

Lauri Toivonen ja Taneli Yli-Lonttinen  
YHTENÄINEN KOTIUTUMISEN TARKISTUSLISTA KAINUUN  
SOTEEN



Sairaanhoitaja (AMK)

Sosiaali ja terveyden-  
huoltoalan koulutus

Syksy 2017



KAJAANIN

## TIIVISTELMÄ

**Tekijät:** Toivonen Lauri & Yli-Lonttinen Taneli

**Työn nimi:** Yhtenäinen kotiutumisen tarkistuslista Kainuun soteen

**Tutkintonimike:** Sosiaali- ja terveysalan ammattitutkinto, Sairaanhoidtaja (AMK)

**Asiasanat:** kotiutuminen, tarkistuslista, potilasturvallisuus

Potilaan siirto ja kotiutuminen ovat osa hoitoprosessia, ja niissä tapahtuu usein haittatapahtumia. Kotiutusprosessi on monivaiheinen ja se alkaa monesti jo henkilön saapuessa sairaalaan. (Lämsä 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tarkistuslistan avulla, mitä on huomioitava potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin. Tarkistuslista tulee ensisijaisesti hoitotyöntekijöiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa hoidon laatua Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä (sote) yhtenäistämällä kotiutumistoimintaa.

Tutkimustehtävät olivat, millaisia ohjeita Kainuun sotessa käytetään potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin, mitkä ovat keskeiset asiat potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin ja millainen on hyvä tarkistuslista terveydenhuollossa? Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet olivat potilasturvallisuus, kotiutuminen ja tarkistuslistat terveydenhuollossa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tuotteistamisprosessia ohjasi Jämsä & Mannisen (2000) osaamisen tuotteistamisen prosessi. Opinnäytetyöhön kerättiin aineistoa Kainuun soten somaattisilta yksiköiltä. Aineisto koostui jo olemassa olevista kotiutumisen tarkistuslistoista. Keräys toteutettiin sähköpostikyselynä.

Sähköpostikyselyyn vastattiin yhdestätoista yksiköstä, joista tarkistuslistoja saatiin kymmenen kappaletta. Aineisto analysoitiin teemoitellen. Kerätty aineisto koodattiin ja teemoiteltiin niin, että tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Analyysin tuloksia verrattiin aikaisempaan tutkimustietoon. Analyysin- ja teoriatiedon tuloksista tehtiin kotiutumisen tarkistuslistan sisältö. Tarkistuslistasta kerättiin palautetta Kainuun soten kolmesta yksiköstä, ja siihen tehtiin palautteen mukaiset korjaukset. Sen jälkeen tuote lähetettiin toimeksiantajalle.

Opinnäytetyön tuloksena luotiin tarkistuslista Kainuun soten somaattisille yksiköille. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että aiemmissa tutkimuksissa potilaan osallistaminen kotiutumiseen tulee vahvasti esille. Potilaan ja omaisten osallistaminen hoitoon lisää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua (Patients for Patient 2016). Potilaan osallistaminen ei kerätyssä aineistossa kuitenkaan tule yhtä merkityksellisesti esiin. Käytössä olevat tarkistuslistat eivät mukaile rakenteeltaan ja ulkomuodoltaan aikaisemmissa tutkimuksissa kerrottua mallia. Tarkistuslistan läpikäymisen tulisi kestää alle 90 sekuntia ja sen tulisi sisältää vain tärkeät asiat (Gawande 2009, 120–122). Tarkistuslistaa voidaan hyödyntää lähes kaikissa terveydenhuoltoalan yksiköissä. Jatkossa tuotetta voidaan kehittää esimerkiksi muokkaamalla siitä oma versio potilaille.

## ABSTRACT

**Authors:** Toivonen Lauri & Yli-Lonttinen Taneli

**Title of the Publication:** Common patient discharge check-list for Kainuu sote

**Degree Title:** e.g. Bachelor of health care, Nursing

**Keywords:** patient discharge, check-list, patient safety

Patient transfers and discharge are part of the treatment process and carry a high risk for adverse events. Patient discharge includes many steps and often starts when a person arrives at hospital.

The purpose of this thesis was to explain using the checklist what should be considered in patient discharge when discharging patients from hospital. The checklist was created principally for nurses to use as a tool in patient discharge. The aim was to improve the quality of care in Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority (Kainuun sote) by standardizing the patient discharge process. With the help of the checklist patients and their relatives can learn about the patient discharge process and contribute to the discharge.

The research questions were the following: what kind of checklists were in use within Kainuun sote, what was essential regarding patient discharges from hospital, and what a good checklist in health care would be like. The key concepts were patient safety, patient discharge and checklists in health care.

This thesis is functional. The product development process was conducted according to the competence productization process as defined by Jämsä and Manninen in 2000. Data was collected through an email enquiry from somatic wards within Kainuun sote and included patient discharge checklists already in use.

11 wards replied to the enquiry, and the total number of checklists received was 10. The data was analysed thematically: first the data was encoded and themed to find answers to the research questions, and then the results of the analysis were compared to previous research. The content of the patient discharge checklist was formed on the basis of the results of the analysis. The new product was tested in three Kainuun sote wards, and the final patient discharge checklist was sent to the commissioner.

The result of this thesis was a new patient discharge checklist for somatic wards within Kainuun sote. Previous studies showed clearly that inclusion of patients in discharge is an essential factor. However, the data collected from somatic wards within Kainuun sote does not clearly show how patients are included in discharge. The form and layout of the existing checklists do not correspond with the model described in previous studies. The product can be used almost in all health care units, and in the future it can be developed into a patients' own discharge checklist.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TURVALLINEN KOTIUTUMINEN .....	2
2.1	Potilasturvallisuus – nykytila ja kehitys .....	2
2.2	Kotiutuminen terveydenhuollon yksiköstä .....	5
2.3	Tarkistuslistat .....	8
2.3.1	Tarkistuslista terveydenhuollossa.....	9
2.3.2	Tarkistuslista apuna kotiutumisessa .....	10
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	12
4	TUOTTEISTAMISPROSESSI .....	13
4.1	Kehittämistarve .....	13
4.2	Ideointivaihe .....	14
4.3	Luonnosteluvaihe .....	14
4.3.1	Analyysin tulokset.....	18
4.4	Kehitysvaihe .....	23
4.5	Viimeistelyvaihe .....	23
4.6	Tuotteen arviointi.....	24
5	POHDINTA.....	25
5.1	Luotettavuus.....	27
5.2	Eettisyys .....	29
5.3	Johtopäätökset.....	29
5.4	Ammatillinen kasvu .....	31
5.5	Jatkotutkimusehdotukset.....	32
	LÄHTEET .....	34
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Potilaan siirto ja kotiutuminen ovat osa hoitoprosessia, ja niissä tapahtuu usein vaaratapahtumia. Kotiutusprosessi on monivaiheinen ja se alkaa monesti jo henkilön saapuessa sairaalaan. Laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen ei vaadi pelkästään hoidon toteuttamista hoitoyksikön sisällä, vaan siihen kuuluu jatkohoidon suunnittelu ja potilaan turvallinen siirtyminen seuraavaan hoitoyksikköön tai kotiin. Kotiutumisprosessiin osallistuu moniammatillinen ryhmä, jossa on mukana lääkäri, sairaanhoitaja ja usein myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Kotiutuminen on osa hoitoyksiköiden arkea. (Lämsä 2013.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuolto kehittää hoitotyötään jatkuvasti. Kainuun soten Kytke-projektissa kartoitettiin kotoa kotiin -hoitoketjua ja esille nousi kolme kehittämiskohdetta, joista yksi oli "Kotiutustoiminnan kehittäminen Kainuun keskussairaalan vuodeosastoille" (Komulainen & Vääräniemi 2012). Kotiuttamista kehitettiin osana Kytke-projektia. Projektin jälkeen yhteiset käytänteet eivät ole jääneet elämään toivotulla tavalla ja siksi yhteisen tarkistuslistan luominen potilaan siirtymiseen ja kotiutumiseen on aiheellinen. (Huovinen-Tervo 2016.)

Tässä opinnäytetyössä tuotetaan tarkistuslista, jossa kerrotaan, mitä asioita on huomioitava potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin. Tarkistuslista tulee olemaan työväline hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö parantaa hoidon laatua Kainuun sotessa yhtenäistämällä toimintaa ja osallistamalla potilaita heidän siirtyessään hoitoyksiköstä kotiin. Tarkistuslistojen avulla voidaan vähentää potilasturvallisuutta vaarantavia virheitä ja yhtenäistää toimintatapoja (Potilasturvallisuusopas 2011). Tarkistuslistat ovat tulleet muilta muistia ja keskittymistä vaativilta aloilta myös terveydenhoitoalalle. Tarkistuslistat tarjoavat yksinkertaisen ydinasioiden listan, jonka avulla voidaan parantaa tiimityötä ja kommunikaatiota. (Gawande 2009 32–37; Patient Safety Checklists 2016.) Terveystieteiden tutkimuksessa näkyvimpiä tarkistuslistoja on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä tarkistuslista leikkauksissa, WHO surgical safety checklist, joka sai aikaan merkittäviä parannuksia esimerkiksi leikkausten jälkeisten komplikaatioiden laskiessa 36 % ja kuolemien 47 %. (Haynes, Weiser, Berry ym. 2009.)

## 2 TURVALLINEN KOTIUTUMINEN

Laadukas ja turvallinen hoito toteutetaan oikein, oikeaan aikaan ja se on vaikuttavaa hyödyntäen olemassa olevia voimavaroja ja parasta voimassa olevaa tietoa (Koivuranta-Vaara 2011). Laadukas hoito perustuu sen kykyyn täyttää siihen kohdistuvat odotukset (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008). Laadukas hoito on turvallista, ja se pyrkii minimoimaan riskit sekä hoidosta koituvat haitat (A Process for making 2016).

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kotiutuminen, potilasturvallisuus ja tarkistuslista terveydenhuollossa. Potilasturvallisuus on hoidon peruspilareita. Kun se järkkyy, on hoidon laatu vaarassa. (Koivuranta-Vaara 2011; Mitchel 2008; A Process for making 2016). Kotiutuminen on osa hoitoprosessia ja yksi kriteeri laadukkaan hoidon toteutumiselle (Potilasturvallisuusopas 2011). Tarkistuslistat tehostavat ja terävöittävät toimintaa monissa eri ympäristöissä (Gawande 2009, 35).

### 2.1 Potilasturvallisuus – nykytila ja kehitys

Potilasturvallisessa hoidossa potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon niin, että hoidosta koituu mahdollisimman vähän haittaa. Käytännössä sillä tarkoitetaan käytössä olevia toimintatapoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumiselta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.) Maailman terveysjärjestö eli World Health Organization (WHO) määrittelee potilasturvallisuuden potilaan oikeudeksi hoitoon, josta ei aiheudu tarpeetonta haittaa. *"Freedom, for a patient, from unnecessary harm or potential harm associated with health care"*. (WHO Patient Safety Curriculum 2009, 79.) Potilasturvallisuuden osa-alueisiin kuuluvat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009).

Hoidosta aiheutuvien haittojen tunnistamisella ja pyrkimyksellä niiden estämiseen on yhtä pitkät juuret kuin itse lääketieteellä. Jo Hippokrateen sanonnassa *"Abstain from harming or wronging any man"* pidättäydytään tekemästä haittaa. Niiltä ajoilta lääketiede ja hoitotyö on muuttunut ja kehittynyt paljon. Vaikka nykyaikainen hoito

ja lääketiede ovat tehokasta ja aikaansaavaa, eivät niiden aiheuttamat riskit ja haitat ole pienentyneet, päinvastoin haitat ovat niin ikään muuttuneet kehityksen mukana. (Vincent 2010.) Terveysturvallisuusturvallisuuden on hankalaa. Monimutkaisuus osaltaan aiheuttaa potilaille tapahtuvia haittatapahtumia. (WHO Patient Safety Curriculum 2009, 80.) Innovaatiot tuovat mukanaan uudenlaisia riskejä, ja uudet teknologiat sekä toimintatavat avaavat mahdollisuuden myös odottamattomille lopputuloksille ja vaaroille. (Vincent 2010, 3–4.)

