

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2021

Kaisa Hjulgren ja Saara Saransalmi

POTILAAN KOTIUTUMISEN TOTEUTTAMISTAPOJEN KARTOITUS SAIRAALAHOIDOSTA

– Kirjallisuuskatsaus

Kaisa Hjulgren ja Saara Saransalmi

POTILAAN KOTIUTUMISEN TOTEUTTAMISTAPOJEN KARTOITUS SAIRAALAHOIDOSTA

- Kirjallisuuskatsaus

Potilaan kotiuttaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työtehtäviä. Lisäksi kotiutumisen toteuttamistapoja ja siihen vaikuttavia tekijöitä on tärkeä kartoittaa aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Vuodepaikkojen jatkuva väheneminen korostaa entistä tärkeämmäksi kotiutumisen sujuvuuden ja paikkojen saatavuuden niitä tarvitseville potilaille.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa erilaisia aikuispotilaiden kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta ja tekijöitä, jotka vaikuttivat kotiutumisen toteuttamiseen. Tavoitteena on löytää opinnäytetyön avulla tietoa aikuispotilaan kotiuttamisprosessin tukemiseen sairaalahoidosta. Opinnäytetyön aihe on tullut toimeksiantajalta TYKS Salon Sairaaltalta. Opinnäytetyön tulokset koostuivat 12 kirjallisuuskatsaukseen valitusta aiheesta käsittelevästä tutkimuksesta ja hankkeesta. Valitut aineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Potilaan kotiutumista tukevia toteuttamistapoja olivat kotiutuslistan, omatoimisuutta ja turvallisuutta lisäävän teknologian, digitaalisten työkalujen ja neuroverkkomallin käyttö sekä henkilökunnan motivointi. Neuroverkkomallilla ennustetaan potilaiden kotiutumisajankohta ja saadaan tietoa kotiutuksen esteistä. Potilaan kotiutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa viivästyttäviin ja edistäviin tekijöihin. Kotiutumisen viivästyttäviin tekijöihin kuuluvat potilaan korkea ikä, potilaan sairastavuus, hoitoon liittyvät infektiot, tulosten ja toimenpiteiden odottaminen, huono tiedonkulku, jatkohoitopaikasta johtuvat viivästykset sekä omaisten puute. Edistäviä tekijöitä ovat kotiutuksen aikainen suunnittelu, potilaan aikainen mobilisointi, potilaan riskitekijöiden kartoittaminen, sairaanhoitajien osallistuttaminen, yhteistyön ja henkilöstöresurssien lisääminen.

Opinnäytetyön parhaiten hyödynnettäviä tuloksia olivat kotiutuslistan käyttö, kotiutumista viivästyttävien tekijöiden kartoittaminen, kotiutuksen aikainen suunnittelu ja potilaiden aikainen mobilisointi. Toimintamalleja tulisi kehittää ja testata enemmän kotiutukseen liittyen. Potilaan sairaalahoidosta kotiuttaminen tarvitsee tuekseen lisää tutkimustyötä ja hankkeita, jotta potilaan kotiuttamisesta saadaan jatkossa sujuvampaa ja ongelmattomampaa.

ASIASANAT:

Kotiutuminen, kotiutus, potilaan kotiuttaminen, sairaalasta kotiuttaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2021 | 46 pages

Kaisa Hjulgren and Saara Saransalmi

MAPPING METHOD OF IMPLEMENTATIONS OF PATIENT'S DISCHARGE FROM HOSPITAL

- Literature review

Patient discharge is an important part of nurse's duties. Additionally, mapping of the discharge implementation and relating factors are important especially nowadays. Continuous decrease in the number of hospital beds makes fluent discharge and availability of the beds to those in need even more crucial.

The purpose of this bachelor's thesis was to map different implementation methods to patient's discharge from the hospital and to list factors which effected to it. The aim of this bachelor's thesis is to collect information about supporting the adult patients discharge process from the hospital care. The topic of this bachelor's thesis came from TYKS Salo Hospital. The outcome of this bachelor's thesis consists 12 selected literature review's of research studies and projects. Selected materials were analyzed using inductive content analysis.

The implementations that support patient discharge were the usage of the hospital discharge list, technology which increases independency and security, digital tools, neural network model and motivation of the health care staff. The neural network model is used to predict patients discharge moment and to get information about the possible barriers of discharge. Factors in patient discharge can be divided into delaying and promoting factors. Delaying factors to patient discharge included high age, morbidity, health care associated infections, waiting of laboratory results and procedures, poor information flow, delays associated to follow-up care places and the lack of close relatives. Promoting factors were early made discharge planning, early mobilization of the patient, mapping of patient risk factors, involving nurses, increasing cooperation and health care staff resources.

The most beneficial results to utilize from this bachelor's thesis were the usage of the hospital discharge list, early made discharge plan, mapping of delaying factors and early mobilization of the patient. Operation models should be developed and tested more regarding patient discharge. Patient's hospital discharge needs more research studies and projects. This would make patient's hospital discharge more fluent and trouble-free.

KEYWORDS:

Patient discharge

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 POTILAAN KOTIUTTAMINEN SAIRAALAHOIDOSTA	6
2.1 Kuntoutuksen ja toimintakyvyn ylläpidon merkitys	7
2.2 Kotiutuksen valmistelu ja toteutus	8
2.3 Tarkistuslista	9
2.4 Kotiutuksen jälkeen	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	12
4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	13
5 TULOKSET	24
5.1 Aikuispotilaan kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta	24
5.2 Aikuispotilaan kotiutumiseen sairaalasta vaikuttavia tekijöitä	29
5.2.1 Kotiutumista viivästyttäviä tekijöitä	30
5.2.2 Kotiutumista edistäviä tekijöitä	32
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	35
7 POHDINTA	39
LÄHTEET	43

KUVIOT

Kuvio 1. Aikuispotilaan kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta.	25
Kuvio 2. Kotiutuslistan kategoriat ja niiden tarkempi sisältö (Kuusisto ym. 2019).	26
Kuvio 3. Aikuispotilaan kotiutumiseen sairaalasta vaikuttavia tekijöitä.	30

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.	14
Taulukko 2. Tiedonhaku.	15
Taulukko 3. Valitut aineistot.	18

1 JOHDANTO

Sairaansijoja eli sairaalavuodepaikkoja on ollut vuonna 2017 Suomessa 20 779 ja vuoteen 2010 verrattuna, niitä on vähennetty 10 117 paikkaa (Tilastokeskus 2020, 296). Keskimääräinen hoitoaika vuodeosastoilla vuorokausissa on samassa ajassa kuitenkin vähentynyt 2,7 prosenttia (Tilastokeskus 2020, 303).

Suomen terveydenhuollon kustannuksissa vuonna 2018 erikoissairaanhoidossa oli kasvua 3,4 prosenttia vuoteen 2017 verrattuna. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannuksissa oli samassa ajassa laskua 6,7 prosenttia. Vähintään kolme kuukautta kestävät vuodeosastojaksojen menot olivat vähentyneet jopa 25 prosenttia 2017-2018 välisenä aikana. Kustannukset laskivat myös lyhyissä vuodeosastohoidoissa 1,8 prosenttia samassa ajassa. Ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon kustannukset olivat laskussa. Toisaalta ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalveluluiden kustannukset nousivat. Kotihoidon menot kasvoivat 2,5 prosenttia 2017-2018 välisenä aikana. Suomessa ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon on pyritty vähentämään lainsäädännöllä ja suosituksilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020, 1-3.)

Potilasta kotiuttaessa tulee huomioida hänen oikeutensa sairaanhoitoon liittyvään ohjaukseen ja tarvittaessa jatkohoidon ohjaukseen. Kuntoutusta tarvittaessa tulisi potilaalle antaa vähintään tietoa erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista sekä ohjata kuntouttavalle taholle. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 24§, 30§.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa sairaalasta kotiutetuista potilaista (n=559) vain neljä prosenttia arvioitiin omatoimiseksi kotiutuksen ajankohtana. Asianmukainen kuntouttaminen ja avunsaanti ovat osa onnistunutta kotiutusta. (Kehusmaa ym. 2018.)

Opinnäytetyön aihe oli tullut toimeksiantajalta TYKS Salon Sairaалalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aikuispotilaiden kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta ja tekijöitä, jotka vaikuttivat kotiutumisen toteuttamiseen. Tavoitteena on tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa aikuispotilaan kotiuttamisprosessin tukemiseen sairaalahoidosta.

2 POTILAAN KOTIUTTAMINEN SAIRAALAHOIDOSTA

Terveysthuollon toiminnan sujuvuus vaatii, että potilaat kotiutetaan sairaalahoidosta mahdollisimman nopeasti. Kotiuttaminen vaatii entistä enemmän erilaisia järjestelyjä. Liian aikaisella, viivästyneellä tai huonosti suunnitellulla potilaan kotiuttamisella voi olla monia negatiivisia seurauksia. (Sahlström ym. 2018, 62-63.) Nopea siirto erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon viivästytti iäkkäiden kotiutumista ja lisäsi pitkäaikaishoitoon päättymisen riskiä (Soininen 2007). Rivakka kotiuttaminen sairaalasta, kasvattaa potilaan kodin puolella tarvetta kuntouttaville palveluille ja toimia potilaan toimintakyvyn muutosten seurantaan (Kehusmaa 2018).

Sairaalasta viivästyneessä kotiutumisessa potilas on saanut kliinisen kotiuttamispäätöksen, mutta pääsee lähtemään konkreettisesti vasta myöhemmin (Holmås ym. 2013). Kotiuttamisessa täytyy ottaa huomioon potilaan selviytymisen edellytykset, tarvittava kotiapu, hoidon jatkuminen ja mahdollisesti tarvittava jatkohoitopaikka. Lisäksi kotiutukselle on löydettävä selkeä ja sopiva ajankohta. (Sahlström ym. 2018, 62-63.) Iäkkäitä potilaita ei saa kuitenkaan kotiuttaa yöaikaan (Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto 2016). Kotiuttaminen onnistuu todennäköisemmin, jos kotiuttamista aletaan suunnittelemaan jo potilaan saapuessa sairaalahoitoon (Kehusmaa ym. 2018; Sahlström ym. 2018, 62-63).

Kotiutussuunnitelmaa tehdessä vanhusten kohdalla käydään hoitoneuvottelu, johon tarpeen mukaan osallistuvat hoitaja kotisairaalasta, kotihoidosta ja kotiutustiimin jäseniä (Luhtasaari 2017). Turvallisen kotiutumisen tukena on käytössä moniammatillinen kotiutustiimi (lähihoitajia, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja ym.), jotka suunnittelevat ja seuraavat potilaan kotiutumista sairaalahoidon jälkeen. Kotiutustiimi tekee arvion potilaan hoito- ja tukipalveluiden tarpeesta yhteistyössä potilaan, omaisten ja sairaalatahon kanssa sekä organisoii tarvittaessa jatkohoidon kotihoidosta. (Kehusmaa ym. 2018; Pöyhä ym. 2020.)

Kotihoito on kotiin saatavan palvelun lisäksi terveydenhuoltolain 1326/2010 25 §:än sisältämiä kotisairaanhoidon tehtäviä (Pöyhä ym. 2020). Kotihoito jakaantuu kotipalveluksi ja kotisairaanhoidoksi. Kotipalvelulla tarjotaan asiakkaalle henkilökohtaista huolenpitoa. Kotipalveluun ovat oikeutettuja iäkkäät, vammaiset, sairaat ja henkilöt, joiden toi-

mintakyky on alentunut sekä lapsiperheet, jos palvelun saaminen turvaa lapsen hyvinvointia. Kotipalvelun työntekijöinä työskentelee kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Tukipalvelut ovat täydentäviä palveluja kotipalvelun lisäksi. Tukipalveluita ovat ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, asiointipalvelut ja sosiaalista kanssakäymistä lisäävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Kotisairaalan kohdalla viedään sairaalatasoista hoitoa potilaan kotiin. Hoito on muun muassa erikoissairaanhoidon, jota pystytään toteuttamaan kotiympäristössä ja saattohoito. Kotisairaalahoidon potilaista kaksi kolmasosaa on infektiopotilaita ja yksi kolmasosaa palliatiivisia syöpäpotilaita sekä suurin osa iäkkäitä. Toiminta on lääkärijohtoista ja moniammatillista. Kotisairaalahoidon tarkoitus on korvata sairaalahoitoa tai lyhentää sairaalassaoloaikaa. (Pöyhiä ym. 2020.)

Kehusmaa ym. (2018) selvittivät Resident Assessment Instrumentin antaman tiedon soveltuvuutta käytäntöön. Käytettävyyttä etsittiin asiakasohjaukseen sairaalasta kotiutuksessa, kotiutettujen (n=559) sijoittumiseen neljän kuukauden kuluttua kotiuttamisesta sekä ryhmiä, joiden kohdalla tulisi toteuttaa seuranta kotiuttamisen jälkeen. Turvalliseen kotiutumiseen sairaalasta kuuluu toimiva yhteistyö sairaalan, kotihoidon ja läheisten välillä, josta löytyi kehitettävää. Asiakasohjauksessa tavoitteena tulisi olla oikein mitoitettut palvelut ja niiden säännöllinen päivittäminen. Asiakasohjauksen kannalta tärkeät arvioitavat osat potilaan kohdalla onnistuneessa kotiutuksessa ovat terveydentila, toimintakyky, voimavarat ja palveluvaihtoehdot. Onnistuneen kotiutuksen todettiin vähentävän päivystyskäyntejä ja jatkohoitoa sairaalassa. (Kehusmaa ym. 2018.)

2.1 Kuntoutuksen ja toimintakyvyn ylläpidon merkitys

lääkäiden potilaiden hoitoon jokaisella hoitotasolla kuuluu kuntoutuksen aloittaminen välittömästi. Kuntouttavalla ja toimintakykyä edistävällä työotteella on tarkoituksena estää potilaan laitostumista ja vähentää passivoitumista. Kuntoutuksessa fysio- ja toimintaterapeutit ovat keskeisessä roolissa, ohjaamassa toimintaa. (Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto 2016.) Sairaalasta kotiutuvien potilaiden kuntoutumista on alettu enenevässä määrin tukemaan kotihoidon puolelta lyhyillä kotihoitajaksoilla (Kehusmaa 2018).

