2010, 8 – 9.)

Care manager- toimintaa voidaan toteuttaa eri tavoin, riippuen organisaation tarpeista ja tavoitteista. Asiakslähtöisessä care manager - toiminnassa potilaan tarpeisiin vastataan moniammallisesti, huolehtien potilaan ja omaisten toiveista sekä tarpeista palvelukokonaisuus huomioiden. Näin saavutetaan hoidon jatkuvuus, vastuullisuus ja asiakslähtöisyys, jossa

omaiset otetaan huomioon. Hallinnollisen care manager -toiminnan tavoitteena on palveluiden yhdenmukaistaminen ja tehokkuuden lisääminen, jotka johtavat kustannustehokkuuteen. (Perälä & Hammar 2003, 13.)

Suomessa asiakasvastaava-toiminnalla on saatu hyviä tuloksia perusterveydenhuollossa. Potku-hankkeeseen osallistuneiden Oulunkaaren kuntayhtymän terveysasemien toiminta kohdistettiin asiakkaisiin, joilla oli vuosittaisia terveyskeskuslääkärikäyntejä 8. Seuranta-aikana käynnit olivat vähentyneet 2 – 3 käyntiin vuodessa. Myös päällekkäiset käynnit niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollon sisällä olivat vähentyneet. (Lehtovaara 2013, 5.)

Tämä kehittämishanke on osa Päijät-Hämeen keskussairaalassa käynnissä olevaa Care Manager -hanketta, jonka tavoitteena on potilasprosessien ja toiminnan sujuvoittaminen asiakaslähtöisesti. Hankkeen avulla uudistetaan vuodeosaston toimintamallia sekä edistetään sairaalasta kotiutumisen onnistumista yhteistyössä kuntien kanssa. Care manager toimii asiakasvastaavana, joka osallistuu paljon palveluita tarvitsevien ikääntyneiden asiakkaiden hoidon koordinointiin. Varsinkin hajanaisessa palvelukentässä asiakasvastaavan tehtävänkuva korostuu. Kroonisten sairauksien lisääntyessä hoidon painopisteen on siirryttävä sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon suunnitelmallisuuteen. Myös potilaan vastuuta hoidon saajana on vahvistettava. Tämän vuoksi Care manager-toiminnan aloittaminen erikoissairaanhoidossa nähdään tärkeänä kehittämishankkeena. (Virkki ym. 2016,7.)

Care Manager – hankkeella vastataan myös lakiin Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980, § 1). Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laki pyrkii parantamaan ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Se parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja ter-



veyspalveluja sekä ohjausta riittävän ajoissa. Laki velvoittaa kuntia vastaamaan iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon tukevien palvelujen tarpeesta. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa ammattihenkilö.

Tulevaisuudessa hahmottuu myös se, millä nimikkeellä Care Managereita Päijät-Hämeen keskussairaalassa kutsutaan. Nimikkeen luominen on osaltaan haasteellinen tehtävä, sillä potilaiden on tällä hetkellä vaikea ymmärtää care manager – nimikettä. Toisaalta care managerit eivät ole palveluohjaajia, sillä keskussairaalassa palveluohjaajia työskentelee mm. laitoshuollossa sekä toimisto- ja tekstinkäsittelypalveluissa. Vasta tämän opin näytetyön valmistuttua hahmottuu se, kutsutaanko Care Manager – työntekijöitä mahdollisesti nimikkeellä care navigaattori, asiakashoidon koordinaattori vai asiakaspäällikkö. Tulevaisuudessa Care Manager – toiminnan vakiinnuttua nimikkeen virallinen muoto vakiintuu myös käytäntöön.

#### 2.4 Kehittämishanketta sivuavat hankkeet ja projektit

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (SoTe-uudistus) tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä kustannusten hallinnan parantuminen. Tämän takia pääministeri Sipilän hallitusohjelmassa nähdään viisi kärkihanketta sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla. Näistä viidestä hallituksen kärkihankkeesta kolme hanketta sivuavat tämän kehittämistyön aihetta: Palvelut asiakaslähtöiseksi, Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta, ja kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa (IKIOMA). (Kärkihanke 2016.)

Paljon palveluita tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät -kehittämishanke on Pohjois-Suomen Kaste-alueella käynnissä oleva hanke, joka ajoittuu 1.5.2015 – 31.10.2017 väliselle ajalle. Hankkeen tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja asiakaslähtöisiksi, oikeudenmukaisiksi ja vaikuttavuuteen perustuviksi asiakkaan ollessa kaiken keskiössä. Hankkeen tavoitteena on kehittää työskentelymalli, jolla voidaan vastata paljon palveluita tarvitsevien hoitoon. (Kainuun Sote 2016.)

Väli-Suomen Kaste hanke, Parempi Arki- hankkeessa (2016), luotiin tunnistamistyökalu paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseksi. Työkalu koostuu viidestä tunnistamiskriteeristä, mutta työkalun käyttökelpoisuuden muokkaaminen erikoissairaanhoidon on vielä kesken. Parempi Arki -hanke on myös mukana kehittämässä Hoito- ja palvelusuunnitelmaa (HOPA). Hoito- ja palvelusuunnitelma edistää palvelukokonaisuuden koordinoitua. Lisäksi asiakkaan osallisuus oman hoitonsa järjestämiseen kasvaa ja asiakkaan omien resurssien ja omahoidon tukeminen on aktiivisempaa. (Parempi Arki 2016.) Hoito- ja palvelusuunnitelman tulisi kulkea iäkkään mukana, jolloin kaikki iäkkään potilaan hoitoon osallistuvat voisivat kirjata siihen hoidon kannalta oleelliset asiat. (Pöyry & Perälä 2003, 17.)

Myös Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (EKSOTE 2014) Kuntouttava kotiutuminen-hankkeessa tehtiin toiminnanmuutoksia sairaalasta kotiutuvan asiakkaan tukemiseksi. Tavoitteena hankkeella oli löytää malli viiveettömään potilaan kuntoutumiseen, nopeampaan kotiutumiseen, kuntoutumiseen jatkumiseen kotona sekä potilaan sairaalaan paluun ehkäisemiseen. (Simonen, Viitikko & Heiskanen 2014, 4.)

Kuopion yliopistollisen sairaalan Kotoa kotiin -hankkeessa järjestettiin uudelleen päivystyspotilaiden prosessi Lean Management-ajattelua hyödyntäen. Hankkeen tavoitteena oli parantaa päivystyksen potilasprosessia ja luoda malli päivystyspotilaan turvallisesta kotiutumisesta. Hankkeen myötä luotiin kotiutumisen tueksi Kotoa Kotiin-lomake, joka toimii potilasta vastaanottavan hoitajan muistilistana sekä informaatiolomakkeena potilaan siirtyessä jatkohoitoon. (Heikkilä, Jussila, Tiihinen & Hyppölä 2014, 45.)

## 2.5 Aiheen rajaus

Tämän kehittämishankkeen tavoite on tuottaa tietoa siitä, minkälaisena hoitohenkilökunta näkee paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiuttamisen prosessin. Kehittämishankkeen tarkoituksena on myös saada tietoa siitä, tunnistaako hoitohenkilökunta paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan. Tämän vuoksi aihe on rajattu koskemaan hoitohenkilökuntaa.

Kehittämishanke rajattiin koskemaan yli 75-vuotiaiden asiakkaiden kotiutusta kotiin erikoissairaanhoidon somatiikan vuodeosastoilta, sillä tässä ikäryhmässä monisairastavuus lisääntyy ja palvelujen tarve kasvaa. Myös Care Manager-hankkeen rajaus on 75-vuotiaissa. On tarkoituksenmukaista, että tämän kehittämishankkeen rajaus kulkee yhdenmukaisesti päähankkeen kanssa. Näkökulmaksi on valittu hoitohenkilökunta, sillä työn tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä kotiuttamisen prosessista. Näin kotiuttamista voidaan kehittää koko prosessiin osallistuvaa henkilökuntaa paremmin palvelevaksi.

Toimiva prosessi vähentää kustannuksia hoidon nopeutuessa ja päällekkäin tehtävien toimenpiteiden ja tutkimusten määrän pienentyessä. Kartoittamalla ja lisäämällä tarvittavaa osaamista voidaan vaikuttaa potilastytyväisyyteen. Asiakslähtöisyys kulkee tiiviisti tämän kehittämishankkeen tausta-ajatuksena, sillä kotiutuksen kehittämisessä asiakslähtöisyys on keskiössä ja tulevaisuudessa asiakas nähdään oman hyvinvointinsa ja sairautensa asiantuntijana. Kehittämishankkeesta on rajattu pois mielenterveys sekä päihdeongelmaiset paljon palveluita käyttävät asiakkaat.

### 3 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli selvittää kotiuttamisen käytänteitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja laatia kehittämissuhteita Care Manager-hankkeelle, joka toimi tämän kehittämishankkeen toimeksiantajana. Tässä kehittämishankkeessa perehdyttiin ensin kotiuttamisen nykytilanteeseen SWOT-analyysin avulla, jonka jälkeen selvitettiin 1. Minkälaisena hoitohenkilökunta kokee paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiuttamisen prosessin? 2. Mitä paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiutuksessa tulee huomioida, jotta kotiutus on onnistunut? 3. Mitä keinoja hoitohenkilökunnalla on tunnistaa paljon palveluita käyttävä asiakas?

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiutusprosessin kehittäminen erikoissairaanhoidossa. Kehittämisen avulla on myös tarkoitus turvata paljon palveluita käyttävien ikääntyneiden asiakkaiden turvallinen kotiin kotiutuminen sekä estää toistuvat sairaalajakso. Tarvittaessa paljon palveluita käyttävät ikääntyneet voidaan tunnistaa ja ohjata care managerin palvelujen pariin. Näin potilaan kokonaisvaltainen hoito parantuu, asiakastyytyväisyys kasvaa ja kustannukset vähenevät. Tässä kehittämishankkeessa kotiuttamista tarkastellaan prosessina, jossa asiakaslähtöisyys on vahvasti mukana.

## 4 TIETOPERUSTA

Potilaiden kotiutusta on tutkittu paljon niin hoitohenkilökunnan kuin potilaiden näkökulmasta ja kotiutumiselle on luotu erilaisia toteuttamisen malleja. Kotiutumisella tarkoitetaan siirtymävaihetta, jolloin asiakas siirtyy hoidosta joko toiseen hoitopaikkaan tai kotiin. (Perälä & Hammar 2003, 29; Grönroos & Perälä 2006, 29.) Kotiutuksesta voidaan puhua usealla eri sanamuodolla mm. kotiuttaminen, kotiutus ja kotiutuminen. Kun näkökulmana on hoitohenkilökuntaan kohdistuva tapahtuma, puhutaan kotiuttamisesta tai kotiutuksesta. Kun kohteena on potilas ja kotiin palaaminen, puhutaan kotiutumisesta. (Pahikainen 2000, 3.) Tässä hankkeessa kotiutumista kotiin käsitetään termillä kotiuttaminen ja kotiutus, sillä tapahtumaa tarkastellaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja asiakkaan siirtymisestä hoidosta kotiin.

### 4.1 Kotiuttaminen prosessina

Kotiuttaminen nähdään prosessina, johon osallistuvat sekä hoitohenkilökunta, potilas että omainen, ja sen onnistumista voidaan tarkastella niin hoitajan kuin potilaan näkökulmasta. Jotta prosessi olisi sujuva, saumaton ja oikea-aikainen, tulisi moniammatillisen yhteistyön eri palvelujentarjoajien välillä olla sujuvaa. (Ahonen, Käyhty, Ahvo 2008, 128; Rantasalo 2007, 22.) Kotiutumisen onnistumista on tarkasteltu niin hoitajan (Grönroos & Perälä 2006, 28; Pahikainen 2000, Koponen 2003, Lämsä 2008, Salomaa 2004 & Pajari 2004) kuin potilaan näkökulmasta (Laakkonen 2013, Lämsä 2008, Koponen 2003, Rantasalo 2007, Markkanen 2004, Leikkola 2014.) Tutkimustietoa on saatu sekä suomalaisista että kansainvälisistä tutkimuksista, kuitenkin on syytä huomioida maiden väliset kulttuuri sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien erot. Kotiuttamisprosessin ongelmakohdat nousevat tutkimuksissa esiin kuitenkin samankaltaisina.

Gardner, Arve & Kiviniemi (2002, 7) esittävät neljä kotiuttamisen prosessiin liittyvää vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan ja suunnitellaan potilaan kotiutusvalmiutta. Tätä valmiutta arvioivat sekä potilas, omainen, lääkäri että hoitaja. Seuraavassa vaiheessa tehdään kotiutus päätös.

Myös päätöksen tekemiseen osallistuvat potilas, omainen, lääkäri sekä hoitaja. Kolmannessa vaiheessa aloitetaan kotiuttamisen järjestely. Potilas osallistuu vointinsa mukaan toimenpiteisiin yhdessä omaisen kanssa. Kotiuttava hoitaja/omahoitaja huolehtii mahdollisesta yhteydestä kotiutushoitajaan sekä tarvittavista kotiin vietävistä apuvälineistä. Lääkärin tehtäväksi jää resepteistä sekä muista asiakirjoista huolehtiminen. Neljäntenä vaiheena nähdään kotiutusprosessin arviointi. Potilas ja omainen arvioivat selviytymistä sekä avun riittävyttä, kuten myös mahdollinen kotihoidon henkilöstö.

Kotiutussuunnitelman tärkeyttä korostavat Pöyry & Perälä (2003, 15 – 16), jotka toteavat kotiutussuunnitelman olevan onnistuneen kotiutuksen edellytys. Heidän mukaan suunnitelma tulisi aloittaa jo sairaalaan tulovaiheessa ja se tulisi tehdä aina yhdessä potilaan kanssa. Suunnitelman tulee olla joustava ja huomioida iäkkäiden mahdolliset voinninmuutokset. Suunnittelu nähdään moniammatillisena yhteistyönä, jossa myös omaisten mukaanotto nähdään tärkeänä seikkana. Kotiuttamisen järjestely voidaan koordinoida yhdelle henkilölle. Tämä henkilö voisi olla omahoitaja, kotiutussuunnittelija, yhteyshoitaja, palveluohjaaja (Case Manager) tai kotisairaanhoidaja. Kotiutumisen onnistumista varmistetaan kotiutumisen jälkeen esimerkiksi kotiutussoitolla, jonka avulla selvitetään, onko kotiutuminen onnistunut.

Pahikainen (2000, 21) näkee tärkeänä edellytyksenä kotiuttamisprosessissa alkuvaiheen arvioinnin. Hän tunnistaa hyvän kotiuttamisen kriteereiksi hoitajan näkökulmasta neljä edellytystä: Toimintakyvyn arvioinnin, palvelutarpeen arvioinnin, ohjauksen ja opetuksen sekä omaisten huomiointi- ja osallistamisen kotiuttaessa.

Kotiuttamisen valmistelu tulisi aloittaa heti sairaalaan tulo päivänä ja kotiuttamista tulisi valmistella päivittäin lääkärinkiertojen yhteydessä moniammatillisesti. (Lämsä 2013, 105 – 110; Koponen 2003, 18.) Tässä yhteydessä olisi syytä tunnistaa ne iäkkäät, joiden kotiutuminen on mahdollisesti hankalaa, ja jotka todennäköisesti tarvitsevat kotiutuessaan enemmän ter-

veydenhuollon palveluja. Erityisesti pitkään tai toistuvasti laitoshoidossa olleet iäkkäät tulisi tunnistaa, kuten myös terveydentilaltaan oleellisesti huonontuneet iäkkäät. Kotiutumismuutoksen arvioimiseksi on luotu erilaisia mittareita, joiden avulla voidaan tunnistaa ne iäkkäät, joiden kotiutukseen tulee kiinnittää erityisesti huomiota. (Ahonen ym. 2002, 129; Gardner ym. 2002, 8.)

Salomaa (2004, 26 – 30) jakaa iäkkään potilaan kotikuntoisuuden arvioinnin kolmeen tekijään: fyysisen kunnon arviointiin, fyysisen tarpeen arviointiin sekä psyykkisen tilan arviointiin. Fyysisen kunnon arvioinnissa määritellään, miten iäkäs tulee toimeen kotiooloissa ja tarvitseeko hän apuvälineitä. Fyysisen kunnon arviointiin kuuluu myös selvittää, minkälaisia palveluja iäkäs tarvitsee ja kuinka usein. Fyysisen tarpeen arvioinnissa selvitetään, miten iäkäs selviää päivittäisistä toiminnoista, kuten ruokailu, lääkkeiden otto sekä wc-käynnit. Psyykkistä tilaa arvioidessa selvitetään iäkkään muisti. Myös henkinen vireys arvioidaan.

Lämsä (2013, 111 - 112) nostaa esiin tutkimuksessaan neljä kotiuttamiskriteeriä. *Lääketieteelliset* kotiuttamisperusteet edellyttävät, että potilas on kotiutuessaan lääketieteellisesti kotiuttamiskelpoinen, jolloin tarvittavat tutkimukset on tehty ja vastattu. Toisena kriteerinä on potilaan *toimintakyky* kotiuttamispäätöksen teossa. Silloin arvioidaan, pärjääkö potilas kotona. Kolmantena kotiuttamiskriteerinä *elämäntilanne* vaikuttaa siihen, kotiutuuko potilas yksin kotiin, tuntee hän yksinäisyyttä ja onko hänellä riippuvuuksia (päihteet). *Hallinnolliseksi* kotiuttamisperusteeksi nähdään tilanne, jossa potilas on organisaatiosta johtuvien syiden, esimerkiksi paikkatilanne tai potilasjonot, takia kotiutettava.

Toimintana kotiuttaminen edellyttää vahvaa ammattiosaamista, sillä asiakkaita kotiuttaessa täytyy muistaa useampi asia. Potilaiden kotiuttamiseen liittyy muun muassa vaatteiden haku, omaisille kotiutuksesta ilmoittaminen, potilasruokien peruuttaminen, taksin tilaaminen sekä perusohjauksen lisäksi lääkehoidosta sekä jatkohoito-ohjeista kertominen. Kotiutuspäivänä potilaan kanssa tulee kerrata hoito-ohjeet, käydä läpi lääkitys, todistukset, hoito- ja tutkimusmääräykset sekä jatkohoidon ohjeet. Potilaalle annetaan

mukaan hoitoon liittyvät asiakirjat sekä hänen henkilökohtaiset tavaransa. Hänelle annetaan myös kirjallisena ohjeet sairautensa hoitoon. (Grönroos & Perälä 2006, 29.)

Yksi kotiutuksen tunnetuin toimintamalli on PALKO - malli, joka luotiin työkaluksi potilaan siirtyessä kotiin, jatkohoitoon toiseen laitokseen tai kotihoitoon. Mallin mukaan kotiuttamisen valmistelu tulisi aloittaa, kun hoidon tavoitteeksi asetetaan kotiin palaaminen. Kotihoidolle varhain annettu tieto mahdollisesta kotiutuksesta on osa suunnitelmallista kotiutusprosessia. Varhainen yhteistyö kotihoidon kanssa käynnistää kotihoidon ennakoivan suunnittelun. Kotiutusprosessiin kuuluu oleellisesti myös potilaan toiveiden kuuntelu sekä niiden kirjaaminen ylös hoitosuunnitelmaan. Mallissa on hyödynnetty myös Case/Care Manager toimintaa. (Perälä & Hammar 2003, 25, 30 – 31.)

Päijät-Hämeen keskussairaalassa, neurologian osastolla 23–24, on siirrytty vuoden 2015 aikana työskentelymalliin, jossa yksi aamuvuoron henkilökunnasta (7) työskentelee kotiutushoitajana. Kotiutushoitajana ei työskentele vakituista henkilöä, vaan työtä tekee jokainen henkilökuntaan kuuluva. Kotiutushoitajan toimenkuvaan kuuluu kaikkien päivän aikana kotiutuvien tai jatkohoitoon siirtyvien potilaiden kotiutus. Yhden hoitajan huolehtiessa vain kotiutujista, ovat iltopäiviin painottuneet kotiutukset vähentyneet. Kotiutushoitajan toimenkuvaan kuuluu myös kotiutussoitto osastolta kotiutuneelle potilaalle 1-3 päivää kotiutumisesta. Puhelun aikana selvitetään, onko kotiutus onnistunut ja onko potilaalle ilmennyt mahdollisia kysymyksiä liittyen oman sairauden hoitoon. Kotiutussoiton hyödyllisyydestä tehtiin kysely kotiutuneille potilaille vuoden 2016 alussa. Kyselyyn osallistui 100 kotiutunutta, joille oli soitettu 1-3 vuorokauden kuluttua kotiutumisesta. Vastaajista (n= 67) 85 % oli sitä mieltä, että kotiutussoitosta oli heille hyötyä. Eniten hyötyä potilaat saivat liittyen heille aloitettuun lääkitykseen sekä jatkohoito-ohjeisiin. (Väisänen & Lahti 2016.) Kotiutussoitto toimintana on myös hyvä mittari kotiutumisen arvioinnille (Pöyry & Perälä 2003, 16).



