

Ulla-Maija Valjakka-Lavikainen

## **Vuodeosastolta kotiin**

Kotiutusfraasin laatiminen Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolle

## **Vuodeosastolta kotiin**

Kotiutusfraasin laatiminen Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolle

Ulla-Maija Valjakka-Lavikainen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2017  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sisätauti-kirurginen ja gerontologinen hoitotyö

---

Tekijä: Ulla-Maija Valjakka-Lavikainen

Opinnäytetyön nimi: Vuodeosastolta kotiin, kotiutusfraasin laatiminen vuodeosastolle

Työn ohjaajat: Tutkintovastaava, lehtori Raija Rajala ja lehtori, TtM Tuula Nissinen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2017

Sivumäärä: 35 + 11

---

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2015 vuodeosastohoidossa olleet potilaat olivat keskimäärin 77-vuotiaita. Hoitopäivien määrää on seurattu yli 75-vuotiaiden kohdalla vuodesta 2006 vuoteen 2016. Hoitopäivien lukumäärä potilasta kohden on pudonnut näiden yhdentoista vuoden aikana naisten osalta 68 vuorokaudesta 29 vuorokauteen ja miesten osalta 53 vuorokaudesta 26 vuorokauteen vuodessa. Vuodehoitajaksojen lyhentyessä kotiutuksiin on hyvä kiinnittää huomio, sillä ensimmäiset vuorokaudet ovat kriittisimmät kotiutuksen onnistumisen kannalta. Hyvin suunniteltu ja toteutettu kotiuttaminen tukee potilaan selviytymistä kotona ja pienentää riskiä joutua uudelleen sairaalahoitoon.

Tämän projektin tavoitteena oli tehdä Puolangan terveyskeskuksen vuodeosastolle tuote, jota käytetään apuna potilaan kotiutuksen suunnittelussa ja valmistelussa. Tuotteen laatutavoitteina oli sekä oikea ja ajantasainen sisältö että tuotteen helppokäyttöisyys. Tuote tuli olla myös helposti päivitettävissä.

Aiheeseen perehdyttiin tutkimus- ja teorian tietojen avulla. Lisäksi tuotteen sisällössä on otettu huomioon ajantasaisten lakien vaatimukset. Myös hoitohenkilökunnan haastattelut ovat vaikuttaneet tuotteen sisältöön. Yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa suunniteltiin ja toteutettiin fraasirakenne potilastietojärjestelmään. Tätä fraasia hoitohenkilökunta käyttää suunnitellessaan ja valmistellessaan potilaan kotiutusta. Vuodeosaston hoitohenkilökunta arvioi valmiin kotiutusfraasin sisällön ja käytettävyyden. Sisällön arvioitiin vastaavan tilaajan asettamia tuotevaatimuksia ja tuote arvioitiin käytännölliseksi.

Kotiutusfraasia käytetään vuodeosastolla potilaiden kotiutusten yhteydessä. Samalla muiden toimintayksiköiden hoitohenkilökunta saa tietoa kotiutuksen tilasta. Uusien vaatimusten tullessa kotiutusfraasia täytyy päivittää tarpeen mukaan. Fraasirakennetta voidaan jatkossa uudistaa siten, että sen käyttö voidaan laajentaa koskemaan myös muita potilassiirtoja jatkohoitoyksiköihin.

---

Asiasanat: Kotiuttaminen, potilasasiakirjat, fraasirakenne, projekti, ohje

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree programme in Nursing and Health Care, Medical-surgical and gerontological care

---

Author: Ulla-Maija Valjakka-Lavikainen

Title of thesis: Patient Discharge, Guidelines for hospital inpatient wards

Supervisor(s): Head of Degree Programme, lecturer Raija Rajala and senior lecturer, MNSc Tuula Nissinen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2017 Number of pages: 35+11

---

During the last 11 years the average number of days of treatment in hospital inpatient wards per patient has been decreasing. This reduction is causing increasing pressure for patient discharge, as the first days at home are the most crucial to the success of the discharge. Well designed and implemented discharges support patients adjust at home and reduces the risk to be ended back in the hospital. The client of this project was the inpatient ward of Puolanka Health Center.

The aim of this project was to design and implement a product which could be used to assist patient discharge. The objective was to create a product with correct and up-to-date contents. In addition, the product should be easy to use and to update.

The theoretical background for this thesis consists of the latest research, up-to-date laws, other theses of the same field and interviews of the nursing staff of the inpatient ward and home care. A structured phrase was designed and implemented in the patient health record information system. This phrase is used when planning and preparing patient discharge. According to the nursing staff the objectives were achieved.