Heinolan terveystieteiden tutkimuskeskuksella tehdyillä muutoksilla saatiin lyhennettyä potilaiden sairaalassaoloaika. Muutokset tehtiin ajatuksella, että potilaiden toimintakykyä saataisiin parannettua hoitajakson aikana. Potilaiden voimavaroja ja liikuntakykyä alettiin selvittämään täsmällisemmin, fysioterapeutit otettiin enemmän osaksi hoitotiimiä, hoitoketjuja sujuvoitettiin, potilaat laitettiin päiväsaaliin ruokailujen ajaksi ja muutenkin otettiin aktiivisempi kuntouttava työote hoitotyöhön. Uudistusten tuloksena potilaiden sairaalassaoloajat akuuttiosastoilla lyhenivät, hoitajaksojen määrät akuuttiosastoilla lisääntyivät ja pitkäaikaisosastojen potilasmäärät laskivat. (Timonen ym. 2014.)

Aivoinfarktipotilaille kehitettiin palveluita, joissa sairaalasta kotiutetaan aikaisemmin ja kuntoutus siirretään kotiin. Palvelujen käytön kokeiluun osallistui potilaita (n=1597) 11 paikasta ja kuudesta eri maasta. Palveluja kutsutaan nimellä ”aikaisin tuettu kotiutus” ja lyhenteellä ESD. Palvelujen ansiosta potilaiden sairaalassaoloaika oli 7,7 päivää keskimääräistä lyhyempi. ESD:tä käyttäneiden kuolleisuus ja riippuvaisuus muista oli pienempi verrattuna tavanomaisen hoidon läpikäyneisiin. ESD-palvelun saaneet potilaat olivat todennäköisemmin itsenäisiä, asuivat kotona ja heidän kuolleisuutensa oli pienempi verrattuna tavanomaisen hoidon läpikäyneisiin. Viidessä paikassa ekonomistit tekivät kustannusarvion ESD:n ja tavanomaisen hoidon välillä. Kustannusarviot vaihtelivat, mutta kaikissa lopputuloksena ESD-palveluiden käyttö maksoi vähemmän. Eniten ESD:stä hyötyivät potilaat, joiden infarktin vaikeusaste oli lievästä keskivaikeaan. (Langhorne ym. 2005.)

2.2 Kotiutuksen valmistelu ja toteutus

Kotiuttamisen järjestelyt aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan ja kotiutuspäivä sovitaan heti, kun se on mahdollista. Potilaan lääkärintodistukset ja erilaiset anomukset toimitetaan potilaalle heti, kun ne ovat valmiita. Kotiutuksen ajankohtana täytyy olla potilaalle valmiina annettavaksi epikriisi, hoitotyön yhteenveto, reseptit, ensimmäisen vuorokauden lääkitys ja tieto mahdollisista jatkokontroleista. (Luhtasaari 2017.) Lisäksi potilaalle annetaan uusi lääkelista, tarvittaessa Marevanin seurantakortti, tarvittavat apuvälineet, hoito-ohjeet ja jatkohoito-ohjeet (Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto 2016). Potilaasta tulee selvittää hänen fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen taso, mitä ne ovat olleet ennen sairaalaan tuloa (Luhtasaari 2017).

Potilaasta selvitetään hänen päivittäistoiminnoistansa selviytyminen, tarve apuvälineisiin ja turvahälyttimiin sekä mahdolliset kodin muutostarpeet. Varsinkin iäkkäiden kohdalla tarkistetaan, kenen vastuulla on kotiuttamisen jälkeen potilaan terveydentilan seuranta, lääkehoito, muut erikoishoidot, ruokailu, pesuapu ja kodinhoito. Mikäli potilaan toimintakyky on merkittävästi muuttunut hoitojakson aikana, tulee potilaan kotona tavata tarvittavien yhteistyötahojen kanssa. Tarvittaessa järjestetään ja sovitaan lääkärin ensimmäinen kotikäynti. (Luhtasaari 2017.)

lökkään kotiutumisesta tulisi sopia hyvissä ajoin potilaan ja omaisten tai kunnan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden kanssa. Pelkkä suullinen tiedonanto ei ole riittävä. Potilaan kyyditys kotiin selvitetään ja tarvittaessa tilataan kyyti. Kotiutuspäivä sovitaan yhdessä potilaan, omaisten ja mahdollisten muiden potilaan hoitoon liittyvien tahojen kanssa. Kotihoidon piiriin kuuluvat kotiutettavat ilmoitetaan kotihoidolle. Kotihoidolle tiedotetaan kotiuttamispäivä, potilaan palveluiden tarve ja raportoinnissa käytetään ISBAR-menetelmää. Iäkäs kotiutetaan kotiin, jos hänen toimintakykynsä on kotiuttaessa lähellä samaa tasoa kuin ennen hoitojaksoa. (Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto 2016.)

2.3 Tarkistuslista

Lääketieteeseen tarkistuslistat ovat tulleet alun perin ilmailusta. Tarkistuslistoja käytetään muistin tukena. Muistin tuen lisäksi tarkistuslistat edistävät potilasturvallisuutta, toisten kuuntelemisen taitoja, ihmisten keskinäistä kommunikaatiota, lisää tarkkaavaisuutta ja luo tiimeissä ryhmähenkeä. Tarkistuslistan käytön on havaittu parantavan työviihtyvyyttä ja jaksamista työssä. Hyvä tarkistuslista on ytimekäs, ymmärrettävä, sen läpikäynti on nopeaa ja siinä käytetään käyttäjilleen tuttua termistöä. Tarkistuslistan käyttöönottoa hankaloittaa ja estää liian monimutkaiset ja yksityiskohtaiset listat. (Blomgren & Pautiaho 2014.)

Tarkistuslistoja on neljässä tasossa. Ensimmäisessä tasossa listaa käyttää yksi henkilö, kuka käy listan tarkistettavat kohdat järjestyksessä läpi. Toisessa tasossa tarkistuslista käydään läpi kahden henkilön toimesta. Ensimmäinen henkilö lukee listan tehtävät tai tarkistettavat asiat ääneen läpi. Toinen henkilö suorittaa tai tarkistaa annetut tehtävät tai tarkistettavat asiat. Kolmannen tason listaa käytetään ryhmissä. Ryhmässä on yksi, joka käy tarkistuslistaa kohta kohdalta läpi. Muut ryhmän jäsenet vastaavat tai hoitavat listan

asiat työtehtäviensä mukaisesti. Neljännen tason tarkistuslista on enemmänkin vuokavio, jonka tarkoituksena on rauhoittaa tilanne ja tarjota selkeitä vaihtoehtoja sekä ohjeita ratkaisuun pääsemiseksi. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

WHO eli maailman terveysjärjestö suosittelee räätälöimään tarkistuslistoja eri erikoisaloihin ja ympäristöönsä sopiviksi. Helsingin seudun yliopistollisessa keskussairaalassa tarkistuslistan käytöstä tai käyttämättömyydestä laitetaan merkintä potilaan sähköiseen anestesiakertomukseen. Tarkistuslista on mahdollista liittää halutessa potilaan sähköiseen sairaskertomukseen ja listassa voi olla hälytysjärjestelmä, joka ilmoittaa tarkistuslistan täyttämättömistä kohdista. Tarkistuslistojen käyttö ja niihin liittyvät käytännöt ovat Suomessa todella vaihtelevia ja sairaalasta riippuvia. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Tarkistuslistoja on eri erikoisaloille esimerkiksi kotiutuksen-, palliatiivisen- ja kotihoidon tarkistuslista kotiutuksen jälkeen (Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto 2016). Tarkistuslistoista on todettu olevan hyötyä potilasta kotiutettaessa tai siirrättäessä toiselle osastolle (Blomgren & Pauniahho 2014). Leikkaussaleissa tarkistuslistat ovat yleisesti käytössä, mutta tulevaisuudessa tarkistuslistaa on myös toivottu kotiuttamiselle yleiseen käyttöön. Satakunnan sairaanhoitopiirissä kotiutustarkistuslista on käytössä yli 65-vuotialla ja tarvittaessa nuoremmilla. Kotiutustarkistuslistan tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta, jolloin kotiuttaminen olisi entistä suunnitelmallisempaa ja strukturoidumpaa. Kotiutustarkistuslistan täydentäminen aloitetaan potilaan saapuessa sairaalahoitoon ja listassa on muun muassa paikka suunnitellulle kotiutumispäivälle. (Kuusisto ym. 2018, 2764- 2765.)

2.4 Kotiutuksen jälkeen

lökkään sairaalasta kotiutuksen tulee olla potilaalle turvallinen. Tavoitteena kotiuttamisella on mahdollistaa iäkkäälle kotona asuminen ja vielä turvallisesti. Kotiutuksessa pitää olla tarkkana. Varsinkin, kun potilaan terveyden- tai sosiaalinen tilanne ovat hoitajakson aikana huonontuneet merkittävästi, hoitajakso on ollut pitkä, kuntoutus on jäänyt kesken, jatkohoitoon sisältyy erikoishoitoja, potilas on saattohoidossa tai potilas on ensimmäistä kertaa avoterveydenhuollossa. Hyvä kirjaaminen on oleellinen osa myös edesauttamaan potilaan turvallista kotiuttamista. Kotiutuksessa tulee ottaa huomioon iäkkään itsemääräämisoikeus ja pyrkiä jatkuvaan sekä suunnitelmalliseen yhteistyöhön potilaan hoidon piiriin kuuluvien tahojen kanssa. (Luhtasaari 2017.)

Potilaan kotona selviytymisen hoitovastuussa ovat kotisairaanhoidon hoitajat ja lääkäri. Kotihoidon piirissä oleville potilaille suositellaan omahoitajan järjestämistä, kuka seuraa potilaan vointia ja siihen liittyviä muutoksia. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä tulee huolehtia. (Luhtasaari 2017.)

Potilaan läheisillä on merkittävä vaikutus omaisensa kotona selviämiseen. Kehusmaan ym. (2018) tutkimuksessa ilman läheisapua olevilla potilailla oli enemmän ympärivuorokautista hoivapalvelua ja todennäköisemmin toinen sairaalajakso. Heidän kohdallaan esiintyi enemmän myös tilanteita, joissa potilaat olivat kotona ilman minkäänlaisia palveluja, vaikka sairaalassa tarve näille oli todettu. Ilman läheisapua olevat potilaat tarvitsivat myös merkittävästi enemmän palveluita kuin läheisapua saavat. (Kehusmaa ym. 2018.)

Ikäteknologialle on kysyntää ja osa asiakkaista olisi valmis maksamaan niistä. Näihin luokitellaan laitteet, sovellukset ja muut tekniset välineet, joiden avulla tuetaan ikääntyneiden kotona asumista ja arkielämää. Forsbergin (2018b) oppaasta löytyy laaja kirjo erilaisia ikäteknologiatuotteita. Forsbergin (2018a) hankkeen tavoitteena oli tarjota kattavasti tietoa ikäteknologian esittely- ja neuvontapaikoista. Hankkeen tarkoituksena oli inspiroida uusia tahoja kehittämään ikääntyneille ikäteknologian ohjaus- ja neuvontatoimintaa. Kartoituksen myötä löytyi ikäteknologian esittely- ja neuvontapisteitä (n=22). Tuotteiden kohdalla tulee ottaa huomioon tekniikan jatkuva kehittyminen. Ne saattavat vanhentua hyvinkin nopeasti, jolloin mahdollisuus laitteiden päivittämiseen on eduksi laitteen käyttäjälle. Muistisairaiden kohdalla ikäteknologialaitteesta voi olla hyötyä vain muutaman kuukauden riippuen asiakkaan tilan etenemisestä. Näiden laitteiden ostohinnat voivat olla myös korkeita. Tällöin kysyntää on paljon laitteiden lainaus- tai vuokrausmahdollisuudelle. Ikäteknologiatuotteista on tarjolla tietoa vielä hyvin niukasti. (Forsberg 2018a, 3-41.)

Kotona asuvista iäkkäistä jopa 47 prosenttia asuu omakotitaloissa. Erilaisilla antureilla voidaan lisätä asiakkaiden turvallisuutta kotioloissa. Antureilla pystytään havainnoimaan asiakkaan liikkumista ja kaatumisen tai liikkumattomuuden kohdalla hälyttämään apua ilman, että asukkaan itse pitäisi toimia. Puheohjausta voidaan käyttää kodin laitteiden sammuttamiseen ja käynnistämiseen, valaistuksen säätämiseen tai avun hälyttämiseen. Ikäteknologian haasteena on tarjota ratkaisuja omakotitalossa asuville ikääntyville kiinteistön, pihan ja puutarhan hoitoon. (Forsberg 2018a, 44-45.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aikuispotilaiden kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta ja tekijöitä, jotka vaikuttivat kotiutumisen toteutumiseen.

Tavoitteena on tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa aikuispotilaan kotiuttamisprosessin tukemiseen sairaalahoidosta.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia toteuttamistapoja on olemassa, joilla voidaan tukea aikuispotilaan kotiutumista sairaalasta?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat aikuispotilaan kotiutumisen toteutumiseen sairaalasta?

4 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Potilaan sairaalasta kotiutumisen tukevia toteuttamistapoja ja tekijöitä on tärkeä kartoittaa aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Vuodepaikkojen jatkuva väheneminen tekee entistä tärkeämmäksi kotiutumisen sujuvuuden ja paikkojen saatavuuden varmistamisen niitä tarvitseville potilaille. Potilaat, joiden kotiutuminen oli viivästynyt, sairaalassaoloajat olivat pidempiä, sairaalamaksut suurempia, enemmän komplikaatioita sairaalassa, heillä oli enemmän sairaalainfektioita ja suurempi kuolevuus verrattuna ajallaan kotiutuviin potilaisiin. Kotiutuksesta viivästyneet eivät yleensä palanneet samalla avuntarpeella kuin ennen sairaalaan tuloa vaan kotiutuivat tarviten enemmän hoidollista avustusta. (Bai ym. 2019.) Viivästyneen kotiuttamisen vaaroista kertoo muun muassa yksittäisen potilaan altistuminen sekundaari-infektioille sairaalassa, koska omaisen toiveesta potilaan kotiutusta viivästyttiin tarpeettomasti (Vierula 2019). Suomessa sairaalainfektio on ollut osasyynä 1 500 potilaan kuolemaan vuosittain ja näistä vähintään 150 olisi ollut ehkäistävissä (Anttila 2014). Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys oli noussut vuoden 2011 ja 2016 välillä 1,4 prosenttia. Hoitajaksojen pituudet olivat kuitenkin lyhentyneet samalla aikavälillä. (Sarvikivi ym. 2018.)