## 4.2 Onnistunut kotiutus

Kotiutus onnistuu, kun se suunnitellaan, dokumentoidaan ja asiakkaan tarvittava kotihoito on etukäteen järjestetty. Kotiutuksen onnistuessa potilaan terveydentila sekä toimintakyky eivät heikkene, jolloin potilas ei palaa sairaalaan saman vaivan takia. (Grönroos & Perälä 2006, 29.) Kotiutussuunnitelman tekeminen vahvistaa kotiutumisen onnistumista. Lyhentyneet hoitajat ovat riskinä monisairaille potilaille ja he tarvitsevat kokonaisvaltaista suunnitelmallisuutta kotiutumisellemme. Hoitajien tulee ymmärtää suunnitelman tärkeys potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. (Graham, Gallagher & Bothe 2013, 2338, 2344.)

Onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä ovat hoitajien mielestä potilaiden avun tarpeen selvittäminen sekä palveluiden järjestäminen potilaan oma näkemys huomioiden. Toimintakyvyn- ja tarpeen arviointi nousee merkittäväksi edellytykseksi onnistuneelle kotiutumisellemme ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kunnon ja tarpeiden arviointi on tulevaisuudessa yhä tärkeämpää hoidon painottuessa vahvemmin kotiin. Lääketieteellisten kotiutusperusteiden lisäksi on syytä kuunnella potilaan mielipidettä kotiutumisesta. Perusajatuksena nähdään suunnitelmallisuus, joka mahdollistaa onnistuneen kotiutuksen ja ikääntyneen henkilön kotona asumisen mahdollisimman pitkään. (Pahikainen 2000, 66 – 70; Grönroos & Perälä 2006, 29.) Mahdollisimman aikainen tieto kotihoitoon siirtyvästä potilaasta antaa vastaanottavalle taholle aikaa huolehtia potilaan tarvittavista palveluista. (Salomaa 2004, 23 – 24, 47; Perälä & Hammar 2003, 25.)

Kirjallisten ohjeiden antaminen sekä potilaan saama tieto siitä, kuinka menetellä mahdollisten ongelmien ilmaantuessa nähdään tärkeänä tekijänä osana kotiutusta. (Pahikainen 2000, 66 – 70.) Samoja tuloksia esittää myös Laakkonen (2013, 46), jonka Pro Gradu – tutkielmassa kuvattiin yli 75-vuotiaiden kotiin kotiutumisen kokemuksia potilaiden arvioimana. Tutkimuksen mukaan potilaat kokevat saavansa laadukasta ohjausta, joskin tietoa siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmien ilmaantuessa, tarvitaan enemmän. Lisää tietoa kaivattiin myös lääkehoitoon liittyvien sivuvaikutusten

kertomisessa. Tuloksista selviää myös, että kotiuttamistilanteessa potilaat kokevat tärkeäksi riittävän ohjauksen sekä rauhallisen kotiuttamistilanteen.

Pahikainen (2000, 21) näkee onnistuneen ohjauksen koostuvan tiedollisista ja taidollisista ominaisuuksista, mutta myös oikeasta ajoituksesta potilaan vointiin nähden. Myös suullinen ja kirjallinen ohjaus nousevat tärkeäksi tekijäksi onnistuneelle kotiuttamiselle. Samoja tuloksia ilmenee Leikkolan (2014, 55) tutkimuksessa, jossa tutkittiin selkäleikkauspotilaiden voimavaroja kotiutuessa. Leikkolan mukaan potilaan ohjaus toimii motivaationa kotona selviytymiselle. Hoitohenkilökunnan osoittama läsnäolo ja potilaiden tarpeet liittyen ohjaukseen koetaan tärkeänä.

Saumaton hoitoketju nähdään myös onnistuneen kotiutuksen edellytyksenä. Saumaton palvelukokonaisuus edellyttää toimintakulttuurin muutosta ja tähän ollaan tulevilla SoTe-uudistuksella pyrkimässä. Saumattoman hoitoketjun yhtenä lenkinä on tiedonkulun parantuminen. Potilaan kotiutuessa tiedot hoitojaksosta siirtyvät sähköisesti hoitotyön yhteenvedona Kanta -palveluun. Hoitotyön yhteenvedon tarkoituksena on turvata potilaan hoidon jatkuvuutta hoitovastuun siirtyessä paikasta toiseen. Yhteenveotoon kootaan koko hoitojakson asiat tiiviisti ja ymmärrettävästi. Sekä ikääntynyt, että hoitohenkilökunta tarvitsevat ajankohtaista hoitoon liittyvää tietoa. Varsinkin siirtyminen eri organisaatioiden välillä saattaa asettaa kuilun onnistuneelle kotiutukselle. (Paasivaara, Nikkilä & Voutilainen 2008, 52 – 53.)

Myös Kuusisto, Asikainen & Saranto (2014, 312, 319) samoin kuin Pahikainen (2000, 64.), Pajari (2004, 74) ja Olsen, Ostnor, Enmarker & Hellzen (2013, 2964) toteavat tutkimuksissaan tiedonkulun olevan kotiutuksen ongelmakohtia. Tiedonkulku voi epäonnistua niin organisaation sisäisessä yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa, kuin palveluntarjoajien välillä. Kuusiston ym. (2014, 311) tutkimuksessa ilmenee hoitotyön yhteenvedon tukevan hoidon jatkuvuutta edistämällä tiedonkulkua ja saumatonta yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Tieto kulkee paremmin ja hoitotyön yhteenvedon saaneet kokevat organisaatioiden välisen yhteistyön parempana kuin ne, jotka eivät yhteenveotoa vastaanota. Olsen ym. (2013, 2964) toteavat

tiedonsiirron esteinä olevan muun muassa hoitajien tuntemuksen eri organisaatioista, epäselvät toimintaohjeet sekä vähäiset resurssit. Onnistuneeseen potilassiirtoon tarvitaan yhteiset toimintaohjeet, toimintamallit sekä riittävää henkilökunnan osaamista.

Päijät-Hämeen keskussairaalassa hoitotyön yhteenvetojen tekeminen on osastokohtaista. Osassa vuodeosastoja hoitotyön yhteenveto tehdään jokaisesta osastolta poistuvasta, kun osassa vuodeosastoja yhteenveto tehdään vain jatkohoitoon siirtyvistä. Yhtymässä tiedonsiirron ongelma ratkeaa tietojärjestelmän osalta osittain, kun myös Lahden kaupunki siirtyy käyttämään Effica-potilasjärjestelmää vuoden 2017 loppuun mennessä, Oivassa ja Aavassa Effican ollessa jo käytössä.

#### 4.3 Epäonnistunut kotiutus

Kotiutuminen voi myös epäonnistua. Kotiuttamisprosessin epäonnistuessa iäkkäät potilaat palautuvat usein takaisin sairaalaan. Englanninkielisille termeille, *readmission* tai *revolving door*, ei ole vakiintunutta suomennosta. Suomenkielessä puhutaan ns. ”pyöröovi - ilmiöstä” sosiaali- ja terveysalalla. Ilmiö nostaa terveydenhuollon kustannuksia. Potilaan paluuta takaisin sairaalaan on tutkittu ulkomailla paljon ja Suomessakin jonkin verran. Seuranta-ajat ovat vaihdelleet kolmesta päivästä yhteen vuoteen. (Ylä-Mononen, Palonen, Koivisto & Åstedt-Kurki 2014, 300). Tässä työssä kotiutus nähdään epäonnistuneena, mikäli potilas palaa takaisin sairaalaan 30 vuorokauden sisällä kotiutuksesta.

Useassa tutkimuksessa ilmenee, että liian aikainen kotiutus potilaan kuntoon nähden on syynä epäonnistuneeseen kotiutukseen. (Perälä & Hammar 2003, 11 – 12, 25; Dainty & Elizabeth 2009, 311; Salomaa 2004, 48; Pahikainen 2000, 66 – 70; Rantasalo 2007, 41.) Hoitohenkilökunnan tarkka arviointi kotiuttamiskunnosta sekä suunnitelmallisuus potilasta kotiuttaessa tukee vanhuksen kotona pärjäämistä vähentäen sairaalaan palautumista. Ensimmäiset vuorokaudet nähdään kriittisimpinä aikoina kotiutumisen jälkeen. (Perälä & Hammar 2003, 11 – 12.)

Tutkimukset osoittavat ikääntymisen vaikutuksella sekä diagnoosilla olevan merkitystä uusintakäynteihin. Myös ne potilaat, joilla on vaikeuksia päästä hoitoon omalle terveysasemalle, palaavat uusintakäynnille sairaalaan. (Ylä-Mononen ym. 2014, 300.) Lisäksi kotiutussuunnitelman sekä jatkohoito-ohjeiden puuttuminen nähdään syynä epäonnistuneeseen kotiutukseen (Askren-Gonzales & Frater 2012, 219).

Pahikaisen (2000, 66 – 70) tuloksista ilmenee, että epäonnistuneen kotiutuksen syitä voivat olla liian lyhyet hoitoajat ja hoitajan ajan puute potilaita kotiuttaessa. Varsinkin tekonivelpotilaiden nopea kotiutus vaatii preoperaatiivisesti ohjausta liittyen potilaan motivointiin ja kuntoutukseen. Myös lääkehoidon ja kivunhoidon ohjaaminen korostuu. (Korpijärvi 2012, 7.)

Perälä & Hammar (2003, 12) nostavat esiin lääkemääräyksien, jatkohoito-ohjeiden, hoitotyön yhteenvetojen ja loppulausuntojen puutteellisten tietojen merkityksen epäonnistuneeseen kotiutukseen. Myös tieto asiakkaan kotihoitoon siirtymisestä saattaa tulla nopeasti, jolloin vastaanottava osapuoli ei ehdi perehtymään asiakkaan tietoihin kunnolla.

Rantasalo (2007, 41) toteaa epäonnistuneen kotiutumisen johtuvan potilaan kotiuttamisesta vastentahtoisesti, jolloin epävarmuus kotona selviämisestä ja turvattomuuden tunne lisääntyy ja riski palautumisesta sairaalaan kasvaa. Samoja tuloksia ilmenee myös Markkasen (2004, 28 – 30.) tutkielmassa, jossa tutkittiin potilaiden näkökulmia onnistuneeseen kotiutukseen. Mikäli kotiutumishalukkuutta ei ilmennyt, palasi potilas viikon sisällä takaisin sairaalaan. Kotiutumishalukkuutta vähensi myös puutteellinen ohjaus sekä kotiutumiseen kannustaminen.

Hoitajan osaaminen kotiutustilanteissa voi olla myös syynä epäonnistuneeseen kotiutukseen. Hoitohenkilökunnan antama tieto lääkityksestä, reseptien uusimisesta sekä tieto niiden noutamisesta apteekista ovat tärkeitä ohjaustilanteeseen liittyviä asioita. Samoin kotiapujen järjestäminen valmiiksi kotiin sekä siirtymiseen tarvittava kuljetus ovat hoitajan vastuulla olevia asioita. (Rantasalo 2007, 41.)

Ylä-Mononen ym. (2014, 308) tutkivat yli 75-vuotiaiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syitä. Tutkimustuloksista ilmenee, että ikääntyneen kotiutus päivystyspoliklinikalta yöaikaan lisää uusintakäyntien riskiä. Tutkimustulosten perusteella hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus tunnistaa ne potilaat, jotka kuuluvat uusintakäyntien riskiryhmään. Ylä-Mononen ym. ehdottavatkin, että kotiutussoitto kaksi vuorokautta kotiutumisesta voisi toimia uusintakäyntejä ehkäisevänä tekijänä.

Myös Ranskassa tehdyn tutkimuksen mukaan uusintakäyntejä voitaisiin ehkäistä riskitekijät tunnistamalla. Tutkimuksessa tarkentuu pääsyyt suunnittelemattomalle sairaalaan paluulle. Näitä syitä ovat sekä sairauteen liittyvät, että toimintakykyyn liittyvät ongelmat. (Laniece ym. 2008, 417 – 421.)

Päijät-Hämeessä tehdyn FCG:n (2015, 16) tutkimuksen mukaan vuonna 2014, yli 75-vuotiaista Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystykseen tulleista potilaista 40 %:lla oli edellinen kontakti ollut avoterveydenhuollossa ja noin 15 % potilaista vuodeosastohoidossa. 10 %:lla erikoissairaanhoidon vuodeosastolle tulleista oli edeltävä kontakti esh:n vuodeosasto. (FCG 2015, 17.) Kuitenkaan FCG:n tutkimuksesta ei ilmene vuodeosastohoidon paluuseen kulunutta aikaa.

#### 4.4 Ikääntyneen kotiuttaminen

Ikääntyessään ihmisen toimintakyky heikkenee niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Yksilön toimintakyky muodostuu siten hänen terveydentilansa, muiden yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Pitkäaikaissairaudet ovatkin yleisin syy toimintakyvyn heikkenemiseen. Fyysisen toimintakyvyn tärkeimpänä osa-alueena nähdään liikkumiskyky. Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä Suomessa kasvaa ja samalla eliniän odote pitenee. Väestön ikääntyessä toimintarajoitteisten, apua tarvitsevien määrä kasvaa. Vaikka tutkimuksen osoittavat, että tulevaisuudessa iäkkäiden toimintakyky paranee, tarvitaan edelleen

terveyden edistämisen ja palvelujärjestelmien kehittämistä yksilöiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 64.)

Ikääntyneen potilaan kotiutus ei varsinaisesti eroa ei-ikäntyneen kotiutuksesta, sillä kaikki kotiutustilanteet ovat yksilöllisiä ja monimuotoisia. Ikääntynyt tarvitsee kuitenkin enemmän huomiota muun muassa kotona selviytymisessä. Ikääntyneellä ihmisellä saattaa olla perussairausten johdosta ilmeneviä liitännäissairauksia, mikä voi vaikeuttaa osaltaan iäkkään osallistumista hoito- ja palvelusuunnitelman suunnitteluun. Iäkkäät kuitenkin kokevat tarvetta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Tällöin omaisten huomioiminen nousee keskeiseen rooliin ikääntyneen kotiutuksessa erityisesti turvallisuuden- ja selviytymisen tunteen kokemisessa. (Ahonen ym. 2008, 128.)

Omainen tarvitsee tietoa henkilökunnalta iäkkään sairauden hoitamiseksi sekä ohjeita, mikäli voinnissa tapahtuu muutoksia. Omainen toimii usein potilaan etuja ajavana henkilönä, joka antaa myös tietoa sairaalaan potilaan kotioloista, lääkityksestä ja voinnista. Potilaat kokevat kotiutumisen myös turvalliseksi, kun omainen on mukana potilaan hoidossa. (Muurinen, Vesa & Hupli 2016, 8 – 9.)

Ikääntyneen kotiutuksessa potilaan ohjaaminen korostuu. (Ahonen ym. 2008, 129). Ikääntyneellä normaali oppiminen ja kyky oppia uutta vievät enemmän aikaa. Tämän takia myös ohjaustilanteessa tulisi huomioida ikääntyneen yksilölliset oppimistarpeet ja voimavarat. (Muurinen ym. 2016, 7.)

#### 4.5 Paljon palveluita käyttävä asiakas

Kirjallisuudessa ei tunneta paljon palveluita käyttävien asiakkaiden määritelmää. Myöskään terveydenhuollossa ei ole vakiintunutta profiilia paljon palveluita käyttävän asiakkaan määrittämiseksi, vaikka sitä onkin viime aikoina tutkittu paljon. Paljon palveluita käyttävää asiakasta voidaan kutsua myös suurkäyttäjäksi tai avainasiakkaaksi. (Kivelä 2014, 2). Englannin kielessä suurkäyttäjää kutsutaan termillä *frequent attender*.

Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen & Kokki- Saarinen ovat tutkimuksessaan (1997, 160) profiloineet suurkäyttäjän. He jakavat suurkäyttäjän karkeasti viiteen alaryhmään. 1. Fyysisiä oireita omaavat potilaat ovat monisairaita, joilla on vähintään yksi tai useampi krooninen sairaus. Heillä ei ole psykiatrisia sairauksia 2. Psykkisesti sairaat, joilla on psykiatrinen sairaus 3. Kriisipotilaat, joilla on selkeä stressitekijä ilman psykiatrista sairautta 4. Somatisoivista ongelmista kärsivät potilaat, jotka kuvittelevat sairastavansa fyysistä sairautta ja joilla on vähintään kolme pitkäaikaista fyysistä oiretta ilman oikeaa sairautta sekä 5. Moniongelmaiset, joilla on vähintään kolme edellisestä ryhmästä mainittua ongelmaa.

Koskela (2008) toteaa, ettei paljon palveluita käyttävälle ole yksiselitteistä määritelmää. Kuitenkin Koskela tunnistaa erot moniongelmaisen (psykososiaaliset ongelmat, persoonallisuushäiriöt) ja kroonisesti sairaan välillä. Tämän takia yksilöllinen profilointi on tärkeää ja hoidon koordinointi sekä kokonaisuuden hallinta korostuu. Tutkimuksessa selviää myös, että iän merkitys suurkäyttäjänä kasvaa paljon palveluita käyttävällä monisairastavuuden takia. (Koskela 2008, 199, 215.)

Singaporessa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin paljon palveluita käyttävien asiakkaiden 10 yleisintä käyntisyytä ensiavun asiakasvirrasta. Eniten palveluja tarvitsivat kroonisesti sairaat. Eniten yksittäisiä käyntejä oli yhdellä asiakkaalla 208 käyntiä/vuodessa. 87 % paljon palveluita käyttäneiden käynneistä oli niin sanotusti turhia eikä tarvinnut päivystyksellistä hoitoa. (Low ym. 2015, 22 – 26.)

Paljon terveystalviteuita käyttävät kuormittavat sairaaloita myös kustannuksellisesti. FCG:n (2015b, 6) tutkimuksesta käy ilmi, kuinka kokonaiskustannukset jakaantuvat. Vuosina 2012 - 2014 paljon resursseja käyttävistä asiakkaista 20 % käytti 80 % kokonaiskustannuksista. Myös vuosittaiset käyntimäärät olivat paljon resursseja käyttävällä korkeat. Yli 75-vuotiaiden kohdalla vuosittainen terveystalviteitien määrä oli 7,9 episodina vuodessa. Tutkimuksessa paljon resursseja käyttävien potilasryhmät muodostivat diagnooseittain erilaisia ryhmiä. Käyntimääriltään suurimman potilasryhmän muodostivat mielenterveyshäiriöt. (FCG 2015b, 2 – 8, 50; Helin

2016.) Myös Yhtymä on tarttunut vahvasti paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen. Parempi Arki-hankkeessa tehty tunnistamistyökalu paljon palveluita käyttävien tunnistamiseksi ja sen kehittäminen erikoissairaanhoidossa jatkuu.

Päijät-Hämeen keskussairaalan Akuutti 24 – päivystyksen suurin palvelujen käyttäjä, kävi 2015 vuoden aikana päivystyksessä yhteensä 279 kertaa. Toiseksi eniten käyneellä oli käyntejä 272 kertaa vuodessa. Yli 4 kertaa lääkirillä vuoden aikana käyneitä yli 65-vuotiaita oli yhteensä 1475 iäkkästä. Vaikka luvut eivät suoranaisesti näy vuodeosastojen toiminnassa, on selvää, että palveluprosesseja on kehitettävä, jolloin palvelut voidaan kohdentaa oikein niitä tarvitsevalle. (Helin, 2016.)