This product will help the nursing staff to standardize the process of discharge and inform other units about the status of the discharge. In the future, the content of the phrase should be updated using the latest research results and requirements.

---

Keywords: Discharge, patient health record, phrase, project, guidelines

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
1.1	Projektin tausta .....	6
1.2	Projektin tavoitteet .....	7
2	PROJEKTIN SUUNNITTELU .....	10
2.1	Projektiorganisaation perustaminen .....	10
2.2	Projektin vaiheiden ja aikataulun suunnittelu .....	11
3	KOTIUTTAMINEN VUODEOSASTOLTA .....	14
3.1	Terveystuon eettisiä periaatteita ja lakeja .....	14
3.2	Potilasasiakirjat ja tiedonkulku yksiköltä toiselle .....	15
3.3	Hyvä hoidon tunnuspiirteet kotiutusvaiheessa .....	16
4	TUOTTEEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS .....	17
4.1	Tuotteen ideointi .....	17
4.2	Tuotteen suunnittelu .....	18
4.3	Tuotteen tekeminen .....	23
4.4	Tuotteen käyttöönotto .....	25
5	PROJEKTIN ARVIOINTI .....	26
5.1	Tuotteen arviointi .....	26
5.2	Projektityöskentelyn arviointi .....	27
6	POHDINTA .....	31
6.1	Projektin luotettavuuden ja eettisyyden arviointi .....	31
6.2	Opinnäytetyön prosessin ja oman oppimisen arviointi .....	31
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	32
	LÄHTEET .....	33
	LIITTEET .....	36

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Projektin tausta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2017, viitattu 30.8.2017) seurannan mukaan vuodeosastohoidossa olleiden hoitopäivät ovat vähentyneet merkittävästi. Vuonna 2016 naispotilas oli keskimäärin hoidossa 29 päivää vuodessa ja miespotilas 26 päivää vuodessa, kun vuonna 2006 hoitopäivät olivat naisilla 68 päivää ja miehillä 53 päivää. Tämä hoitajaksojen lyhentymisen on näkynyt muun muassa ns. pyörövi-ilmionä, jossa potilas ei pärjää kotiutuksen jälkeen kotona, vaan palaa takaisin sairaalahoitoon. Perälän (Perälä & Hammar 2003, 11-12) mukaan kotiutumisen jälkeiset vuorokaudet ovat kriittisimpiä. Hyvin suunniteltu ja toteutettu kotiuttaminen auttaa potilaan selviytymistä kotona ja pienentää riskiä joutua uudelleen sairaalahoitoon.

Puolangan terveyskeskuksessa on 13-paikkainen akuutti vuodeosasto. Vuodeosastolla hoidetaan sekä akuutteja sairastapauksia että pitkäaikaisessa osastohoidossa olevia potilaita. Osastolla ei ole nimettyä kotiutushoitajaa, vaan vuorossa oleva sairaanhoitaja tekee kotiutuksen. Osastolla tehdään lukuisia kotiutuksia viikoittain, eikä osastolla ole käytössä vakiintunutta prosessia kotiutusten yhteydessä käytettäväksi. Tästä johtuen kotiutuksien laadussa on vaihtelua, joka vaikuttaa kotiutuksen toimintaan. Yhteistyö vuodeosaston ja kotihoidon henkilökunnan välillä on oltava riittävän tiivistä, jotta hoitoketju pysyy katkeamattomana kotiutuksen yli ja potilasturvallisuus säilyy.

Opinnäytetyön aihetta miettiessäni otin yhteyttä vuodeosaston esimieheen. Hänellä oli tarve saada kotiutusprosessi kuvattua, jotta kotiuttaminen sujuu vakioidun kaavan mukaan jokaiselta kotiutukselta tekevältä työntekijältä. Tämä oli aiheena mielenkiintoinen, sillä olin työskennellyt kotihoidossa aiemmin ja osallistunut myös kotiutettujen asiakkaiden hoitoon. Myös aiheen laajuus kiinnosti, sillä tässä yhdistyy kattava teoriapohja, ajantasaiset lakipykälät, yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa ja sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö. Työn tilaaja ei määritellyt kotiutusprosessin muotoa eikä käyttöympäristöä. Tämä päätös jätettiin opinnäytetyön tekijälle.

## 1.2 Projektin tavoitteet

Silfverbergin (2007, 6) määritelmän mukaan projektissa on oltava tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla selkeät ja realistiset ja niiden tulee kuvata haluttua toiminnan muutosta. Tärkeimmät tuotokset täytyy pystyä johtamaan projektin tavoitteista.