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää jo olemassa olevaa teoriaa ja rakentaa uutta teoriaa. Lisäksi kirjallisuuskatsaus arvioi teoriaa. Kirjallisuuskatsaus kuuluu metodina ja tutkimusetiikkana kvalitatiivisen ja kvantitatiivisten metodien yhdistelmään. Tässä metodien yhdistelmässä tutkitaan tehtyjä tutkimuksia eli kootaan tutkimuksien tuloksia yhteen, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011.) Opinnäytetyö toteutettiin scoping kirjallisuuskatsauksena, jossa voitiin hyödyntää tutkimuksia tutkimusasetelmista riippumatta ja vielä raportoimatonta tutkimusmateriaalia. Scouping kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on nopeasti muodostaa ymmärrys tutkittavasta kohteesta. Tähän katsaustyyppiin ei yleensä sisälly valitun aineiston laadun arviointia. Scouping katsausta hyödynnetään tiedon tuottamiseen ja muodostamaan tutkittavasta aiheesta katsaus muun muassa kliinisessä työssä oleville ja yleisesti tiedon tuottoa varten strategiseen päätöksentekoon (Suhonen ym. 2016, 10-11).

Tiedonhakuprosessissa voidaan erotella erilaisia työvaiheita. Tiedonhakuprosessissa on kuusi erilaista vaihetta, joita ovat aihe, tiedonhaun suunnittelu, tiedonhaun toteutus, hakutulosten arviointi, julkaisujen paikantaminen, tiedon käyttö ja arviointi. Aihe-vaiheessa

tiedontarve syntyy, kun tarvitsee löytää tietoa etsittävästä aiheesta. Tiedonhaun suunnittelussa määritellään tiedonhaun tarve, valitaan aiheelle sopivat hakutermit, hakutavat ja tietolähteet. Tiedonhaun toteutuksessa toteutetaan suunniteltu tiedonhaku tietokannoissa. Hakutuloksien arvioinnissa arvioidaan tiedonhaun tulosta. Julkaisujen paikantamisessa selvitetään, mistä tieto on löydettävissä. Tiedon käytössä ja arvioinnissa hyödynnetään löydettyjen lähteiden tuloksia sekä arvioidaan koko tiedonhaun prosessia. (Turun ammattikorkeakoulu 2021.)

Kirjallisuuskatsauksen tietokantoina käytettiin Cinahl Completea, Duodecim aikakauskirjaa, Medicia, Joanna Briggs Instituuttia, Julkaria ja Pudmedia. Tiedonhaku tehtiin 2021 helmi-huhtikuun aikana. Valittavalle aineistolle määritettiin tutkimusongelmien pohjalta sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänottokriteerit määriteltiin aineiston kielen, julkaisuvuoden, tyypin, kohderyhmän iän ja aiheen mukaan. Poissulkukriteereiksi määriteltiin julkaisutyyppi, kohderyhmän ikä sekä mielenterveys- ja päivystyspotilaat. Mielenterveys- ja päivystyspotilaat rajattiin pois, koska haluttiin kartoittaa sairaalan somaattisten vuodeosastojen kotiutumista. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on eritelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tieteellinen tutkimus tai artikkeli, hanke- raportti	Julkaisu on ammattikorkeakoulun työ
Koko aineisto saatavilla ja maksutta	Aineisto käsittelee alle 18-vuotiaiden kotiutumista sairaalahoidosta
Aineistossa käsitellään yli 18-vuotiaiden aikuisten kotiutumista sairaalahoidosta	Mielenterveys- ja päivystyspotilaat
Aineistossa käsitellään kotiutumista sairaalan somaattiselta vuodeosastolta	
Julkaisukieli suomi tai englanti	
Aineisto on julkaistu vuosina 2011-2021	

Tiedonhaun hakusanat valittiin tutkimusongelmien pohjalta. Hakusanoja kehitettiin myös löytyvän tutkimusongelmiin vastaavien aineistojen käyttämän termistön pohjalta. Suomenkielisiä hakusanoja käytettiin vain suomalaisissa tietokannoissa. Englanninkielisiä hakusanoja käytettiin myös suomalaisissa tietokannoissa, Julkaria lukuun ottamatta. Hakusanoiksi muodostui "kotiuttaminen", "kotiutus", "early discharge from hospital", "hospital discharge", "discharge readiness", "length of stay", "delayed discharge" ja "length of

stay” AND “delayed discharge”. Suurissa tietokannoissa käytettiin “length of stay” AND “delayed discharge” linkitystä, jotta läpikäytävä aineisto oli hallittavissa. Pienemmissä tietokannoissa haku tehtiin hakusanalla ”length of stay” ja erikseen ”delayed discharge”, jottei läpikäytävä aineisto karsiutunut liian pieneksi.

Tiedonhaku suoritettiin valituissa tietokannoissa rajauksilla sisäänottokriteereitä apuna käyttäen. Aineistot, joita poissulkukriteerit koskivat, rajattiin pois. Aineistot valittiin ensimmäiseksi otsikon perusteella. Otsikon piti ilmaista kotiutumiseen liittyvää asiasisältöä. Tämän jälkeen otsikon perusteella valitut aineistojen tiivistelmät luettiin muutaman kerran läpi huolellisesti. Tiivistelmän perusteella valittiin ne, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Tiivistelmien perusteella valituille aineistoille tehtiin vielä viimeinen rajaus koko aineiston perusteella. Aineisto luettiin tutkimusongelmat mielessä pitäen ja etsien niihin vastauksia. Jos aineiston tulososio ei vastannut tutkimusongelmiin, ne rajattiin pois. Tiedonhakuprosessi taulukoitiin taulukkoon 2. Tiedonhaun hakutulokset, joissa valitulla hakusanalla hakutulokset olivat yli 200 kappaletta, jätettiin tyhjäksi tulosarakeen jälkeen. Näitä ei käyty läpi. Tietokannat taulukoitiin riveille aakkosjärjestykseen. Hakusanat lueteltiin aakkosjärjestyksessä tietokannoittain. Ensin lueteltiin suomenkieliset hakusanat, jos kyseessä suomalainen tietokanta ja näiden jälkeen englantinkieliset hakusanat. Lopuksi taulukkoon laitettiin luvuilla hakutulokset ja näiden karsinnat vaiheittain sarakkeille.

Taulukko 2. Tiedonhaku.

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Aikakausikirja Duodecim	”kotiuttaminen”	32	3	3	0
Aikakausikirja Duodecim	”kotiutus”	26	2	0	0
Aikakausikirja Duodecim	”delayed discharge”	0	0	0	0
Aikakausikirja Duodecim	”discharge readiness”	0	0	0	0
Aikakausikirja Duodecim	”early discharge from hospital”	0	0	0	0

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Aikakausikirja Duodecim	“hospital discharge”	30	1	1	0
Aikakausikirja Duodecim	“length of stay”	20	4	1	0
Cinahl Complete	“delayed discharge”	20	2	0	0
Cinahl Complete	“discharge readiness”	21	0	0	0
Cinahl Complete	“early discharge from hospital”	28	2	0	0
Cinahl Complete	“hospital discharge”	959			
Cinahl Complete	“length of stay”	3675			
Cinahl Complete	“length of stay” AND “delayed discharge”	9	1	0	0
JBI	“delayed discharge”	70	6	2	0
JBI	“discharge readiness”	65	4	3	0
JBI	“early discharge from hospital”	0	0	0	0
JBI	“hospital discharge”	14	1	1	0
JBI	“length of stay”	34	1	0	0
Julkari	“kotiuttaminen”	42	5	1	0
Julkari	“kotiutus”	57	5	2	0
Medic	“kotiuttaminen”	45	5	3	1

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
Medic	"kotiutus"	69	8	3	1
Medic	"delayed discharge"	258			
Medic	"discharge readiness"	108	7	5	1
Medic	"early discharge from hospital"	1933			
Medic	"hospital discharge"	1447			
Medic	"length of stay"	97	2	2	1
Medic	"length of stay" AND "delayed discharge"	20	2	2	1
PubMed	"delayed discharge"	961			
PubMed	"discharge readiness"	147	24	14	1
PubMed	"early discharge from hospital"	2 858			
PubMed	"hospital discharge"	20 698			
PubMed	"length of stay"	15 883			
PubMed	"length of stay" AND "delayed discharge"	182	22	16	6
Manuaalinen haku					4
Yhteensä					12

Tiedonhaun rajausten jälkeen löytyi 12 tutkimusta ja hanketta. Päällekkäisiä, samanlaisia aineistoja oli neljä. Päällekkäisyyksien poisrajauksen jälkeen lopputuloksena tiedonhausta jäi jäljelle aineistoa kahdeksan kappaletta. Manuaalisella haulla löydettiin neljä aineistoa opinnäytetyöhön. Aineistoa oli 12 tiedonhauilla valikoidut ja manuaalisesti valikoidut yhteenlaskettuna. Kaikista valituista aineistoista kymmenen oli tutkimuksia ja kaksi hankkeita. Eniten tutkimusongelmiin vastaavia aineistoja löytyi PubMedin tietokannasta. PubMedin lisäksi valittuja aineistoja löytyi ainoastaan Medicin tietokannasta ja manuaalisen haun kautta. Kotiutumisen viivästymistä ei ole juuri Suomessa tutkittu. Tiedonhaussa tuli myös paljon vastaan aineistoja, joissa keskityttiin enemmän sairaalaan paluuseen kuin kotiutumisen viivästymiseen. Valitut aineistot on esitelty taulukossa 3 aakkosjärjestyksessä kirjoittajien mukaan.

Taulukko 3. Valitut aineistot.

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos (n=)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Arfman. 2017. Suomi.	Muodostaa kotiutusmalli osastoille sekä luoda toimiva kotiutuslehti kaikkien yksiköiden käyttöön.	Osaston sairaanhoitajia (n=6). Kotihoidon sairaanhoitajia (n=4) ja lähihoitajia (n=4).	Teemahaastattelu	Kotiutumisen ongelmat potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai kotiin. Ongelmina olivat mm. yhteystietojen löytämisen vaikeus ja yhteydenottoakin, päivittämättömät lääkelistat, yhteistyönpuute hoitoyksiköiden ja tiimin välillä. Kotiuttamista pyrittiin helpottamaan luomalla kotiutusmalli ja -tarkistuslista.
Beauchet, Fung, Launay, Cooper-Brown, Afilalo, Herbert, Afilalo & Chabot. 2019. Kanada.	Tutkia ja vertailla kahta työkalua (6-osainen BGA ja PRISMA-7) ja osoittaa näiden ennakoitavuus sairaalassaoloajan pituuteen.	Yli 75 vuotiaita akuutin geriatrisen vuodeosaston potilaita (n=166), joille oli tehty molemmat 6-osaisen BGA ja PRISMA-7 pisteytykset.	Havainnollinen retrospektiivinen kohorttitutkimus.	Sairaalassaoloajan pituuteen nostavasti vaikutti potilaiden korkea 6-osaisen BGA:n riskitaso.

(jatkuu)

Taulukko 3 (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos (n=)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Caminiti, Meschi, Braglia, Diodati, Iezzi, Marcomini, Nouvenne, Palermo, Prati, Schianchi & Borghi. 2013. Italia.	Arvioida strategian vaikutusta eri sairaalaoasastoihin, johon sisältyi toimia vähentämään tarpeetonta sairaalasaoloaikaa.	Potilaita (n=3498) sairaala-osastolta (n=12). Osastot olivat yleislääketieteellisiä (n=8), geriatriasia (n=2) ja pitkäaikais-hoidollisia (n=2).	Satunnaiskontrolloitu kliininen tutkimus.	Yli puolet sairaalassaolopäivistä olisi sopinut kotiuttamiseen. Suurin osa viiveistä johtui hoitohenkilökunnan toiminnan alla olevista aktiviteeteista. Strategia vähensi potilaiden sairaalassa viettämää aikaa.
Costa, Poss, Peirce & Hirdes. 2012. Kanada.	Tunnistaa ja kuvata ne akuutit potilaat, joilla kotiutus on viivästynyt ja jotka muodostavat huomattavan osan sairaalassa vietyistä päivistä.	Sairaalaan otettujen potilaiden kotiutumistiedot (n=17 111).	Retrospektiivinen kohorttitutkimus. Takautuvasti käyty läpi tietoja potilaiden tunnuspiirteistä, joilla kotiutuminen oli viivästynyt.	Suurin ryhmä kotiutuksen viivästymiseen kuuluvista potilaista odotti pääsyä hoitokotiin. Kaiken kaikkiaan henkilöt, joilla oli sairaaloista liikalihavuutta, psykiatrisen diagnoosi, loukkaavaa käytäytymistä tai aivoinfarkti muodostivat 23% akuuteista kotiutuksen viivästymistapauksista.
Fuller, Pong, Piniella, Pardo, Bessa, Yoon, Boxer, Schnipper & Dalal. 2020. Yhdysvallat.	Arvioida sairaalan elektroniseen terveysrekisteriin integroitujen digitaalisten terveystyökalujen käyttöä sairaalahoidossa olevien potilaiden, hoitajien ja heidän hoitotiiminsä osallistamiseksi kotiuttamisen valmisteluun.	Potilaita (n=752), joista täytti tarkistuslistan (n=510). Kliinikkoja (n=22) osallistui ohjelman käyttöön.	Haastattelukyselytutkimus.	Suurin osa potilaskyselyyn osallistuneista koki, että toimenpide edisti itsehallintaa ja kommunikointia hoitotiimin kanssa. Videon ja tarkistuslistan koettiin olevan hyödyllisempiä lähempänä kotiuttamista. Työkalun käyttöä rajoittivat teknisen optimoinnin puute, epäjohdonmukainen kliininen johtajuus ja vähäinen tietoisuus sekä muuttuva työkuva.