Jyvä-hankeen tarkoituksena (2016, 2 – 3, 12 - 19) oli löytää keinoja, joilla kuntalaisille taataan parempi pääsy palveluihin sekä kehittää yksityisten palveluidentarjoajien ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Osana Jyvä-hanketta tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin paljon palveluita käyttävän asiakkaan kokemuksia käyttämistään palveluistaan. Tässä hankkeessa muodostettiin neljä asiakasprofiilia vastaamaan paljon palveluita käyttäviä asiakasryhmiä. Hankkeessa selvitettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista. Ammatillaiset jakoivat paljon palveluita käyttävät asiakkaat kahteen ryhmään seuraavan taulukon tavoin.



Taulukko1. Jyvä- hankkeen osatuotos. Paljon palveluita käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ammattilaisten kuvaamina. (Niemelä & Alahuhta 2016.)

<b>Paljon palveluita käyttävät, joiden palvelujen tarve on perusteltua</b>	Monisairaavat potilaat, joilla on esimerkiksi diabetes, reuma ja syöpä
<b>Toistuvasti paljon palveluita käyttävät, jotka eivät hyödy kaikista käyttämistään palveluista</b>	Moniongelmaiset (sosiaalitoimen, mielenterveys-työn, päihdetyön asiakkaat, taloudellinen tilanne huono, rikoskierte, asunnottomuus, työttömyys, työkyvyttömyys)
	Somatisoijat (kuolemanpelko, sairauden pelko, paljon tiedostamattomia ongelmia)
	Henkilöt, joilla on alentunut kyky huolehtia itsestä (heikkolahjaiset, ongelmanratkaisukyvyttömät, asiakkuuden periytyminen)
	Riippuvuusongelmaiset (lääke-, päihde-, palvelujärjestelmästä riippuvaiset)
	Yksinäiset tai yksinäiseksi itsensä kokevat, sosiaalisten kontaktien puute

Aiemmin mainitussa Parempi Arki- hankkeessa (2016) luotiin viisi kriteeriä, jolla paljon palveluita käyttävä voidaan tunnistaa sosiaali- ja terveysalalla. Nämä viisi kriteeriä ovat: 1. Asiakkaan tilanteesta herää huoli ja/tai riittämättömyyden tunne 2. Asiakkaan ongelma ei ole yksiselitteinen tai asian ytimeen ei pääse käsiksi 3. Epämääräisten syiden vuoksi toistuvia ja/tai suunnittelelmattomia käyntejä ja yhteydenottoja 4. Toistuvasti peruuttamattomia aikoja 5. Epäily riippuvuusikäytymisestä.

Oulussa vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin yli 65-vuotiaiden paljon palveluita käyttävien asiakkaiden käyntisyitä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa ilmeni, että perussairauksia tutkimusjoukossa oli keskimäärin 5. Eniten sairastettiin sydän- ja verenkiertosairauksia, kuten sepelvaltimotauti, eteisvärinä tai verenpainetauti. Toiseksi eniten sairastettiin umpieritys-, ravitsemus-, ja aineenvaihduntasairauksia, kuten hyperkolesterolemia, diabetes tai hypotyreoosi. Kolmanneksi eniten sairastettiin tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, kuten nivelrikko ja reuma. (Kivelä 2014, 9 – 10.)

Kivelän (2014) tutkimuksen mukaan paljon palveluita käyttäneet ikääntyneet toivoivat hoidon olevan laadukasta ja kokonaisvaltaista. Laadukkaaksi palvelu koettiin, mikäli se saatiin yhdestä paikasta, lyhyessä ajassa ja palvelun ollessa ystävällistä. Kokonaisvaltaista hoitoa oli iäkkäiden mielestä asiakaslähtöisyys, luottamuksellinen hoitosuhde, kuulluksi tuleminen, hoitosuunnitelma, asiakkaan mukaan ottaminen omaan hoitoonsa sekä sähköisten palvelujen käytön hyödyntäminen. Tutkimuksessa selvitettiin myös hoitohenkilökunnan näkemystä siihen, mitkä tekijät ohjaavat iäkkäät toistuvasti terveyspalvelujen pariin. Näitä syitä nähtiin olevan muun muassa sairauksien lisääntyminen ja yleiskunnon heikkeneminen, kuten perussairauksien lisääntyminen. Turvallisuuden tunteen hakemisella terveyspalvelujärjestelmästä tarkoitetaan huomion hakemista ja totuttua tapaa. Psykososiaalisiin tekijöihin nähtiin kuuluvan muun muassa tyytymättömyyden tunne, psyykkiset oireet, yksinäisyys ja turvattomuus. (Kivelä 2014, 21 – 30.)

Kivelän (2014) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki, että kokonaisvaltainen hoito, kuten luottamuksellisuus, hoitosuunnitelman teko hoidon jatkuvuuden edistäjänä, palvelujen saaminen yhdestä paikasta ja joustava yhteistyö toimijoiden kesken vähentäisivät ikääntyneiden terveyspalveluiden käyttöä. Lisäksi hoitohenkilökunta koki, että turvallisuuden tunnetta ikääntyneellä voidaan lisätä muun muassa säännöllisellä yhteydenpidolla ja asiakkaan kuulemisella. (Kivelä 2014, 31 – 32.)

#### 4.6 Asiakaslähtöisyys hoitotyössä

Asiakaslähtöisyyttä hoitotyössä voidaan kuvata monesta eri näkökulmasta ja sitä on tutkittu paljon. Varsinkin hoitotyössä asiakas on hoidon keskiössä, jolloin asiakaslähtöisyys korostuu. Asiakaslähtöisyyttä voidaan tar-

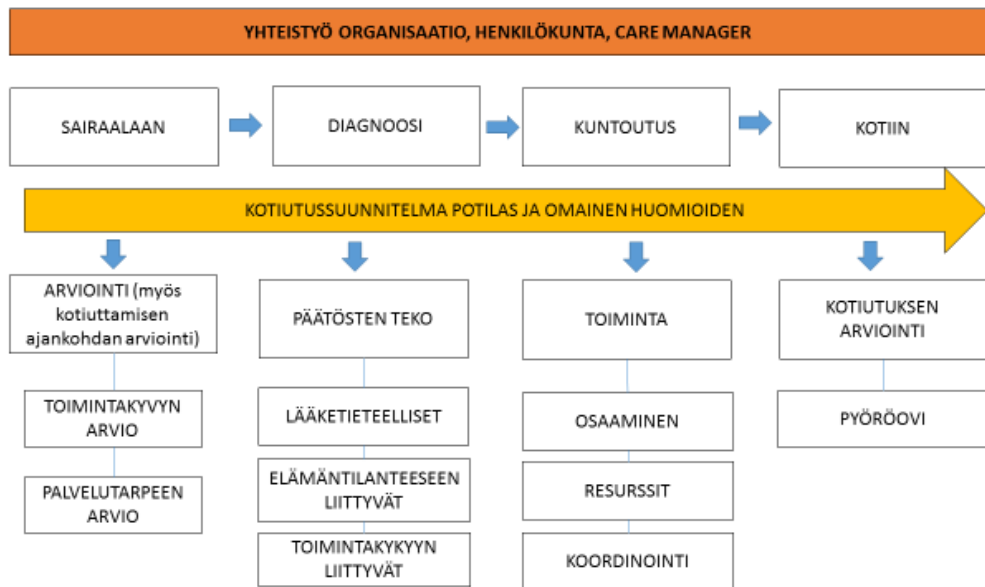
kastella kustannusnäkökulmasta sekä vaikuttavuusnäkökulmasta. Yhtymän strategia (2016c) sisältää tavoitteen asiakaslähtöisestä toiminnasta kuitenkin tuottamalla palvelut tehokkaasti.

Sipilän hallitusohjelman yhtenä kärkihankkeena on palveluiden kehittämisen asiakaslähtöiseksi. Tähän päästään vain organisaatioiden yhteistyöllä sekä vahvistamalla asiantuntijuutta. (Valtioneuvosto 2015, 20.)

Hämeen ammattikorkeakoulun toteuttamassa Hyvo-T projektissa tavoitteena oli selvittää yli 75-vuotiaiden asiakaslähtöistä toimintaa sekä palveluja. Tarkoituksena oli löytää myös asiakaslähtöisiä tapoja toimia. Tutkimukset osoittivat, että hyvin toimiva hoitoketju parantaa asiakaspalveluja ja vähentää kustannuksia. Toimivien asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen lyhentää hoito-aikoja, jolloin aikaa ja resursseja vapautuu. (Ahonen, Leino & Suoranta 2014, 6, 190 – 191.)

#### 4.7 Yhteenveto kotiuttamisesta

Seuraavassa kuviossa esitän kotiutusprosessin sekä siihen liittyvät tekijät. Kokoan myös yhteen tässä työssä nousseita yhteisiä tekijöitä onnistuneen ja epäonnistuneen kotiuttamisen taustalla. Kotiutusprosessi nähdään lineaarisena prosessina alkaen potilaan saapuessa sairaalaan ja loppuen kotiutuksen arviointiin. Kotiutussuunnitelma aloitetaan jo sairaalaan tulovaiheessa, diagnoosin saatuaan potilaalle voidaan asettaa jo kotiuttamisajan kohdan tavoitepäivä. Kotiutussuunnitelma kulkee koko matkan potilaan hoidon mukana, jolloin arvioidaan päivittäin potilaan toimintakykyä sekä palvelutarvetta. Kuntoutus tähtää kotikuntoisuuteen ja kotiutuskriteerit ohjaavat päätöksenteossa. Kotiutusvaiheessa hoitohenkilökunnan osaaminen nousee keskiöön. Ohjaaminen, jota on koko prosessin ajan tehty, annetaan kokonaisvaltaisena myös omaiselle.



Kuvio 3. Kotiutusprosessi ja siihen liittyvät toiminnot.

## 5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT

Kehittämishankkeella tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen toteutumiseen. Sen tarkoitus on tuottaa käytännön toimintaan tehokkaampia toimintatapoja- ja rakenteita. Kehittämistarve voi nousta esiin ilmenneestä ongelmasta ja tavoitteellisuus on keskeisenä merkityksenä kehittämistyössä. Tavoite voidaan määritellä joko yksikön sisältä, alhaalta käsin tai ylhäältä, organisaation johdon toimesta. Tavoite voidaan myös määritellä yksikön ulkopuolelta yhteiskunnallisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 14 - 17.) Tämän työn kehittämistarve nousi esiin organisaation tarpeista, jossa ikääntyneiden ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kotiuttamisen toimintamallia halutaan kehittää. Kuten edellä on selvitetty, paljon palveluita käyttävä ikääntynyt asiakas kuluttaa suurimman osan sosiaali- ja terveystalouksista. Näin ollen toimintaa on syytä tehostaa kustannusten hillitsemiseksi.

### 5.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa sekä kehittäjä, että kehittämiskohteen jäsenet toimivat tiiviissä suhteessa toisiinsa koko kehittämisprosessin ajan. Toimintatutkimuksessa, yhdistämällä teoria-tietoa käytännön kokemuksiin, ratkaistaan ongelmia ja saadaan aikaan muutosta. (Lauri 2006, 114.) Toimintatutkimus soveltuu käytännönläheisyytensä vuoksi kehittämistöiden lähestymistavaksi, sillä kohteena voi olla mikä tahansa ilmiö, jota halutaan kehittää tai lisätä toimintatapoihin uusia näkökulmia. Toimintatutkimus voidaan kuvata syklisenä prosessina, jossa eri vaiheet (suunnitelma, toteutus, havainnointi, arviointi) toistuvat uudelleen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 59 - 62.)

Tämä kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena, sillä se tehtiin yhteistyössä kehittämishankkeen tilaajan kanssa. Kehittämishankkeen toteuttaja toimi tiiviissä yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Myös toimintatutkimukselle tyypillinen sykli toteutui tässä kehittämishankkeessa, sen edetessä spiraalimallisesti. Spiraalimallisissa hankkeissa etenee sykleissä alkaen havainnoinnilla edeten reflektointiin, suunnitteluun ja siitä toimintaan, jonka

jälkeen sykli alkaa uudelleen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 26). Spiraalimalli ilmeni tämän kehittämishankkeen osalta jatkuvana arviointina (ks. Kuvio 4 sivulla 36). Ensin selvitettiin ja arvioitiin, onko kotiuttamisessa lähtökohtaisesti parannettavaa, jonka jälkeen suunniteltiin ja toteutettiin tiedonhankintamenetelmä. Tiedonkeruun jälkeen arvioitiin saatuja tuloksia sekä keskityttiin suunnittelemaan tarvittavia ehdotuksia sekä toimenpiteitä. Koko hankkeen ajan vuorovaikutuksellisuus toimeksiantajan kanssa näyttyi vahvana.

## 5.2 Swot – analyysi menetelmänä

Swot- nelikenttäanalyysi toimii tiedonhankintatapana, jossa selvitetään toiminnan sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia. Tämä auttaa jäsentämään, miten vahvuuksia voidaan käyttää hyödyksi ja miten heikkoudet voidaan muuttaa vahvuuksiksi. Analyysin avulla nähdään myös, miten ulkopuolisia mahdollisuuksia hyödynnetään ja uhat vältetään. (Opetushallitus 2016.) Tässä kehittämishankkeessa Swot-analyysiä käytettiin kotiutuksen ongelmakohtien tunnistamiseen alkukartoituksena. Hankkeen suunnitteluvaiheessa tehty alkukartoitus vahvisti käsityksiä siitä, että kotiuttamisen kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalassa on tarpeellista.

Aluksi osastojen kotiutuksen ongelmakohtia selvitettiin yhdessä Päijät-Hämeen keskussairaalan hoitohenkilökunnan ja Care Manager – hankkeen projektipäällikön kanssa, tehden Swot-analyysit kotiutukseen liittyen. Swot-analyysi tehtiin kolmen (kirurgia, sisätaudit ja neurologia) vuodeosaston henkilökunnalle kevään 2016 aikana. Nämä kolme osastoa valittiin, jotta analyysiin saatiin näkökulmaa niin operatiivisen kuin konservatiivisen hoidon piiristä. Swot-analyysi tehtiin myös Päijät-Hämeen alueen kotiutushoitajille (3), ja sillä kartoitettiin kotiutuksen ongelmakohtia myös kotiutuksen toisesta näkökulmasta, potilasta vastaanottavan henkilökunnan kannalta.

### 5.3 Kysely menetelmänä

Tutkimukselliselle kehittämistyölle valitaan lähestymistapa sen mukaan, mikä päämäärä kehittämistyölle annetaan (Ojasalo ym. 2014, 51). Lähestymistavan valitsemisen jälkeen valitaan kehittämistyössä käytettävät menetelmät. Menetelmät jaetaan laadullisiin (kvalitatiivinen) ja määrällisiin (kvantitatiivinen). Ojasalo ym. (2014) kuitenkin muistuttavat, että jako laadullisen ja määrällisen menetelmän välillä kehittämissä työssä on häilyvää ja kyseiset menetelmät toimivat enemmän apuna kehittämistyössä.

Kvantitatiivinen menetelmä on usein lomakekysely tai strukturoitu lomakehaastattelu, jossa isolta joukolta vastaajia kysytään samoja asioita samassa muodossa. Kyselyllä testataan teoriasta tehtyjä hypoteeseja eli väittämiä ja oletuksia, jonka jälkeen voidaan todeta, pitivätkö oletukset paikkansa. Tämän takia on tärkeää, että aihepiirin teoria on kehittäjällä hyvin tiedossa. Materiaali analysoidaan tilastollisia menetelmiä käyttäen. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. (Ojasalo ym. 2014,104.)

Tämän kehittämistyön menetelmänä käytettiin kvantitatiivista menetelmää. Kvantitatiivinen menetelmä valittiin, koska tavoitteena oli selvittää kyselyn avulla mahdollisimman laajasti hoitohenkilökunnan kokemuksia onnistuneesta kotiuttamisesta. Mahdollisimman laajan tiedon saamiseksi kysely kohdistettiin Päijät-Hämeen erikoissairaanhoidon 12 \* vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Kohderyhmä valikoitui toimeksiantajan taholta. Kysely toteutettiin Webropol-sovelluksella. Kehittämissä hankkeen tekijä oli vastuussa kyselyn toteuttamisesta ja huolehti omalta osaltaan kouluttautumisen saamisesta Webropol-sovelluksen käyttäjänä.

\*Kirurgian osasto 61, Kirurgian osastot 43–44, Kirurgian osastot 41–42, Sisätautien osastot 31–32, sisätautien osastot 33–34, Keuhkosairausosasto 54 ja neurologian osasto 23–24.

#### 5.4 Tiedon keruu

Aineisto kerättiin mittarilla, joka koostui 51 väittämästä, 2 monivalintakysymyksestä ja 9 avoimesta kysymyksestä. Mittari oli tähän hankkeeseen rakennettu kyselylomake, jolla selvitettiin paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiutumisen onnistumista erikoissairaanhoidossa. Vaikka kotiuttamista on tutkittu paljon, ei sisällöltään kehittämishankkeen tavoitteita täyttävää mittaria löydetty. Tämä vuoksi kehittämishankkeen tekijä laati kyselylomakkeen ja sen sisältö perustui tutkittuun tietoon. Osa lomakkeen kysymyksistä muodostui Tiina Pahikaisen vuonna 2000 käyttämästä kyselystä, jonka käytölle saatiin lupa 7.7.2016 sähköpostitse.

Kysely esiteltiin Päivystysalueen kotiutushoitajilla (4), Care Manager – hankkeen työntekijöillä (5) sekä neljällä ulkopuolisella sairaanhoitajalla, joilla on kokemusta kotiuttamisesta. Esitetauksessa ilmenneiden kehittämisehdotusten ja kyselyn muokkaamisen jälkeen kysely jaettiin sähköpostilla hoitohenkilökunnalle (N=304.) Kysely toteutettiin syyskuussa 2016 ja vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa.

Kysymykset tehtiin lyhyiksi ja helposti ymmärrettäviksi. Kotiuttamiseen liittyen väittämiä oli 33 kappaletta, 2 monivalintakysymystä ja 5 avointa kysymystä. Omaa osaamista arvioitiin 14 väittämällä ja 1 avoimella kysymyksellä. Paljon palveluita käyttävien tunnistamisessa vastattiin 2 dikotomiseen (1 = Kyllä, 0= Ei) ja 3 avoimeen kysymykseen.

Kysely koostui alun kuudesta taustamuuttujasta, jossa selvitettiin vastaajien ammattia, työyksikköä ja työvuosia. Nämä muuttujat valittiin, jotta voitiin selvittää, vaikuttavatko työvuodet kotiuttamisen onnistumiseen ja kuinka työyksiköiden toimintatavat mahdollisesti eroavat toisistaan. Tämän jälkeen selvitettiin dikotomisen muuttujan (1= Kyllä, 0= Ei) avulla vastaajan kokemusta kotiuttamisesta. Paljon palveluita käyttävän asiakkaan tunnistamista selvitettiin aluksi avoimella kysymyksellä.

Summamuuttujiksi muodostuivat neljä kotiuttamisen prosessiin liittyvää toimintaa: kotiuttamisen suunnittelu, kotiuttamispäätökset, kotiuttaminen toi-



mintana ja kotiuttamisen arviointi. Väittämiin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla 1-5 (1= ei koskaan, 2= harvoin, 3 = melko harvoin, 4=melko usein, 5= usein). Jokaisen osa-alueen lopussa oli myös yksi lisäkommentointia varten ollut avoin kysymys. Avoimella kysymyksellä annettiin vastaajalle mahdollisuus kommentoida vastausta ja näin ollen antaa myös uusia näkökulmia kyselyyn.

Kotiuttamisen suunnittelu sisälsi 6 väittämää. Kotiuttamisen päätöksentekoon liittyviä väittämiä oli 3 sekä yksi dikotominen kysymys. Kotiuttaminen toimintana sisälsi 22 väittämää. Kotiuttamisen arviointiin vastattiin kahdella erillisellä monivalintakysymyksellä. Kyselyyn liitettiin myös oman osaamisen arviointi, jossa vastaaja vastasi 13 väittämään viisiportaisella Likertin -asteikolla (1=En osaa sanoa, 2= huonosti, 3= Kohtalaisesti, 4= Hyvin, 5= erinomaisesti.) Kyselyn lopussa selvitettiin hoitohenkilökunnan keinoja tunnistaa paljon palveluita käyttävä asiakas sekä dikotomisella, että avoimella kysymyksellä.