Pohjoismaisella tasolla Suomi on herännyt myöhään potilasturvallisuuden haasteisiin (Potilasturvallisuusopas 2011). On arvioitu, että joka kymmenes sairaalapotilas kärsii jonkinasteista haittaa hoidon seurauksena, joka sadas vakavaa haittaa ja yksi tuhannesta kuolee haitan tai virheen seurauksena. Se tarkoittaa, että Suomessa kuolee vähintään 700 henkilöä vuodessa hoidosta koituneeseen haittaan tai virheeseen. Arvio perustuu vertailukelpoihin ulkomaalaisiin tutkimuksiin, joiden voidaan katsoa kuvaavan myös Suomen tilannetta. Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty. (Pasternack 2006, 2459–2470.) Tutkimuksista selviää, että jopa puolet haittatapahtumista olisi ehkäistävässä jokaisesta haittatapahtumasta oppimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla ja riskien ennakkoinnilla. Haittatapahtumien ehkäisyllä voidaan estää inhimillistä kärsimystä sekä saada aikaan taloudellisia säästöjä. (Soop, Fryksmark, Köster ym. 2009, 287–288.)

Potilasturvallisuus on esillä kaikissa terveyspalveluja tarjoavissa maissa, ja maailman laajuisesti potilasturvallisuuden ongelmakohtia on paljon. Terveysturvallisuuteen liittyvistä infektiosta kärsii tälläkin hetkellä maailmanlaajuisesti 1,4 miljoona ihmistä, joka on 5–10% kehittyneiden maiden sairaalapotilasta ja jopa 25 % kehitysmaiden potilaista. (WHO Patient Safety Research 2009, 4–5.) Euroopassa vastaava luku on 5 % (Data and Statistics 2005).

Vuonna 2005 tehdyssä WHO:n tutkimuksessa todettiin, että suurin syy haittatapahtumalle sairaalaympäristössä on kommunikaatio- ja tiedonkulkuongelmat. Niiden osuus haittatapahtumista on jopa 70 %. Tiedonkulun varmistaminen eri toimijoiden välillä on siis keskeinen tekijä potilasturvallisuuden kehittämisessä. (WHO Patient safety Research 2009, 4–5.)

Terveydenhuollon toimintaympäristö, teknologia ja lääketiede muuttuvat jatkuvasti. Muutoksen vuoksi terveydenhuolto on jäänyt jälkeen muista korkean riskin aloista turvallisuuden varmistamisessa (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.) Lääketieteen kehityksen myötä uusien lääkkeiden ja laitteiden hallittu ja oikea käyttö asettaa entistä korkeammat vaatimukset terveydenhuoltoalan ammattilaisille (Potilasturvallisuusopas 2011, 9).

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) työryhmä on laatinut potilasturvallisuusstrategian potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Yksi esimerkki kehitystyöstä on Suomessa laajasti käytössä oleva Haipro. Haipro eli vaaratapahtumien raportointimenettely perustuu vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Sen tarkoituksena on, että vaaratapahtumat kirjataan talteen ja niistä opitaan. (Haipro 2016.) Terveydenhuoltolaissa (2010/1326 § 8) määritellään, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuusstrategian ja terveydenhuoltolain pohjalta THL on laatinut potilasturvallisuusoppaan (2011) terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön edistämään strategian tavoitteiden ja lainsäädännön toteutumista.

Potilasturvallisuus on maailmanlaajuisesti kehittämisen ja mielenkiinnon kohteena. Esimerkiksi WHO ja Euroopan unioni (EU), ovat antaneet suosituksia potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009.) WHO korostaa vuonna 2005 aloitetussa ja edelleen toiminnassa olevassa ohjelmassa Patients for patient safety (PFPS) potilaan, omaisten ja yhteisön osallistamisen merkitystä potilasturvallisuudelle ja hoidon laadulle. Ohjelman tavoitteina on tuoda potilaiden ääni kuuluville, osallistaa ja kannustaa potilaita. Lisäksi omaisia ja yhteisöjä kannustetaan ottamaan aktiivisempaa roolia hoidossa ja luomaan suotuisa ympäristö potilaiden ja heidän omaistensa, sekä terveydenhuollon ammattilaisten väliselle yhteistyölle. (Patients for Patient 2016.) Lisäksi WHO on määritellyt maailmanlaajuiset potilasturvallisuustutkimuksen painopisteet. Tutkimusta tarvittaisiin muun muassa terveydenhuoltoon liittyvien infektioiden ehkäisyyn, tiedonkulun kehittämiseen ja menetelmien kehittämiseen synnytyksen aikaisten komplikaatioiden ehkäisyyn. (WHO Patient safety Research 2009, 4–5.)



## 2.2 Kotiutuminen terveydenhuollon yksiköstä

Kotiutuminen voidaan määritellä yksinkertaisesti kotiin palaamiseksi. Kotiuttamisella sen sijaan tarkoitetaan toimintoja, joilla henkilön kotiutuminen mahdollistetaan. (Kotimaisten kielten keskus 2016.) Potilaan kotiutuminen tai siirtyminen toiseen hoitoyksikköön on prosessi, jonka tarkoituksena on varmistaa hoidon jatkuvuus. Potilaan kotiutuminen tai siirtyminen ovat kuitenkin erityisen alttiita vaaratapahtumille ja niiden aikana hoitoprosessi voi jopa katketa. (Coleman & Boulton 2007, 30; Ong & Coiera 2011.) Hoitoprosessien tavoitteena on yhdenmukaistaa ja tehostaa toimintaa. Prosessi tekee toiminnasta tavoitteellista sekä läpinäkyvää ja yhtenäistää menettelyjä ja selkeyttää hoitohenkilökunnan työnjakoa ja vastuuta. Prosessin liittyessä erityisesti yhteen sairauteen käytetään siitä nimitystä hoitoprotokolla, hoitoketju tai hoitopolku. (Potilasturvallisuusopas 2011, 24.)

Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden ylläpitäminen ovat keskeisiä asioita potilaan siirtyessä kotiin tai hoitoyksiköiden välillä (Potilasturvallisuusopas 2011). Mitronen ja Solmula (2011) kertovat opinnäytetyössään, että kotiutuksen hyvä suunnittelu, voimavaralähtöisyys ja moniammatillinen ote antavat hoidosta ja kotiutuksesta positiivisen kuvan. Kun kotiutus onnistuu, se nopeuttaa potilaan toimintakyvyn palautumista entiselle tasolle. Hoitoaikojen lyhentyessä paine kotiuttaa potilaat nopeasti on kasvamaan päin. Kotiutumisprosessin epäonnistuessa käy usein niin, että potilas palaa sairaalaan. Tätä tapahtuu erityisesti iäkkäiden potilaiden kanssa. (Lämsä 2013, 105.)

Kotiutuminen sairaalasta tapahtuu yleensä sairaudesta paranemisen jälkeen. Joskus prosessi on yksinkertainen ja nopea. Potilas pääsee kotiin tai paikkaan, josta on sairaalaan päätyntä. Useasti kuitenkin potilaat ovat iäkkäitä, huonokuntoisia ja monisairaita, jolloin pelkkä sairaalaan tulossyn paraneminen ei riitä, vaan potilaan kotiutumisessa täytyy ottaa huomioon esimerkiksi kotona selviytyminen, mahdolliset jatkohoitopaikat ja tarvittava kotiapu. (Lämsä 2013, 108.) Suunnittelun ja hyvän kotiutumisen tarkoituksena on, että potilaalla on mahdollisimman hyvät mahdollisuudet selviytyä turvallisesti kotona kodin ulkopuolella olleen hoitojakson jälkeen (Luhtasaari & Jämsén 2013).

Ubbink, Tumb, Koenders ym. (2014) kertovat tutkimuksessaan, että kotiutumisen kriteerit eivät juurikaan muutu, vaikka terveydenhuollon erikoisala muuttuisi. Onnistuneen kotiutumisen edellytyksenä on yhteistyö potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (Luhtasaari & Jämsén 2013). Yleiset kotiutuskäytänteet auttavat hyvissä ajoin alkavan kotiutumisen valmistelussa (Ubbink ym. 2014). Kotiutumisen suunnittelu tulisi aloittaa jo siinä vaiheessa, kun potilas saapuu sairaalaan (Lämsä 2013, 109). Kotiutuksen kuuluu olla potilaan ja hoitohenkilökunnan vuoropuhelua, jossa otetaan huomioon niin potilaskohtaiset, organisaatiolliset ja lääketieteelliset perusteet kuin kliiniset mittaustulokset. (Ubbink ym. 2014.) Lämsä (2013, 153) tulee samantlaisiin johtopäätöksiin kotiutumiseen liittyvistä perusteista. Hänen mukaansa kotiutumisessa täytyy ottaa huomioon potilaan toimintakyky ja elämäntilanne sekä lääketieteelliset että hallinnolliset perusteet. Alla olevassa kuviossa kotiutumisen perusteet jaetaan kolmeen alakategoriaan. Alakategoriat muodostuvat Ubbink:n ym. (2014) ja Lämsän (2013) tutkimuksien mukaisesti.



Kuvio 1. Kotiutuminen jaetaan kolmeen kategoriaan

Potilasta johtuvat perusteet (Kuvio 1) "*patient-related reasons*" ovat yksi kategoria, joka tulee ottaa huomioon kotiutumisessa. Kategorian alle listattuja perusteita ovat esimerkiksi nestetasapaino, yleisvointi, liikuntakyky ja omaisten osallistaminen hoitoon. (Ubbink ym. 2014.) Parhaaseen tulokseen potilaan kotiutumisessa päästään, kun läheiset on otettu mukaan suunnitteluun ja potilaan kotiolot on huomioitu (Bauer 2009; Ubbink 2014). Potilaan ja omaisten ohjaamatta jättäminen kotiutumistilanteessa voi johtaa tietämättömyyteen hoidon jatkumisesta, ongelmiin kotona selviytymisessä ja lopulta potilaan aiheettomaan paluuseen sairaalaan (Palonen 2016, 58–59; Iivanainen & Syväoja 2013, 318–319). Jos kotiutumiselle luodaan yhteiset perusteet, niissä tulee ottaa huomioon potilaan toimintakyky- ja elämäntilanne (Lämsä 2013, 153). Kun kotiutuminen on ajankohtainen, tulee potilaan toimintakyvyn olla kunnossa tai ainakin normalisoitunut (Ubbink ym. 2014). Jos potilaan toimintakyky on olennaisesti edelleen alentunut, hän ei voi vielä kotiutua (Lämsä 2013, 106).

Hallinnolliset perusteet (Kuvio 1) ovat organisaatiosta lähtöisin olevia kotiutumisen perusteita. Esimerkiksi potilaalle varatut jatkotutkimus- tai hoitoajat, reseptit, kotiolot sekä kuljetus- ja mahdolliset kotihoidon järjestelyt ovat oleellinen osa onnistunutta kotiutumista. Hallinnolliset perusteet voivat muodostua kotiutumisen esteeksi erityisesti viikonloppuisin, koska esimerkiksi tarvittava henkilöstö ei ole paikalla kotihoidon järjestelyissä. (Bauer 2009; Ubbink ym. 2014.) Potilaan aiheeton paluu hoitopaikkaan voidaan estää aloittamalla kotiutumisen suunnittelu hyvissä ajoin ja arvioimalla potilaan kotiutumisvalmiutta (Ubbink ym. 2014; Lämsä 2013, 109). Kotiutumisvalmiutta voidaan lisätä potilaan ja omaisen hyvällä ohjaamisella (Palonen 2009, 58–59). Liian myöhään ilmoitettu kotiutuminen voi tarkoittaa, että omaisilla tai kotihoidolla ei ole aikaa järjestää kaikkia potilaan tarvitsemia palveluita valmiiksi, ja siten se heikentää hoidon jatkuvuutta. (Iivanainen & Syväoja 2013, 318–319.)