(jatkuu)

Taulukko 3 (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos (n=)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hammar, Mielikäinen & Alastalo. 2018. Suomi.	Kartoittaa maakuntien käyttöön otettavia teknologia ratkaisuja, jotka tukevat kotihoidon asiakkaiden turvallisuutta, omatoimisuutta ja hyvinvointia.	Kotihoidon yksiköitä (n=865) ja ympärivuorokautisia toimintayksiköitä (n=1910)	Hanke, jossa toteutettiin kyselytutkimus.	Kulunseuranta ja -valvontalaitteet sekä ovivahdit olivat säännöllisessä käytössä jo laajalti. Etä- ja virtuaalihoidon käytön suhteen oli suuria alueellisia eroja. Palohälytyksistä suora ilmoitus kodin ulkopuolelle ei ollut yleistä. Vähäisessä käytössä olivat seurarobotit ja kognitiivista toimintakykyä tukevien pelien hyödyntäminen.
Hendy, Patel, Laskar & Hardboard. 2012. Iso-Britannia.	Selvittää epäasianmukaisen viiveen pituutta kotiuttamiseen, jota potilaat kokivat yleislääkärin vastaanotolla, tunnistaa viivästyksen yleiset syyt ja arvioida viivästyksen taloudellisia vaikutuksia.	Sairaalahoidossa olleita 21-98 vuotiaita potilaita (n=83)	Potilasasiakirjat ja henkilökunnan haastattelut kotiutumiseen liittyvistä viivästyksistä.	Kotiuttamisen viivästyminen oli todennäköisempää iäkkäämmillä potilailla. Suurin osa potilaista koki viivästyksiä
Kalisch, Lee & Dabney. 2013. Yhdysvallat.	Mobilisoinnin vaikutus sairaalassa oleviin aikuispotilaisiin.	Tutkimuksia (n=32).	Kirjallisuuskatsaus.	Potilaiden mobilisointi vaikutti heidän fyysiseen ja psykologiseen hyvinvointiin parantavasti. Sosiaaliseen lopputulemaan ja organisaationaaliseen lopputulemaan mobilisointi vaikutti edistävästi.

(jatkuu)

Taulukko 3 (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos (n=)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Kuusisto, Joensuu, Nevalainen, Pakkanen, Ranne & Puustinen. 2019. Suomi.	Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi	<p>Moniammatillinen tiimi (n=82) :</p> <p>Sairaanhoitajia (n=35)</p> <p>Lääkäreitä (n=11)</p> <p>Fysioterapeutteja (n=6)</p> <p>Kuntoutusohjaajia (n=6)</p> <p>Sosiaalityöntekijöitä (n=6)</p> <p>Lähihoitajia (n=5)</p> <p>Kotihoidon esimiehiä (n=2)</p> <p>Vanhustyön johtajia (n=2)</p> <p>Projektityöntekijöitä (n=2)</p> <p>Lisäksi yksi edustaja seuraavista: toimintaterapeutti, kuntahoitaja, vanhustyön ohjaaja, palveluneuvoja, psykologi, terveydenhoitaja ja geronomi (n=7)</p> <p>(Ammattiryhmäkohtaiset lukumäärät suuntaa antavia)</p>	Projekti/hanke	Kotiutuslistoista tehtiin neljä eri versiota. Kolme paperista ja yksi sähköinen versio. Kotiutuslistan käyttöä laajennettiin Satakunnassa koko sairaanhoitopiiriin. Käyttökokemusten perusteella kotiutuslistat todettiin yleisesti toimiviksi ja sisältävät oleelliset asiat.
Modas, Nunes & Charepe. 2019. Portugali.	Kartoittaa tekijöitä aikuispotilaiden sairaalahoidon viivästymisen syistä.	Tutkimuksia (n=22).	Scoping kirjallisuuskatsaus.	Syyt kotiutumisen viivästymiseen ovat moniulotteisia. On välttämätöntä kartoittaa sairaalaproessia ja keskittyä aikaiseen kotiutus suunnitteluun.

(jatkuu)

Taulukko 3 (jatkuu).

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos (n=)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Ong, Magrabi & Enrico. 2018. Australia.	Tutkia laboratoriotestien katsaukseen menevää aikaa ja sairaalassaolon pituuden suhdetta.	Potilaita (n=5804).	Retrospektiivinen kohorttitutkimus. Mitattiin aika, joka kului testien katsoamiseen sen jälkeen kun laboratoriotulokset julkaistiin. Sairaalan järjestelmiä ja raportteja hyödyntämällä.	Jokaisena päivänä aiheutunut viivästyminen testitulosten tarkistamisessa lisää pidentyneen sairaalassaolon todennäköisyyttä ja viivyttää näin kotiuttamista. Ikääntyminen, sairauden vakavuusaste ja kokeiden määrä vaikuttivat merkittävästi sairaalassaoloaikaan.
Safavi, Khaniyev, Copenhaver, Seelen, Langle, Zanger, Daily, Levi & Dunn. 2019. Yhdysvallat.	Selvittää, voiko neuroverkkomalli ennustaa kliinisiä ja ei-kliinisiä tekijöitä potilaista, jotka voidaan kotiuttaa 24 tunnin sisällä.	Sairaalan rekisteritietoja kotiutuksista (n=15 201).	Standardisoitu risti-valinta tekniikka.	Neuroverkkomalli tunnisti 65 estettä kotiutumiseksi.

Valitulle aineistolle tehdään sisällön analyysi. Analyysi voidaan tehdä induktiivisesti, jolloin lähteenä on valittu aineisto tai deduktiivisesti, jolloin käytetään ennalta määriteltyä luokittelurunkoa. Induktiivisessa sisällön analyysissä valitusta aineistosta saatu tieto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan muodostamalla isompia kokonaisuuksia, kun samanlaisia sisältöjä yhdistetään. (Kyngäs & Vanhanen 1997, 1-7.) Tutkimuksille ja hankkeille tehtiin sisällön analyysi selvästi ilmaistun tiedon pohjalta induktiivisesti. Tutkimuksista ja hankkeista esimerkiksi etsittiin potilaan kotiutumiseen sairaalasta vaikuttavia tekijöitä, jotka löytyivät samalla termillä useammasta aineistosta.

Aineistosta etsittiin vastauksia tutkimusongelmiin, vastaukset kerättiin ja yhdistettiin nimettyihin ryhmiin. Ryhmittely määräytyi tutkimusongelmiin löydettyjen vastausten yhdistävistä tekijöistä. Pääluokiksi valittiin tutkimusongelmat. Valitut aineistot luettiin kokonaisuudessaan läpi. Tämän jälkeen tekstistä viivattiin yliviivauskynällä keskeiset kohdat. Ensimmäisen tutkimusongelman yläluokiksi muodostettiin eri aineistojen tarjoamat kotiutusta tukevat toteuttamistavat. Toiseen tutkimusongelmaan aineistosta nousi selkeästi kotiutumista edistäviä ja viivästyttäviä tekijöitä. Näistä kahdesta muodostettiin toisen tutkimusongelman yläluokat. Keskeisistä kohdista kirjoitettiin tiivistelmät. Tiivistelmistä et-

sittiin yhteisiä tekijöitä, varsinkin toisen tutkimusongelman kohdalla. Yhteneväisyydet kerättiin yhteen ja niistä muodostettiin alaluokat. Valittuja aineistoja käytiin uudelleen läpi alaluokkien muodostuessa. Näin varmistettiin, että tulostiedot kyseistä alaluokkaa koskien otettiin kaikista kyseistä alaluokkaa käsittelevistä valituista aineistoista.

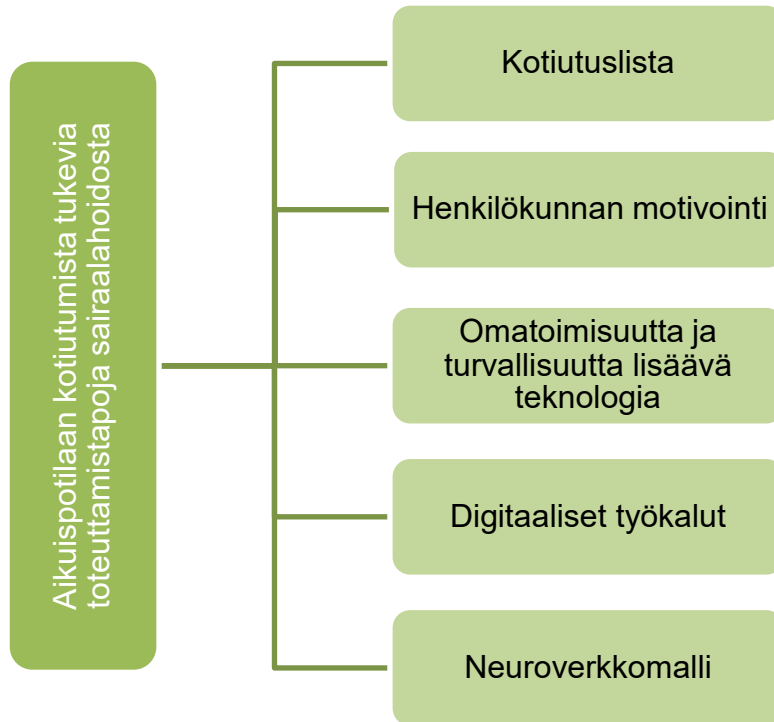
Opinnäytetyö tehtiin kokonaisuudessaan keväällä 2021 ja palautettiin arvioitavaksi Turun ammattikorkeakoulun ohjaajille toukokuussa. Opinnäytetyö esitettiin opinnäytetyön messuilla toukokuun lopussa. Opinnäytetyö valmistui kesäkuussa 2021, jolloin se julkaistiin, tallennettiin Theseukseen ja toimitettiin toimeksiantajalle.

5 TULOKSET

Opinnäytetyön järjestelmällisellä tiedonhaulla valittuja tutkimuksia löytyi kahdeksan ja manuaalisella tiedonhaulla neljä. Yhteensä opinnäytetyön analysointivaiheessa oli kaksitoista tutkimusongelmaan vastaavaa tutkimusta, joista kymmenen kappaletta olivat tutkimuksia ja kaksi kappaletta hankkeita. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastasi viisi valittua aineistoa (Caminiti ym. 2013; Hammar ym. 2018; Kuusisto ym. 2019; Safavi ym. 2019; Fuller ym. 2020) ja toiseen tutkimuskysymykseen vastasi yhdeksän valittua aineistoa (Costa ym. 2012; Hendy ym. 2012; Caminiti ym. 2013; Kalisch ym. 2013; Arfman ym. 2017; Ong ym. 2018; Beauchet ym. 2019; Modas ym. 2019; Safavi ym. 2019). Maantieteellisesti opinnäytetyön aineistojen tutkimukset ja hankkeet sijoituivat Eurooppaan (f=6), Pohjois-Amerikkaan (f=5) ja Australiaan (f=1). Maanosista Euroopasta oli eniten valittua aineistoa. Yksittäisistä maista Suomesta (f=3) ja Yhdysvalloista (f=3) oli eniten valittua aineistoa. Otannat vaihtelivat aineistoissa 12 - 17 111 välillä. Eniten käytettyjä menetelmiä olivat haastattelu- ja kyselytutkimus (f=3), retrospektiivinen kohorttitutkimus (f=3), kirjallisuuskatsaus (f=2) ja hanke (f=2), jossa yhdessä toteutettiin kyselytutkimus.

5.1 Aikuispotilaan kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta

Aikuispotilaan kotiutumista tukevista toteuttamistavoista sairaalahoidosta muodostui tuloksien ensimmäinen pääluokka, jonka alle muodostui viisi alaluokkaa. Alaluokat olivat kotiutuslista, henkilökunnan motivointi, omatoimisuutta ja turvallisuutta lisäävä teknologia, digitaaliset työkalut ja neuroverkkomalli. Pääluokat ja alaluokat on esitelty kuviossa 1.



Kuvio 1. Aikuispotilaan kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta.

Kotiutuslista kehitettiin kotiutumisen kannalta oleellisten asioiden ja yhdenmukaisten toimintamallien saavuttamiseksi alueellisissa työryhmissä. Kotiutuslistan täydentäminen aloitetaan potilaan saapuessa sairaalaan ja sen täydentäminen jatkuu koko sairaalahoidon ajan. Kotiutuslistaan merkitään ylös potilaan nimi, kotikunta, omainen tai omaishoitaja ja onko omainen mukana potilaan hoidossa. Lisäksi kotiutuslistaan merkitään kotiutumispäivä potilaan saapuessa sairaalahoitoon ja minne potilas kotiutuu sairaalasta. Kotiutuslistan lopussa on paikka päivämäärälle, jolloin potilas on kotiutunut sairaalasta ja kuka on kotiutumisesta huolehtinut. Kotiutuslistaan kuuluu viisi kategoriaa: asuminen/kotiolot/jatkohoito, toimintakyky kotiutuessa, lääkitys, sosiaalietuudet ja osallisuus. Kotiutuslistasta ympyröidään sopiva kohta ja jokainen kohta kuitataan. Jokaiseen kohtaan on mahdollista kirjoittaa huomioitavia ja sovittuja asioita. Kotiutuslistan kategorioiden tarkempi sisältö on kuvailtu kuviossa 2. (Kuusisto ym. 2019.)