## 5.5 Kehittämishankkeen eteneminen

Hanke on aikataulutettu kokonaisuus, jolla saavutetaan yhdessä sovittu päämäärä. Hankkeella on aina alku, suunnitelma, toteuttajat sekä loppu. (Heikkilä ym. 2008, 25 - 26.) Seuraavaksi käsittelen kehittämishankkeen aikataulua sekä raportointia.

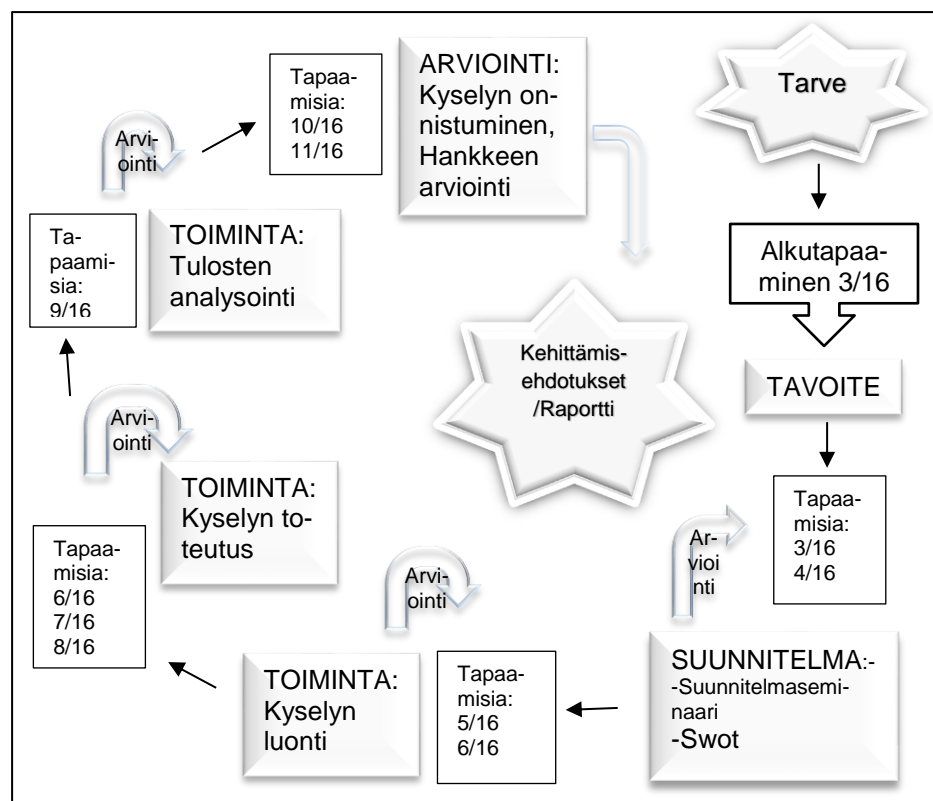
Tämän kehittämishankkeen tiimoilta tapaamisia oli säännöllisesti. Ensimmäisessä palaverissa, 9.3.2016, käytiin tarkemmin läpi toimeksiantajan Care Manager- hankkeen sisältöä. Tässä yhteydessä muodostettiin myös tämän kehittämishankkeen työryhmä, johon kuului kehittäjän lisäksi Care Manager – hankkeen projektijohtaja. Myöhemmin Care Manager – hankkeen toimijat ovat täydentyneet projektijohtajan lisäksi kahdella projektityöntekijällä.

Työn toimeksiantajan, Care Manager- hankkeen työntekijöiden kanssa tavattiin tiiviisti. Tapaamisia oli vähintään kerran kuukaudessa, jolloin tarkasteltiin työn etenemistä ja suuntaa. Ensimmäisellä tapaamisella selvitettiin

tämän kehittämishankkeen lähtökohtia sekä tehtiin alustava suunnitelma työn sisällölle. Toisessa tapaamisessa, 30.3.16 suunniteltiin tarkemmin hankkeen tavoitetta ja tarkoitusta sekä suunniteltiin Swot – analyysin toteutusta. Arvioinnin kautta toteutettiin Swot – analyysit keväällä -16.

Kolmannen tapaamisen jälkeen aloitettiin kyselylomakkeen muodostaminen ja kyselyn sisältöä muokattiin jokaisella tapaamisella. Kyselyn sisällön arviointia tehtiin laajasti, kunnes se laitettiin jakeluun 1.9.2016.

Tämän kehittämishankkeen aikataulu kulki suunnitelman mukaisesti, ja hankkeen tuloksista raportoitiin Päijät-Hämeen keskussairaalassa erikseen pidetyissä kolmessa infotilaisuudessa osaston ylläkääreille, erikoislääkäreille sekä hoitohenkilökunnalle. Jokaiselle kyselyyn osallistuneelle osastolle jaettiin myös tutkimustulokset. Alla olevasta kuvioista selviää kehittämishankkeen spiraalimainen eteneminen.



Kuvio 4. Tämän kehittämishankkeen eteneminen (Mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 67.)

## 6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

### 6.1 Swot – analyysin tulokset

Swot -analyysin tulokset jaettiin ala- ja yläluokkiin. Tuloksista (liite2) ilmeni, että hoitohenkilökunta näki vahvuuksina kotiuttamisessa osaston toimintatavat sekä tietojärjestelmän (Effic). Toimintatavoista varsinkin avun saaminen osaston sisällä sekä tiimityö nousivat vahvuuksiksi. Tietojärjestelmän käyttö omaisten tietojen löytymisen mahdollistajana sekä selkeät hoitokertomus-mallit toimivat vahvuuksina potilaita kotiuttaessa. Heikkouksina hoitohenkilökunta koki vähäiset resurssit, osaamisen heikkoudet, päätöksenteon sekä toimintatapojen ongelmat. Resurssi-ongelmina hoitohenkilökunta näki kiireen sekä ajankäytön ongelmat. Potilaan ohjaaminen, potilaan tunteminen sekä yhteydenotot useisiin eri numeroihin olivat hoitohenkilökunnan mielestä haastavia. Myös hiljaisen tiedon kulkemisen ja omaan arviointiin luottamisen päätöksenteossa hoitohenkilökunta koki heikkouksiksi. Mahdollisuutena nähtiin ulkopuoliset yhteydet (alueelliset kotiutusohjaajat), toimintatavat sekä tietojärjestelmän yhtenäisyys. Uhkana koettiin oman osaston ulkopuolinen toiminta, toimintatavat sekä tietojärjestelmän heikkoudet.

Päijät – Hämeen alueen kotiutusohjaajien Swot – analyysissä (liite3) vahvuuksina esiin nousivat toiminta-alueen ja palvelurakenteen tunteminen. Myös oman tiimin tunteminen ja tiimin toiminta oman palvelurakenteen sisällä koettiin vahvuutena. Heikkoutena esiin nousivat henkilöstöresurssit. Ulkoisina mahdollisuuksina pidettiin reaaliaikaista tietoa ja tietojärjestelmän käyttöoikeuksia. Myös yhteistyökumppanien tunteminen koettiin ulkoisena mahdollisuutena. Ulkoisina uhkina esiin nousivat tiedonsaantiin, osaamiseen ja resurssiin liittyvät ongelmat. Osaamiseen liittyen suurimpana uhkana nähtiin virheet, jotka liittyivät reseptien saantiin, osoitteiden oikeellisuuteen sekä lääkelistojen puutteeseen.

Swot – analyysin tuloksia käytettiin alkukartoituksena, jolla selvitettiin kotiuttamisen lähtötilanne. Analyysin avulla saatiin hyvää pohjatietoa siitä,

onko kotiuttamisen prosessia syytä lähteä kehittämään Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

## 6.2 Kyselyn tulokset

Kysely lähetettiin 304 hoitohenkilökuntaan kuuluvalle työntekijälle. Kyselyyn vastasi yhteensä 130 henkilöä. Vastausprosentti oli noin 43 %, jota voidaan pitää hyvänä tuloksena. Avoimia vastauksia, jotka täydensivät väittämiä, kertyi yhteensä 15 sivua, jotka tiivistettiin erillisiksi ryhmiksi teemoittain. Tätä aineistoa ei erikseen analysoitu laadullisilla menetelmillä, sillä aineisto oli väittämiä täydentävää, eikä sillä ollut vaikutusta tuloksiin. Seuraavassa taulukossa esitetään vastausprosenttien jakautumisen osasto-kohtaisesti.

Tauluko 2. Vastauksien jakautuminen yksiköittäin.

	n	%
Kirurgian yksikkö 61	14	10,8
Keuhkotautien yksikkö 54	9	6,9
Kirurgian yksikkö 43 – 44	28	21,5
Kirurgian yksikkö 41 – 42	20	15,4
Sisätautien yksikkö 33 – 34	20	15,4
Sisätautien yksikkö 31 – 32	18	13,9
Neurologian yksikkö 23 – 24	21	16,1
Yhteensä	130	100

Kyselyyn vastanneista suurin osa työskenteli vakituisessa työsuhteessa (76,9 %) ja oli koulutukseltaan sairaanhoitaja (88,5 %). Varahenkilöstöön kuuluvia vastaajia oli 13 (10 %). Varahenkilöstöön kuuluvalla hoitajalla työnkuva on sama kuin osastojen henkilökunnalla, mutta työpiste (osasto) voi vaihdella riippuen osastojen työntekijöiden tarpeesta. Vastaajista enemmistö (52 %) oli työskennellyt hoitoalalla yli kymmenen vuotta ja samassa yksikössä yli kymmenen vuoden ajan (34,7 %). Vastaajista 121 (93,1 %) oli kotiuttanut ikääntyneen potilaan. Ne vastaajat, jotka eivät ol-

leet kotiuttaneet potilasta siirtyivät automaattisesti kyselyn loppuun, vastaamaan paljon palveluita käyttävän asiakkaan tunnistamiseen. Seuraavassa taulukossa ilmenee kyselyn taustamuuttujat.

Taulukko 3. Kyselyyn osallistuneiden taustamuuttujat tässä aineistossa.

	N	%
<b>Koulutus</b>		
Sairaanhoitaja	115	88,5
Lähihoitaja	15	11,5
<b>Työsuhde</b>		
Vakituinen	100	76,9
Määräaikainen	30	23,1
<b>Kuulun varahenkilöstöön</b>		
Kyllä	13	10
Ei	117	90
<b>Kokonaistyövuodet hoitoalalla</b>		
Alle 1	6	4,6
2-3	17	13,1
4-6	15	11,5
7-10	25	19,3
Yli 10	67	51,5
<b>Työvuodet yksikössä</b>		
Alle 1	18	13,8
2-3	23	17,7
4-6	28	21,5
7-10	16	12,3
Yli 10	45	34,7
<b>Oletko kotiuttanut iäkkään potilaan</b>		
Kyllä	121	93,1
Ei	9	6,9

### 6.2.1 Paljon palveluita käyttävä ikääntynyt asiakas

Kyselyn aluksi haluttiin selvittää, minkälaisena hoitohenkilökunta kokee eri yksiköissä asioivan, paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan. Avoimeen kysymykseen saatiin 103 vastausta, jotka ryhmiteltiin osastoit-  
tain. Vastauksista ilmeni, että jokaisella osastolla paljon palveluita käyttävä

ikäkääntynyt asiakas on monisairas ja usein myös muistiongelmainen. Vastauksista yli puolessa (56 %) mainittiin monisairaus. Muistiongelman mainitsi 33 % vastaajista. Monisairaalla potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka sairastaa diabetesta ja/tai verenpainetautiä sekä omaa korkeat kolesteroliarvot. Hoitohenkilökunta kokee, että paljon palveluita käyttävä asuu yksin tai huonokuntoisen puolison kanssa ja hänellä on käytössään jokin apuväline. Usein myös kotiin annettavat palvelut ovat maksimimääräiset. Joissain tapauksissa myös alkoholin kulutus on suurta. Seuraavassa taulukossa eritellään vastaukset osastoittain.

Taulukko 4. Paljon palveluita käyttävät osastottain.

Kir 61	Keu 54	Kir 43 - 44	Kir 41 - 42	Sis 33 - 34	Sis 31 - 32	Neu 23 - 24
Monisairas	Monisairas	Monisairas	Monisairas	Monisairas	Monisairas	Monisairas
Muistisairas	Muistisairas	Muistisairas	Muistisairas	Muistisairas	Muistisairas	Muistisairas
Haavahoidot	Keuhkosairaus	Vatsa-alueen oper.	Lonkkamurtumat	Yleistilan lasku	Sydänvaivat	Halvaantunut
	Infektiot	Avannepotilaat	Haavainfektiot	Infektiot		
			Paljon ope- roituu			

Kyselyssä selvitettiin kahdella dikotomisella kysymyksellä tunnistaako hoitohenkilökunta paljon palveluita käyttävän asiakkaan ja niitä riskitekijöitä, jotka johtavat palveluiden kasvavaan tarpeeseen ja millä keinoilla. Hoitohenkilökunnasta noin 75 % ilmoitti tunnistavansa paljon palveluita käyttävän asiakkaan ja noin 64% vastaajista tunnisti palvelujen kasvavaan käyttöön liittyvät riskitekijät. Avoimet vastaukset jaoteltiin ryhmittäin. Vastauksia voidaan tarkastella fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta. Seuraavasta taulukosta ilmenee hoitohenkilökunnan esittämiä havaintoja sekä keinoja paljon palveluita käyttävän asiakkaan tunnistamiseksi.

Taulukko 5. Paljon palveluita käyttävän asiakkaan ominaispiirteitä sekä keinoja tunnistaa asiakas.

Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Kognitiivinen	Keinoja tunnistaa
Monisairas	Pelokas	Yksinäinen	Muistisairas	Useita käyntejä
Muistisairas	Arka toimimaan		Vaativa, tietää eduista	Paksut potilaspaperit
Suurentunut avuntarve	Tarvitsee varmistelua		Käytös viittaa	Lääkärin tekstit
Apuvälineiden käyttö	Päihteiden käyttö		Haluttomuus kotiutua	Tuttu potilas
Ikä				Omaisten kanssa keskustelu
				Keskustelu
				Havainnointi
				Kokemus

## 6.2.2 Kotiuttamisen suunnittelu

Kotiuttamisen suunnittelua arvioitiin kuudella väittämällä. Enemmistö (39,7 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan melko harvoin heti potilaan saavuttua osastolle ja 3,3 % vastasi, että kotiuttamisen suunnittelua ei aloiteta koskaan heti potilaan saavuttua osastolle. Neljäsosa vastaajista arvioi, että osastoilla käytetään melko usein kotiutussuunnitelmaa potilasta kotiuttaessa. Kuitenkin lähes 16 % vastaajista ilmoitti, ettei kotiutussuunnitelmaa käytetä koskaan. Potilaan kotiutusta suunniteltaessa työskennellään usein (65,3 %) yhteistyössä potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa. Potilaan kotiuttamiseen liittyvän avuntarpeen arvioinnin selvittivät usein 63,6 % vastaajista ja toimintakykyä arvioivat usein 71,9 % vastaajista. Potilaan kotiutuksen suunnitteluun koettiin saavan melko harvoin (43,8 %) riittävästi aikaa. Strukturoidun kysymyspatteriston jälkeen vastaajille annettiin mahdollisuus täsmentää vastauksia avoimen kysymyksen avulla. Näissä vastauksissa nousivat esiin erityisesti hoitohenkilökunnan kiire ja resurssien puute. Monessa vastauksessa viitattiin myös alueellisiin kotiutushoitajiin ja heidän työnkuvaansa kartoittaa potilaan toimintakykyä ja avuntarvetta. Vastauksissa

myös toivottiin selkeitä ohjeita kotiuttamisen suunnitteluun, kuten fysioterpeuttien, kuntohoitajien ja toimintaterapeuttien yhteinen suunnitelmalo-make, jonka avulla kotiuttamista voitaisiin paremmin suunnitella. Seuraavassa taulukossa ilmenee kotiuttamisen suunnitteluun liittyvät tulokset.

Taulukko 6. Kotiuttamisen suunnitteluun liittyvien väittämien vastaajat, keskiarvo sekä keskihajonta.

<b>Arvioi kotiuttamisen suunnitteluun liittyviä väittämiä</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
Kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan heti potilaan saavuttua osastolle?	121	3,1	1,0
Osastollani on käytössä kotiutussuunnitelma potilasta kotiuttaessa	121	3,2	1,4
Potilaan kotiutusta suunniteltaessa toimin yhteistyössä potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa	121	4,6	0,7
Potilasta kotiuttaessa selvitan hänen avuntarpeensa kotona	121	4,6	0,6
Potilasta kotiuttaessa selvitan hänen toimintakykynsä pärjätä kotona	121	4,7	0,6
Minulla on riittävästi aikaa kotiutuksen suunnitteluun	121	3,0	0,9

### 6.2.3 Kotiuttamiseen liittyvä päätöksenteko

Kotiuttamiseen liittyvää päätösten tekoa arvioitiin kolmella kysymyksellä. Tuloksista selviää, että harvoin (41,3 %) potilaan kotiuttamisen ajankohdasta päätetään potilaan saapuessa osastolle. Noin 4 % vastaajista toisaalta koki, että kotiuttamisen ajankohdasta päätetään usein heti potilaan saavuttua osastolle. Hoitohenkilökunnasta noin 40 % kokee voivansa vaikuttaa melko usein kotiutuksen ajankohtaan. Melko usein (56,2 %) hoitohenkilökunta myös tunnistaa, kun potilas on kotiutuskelpoinen. Hoitohenkilökunnasta 78 % vastasi, ettei osastolla ole käytössä kotiutus kiteerejä. Myös päätöksentekoon liittyen vastaajille annettiin mahdollisuus vapaaseen sanaan avoimen kysymyksen muodossa. Näissä vastauksissa nousivat esiin kotiutus kiteerit. Vaikka yhteisiä kotiutus kiteerejä ei ole, tunnistaa osa hoitohenkilökunnasta kirjoittamattomat ohjeet kotiutus kuntoon liittyen.



Lyhyiden hoitoaikojen ja laajan potilasmateriaalin vuoksi yhtenäisten käytäntöjen sopiminen ajatellaan haastavaksi. Toisaalta Leiko- potilaiden kotiutus suunnitellaan jo tulovaiheessa ja kotiuttaminen pyritään järjestämään mahdollisimman nopeasti. Leiko – mallissa potilas tulee sairaalaan leikkauspäivän aamuna. Seuraavassa taulukossa ilmenee kotiutuspäätöksiin liittyvät tulokset.

Taulukko 7. Kotiutuspäätösten tekoon liittyvien väittämien vastaajat, keskiarvo sekä keskihajonta.

<b>Arvioi kotiutuspäätösten tekoon liittyviä väittämiä</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
Kotiutumisen ajankohdasta päätetään, kun potilas saapuu osastolle	121	2,4	1
Voin vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan	121	3,3	0,9
Tunnistan, milloin potilas on kotiutuskelpoinen	121	4,3	0,6

#### 6.2.4 Kotiuttaminen toimintana

Kotiuttamista toimintana arvioitiin 22 väittämällä. Melko usein (54,5 %) hoitohenkilökunta aloittaa potilaan ohjaamisen ja opettamisen hyvissä ajoin ennen kotiuttamisen ajankohtaa. Ja melko harvoin ohjaamisen aloittaa 11,6 % vastaajista. Tiedonkulku koetaan melko usein (63,6 %) sujuvana organisaatioiden välillä. Myös tiedonkulku osaston sisällä koetaan melko usein (76,9 %) sujuvana, samoin kuin tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä (68,6 %). Kotiapujen järjestämisen omaksi vastuukseksi tunnistaa melko usein 35,5 % vastaajista. Kuitenkin 4,1 % vastaajista kokee, ettei kotiapujen järjestäminen ole heidän vastuullaan. Potilaalle annettavaa lääkehoidon ohjausta toteuttaa 45,4 % vastaajista usein ja 41,3 % melko usein. Ruokavalio-ohjausta antaa vastaajista melko usein 51,2 % ja usein 28,1 %. Jatkohoitoon liittyvää ohjausta usein antaa vastaajista enemmistö (56,2 %) ja melko usein 38 %.