Potilaan ja omaisten tietämättömyys hoidon jatkumisesta ja siitä, minne olla yhteydessä mahdollisissa ongelmatilanteissa, nähtiin yhtenä kotiutumisen ongelma-kohtana. (Palonen 2009, 58–59.) Potilaalle on tärkeää kertoa, mihin ottaa yhteyttä, jos kotona selviytyminen ei onnistu tai herää kysymyksiä jatkohoidosta. Kotiutumiseen liittyvät ohjeet voi antaa esimerkiksi kirjallisessa muodossa, jolloin ne eivät

unohdu niin helposti. Siten potilas ohjautuu heti oikeaan hoitopaikkaan. (Palonen 2009, 59; Luhtasaari & Jämsén 2013, 522–523.)

Lääketieteellisiä perusteita (Kuvio 1) käytettäessä keskiössä ovat potilaan sairaus, ja siitä mitattavissa olevat suureet. (Lämsä 2013, 111.) Ennen kotiutumista muun muassa laboratoriotulokset tulee olla tarkistettu, jatkokuvantamistutkimukset otettu sekä katetrit ja kanyylit poistettu. Kokeiden tekeminen voi viedä aikaa ja siten viivästyttää kotiutumista, mutta niiden tekeminen kotiutumisen jälkeen veisi enemmän aikaa kuin sairaalassa ollessa. (Ubbink 2014.)

Kotiutumiskeskustelussa lääketieteellisiä perusteita käyttää useimmiten lääkäri, kun sairaanhoitajat keskittyvät enemmän potilaan kotioloihin ja kotiutusprosessiin. Potilaat sen sijaan tarkastelevat kotiutumista saamansa tiedon ja oman henkilökohtaisen tilanteensa kautta. Koska lääkäri päättää viimekädessä kotiutumisesta, voidaan ajatella, että lääketieteellisiä perusteita käytetään pääasiallisena perusteena muita useammin. (Lämsä 2013, 123; Ubbink ym. 2014.)

## 2.3 Tarkistuslistat

Tarkistuslista tarjoaa yksinkertaisen ydinasioiden listan, jonka avulla voidaan parantaa tiimityötä ja kommunikaatiota. Tarkistuslistan tarkoituksena on lisätä turvallisuutta, vähentää vaaratilanteita, yhdenmukaistaa toimintaa ja parantaa laatua. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa ym. 2011; Patient Safety Checklists 2016.)

Tarkistuslistat on otettu ensimmäisen kerran käyttöön ilmailussa, kun huomattiin, että lentokoneista oli tullut liian monimutkaisia yhden ihmisen lennettäväksi. Muistin ja keskittymisen pettäminen on yksi ongelma, joka esiintyy monimutkaisessa ympäristössä toimittaessa, kuten lentokoneen ohjaamossa tai leikkaussalissa, erityisesti silloin, kun tehdään jokapäiväisiä rutiininomaisia tehtäviä. Rutiininomaiset tehtävät voivat unohtua ympäristön häiriötekijöiden ja muiden haastavampien tehtävien rinnalla. Mahdollista on myös se, että ihmiset voivat ohittaa vaikeina tai turhina pitämiään vaiheita, vaikka muistaisivatkin ne. Tarkistuslistat estävät tällaisia virheitä ja kannustavat järjestelmällisyyteen. Ne muistuttavat vaadittavista tehtä-

vistä, tarjoavat mahdollisuuden tarkistaa tehdyt asiat ja tekevät työskentelystä täsmällisempää ja tehokkaampaa. (Gawande 2009, 32–37.) Tarkistuslista antaa työntekijälle mahdollisuuden pysähtyä ja kartoittaa, mitkä ovat seuraavaksi tehtävät toimenpiteet. Tällöin työntekijän ei tarvitse luottaa pelkkään muistiinsa tai tarkkaavaisuuteen. (Patient Safety Checklists 2016.) Tarkistuslistan tulisi olla täsmällinen, helppokäyttöinen ja käytännöllinen. Tarkistuslistan tarkoituksena on muistuttaa vain kaikkein tärkeimmistä asioista, eikä tavata kaikkea mitä tulisi tehdä. Jos listan läpikäymisessä menee yli 90 sekuntia, se häiritsee keskittymistä ja on vaarana, että ihmiset alkavat ohittaa vaiheita. (Gawande 2009, 120–122, 154.)

### 2.3.1 Tarkistuslista terveydenhuollossa

Inhimilliset erehdykset ovat osa hoitotyötä (Patient safety checklists 2016). Työkiireen keskellä hoitohenkilökunta ei aina kerkeä perehtymään tehtäviin riittävästi. Tarkistuslistan käyttö on koettu työmäärää helpottavaksi ja potilasturvallisuutta parantavaksi. (Anttonen, Marjakangas, Nerg ym. 2013.)

Yksi esimerkki tarkistuslistoista terveydenhuollossa on ISBAR. Menetelmä voidaan ilmaista tarkistuslistamuodossa, jolloin kaikki sen kohdat on helppo muistaa. ISBAR on strukturoitu kommunikaatiomenetelmä, joka kehitetty Yhdysvaltojen puolustusvoimissa 1990-luvulla. Puolustusvoimista se levisi nopeasti ilmailun ja terveydenhuollon käyttöön. Menetelmä mahdollistaa yhtenäisen ja johdonmukaisen kommunikaation terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Sen avulla voidaan järjestää olennainen informaatio selkeään ja tiiviiseen muotoon. ISBAR tulee sanoista *Identify* (Tunnista), *Situation* (Tilanne), *Background* (Tausta), *Assesment* (Nykytilanne) ja *Recommendation* (Toimintaehdotus). Menetelmää voidaan hyödyntää esimerkiksi raportoitaessa potilaasta. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

Toinen esimerkki paljon käytetystä tarkistuslistasta Suomessa on WHO:n kirurginen tarkistuslista. WHO:n kirurginen tarkistuslista on käytössä laajasti Suomen sairaaloissa ja siihen suhtautuminen on pääosin positiivista. Vain yhdessä tutkimuksen kyselyyn vastanneista 33 yksiköstä tarkistuslista ei ollut käytössä. (Holmberg 2014.) WHO:n 19 kohdan tarkistuslista on jaettu kolmeen osaan leikkauksen tavanomaisen etenemisen mukaan: ennen anestesiaa (*sign in*), ennen viiltoa (*time*

out) ja ennen leikkaussalista poistumista (*sign out*). Jokaisessa vaiheessa listan tarkastajan pitää varmistaa, että leikkaustiimi on suorittanut listassa mainittavat asiat ennen kuin leikkausta jatketaan. WHO suosittelee, että jokainen kohta käy-täisiin läpi suullisesti leikkaustiimin kesken. Kyseisellä tarkistuslistalla pyritään es-tämään potilaaseen kohdistuvat haittatapahtumat ja turvaamaan hoidon laatu ki-rurgisilla osastoilla. (WHO surgical safety checklist 2008.)

WHO:n tarkistuslistan toimivuutta tutkittiin kahdeksassa eri sairaalassa erilaisissa taloudellisissa ja kliinisissä lähtökohdissa. Sairaaloissa leikkauksen jälkeiset komplikaatiot laskivat 36 % ja kuolemat 47 %, vaikka tarkistuslista kohtasi suurta vastustusta työntekijöiden keskuudessa. Tutkimus osoitti WHO:n tarkistuslistan hyödyn kirurgisten potilaiden potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantami- sessa erilaisissa sairaaloissa ympäri maailmaa. (Haynes ym. 2009; Koivuranta- Vaara 2011; A process for making 2016.)

### 2.3.2 Tarkistuslista apuna kotiutumisessa

Kainuun keskussairaalan nopean diagnostiikan yksikössä on käytössä kotiutus- kansio ja tarkistuslista, jotka toteutettiin opinnäytetyönä. Niiden tavoitteena on pa- rantaa ja kehittää potilasturvallisuutta sekä tiedonkulkua yksikössä. Työn tulok- sissa todettiin, että oikein käytettynä kotiutuskansiolla on myönteisiä vaikutuksia potilasturvallisuuteen. (Berg & Korhonen 2016.)

Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kannalta hoitoketjuissa tulee kiinnittää huo- miota erityisesti potilaiden siirtymisiin ja siihen, että tiedonkulku toimii eri yksiköi- den välillä. Virheiden mahdollisuus kasvaa, kun työtehtävään liittyy monia yksityis- kohtia, monia työntekijöitä tai ympäristön vaihtuminen, kuten potilaan kotiutumi- sessa tapahtuu. (Potilasturvallisuusopas 2011; Mitchel 2008.) Kotiuttamisen tar- kistuslistassa on lueteltuina ne asiat, joiden huomiotta jättäminen altistaa potilaan haittatapahtumalle. Tarkistuslistasta löytyvät asiat, jotka tulee ottaa huomioon ko- tiutumista tehdessä. (Aittapelto 2014; Dubenko & Jiang 2016; Häkli & Väntsi 2014; Kalliomäki & Laholuoma 2016.) Esimerkiksi hallinnolliset-, lääketieteelliset- ja po- tilaasta johtuvat perusteet. Yhtenäiset kriteerit sopivat käytettäväksi aikaiseen ko-

tiuttamiseen ja sen suunnitteluun. 2014 tehdyssä tutkimuksessa listattiin lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja potilaiden yhteistyöllä keräämät kriteerit kotiutumiseen, joista muodostettiin tarkistuslista. (Ubbink ym 2014.)

Kotiuttamisessa on paljon huomioon otettavia asioita. (Phillips, Street, Kent ym. 2014). Monimutkainen ja paljon muistettavaa omaava toiminta on oivallinen tarkistuslistan sovellukseen (Gawande 2009, 32). Phillips ym. (2014) kertovat tutkimuksessaan, miten anestesian jälkeen potilaiden siirtämiseen tai kotiutukseen liittyvässä prosessissa täytyy ottaa 24 erilaista kohtaa huomioon. Kun huomioon otettavia asioita on paljon, inhimillisiä unohduksia tapahtuu. Tarkistuslistalla voidaan ehkäistä unohduksia ja helpottaa asioiden muistamista. (Kalliomäki & Laholuoma 2016; Aittapelto 2014; Korpela 2013; WHO Guidelines for Safe Surgery 2009.) Tarkistuslista ei ole pelkästään muistin työkalu. Esimerkiksi tarkistuslistaa pystyy käyttämään apuna perehdyttäessä uutta työntekijää. (Häkli & Väntsi 2014; Korpela 2013.) Toinen esimerkki tarkistuslistan käytössä on, että niillä pystytään vähentämään tilanteita, joissa eri hoitohenkilökunnan jäsenet tekevät useasti saman kotiutukseen liittyvän toimenpiteen. Listaan merkitään jo hoidetut asiat, jolloin toistaminen vähentyy. Tarkistuslistan avulla hoitohenkilökunnan kommunikaatiota voidaan parantaa. (Häkli & Väntsi 2014; Korpela 2013.)

lisalmen sairaalan yhteispäivystykseen tehdyssä opinnäytetyössä yhteisten ohjeiden ja tarkistuslistojen puuttuminen todettiin ongelmalliseksi ja potilasturvallisuutta heikentäväksi tekijäksi. Opinnäytetyön tuloksena todettiin, että päivystyksen sairaanhoitajat kokivat, että kaikkien kotiutuksessa huomioitavien asioiden muistaminen on vaikeaa kiireisessä työympäristössä ja kotiuttamisen tarkistuslista voisi helpottaa asioiden muistamista. (Alatalo 2013).

### 3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tarkistuslistan avulla, mitä on huomioitava potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin. Tarkistuslista tulee ensisijaisesti hoitotyöntekijöiden käyttöön.

Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa hoidon laatua Kainuun sotessa yhtenäistämällä kotiutumistoimintaa. Tuotteen avulla potilaat ja heidän omaisensa saavat tietoa kotiutumisprosessista ja voivat edesauttaa kotiutumista.