Asuminen, kotiolot ja jatkohoito

- Asumismuoto: itsenäisesti/tehostettu palveluasuminen/laitos
- Tukipalvelut: ateriat, siivous, kotihoito, kotisairaala
- Apuvälineet: arvioitu/järjestetty
- Hoitotarvikkeet: ei tarvetta/hankkii itse/annettu mukaan
- Kotiutuksesta tiedotettu: omaiselle, jatkohoitopaikkaan
- Jatkotutkimukset: kontrolliajat varattu, tiedotettu jatkohoitopaikkaan

Toimintakyky kotiutuessa

- Muisti: orientoitunut (aikaan ja paikkaan)/muistamaton
- Mieliala: normaali/masentunut/ahdistunut
- Liikkuminen: itsenäisesti/ avustettuna/apuvälineen kanssa
- WC-käynnit: itsenäisesti/avustettuna/käyttää vaippoja
- Peseytyminen: itsenäisesti/avustettuna
- Pukeutuminen: itsenäisesti/avustettuna
- Ruokailu: itsenäisesti/avustettuna/valmistaa ruokaa/ateriapalvelu käytössä

Lääkitys

- Päivitetty lääkelista tulostettu
- Lääkitys selvitetty: potilaalle/omaiselle
- Lääkemuutokset ilmoitettu jatkohoitopaikkaan
- Lääkkeet annettu mukaan (tarvittaessa)
- Marevan-hoito: annosohjeet ilmoitettu jatkohoitopaikkaan
- Potilas huolehtii lääkehoitonsa itsenäisesti

Sosiaalietuudet

- Tarve havaittu: kyllä/ei
- Otettu yhteys: sosiaalityöntekijä/ kuntoutusohjaaja

Osallisuus

- Jatkohoito-ohjeet annettu suullisesti/kirjallisesti
- Potilas osallistunut kotiutuksensa suunnitteluun

Kuvio 2. Kotiutuslistan kategoriat ja niiden tarkempi sisältö (Kuusisto ym. 2019).

Caminitin ym. (2013) tutkimuksessa sairaalan **henkilökunnan motivoinnilla** pystyttiin vaikuttamaan lyhentävästi sairaalassaoloaikaan ilman monimutkaisia interventioita. Interventio-osastoilla todettiin olevan alhaisempi prosentuaalisuus potilaissa, jotka olisivat kotiutumiskuntoisia kuin kontrolliosastoilla. Strategialla todettiin olevan tehoa varsinkin yleislääketieteen osastoilla. Interventio-osastoilla yhteenlasketut sairaalassaolopäivät olivat paljon pienemmät verrattuna kontrolliosastoilla vietettyihin päiviin. Tutkimusryhmä seurasi molempien ryhmien potilaiden sairaalapaluuta 30-päivän sisällä ja kuolleisuustilastoja vuoden ajan. Tällä he tutkivat, että vaikuttaako sairaalapäivien vähentäminen negatiivisesti terveydenhoidon laatuun. Tilastollisesti kahden ryhmän välillä ei ollut merkittävää eroavaisuutta. (Caminiti ym. 2013.)

Hammar ym. (2018) ovat tutkineet asiakkaiden **omatoimisuutta ja turvallisuutta lisäävän teknologian** käyttöönottoa eri maakunnissa. Turvallisuutta lisäävää teknologiaa (GPS-paikannin ja sähköinen ovenavaaja) oli käytössä Suomessa jo 50 prosentilla ja palohälyttimiä, jotka hälyttävät kodin ulkopuolelle oli käytössä maan laajuisesti 47 prosentilla kotihoidon asiakkaista. GPS-paikantimilla turvattiin etenkin muistisairaiden liikumista kotinsa ulkopuolella ja vähentämään huolta läheisissä muistisairaansa omaisen liikkeistä. Vähemmällä käytöllä turvallisuutta lisäävästä teknologiasta liiketunnistimia oli koko maassa 27 prosentilla käytössä ja automaattinen kodin valaistus 32 prosentilla kotihoidon asiakkaista. (Hammar ym. 2018.)

Asiakkaiden omatoimisuutta lisääviä teknologisia ratkaisuja olivat hyvinvointirannekkeet, tabletit, kognitiivista toimintakykyä tukevat pelit ja seurarobotit. Näiden käyttö oli kuitenkin Suomessa vielä vähäistä kotihoidon asiakkailla. Muita teknologisia ratkaisuja olivat videopuheluyhteydet ja hyvinvointi-TV:t. Videopuheluyhteyttä hyödynnettiin yhteydenpidossa läheisiin ja hoitotyön työntekijöihin sekä jumpparyhmiin. Etäkotihoidon nähtiin soveltuvan etenkin syrjäseuduilla lisäämään palveluiden saatavuutta. Etä- ja virtuaalihoito on käytössä maan laajuisesti 41 prosentilla kotihoidon asiakkaista. Hyvinvointi-TV:llä nähtiin käyttömahdollisuus iäkkäiden yksinäisyyden vähentämisessä ja lisäämään heidän osallisuuttansa. (Hammar ym. 2018.)

Teknologialla pyrittiin koordinoimaan työntekijöiden toimintaa, lisäämään työntekijöiden suoraa hoivatyötä ja vuorovaikutusaikaa kotihoidon asiakkaisiin sekä parantamaan iäkkäiden mahdollisuuksia asua kotona. Etenkin asiakkaan toimintakyvyn heiketessä nähtiin kasvava tarve turvallisuutta lisäävälle teknologialle. Teknologian hyödyntämisen näh-

tiin helpottavan iäkkäiden osallisuutta ja liikkumista, mutta tuovan myös eettisiä ongelmia. Mahdolliseksi ongelmakohdiksi nousi etenkin teknologiaa hyödyntävien yksityisyys ja tietoturva. Asian toisena puolena nähtiin teknologian mahdollistama oman näköinen elämä. (Hammar ym. 2018.)

Fuller ym. (2020) käyttivät tutkimuksessaan **digitaalisia työkaluja** osallistuttamaan potilaita, sairaanhoitajia ja lääkäreitä potilaan kotiutuksen valmisteluun. Digitaalisia työkaluja olivat ohjelmistot, jotka oli sisällytetty sairaalan elektroniseen terveystietorekisteriin. Sairaanhoitajilla ja lääkäreillä oli ohjelmistosta erilainen näkymä kuin potilailla, jossa he näkivät potilaan kotiutumisasteen, määritellyjä avaintietoja kotiutukseen liittyen ja merkinnän potilailla, jotka olivat täyttäneet tarkistuslistan. Digitaalisiin työkaluihin sisältyi vielä erillinen viestintäjärjestelmä potilaan ja hoitohenkilökunnan välille kotiutumisen jälkeistä viestintää varten. Potilaiden kohdalla ohjelmisto sisälsi kotiutumiseen liittyvän tarkistuslistan ja videoita täyttöohjeista tarkistuslistaan. (Fuller ym. 2020.)

Videon ja tarkistuslistat täyttäneet potilaat kokivat ohjelmiston lisäävän ymmärrystä omaan hoitoonsa, jatkohoito suunnitelmiin ja nostivat potilaiden osallisuutta omaan kotiutumisprosessiinsa. Digitaalisen työkalun käytön koettiin potilaiden puolelta olevan hyödyllisin lähellä kotiutumista, mutta ennen hoitotiimin jäsenen käymää yksityiskohtaista kotiutuskeskustelua. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden puolelta palautetta annettiin ohjelmaan liittyen heikosta tiedottamisesta, vaihtelevasta työmäärästä ohjelmaan liittyen, optimoinnin puutteesta ja epä johdonmukaisesta johtajuudesta. Huono vointi ja väsymys olivat yleisimpiä syitä, miksi osa potilaista ei halunnut käyttää ohjelmistoa ja täyttää tarkistuslistaa. (Fuller ym. 2020.)

Digitaalista työkalua ei käytetty puhumattomien, toimintakyvyttömien tai vaarallisten potilaiden kohdalla. Digitaalista työkalua käyttäneet olivat yleensä kotiutumassa kotiin sairaalajakson jälkeen. Jotta ohjelmistosta olisi käytännön hyötyä, tulisi hoitotiimin olla hyvin tiedotettu sen käytöstä ja sitoutunut sen käyttöön. Paras hyöty tuli tarkistuslistan täytöstä oikea-aikaisesti. Ohjelmistosta löytyi tutkimuksen myötä vielä kehitettävää. Tutkimuksessa ei käytetty kontrolliryhmää, joten digitaalisten työkalujen käytöstä ei vielä voitu mitata sen mahdollista tuomaa hyötyä kotiutusprosessiin. (Fuller ym. 2020.)

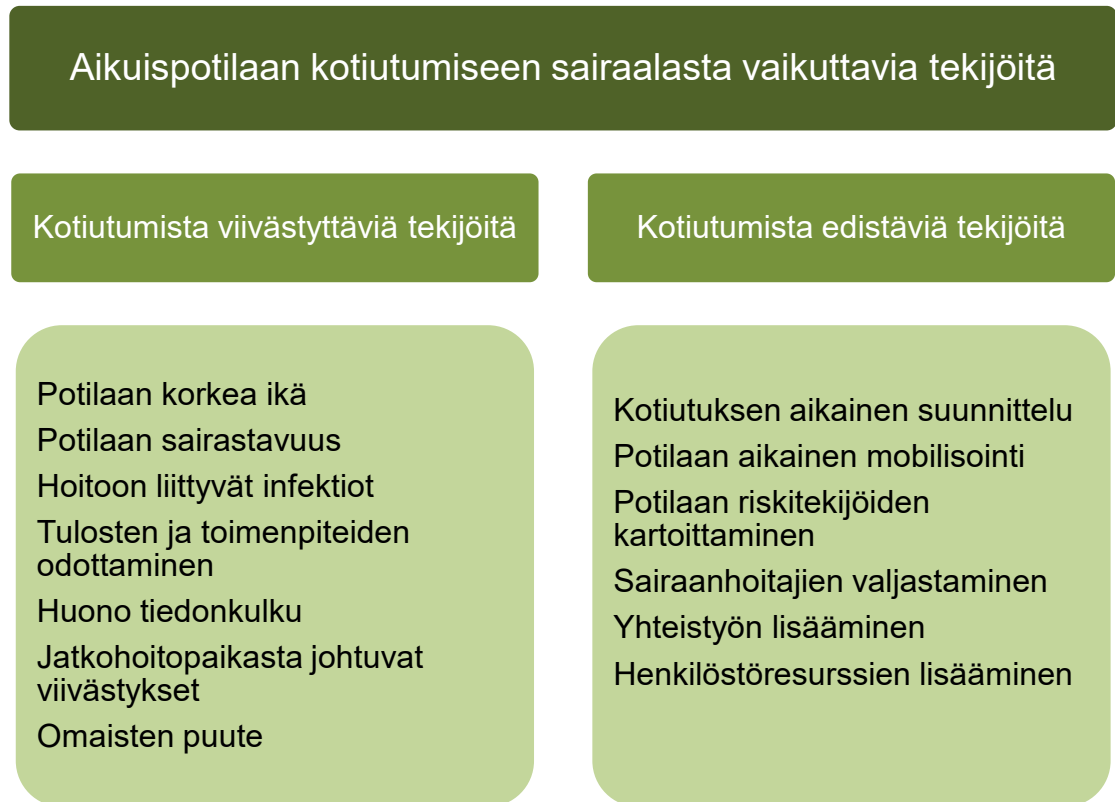
Safavin ym. (2019) **neuroverkkomalli** kehitettiin kehittämään kotiutusprosessia. Siinä hyödynnettiin sähköisessä muodossa olevia potilastietoja. Näiden pohjalta ohjelmisto hyödynsi algoritmeja eli ennalta määritellyjä tietojenkäsittelyprosesseja. Algoritmien

kautta malli teki automaattisesti päätelmiä potilaiden kotiutumisen ajankohdasta. Neuroverkkomallilla ennustettiin potilaiden kotiutumisen ajankohta. Malli automaattisesti tunnisti myös kotiutumiseen liittyviä esteitä potilaiden kohdalla, joilla kotiutuminen toteutui ennakoitun ajankohdan jälkeen. Neuroverkkomallin ennustama kotiutusajankohta oli myöhemmin kuin ennustettu 27,8 prosentilla. Näistä 14 prosentilla kotiutumisen ajankohta tapahtui 24 tunnin sisällä ennustetun ajankohdan jälkeen. Vertailukohtana aikaisempi kotiutusta ennustavan mallin ennuste epäonnistui 33,7 prosentilla. (Safavi 2019.)

Neuroverkkomallilla pystyttiin automaattisesti saamaan palautetta kotiutuksen esteistä. Näitä tietoja käytettiin arvioimaan mahdollisesti vältettävissä olevia sairaalassaolopäiviä. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta neuroverkkomallin käytöstä sairaanhoitajien ja lääkärin päivittäisessä käytössä. Näin saataisiin tietoa siitä, kuinka hyvin malli auttaa sairaalan hoitohenkilökuntaa vähentämään vältettävissä olevaa sairaalassaoloaikaa. (Safavi 2019.)

5.2 Aikuispotilaan kotiutumiseen sairaalasta vaikuttavia tekijöitä

Kotiutumiseen vaikuttavista tekijöistä muodostui tuloksien toinen pääluokka, jonka alle muodostui kaksi yläluokkaa. Yläluokat ovat kotiuttamista viivästyttävät ja edistävät tekijät. Kotiuttamista viivästyttävien tekijöiden alle muodostui seitsemän alaluokkaa. Kotiuttamista edistävien tekijöiden alle muodostui kuusi alaluokkaa. Pääluokka, yläluokat ja alaluokat on esitelty kuviossa 3.



Kuvio 3. Aikuispotilaan kotiutumiseen sairaalasta vaikuttavia tekijöitä.

5.2.1 Kotiutumista viivästyttäviä tekijöitä

Korkean iän todettiin vaikuttavan sairaalassaoloaikaan pitkästä monessa tutkimuksessa. Kotiutus viivästy ja sairaalassaoloaika piteni sitä enemmän, mitä iäkkäämpi potilas oli kyseessä (Hendy ym. 2012; Ong ym. 2018). Korrelaatio oli nähtävissä etenkin yli 75-vuotiailla potilailla (Hendy ym. 2012). Varsinkin iäkkäiden potilaiden kohdalla kotiutumisen viivästyminen liittyi vahvasti ammattilaisten tarjoaman tuen puute kotiloissa, huolta pitävien läheisten puute ja rahalliset rajoitteet. Iäkkäillä viivästyminen aiheuttivat oheissairastavuuksien tuoma riippuvuus muihin. Tämän lisäksi kasvanut todennäköisyys kuntoutuksen tarpeelle, jonka saaminen yleensä kesti. Maista riippumatta korkea ikä, hauraus ja kasvava riippuvaisuus oman toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi olivat samanlaisia tunnusmerkkejä potilaissa, joiden kohdalla kotiutus todennäköisimmin viivästy. (Modas ym. 2019.)