Melko usein (47,1 %) hoitohenkilökunta myös kokee keskustelelevansa riittävästi potilaan kanssa kotiuttamiseen liittyvistä asioista. Kotiuttamisen

osaston kirjallisten toimintaohjeiden mukaan tekee melko usein 39,2 % vastaajista ja noin 14 % ei koskaan kotiuta potilasta osaston kirjallisten toimintaohjeiden mukaan. Usein (43,8 %) tai melko usein (52,9 %) vastaajat kannustavat potilaita kotiin siirtymisessä. Samoin hoitohenkilökunta huolehtii usein (57 %) potilaan turvallisesta kotiin siirtymisestä. 50 % vastaajista kannustaa melko usein omaisia osallistumaan potilaan kotiuttamiseen. Omaisilla on myös melko usein (57 %) mahdollista keskustella hoitohenkilökunnan tai lääkärin kanssa potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa ja melko usein (47,1 %) omaisilla on myös mahdollisuus osallistua yhdessä potilaan kanssa ohjaustilanteeseen vuodeosastojakson aikana.

Kotiuttamisen tukena käytettävää tarkistuslistaa ei käytä vastaajista koskaan 36,3 % ja toisaalta taas usein tarkistuslistaa käyttää 14,8 % vastaajista. Melko harvoin (45,4 %) ja harvoin (23,1 %) koetaan saavan riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen ja opettamiseen. Vastaajista kukaan ei koe usein saavansa riittävästi aikaa ja melko usein aikaa kokee saavansa riittävästi 30,6 % vastaajista. Tarpeellinen määrä henkilökuntaa eri ammattiryhmistä osallistuu vastaajien mielestä melko usein (56,2 %) potilaan kotiuttamisvalmisteluihin ja suurin osa vastaajista (60 %) kokee myös, että potilasta kotiuttaessa eri ammattiryhmät toimivat melko usein sovittujen vastualueidensa mukaisesti. Hoitohenkilökunta kokee, että potilaalla on melko usein (46,3 %) mahdollisuus viipyä osastolla niin kauan kuin se hänen sairautensa ja toipumisensa kannalta on tarpeen. Vastaajista enemmistö (59,5 %) tekee usein hoitotyön yhteenvedon kotiutuvalla potilaalla, mutta toisaalta taas 17,4 % vastaajista ei koskaan tee hoitotyön yhteenvedoa. Potilastietojen siirtyminen jatkohoitoon koetaan melko usein (61,2 %) joustavana.

Avoimen kysymyksen vastauksissa esiin nousivat henkilökunnan kiire ja resurssien puuttuminen. Tämä näkyy varsinkin ohjaukseen käytettävässä ajassa. Myös tarkastuslistan korostui vastauksissa, sillä osalla kyselyyn osallistuneista osastoista tarkastuslistaa käytetään kotiuttamisen apuna ja osalla osastoista ei. Sama käytäntö ilmenee myös hoitotyön yhteenvedojen suhteen, sillä jokaisella osastolla ei täytetä jokaisesta kotiutuvasta yhteen-

vetoa, ja joillakin osastoilla yhteenveto tehdään kaikista kotiutuvista. Yhteistyön merkitys nousi esiin myös avointen vastausten kautta. Varsinkin alueelliset kotiutusohjaajat nähdään ammattitaitoisina. Seuraavassa taulukossa esitetään kotiuttamisen toimintaan liittyvät vastaukset.

Taulukko 8. Kotiuttamisen toimintaan liittyvät vastaajat, keskiarvo sekä keskihajonta.

Arvioi kotiuttamisen toimintaan liittyviä väittämiä	N	Mean	SD
Aloitan potilaan ohjaamisen ja opettamisen hyvissä ajoin ennen kotiuttamisajankohtaa	121	3,7	0,8
Tiedonkulku organisaatioiden välillä on sujuvaa potilaan kotiutusprosessin aikana	121	3,7	0,7
Kotiapujen järjestäminen on vastuullani	121	3,8	1,1
Annan potilaalle ohjausta lääkehoidon toteuttamiseksi kotona	121	4,3	0,8
Keskustelen riittävästi potilaan kanssa kotiuttamiseen liittyvistä asioista	121	3,8	0,9
Kotiutan potilaan osaston kotiuttamista koskevien kirjallisten toimintaohjeiden mukaisesti	121	3,5	1,3
Kannustan potilasta kotiin siirtymisessä	121	4,4	0,6
Huolehdin potilaan turvallisesta siirtymisestä sairaalasta kotiin	121	4,5	0,6
Kannustan potilaan omaisia hoitoon osallistumisessa	121	4	0,8
Omaisten on mahdollista keskustella hoitohenkilökunnan tai lääkärin kanssa riittävästi potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa	121	3,8	0,7
Kotiuttaessa käytän apuna tarkastus (tsek) -listaa	121	2,7	1,5
Minulla on käytettävissä riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen ja opetukseen	121	3	0,8
Potilaan kotiuttamisvalmisteluihin osallistuu tarpeellinen määrä henkilökuntaa eri ammattiryhmistä	121	3,7	0,7
Tiedonkulku sairaalan eri ammattiryhmien välillä on sujuvaa potilaan kotiutusprosessin aikana	121	3,7	0,6
Potilasta koskevat tiedot siirtyvät joustavasti potilaan kotihoidosta vastaavien käyttöön	121	3,8	0,7
Tiedonkulku osaston sisällä on sujuvaa potilaan kotiutusprosessin aikana	121	4	0,6
Annan potilaalle ohjausta koskien ruokavalion noudattamista ja nestetarkkailua, mikäli se on hänen sairautensa kannalta tärkeää	121	4,1	0,7
Teen jokaiselle kotiutuvalla potilaalla hoitotyön yhteenvedon hoitajaksosta	121	3,8	1
Potilasta kotiuttaessa eri ammattiryhmät toimivat sovittujen vastuualueidensa mukaisesti	121	4,1	1,6
Annan potilaalle ohjausta koskien jatkohoitoa (haavan hoito, injektiot, jatkotutkimukset ja -kontrolli, mihin ottaa yhteyttä voiminnon tuntuessa)	121	4,5	0,7
Omaisilla on mahdollisuus osallistua potilaan kanssa yhdessä potilaan ohjaustilanteeseen vuodeosastojakson aikana	121	3,8	0,6
Potilas voi viipyä osastolla niin kauan kuin se hänen sairautensa ja toipumisensa kannalta on tarpeen	121	3,6	0,8

### 6.2.5 Kotiuttamisen arviointi

Kotiuttamisen arviontiin vastattiin monivalintakysymyksellä, jossa oli 12 vaihtoehtoa ja vastaajalla oli mahdollisuus valita kolme mielestään tärkeintä. Tärkeimmäksi syyksi sairaalaan paluulle hoitohenkilökunta arvioi yleiskunnon laskemisen paljon palveluita käyttävällä iäkkäällä potilaalla. Akuutti infektio nähtiin toiseksi tärkeimpänä ja uusi sairaus kolmanneksi tärkeimpänä syynä. Myös kotiutuminen kuntoon nähden liian aikaisin sekä yksinäisyys ja pelko ilmenivät vastauksissa. Hoitohenkilökunta kokee, että kotiuttaminen oikeaan aikaan (87,6 %) vaikuttaa onnistuneeseen kotiuttamiseen samoin kuin hyvä ohjaus ennen kotiuttamista (81,8 %) ja hoidon jatkuvuus (56,2 %). Alla olevasta taulukosta selviää vastausten jakaantuminen.

Taulukko 9. Paluun syitä osastolle henkilökunnan arvioimana.

Mikä on kokemuksesi potilaan paluun syystä uudelleen osastolle?	%
Yleiskunnon laskeminen	88,4
Akuutti infektio	65,3
Kotiutunut kuntoon nähden liian aikaisin	34,7
Ei ole reseptiä/väärä resepti	1
Ei ole ymmärretty kotihoito-ohjeita	8,3
Uusi sairaus	38
Totuttu tapa	7,4
Huomionhaku	4,1
Yksinäisyys/Pelko	30,6
Puoliso hoidossa (potilas jää muuten yksin)	0
Suunniteltu pääsy jatkohoitoon ei ole onnistunut	6,6
Muu, mikä?	15,7

Onnistuneen kotiuttamisen tekijöiksi hoitohenkilökunta arvioi potilaan kotiuttamisen oikeaan aikaan (87 %), hoidon jatkuvuuden (56 %) sekä hyvän ohjauksen ennen kotiutusta (82 %). Hoitohenkilökunta kokee, että heillä tulee olla riittävästi aikaa paneutua kotiutukseen kokonaisuudessaan. Vä-

hiten merkitystä onnistuneeseen kotiutukseen hoitohenkilökunta arvioi olevan pysyvällä lääkäri – suhteella (5 %), kotiuttamisen keskittämällä yhdelle hoitajalle (7 %) sekä kotiutuksen tarkistuslistan käytöllä (8 %).

#### 6.2.6 Hoitohenkilökunnan käsitys osaamisesta koskien kotiuttamista

Alkukartoituksena tehdyssä Swot – analyysissä nousi vahvasti esiin heikkoutena hoitohenkilökunnan osaaminen koskien kotiuttamista. Tämän takia kyselyyn liitettiin osio, jossa vastaajat arvioivat omaa osaamistaan 13 kysymyksellä. Vastaajista suurin osa, 66,9 % arvioi osaavansa kotiuttaa potilaan hyvin ja 28 % erinomaisesti. Perehdytyksen hyvin potilaan kotiuttamiseen oli saanut mielestään 33 % vastaajista ja huonosti 20 % vastaajista. Kotiuttamiseen tarvittavaa tietoa Yhtymän intranetistä löytää vastaajista kohtalaisesti noin 35 % ja erinomaisesti noin 5 %. Kotiutuskäytännöt hyvin tuntee vastaajista 51,2 % ja erinomaisesti 24,8 %. Huonosti tai kohtalaisesti kotiutuskäytännöt osaavat noin 25 % vastaajista. Potilasvaatteiden löytyminen erinomaisesti onnistuu 57 % vastaajista. Potilaille tilattavan kuljetuksen osaa erinomaisesti lähes 70 % vastaajista. Kotiapujen järjestäminen hyvin sujuu noin 57 % vastaajista. 72,7 % vastaajista osaa käyttää tietojärjestelmä Efficaa erinomaisesti ja hyvin noin 24 % vastaajista. Kanta – palvelusta tiedon hakeminen onnistuu vastaajilta kohtalaisesti (38,8 %). Hoitotyön yhteenvedon kannalta oleellisten asioiden kirjaamisen kokee osaavansa hyvin noin 48 % vastaajista. Seuraavasta taulukosta selviää vastausten jakautuminen.

Talukko 10. Omaan osaamiseen liittyvät vastaajat, keskiarvo ja keskihajonta.

<b>Arvioi omaa osaamistasi kotiuttamiseen liittyen</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
Osaan kotiuttaa potilaan	121	4,1	0,6
Olen saanut perehdytyksen kotiuttaakseni ikääntyneen	121	3,2	1,1
Löydän helposti intranetistä tarvittavaa tietoa kotiuttaakseni ikääntyneen	121	2,9	1,1
Tunnen kotiutuskäytännöt	121	4	0,8
Löydän helposti potilasvaatteet ja kengät	121	4,5	0,6
Osaan tilata potilaalle kuljetuksen	121	4,7	0,5
Osaan järjestää iäkkäälle henkilölle tarvittavat kotiavut	121	4,1	0,7
Tiedän, mihin numeroon soitan järjestääkseni kotiavut	121	4,1	0,9
Osaan käyttää Efficaa/Hokea	121	4,7	0,5
Osaan etsiä tietoja Kanta-palvelusta	121	3,1	1,1
Osaan kirjata oleelliset asiat hoitotyönyhteenvetoon	121	4,3	0,7

## 7 POHDINTA

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli selvittää kotiuttamisen käytänteitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kotiuttamisen lähtökohtia selvittänyt Swot – analyysi vahvisti käsitystä siitä, että kotiuttamiseen liittyviä toimintoja tulisi kehittää sekä yhtenäistää osastoittain. Kyselyn avulla selvitettiin, minkälaisena henkilökunta kokee paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiuttamisen prosessin. Tämän työn avulla saatiin selville, mitä paljon palveluita käyttävän ikääntyneen asiakkaan kotiutuksessa tulee huomioida, jotta kotiutus onnistuu. Kehittämishankkeen tuloksena muodostui 7 kehittämissuositusta Care Manager – hankkeelle. Care Manager – hanke jatkaa kotiutusprosessin kehittämistä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Vastauksien perusteella voidaan myös aloittaa kriteerien luominen paljon palveluita käyttävän asiakkaan tunnistamiseksi.

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Yhteenvedon voidaan todeta enemmistön vastaajista työskentelevän vakituisessa työsuhteessa sairaanhoitajana. Jokaisesta yksiköstä saatiin vähintään 33 % suuruinen vastausprosentti ja eniten vastauksia antanut yksikkö (50 % henkilökunnasta) palkittiin kakkukahveilla. Enemmistö vastaajista oli työskennellyt hoitoalalla yli 10 vuotta (52 %). Tämä osoittaa, että pitkään ammatissa työskennellyt hoitohenkilökunta on kiinnostunut oman työnsä kehittämisestä. Alle vuoden hoitoalalla työskennelleitä oli vastaajista 4,6 % mikä voi viitata siihen, että vasta valmistunut hoitaja on vielä perehtymässä yksikön toimintatapoihin eikä näin ollen ota kantaa tämän kaltaiseen kyselyyn kokemustiedon puuttuessa.

Kyselyssä tarkasteltiin myös varahenkilöstön kokemuksia kotiuttamisen prosessissa. Varahenkilöstön osuus vastaajista oli 10 %. Varahenkilöiden käsityksiä kotiuttamisesta haluttiin selvittää, jotta saatiin selville, eroaako kotiuttamisen prosessi yksiköittäin. Enemmistö lähes 80 % varahenkilöstöstä koki, että kotiuttamisen käytännöt eroavat osastoittain. Näiden tulosten myötä on suositeltavaa, että vuodeosastojen kotiuttamisen toimintaa yhtenäistetään. Tulevaisuudessa mahdolliset muutokset vuodeosastojen

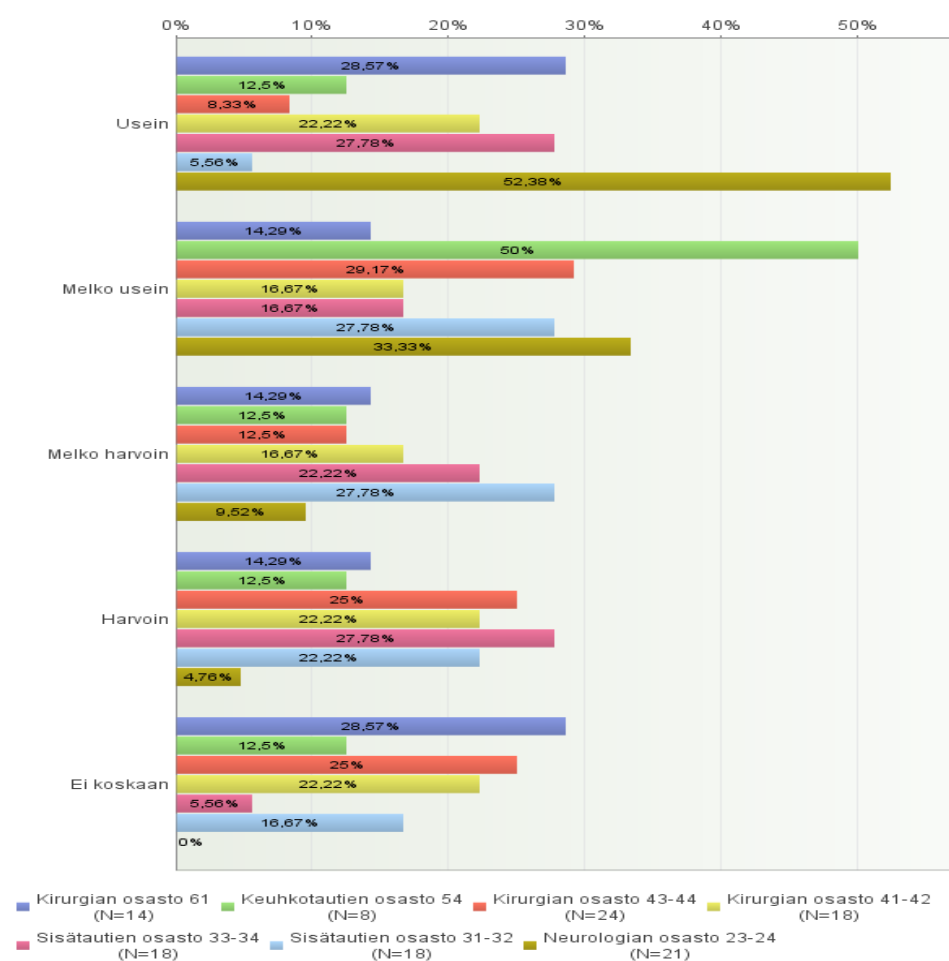


toiminnassa ohjaavat kehitystä. Tällöin kotiuttamisen toiminta vuodeosastojen kesken ei eroa toisistaan ja työskenteleminen erikoisalasta riippuen on samansuuntaista periaatteiltaan.

Terveyspalveluiden käytön ennakoivia tekijöitä on tarkasteltu useissa tutkimuksissa. Näistä palveluiden käyttöön liittyvistä ennakoivista tekijöistä muodostetun mallin avulla voidaan poimia muutamia tekijöitä, kuten ikä, sukupuoli, koulutus ja terveystottumukset. Myös palveluiden saavutettavuus, yksin asuminen ja läheisten läsnäolo vaikuttavat palveluiden käyttöön. Kuitenkin yksilön oma käsitys terveydestä ja toimintakyvystä määrittelevät pitkälti palveluihin hakeutumisen. (Hammar 2008, 34.) Tässä aiheistossa nousivat esiin ne tekijät, jotka hoitohenkilökunta erottaa mahdollisina paljon palveluita käyttävän asiakkaan riskitekijöinä. Näitä ovat muun muassa monisairastavuus, muistiongelmät, runsas apuvälineiden tarve, avuntarve osastohoidossa sekä kotiin annettavien palveluiden määrä. Kuitenkin työkokemuksen mukana tuoma ymmärrys hoidon jatkuvuudesta sekä taito haastatella potilasta toimivat riskitekijöitä kartoittaessa merkittävänä ominaisuuksina.

Tässä kehittämishankkeessa kotiuttamista tarkasteltiin Gardner, Arve & Kiviniemen (2002, 7) esittämän kotiutusprosessin neljän eri vaiheen avulla. Kotiuttamisen suunnitteluun liittyvissä väittämissä keskiarvot (Ka) vaihtelivat arvojen 3, 12 – 4, 66 välillä. Keskihajonta, eli se, miten kaukana yksittäinen havainto sijaitsee keskiarvosta, oli suunnitteluun liittyen 1, 2. Mitä pienempi arvo on, sen lähempänä vastaus ovat keskiarvoa. (Vilkkä 2007, 124.) Eniten hajontaa ilmeni kysymyksessä 2 (Osastollani on käytössä kotiutussuunnitelma potilaita kotiuttaessa). Sitä, miksi hajontaa esiintyi, voidaan tarkastella osastojen välisten tulosten avulla. Tuloksista selviää osastokohtaiset erot. Neurologian osastolla (52 %) ja keuhkotautien osastolla (50 %) käytetään usein tai melko usein kotiutussuunnitelmaa kotiuttamista suunniteltaessa. Seuraavassa taulukossa havainnoidaan tätä tekijää.

Taulukko 11. Kotiutussuunnitelman käyttö yksiköittäin.



Useassa kotiuttamiseen liittyvässä tutkimuksessa (Pöyry & Perälä 2003, 15 -16; Lämsä 2013, 105; Koponen 2003, 18) ilmenee, että kotiuttamisen suunnittelu tulisi aloittaa heti potilaan saavuttua osastolle. Tässä aineistossa kuitenkin selviää, että Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan melko harvoin (Ka 3, 1) heti potilaan saavuttua osastolle. Kotiutusta suunniteltaessa potilaan toimintakyvyn arviointi sekä palvelutarpeen arviointi on tärkeää. (Pahikainen 2000, 21; Salomaa 2004, 30). Tässä kyselyssä ilmenneiden tulosten myötä voidaan todeta Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan selvittävän usein sekä potilaan avuntarpeen (Ka 4, 6) että potilaan toimintakyvyn (Ka 4, 7). Avuntarpeen ja toimintakyvyn arviointi ovat keskeisiä toimia suunniteltaessa paljon palveluita käyttävän

potilaan jatkohoitoa. Henkilökunta kuitenkin kokee (Ka 3, 2), että heillä on melko harvoin riittävästi aikaa kotiutuksen suunnitteluun.