Tämä projekti on tulostavoitteiltaan kaksiosainen: Opinnäytetyö ja tuote, joka ohjaa kotiuttavaa hoitajaa tekemään kotiuttamisen yhteydessä tarvittavat toimenpiteet. Samalla tuotteen käyttö parantaa kotiuttamisen sujuvuutta ja tehostaa kotiuttamisen yhteydessä tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. Alla oleva kuva (kuvio 1) selventää projektin rakennetta.



KUVIO 1. Projektin rakenne

Projektin tuotetta koskevana laatutavoitteena (taulukko 1) oli täyttää tilaajan tarpeet riittävän laadukkaalla tuotteella. Tuotteen tuli perustua ajantasaiseen tutkimustietoon, alaa koskeviin säädöksiin ja lakeihin, hyviin hoitokäytäntöihin ja henkilökunnalle tehtyihin haastatteluihin. Tuotteen tuli olla selkeä, helppokäyttöinen ja tarkoitukseen sopiva.

TAULUKKO 1. Tuotteen laatutavoitteet

Laatutavoite	Laatutavoitteen kriteerit
Tilaajan tarpeet huomioiva	Tarkoitukseen soveltuva
Ajantasainen sisältö	Tuotteessa huomioitu ajantasaiset lait Tuotteen taustalla ajantasaista tutkimustietoa ja hyviä hoitokäytäntöjä Sisällössä huomioitu osaston erityispiirteet
Helppokäyttöisyys	Selkeät ja ohjaavat lauserakenteet Sähköinen ja tarvittaessa tulostettavissa Helposti löydettävissä Helposti päivitettävissä

Tuotteen laatu varmistettiin käyttämällä riittävän laajaa tutkimusaineistoa ja ajantasaisia lakisäädöksiä. Tuotteen toteutus suunniteltiin siten, että laaduntarkistusta voitiin tehdä yhdessä tilaajan kanssa projektin edetessä. Tuotteesta pyydettiin toteutuksen aikana palautetta vuodeosaston henkilökunnalta.

Projektia koskeva tulostavoite oli laatia projektikuvaus tutkimuksineen ja projektiraportteineen. Laatutavoitteena loppuraportin tuli olla selkeä ja opinnäytetyön ohjeiden mukainen. Projektin tuli pysyä suunnitellussa aikataulussa.

Projektin hyödynsaajat voidaan jaotella useaan ryhmään: Projektin välitön kohderyhmä, kohderyhmä ja muut hyödynsaajat. Projektin tuloksena välittömän kohderyhmän antamat palvelut paranevat, jolloin kohderyhmä hyötyy projektista. Lisäksi voidaan määritellä muita hyödynsaajia, joiden projektista saama hyöty on välillistä. (Silfverberg, 2007, 39).

Tämän projektin välitön kohderyhmä koostui vuodeosaston hoitajista, sillä tuloksena tehty tuote helpottaa heidän työtään potilasta kotiutettaessa. Kotiuttaminen tulee tehdä aina saman prosessin mukaan, jotta voidaan varmistua tarvittavan tiedon siirtymisestä seuraavalle toimijalle. Tämä tuote tukee osaltaan kotiuttamisen sujumista turvallisesti, sillä esimerkiksi muutettujen hoito-ohjeiden on mentävä sekä potilaalle itselleen että tarvittaessa kotihoidolle tiedoksi.



Tässä projektissa kohderyhmänä olivat vuodeosastolta kotiutettavat potilaat, joiden hoito jatkuu suunnitellusti, ja kaikki tarvittavat toimenpiteet on hoidettu ajallaan. Tällaisiksi voidaan laskea esimerkiksi tarvittavien apuvälineiden järjestäminen kotiin.

Muita hyödynsääjiä tämän projektin osalta oli kotihoitoyksikkö, joka saa tiedon kotiutettavasta potilaasta riittävän ajoissa sekä ajantasaisen tiedon potilaan hoidon tarpeesta. Myös kunta hyöttyy projektista, sillä onnistunut kotiuttaminen vähentää terveydenhuoltokustannuksia vähentämällä osastohoitoapäiviä silloin, kun potilaan jatkohoito osastolta kotiuttamisen jälkeen sujuu suunnitelmien mukaan. Lisäksi potilaan omaiset hyöttyvät tästä projektista, sillä tämä vähentää osaltaan potilaan läheisten huolta hoidon jatkuvuudesta.