Tutkimuksessa ilmenneitä kotiutumista viivästyttäviä tunnusmerkkejä potilaan **sairastavuuteen** liittyen hoitokotiin siirtyvillä olivat kognitiiviset häiriöt, mielen ja käytöksen häiriöt, sairaaloinen lihavuus, aivoinfarkti, psykiatriset diagnoosit, psykotrooppisten lääkkeiden käyttö, Alzheimerin tauti ja siihen liittyvä dementia. Nuoremmilla hoivakotiin siirtyvillä potilailla, joilla kotiutuminen oli viivästynyt tunnusmerkkeinä, olivat sairaaloinen lihavuus ja heillä oli suurempi todennäköisemmin monimutkainen lääkitys, psykiatrinen diagnoosi, psykotrooppinen lääkitys sekä fyysisiä vammoja. (Costa ym. 2012.) Ongin ym. (2018) tutkimuksessa sairauden vakavuusaste pitkitti sairaalassaoloaikaa merkittävästi. Modaksen ym. (2019) tutkimuksessa oheissairastavuuksien määrä kasvoi ikääntyessä, joka vaikutti viivästyttävästi kotiutumiseen.

Hoitoon liittyvät infektiot olivat yksi yleisimmistä viivästyneen kotiutumisen syistä. Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa infektioiden kohdalla sepsis oli 28 prosenttia viivästyneen kotiutumisen syynä. Lähteestä riippuen näistä infektioista 28 prosenttia tai 50 prosenttia olivat sairaalaperäisiä. Toisessa Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa kirurgisilla potilailla leikkaushaavan infektio aiheutti keskimäärin 11.7 päivän viivästymisen kotiutumiseen. (Modas ym. 2019.)

Erilaisten **tulosten ja toimenpiteiden odottamisen** todettiin viivästyttävän kotiutusta. Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa toimenpiteet ja tulosten odottaminen olivat yksiä yleisimmistä syistä kotiutumisen viivästymiseen, kun tarkasteltiin sairaanhoitoa itsessään. Caminiti ym. (2013) tutkimuksessa testien suorittamisen odottaminen oli yksi yleisimmistä syistä kotiutumisen viivästymiseen. Laboratoriotuloksiin liittyvä kotiutumisen viivästyminen oli kuitenkin vähäistä (Caminiti ym. 2013). Samoilla linjoilla Hendyn ym. (2012) tutkimuksessa laboratoriperäiset syyt vaikuttivat vain vähäisesti kotiutumisen viivästymiseen. Ongin ym. (2018) tutkimuksen tuloksissa sairaalassaoloaika piteni 13,2 prosenttia jokaisena päivänä, jolloin laboratoriotulosten katsominen oli viivästynyt. Viitearvojen ulkopuolella olevat laboratoriotulokset viivästyttivät sairaalassaoloaikaa 33,6 prosenttia todennäköisyydellä jokaiselta päivältä, kun tuloksia ei tarkistettu. Normaalien laboratoriotulosten viivästynyt päivittäinen katsonta viivästytti sairaalassaoloaikaa 12,2 prosenttia todennäköisyydellä. Laboratoriotestien kasvava määrä vaikutti sairaalassaoloaikaan pidentävästi. Merkittävää vaikutusta sairaalassaolon pituuteen ei kuitenkaan löydetty laboratoriotestien tilaamisen ja niiden julkaisuajan suhteen. (Ong ym. 2018.)

Huono tiedonkulku oli keskeinen ongelma kotiutuksissa. Potilasjärjestelmään kirjaamisissa oli puutteita tai erilaisia käytäntöjä, kuten ei tiedetty mitä kirjataan ja minne. Yhteystietojen löytäminen koettiin haasteelliseksi, jopa yhteydenottaminen. (Arfman 2017.)

Monessa tutkimuksessa nousi esille **jatkohoitopaikkoihin** liittyvät viivästykset kotiutumiseen. Hendyn ym. (2012) tutkimuksessa kotiuttamista viivästyttivät eniten sosiaalitoimeen ja terapiaan (fysioterapia ja toimintaterapia) liittyvät viivästykset sekä jatkohoitopaikan puute. Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa jatkohoitopaikan puute oli myös yksi yleisimmistä kotiuttamista viivästyttävistä syistä ja sosiaalitoimesta johtuvat syyt nousivat tutkimuksista keskeisiin kotiutusta viivästyttäviin syihin. Safavin ym. (2019) tutkimuksessa jatkohoidon odottaminen kattoi 33,8 prosenttia viivästyneen kotiutumisen syistä ei-kliinistä tekijöistä johtuvista tekijöistä. Kotihoidosta ja sosiaalituesta johtuvia viivästyksiä oli prosentuaalisesti todella vähän, mutta niiden painoarvo viivästyymiseen olivat korkeat (Safavin ym. 2019). Caminitin ym. (2013) potilaan siirron odottaminen muualle nousi heidän tutkimuksessa yhdeksi yleisimmäksi kotiutuksen viivästyymisen syyksi. Costan ym. (2012) tutkimuksessa hoitokotiin siirtyvillä potilailla oli pitkittynein sairaalassaoloaika ja kotiutuminen viivästyi enemmän.

Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa **omaisten puute** oli kotiutusta viivästyttävä tekijä ja henkilökohtaisiin lukeutuvissa syissä perheeseen liittyvät ongelmat olivat merkittäviä. Costan ym. (2012) tutkimuksessa hoivakotiin siirtymistä odottavilla potilailla, joilla kotiutuminen viivästy, oli yksinäisyys yleistä.

5.2.2 Kotiutumista edistäviä tekijöitä

Kotiutuksen aikainen suunnittelu ja työstäminen mahdollisimman pian potilaan saapuessa estetään viivästyksiä sairaalahoidossa, säästetään rahaa ja näytetään, että potilaan etu on etusijalla (Modas ym. 2019). Hendyn ym. (2012) tutkimus tuli myös siihen tulokseen, että kotiutusta tulisi alkaa suunnitella jo ennen kuin potilaan arvellaan olevan kotiutuskuntoinen, koska kotiutus itsessään voi viedä kauan aikaa. Costa ym. (2012) nostivat esille kotiutussuunnitelman aikaisen toteutuksen ratkaisuvaihtoehtona viivästyneeseen kotiutumiseen.

Sairaalassa **aikaisella mobilisoinnilla** todettiin olevan kotiutumista edistävä tekijä Kalischin ym. (2013) kirjallisuuskatsauksessa. Aikaisin mobilisoidut keuhkokuume potilaat

kotiutuivat päivää aikaisemmin kuin potilaat, joita ei mobilisoitu. Jännesiirtopotilailla aikaisin mobilisoitujen potilaiden ja lastan käyttö kipsin sijaan kotiutuivat 15 päivää aikaisemmin verrattuna potilaisiin, joilla oli kipsi ja kipsiä pidettiin pidemmän aikaa kuin lastaa verrokeilla. Sairaanhoitajien ohjaamalla mobilisointi käytännöllä hoidettujen potilaiden sairaalassaoloaika oli merkittävästi lyhyempi kontrolliryhmään verrattuna. CREAD-malli on lähestymistapa, jolla saatiin lyhennettyä sairaalassaoloaika laparotomia ja suolistoleikatuilla potilailla. Malliin sisältyi ruokavalio, kontrolloitu kuntoutus ja suuri osa mallin toteutuksesta liittyi aikaiseen mobilisointiin. Muutamassa kirjallisuuskatsauksen tutkimuksessa oli löydetty yhteys potilaan liikkuvuuden ja sairaalassaolon pituuden välillä. Sairaalassaoloaika oli sitä lyhyempi, mitä parempi liikkuvuus potilaalla oli. Vaikka liikkumattomuuden monista haittavaikutuksista oltiin tietoisia niin silti potilaiden mobilisointi sairaanhoitajien toimesta oli vähäistä. Iäkkäät potilaat kotiutuvat sairaalasta usein päivittäistoimintojen osalta huonommin selviytyvinä kuin ennen sairaalajaksoa. (Kalisch ym. 2013.) Kuntoutuksen hyödyntäminen nähtiin yhtenä ratkaisuvaihtoehtona kotiutumisen viivästymisen estoon Costa ym. (2012) tutkimuksessa.

Potilaan riskitekijöiden kartoittamisen sairaalassa todettiin vaikuttavan myös kotiutumisen toteutumiseen. Beauchet ym. (2019) tutkimuksessa havaittiin, että potilailla, joilla oli alhainen riskitaso 6-osaisella BGA mittarilla, myös heidän sairaalassaoloaikansa oli lyhyempi. Mittarin mittaamaan kuuden osan antamaan pisteytykseen vaikutti potilaan ikä, sukupuoli, päivittäisen lääkityksen määrä, saama kotituki, viimeisen kuuden kuukauden aikana tapahtuneet kaatumiset ja viimeisen kuuden kuukauden aikana koetut orientaation häiriöt. Tutkimuksen mukaan 6-osaisella BGA työkalulla seulotut korkean riskin potilaat tuli havaita ajoissa, jotta heihin voitiin kohdentaa oikea-aikainen ja asianmukainen interventio. Korkean riskin potilailla oli yleisempää ajalliset disorientaatiot ja taustalla kaatumisia verrattuna matalan riskitason potilaisiin samalla mittarilla. 6-osainen BGA työkalu ei ollut kuitenkaan tarpeeksi toimiva pitkän sairaalassaoloajan ennustamiseen ja ratkaisuna nähtiin 6-osaisen BGA:n kasvattaminen 10-osaiseksi. Tällöin työkalun tarkkuus ja suorituskyky paranisivat. (Beauchet ym. 2019.) Modas ym. (2019) potilaan riskien kartoittaminen todettiin tärkeänä osana kotiutussuunnitelmaa ja vähentämään viivästynyttä kotiutumista.

Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa **sairaanhoitajilla** nähtiin keskeinen rooli potilaiden kotiutumisen toteuttamisessa. Kotiutuksen kohdalla sairaanhoitajien tulee toimia opastajana ja neuvonantajana valmistaen potilasta kotiutumiseen sekä huolehtia jat-

kohoidosta kotiutuksen jälkeen. Kaatumisten estossa sairaanhoitajat olivat merkittävässä roolissa. Osana estotoimia tuli kartoittaa kaatumisriskissä olevat potilaat sekä järjestää heille tarpeelliset suojatoimet. (Modas ym. 2019.)

Arfmanin (2017) tutkimuksessa **yhteistyötä** kaivattiin enemmän, johon ratkaisuksi ehdotettiin enemmän yhteisiä palaverieja. Lisäksi kotihoito toivoi, että osastolta hoitajat voisivat soittaa, jos potilaan tiedoissa on jotakin epäselvyyksiä. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä myös korostettiin, jotta eroavaisuudet epikriisien ja hoitotyön loppuarvioiden välillä vähentyisivät. (Arfman 2017.) Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa yhteistyön lisääminen terveydenhuollon ja sosiaaliturvan välillä koettiin tärkeäksi edistämään kotiuttamisprosessia. Yhteistyötä ja konsultaatiota psykiatrilta tai vanhuspsykiatrilta kaivattiin enemmän Costan ym. (2012) tutkimuksen lopputulemana.

Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa **henkilöstöresurssien lisääminen** vähentäisi kotiutuksen viivästymisiä ja lyhentäisi sairaalassaoloaikaa. Henkilöstöresurssien lisääminen hoivakotien puolella nähtiin Costan ym. (2012) ratkaisuvaihtoehtona ennaltaehkäisemään viivästynyttä kotiutumista.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö on eettisyyden ja luotettavuuden kannalta uskottavaa sekä hyväksyttävää, jos opinnäytetyön teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää ohjeita, joita opinnäytetyön tekijät voivat soveltaa itsesääätelyn kautta. Lainsäädäntö asettaa rajat itsesäätelylle. Hyvä tieteellinen käytäntö on myös osa laatu-järjestelmää. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, jossa erityisesti toimintatapoina ovat olleet koko opinnäytetyön ajan tarkkuus ja huolellisuus tietojen haussa, tallentamisessa, tulosten esittämisessä ja arvioinnissa.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää olemassa olevaa teoriaa sitä rakentaen ja arvioiden. Kirjallisuuskatsaus kuuluu metodina ja tutkimusetiikkana kvalitatiivisen ja kvantitatiivisten metodien yhdistelmään, jossa tehdään tutkimuksesta tutkimusta eli kootaan tutkimuksien tuloksia yhteen. Tästä toiminnasta saadaan tulokseksi uutta tietoa. Metodina kirjallisuuskatsauksen on täytettävä tieteen metodille asettamat yleiset vaatimukset, joita ovat julkisuus, kriittisyys, itsekorjaavuus ja objektiivisuus. (Salminen 2011). Opinnäytetyö on tehty Scoping-kirjallisuuskatsauksena, jossa etsittiin omaan aihealueeseen vastaavia tuloksia tutkimuksista, hankkeista ja suosituksista. Kirjallisuuskatsauksessa ei ole tehty varsinaista tieteellistä tutkimusta eikä tutkittu potilaita. Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat julkisia ja ne ovat löydettävissä Theseuksesta kesäkuussa 2021. Tiedeyhteisö voi arvioida työtä kriittisesti. Itsekorjaavuuden avulla opinnäytetyön tuloksien virheet ja puutteellisuudet voidaan korjata uusilla tutkimustuloksilla. Lisäksi opinnäytetyön tutkimuskohteiden ominaisuudet olivat kahden opinnäytetyöntekijän näkökulmia ja muista auktoriteeteista riippumattomia. Opinnäytetyön tuloksien ryhmittely olivat opinnäytetyön tekijöiden tulkinta sopivasta jaottelusta, johon eivät ole vaikuttaneet ulkopuoliset tahot. Opinnäytetyöstä ei ole saatu taloudellista hyötyä, vaan työ on tehty mahdollisten uusien tuloksien ja kehitysideoiden toivossa.