Kotiuttamisen päätöksentekoon liittyviä väittämiä oli kolme, joiden keskiarvot vaihtelivat välillä 2, 4 – 4, 34. Päätöksentekoon liittyvissä väittämissä keskihajontaa kuvaava arvo oli 1, 1. Merkittävää syytä korkeahkolle arvolle ei ilmennyt. Suurinta vaihtelua esiintyi ensimmäisessä kysymyksessä. Kotiuttamisen ajankohdasta päättämiseen liittyy usein arvio potilaan kokonaisvaltaisesta voinnista. Sairauteen liittyvät voinninvaihtelut voivat toimia yhtenä estävänä tekijänä kotiuttamisen ajankohtaa päätettäessä. Kirurgian osasto 41 -42 pyrkii kotiuttamaan tekonivelpotilaat kolmantena päivänä leikkauksesta. (Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2016c). Vastauksista selviää, että ainoastaan Kirurgian osastolla 41 -42 kotiuttamisen ajankohdasta päätetään usein potilaan tullessa osastolle. Potilaan kotiutuspäätöksen Päijät-Hämeen keskussairaalassa tekee aina lääkäri, mutta hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus melko usein (Ka 3,3) vaikuttaa potilaan kotiuttamisen ajankohtaan. Vastauksista ilmenee, että sitä, minkä kuntoisena potilas voi kotiutua, ei ole erikseen listattu vuodeosastoilla, eikä osastoilla erikseen ole olemassa luotuja kotiutuskriteereitä, mutta hoitohenkilökunta tunnistaa melko usein (Ka 4.34), milloin potilas on kotiutuskelpoinen. Vastauksissa ei ilmennyt eroja suhteessa kokonaistyövuosiin.

Jälkeenpäin vastauksia analysoidessa huomattiin, että väittämiin olisi voitu lisätä kysymys kotiutuspäätöksen tekemisestä vähintään vuorokausi ennen suunniteltua kotiutusta. Tällä olisi saatu selville osastojen välisiä eroja kotiutuspäätöksiin liittyen.

Kotiutusta toimintana arvioitiin 21 väittämällä, joiden keskiarvot vaihtelivat 2, 65 – 4, 54 välillä. Keskihajontaa kuvaava arvo näissä väittämissä oli 1, 1. Arvoa nosti kysymysten 11 (käytän tarkistuslistaa kotiuttamisen apuna) ja 18 (teen jokaisesta kotiutuvasta hoitotyön yhteenvedon) vastaukset. Potilaan ohjaukseen ja opetukseen liittyviä väittämiä oli kuusi (6). Kotiuttamiseen liittyvää ohjausta on tutkittu Suomessa jonkin verran ja ohjausta itsessään paljon. Onnistuneen kotiutuksen yhtenä lähtökohtana voidaan pitää onnistunutta potilasohjausta, joka huomioi sekä potilaan että omaiset

(Muurinen ym. 2016, 9). Vastausten perusteella voidaan todeta, että Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla potilaan ohjaaminen, omaisten mukaanottaen, kotiuttamista edistävänä tekijänä toteutuu usein. Tässä aineistossa ilmeni, että hoitohenkilökunta aloittaa melko usein (Ka 3, 7) potilaan ohjaamisen hyvissä ajoin ennen kotiuttamisen ajankohtaa ja omaisilla on melko usein (Ka 3,8) mahdollisuus osallistua potilaan kanssa yhdessä ohjaustilanteeseen. Tulokset tukevat onnistuneen kotiuttamisen edellytystä Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla. Melko harvoin (Ka 3,1) hoitohenkilökunta kokee saavansa riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen. Tulos on samansuuntainen suhteessa aiemmin tutkittuun (vrt. Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 130) ja kertoo työtehtävien lisääntymisestä sekä resurssien vähenemisestä. Potilaalla on melko usein (Ka 3,6) myös mahdollisuus viipyä osastolla niin pitkään, kun se hänen sairautensa kannalta on tarpeellista

Aineistossa tiedonkulku sekä organisaatioiden välillä (Ka 3,7), ammattiryhmien välillä (Ka 3,7) että osaston sisällä (Ka 4) koettiin melko usein sujuvana kaikilla osastoilla. Tulokset eroavat muista tutkimuksista, joissa useissa tiedonkulun on todettu olevan kotiuttamisen ongelmakohtia. (vrt. Kuusisto ym. 2014, 312; Pahikainen 2000, 64; Pajari 2004, 74; Olsen ym. 2013, 2964). Tulokseen voi vaikuttaa sähköisten hoitokertomusten käyttö, sekä hoitotyön suunnitelman sisällön jatkuva kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

Hoitotyön yhteenvedon merkityksen tärkeyttä hoidon jatkuvuuden turvaajana tutkineet Kuusisto ym. (2014, 310) toteavat yhteenvedon tukevan hoidon jatkuvuutta. Tässä aineistossa käy kuitenkin ilmi, että Päijät-Hämeen Keskussairaalassa hoitotyön yhteenvedon tekemiselle ei ole olemassa yhtenäistä sovittua käytäntöä. Tuloksista ilmenee, että neljällä osastolla (Kir 61, Kir 43 – 44, Kir 41 – 42 ja Neu 23 – 24) yhteenveto tehdään usein ja kolmella osastolla (Keu 54, Sis 31 – 32 ja Sis 33 – 34) ei koskaan.

Myös tarkastuslistan käytön eroavaisuudet onnistuneen kotiutuksen edistäjänä ilmenivät aineistossa. Tulosten tarkastelu osoittaa, että kirurgian osastolla 61, sisätautien osastolla 33 – 34 ja neurologian osastolla 23 – 24

käytetään tarkastuslistaa usein potilaita kotiuttaessa, kun taas kirurgian osastot 41 – 42 ja 43 – 44 ja keuhkotautien osastolla 54 ei kotiuttamisen tarkastuslistaa käytetä joko koskaan tai harvoin. Swot – analyysin yhteydessä arvioitiin, että tarkastuslista (liite1) palvelee vain kokenutta työntekijää. Kotiuttamiseen nähdään liittyvän paljon myös muistitietoon liittyviä elementtejä, jolloin on muistettava, muun muassa milloin potilas siirtyy Kelataksilla ja milloin potilaalle kirjoitetaan siirtomääräys? Tällöin tarkastuslistassa oleva kohta: “taksilappu asiakkaalle” ei palvele osaston uutta työntekijää. Ulkopuolelta tuleviin muuttuviin toimintatapoihin on hankala puuttua, mutta silti osastojen väliset yhteiset käytänteet voisivat toimia kotiuttamisen onnistumista parantavana tekijänä.

Onnistuneen kotiuttamisen tekijöiksi hoitohenkilökunta määritteli potilaan kotiuttamisen oikeaan aikaan, hoidon jatkuvuuden sekä hyvän ohjauksen. Toisaalta vähiten merkitystä he näkivät tarkistuslistan käytöllä sekä kotiuttamisen keskittämällä yhdelle hoitajalle. Mahdollista on, että tarkastuslistan käyttö ei ole tuttu työväline, jolloin sitä ei osata arvostaa onnistuneen kotiutuksen tekijänä. Samoin vain yhdellä osastolla oli kyselyn aikaan keskitetty kotiutushoitaja, joten tämän vakiintuneen käytännön arvioiminen muiden osastojen hoitohenkilökunnan suhteen voi olla haastavaa.

Paljon palveluita käyttävän asiakkaan tunnistamisessa ilmeni selviä eroja suhteessa kokonaistyövuosiin. Lähes kaikki yli 10 vuotta hoitoalalla työskennelleet tunnistivat paljon palveluita käyttävän asiakkaan, verrattuna sekä alle 1 vuotta, että 2 -3 vuotta hoitoalalla työskennelleisiin, joista puolet tunnistaa, ja puolet ei tunnista paljon palveluita käyttävää asiakasta.

Henkilöstön taito-, tieto- ja valmiustaso ovat yhteydessä asiakkaiden saamien palveluiden laatuun. Työelämä asettaa henkilöstölle työn tekemiseen ja kehittämiseen liittyviä osaamisvaatimuksia, joihin ammattitaitoinen henkilöstö vastaa hankkimallaan kompetenssilla. (Grönroos & Perälä 2006, 484.) Alkukartoituksena tehty Swot – analyysi vahvisti käsitystä siitä, että osaamisen kehittämistä tulee vahvistaa. Hoitohenkilökunnan tekemässä swot – analyysissä heikkoutena esiin noussut osaamisen puute esiintyi kuitenkin kyselyn vastauksissa vahvuutena. Kyselyn vastauksista ilmeni,

että hoitohenkilökunta kokee osaavansa kotiuttaa potilaan hyvin (66,9 %), mutta silti noin 48 % vastaajista kokee tarvitsevänsä lisää koulutusta parantaakseen omaa osaamista koskien kotiuttamista. Vastauksista ilmeni, että hoitohenkilökunta toivoo saavansa koulutusta liittyen KANTA – palveluun sekä tarkistuslistan käyttöönotossa. Koulutusta toivottiin myös yhteistyötahojen toiminnasta ja mahdollisuuksista. Jatkossa hoitohenkilökunnan osaamista tulee kehittää, sillä uuden Hyvinvointikuntayhtymän muodostumisen myötä Päijät- Hämeen keskussairaalassa uudelleen organisoidaan vuodeosastojen toimintaa, jolloin erikoisalojen potilaita voidaan hoitaa millä tahansa osastolla. Tämä tarkoittaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta sitä, että on oltava tietoa kaikista erikoisalojen hoitokäytännöistä.

Tuloksissa ei ilmennyt eroja työkokemusvuosilla (alle 1, 2-3 4-6, 7-10 yli 10) suhteessa siihen, kokeeko hoitohenkilökunta saavansa riittävästi aikaa kotiutuksen suunnitteluun. Työvuodet eivät myöskään vaikuttaneet hoitohenkilökunnan kykyyn tunnistaa, milloin potilas on kotiutuskelpoinen. Tarkastellessa työkokemusvuosia suhteessa väittämiin voidaan havaita, että työkokemuksella ei näytä olevan merkitystä kotiutuksen prosesseissa hoitohenkilökunnan mielestä.

## 7.2 Eettisyyden arviointi

Terveydenhuollon kehittämishankkeisiin liittyy erityisesti vastuu eettisyydestä. Vaikka lainsäädännöllä pyritään suojaamaan yhteisöä ja yksilöä koskevia oikeuksia on kehittäjän huomioitava eettisyys sitoutuessaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Toiminnan tulee olla arvokasta ja yksilöä kunnioittavaa, päämääränä aina asiakkaan hyvä. Suunnitelmavaiheessa on pohdittava valintoja ja rajauksia myös eettisyyden näkökulmasta. Luotettavuudesta huolehditaan teoretietoa hankkiessa. Lähdetietoa tarkastellaan kriittisesti. (Heikkilä ym. 2008, 43 - 44.) Tämän kehittämishankkeen kysely perustui tutkittuun tietoon ja tiedon osalta huolehdittiin siitä, ettei se ollut vanhentunutta. Kotiuttamiseen liittyen tutkimuksia oli saatavilla suhteellisen vähän. Tiedon haussa rajaus tehtiin koskemaan vain vuotta 2005

uudempia tutkimuksia. Kuitenkaan kotiuttamiseen liittyen ei löytynyt kattavasti Suomalaisia tutkimuksia, joten mukaan otettiin muutama vanhempi tutkimus. Terveysalalla eri maiden kulttuuriset erot näkyvät hoitotyön käytänteissä. Suomalaista tutkimusaineistoa voidaan pitää luotettavana, mutta ulkomaalaisissa tutkimustuloksissa täytyy huomioida kulttuuriset sekä erot sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmässä.

Tiedonkeruuvaiheessa kehittämishankkeen toteuttajan vastuulla on oikeudenmukainen kohtelu sekä vastuu tiedon jakamisesta. Tässä hankkeessa kyselytutkimus suunnattiin koskemaan hoitohenkilökuntaa ja opinnäytetyön tekijä tiedosti, että hoitohenkilökunnalla oli oikeus kieltäytyä kyselyyn vastaamisesta. Kehittäjä huolehti asianmukaisten lupien hankinnasta. Kysymyksienasettelussa huolehdittiin, etteivät ne ole johdateltavissa olevia ja kysely esitettiin kriittisillä vastaajilla. (Mäkinen 2006, 92 - 93). Kysely jaettiin sähköpostilla ja siihen vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Jokainen vastaaja sai kyselyn saatekirjeen, jossa kerrottiin kyselyn tarkoitus. Tällä varmistettiin, että vastaaja ymmärsi, mihin on vastaamassa. Kyselyn aikana tehtiin kaksi muistutusilmoituksia, jossa muistuteltiin kyselyn saaneita vastaamaan. Mahdollisimman kattavan vastausprosentin saamiseksi palkittiin eniten vastauksia antanut yksikkö kakkukahveilla. Toisaalta kehittämishankkeen tekijä olisi voinut palkita kolme vastaajaa arpomalla, jolloin vastauksia olisi voitu saada enemmän, mutta silloin vastaajien anonymiteetti olisi kärsinyt.

Tulosten vastaukset analysoitiin rehellisesti, niitä muuttamatta. Vastaukset analysoitiin suoraan Webropol – sovelluksella sekä tietyltä osin SPSS – ohjelmistolla. SPSS- ohjelmistoon vastaukset siirrettiin suoraan Webropol – sovelluksesta. Tulosten analysoinnissa huolehdittiin vastaajien anonymiteetistä eikä vastauksia annettu ulkopuolisten tutkittavaksi. Tämän kehittämishankkeen edustajan on luotettava myös, että toimeksiantaja toimii jatkossa eettisesti käyttäessään Webropol – sovellusta, mikäli jatkaa vastausten analysointia.

### 7.3 Kyselyn luotettavuuden arviointi

Kehittämishankkeen onnistumiseen vaikuttaa kyselytulosten luotettavuus. Tässä hankkeessa kyselyn luotettavuutta tarkastellaan määrällisen menetelmän osalta reliabiliteetin eli pysyvyyden ja validiteetin eli pätevyyden avulla. Kyselyn validiteettia eli sitä, mittaako mittari sitä, mitä sen on tarkoitus mitata, voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. (Vilkko 2007, 150.)

Tässä hankkeessa kotiuttamista tarkasteltiin useasta eri näkökulmasta, kuten prosessina sekä onnistuneena, että epäonnistuneena kotiuttamisena. Kirjallisuuteen ja tutkittuun teoriaan pyrittiin tutustumaan mahdollisimman laajasti. Tämän jälkeen ilmiö pyrittiin määrittelemään selkeästi, jonka jälkeen muodostettiin kyselyyn liittyneet väittämät. Summamuuttujat muodostuivat tutkitun teorian pohjalta.

Tässä kyselyssä validiteettia tarkasteltiin jo kyselyä laadittaessa ja sen esitestaus vaiheessa. Kyselyn esitestauksessa ilmenneet, kysymyksiin liittyvät muutoseikat, muutettiin ennen kyselyn lähettämistä hoitohenkilökunnalle. Kyselyn luotettavuutta lisää osittain sen aikaisempi käyttö Pro Gradu – tutkielmassa.

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltava ulkoinen validiteetti jää vähäiseksi, sillä vastauksia ei voi yleistää valtakunnallisesti. Jokaisen sairaalan eri vuodeosastoilla on erilaiset toimintamallit, ja kuten tämän kyselyn vastauksista selviää, myös Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastojen käytännöt kotiuttamisen suhteen vaihtelivat osittain suuresti.

Tutkimuksessa reliabiliteetti arvioi, ovatko tulokset pysyviä (Vilkko 2007, 149). Valitsemalla kyselyn kohderyhmäksi Päijät-Hämeen keskussairaalan kaikkien vuodeosastojen henkilökunta, saatiin selville toimintatapojen erilaisuus osastokohtaisesti. Mikäli kohderyhmänä olisi ollut vain yksi osasto, ei tätä ilmenemistä olisi havaittu. Kvalitatiivisen menetelmän käyttö mahdollisti tiedon hankkimisen laajasti. Mikäli kotiuttamista olisi tutkittu vain laadullisin menetelmin, olisi käsitys hoitohenkilökunnan kokemuksista voinut jäädä suppeammaksi. Tässä hankkeessa alkukartoituksena toiminut



Swot – analyysi tehtiin kolmelle erilaiselle osastolle (sekä konservatiivinen että operatiivinen), jotta saatiin mahdollisimman laaja näkökanta kotiuttamisen nykytilanteeseen

Kysely toteutettiin Webropol-sovelluksella ja esitestauksen jälkeen se lähetettiin sähköpostilla toimeksiantajan valitsemien vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Kyselyn ajankohta suunniteltiin niin, ettei se osuisi lomakausiin, mutta saattaa olla, että lomat olivat syynä alentuneeseen vastausprosenttiin. Työ erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla on myös hektistä, eikä aika riitä aina edes perustyöhön. Kiire ja väsymys voivat olla myös osittain syynä vähäiselle vastaajamäärälle. Myös kysymysten suuri määrä saattaa vaikuttaa osaltaan kyselyyn vastaamiseen. Saattaa olla, että hoitohenkilökunnalla olisi ollut paremmin aikaa vastata lyhyempään kyselyyn.

Kyselyn vastausprosentti haluttiin pitää mahdollisimman kattavana, minkä vuoksi kysely osoitettiin kaikille 12 vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Tässä opinnäytetyössä perusjoukon koko oli 304. Vastauksia palautui 130 kappaletta ja vastausprosentti oli 43 %. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä, sillä kehittämishankkeissa tähdätään toiminnan kehittämiseen, jolloin tutkimus nähdään yhtenä kehittämisen menetelmänä. (Heikkilä ym. 2008, 21.) Vastauksissa ei ollut yhtään poistumaa.

Mittarin johdonmukaisuutta voidaan arvioida Cronbachin alfa – arvon avulla. Arvo voi vaihdella välillä 0 – 1 ja mitä lähempänä arvo on lähellä yhtä, sitä yhdenmukaisempia kysymykset ovat keskenään. (Metsämuuronen 2003, 47.) Tässä kyselyssä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfan avulla.

Analyysi osoitti, että muuttujina olleet väittämät eivät kaikki osaltaan täydentäneet toisiaan, minkä takia yksi väittämä poistettiin aineistosta. Alla olevassa taulukossa esitetään summamuuttujien Cronbachin alfa – arvot.

Taulukko 12. Summamuuttujat kotiuttamiseen liittyen, sekä reliabiliteettiä kuvaava Cronbachin alfa – arvot.

	Väittämien lukumäärä	Cronbachin alfa
Kotiuttamisen suunnittelu	6	0,593
Kotiutus päätöksiin liittyvä	3	0,46
Kotiuttaminen toimintana	22	0,804

Kysymykset tulee muotoilla niin, että sanat ovat yksiselitteisiä ja vastajalle tuttuja. Siksi kohderyhmän tuntemus on tärkeää kyselyä muodostettaessa. Kysymysten järjestys ja johdonmukaisuus ovat tärkeitä seikkoja vastaajan kannalta. On myös huolehdittava, että kysymys kysyy vain yhtä kysymystä kerrallaan. Kysymyslomake testataan myös ennen kyselyn lähettämistä. (Vilkka 2005, 87 – 88.) Kysymykset pidettiin yksinkertaisina ja ennen kyselyn lähettämistä hoitohenkilökunnalle varmistuttiin siitä, ettei kysymyksiä voinut käsittää väärin. Tämä varmistettiin kyselyn laajalla esitetauksella. Kyselyssä käytettiin viisiportaista (5-1) Likert-asteikkoa, jossa 5 - Usein, 4 - Melko usein, 3 - Melko harvoin, 2 - Harvoin ja 1 – Ei koskaan. Asteikkona olisi voitu käyttää myös 5 - portaista Likert-asteikkoa, jossa vaihtoehdot olisivat olleet Aina-Usein-Harvoin-Ei koskaan- En osaa sanoa. Kyselyä esitettäessä tätä mahdollisuutta ei tutkittu. Saattaa kuitenkin olla, että vaihtoehtoina jälkimmäinen olisi tuonut kyselyyn erilaiset vastaukset, sillä tässä kyselyssä vaihtoehdot osuivat melko lähelle toisiaan. Vastausmahdollisuutena ei annettu: En osaa sanoa-vastausta, sillä kyselyssä haluttiin haastaa vastaajat pohtimaan kotiuttamista. Mikäli tämä vastausmahdollisuus olisi annettu, olisi voinut olla riskinä, että osa vastaajista olisi käyttänyt ”En osaa sanoa”- vastausta mahdollisuutena vastata kyselyyn nopeasti. Esitetausvaiheessa vain yksi testaaajista kommentoi ”En osaa sanoa” – vaihtoehdon puuttumista.