Projektin lyhyen aikavälin kehitystavoite on, että osaston hoitohenkilökunta ottaa tuotteen käyttöönsä kotiutuksia suunnitellessaan ja valmistellessaan. Pitkän aikavälin tavoitteena on, että kotiutusprosessi vakiintuisi osastolla, jolloin yhtenäinen kotiutusikäytäntö tehostaisi sekä vuodeosaston että kotihoidon hoitohenkilökunnan toimintaa esimerkiksi vähentämällä päällekkäistä työtä ja parantamalla tiedonkulkua.

Opinnäytetyön tekijän oppimistavoitteena oli tutustua vuodeosaston toimintaan, toimintayksiköiden väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun yksiköiden välillä. Lisäksi tavoitteena oli tutustua potilastietojärjestelmään ja muihin osastolla käytössä oleviin sähköisiin työkaluihin ja määritellä näistä tähän tuotteeseen parhaiten soveltuva ympäristö.

## 2 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Silfverbergin (2007, 6) mukaan projekti on tehtäväkokonaisuus, jolla on organisaatio, aikataulu, tavoitteet ja resurssit. Organisaatio on projektikohtainen. Aikataulu on suunniteltava realistiseksi ja koko projektin kattavaksi. Tavoitteiden tulee olla selkeät ja realistiset ja niiden tulee kuvata haluttua toiminnan muutosta. Resurssit koostuvat henkilötyöpanoksesta ja projektin kustannuksista.

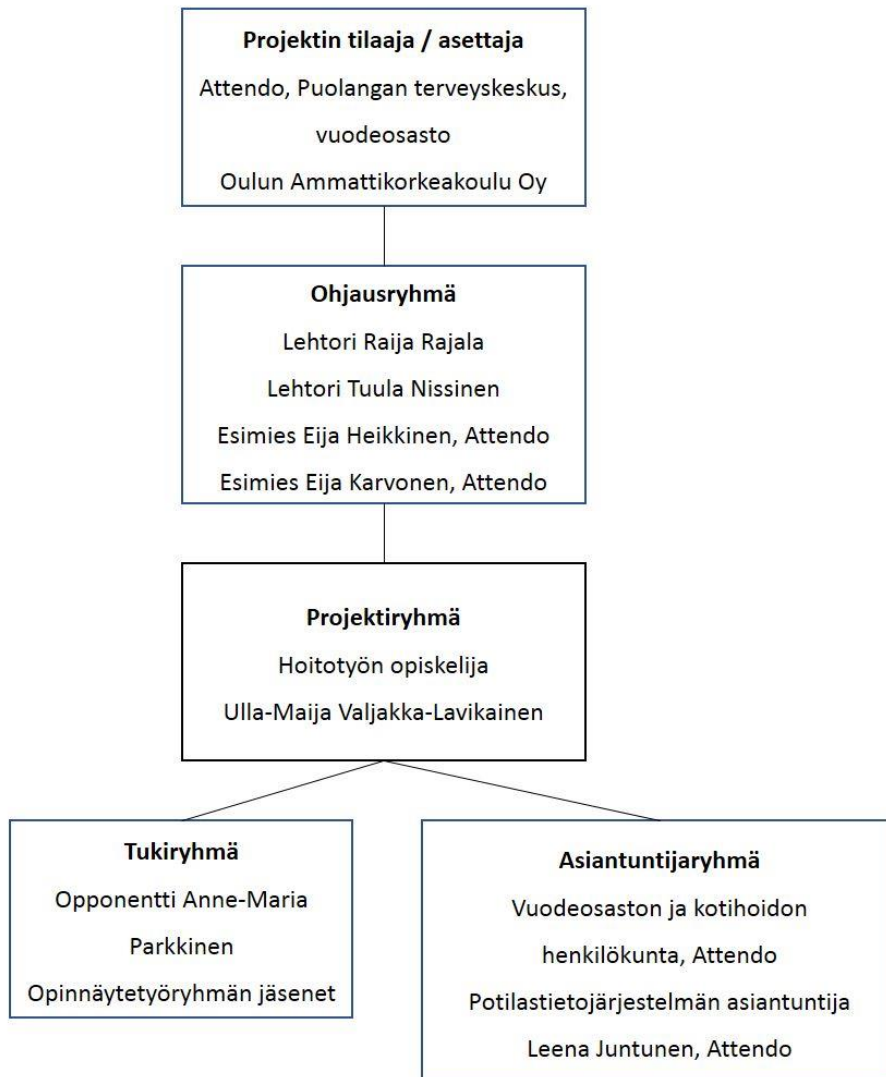
### 2.1 Projektiorganisaation perustaminen

Projektiorganisaatio on selkeä ja se kuvaa projektin osapuolten roolit ja vastuut. Organisaation seuranta- ja raportointijärjestelmät ovat selkeät ja ne perustuvat toimivaan yhteistyöhön. Jos organisaatiomalli on puutteellisesti määritelty, se voi johtaa toteutuksen viivästymiseen ja joihinkin hallinnollisiin vaikeuksiin. (Silfverberg 2007, 7-8.) Projektiorganisaatiota on havainnollistettu kuviossa 2.