Eryteisesti opinnäytetyön toteuttamisessa noudatetaan aineistojen tekijänoikeuslain säännöksiä. Opinnäytetyön aineistoina käytetään toisten omistamia aineistoja, menetelmiä ja tuloksia. Näiden alkuperäisyys, tekijät ja lähteet mainitaan hyvän tutkimustavan mukaisesti ja lainsäädäntöä noudattaen. (Arene ry. 2019.) Muiden tutkijoiden töitä kunnioitettiin ja hyvän tutkimustavan mukaisesti opinnäytetyön lähteitä käytettiin plagioi-

matta ja merkittiin tekstiin lähdeviittauksilla. Lähteet koottiin oikeaoppisesti opinnäytetyön lähdeluetteloon. Tulokset koostuivat pääosin vertaisarvioituista tutkimuksista, joka lisää opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Opinnäytetyössä ei ole hyödynnetty samantasoisia teoksia eli vanhoja opinnäytetöitä.

Tiedonhaku on prosessi eikä haku välttämättä aina onnistu ensimmäisellä kerralla, koska hakutuloksia on joko liikaa tai liian vähän. Tällöin hakua pitää muokata. Hakutuloksien määrää voidaan pienentää rajaamalla hakua tietokannoissa. Hakutuloksia voidaan rajata aineistotyyppin, kielen, julkaisuvuoden ja tekijän mukaan. (Human University of Applied Sciences 2019.) Opinnäytetyötä tehtiin parityönä läpi kevään, joka antoi työn tekemiseen lisää näkökulmia ja kriittisyyttä. Tiedonhakua tehtiin läpi kevään moneen otteeseen luotettavista tietokannoista: Cinahl Completeness, Duodecim aikakauskirjassa, Medicissä, Joanna Briggs Instituutissa, Julkarissa ja Pudmedissa. Tiedonhakua päivitettiin ja laajennettiin opinnäytetyöprosessin ajan. Lisäksi opinnäytetyön tiedonhakua tehtiin manuaalisesti. Aineiston luotettavuutta lisää myös se, että aineistolle oli valittu tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tiedonhaun hakusanat valittiin aiheeseen sopivaksi. Hakusanoja myös muokattiin ja otettiin uusia hakusanoja valituista aineistoista, jotka vastasivat tutkimusongelmiin. Käytetyillä hakusanoilla ei kuitenkaan välttämättä löytynyt kaikkia potentiaalisia lähteitä kirjallisuuskatsaukseen. Monessa tutkimuksessa esimerkiksi jonkin tekijän vaikutus viivästyneeseen kotiutumiseen tai sairaalassaoloaikaan tulivat sivutuloksena. Näitä vihjeitä tulisi tällöin seurata erikseen eteenpäin, jolloin hakusanatkin muuttuisivat merkittävästi. Manuaalisella haulla saatiin luotettavuutta lisättyä tämän suhteen.

Hakutuloksissa oli paljon lähteitä, joissa keskityttiin enemmän sairaalaan paluuseen kuin viivästyneeseen kotiutumiseen. Manuaalisella haulla tuli paljon hyviä tutkimuksia, hankkeita ja suosituksia, mutta osa niistä olivat yli kymmenen vuoden takaisia, eivätkä näin ollen täyttäneet hakujen sisäänottokriteerejä. Tuoreita tutkimuksia, hankkeita ja malleja oli vähän. Tieto kotiutumiseen liittyen oli hajanaista.

Toimeksiantajan toiveena oli pohjoismaissa käytettyjen mallien etsiminen. Kielellisten rajoitteiden takia muita kuin suomenkielisiä ja englanninkielisiä lähteitä ei pystytty hyödyntämään. Osa opinnäytetyön aineistosta oli englanninkielisiä tutkimuksia. Kääntämisprosessin aikana on voinut kielellisistä syistä tulla tulkintavirheitä, jotka ovat voineet vaikuttaa tulosten luotettavuuteen laskevasti.

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastasi ainoastaan viisi aineistoa, joka huonontaa tulosten luotettavuutta eikä anna kokonaiskuvaa potilaan kotiutumisen toteuttamistavoista. Valitut aineistot ensimmäiseen tutkimusongelmaan olivat erilisiä toisistaan ja enemmänkin vaihtoehtoja erillisistä hyödynnettävistä toteuttamistavoista. Toiseen tutkimusongelmaan vastasi yhdeksän aineistoa, joka lisää tulosten luotettavuutta. Toiseen tutkimusongelmaan vastanneiden aineistojen sisällöistä löytyi toisiaan tukevaa sisältöä. Tiedonhaun hakusanat valittiin mahdollisimman sopivaksi aiheeseen liittyen ja niitä kehitettiin sopivan aineiston sisältämien termistön mukaan eteenpäin. Hakusanat eivät kuitenkaan välttämättä olleet tarpeeksi hyviä eikä niillä saatu löydettyä kaikkia potentiaalisia aineistoja.

Opinnäytetyöhön valitussa aineistossa suurimmassa osassa oli suuret otosmäärät, joka parantaa opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Suurin osa tutkimuksista olivat ulkomalaisia tutkimuksia. Tulokset näissä olivat suuntaa antavia, mutta huomioon tulee kuitenkin ottaa tulkinnan osalta kulttuurilliset erot ja terveydenhuollon toiminnan eroavuudet Suomen ja muiden maiden välillä. Suomessa voi nousta aivan erilaisia ongelmakohtia enemmän esille kuin esimerkiksi Iso-Britanniassa. Muissa maissa toimivat mallit eivät välttämättä myöskään sovellu suoraan muokkaamattomina Suomeen. Tutkimukset, joissa tutkittiin viivästyneen kotiutumisen tunnusmerkkejä, olivat osin paikkaansa ja aikaansa sidottuja.

Kyngäs ja Vanhanen (1997, 5) mukaan Pietilä (1973), Catanzaro (1988), Robson (1993), Morse (1994) ja Burns ja Grove (1977) tulee tutkijan ennen analysointia valita analysoiko aineistosta selvästi ilmaistun sisällön vai piilossa olevia viestejä. Piilossa oleviin viesteihin sisältyy enemmän tulkintaa. Kyngäs ja Vanhanen (1997,6) mukaan ja Dey (1993) sisällön analyysissä kategorioita muodostaessa induktiivisesti tutkija itse määrittelee yhdistettävät ja toisiinsa sopimattomat kategoriat. Ryhmittelyt ovat olleet tällöin tekijöidensä oma tulkinta ja näkemys sopivasta kategorisoinnista. (Kyngäs & Vanhanen 1997, 6.) Opinnäytetyön aineiston analyysin lopputulos olivat tekijöidensä tulkinta sopivasta pelkistämisestä, luokittelusta ja käsitteellistämisestä. Opinnäytetyössä oli kuitenkin kaksi tekijää, jolloin yhteistyö lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta analyysin suhteen. Toiset tekijät voivat samasta valitusta aineistosta päätyä analyysissä erilaisiin ryhmittelyihin. Tässä opinnäytetyössä analysoitiin aineistosta selvästi ilmaistua sisältöä, jolloin tulkinnan osuus on pienempi verrattuna piilossa olevien viestien analysointiin. Tällöin tulosten esit-

tämisen luotettavuus paranee. Valittuihin tutkimuksiin ja hankkeisiin palattiin useaan otteeseen opinnäytetyön teon aikana, millä varmistettiin opinnäytetyöhön kirjoitetun paikansa pitävyyttä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aikuispotilaiden kotiutumista tukevia toteuttamistapoja sairaalahoidosta ja tekijöitä, jotka vaikuttavat kotiutumisen toteutumiseen. Tavoitteena on tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa aikuispotilaan kotiuttamisprosessin tukemiseen sairaalahoidosta.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen analyysin tuloksena ensimmäiseen tutkimusongelmaan löytyi kotiutuslista, henkilökunnan motivointi, omatoimisuutta ja turvallisuutta lisäävä teknologia, digitaaliset työkalut ja neuroverkkomalli. Toiseen tutkimusongelmaan löytyi aikuispotilaan kotiutumista viivästyttäviä ja edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä ja strategisessa päätöksenteossa. Opinnäytetyön hakuprosessin aikana ilmeni tutkimusten ja hankkeiden vähäisyys, joten tulevaisuudessa tulee tutkimustyötä tehdä enemmän kotiutumiseen liittyen. Toimeksiantajalle parhaiten hyödynnettäviä tuloksia ovat kotiutuslistan käyttöönotto, kotiutumista viivästyttävien tekijöiden kartoittaminen potilaissa, kotiutuksen aikainen suunnittelu ja potilaiden aikainen mobilisointi.

Kotiutuslista kehitettiin Kuusisto ym. (2019) hankkeessa ja otettiin käyttöön Satakunnassa. Kotiutuslista pyrkii tukemaan henkilökuntaa muistamaan kotiutukseen liittyvistä asioista (Kuusisto ym. 2018). Tarkistuslistasta todettiin olevan käytännön hyötyä potilaiden kotiuttamisessa ja siirrettäessä toiselle osastolle (Blomgren & Pauniahho 2014). Kotiutuslista olisi hyvä räätälöidä osaston tarpeisiin tukemaan kotiutusta. Sairaalan osastot voivat poiketa hyvinkin paljon toisistaan, riippuen osaston erikoisalasta. Jokaisella osastolla voisi olla käytössä omaan alaansa sopiva kotiutuslista. Osastoilla voi olla erilaiset riskitekijät, huomioon otettavat asiat, hoitokäytännöt, jatkohoitosuunnitelmat, seuranta ja komplikaatoriskit. Kotiutuslista helpottaa uusien ja vanhojen työntekijöiden muistamista sekä sujuvoittaa potilaan kotiuttamista, koska kotiutumiseen liittyvät asiat ovat selkeästi kirjattu kotiutuslistaan. Kotiutuslista takaa myös potilaan turvallisen kotiutumisen nostamalla esille hoidolliset ja jatkohoidolliset huomioon otettavat asiat ennen kuin potilas konkreettisesti lähtee sairaalahoidosta. Osastojen pitäisi kehittää yhteistyötaitoja hoitohenkilökunnan kesken ja laatia kotiutuslistan toteuttamiseen yhteiset käytännöt. Tulevaisuudessa pitäisi enemmän keskittyä potilaan kotiutumisen ongelmakohtiin ja löytää niihin ratkaisuja osastolla, jotta potilaan kotiutuminen olisi sujuvampaa ja mahdollisilta ylimääräisiltä sairaalapäiviltä välttyttäisiin.

Caminitin ym. (2013) tutkimuksessa sairaalaolopäiviä saatiin vähennettyä ilman suurempia toimenpiteitä jo pelkästään henkilökunnan motivoinnilla ja neuvonnalla. Modas ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että sairaanhoitajilla on keskeinen rooli kotiutuksien toteuttamisessa. Näin ollen kotiutuksen viivästymisiä voidaan ennaltaehkäistä pelkästään jo kiinnittämällä huomiota ongelmakohtiin. Kotiutuksen viivästymisiä voitaisiin seurata esimerkiksi kuukausitasolla, jolloin saadaan tietoa kotiutumisen konkreettisesta toteutumasta. Sairaanhoitajien motivoituneisuutta omaan työhön voidaan lisätä siten, että työmäärän sopivuus kullekin työpäivälle on varmistettu. Monesti osastoilla on töissä liian vähän sairaanhoitajia suhteutettuna potilaisiin ja työmäärään. Kotiutuksia toteuttaville sairaanhoitajille pitäisi taata samanlainen työrauha kuin lääkkeidenjaossa.

Kotihoidon kautta järjestetään asiakkaille jo monenlaista omatoimisuutta ja turvallisuutta lisäävää teknologiaa. Näiden avulla parannetaan asiakkaiden kotona selviytymistä. Teknologiaratkaisuja on kuitenkin hyödynnetty Suomessa vaihtelevasti. (Hammar ym. 2018.) Osa asiakkaista olisi kuitenkin valmiita maksamaanakin ikäteknologiasta, mutta niistä on tietoa vielä niukasti (Forsberg 2018a). Muistisairaille tarkoitettuja GPS-paikantimia, kodin ulkopuolelle hälyttäviä palohälyttimiä ja liiketunnistimia voitaisiin hyödyntää kotiuttamisessa. Teknologiaa hyödyntämällä voitaisiin siis tukea potilaan kotona selviytymistä ilman, että tarvitsee viivästyttää kotiutumista. Näin ollen potilaan kotiutuminen ei viivästyisi jatkohoitopaikkaa odotellessa.

Digitaalisia työkaluja hyödynnettiin Fuller ym. (2020) tutkimuksessa osallistuttamalla potilaita kotiutumisen valmisteluun. Väärinymmärryksiä saadaan vähennettyä, kun tieto tulee potilaalta suoraan. Tällöin saadaan myös sairaanhoitajan työmäärää vähennettyä, kun potilas osallistuu kotiutumisensa valmisteluun. Potilasta voitaisiin jatkossa osallistuttaa enemmän oman kotiutumisensa suunnitteluun sähköisesti siihen tarkoitettulla lomakkeella tai sovelluksella. Tämä edistää myös kotiutuksen aikaista suunnittelua. Kotiutuksen aikaisella suunnittelulla on todettu estävän viivästynyttä kotiutumista (Costa ym. 2012; Hendy ym. 2012; Modas ym. 2019).

Safavin ym. (2019) tutkimuksessa käytetty neuroverkkomallilla pystyttiin ennakoimaan kotiutusajankohtaa ja kotiutukseen liittyviä esteitä. Ohjelmistossa oli kuitenkin vielä kehitettävää ja sen todellisesta vaikutuksesta sairaalaoloaikaan ei vielä ole tehty tutkimuksia. (Safavin ym. 2019.) Tulevaisuudessa neuroverkkomallilla voidaan ennakoita potilaiden kotiutumisten ajankohtaa, jolloin kotiutuvien priorisointi helpottuu. Tätä voidaan hyödyn-

tää myös sairaalan henkilöstöresurssien mitoittamiseen. Mallin automaattisella kotiutuksen esteiden poiminnalla saadaan tärkeää tietoa oman osaston ongelmakohdista kotiutuksiin liittyen. Näin ollen saadaan konkreettisia tekijöitä nostettua esille, joihin puuttamalla voidaan vaikuttaa potilaiden sairaalassaoloaikaan lyhentävästi. Ohjelmisto luultavasti tarvitsee kuitenkin räätälöintiä ja erikoisosaamista ohjelmiston suhteen, parhaan hyödyn saamiseksi eri osastoilla. Neuroverkkomalli on mielenkiintoinen tapa hyödyntää algoritmeja, mutta luultavasti vielä kehittyä ja on käyttökelpoisempi tulevaisuudessa.

Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa potilaan riskien kartoittamisen todettiin vähentävän viivästynyttä kotiutumista. Beauchet ym. (2019) tutkimuksessa 6-osaisella BGA riskimittarilla pystyttiin seulomaan todennäköisimmin kotiutuksesta viivästyviä potilaita. Tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin suosittelemaan 10-osaisen BGA riskimittarin käyttöä, jolloin mittarin luotettavuus kotiutuksen viivästymisen ennakoijana olisi parempi. Seulontamittareiden täydentämiseen ei kuitenkaan saisi kuluu viittä minuuttia kauempaa aikaa, jotta mittaria voidaan käyttää päivittäistoimissa. (Beauchet ym. 2019.) Kotiutumisen viivästymistä aiheuttavien tekijöiden tiedostaminen auttaa reagoimaan ajoissa, jolloin kotiutumisen viivästymistä on mahdollista ehkäistä. Riskitekijöiden kartoitus ja kotiutuksen suunnittelu tulisi aloittaa heti potilaan saapuessa sairaalahoitoon.

Potilaan aikaisella mobilisoinnilla on todettu lyhentävän sairaalassaoloaika (Kalisch ym. 2013; Timonen ym. 2014). Varsinkin iäkkäiden potilaiden aikainen kuntouttaminen löytyy hoitosuunnitelmasta (Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto 2016). Sairaalaympäristö yleensä passivoi ja vieraannuttaa potilaita omasta elinympäristöstä. Aikainen mobilisointi edistää potilaan kuntoutumista ja pääsemistä vähintään samaan toimintakykyyn kuin ennen sairaalahoitojaksoa. Fysioterapeutteja pitäisi olla enemmän joka osastolla käytössä ja tiiviinä osana hoitotiimiä, sillä heillä on kuntoutukseen liittyvää osaamista. Sairaalaan olisi hyvä kehittää enemmän mahdollisuuksia pitää yllä toimintakykyä, esimerkiksi kuntoilutilat ja piha-alue. Jos sairaalan alueelle ei ole mahdollista toteuttaa piha-aluetta, voitaisiin hyödyntää käyttämättömiä tiloja, kuten esimerkiksi kattoterassia.

Kotiutumisen ongelmat liittyen potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan tai kotiin eivät ole erityisen uusia ja ennen kuulumattomia. Yhteistyötä ja tekniikkaa tulisi jatkossa kehittää enemmän. Varsinkin kun kotona hoidettavien määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan ja kotona hoidettavat ovat entistä monisairaampia ja huonokuntoisempia. (Arfman 2017) Viivästynyt kotiutus ja siihen liittyvät tekijät sekä toimintamallit ovat laaja aihe,

mutta vähän tutkittu. Viivästyneen kotiutumisen ongelmaan on kehitetty vain vähän erilaisia toimintamalleja. Ratkaisuja ongelmaan löytyy kuitenkin paljon tutkimusten sivutuotoksina. Tutkimuksissa on tutkittu jotain muuta kuin viivästyntä kotiutumista, mutta osana tulosta on löydetty asian vaikuttavan sairaalassaoloaikaan tai viivästyneeseen kotiutumiseen. Modaksen ym. (2019) kirjallisuuskatsauksessa todettiin kotiutusta viivästyttävien tekijöiden taustalla olevien syiden olevan moninaisia. Costan ym. (2012) tutkimuksessa todettiin viivästyneen kotiutuksen olevan heijastus terveydenhuollon laadusta. Laajalti hyväksytyä, voimassaolevaa ja luotettavaa tietoa viivästyneeseen kotiutumiseen tarvittaisiin enemmän (Costa ym. 2012). Kotiutumiseen liittyvää tutkimustyötä ja hankkeita pitäisi olla tulevaisuudessa enemmän Suomessa, jotta kotiutuminen olisi tulevaisuudessa ongelmattomampaa ja sujuvampaa. Lisäpainoa asialle tuo Suomen väestön ikäjakauman suuntautuminen huomattavasti iäkkäiden suuntaan tulevien vuosien aikana. Ikääntyneiden määrä suhteessa nuoriin sekä aikuisiin on tällöin suurempi. Ikääntyminen lisää sairastavuuden esiintyvyyttä ja vie paljon resursseja sosiaali- ja terveysalalta. Kotiutumisen oikea-aikaisuus ja tärkeys tulevat tällöin entistä merkitsevimmiksi. Sairaalalla tulisi aina olla sairaalavuodepaikka sitä tarvitsevalle.

LÄHTEET

Anttila, V.-J. 2014. Infektoriskit terveydenhuollossa. Potilasturvallisuuden perusteet. Oppiportti.fi. Viitattu 10.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.oppoportti.fi/op/ptp00107/do?p_haku=terveydenhuollon%20tarkistuslista#s4

Arene ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Viitattu 11.3.2021. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportti/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

Arfman, O. 2017. Sujuvasti ja turvallisesti takaisin kotiin – kotiutusmalli Raision terveyskeskussairaalaan. Kehittämisprojekti (YAMK). Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.4.2021. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/128149/Arfman_Outi.pdf;jsessionid=575CED34E3B56B05241683CA45A493B3?sequence=1

Bai, A.; Dai, C.; Srivastava, S.; Smith, C. & Gill, S. 2019. Risk factors, costs and complications of delayed hospital discharge from internal medicine wards at a Canadian academic medical centre: retrospective cohort study. BMC Health Services Research 2019 Vol. 19. No 935. Viitattu 23.4.2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6894295/pdf/12913_2019_Article_4760.pdf

Beauchet, O.; Fung, S.; Launay, C.; Cooper-Brown, L.; Afilalo, J.; Herbert, P.; Afilalo, M. & Chabot, J. Screening for older inpatient at risk for long length of stay: which clinical tool to use?. BMC Health Services Research 2019 Vol. 19. No 156. Viitattu 22.4.2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6555010/pdf/12877_2019_Article_1165.pdf

Blomgren, K. & Pauniaho, S.-L. 2014. Terveystarkistukset. Potilasturvallisuuden perusteet. Oppiportti.fi. Viitattu 10.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.oppoportti.fi/op/ptp00304/do?p_haku=terveydenhuollon%20tarkistuslista#q=terveydenhuollon%20tarkistuslista

Caminiti, C.; Meschi, T.; Braglia, L.; Diodati, F.; Iezzi, E.; Marcomini, B.; Nouvenne, A.; Palermo, E.; Prati, B.; Schianchi, T. & Borghi, L. 2013. Reducing unnecessary hospital days to improve quality of care through physician accountability: a cluster randomized trial. BMC Health Services Research 2013 Vol. 13. No 14. Viitattu 21.4.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3577481/pdf/1472-6963-13-14.pdf>

Costa, A.; Poss, J.; Peirce, T. & Hirdes, J. 2012. Acute care inpatients with long-term delayed discharge: evidence from a Canadian health region. BMC Health Services Research 2012 Vol. 12. No 172. Viitattu 22.4.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424132/pdf/1472-6963-12-172.pdf>

Forsberg, K. 2018a. Ikätekniikan esittely- ja neuvontapaikat. 2. uud. p. Helsinki: Waasa Graphics Oy. Viitattu 10.5.2021. https://www.valli.fi/wp-content/uploads/2019/11/ITK-pisteet2018_kevyt.pdf

Forsberg, K. 2018b. Arjen älykkäät välineet. Opas ikääntyneiden kotona asumisen tueksi. 3. uud. p. Helsinki: Painokurki Oy. Viitattu 10.5.2021. https://www.valli.fi/wp-content/uploads/2019/11/ITK-opas_kolmas_korjattu_painos.pdf

Fuller, T.; Pong, D.; Piniella, N.; Pardo, M.; Bessa, N.; Yoon, C.; Boxer, R.; Schnipper, J. & Dalal, A. 2020. Interactive Digital Health Tools to Engage Patients and Caregivers in Discharge Preparation: Implementation Study. *Journal of Medical Internet Research* Vol. 22. No 4. Viitattu 21.4.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218608/>

Hammar, T.; Mielikäinen, L. & Alastalo, H. 2018. Teknologia tukee kotihoidon asiakkaan omatoimisuutta ja turvallisuutta – eroja käyttöönotossa maakuntien välillä. Tutkimuksesta tiiviisti 44, joulukuu 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.3.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137291/URN_ISBN_978-952-343-252-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hendy, P.; Patel, JH.; Kordbacheh, T.; Laskar, N. & Harbord, M. 2012. In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Clinical Medicine* Vol. 12. No 4, 320-323. Viitattu 20.4.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952118/pdf/320.pdf>

Holmås, TH.; Islam, MK. & Kjerstad, E. 2013. Between two beds: innappropriately delayed discharges from hospitals. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2013 Vol. 13, 201-207. Viitattu 20.4.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10754-013-9135-4>

Human University of Applied Sciences. 2019. Tiedonhankinnan opas: Tiedonhaun toteuttaminen. Humak.fi. Viitattu 10.5.2021. <https://humak.libguides.com/tiedonhankinnanopas/tiedonhaunto-teuttaminen>

Kalisch, B.; Lee, S. & Dabney, B. 2013. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2013 Vol. 23. No. 11-12, 1486-1501. Viitattu 1.5.2021. <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/106977/jocn12315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kehusmaa, S.; Mäkelä, M. & Heikkilä, R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 14, toukokuu 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.3.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kuusisto, A.; Heino, M.; Joensuu, A.; Nevalainen, M.; Pakkanen, T.; Ranne, P. & Puustinen, J. 2018. Moniammatillinen kotiutuslista on jo käytössä. *Lääkärilehti* 2018 Vol. 73. No 47. Viitattu 11.3.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2018/SLL472018-2764.pdf>

Kuusisto, A.; Heino, M.; Joensuu, A.; Nevalainen, M.; Pakkanen, T.; Ranne, P. & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. Viitattu 19.4.2021 <https://journal.fi/finjehew/article/view/70465>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1997. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999 Vol. 11. No 1.

Langhorne, P.; Taylor, G.; Murray, G.; Dennis, M.; Anderson, G.; Bautz-Holter, E.; Dey, P.; In-dredavik, B.; Mayo, N.; Power, M.; Rodgers, H.; Ronning, O.; Rudd, A.; Suwanwela, N.; Widen-Holmqvist, L. & Wolfe, C. 2005. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 2005 Vol. 365. No. 9548, 501-506. Viitattu 7.5.2021. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2805%2917868-4>

Luhtasaari, M. 2017. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoidajan tietokannat. *Terveysportti.fi*. Viitattu 11.3.2021. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kotiuttaminen

Modas, D.; Nunes, E. & Charepe, Z. D. 2019. Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review. Portugal: Revista Gaúcha de Enfermagem. Viitattu 20.4.2021. https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/en_1983-1447-rgenf-40-e20180130.pdf

Ong, M.; Magrabi, F. & Enrico, E. 2018. Delay in reviewing test results prolongs hospital length of stay: a retrospective cohort study. BMC Health Services Research 2018 Vol. 18. No 369. Viitattu 22.4.2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956538/pdf/12913_2018_Article_3181.pdf

Pöyhä, R.; Güldogan, E. & Vanhanen, A. 2020. Kotisairaala. Oppiportti.fi. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppoportti.fi/op/kts00158/do>

Safavi, K.; Khaniyev, T.; Copenhaver, M.; Seelen, M.; Langle, A.; Zanger, J.; Daily, B.; Levi, R. & Dunn, P. 2019. Development and Validation of a Machine Learning Model to Aid Discharge Processes for Inpatient Surgical Care. JAMA Network Open 2019 Vol. 2. No. 12. Viitattu 28.4.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6991195/>

Sahlström, M.; Liukka, M.; Roine, R.; Laine, L-M. & Kinnunen, M. 2018. Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja. Lääkärilehti 2018 Vol. 73. No. 1-2. Viitattu 11.4.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/kantapaan-kautta/hyva-suunnittelu-ehkaisee-riskisiirtoja/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 8.5.2021 https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sarvikivi, E.; Toura, S.; Arifulla, D. & Lyytikäinen, O. 2018. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa 2016. Lääkärilehti 2018 Vol. 73. No. 45. Viitattu 10.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137107/Hoitoon%20liittyvien%20infektioiden%20esiintyvyys%20Suomessa%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Soininen, M. 2007. Nopea jatkohoito ei paranna vanhusten hoidon tuloksia. Lääkärilehti. fi: Ajassa. Viitattu 6.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/ajassa/ajankohtaista/nopea-jatkohoito-ei-paranna-vanhusten-hoidon-tuloksia/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Kotihoito ja kotipalvelut. stm.fi. Viitattu 10.5.2021. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Suhonen R.; Axelin A. & Stolt M. 2016 Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt M., Axelin A. & Suhonen R (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A 73/2016, 7-22.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tilastoraportti 23/2020. Julkari: Suomen virallinen tilasto. Viitattu 11.3.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140191/Tr23_2020.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen. www.finlex.fi

Tilastokeskus. 2020. Suomen tilastollinen vuosikirja 2020. 115. Vuosikerta (uusi sarja). Helsinki: Suomen virallinen tilasto.

Timonen, K.; West, R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmanneksen. Lääkärilehti 2014 Vol. 68. No 15, 1163-1164. Viitattu 1.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2014/SLL152014-1163.pdf>

Turun ammattikorkeakoulu. 2021. Johdatus tiedonhankintaan -opas. Turkuamk.fi. Viitattu 9.5.2021. <https://libguides.turkuamk.fi/tiedonhankinnanopas>

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 27.4.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaasan sairaanhoitopiiri ja alueen sosiaali- ja perusterveydenhuolto. 2016. Geriatrisen potilaan palveluketju (VSHP). Lääkärítietokanta. Terveysportti.fi. Viitattu 8.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/shp01124/search/kotiutus>

Vierula, H. 2019. Sujuvasti sairaalasta kotiin. Lääkärilehti 2019 Vol. 74. No 17. Viitattu 16.3.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/sujuvasti-sairaalasta-kotiin/>