#### 7.4 Kehittämishankkeen arviointi

Kehittämistyön prosessia arvioidaan jatkuvasti tapaamisissa tarkastellen työn etenemistä. Tutkimus- ja kehittämisprosessi on monisyklinen vaihe, jossa toiminta etenee suunnittelun, havainnoinnin ja arvioinnin kehänä. Tutkimuksen eri vaiheet toistuvat uudelleen. Kehittämistyön arvioinnissa tarkastellaan, onko kehittämistehtävän kysymykseen saatu vastausta. Kehittämistyön arviointia tapahtuu jokaisessa syklissä ennen seuraavaa tehtävää. (Ojasalo ym. 2009, 60.) Kuten edellä mainittiin, tämä kehittämisshanke eteni syklisenä prosessina hankkeen alusta loppuun. Työn loppuarviointi riippuu siitä, miten tuloksia voidaan hyödyntää Care Manager – hankkeessa. Tämän kehittämishankkeen avulla Care Manager- hanke sai tietoa kotiuttamisen nykytilasta Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämän kehittämishankkeen alussa tehty Swot – analyysi vahvisti Care Manager- hankkeen toimijoita siitä, että kotiuttamisen prosessia tulee kehittää.

Menetelmänä toimintatutkimus oli oikea, sillä tämä kehittämishanke tehtiin vuorovaikutuksellisessa suhteessa toimeksiantajan kanssa, sekä sisälsi toimintatutkimukselle tyypillisen spiraalimaisen etenemisen. Vahva työelämälähtöisyys näkyy myös tämän kehittämishankkeen taustalla ja jatkuu tulevaisuudessa tämän kehittämishankkeen tekijän siirtyessä toimimaan kotiutusohjaajana.

Hankkeen päättyessä on huolehdittava, että toimeksiantaja vastaanottaa tulokset ja yhteenvedon. Päätösvaiheessa on syytä myös arvioida kehittämishankkeen etenemistä koko työryhmän kesken ja pohtia hankkeen onnistumista sekä toiminnan parannusehdotuksia. Loppuraportti tiivistää tehdyn työn ja esittää tarvittavat tulokset. Raportissa voidaan myös kuvata, kuka jatkossa vastaa kehittämissuositusten jatkotyöstämisestä. (Heikkilä ym. 2008, 121.) Tämä kehittämishanke päättyy siihen, kun raportti luovutetaan toimeksiantajalle. Kotiuttamisen kehittäminen kuitenkin jatkuu Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Jatkossa Care Manager – hankkeen tapaamisissa voidaan arvioida tämän kehittämishankkeen onnistumista.

Tuotetun tiedon tulisi olla käyttäjälleen hyödyllistä ja tärkein luotettavuuden mittari kehittämistoimintaa ajatellen on tulosten käyttökelpoisuus (Toikko & Rantanen 2009, 121–122). Tämän kehittämishankkeen tuloksista on koostettu raportti Care Manager – hankkeelle. Siinä tiivistetään tulokset sekä esitetään johtopäätökset ja kehittämisehdotukset. Raportti toimitetaan toimeksiantajalle, kun se on oppilaitoksen puolesta hyväksytty. Tämän kyselyn vastaukset ovat Care Manager – hankkeen vapaasti käytettävissä. Näin huolehditaan siitä, että kehittäminen ei tämän opinnäytetyön valmistumisen jälkeen lopu tässä esitettyihin ehdotuksiin, vaan kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin.

Care Manager – hanke käynnistyi tämän opinnäytetyön kanssa samaan aikaan. Tällöin hankkeessa pohdittiin kohderyhmää sekä sitä asiakaskuntaa, jotka hyötyvät eniten care manager – toiminnasta. Tällöin kohderyhmäksi valittiin yli 75 -vuotiaat ja paljon palveluita käyttävistä rajattiin pois myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaat. Prosessin edetessä käytännön työ kuitenkin osoitti, että vuodeosastoilla paljon palveluita käyttäviin kuuluu myös merkittävänä osana nuoremmat niin somaattisesti sairaat kuin mielenterveyspotilaatkin. Tämän takia Care Manager – hankkeen työryhmä päätti rajata toiminnan koskemaan jokaista ikäluokkaa, mukaan lukien päihde- ja mielenterveyspotilaat. Tämän opinnäytetyön tietoperusta sekä siihen pohjautuva kysely perustuu kuitenkin ikääntyneiden kotiuttamiseen ja oli tehty ennen tätä muutosta. Pohdittavaksi jää, olisiko kysely ollut sisällöltään toisenlainen, mikäli Care Manager – hanke olisi alun perin jättänyt rajaukset pois.

## 7.5 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tämän kehittämishankkeen lähtökohtia määritellyt Swot – analyysi kuvasi kotiuttamisen nykytilaa. Analyysissä vahvasti esiin noussut hoitohenkilökunnan kokema osaaminen kotiuttamisen heikkoutena, esiintyi osittain myös kyselyn vastauksissa. Hoitohenkilökunnasta lähes puolet koki tarvitsevansa lisäkoulutusta liittyen kotiuttamiseen.

Tuloksista voidaan todeta, että kotiuttamisen suunnitteluun liittyvät toiminnot toteutuvat usein tai melko usein Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla. Kotiutuksen suunnitteluun liittyvä ajankäyttö koetaan kuitenkin melko harvoin riittäviksi. Kotiuttamisen ajankohdasta päätetään harvoin potilaan saapuessa osastolle, vaikka kotiuttamiseen liittyvät päätöksenteot toteutuvat melko usein. Kotiuttamisen toimintaan liittyvät toiminnot toteutuvat usein tai melko usein. Kotiuttamisen arvioinnissa yhtenäisinä tekijöinä hoitohenkilökunta kokee muun muassa sairaalaan paluun ja epäonnistuneen kotiutuksen tekijöissä.

Kyselyn tulokset eivät poikenneet merkittävästi aiemmin tutkitusta tiedosta koskien kotiuttamisen prosessia. Suurimpana erona ilmenivät toimintatapojen eroavaisuudet osastoittain, kuten tarkistuslistan käyttö sekä hoitotyönyhteenvedojen tekeminen jokaisesta kotiutuneesta potilaasta. Työkokemuksella ei ollut vaikutusta kotiuttamisen prosessiin liittyvissä toiminnoissa. Paljon palveluita käyttävän asiakkaan, sekä riskitekijöiden tunnistamisessa, työkokemusvuosilla näyttäisi olevan merkitystä. Vastauksista voidaan todeta hoitohenkilökunnan tunnistavan paljon palveluita käyttävä asiakas. Kotiuttamisen suunnitteluun liittyvissä toiminnoissa varsinkin paljon palveluita käyttävän potilaan toimintakyvyn arviointi on tärkeää, jotta potilaan turvallinen jatkohoitoon tai kotiin siirtyminen voidaan turvata. Tämä toteutuu erikoissairaanhoidon vuodeosastolla usein.

Tämän kehittämishankkeen kyselyn perusteella nousi esiin ehdotuksia, joilla voidaan lisätä kotiuttamisen onnistumista Päijät-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla. Näitä ovat:

- Kotiutuskaiteerien laatiminen yksiköittäin
- Kotiuttamiseen käytettävän tarkastuslistan systemaattinen käyttöönotto yksiköittäin
- Hoitotyön yhteenvedojen täyttämisen yhteinäiset käytännöt
- Kotiuttamisen keskittäminen yhdelle henkilölle (kotiutushoitaja)
- Paljon palveluita käyttävän asiakkaan profilointi yhdessä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kanssa
- Kotiuttamisen prosessin jokaisen osa-alueen toimintojen arviointi

- Osaamisen kehittäminen:
  - KANTA
  - Tarkastuslista
  - Yhteistyötahojen (Kotiutusohjaajat & Care manager) toiminta tutuksi.

Paljon palveluita käyttävän asiakkaan profilointi on tärkeää, jotta palvelut voidaan ohjata niitä tarvitseville. Tässä kehittämishankkeessa käy ilmi, että hoitohenkilökunnalla on keinoja tunnistaa paljon palveluita käyttävät asiakkaat. Kokoamalla hoitohenkilökunnasta työvuosiltaan kokenut joukko pohtimaan paljon palveluita käyttävän asiakkaan yhdistäviä piirteitä sekä lisäämällä siihen tässä kehittämishankkeessa ilmenneitä teemoja, voidaan luoda paljon palveluita käyttävien asiakkaiden profiilit.

Yhtenä haasteena tulevaisuudessa nähdään ajatusmallin muuttaminen suhteessa potilaan rooliin. Potilaskeskeisen näkökulman muuttaminen asiakaskeskeiseksi voi aiheuttaa haasteita, sillä hoitoalalla on pitkään juurtunut käsitys potiluudesta. Potilaan rooli tulee kuitenkin tulevaisuudessa muuttumaan, jolloin asiakas nähdään oman sairautensa asiantuntijana, toisaalta terveystalouden kuluttajana, mutta kuitenkin omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon osallistujana. (Lämsä 2013, 10.) Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan on syytä muuttaa myös ajatusmalliaan suhteessa potilaan siirtymisestä jatkohoitoon. Erikoissairaanhoidon on juurtunut osittain vanhainkainekin käsitys siitä, ettei kotona osata tai voida hoitaa monisairasta ikääntynyttä. On totuttu terveyskeskusten kaltaisiin jatkohoitopaikoihin, joista potilas kotiutetaan kotiapujen turvin. Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden olisi tunnistettava ne vaihtoehdot, minne potilaan on mahdollisuus kotiutua ja minkä kuntoisena.

Care Manager – toiminnan käynnistyessä Päijät-Hämeen keskussairaalassa on syytä huomioida, että asiakasvastaavana työskentelee laajan työkokemuksen omaava henkilö. Toimeksiantajalle tehtävässä raportissa tuodaan myös ilmi, että kotiutushoitaja – toiminnan käynnistyessä laajemmin on huolehdittava, että kotiutushoitajana työskentelee pitkän työkokemuksen omaava sairaanhoitaja.

## 7.6 Jatkokehittämisajatukset

Tämän kehittämishankkeen valmistuttua kotiuttamisen kehittäminen jatkuu Care Manager – hankkeen osalta. Toimeksiantajalle tuotettu raportti toimii osaltaan kehittämisen tukena. Tämän kehittämishankkeen myötä nousi esiin useampi jatkokehittämisaihe. Yhtenä mielenkiintoisena näkökulmana näkisin tässä työssä käytetyn kyselyn teettämistä myös kotihoidon henkilökunnalle potilaita vastaanottavana osapuolena. Samoin kotiutumisen onnistumisen selvittäminen potilaan näkökulmasta nousee mielestäni tärkeäksi tutkimusaiheeksi. Kotiutumisen epäonnistumista voisi selvittää ja erityisesti tutkia syitä sairaalaan palautumiselle. Kotiuttamisen prosessin eri toimintojen arviointi olisi jatkossa mielenkiintoista. Paljon palveluita käyttävän asiakkaan profilointi nousi jo edellä vahvaksi kehittämisajatuksiksi jatkossa. Lopuksi näkisin mielenkiintoisena tässä kehittämishankkeessa esitettyjen kehittämissuositusten vaikuttavuuden arvioinnin.

## LÄHTEET

Ahonen, L., Leino, S. & Suoranta, S. 2014. Asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus – Hyvo-T-projektissa tuotettuja näkökulmia. Hamk julkaisut. Tampere: Tammerprint Oy.

Ahonen, S., Käyhty, M. & Ahvo, L. 2008. Kotoa laitokseen ja takaisin –onistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Askren-Gonzales, A. & Frater, J. 2012. Case Management program for hospital readmission prevention. Professional Case management 17/2012, 219 – 266.

Care Manager –hankesuunnitelma. 2016. Päijät-Hämeen keskussairaalan sisäinen julkaisu. Tulostettu 3.10.2016.

Dainty, P. & Elizabeth, J. 2009. Timely discharge of older patients from hospital: improving the process. Clinical Medicine 9/2009, 311–314. [viitattu 19.4.2016]. Saatavissa: <http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/9/4/311.full.pdf+html>

Eskola, J. & Kahri, P. 2016. Sosiaali- ja terveystalouden tilastollinen vuosikirja 2015. Tampere: Juvenes Print.

FCG. 2015. Lahden ja PHSOTEY:n hoitoketjutarkastelu 2012 - 2014. Yli 75-vuotiaiden palvelujen käyttö. PHSOTEY. Sisäinen julkaisu. Tulostettu 4.3.2016.

FCG. 2015a. Lahden ja PHSOTEY:n hoitoketjutarkastelu 2012- 2014. Paljon resursseja käyttävät. PHSOTEY. Sisäinen julkaisu. Tulostettu 4.3.2016.



Frater, J. & Leonard, M. 2010. Standards of practice for case management. Case Management society of America. [viitattu 4.10.2016]. Saatavissa: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>.

Gardner, S., Arve, S. & Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutusprosessin elementit -kuvaus kotiutushoitajan toimesta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja N:O 3:2002.

Graham, J., Gallagher, R. & Bothe, J. 2013. Nurses' discharge planning and risk assessment: Behaviours, understanding and barriers. *Journal of Critical Nursing*. 22/2013, 2338 – 2346.

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnituminen -kotihoiton henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja* 3/2006, 28 – 31.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoitossa ja kotiutumisessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkivan kehittäminen. Avaimia tutkimus – ja kehittämishankeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, T., Jussila, T., Tihinen, M. & Hyppölä, H. 2014. Kotoa kotiin-hankkeen loppuraportti: Päivystyspotilaiden prosessin uudelleenjärjestely ja turvallinen kotiutuminen Lean Management -ajattelua hyödyntäen. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 82/2014. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

Helin, S & von Bonsdorff, M. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 426 – 443.

Helin, U. 2016. Toistokävijät Akuutti 24. Sähköpostiviesti. Osaston sisäinen julkaisu. [viitattu 18.8.2016.] Tulostettu: 18.8.2016.

- Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Väitöskirja. Liikunta ja terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Hupli, V. 2007. Moniongelmainen potilas. Toimintakyky. Duodecim. [viitattu 21.6.2016]. Saatavilla: [http://ezproxy.phsotey.fi:2051/dtk/tyt/koti?p\\_artik-keli=tmk00053&p\\_haku=moniongelmainen](http://ezproxy.phsotey.fi:2051/dtk/tyt/koti?p_artik-keli=tmk00053&p_haku=moniongelmainen).
- Jaako, N. 2012. Monet syrjäseutujen vanhukset asuvat vielä puutteellisesti. Hyvinvointikatsaus 4/2012. [viitattu 3.10.2016]. Saatavissa: [http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art\\_2012-12-10\\_006.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0).
- JYVÄ - Parempaa yksityisen ja julkisen yhteistyötä terveydenhuoltoon. Jyvä- hanke. 2016. Hema-instituutti. [viitattu 19.4.2016]. Saatavissa: [https://jyvahanke.files.wordpress.com/2016/03/jyvc3a4raportti\\_2016.pdf](https://jyvahanke.files.wordpress.com/2016/03/jyvc3a4raportti_2016.pdf).
- Kainuun Sote. 2016. Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät. [viitattu 29.7.2016]. Saatavissa: [http://sote.kainuu.fi/paljon\\_tukea\\_tarvits-evat](http://sote.kainuu.fi/paljon_tukea_tarvits-evat).
- Karlsson, H., Joukamaa, M., Lahti, I., Lehtinen, V. & Kokki-Saarinen, T. 1997. Frequent attender profiles: Different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. Journal of psychosomatic research. 2/1997, 157-166.
- Kivelä, K. 2014. Kuvaus paljon terveyspalveluita käyttävien ikäihmisten terveyspalveluiden käytöstä. Oulun kaupunki. [viitattu 30.7.2016]. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/documents/990395/ede5507e-6b7e-4939-a072-b8a3e832e78d>.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substanttiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kopra, S. 2016. Päättyneet osastohoitojaksot kuukausittain. Päijät-Hämeen keskussairaalan sisäinen julkaisu. Tulostettu 4.10.2016.

Korpijärvi, H. 2012. Lyhyen hoitoajan jälkeen kotiin – Miten selviytyy iäkäs polven tekonivelpotilas. Poliklinikka 2/2012, 6 – 7.

Koskela, T. 2008. Terveyspalvelujen pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitotiede 26/2014, 310–32.

Kärkihanke 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. Helsinki. [viitattu 28.6.2016]. Saatavissa: [http://stm.fi/documents/1271139/1957330/IO\\_Hankesuunnitelma.pdf/644a357d-bee9-4682-83f4-c7e2020d74d4](http://stm.fi/documents/1271139/1957330/IO_Hankesuunnitelma.pdf/644a357d-bee9-4682-83f4-c7e2020d74d4).

Laakkonen, S. 2013. Iäkkään potilaan sairaalasta kotiutuminen. Pro Gradu-tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampere.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L1P2>.

Laniece, I., Couturier, P., Drame, M., Cavazzi, G., Lehman, S., Jolly, D., Voisin, T., Lang, P., Jovenin, N., Gouvain, J., Novella, J-L., Saint-Jean, O. & Blanchard, F. 2008. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. Age and ageing. 37/2008, 416 – 422.

Lehmuskoski, A. 2005. Selvitys sosiaalihuollossa käytetyistä termeistä. Sosiaalihuollon tietoteknologiahanke. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. [viitattu 21.6.2016]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/Termiselvitys.pdf>.

Lehtovaara, K. 2013. Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen. ESR ASVA- hanke 2013- 2014. [viitattu 21.6.2016]. Saatavissa: [file:///C:/Users/Anna/Downloads/Asva\\_hankesuunnitelma%20160513%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Anna/Downloads/Asva_hankesuunnitelma%20160513%20(2).pdf).

Leikkola, P. 2014. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sotilaslääketieteellinen aikakauslehti. 45/2008, 121 – 135.

Low, M., Loy, C., Wong, S., Yip, L., Liang, Q., Sim, W., Chan, K., Kok, Y., Chow, Y., Yap, S., Pasupathi, Y. & Eh Ong, M. 2015. Identifying top ten frequent attenders in a Tertiary Hospital in Singapore. Singapore Nursing Journal, 2015: 42(3), 22-26.

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus - Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.

Lääketieteen termit. 2016. Porvoo: Bookwell Oy.

Markkanen, P. 2004. ”Pyöröovisyndrooma”, Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoidon onnistumisesta ja syistä sairaalaan palaamiseen. Pro Gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Muurinen, H., Vesa, N. & Hupli, M. 2016. Lähdössä kotiin – Eväitä iäkkään onnistuneeseen kotiutumiseen. Poliklinikka 1/2016, 7 – 9.

Muurinen, S & Mäntyranta, T. 2008. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikais-sairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö: Toimiva

terveyskeskus Pitkääikaissairauksien terveystyömalli. [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: [http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get\\_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2](http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2).

Muurinen, S & Mäntyranta, T. Asiakasvastaava – vastuutyöntekijä monisairaille. Pro Terveys 3/2012, 38 – 39.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

NHG. 2013. Selvitys Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöpalveluiden järjestämisestä.

Niemelä, E. & Alahuhta, M. 2016. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kehittämisessä ollaan Jyväskylällä. ePooki. Oulun ammatti-korkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 9. [viitattu 19.4.2016]. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201603108706>.