**Projektin tilaaja** oli Puolangan terveyskeskus ja tilaajan edustajana toimi vuodeosaston esimies Eija Heikkinen. Yhteistyökumppanina toimi vuodeosasto. Asettajana yhdessä tilaajan kanssa oli Oulun Ammattikorkeakoulu Oy. **Ohjausryhmään** kuuluivat metodiohjaaja Raija Rajala, sisällönohjaaja lehtori, TtM Tuula Nissinen ja tilaajan toimintayksiköiden esimiehet. Ohjausryhmässä olleet tilaajan edustajat määrittivät opinnäytetyön aiheen ja ohjeistivat tuotteen sisältöä. OAMK:n lehtorit tukivat ja kommentoivat projektin kuluessa projektisuunnitelmaa ja loppuraporttia.

**Projektiryhmään** kuului vain opinnäytetyön tekijä. Tekijän vastuulla olivat siten kaikki projektiin kuuluvat käytännön tehtävät projektin suunnittelusta loppuraportointiin.

**Tukiryhmä** muodostui opinnäytetyön opponentista Anne-Maria Parkkisesta ja muista opinnäytetyöryhmän jäsenistä. Tukiryhmältä opinnäytetyön tekijä sai projektin aikana arvokasta palautetta ja hyviä ideoita. **Asiantuntijaryhmään** kuuluivat tilaajan puolelta vuodeosaston ja kotihoidon henkilökunta ja sähköisen potilastietojärjestelmän asiantuntija Leena Juntunen. Hoitohenkilökunta antoi haastattelut projektin alkuvaiheessa ja heiltä sai palautetta sekä projektin aikana että tuotteen käyttöönoton jälkeen.

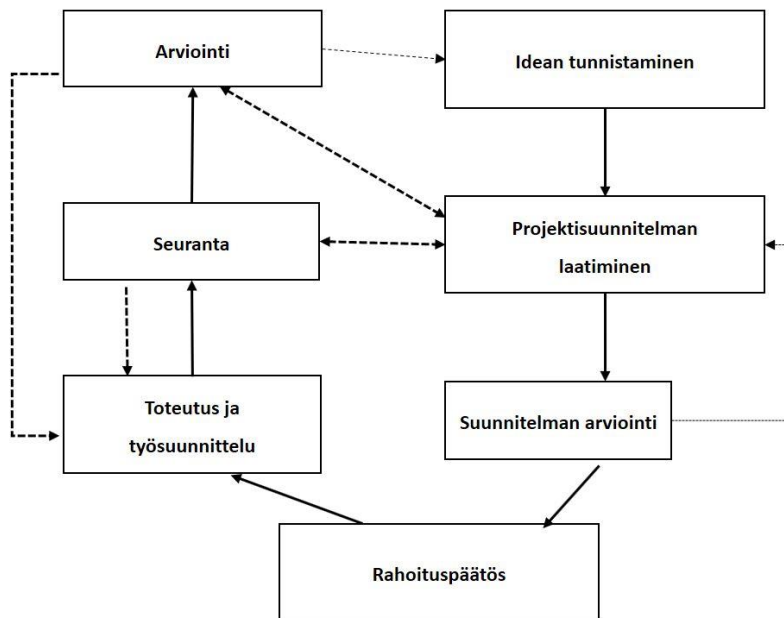


KUVIO 2. Projektioorganisaatio

## 2.2 Projektin vaiheiden ja aikataulun suunnittelu

Projekti voidaan jakaa useaan vaiheeseen. Projekti alkaa idean tunnistamisesta. Tunnistamisen jälkeen laaditaan projektisuunnitelma, arvioidaan sitä suunnitelman edetessä ja tehdään rahoituspäätös. Rahoituspäätöksen jälkeen alkaa työsuunnittelu ja toteutus. Projektin seuranta ja arviointia on tehtävä projektin kuluessa. Projektiluonteisissa hankkeissa suunnitelmia on muutettava, mikäli projektin kestäessä huomataan, ettei alkuperäinen suunnitelma johdakaan tavoitteiden saavuttamiseen. Projektin pitäisi aina olla ns. oppiva prosessi, jossa eri suunnittelu- ja toteutusvaiheet on

erotettu selkeästi toisistaan projektisykli-toimintamallin avulla (Silfverberg 2007, 11-12). Projektisykliä on selvennetty kuviossa 3.