Tutkimustehtävinä ovat:

- Millaisia ohjeita Kainuun sotessa käytetään potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin?
- Mitkä ovat keskeiset asiat potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin?
- Millainen on hyvä tarkistuslista terveydenhuollossa?



## 4 TUOTTEISTAMISPROSESSI

Koska opinnäytetyössä luodaan tuote Kainuun sotien käyttöön, kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on löytää kehittämistehtävän taustalla olevat ongelmat ja kehittää niihin ratkaisu opinnäytetyön avulla. Yhtenäisten kotiutumisen ohjeiden luomisella pyritään parantamaan toimintatapoja, mikä on yksi toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157–159.)

Etenimme tuotteistamisprosessissa Jämsän ja Mannisen (2000) osaamisen tuotteistamisen prosessia käyttäen. Tuotteistamisprosessi voidaan jakaa kuuteen osaan: kehittämistarve, ideointivaihe, tuotteen luonnostelu, tuotteen kehittäminen, tuotteen viimeistely ja tuotteen arviointi.

### 4.1 Kehittämistarve

Ensimmäinen tuotteistamisprosessin vaihe on kehittämistarpeen tunnistaminen. (Jämsä & Manninen 2000). Kainuun sotessa on havaittu tarve kehittää kotiuttamista. Kainuun sotien hoitoketjua ja tiedonkulkua eri toimijoiden välillä kehitetään jatkuvasti. Yhtenä esimerkkinä on Kainuussa aiemmin toteutettu KYTKE-hanke, jonka lopputulos ei kuitenkaan ole jäänyt käytäntöön. Kotiutus on yksi hoitoketjun osa, josta tulee jatkuvasti palautetta sekä vaaratapahtumailmoituksia eli Haiproja. (Huovinen-Tervo 2016.)

Toimeksiantaja halusi yhtenäistää Kainuun sotien kotiutumisen tarkistuslistoja sekä kotiutumistoimintaa. Yhtenäisellä kotiutumisen tarkistuslistalla pyritään yhtenäistämään eri yksiköiden toimintatapoja. Yhtenäistäminen kehittää myös potilasturvallisuutta ja sitä kautta hoidon laatua. (Huovinen-Tervo 2016.)

## 4.2 Ideointivaihe

Kehittämistarpeen varmistumisen jälkeen alkaa tuotteen ideointivaihe. Ideointivaiheen tarkoituksena on löytää erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja kehittämistarpeen ratkaisemiseksi. Ideointivaiheessa on hyvä olla mukana useampi henkilö, joilta saadaan erilaisia näkökulmia ja ratkaisuehdotuksia ongelmiin. Ideointivaiheessa saatujen ratkaisujen perusteella laaditaan tuotekonsepti. (Jämsä & Manninen 2000.)

Ideointivaiheen aikana perehdyimme laajasti tutkittuun tietoon kotiuttamisesta ja sen merkitykseen, potilasturvallisuuteen sekä hoidon laatuun. Halusimme että tarkistuslista olisi avoin hoitohenkilökunnan lisäksi myös potilaille ja heidän omaisilleen, jotta heidän olisi helpompi osallistua kotiutumisprosessiin, koska se lisää potilasturvallisuutta. (Patients for patient safety 2016.) Tarkistuslistasta toivottiin pelkästään hoitohenkilökunnalle työvälinettä ja että se olisi hoitopuvuntaskuun mahduttava. Aluksi ideoimme toimeksiantajan kanssa, että tarkistuslista tulisi myös potilaiden ja heidän omaistensa käyttöön. Lopullinen tarkistuslista päättyi kuitenkin vain hoitohenkilökunnan käyttöön. Ideoimme lisäksi, että tarkistuslista tehdään sähköisessä muodossa. Sähköisessä muodossa olevan listan voi tulostaa hoitohenkilökunnan mukaan ja sitä pystyy muokkaamaan helpommin. Ominaisuuksiltaan listan tulisi olla selkeä ja sen tulisi sisältää ydinasiat valmistauduttaessa potilaan kotiutumiseen.

## 4.3 Luonnosteluvaihe

Ideointivaiheen jälkeen alkaa tuotteen luonnostelu. Luonnosteluvaiheessa tärkeitä ohjaavia näkökulmia ovat tuotteen asiasisältö, säädökset ja ohjeet, palvelujen tuottaja, asiakasprofiili, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, asiantuntijatieto sekä rahoitusvaihtoehdot. Huomioimalla eri näkökulmat varmistetaan tuotteen laatu. Luonnosteluvaiheessa tulee tarkentaa suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat, jotka tässä tapauksessa ovat Kainuun soten somaattisten osastojen hoitohenkilökunta sekä näillä osastoilla hoidettavana olevat potilaat ja heidän omaisensa. Tuote palvelee kohderyhmäänsä parhaiten, kun se on suunniteltu ottaen huomioon käyttäjän kyvyt, tarpeet ja muut ominaisuudet. (Jämsä & Manninen

2000.) Tämän opinnäytetyön luonnosteluvaiheeseen kuului Kainuun sotessa jo käytössä olevista tarkistuslistoista tehtävä kartoitus, jonka tuloksia verrataan aikaisempaan teorian tietoon.

Opinnäytetyön tarkistuslistan aineistoksi kerättiin Kainuun sotien somaattisten yksiköiden jo olemassa olevia tarkistuslistoja potilaan kotiutumisesta (kuvio 2,a). Otokseen kuului 14 eri yksikköä. Aineisto kerättiin sähköpostikyselyllä (Liite 1) yksiköiden esimiehiltä. Esimiesten sähköpostiosoitteet saimme toimeksiantajalta. Tarkistuslistat saimme vastauksina sähköpostin kautta. Vastausaikaa annoimme kaksi viikkoa. Vastauksia kuitenkin tuli vain neljä, jolloin toimeksiantaja muistutti yksiköiden esimiehiä ja vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa lisää. Otokseksi valitsimme Kainuun sotien somaattiset osastot, koska ne ovat tulevia tarkistuslistan käyttäjiä. Samalla osallistimme yksiköt yhteisten ohjeiden luontiin ja siten juurrutimme listaa käytännön työhön. Tällä saimme helpotettua listan käyttöönottoa työyhteisössä. (Huovinen-Tervo 2016.)

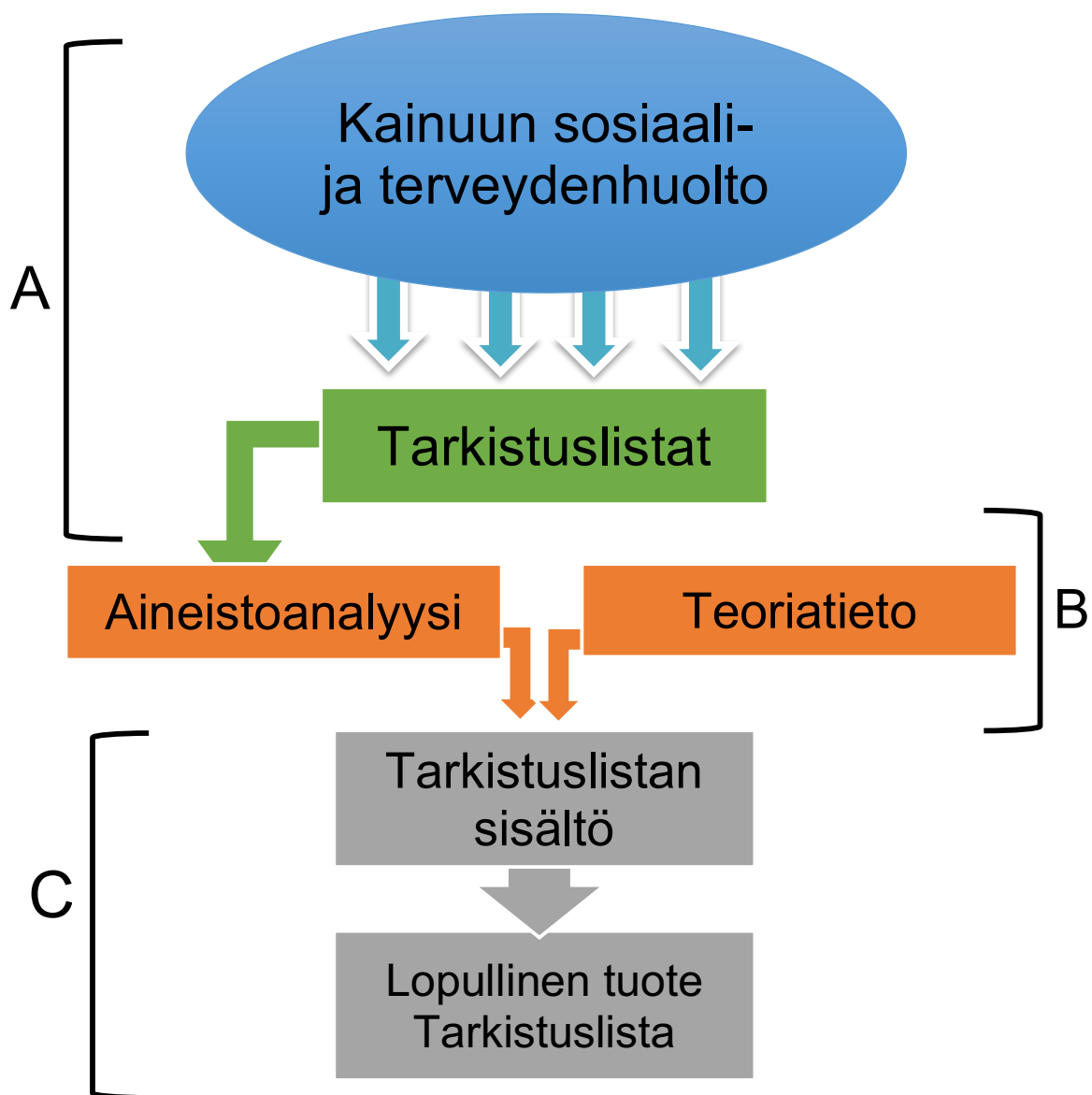
Teemoittelulla tarkoitetaan menetelmää, jossa laadullinen aineisto pilkotaan ja ryhmitellään eri aihepiireihin. Sen avulla aineistosta pyritään löytämään tutkimustehtävän kannalta olennaiset asiat ja nostetaan esiin sitä valaisevia teemoja. Kun aineisto järjestellään teemoittelulla, aineistosta kerätään kunkin teemaan alle sitä käsittelevät kohdat. Tutkimusraportissa esitetään teemojen kohdalla sitaatteja aineistosta, joilla havainnollistetaan ja perustellaan valittuja teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kainuun sotelta kerätyn aineiston analyysimenetelmänä käytimme teemoittelua, (kuvio 2,b) koska on tärkeää saada tietää mitä tietyt teemat sisältävät eikä pelkästään kuinka usein tietyt teemat ilmenevät aineistossa. Teemoittelu päätettiin tehdä aineistolähtöisesti. Kerättyämme aineiston tulostimme kaikki tarkistuslistat. Aloitimme aineiston käsittelyn perehtymällä ja etsimällä siitä tutkimuskysymyksiä valaisevia tekijöitä, jotka koodattiin aineistoon. Aineistossa usein esiintyvät ja keskeiset seikat nostettiin aineistoa määritteleviksi teemoiksi, joiden alle tutkimuskysymyksiä valaisevat tekijät ryhmiteltiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemojen muodostamisessa voidaan käyttää apuna koodausta. Aineistoa koodaamalla, eli merkitsemällä aineistoon tutkimuskysymystä valaisevia asioita, jäsennellään aineistoa ja siten helpotetaan analyysiä. Koodaaminen voi

tapahtua monista eri lähtökohdista, kuten teoria- tai aineistolähtöisesti. Koodaamiseen ei ole olemassa yhtä oikeaa mallia. Se voi tapahtua niin kuin tutkija itse parhaaksi näkee. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineiston käsittely oli haastavaa, sillä aineisto saapui monenlaisessa muodossa. Eri yksiköiden tarkistuslistat vaihtelivat sisällöllisesti ja ulkonäöllisesti. Aineistot oli luotu eri tiedostotyypeille, joka vaikeutti tekstin hallintaa. Koodasimme aineistoa helpommin käsiteltävään muotoon, niin että kirjoitimme word -asiakirjalle kaikki tutkimuskysymykseen vastaavat kohdat. Näin aineisto muuttui helpommin hallittavaksi ja kaikki relevantti tieto oli saatavilla yhden tiedoston takaa.