Ohlsen, R., Ostnor, B., Enmarker, I. & Hellzen, O. 2013. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. Journal of critical Nursing. 22/2013, 2964 – 2973.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti J. 2014. Kehittämistyön menetelmät Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Opetushallitus 2016. SWOT analyysi. [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi).

Paasivaara, L, Nikkilä, J. & Voutilainen, P. 2008. Saumattomuus- palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro Gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Pajari, M. 2004. Vanhuspotilaan sairaalasta kotiuttaminen kotiuttavien hoitajien ja kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Pro Gradu – tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.

Parempi arki – hanke. 2016. [Viitattu 19.4.2016]. Saatavissa:

<http://www.parempiarki.fi/materiaalipankki/download/9-tuotos-tulos/47-tunnistamistyokalu>

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli – palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes: 29/2003.

Pöyry, P & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohtissa. Stakes aiheita 18/2003.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän projektisuunnitelma. 2016. Sisäinen julkaisu. [tulostettu 3.10.2016].

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. 2016a. Yhtymä. [viitattu 5.4.2016]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/fi/yhtyma>.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. 2016b. Strategia. [viitattu 20.4.2016]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/fi/yhtyma/tietoja-yhtymasta/strategia/>.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. 2016c. Kirurgian osasto 41-42. [viitattu 27.10.2016]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/kirurgian-osastot/kirurgian-osasto-41-42/>.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin asti. – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta ktihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro Gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen,

E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 50 – 65.

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa. - hoitajien kuvaamana. Pro Gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sanastokeskus TSK. 2016. [viitattu 5.4.2016]. Saatavilla:

<http://www.tsk.fi/tepa/netmot.exe?Ul=figr&height=156>.

Seniorikaste. 2016. [viitattu 21.6.2016.] Saatavilla: <http://www.sosiaaliko->

[lega.fi/hankkeet/seniorikaste/hanke\\_etenee/mukkala\\_280415](http://www.sosiaaliko-lega.fi/hankkeet/seniorikaste/hanke_etenee/mukkala_280415)

Simonen, T., Viitikko, T. & Heiskanen, K. 2014. Kuntouttavan kotiutuminen –pilotti. Loppuraportti. Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveystieteiden seuran julkaisu. [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: <https://kotonakokonainenelama.fi->

[les.wordpress.com/2013/12/loppuraportti-kuntouttava-kotiutuminen-pilotti1.pdf](https://kotonakokonainenelama.fi-les.wordpress.com/2013/12/loppuraportti-kuntouttava-kotiutuminen-pilotti1.pdf)

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere. Suomen yliopistopaino. [viitattu 21.6.2016.]

Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf>.

[Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf](http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf).

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Valtioneuvosto 2015. Ratkaisujen Suomi. Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. [viitattu 21.6.2016]. Saatavissa: [http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusoh-](http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma)

[jelma](http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma).

Vanhuspalvelulaki. 2012. [viitattu 21.6.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/2012098>.

Vanhuspalvelulaki. 2016. [viitattu 26.6.2016]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160294>.

Vauramo, E. 2013. Miten Suomi selviää ikääntymisestä nykyisellä työvoimalla? [viitattu 4.4.2016]. Saatavissa: [https://www.sitra.fi/sites/default/files/u489/erkki-vauramo\\_2013-2-5\\_1.pdf](https://www.sitra.fi/sites/default/files/u489/erkki-vauramo_2013-2-5_1.pdf).

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.

Virkki, M., Orre, P., Aitamurto, J., Kopra, S., Nousiainen, K. & Tolsa, J. 2016. Care Manager –projekti. Hankesuunnitelma/ Väliraportti. Päijät-Hämeen keskussairaalan sisäinen julkaisu. [tulostettu 26.10.2016].

Väisänen, P. & Lahti, A. 2016. Kotiutussoitto-kysely Neurologian potilaille. Päijät-Hämeen keskussairaalan sisäinen julkaisu. [tulostettu 16.8.2016].

Ylä-Mononen, S., Palonen, M., Koivisto A-M. & Åstedt-Kurki, P. 2014. Lääkäreiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 26/2014, 299 – 309.

Wagner, E. 1998. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice* 1/1998, 2 – 4.



## LIITTEET

Liite 1 Jatkohoidon mallipohja

Liite 2 Hoitohenkilökunnan Swot – analyysin tulokset

Liite 3 Päijät-Hämeen alueen kotiutusohjaajien Swot – analyysin tulokset

Liite 4 Kysely

Liite1

## **Jatkohoidon mallipohja, operatiiviset osastot, aikuinen**

**Kuvaus:** Vuodeosasto

**Hoidon ja jatkohoidon koordinointi, Jatkohoidon tarve**

**Tarve:** Potilas tarvitsee jatkohoitoa terveyskeskuksessa/kotisairaanhoidoa

Soitettu terveyskeskusjonoon/kotihoitoon: pvm, klo

LKS:n mennyt hoitotyön yhteenveto: pvm

**Hoidon tavoite:** Potilas pääsee siirtymään jatkohoitoon/kotiutumaan mahdollisimman pian.

**Suunnitellut toiminnot:**

**Luokitus:** Jatkohoidon suunnittelu

**Ohje:**

LKS:n tehdään hoitotyön yhteenveto, jonka sihteeri laittaa lähetteeksi jonoon

Muut terveyskeskukset: soitetaan kotiutushoitajalle

Ennen kotiutusta/siirtoa:

- ilmoitus omaiselle/kotihoidolle kotiutumisesta/jatkohoitopaikkaan siirtymisestä -
- Jatkohoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti (ompeleiden/hakasten poisto ym.) -
- hoitotyön yhteenveto jatkohoitopaikkaan/kotihoitoon/kotiin -
- raportti jatkohoitopaikkaan -
- kuumekurvan ja lääkelistan tulostus jatkohoitopaikkaan -
- lääkelistaan merkintä, että lopullinen lääkitys on lääkärin tekstissä -
- lääkärin epikriisi + labrat jatkohoitopaikkaan -
- lääkehoidon ohjaus ja ajan tasalla oleva lääkelista ja Antiko-lomake kotiutuvalla potilaalla -
- reseptit -
- sairauslomatodistukset -
- leikkauspotilaille haavainfektion seuranta-kaavake-
- tarv. hoitotarvikejakelukaavake -
- vaatteet, apuvälineet ym. potilaan mukaan -
- taksilappu (SV67 kotiutuville, laitossiirtoon kuljetusmääräys) -
- tilaa taksi/paritaksi/ambulanssi potilaan kunnon ja ohjeistuksen mukaan

mr 15.5.2015 /MK 26.11.2015 / MK 14.1.2016

Liite2

Hoitohenkilökunnan SWOT –analyysin tulokset

<b>VAHVUUDET</b>			
<b>Toimintatavat</b>		<b>Tietojärjestelmä</b>	
Autetaan kaveria		Kirjaaminen onnistuu	
Selkeä työnjako mahdollistaa potilaan tuntemisen paremmin		Omaisten tiedot löytyvät helposti	
		Hoke- mallipohja on hyvä	
<b>HEIKKOUEDET</b>			
<b>Resurssi</b>	<b>Osaaminen</b>	<b>Päätökset</b>	<b>Toimintatavat</b>
Kiire	Potilaan tunteminen	Asiakkaan voinninvaihtelu	Kirjaaminen (Tavarat puuttuvat)
Ajanpuute	Potilaan ohjaaminen	Lääkäri lupaa kotiin --> Ei kotiudukaan	Siirroissa paljon puhelinliikennettä
Liian vähän henkilökuntaa	Ei tiedetä, keneen otetaan yhteyttä kotiutuksessa	Kotiutus saattaa tulla nopeasti	Tiedonkulku
Siirtotekstit saapuvat liian hitaasti	Hoitajat lyhyitä	Muiden erikoisalojen kotiutukset	
Yhteenvedot tekemättä	Ei tunneta omaa vastuualuetta		
Perustiedoissa puutetta	Hiljainen tieto		
Yhteenvedot vanhoja tai tekemättä	Rohkeus ilmaista asioita		
<b>MAHDOLLISUUDET</b>			
<b>Toimintatavat</b>	<b>Ulkopuoliset tekijät</b>	<b>Tietojärjestelmä</b>	
Sihteeritoiminta	Kotiutushoitaja tapaa potilaan	Yhteinen tietokanta	
Varahenkilöstö	Kuntoutushoitaja toivoo kotiuttamista	Hoke-Mallipohja on hyvä	
Hoitajat lyhyitä	Hyvis		
	E-resepti		
	Kanta		
<b>UHAT</b>			
<b>Toimintatavat</b>	<b>Ulkopuoliset tekijät</b>	<b>Tietojärjestelmä</b>	
Hoitajat lyhyitä	Kotiutushoitajan toive siirrosta vs. aika	Efficia hidas	
Paljon eri puhelinnumeroita	Fysioterapeutit/Kuntoutushoitajan kiire	Verkkoyhteydet huonot	
	Labravastaukset myöhään	Kanta	
	Ulkopuoliset hoitajat vaikeasti saatavilla		
	(DM, Ravitsemusterapeutti)		
	Kotihoidon esitiedot puuttuu		
	Radivastaukset puuttuu		

Liite3

Päijät-Hämeen alueen kotiutusohjaajien Swot –analyysin tulokset

<b>VAHVUUDET</b>	
<b>Osaaminen</b>	<b>Yhteistyö</b>
Toiminta-alueen tunteminen	Oman tiimin tunteminen
Palvelurakenteiden tunteminen	Toimintatavat tiimin sisällä
<b>HEIKKOUEDET</b>	
Henkilöstöressurit	
<b>MAHDOLLISUUDET</b>	
<b>Tietojärjestelmä</b>	<b>Osaaminen</b>
Reaaliaikainen tieto	Uusien työntekijöiden opastaminen
Potilasjärjestelmän käyttömahdollisuus	Yhteistyökumppanin tunteminen
Yksi numero, mistä tavoittaa	
<b>UHAT</b>	
<b>Tiedonsaanti</b>	<b>Osaaminen</b>
Nopeat kotiuttamistilanteet	Asenne
Loppuepikriisien tulo viivästyy	Lääkelistat puuttuu
Eri tietojärjestelmä	Reseptit puuttuu
Omaisat tietämättömiä kotiuttamisesta	Perustiedot puuttuu
	Kotiutuminen väärään paikkaan

Liite 4

Kysely



### **Ikääntyneen ja paljon palveluita käyttävän potilaan kotiuttaminen**

Onnistunut kotiutuminen vaatii henkilökunnalta oikeanlaista osaamista ja aikaa. Erityisesti iäkkään ja paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan kotiuttaminen vaatii henkilökunnalta taitoja arvioida kotiuttamiskuntoa ja asiakkaan kotona pärjäämistä.

Tämän kysely on osa Päijät-Hämeen Keskussairaalassa käynnissä olevaa Care Manager -hanketta. Kyselyn tavoitteena on selvittää, miten kotiutuminen onnistuu erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tulosten pohjalta on tarkoitus kehittää asiakkaiden kotiutumisen onnistumista.

Kysymyksen perässä näkyvä tähti kertoo kysymyksen olevan pakollinen vastata.

Kysely vie aikaasi noin 10 minuuttia. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäistä vastausta ei aineistosta voi tunnistaa.

Eniten vastauksia antanut yksikkö palkitaan kakkukahveilla.

Jokainen vastaus on tärkeä, sillä vain vastaamalla voit vaikuttaa. Vastaathan 15.9.2016 mennessä.

Vastaa mielelläni kyselyä koskeviin kysymyksiin,

Anna Lahti

Sairaanhoidtaja /YAMK -opiskelija

p.041-5352813

[anna.lahti@hotmail.com](mailto:anna.lahti@hotmail.com)

**1. Ammatti \***

- Valitse
- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja/Perushoitaja

**2. Työyksikköni \***

- Kirurgian osasto 61
- Keuhkotautien osasto 54
- Kirurgian osasto 43-44
- Kirurgian osasto 41-42
- Sisätautien osasto 33-34
- Sisätautien osasto 31-32
- Neurologian osasto 23-24

**3. Kuulun varahenkilöstöön \***

- Kyllä
- Ei

**4. Työsuhteeni \***

- Vakituinen
- Määräaikainen
- Osa-aikainen

**5. Kokonaistyövuoteni hoitoalalla \***

- Alle 1
- 2-3
- 4-6
- 7-10
- Yli 10

**6. Työvuodet yksikössäni \***

- Alle 1
- 2-3
- 4-6
- 7-10

Yli 10

**7. Olen kotiuttanut ikääntyneen potilaan. \***

Ikääntyneellä tarkoitetaan yli 75-vuotiasta henkilöä

Kyllä

Ei

**8. Kuvaile yksiössäsi asioivaa, paljon palveluja käyttävää, iäkstä asiakasta**

---

---

---

**9. Arvioi kotiuttamisen suunnitteluun liittyviä väittämiä annetulla asteikolla**

	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin	Ei koskaan
1. Kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan heti potilaan saavuttua osastolle? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Osastollani on käytössä kotiutussuunnitelma potilasta kotiuttaessa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Potilaan kotiutusta suunniteltaessa toimin yhteistyössä potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Potilasta kotiuttaessa selvitan hänen avuntarpeensa kotona *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Potilasta kotiuttaessa selvitan hänen toimintakykynsä pärjätä kotona *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Minulla on riittävästi aikaa kotiutuksen suunnitteluun *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Leiko-potilaan kotiutussuunnitelma aloitetaan jo haastattelutilanteessa (VAIN KIRURGIAN HENKILÖKUNNALLE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Mikäli haluat, voit tarkentaa vastaustasi**

---

---

---

**11. Arvioi kotiutus päätösten tekoon liittyviä väittämiä annetulla asteikolla osastollasi \***

	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin	Ei koskaan
1. Kotiutumisen ajankohdasta päätetään, kun potilas saapuu osastolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Voin vaikuttaa kotiutuksen ajankohdtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tunnistan, milloin potilas on kotiutuskelpoinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Osastollani on käytössä kotiutus kriteerit**

Kyllä

Ei

**13. Mikäli haluat, voit tarkentaa vastaustasi**

---

---

---

**14. Arvioi kotiuttamisen toimintaan liittyviä väittämiä annetulla asteikolla \***

	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin	Ei koskaan
1. Aloitan potilaan ohjaamisen ja opettamisen hyvissä ajoin ennen kotiuttamisajankohtaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tiedonkulku organisaatioiden välillä on sujuvaa potilaan kotiutusprosessin aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kotiapujen järjestäminen on vastuullani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Annan potilaalle ohjausta lääkeshoidon toteuttamiseksi kotona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



5. Keskustelen riittävästi potilaan kanssa kotiuttamiseen liittyvistä asioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kotiutan potilaan osaston kotiuttamista koskevien kirjallisten toimintaohjeiden mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kannustan potilasta kotiin siirtymisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Huolehdin potilaan turvallisesta siirtymisestä sairaalasta kotiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kannustan potilaan omaisia hoitoon osallistumisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Omaisten on mahdollista keskustella hoitohenkilökunnan tai lääkärin kanssa riittävästi potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kotiuttaessa käytän apuna tarkastus (tsek) -listaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Arvioi kotiuttamisen toimintaan liittyviä väittämiä annetulla asteikolla \***

	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin	Ei koskaan
11. Minulla on käytettävissä riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen ja opetukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Potilaan kotiuttamisvalmisteluihin osallistuu tarpeellinen määrä henkilökuntaa eri ammattiryhmistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tiedonkulku sairaalan eri ammattiryhmien välillä on sujuvaa potilaan kotiutusprosessin aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Potilasta koskevat tiedot siirtyvät joustavasti potilaan kotihoidosta vastaavien käyttöön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tiedonkulku osaston sisällä on sujuvaa potilaan kotiutusprosessin aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Annan potilaalle ohjausta koskien ruokavalion noudattamista ja nestetarkkailua, mikäli se on hänen sairautensa kannalta tärkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Potilas voi viipyä osastolla niin kauan kuin se hänen sairautensa ja toipumisensa kannalta on tarpeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Teen jokaiselle kotiutuvalle potilaalle hoitotyön yhteenvedon hoitojaksosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Potilasta kotiuttaessa eri ammattiryhmät toimivat so-  
vittujen vastualueidensa mukaisesti
20. Annan potilaalle ohjausta koskien jatkohoitoa (haavan  
hoito, injektiot, jatkotutkimukset ja -kontrolli, mihin ottaa  
yhteyttä voimien huonontuessa)
21. Omaisilla on mahdollisuus osallistua potilaan kanssa  
yhdessä potilaan ohjaustilanteeseen vuodeosastojakson ai-  
kana

16. Mikäli haluat, voit tarkentaa vastaustasi

---

---

---

17. Mikä on kokemuksesi potilaan paluun syystä uudelleen osastolle? \*

Valitse mielestäsi 3 tärkeintä

1. Yleiskunnon laskeminen
2. Akuutti infektio
3. Kotiutunut kuntoon nähden liian aikaisin
4. Ei ole reseptiä/väärä resepti
5. Ei ole ymmärretty kotihoito-ohjeita
6. Uusi sairaus
7. Totuttu tapa
8. Huomionhaku
9. Yksinäisyys/Pelko
10. Puoliso hoidossa (potilas jää muuten yksin)
11. Suunniteltu pääsy jatkohoitoon ei ole onnistunut
12. Muu, mikä?

---

18. Mitkä tekijät vaikuttavat mielestäsi onnistuneeseen kotiutumiseen? \*

Valitse mielestäsi 5 tärkeintä

- 1. Luottamuksellinen hoitosuhde
- 2. Kotiuttaminen oikeaan aikaan potilaan kuntoon nähden
- 3. Hoidon jatkuvuus
- 4. Kotiuttamisen keskittäminen yhden henkilön vastuulle
- 5. Potilaan tunteminen
- 6. Kuuntelu
- 7. Hyvä ohjaus ennen kotiutusta
- 8. Pysyvä lääkäri-suhde
- 9. Rauhallinen kotiutustilanne
- 10. Potilaan ajoissa saama tieto kotiutumisesta
- 11. Henkilökunnan ajoissa saama tieto kotiutumisesta
- 12. Hyvä hoitosuunnitelma
- 13. Asiantunteva hoitaja
- 14. Omaisen mukaanotto
- 15. Kotiutuksen tarkistuslistan käyttö
- 16. Kotiutussoitto 1-3 päivää kotiutumisesta
- 17. Jokin muu, mikä?  
\_\_\_\_\_

**19. Arvioi omaa osaamistasi potilaita kotiuttaessasi \***

	Erinomaisesti	Hyvin	Kohtalaisesti	Huonosti	En osaa sanoa
1. Osaan kotiuttaa potilaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Olen saanut perehdytyksen kotiuttaakseni ikääntyneen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Löydän helposti intranetistä tarvittavaa tietoa kotiuttaakseni ikääntyneen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tunnen kotiutuskäytännöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Löydän helposti potilasvaatteet ja kengät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Osaan tilata potilaalle kuljetuk-  
sen
8. Osaan järjestää iäkkäälle henkilölle tarvittavat  
kotiavut
9. Tiedän, mihin numeroon soitan järjestääkseni  
kotiavut
10. Osaan käyttää Efficaa/Ho-  
kea
11. Osaan etsiä tietoja Kanta-palve-  
lusta
13. Osaan kirjata oleelliset asiat hoitotyönyhteen-  
vetoon

**20.** Koen tarvitsevani koulutusta parantaakseni omaa osaamistani koskien kotiuttamista? \*

- Kyllä  
 Ei

**21.** Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen Kyllä. Millaista koulutusta?

---

---

---

**22.** Tunnistan paljon palveluita käyttävän asiakkaan? \*

- Kyllä  
 Ei

**23.** Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen Kyllä. Miten? Millä keinoilla?

---

---

---

**24.** Tunnistan ne riskitekijät, jotka johtavat palvelujen kasvavaan tarpeeseen? \*

- Kyllä  
 Ei

**25.** Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen Kyllä. Miten? Millä keinoilla?

---

---

---

**26.** Seuraava kysymys on vain Varahenkilöstölle.

Koetko, että osastojen välillä on eroja kotiuttamisen käytännöissä?

Kyllä

Ei

**27.** Mikäli vastasit edelliseen Kyllä. Minkälaisia?

---

---

---

**28.** Ideoita, miten voidaan parantaa kotiutumisen onnistumista?

---

---

---

0% valmiina