KUVIO 3. Projektisykli, projektin vaiheistus (Silfverberg 2007, 11).

Projektisyklissä suunnittelu jaetaan kolmeen tasoon: esisuunnitteluun, projektisuunnitelman tekoon ja säännölliseen työsuunnitteluun. Tällaisessa mallissa suunnitelmat tarkentuvat koko projektin toteutuksen ajan. Projektisuunnitelmassa määritellään tavoitteet, organisointi, toimintamalli, tärkeimmät tuotokset, resurssit ja karkea työsuunnitelma. Projektisuunnitelmaa käytetään projektin strategisena johtamistyökaluna. Työsuunnittelussa määritellään toteutuksen yksityiskohdat. Työsuunnitteluun on yhdistetty seuranta ja arviointi, jolloin työsuunnittelustakin tulee oppiva prosessi. (Silfverberg 2007, 11-12.)

Tässä opinnäytetyöprojektissä on viisi päävaihetta (taulukko 2). Aiheen ideointi alkoi OAMK:n valmiita opinnäytetyöaiheita tutkimalla keväällä 2016. Yhteydenoton jälkeen tilaajalta tuli hyvä opinnäytetyön aihe heidän tarpeisiinsa. Projektityöskentelyyn perehtymisen jälkeen projektisuunnitelma valmistui toukokuussa 2016. Aiheen valinnan jälkeen alkoi tutkimustietoon ja aihetta koskeviin säädöksiin tutustuminen. Tietoperusta valmistui elokuussa 2017. Tuotteen sisällön suunnittelu aloitettiin syyskuussa 2016 ja tuote saatiin tilaajalle käyttöön elokuussa 2017. Projektin loppuraportin kirjoittaminen alkoi kesällä 2016 ja raportti valmistui syyskuussa 2017.

TAULUKKO 2. Projektin vaiheistus ja toteutuneet aikataulut

Päävaihe	Alavaiheet ja lopputuotos	Aikataulu
Aiheen ideointi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OAMK:n aihepankin aineiston tarkastelu</li> <li>• Tilaajan kanssa keskustelu</li> <li>➤ Opinnäytetyön aihe</li> </ul>	03/2016
Projektin suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektityöhön perehtyminen</li> <li>➤ Projektisuunnitelma</li> </ul>	03/2016- 05/2016
Perehtyminen aiheeseen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiheen tarkentuminen</li> <li>• Teoriatietoon perehtyminen</li> <li>• Haastattelut</li> <li>➤ Tietoperusta</li> </ul>	03/2016- 08/2017
Projektin toteuttaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuotteen sisällön suunnittelu</li> <li>• Käyttöympäristön valinta tuotteelle</li> <li>• Tuotteen tekeminen</li> <li>➤ Tuote kotiutusten yhteydessä käytettäväksi</li> </ul>	09/2016- 08/2017
Projektin päättäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektin yhteenveto</li> <li>➤ Loppuraportti</li> </ul>	06/2016- 09/2017

### 3 KOTIUTTAMINEN VUODEOSASTOLTA

#### 3.1 Terveydenhuollon eettisiä periaatteita ja lakeja

Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on käynnistänyt 2001 valtakunnallisen keskustelun terveydenhuollon yhteisestä eettisestä perustasta, joka kattaa terveydenhuollon etiikan, arvot, tavoitteet ja periaatteet. ETENE määritteli terveydenhuollon keskeiset eettiset periaatteet sekä potilaan että henkilökunnan osalta. Nämä periaatteet ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Henkilöstöä koskevia eettisiä periaatteita ovat hyvän ammattitaidon ylläpito, hyvinvointia edistävän ilmapiirin ylläpito, yhteistyö ja keskinäinen kunnioitus. (ETENE 2001, Terveydenhuolto ja etiikka, Terveydenhuollon eettisiä periaatteita.) Tässä työssä tarkastellaan terveydenhuoltoa koskevia eettisiä periaatteita niiltä osin, kun ne vaikuttavat opinnäytetyönä tehtävään tuotteeseen.