Kainuun sotelta kerätyn aineiston ja siitä tehtävän aineistanalyysin tueksi keräsimme aikaisempaa tietoa aiheesta. (kuvio 2,b). Analyysi ja tulkinta muodostivat tutkimustulokset. (kuvio 2,c) (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tarkistuslista muodostettiin saaduista tuloksista. Tarkistuslista tulee Kainuun sotien yksiköiden käyttöön. Teoriatieto haettiin käyttäen Ammattikorkeakoulun tiedonhaku järjestelmää. Pääsääntöisiä tietokantoja ovat Theseus, Medic, EBSCO-portaali. Tiedonhaku rajattiin vuosina 2009–2016 julkaistuun tietoon aiheesta. Hakusanoina toimivat opinnäytetyön keskeiset käsitteet kotiutuminen, potilasturvallisuus ja tarkistuslista terveydenhuollossa.



Kuvio 2. Kaavio opinnäytetyön toteuttamisesta

#### 4.3.1 Analyysin tulokset

Sähköpostikysely lähetettiin yhteensä 14 yksikköön. Vastauksia tuli 11 kappaletta (79 %). Kolme yksiköistä (27 %) vastasi, että heillä ei ole käytössä tarkistuslistaa kotiutumiseen. Syitä olivat, että yksiköistä kotiutuu niin vähän potilaita, että tarkistuslistalle ei ole ollut tarvetta tai tarkistuslistalle on olemassa tarve, mutta sellaista ei ole yksikköön vielä tehty. Kahdesta kyselyyn osallistuneesta yksiköstä tarkistuslistoja tuli kaksi versiota, joista molemmat otettiin mukaan analyysiin. Kaikkiaan tarkistuslistoja analysoitavaksi päätyi kymmenen kappaletta.

Aineisto vastasi hyvin tutkimuskysymyksiin "millaisia ohjeita Kainuun sotessa käytetään siirrettäessä potilaita hoitoyksiköstä kotiin" ja "mitkä ovat keskeiset asiat siirrettäessä potilaita hoitoyksiköstä kotiin". Aineistosta nousi analyysissä neljä teemaa kotikuntoisuus, jatkohoito, lääkehoito ja kirjaaminen.

Kotikuntoisuus-teeman (taulukko 1) alle kuuluu potilaan terveydentila ja arvio hänen kotona selviytymisestään. Kun potilas on kotiutumassa, täytyy hänen terveydentilansa olla vakaa. Kotikuntoisuuteen kuuluu niin ikään apuvälineet, hoitotarvikkeet ja omat henkilökohtaiset tavarat, jotta kotona oleminen on mahdollista.

Taulukko 1. Kotikuntoisuus

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema
"Terveydentila on vakaa"	Potilas on terveydentilaltaan kotikuntoinen	Kotikuntoisuus
"kipu hallinnassa"		
"Varmista että potilas selviytyy päivittäisistä toimistaan."	Potilas selviytyy kotona	
"Varmista että potilas on kotikuntoinen."		
"tarkat ohjeet, määrät ja mallit hoitotarvikkeista mukaan!"	Tarvittavat apuvälineet, hoitotarvikkeet ja henkilökohtaiset tavarat ovat mukana	
"Potilaan tavarat on koottu ja tarvittaessa pakattu."		
"Anna hoito-ohjeet ja tarvittavat apuvälineet ohjeineen"		

Jatkohoito-teemaan (Taulukko 2) kuuluu potilaan hoidon jatkumiseen liittyvät seikat kuten kotihoito-ohjeet, jatkotutkimukset ja kyydin järjestäminen kotiin. Potilaan kotiutuessa tulee hänen tietää, miten hän jatkaa hoitoa kotona, mihin olla tarvittaessa yhteydessä, onko hänelle tulossa jatkotutkimuksia ja miten hän pääsee kotiin.

Taulukko 2. Jatkohoito

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema
"Henkilö ymmärtää saamansa hoito-ohjeet"	Potilas on saanut kotihoito-ohjeet ja ymmärtää ne	Jatkohoito
"Jatkohoito-ohjeet annettu"		
"Potilas tietää mahdollisista jatkokontrolleista"	Potilas tietää mahdollisista jatkotutkimista	
"Varmista, että lähetteet jatkohoitotutkimuksiin on tehty (esim. veriko- keet, rtg)"		
"Varmista asiakkaan pääseminen kotiin"	Kuljetus kotiin on järjestetty	
"Potilaan kotiutuskyty on päätetty ja mahdollinen kyyti on tilattu"		



Lääkehoito-teemaan (Taulukko 3) kuuluu kotiutumista toteutettaessa huomioitavat uudet lääkkeet ja päivitykset. Potilaan lähtiessä kotiin täytyy hänellä olla tarvittavat reseptit, hänen lääkehoito pitää olla kirjattu potilaan tietoihin, ja tarvittaessa lääkeliistä on tulostettu potilaan mukaan. Lääkehoidon ohjaus on annettu niin, että potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet ja pystyy jatkamaan lääkehoitoa sairaalan ulkopuolella. Kanyyli on poistettu ja i.v. lääkitys on lopetettu.

Taulukko 3. Lääkehoito

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema
"Potilaalla on reseptit uusista lääkkeistä"	Lääkehoidon kirjaaminen	Lääkehoito
"Potilaan lääkitys on selvä ja se on kirjattu lääkelehdelle..."		
"Varmista, että potilaalla on mahdollisuus saada tarvittavat lääkkeet..."	Lääkkeiden saatavuus	
"Annetaan lääkkeet tarvittaessa päivystyspakkausina mukaan."		
"Anna potilaalle selkeät tiedot muutetusta lääkehoidosta sekä suullisesti että kirjallisesti."	Lääkehoidon ohjaus	
"Jatkohoito-ohjeet annettu"		

Kirjaaminen-teemaan (Taulukko 4) sisältyy hoitoyhteenvedon tekeminen potilastietokantaan. Tämä on pitää olla kirjoitettuna ennen kuin potilas kotiutuu. Hoitoyhteenvedon kirjaus sisältyi lähes kaikkiin kerättyihin tarkistuslistoihin.

Taulukko 4. Kirjaaminen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema
"Hoitoyhteenvedo on tehty HOKE:lle"	Hoitoyhteenvedo on kirjattu	Kirjaaminen
"Tarvittavat jatkohoitolähteet on tehty (epikriisi ja hoitoyhteenvedo)"		

#### 4.4 Kehitysvaihe

Luonnosteluvaiheen jälkeen alkaa kehitysvaihe, jossa varsinainen tuote luodaan. Tässä vaiheessa on jo tiedossa asiasisältö, mutta sitä ei ole vielä jäsennelty. Tuotteen keskeinen sisältö pyritään tuomaan esille mahdollisimman ymmärrettävästi, täsmällisesti ja käyttäjän tiedon tarve huomioiden. (Jämsä & Manninen 2000.) Vertasimme analyysin tuloksia keräämäämme aiempaan tietoon ja muodostimme tarkistuslistan sisällön. Keräämämme aiempi tieto tuki analyysin tuloksia.

Kehitysvaiheessa teimme lisäksi alustavan vedoksen tuotteen ulkomuodosta. Ehdotukset tarkistuslistan sisällöstä ja ulkomuodosta lähetettiin toimeksiantajalle arvioitavaksi. Palautteen perusteella teimme muutoksia ja teimme tarkistuslistan toisen vedoksen. Tarkistuslistan ulkomuoto toteutettiin ISBAR- raportoinnin tukilomakkeen tyyliin (Liite 2). Toinen vedos lähetettiin kolmelle sähköpostikyselyyn vastanneelle yksikölle testattavaksi. Valitsimme yksiköt vastausaktiivisuuden perusteella ja varmistettiin toimeksiantajalta.

#### 4.5 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaihe alkaa, kun tuote on korjattu toimeksiantajan korjausehdotusten mukaisesti. Lisäksi ennen viimeistelyvaihetta tuote esitellään kyselyssä mukana olleissa yksiköissä. Viimeistelyvaiheeseen kuuluu korjaustoimenpiteitä, yksityiskohtien hiomista ja käyttöohjeiden laadintaa. Viimeistelyvaiheessa tuotteen jakelu ja markkinointi suunnitellaan. Markkinoinnin tarkoitus on turvata tuotteen käyttöönotto. (Jämsä & Manninen 2000.)

Viimeistelyvaiheessa korjasimme tarkistuslistaa yksiköistä tulleiden parannusehdotusten mukaan ja viimeistelimme tuotteen lopulliseen muotoonsa. Viimeistelimme tuotteen sisällön ja visuaalisen ilmeen. Toimeksiantaja pohti, jos opinnäytetyöstä tullutta tarkistuslistaa viedään työelämään esittelemällä sitä hoitotyön johtoryhmässä ja potilasturvallisuustyöryhmässä. Tuotteen viimeistelyn jälkeen se toimitettiin toimeksiantajalle ja sen käyttöön ottaville osastoille.

#### 4.6 Tuotteen arviointi

Tuotteen arviointia ja palautetta tarvitaan kaikissa tuotteistamisprosessin vaiheissa. Tuotteen kehittämisvaiheessa paras tapa arvioida tuotetta on esitestata tuotetta. Tuotteesta on helpompi antaa palautetta, kun olemassa olevaa tuotetta kehitetään. Kun kehitteillä olevaa tuotetta verrataan jo käytössä olevaan, korostuvat tuotteen puutteet ja edut. Tuotteen testaajan on helppo tuoda esille muutosehdotuksia ja ratkaisuvaihtoehtoja. (Jämsä & Manninen 2000.) Tuotteesta pyydettiin palautetta prosessin aikana niin toimeksiantajalta kuin kolmelta eri osastolta, jonne tarkistuslista on tulossa käyttöön. Osastoilta pyydettiin palautetta sähköpostilla ja ohjaavilla kysymyksillä (Liite 3). Kolmesta osastosta vain yksi osasto vastasi palautekyselyyn. Kotiutumisen tarkistuslistan toimivuuden arviointi ja jatkokehitys jäävät toimeksiantajan vastuulle.

## 5 POHDINTA

Laadullisissa tutkimuksissa on tapana kuvata hyvin tarkkaan, mitä tutkija on tehnyt ja miten tutkimuksessa on päädytty sen tuloksiin. Tarkkaan selostettu toteutus parantaa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007.) Meidän opinnäytetyöprosessimme on kestänyt vuoden. Prosessi koostui aiheanalyysistä, suunnitelmavaiheesta, tutkimusosasta ja tutkimusraportin laadinnasta.

Suunnitelmalliseen ja tavoitteelliseen tutkimukseen kuuluu perehtyminen aiheeseen, suunnitelman laadinta, tutkimuksen toteutus ja tutkimusselostuksen laadinta. (Hirsjärvi ym. 2007). Meidän opinnäytetyössämme tarkoituksen ja tavoitteen asettelu olivat ensimmäisten aiheanalyysikertojen aikana selvillä. Saimme paljon apua ohjaavalta opettajalta. Tavoite ja tarkoitus muistuttivat prosessin edetessä mitä olimme tekemässä ja estivät meitä eksymästä aiheesta. Samaa ei voi sanoa ilmiön asettelusta. Prosessin aikana ilmiön oikeellisuutta epäiltiin useaan otteeseen. Onko kyse potilasturvallisuudesta vai laadukkaasta hoidosta. Onko laatu, potilasturvallisuutta suurempi käsite, onko se tärkeämpää vai ei. Monenlaisia kysymyksiä nousi esiin. Potilasturvallisuus on hoidon peruspilareita. Kun se järkkyy, on hoidon laatu vaarassa (Koivuranta-Vaara 2011; Mitchel 2008; A Process for making 2016). Vaikka laadukas hoito ja potilasturvallisuus kulkevat käsi kädessä, niin potilasturvallisuus päättyi opinnäytetyön ilmiöksi. Opinnäytetyön ilmiön, tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta saimme tehtyä tutkimuskysymykset.

Opinnäytetyön suunnitteluvaihe kesti pisimpään. Suunnitteluvaiheessa perehdyimme työn teoriaosuuteen ja kokosimme aikaisemman tutkimustiedon. Aikaisempaa tutkimustietoa oli runsaasti tarjolla. Tutkimusta on tehty niin suomenkielillä kuin englanniksikin. Suurin osa laajoista tutkimuksista oli englanninkielisiä, joka näkyy siinä, että 35% kaikista lähteistä on englanniksi. Englannin kielisten lähteiden suuri määrä ja kahden eri menetelmän hyödyntäminen tuotteen sisällön luomisessa teki prosessista työlää ja vaikeasti hahmotettavan. Luonnostelimme prosessin vaiheet erillisille papereille ja rakensimme niistä konkreettisen prosessikaavion, jonka kiinnitimme seinälle. (Kuvio 2) Etenimme kaavion mukaisessa järjestyksessä ja se toimi hyvin eikä siitä tarvinnut poiketa. Suunnitelman esittämisen

jälkeen yhdessä työelämänohjaajan kanssa päätimme muuttaa opinnäytetyön tavoitetta ja tarkoitusta. Poistimme kaksi kohtaa. Ensimmäiseksi tarkistuslistaa ei käytettäisi potilaan siirtyessä hoitoyksiköiden välillä. Eikä samaa listaa käytettäisi potilaiden ja hoitohenkilökunnan työkaluna. Laatisimme tarkistuslistan vain hoitohenkilökunnan käyttöön. Päädyimme ratkaisuun, koska aika työn toteuttamiselle oli rajallinen ja vähennyksillä pysyisimme aikataulussa. Rajaaminen sai meidät miettimään, että sen olisi voinut tehdä työn aikaisemmassa vaiheessa.

Opinnäytetyöraporttiamme pääsimme aloittamaan hieman aikataulusta myöhässä. Suunnitelmavaiheen lopussa haimme tutkimusluvan, lähetimme sähköpostikyselyn yksiköihin ja ryhdyimme keräämään aineistoa. Kysely oli tehty jo valmiiksi ja se lähetettiin yksiköihin ilman viimeistä palautuspäivää. Tämä oli osasyynä siihen, että tarkistuslistojen kerääminen venyi kaksi viikkoa suunniteltua pidemmäksi. Kyselyä odottaessa saimme teorialtieto-osuuden kirjoitettua loppuun. Samaan aikaan vietimme koulussa kansainvälisyysviikkoa. Oli ilo huomata, että vierailleva opettaja käytti luennoillaan samoja tutkimuksia lähteinä kuin me opinnäytetyössämme. Siitä voinee päätellä, että olimme löytäneet relevantteja tutkimuksia!

Saimme yksiköistä lopulta hyvin vastauksia, sillä yksiköitä, jotka eivät vastanneet kyselyyn ollenkaan, oli vain kolme. Aineiston analysointia ohjasivat tutkimuskysymykset. Analyysin tekoa helpotti se, että aineisto oli valmiiksi tarkistuslistojen muodossa, joten pääkohdat olivat selvästi esillä. Toteutimme analyysin aineistolähtöisesti, koska teemat löytyivät helposti aineistosta. Analyysin jälkeen lopullinen tarkistuslista alkoi muodostua. Työelämältä tullut toive siitä, että tarkistuslista mukailisi ISBAR -raportoinnin tukilomaketta, määritteli tuotteen ulkomuodon. Olimme suunnitelleet, että tarkistuslistan testaaminen toteutettaisiin toimeksiantajalla ja yksiköissä samaan aikaan, mutta toimitimme sisällön ensin toimeksiantajan tarkistettavaksi ennen sen lähettämistä yksiköiden testattavaksi.

Halusimme käyttää olemassa olevia tarkistuslistoja apuna tuotteen sisällön luomisessa. Hyödyntämällä jo olemassa olevia tarkistuslistoja saimme sisällytettyä tuoteseen Kainuun sotessa olevan kokemusperäisen tiedon, ja osallistettua Kainuun sotien osastot tuotteen luomiseen. Osallistamisella pyrimme helpottamaan tarkistuslistan käyttöön ottoa.

## 5.1 Luotettavuus

Luotettavuusarvioinnin käsitteistö laadullisissa tutkimuksissa on kovin kirjava. Terminologia vaihtelee suuresti lähteestä riippuen. Kuitenkaan itse asiasisältö ei niissä muutu. Mitä tarkempi dokumentaatio on sen helpommin ulkopuoliset arvioijat pystyvät määrittämään koodauksen, ryhmittelyn ja tulkinnan. Aineiston perusteella ulkopuolinen arvioija pystyy tulemaan samaan lopputulokseen, sekä päättelypolku aineistosta tuloksiin on ristiriidaton. Dokumentaatio näyttelee siis tässä tärkeää roolia. (Kananen 2015, 353.) Tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen osia. Esimerkiksi aineiston luomisen vaiheet tulee kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. On tärkeää, että teemoittelun perusteet ja alkuperäisaineistot kerrotaan lukijalle. (Hirsjärvi ym. 2007.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään Guban & Lincolnin (1985, 290) esittelemiä luotettavuuden kriteerejä. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden tarkkailuun käytetään seuraavia käsitteitä totuudenmukaisuus uskottavuus (*credibility*), siirrettävyys (*transferability*), luotettavuus (*dependability*) ja vahvistettavuus (*transferability*) (Guban & Lincoln 1985, 290).

Luotettavuus voidaan määrittää kysymyksellä: Kuinka tutkija pystyy perustelemaan kuulijoilleen, että tutkimuksen tuottamat tulokset ovat merkittäviä ja huomiioon otettavia? Vastatakseen tutkija voi käyttää apuna neljää käsitettä ja niistä nousevia kysymyksiä. Uskottavuus, eli miten tutkija pystyy herättämään luottamuksen tutkimuksen tulokseen ja menetelmään, jolla tutkimus on tehty? Kuinka uskottava tutkimus ja sen tulokset ovat? (Guba & Lincoln 1985, 290.) Uskottavuutta on pyritty lisäämään tuomalla tutkijoiden päättelyketju näkyville esittämällä useampia suoria lainauksia alkuperäistarkistuslistoista.

Siirrettävyyssriteeriin kuuluu arvio siitä, miten tutkimuksen tuloksia pystytään soveltamaan muuhun ympäristöön tai aiheeseen. Vastuu tutkimuksen sovellettavuuden arvioimisesta on enemmän uuden sovelluksen tekijällä kuin alkuperäisen tutki-

muksen tekijällä. Alkuperäisen tutkimuksen tekijän vastuu on tarjota tarpeeksi kattava dokumentaatio tutkimuksesta, jotta ympäristöjen ja aiheiden samankaltaisuutta voidaan arvioida. (Guba & Lincoln 1985, 298.)

Luotettavuuskriteeriä arvioitaessa pyritään vastaamaan siihen, kuinka tutkimuksen tulokset toistuisivat, jos tutkimus tehtäisiin uudelleen tai kopioitaisiin samanlaisessa kontekstissa. Jos useampi pohjimmiltaan samanlainen tutkimus tuottaa samanlaisia tuloksia, on tutkimuksen luotettavuus kiistattomasti saavutettu. (Guba & Lincoln 1985, 298–299.) Luotettavuutta voitiin arvioida tässä opinnäytetyössä tarkastelemalla sekä aiempia tutkimuksia että keräämällä aineistoa Kainuun sotesta. Lisäksi luotettavuutta pyrittiin parantamaan opinnäytetyöprosessin tarkalla kuvauksella raportissa.

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa käyttämällä useita tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä voidaan käyttää termiä triangulaatio, mutta monet tutkijat käyttävät muitakin termejä, kuten metodien yhdistäminen tai kiteyttäminen. (Hirsjärvi ym. 2007.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kahta erilaista tutkimusmenetelmää. Ensimmäinen oli aineistanalyysi ja toinen kirjallisuuskatsaus. Kyseessä on aineistotriangulaatio, jossa tutkittavaan ilmiöön liittyviä aineistoja on useampia. Aineistoista voidaan tehdä kuitenkin samat johtopäätökset. (Kananen 2015.) Opinnäytetyön tuloksia tukivat sekä teoriatieto että Kainuun sotesta kerätty aineisto.

Tutkimuksen objektiivisuus on osa vahvistettavuutta. Vahvistettavuutta arvioi-  
dessa pyritään vastamaan siihen, miten tutkija pystyy kertomaan, että tutkimuksen tuloksia määrittävät tutkittava kohde ja tutkimuksen olosuhteet eikä tutkijan omat ennakkokäsitteet, motivaatio, kiinnostuksenkohteet tai näkökulmat? (Guba & Lincoln 1985, 290.) Pyrimme lisäämään opinnäytetyön vahvistettavuutta olemalla objektiivisia. Tutkimus on objektiivista, kun siinä käytetään tarkoituksenmukaista metodologia, joka säilyttää tarvittavan etäisyyden tutkijan ja tutkittavan kohteen välillä. Silloin tutkija itse ei voi vaikuttaa tutkittavaan kohteeseen. Lisäksi objektiivisuuden säilyttämiseksi tutkimuksen tulee olla arvovapaa. Tutkittavan kohteen täytyy antaa puhua puolestaan ilman tutkijan arvojen vaikutusta. (Guba & Lincoln 1985, 300.)



Tässä opinnäytetyössä tutkijoiden arvojen vaikuttamattomuutta on pyritty perustelemaan tuomalla esille teemoittelun päättelyketju tekemällä suoria lainauksia aineistoon.

## 5.2 Eettisyys

Vain hyvän tieteellisen käytännön mukaan tehty tutkimus on luotettava, eettisesti hyväksyttävä ja sen tulokset uskottavia. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä soveltavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden työ tulee ottaa huomioon asianmukaisella viittaustekniikalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6–7; Kananen 2015)

Tämän opinnäytetyön raportointi on tehty huolellisesti ja rehellisesti. Teoriatiedon koonnissa on käytetty monipuolisesti sekä kotimaisia että kansainvälisiä lähteitä, ja asianmukaiset lähdeviitteet on tehty. Tutkimuslupa on hankittu toimeksiantajalta opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Sen jälkeen aloitimme aineiston keruun sähköpostikyselyllä. Kyselyn raportoinnissa on huomioitu anonymiteetti siten, ettei siitä käy ilmi, miltä osastoilta vastaukset ovat tulleet.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, joten aihe on valittu Kainuun soten ehdoilla. Eettisiä ristiriitoja saattaa syntyä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä, jos opinnäytetyön tulokset eivät ole toimeksiantajan kannalta edullisia tai toivottuja (Hirsjärvi ym. 2007). Eettisten ristiriitojen mahdollisuutta tässä opinnäytetyössä ehkäisee se, että opinnäytetyön aineistona käytetään Kainuun sotessa sisäisiä dokumentteja. On kuitenkin mahdollista, että lopullinen tuote ei jostain syystä vastaa tilaajan tarvetta. Tätä ehkäistiin tiiviillä yhteydenpidolla toimeksiantajan kanssa ja informoimalla opinnäytetyön eri vaiheista.

## 5.3 Johtopäätökset

Tässä työssä luotiin Kainuun sotesta kerättyjen tarkistuslistojen pohjalta tarkistuslista kotiutumisen apuvälineeksi. Kerättyä aineistoa verrattiin jo olemassa olevaan

teoriatietoon. Teoriatieto tukee analyysissä nousseita teemoja ja pelkistettyjä ilmauksia. Kotikuntoisuus-teeman alle sijoittuvat ilmaukset "Potilas on terveydentilaltaan kotikuntoinen" ja "Potilas selviytyy kotona" tulevat selvästi esille myös aikaisemmassa tutkimustiedossa. Kun kotiutuminen on ajankohtaista, kuuluu potilaan toimintakyvyn olla kunnossa tai ainakin normalisoitunut (Ubbink ym. 2014). Jos potilaan toimintakyky on olennaisesti edelleen alentunut, hän ei voi vielä kotiutua (Lämsä 2013, 116). Teoriatieto ja kerätty aineisto keskusteleivat toistensa kanssa.

Jatkohoito-teema ja sen ilmaukset "Potilas on saanut jatkohoito-ohjeet ja ymmärtää ne", "Potilas tietää mahdollisista jatkotutkimuksista" ja "Kuljetus kotiin on järjestetty" ilmenevät teoriatiedossa esimerkiksi seuraavasti; Potilaan ja omaisten ohjaamatta jättäminen kotiutumistilanteessa voi johtaa tietämättömyyteen hoidon jatkumisesta, ongelmiin kotona selviytymisessä ja lopulta potilaan aiheettomaan paluuseen sairaalaan (Palonen 2016, 58–59; Iivanainen & Syväoja 2013, 318–319). Potilaalle varatut jatkotutkimusajat, kuljetus ja mahdolliset kotihoidon järjestelyt ovat oleellinen osa onnistunutta kotiutumista (Bauer 2009; Ubbink ym. 2014).

Lääkehoito-teema ja sen ilmaukset "Lääkehoidon kirjaaminen" ja "Lääkehoidon ohjaus" ilmenevät teoriatiedossa esimerkiksi seuraavasti. Ubbink ym. (2014) tutkimuksessa listatuista kotiuttamisen perusteista löytyy, että lääkelista ja reseptit ovat kunnossa. Kotiuttamisvalmiutta voidaan lisätä potilaan ja omaisten hyvällä ohjaamisella (Palonen 2016, 58–59).

Teoriatiedossa potilaan osallistaminen kotiutumiseen tulee vahvasti esille. Kotiutuksen kuuluu olla potilaan ja hoitohenkilökunnan vuoropuhelua (Ubbink ym. 2014). Patients for Patient Safety (2016) WHO:n ohjelmassa on tavoite, että potilaiden ääni saataisiin paremmin kuuluville, että potilaita osallistetaan ja kannustetaan osallistumaan omaan hoitoonsa. Kainuun sotesta kerätystä aineistosta potilaan ottaminen mukaan kotiutumisprosessiin ei ilmene samalla painotuksella kuin teoriatiedossa. Aineistossa on kohtia, joissa huolehditaan, että potilas tietää kotiutumisestaan ja sairaalaan tulo syystä esimerkiksi "Potilas tietää miksi oli sairaalahoidossa" ja "Potilas tietää kotiutuksesta ja on kotikuntoinen". Potilaan osallistaminen kotiutumisprosessiinsa ei kuitenkaan Kainuun soten tarkistuslistoissa tule yhtä merkityksellisesti esille.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tarkistuslistan avulla, mitä on huomioitava potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin. Gawanden (2009, 120–122) mukaan tarkistuslistan tulisi olla mahdollisimman selkeä, helppokäyttöinen ja ytimekäs. Tarkistuslistan tulisi sisältää vain kaikkein tärkeimmät asiat. Kainuun sotien yksiköissä käytössä olevista tarkistuslistoista suurin osa ei vastannut rakenteeltaan ja ulkomuodoltaan teorian antamaa mallia. Tässä esimerkissä tarkistuslistan kohta on liian pitkä.

*"Varmista, että potilas selviytyy päivittäisistä toimistaan*

*-Jos ei, harkitse kotiuttamista yhdessä lääkärin, potilaan, omaisten sekä kotihoiton kanssa. Jos hoitohenkilökunta ei suosittele kotiutumista, potilas allekirjoittaa hoidosta kieltäytymislomakkeen poistuessaan."*

Tarkistuslistan tarkoituksena ei ole kuvailla yksityiskohtaisesti kaikkea mitä tulee muistaa. Tarkistuslistan tulisi muistuttaa vain kaikkein tärkeimmistä asioista. (Gawande 2009, 120–122). Kainuun sotien tarkistuslistoista osa oli usean sivun mittaisia ja asiat oli tuotu esille epäselvästi.

#### 5.4 Ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana olemme syventyneet kotiutumiseen niin teorian tiedon kuin työelämästä tulleen aineiston avulla. Kotiuttaminen on osa hoitoprosessia ja siinä on tärkeä rooli niin hoitohenkilökunnalla kuin potilaillakin. Opinnäytetyöprosessin aikana sairaanhoitajan ammatillisista kompetensseista asiakkuusosaaminen on kehittynyt muun muassa siinä, että tarkistuslistan perusteet ovat potilaslähtöisiä. Varsinkin prosessin alkuvaiheessa mukana oli vahvasti potilaiden osallistaminen omaan hoitoonsa. Tarkoituksena oli tehdä läpinäkyvä tarkistuslista, joka toimisi niin potilailla kuin hoitohenkilökunnallakin. Potilaiden osallistamisella on myös terveyden edistämisen näkökulma. Potilaan ollessa mukana omassa hoidossaan hän on tietoisempi omasta terveydestään ja siitä, mikä merkitys oman terveyden ylläpitämisessä on. Perehtyessämme aiempaan tutkimustietoon kävi ilmi, että potilaan roolia hänen omassa hoidossaan pyritään kehittämään kaikkialla maailmalla. Esimerkiksi WHO:n projektissa *Patients for Patient*

*Safety* korostetaan potilaan roolia. Tavoitteena ohjelmassa on saada potilaiden ääni kuuluviin. (Patients for Patient Safety 2016.) Hoitotyö ei ole enää pelkää hoitohenkilökunnan tekemää työtä vaan potilailla on yhtä tärkeä rooli oman terveytensä ylläpitämisessä ja paranemisessa.

Opimme hakemaan tutkimustietoa ja lähdekriittisyys kehittyi kirjoittamisen aikana. Ensisijaisten lähteiden löytäminen oli välillä haastavaa, koska joissain tapauksissa tekstit viittasivat toissijaisiin lähteisiin, jolloin syntyi loputtomalta tuntuvia lähteiden polkuja. Moni ensisijaisista lähteistä ei ollut suomen kielisiä.

Sairaanhoitajan ammatillisista kompetensseista päätöksenteko-osaaminen korostuu suunnitellessa, miten hoitoketju onnistuisi mahdollisimman hyvin. Tarkistuslista on suunniteltu yhdessä työelämän kanssa käytettäväksi avustamaan hoitoketjun toteutumista. Tutkimuksissa tulee esiin, kuinka kotiutuminen on osa hoitoprosessia ja sen epäonnistuessa joutuu potilas usein palaamaan sairaalaan. (Lämsä 2013, 105). Tarkistuslistoilla pystytään vaikuttamaan siihen, että tärkeät asiat eivät pääse unohtumaan esimerkiksi kotiutumista toteuttaessa ja siten epätoivotuilta tuloksilta vältytään.

Ohjaus- ja opetusosaamisemme on kehittynyt erityisesti potilaan ja omaisten ohjaamisen kannalta. Potilaan ja omaisten ohjaaminen on yksi tärkeimmistä osista kotiutumisprosessin onnistumisen kannalta (Ubbink ym. 2014). Perehtyessämme potilaan kotiutumisprosessiin olemme oppineet, millaisia asioita tulee ottaa huomioon potilaan ohjauksessa ja yleensä potilaan kotiutuessa.

## 5.5 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tuloksena syntynyttä tarkistuslistaa voidaan hyödyntää lähes kaikissa terveydenhuoltoalan yksiköissä, joista potilaita kotiutuu. Yhteinen tarkistuslista yhtenäistää kotiutusprosessia yksiköstä riippuen ja mahdollistaa tasapuolisen hoidon kaikille potilaille.

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa lähdimme ajatuksesta, että tarkistuslista tulisi niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin käyttöön. Sillä saataisiin aikaan potilaiden osallistamista ja hoitotyö tulisi lähemmäksi itse potilasta. Tarkistuslistan tarkoitus oli olla käytössä niin potilaan kotiutumisessa kuin hänen siirtyessään hoitoyksiköiden välillä. Lopullinen työ rajautui kuitenkin niin, että potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteisestä versiosta luovuttiin. Lisäksi tarkistuslista päätettiin tehdä ainoastaan kotiutustilanteisiin. Jatkotutkimuksessa voisi keskittyä potilaan siirtymiseen terveydenhuollon yksiköiden välillä sekä siihen, millainen potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteinen tarkistuslista voisi olla.

Toinen ehdotus jatkotutkimukselle on selvittää tarkistuslistan toimivuus potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantamisessa. Parantaako tarkistuslistan käyttö hoidon laatua? Mielenkiintoista olisi selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä ja sen toimivuudesta kotiutumistilanteessa. Käyttääkö hoitohenkilökunta tarkistuslistoja ja kokevatko he tarkistuslistasta olevan hyötyä?

## LÄHTEET

Aittapelto, J. 2014. Kotiutumisen tarkistuslista psykiatrisessa hoitotyössä. Viitattu 24.01.2017. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/73745/ONT\\_23.4.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/73745/ONT_23.4.pdf?sequence=1)

Alatalo, M. 2013. Potilaan kotiuttaminen tarkistuslista – sairaanhoitajan työssä olevat haasteet. AMK - Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia. Viitattu 6.5.2017 [https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58333/alatalo\\_marius.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58333/alatalo_marius.pdf?sequence=1)

Anttonen, T., Marjakangas, A., Nerg, S., Palviainen, K. 2013. Turvallisesti kotiin - tarkistuslista sairaalasta kotiuttamisen tueksi. Viitattu 29.9.2016 [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56344/Anttonen\\_Marjakangas\\_Nerg\\_Palviainen.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56344/Anttonen_Marjakangas_Nerg_Palviainen.pdf?sequence=1)

A Process for making strategic choices in health systems. 2016. Quality of Care. World Health Organization. Viitattu 8.7.2016 [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. & Manfrin, M. 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (18). 2539–2546.

Berg, S & Korhonen, R. 2016. APUA, KIITOS JA NÄKEMIIN! -Kotiutuskansio ja tarkistuslista Kainuun Keskussairaalan Nopean Diagnostiikan yksikköön. AMK – Opinnäytetyö. Kajaani: KAMK. Viitattu 3.8.2016 <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109304/Opari%20VALMIS.pdf?sequence=1>

Blongren, K. & Pauniahho, S-L. 2013. Terveystenhoidon tarkistuslistat. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki. Duodecim. (287 – 288)

Coleman E., Boulton C. 2007. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Assisted Living Consult* March/April 2007, 30–32.

Data and statistics. 2005. World Health Organization. Regional office for Europe. Viitattu <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>

Dubenko, J. & Jiang, X. 2016. Kirurgisen potilaan turvallinen kotiutuminen. Viitattu 24.01.2017. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108968/Dubenko\\_Jaana\\_Jiang\\_Xiaoming.pdf?sequence=2](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108968/Dubenko_Jaana_Jiang_Xiaoming.pdf?sequence=2)

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Viitattu 03.10.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2760-5>

Gawande, A. 2009. The checklist manifesto – how to get things right. London: Profile books

Guba, E. & Lincoln, Y. 1985 Naturalistic Inquiry. Newbury park: Sage Publications

Haipro. 2013. Terveystienhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 15.07.2016. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>

Haipro. 2016. Terveystienhuollon vaaratapahtuma raportointijärjestelmä. Viitattu. 3.10.2016 <http://awanic.com/haipro/>

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A-H., Dellinger, P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Carmela, M., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B & Gawande, A. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The new england journal of medicine. 5. 360 . Viitattu 24.01.2017. DOI:10.1056/NEJMsa0810119

Helovuori, A., Kinnunen, A., Peltomaa, K., Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Holmberg, M. 2014. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö Suomessa. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Syventävä tutkielma. Viitattu 10.5.2017

<https://www.thl.fi/documents/584227/601353/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6+-+Leikkaustiimin+tarkistuslista+syv%C3%A4rit+final.pdf/28ba6862-446f-4d19-8f45-4649c13090c1>

Huovinen-Tervo, M. 2016. haastattelu. Kajaanin kaupungintalo. 21.10.2016

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Häkli, K. & Väntsi, E. 2014. Kirurgisen potilaan onnistunut kotiuttaminen. AMK – Opinnäytetyö. Tampere: TAMK. Viitattu 24.01.2017.  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/73067/hakli.kati.pdf?sequence=1>

Iivanen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja Kirjaa. Helsinki: Tammi

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi

Kalliomäki, V. & Laholuoma, P. 2016. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen ikääntyneen kotiutusprosessissa. Viitattu 24.01.2017.  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117460/Hoidon%20jatkuvuuden%20turvaaminen%20ikaantyneen%20kotiutusprosessissa.pdf?sequence=1>

Kananen, J. 2015. Opinäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä : Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Kinnunen. M., Keistinen. T., Ruuhilehto. K & Ojanen. J. 2009. Vaaratapahtumien Raportointimenettely. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 08.07.2016  
<https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>

Koivuranta-Vaara. P. 2011. Terveysthuollon laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki 2011. Viitattu 31.03.2017 [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597)

Komulainen, N. & Vääräniemi, T. 2012. Loppuraportti. Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun.



KYTKE-hanke. Viitattu 29.3.2016 <http://sote.kainuu.fi/showattachment.asp?ID=3714&DocID=2624>

Korpela, M. 2013. Hoitotyön tarkistuslistan laatiminen aikuispotilaan laadukkaan kotiutumisen varmistamiseksi. AMK - Opinnäytetyö. Pori: SAMK Viitattu 24.01.2017. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61019/korpela\\_mona.pdf.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61019/korpela_mona.pdf.pdf?sequence=1)

Kotimaisten kielten keskus. 2016. Kielitoimiston sanakirja. Viitattu 23.5.2016 <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja 3/2012 vol. 85.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, m., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Luhtasaari, M. & Jämsén, S. 2013. Vanhuksen kotiutus. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus : Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Väitöskirja Viitattu 16.3.2016 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-839-1>

Mitchell, P. H. 2008. Defining Patient Safety and Quality Care. Teoksessa R. G. Hughes (toim.) Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality. Julkaisunumero: 08-0043 Viitattu 10.2.2017 <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.182.7844&rep=rep1&type=pdf>

Mitronen, M. & Solmula, P. 2011. Kotiutuminen sairaalahoidosta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. AMK - opinnäytetyö. Jyväskylä: JAMK Viitattu 08.11.2016 [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33550/Mitronen\\_Solmula.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33550/Mitronen_Solmula.pdf?sequence=1)

Ong, M-S. Coiera, E. 2011. A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 37(6). Viitattu 31.03.2017 [https://www.researchgate.net/profile/Mei-Sing\\_Ong2/publication/51251525\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_failures\\_in\\_handoff\\_communication\\_during\\_intrahospital\\_transfers/links/53f49ee70cf2fceacc6e9324.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mei-Sing_Ong2/publication/51251525_A_systematic_review_of_failures_in_handoff_communication_during_intrahospital_transfers/links/53f49ee70cf2fceacc6e9324.pdf)

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 27.01.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0277-1>

Patient safety checklists. 2016. World Health Organization. Viitattu 3.8.2016 <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/en/>

Patients for Patient Safety: Our programme. 2016. World Health Organization. Viitattu 30.10.2016 [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/programme/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/programme/en/)

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Helsinki. Duodecim. Viitattu 10.02.2017. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96057.pdf>

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Helsinki. Stakes.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Viitattu 28.7.2016 [http://www.finnanest.fi/files/pesonen\\_tarkistus.pdf](http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf)

Phillips, N. M., Street, M., Kent, B. & Cadeddu M. 2014. Determining criteria to assess patient readiness for discharge from postanaesthetic care: an international Delphi study. Journal of Clinical Nursing 23, 3345—3355. DOI: 10.1111/jocn.12576.

Potilasturvallisuusopas. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.7.2016 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085259>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006 KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 27.9.2016.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 27.9.2016  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M. & Haglund, B. 2009. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. International Journal for Quality in Health Care 4 (21). Stockholm. Oxford University Press. Viitattu 10.02.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712321/pdf/mzp025.pdf>

Terveystietolaki. 2010/1326. Annettu Helsingissä 13.12.2010. Viitattu 03.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki 2002. 73, 86,89–102

Ubbink, D. T., Tump, E., Koenders, J. A., Kleiterp, S., Goslings, J. C. & Brölmann, F. E. 2014. Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? PLoS ONE 9. 3. doi:10.1371/journal.pone.0091333

Vincent, C. 2010. Patient Safety. Viitattu 10.2.2017.  
[http://file.zums.ac.ir/ebook/011-Patient%20Safety-Charles%20Vincent-1405192216-BMJ%20Books-2010-432-\\$71.pdf](http://file.zums.ac.ir/ebook/011-Patient%20Safety-Charles%20Vincent-1405192216-BMJ%20Books-2010-432-$71.pdf)

WHO Guidelines for Safe Surgery. 2009. Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization. Viitattu 14.2.2017. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf)

WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. 2009. World Health Organization. Viitattu 10.2.2017 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44091/1/9789241598316\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44091/1/9789241598316_eng.pdf)

WHO Patient Safety Research. 2009. World Health Organization. Viitattu

01.02.2017

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70145/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.10\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70145/1/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf)

WHO surgical safety checklist and implementation manual. 2008. WHO. Viitattu:

3.8.2016 [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss\\_checklist/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/)

## LIITTEET

### Sähköpostikysely

Hei, olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Kajaanin ammatti-korkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Kainuun sotelle. Aiheena on Yhtenäinen kotiuttamisen tarkistuslista Kainuun soteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tarkistuslistan avulla, mitä on huomioitava potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä kotiin. Tarkistuslista tulee ensisijaisesti hoitotyöntekijöiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa hoidon laatua Kainuun sotessa yhtenäistämällä kotiuttamistoimintaa. Tuotteen avulla potilaat ja heidän omaisensa saavat tietoa kotiutusprosessista ja voivat edes auttaa kotiutumistaan.

Voidaksemme toteuttaa opinnäytetyön tarvitsisimme teidän yksikkönne mahdolliset tarkistuslistat tai ohjeet kotiutuksen toteuttamisesta. Nämä ohjeet toimivat pohjana lopullisen tarkistuslistan luomisessa. Jos yksikössänne ei ole käytössä kotiuttamisen tarkistuslistaa olisitteko ystävällisiä ja vastaisitte sähköpostiin.

Lopullinen tuote ja opinnäytetyö valmistuvat 2017 kevään aikana.

Aineiston voi toimittaa tähän sähköpostiin. Kiitos vastauksistanne jo etukäteen!

Kohteliaimmin,

Taneli Yli-Lonttinen

taneliyli-lonttinen@kamk.fi

Lauri Toivonen

lauritoivonen@kamk.fi

Taina Romppanen

Ohjaava opettaja

Marjo Huovinen-Tervo

Toimeksiantaja



Kainuun sosiaali- ja  
terveydenhuollon kuntayhtymä

### Kotiutumisen tarkistuslista

<b>Kotikuntoisuus</b> tunnista kotikuntoisuus	Potilas on terveydentilaltaan kotikuntoinen ja selviää kotona	<input type="checkbox"/>	
	esim. verenpaine, lämpötila ja kipu ovat hallinnassa	<input type="checkbox"/>	
	kotiolot ovat kunnossa toipumista varten	<input type="checkbox"/>	
	mahdolliset kodin muutostyöt on toteutettu	<input type="checkbox"/>	
	potilas tietää, minne voi olla tarvittaessa yhteydessä	<input type="checkbox"/>	
	Potilaalla on tarvittavat apuvälineet ja hoitotarvikkeet saatavilla	<input type="checkbox"/>	
	hoitotarvikelähete on tehty	<input type="checkbox"/>	
	potilas tietää, mistä saa apuvälineet	<input type="checkbox"/>	
	Potilaan henkilökohtaiset tavarat ovat mukana	<input type="checkbox"/>	
	esim. arvotavarat, lääkedosetit ja insuliinikynät		
<b>Lääkehoito</b> selvitä lääkehoito	Lääkehoito on kirjattu	<input type="checkbox"/>	
	lääkelista on päivitetty	<input type="checkbox"/>	
	tarvittavat reseptit ovat valmiina	<input type="checkbox"/>	
	Lääkkeet ovat saatavilla	<input type="checkbox"/>	
	huomioi apteekin aukioloajat	<input type="checkbox"/>	
	tarvittaessa lääkkeet mukaan	<input type="checkbox"/>	
	annosjakelun piirissä oleville kotioidon asiakkaille 3 vrk lääkkeet mukaan	<input type="checkbox"/>	
	Lääkehoito on ohjattu	<input type="checkbox"/>	
	uusien lääkkeiden ohjaus potilaalle	<input type="checkbox"/>	
	potilas tietää, miten reseptit uusitaan	<input type="checkbox"/>	
	tarvittaessa päivitetty lääkelista mukaan	<input type="checkbox"/>	
	antikoagulantti -hoidon ohjaus	<input type="checkbox"/>	
<b>Jatkohoito</b> varmistaa jatkohoito	Sovi potilaan kanssa kotiutumisen ajankohdasta	<input type="checkbox"/>	
	tarvittaessa ilmoitus omaisille, kotihoitoon ja jatkohoitopaikkaan	<input type="checkbox"/>	
	Varmista jatkohoito-ohjeet ja kontrollit	<input type="checkbox"/>	
	kotihoito-ohjeet ja kontrolliajat ovat annettu, ja ne ovat käyty läpi yhdessä potilaan kanssa	<input type="checkbox"/>	
	potilas tietää tehdyistä tutkimuksista, tuloksista ja annetusta hoidosta	<input type="checkbox"/>	
	Potilaalla on kuljetus kotiin	<input type="checkbox"/>	
<b>Kirjaaminen</b>	Hoitoyhteenveto on kirjattu	<input type="checkbox"/>	
<b>Palaute</b> ohjaa palautteen antaminen	Potilas tietää, minne ja miten voi antaa palautetta	<input type="checkbox"/>	

## Palautekysely

Hei, olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Kainuun sotele. Aiheena on Yhtenäinen kotiuttamisen tarkistuslista Kainuun soteen.

Kotiutumisen tarkistuslistasta on liitteissä kaksi versiota. Toinen on kokoa A4 ja toinen A5. Taskuun taiteltavaksi on tarkoitettu tuo A5 kokoinen lista.

Tarkistuslista olisi nyt siinä vaiheessa, että tarvitsisimme siitä palautetta. Tässä on muutama ohjaava kysymys joihin haluaisimme vastauksia. Muitakin huomioita voi toki laittaa. Jos mahdollista tuotetta voi testata käytännön tilanteessa.

Onko tarkistuslistan ulkonäkö toimiva?

- selkeä/epäselkeä?
- tarkistuslistan koko? (tarkistuslista on A5 kokoa)

Onko tarkistuslista sisällöltään toimiva?

- selkeys/epäselkeys?
- puuttuuko jotain?

Vastausaikaa on kaksi viikkoa eli 14.4.2017 asti, jonka jälkeen teemme lopulliset korjaukset listaan.

Kiitos vastauksistanne jo etukäteen!

Terveisin,

Taneli Yli-Lonttinen

Puh.

[taneliyli-lonttinen@kamk.fi](mailto:taneliyli-lonttinen@kamk.fi)

Lauri Toivonen

puh.

[lauritoivonen@kamk.fi](mailto:lauritoivonen@kamk.fi)

Taina Romppanen

Ohjaava opettaja

Puh.

Marjo Huovinen-Tervo

Toimeksiantaja