Potilaan oikeus hyvään hoitoon tarkoittaa sitä, että terveydenhuoltopalveluita tarvitseva saa asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä ja että potilas tuntee tulevansa hyvin hoidetuksi ja kohdelluksi. Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää hoitohenkilökunnalta muun muassa hyvää yhteistyötä eri tehtäviä hoitavien henkilöiden välillä. Potilasta koskevat tutkimukset ja hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Vuorovaikutus ja järkevä työnjako eri tehtävissä toimivien välillä tukee osaltaan väestön kasvavaan hoidon tarpeeseen vastaamista. (ETENE 2001, Terveydenhuollon eettisiä periaatteita.) Yhteistyö eri tehtäviä hoitavien toimijoiden välillä on avainasemassa potilaan hoitovastuun siirtyessä toimintayksiköltä toiselle. Perälän, Grönroosin ja Sarven (2006, 28, 32) mukaan vain noin kolmannes kotihoidon hoitohenkilökunnasta koki yhteistyö- ja tiedonvaihtokäytäntöjen olevan riittävällä tasolla kotiutuksien yhteydessä. Puutteita havaittiin erityisesti ennakoivassa kotiuttamisen suunnittelussa ja liian varhaisessa kotiuttamisessa.

Kunnan vastuulla on järjestää ikääntyvälle väestölle terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen tueksi neuvontapalveluja. Lisäksi kunnan on huolehdittava ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sosiaalihuollon, sosiaaliturva-asioiden, sairaanhoidon, kuntoutuksen ja turvallisen lääkehoidon ohjauksesta. Näihin vastuisiin kuuluu myös tarjolla olevien hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistävien palvelujen käyttöönoton ohjaus. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista

28.12.2012/980 2 Luku.) Nämä vastuut on otettava huomioon kotiutusprosessissa siten, että vastuisiin liittyvät asiat tulee käydä potilaan kanssa läpi kotiutukseen valmistauduttaessa.

### **3.2 Potilasasiakirjat ja tiedonkulku yksiköltä toiselle**

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) on aloittanut 90-luvun lopulla Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito -hankkeen eli PALKO-hankkeen. Hankkeessa on kehitetty PALKO-malli erikoissairaanhoidon, terveyskeskussairaalan, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden yhteistyönä. Keskeisinä tavoitteina PALKO-mallille on hoidon jatkuvuuden, asiakaslähtöisyyden, avohoitopainotteisuuden, asiakkaan osallistumisen ja asiakkaan itsemääräämisen lisääminen. PALKO-malli sisältää menetelmiä, jotka edistävät tiedon siirtymistä työyksiköiden, työntekijöiden ja asiakkaan välillä, helpottavat asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinoimista, edistävät yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ja helpottavat kotihoidon työn hallintaa. (Perälä ym. 2003, 14.)

Perälän ja Hammarin (Perälä ym. 2003, 24, 26, 32) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin PALKO-mallin kuvaamaa toimintaa organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. PALKO-mallissa on määritelty tiedot, jotka jatkohoitopaikan työntekijät tarvitsevat. Jatkohoitopaikka voi olla myös kotona, joten kotihoidon tulee tarvittaessa saada myös samat tiedot. Potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen potilastiedot siirretään sopimuksen mukaan kirjallisena tai sähköisenä. Vastaanottavan yksikön tulee saada potilaan ja hänen läheistensä henkilötietojen lisäksi potilaan sairaalahoidon syy ja tehdyt toimenpiteet ja jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelmat. Potilaan tarkistettu lääkelista sekä siirtopäivänä annetut lääkkeet on kerrottava vastaanottajalle. Siirron yhteydessä on ilmoitettava potilaan nykyisestä toimintakyvystä ja tarvittavista apuvälineistä. Mikäli sosiaalityöntekijä on osallistunut hoitoon, myös hänen tekemänsä hoitoyhteenveto on annettava tiedoksi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan hoitoon liittyvän potilasasiakirjojen ja muun materiaalin käyttöä. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön täytyy merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot potilaan potilasasiakirjoihin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 4:12 §).

Samassa laissa määritellään myös potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitovaatimukset. Potilaasta saadaan antaa hänen tutkimuksensa ja hoitonsa järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksen mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 4:13 §). Kansanterveyslaki (28.1.1972/66 2a:13g §) toisaalta määrittelee, että kunnan tai kuntayhtymän sisällä kotihoidon asiakkaiden potilasasiakirjoissa oleva tieto on hoidon kannalta tarpeellisin osin terveyskeskuksen henkilökunnan käytettävissä salassapitosäännösten estämättä. Saman momentin mukaan myös terveyskeskuksen potilasasiakirjojen tiedot ovat kotihoitoyksikön käytettävissä niiltä osin, jotka ovat kotihoidon toteuttamisen kannalta välttämättömiä.

Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326 1:9 §) määritellään velvollisuus kertoa ennen ensimmäistä toimintayksiköiden välistä tietojen luovutusta potilaalle yhteisestä potilastietorekisteristä, tietojen käsittelystä ja potilaan oikeudesta kieltää tietojen luovutus toisen toimintayksikön käyttöön. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata tieto potilaalle annetusta selvityksestä ja hänen tekemästään luovutuskiellosta. Potilas saa tehdä ja poistaa tietojenluovutuskiellon milloin tahansa.

### **3.3 Hyvä hoidon tunnuspiirteet kotiutusvaiheessa**

Potilaan siirtyessä vuodeosastolta pois on hoidon jatkuvuus turvattava katkeamattomana. Tässä tärkeässä osassa ovat ajoissa tehty kotiutusvalmistelu, eri toimintayksiköiden hyvä yhteistyö ja riittävä tiedonkulku. Kotiutuksen suunnittelu tulee aloittaa jo siinä vaiheessa, kun potilas tulee vuodeosastolle. Vuodeosaston lääkäri tekee kotiutuspäätöksen keskusteltuaan potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Tarvittaessa keskusteluun otetaan mukaan myös muita sidosryhmiä, esim. potilaan läheinen, potilaan kotiutumisen jälkeen hoidosta vastaavan ryhmän edustaja tai sosiaalitoimi.

Keskisen (2008, 35-36) mukaan potilaan toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi on hyvään kotiutumiseen vaikuttava tekijä. Toimintakyvyn arvioinnissa moniammatillinen yhteistyö koettiin tärkeäksi. Myös potilaan voimavarojen ja psykososiaalisten tarpeiden arviointi on tärkeää. Liian huonokuntoisten potilaiden kotiuttaminen riittämättömän avun turvin vaarantaa kotiuttamisen onnistumisen. Onnistuneen kotiuttamisen uhkaksi koettiin lisäksi kotiutujan epävarmuus selviytymisestä, yksinäisyys ja turvattomuuden tunne.



## 4 TUOTTEEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Projektissa oli viisi vaihetta, jotka olivat aiheen ideointi, projektin suunnittelu, aiheeseen perehtyminen, projektin toteuttaminen ja sen päättäminen (taulukko 2). Tässä projektissa suunnitellaan ja tehdään tuote, joten projektin toteuttamisvaihe on jaettu vielä alavaiheisiin, jotka ovat tuotteen ideointi, tuotteen suunnittelu, tuotteen tekeminen ja sen käyttöönotto.

### 4.1 Tuotteen ideointi

Projektin alkuvaiheessa aihe oli tarkentumaton, joten ideointivaiheessa käytiin läpi laajasti aihealueeseen liittyviä tutkimuksia ja aiheesta tehtyjä opinnäytetöitä. Ideointivaiheen aikana käytiin muutama tarkentava keskustelu tilaajan edustajan kanssa, jotta tuotteen kehityssuunta pysyi tilaajan kannalta oikeana. Aihealueen rajaamiseksi ja tietoperustan määrittelemiseksi haettiin ajantasaiset lakivaatimukset, hyvän hoidon periaatteet, tutkimukset kotiuttamisesta muilla osastoilla ja tiedonhauilla muiden toimijoiden tarpeista, esimerkiksi kotihoidosta. Samalla aloitettiin tietoperustan kirjoittaminen.

Kotiutusta koskevia tutkimuksia ja opinnäytetöitä on tehty usealle eri osastolle. Näissä tutkituissa töissä useimmat kotiutusohjeet oli tehty sähköisiksi. Alla olevassa kuvassa (kuvio 4) on esimerkki eräästä Effican fraasista, jota käytetään tarkistuslistana kotiuttamisen yhteydessä (Ahlroth ym. 2011, 54).

Kotiuttaminen
Kotiutuspäivä
*alustavan kotiutuspäivän miettiminen heti hoitajakson alussa
Kotihoito
*ilmoitus kotihoitoon uusista kotihoidon asiakkaista mieluiten 1 vko ennen suunniteltua kotiutusta
*Ilmoitus kotihoitoon vanhoista asiakkaista viimeistään 2 vrk ennen kotiutusta
Omainen
*hoito-ohjeet
*uudet lääkkeet
*hakeeko omainen sairaalasta?
*voiko omainen olla vastassa kotiutuessa?
*huolehtiiko omainen kotiin ruokaa?
Kyyti
*omaisen/taksi
*selvitä raha-asiat hyvissä ajoin
Reseptit
*uusista lääkkeistä
*vanhoista, joissa resepti puuttuu tai on vanhentunut
Lääkkeet
*opastus uusista lääkkeistä
*sopiminen kotihoidon kanssa mitä lääkkeitä pitää jakaa ja kuinka moneksi päiväksi
Apuvälineet
*yhteys fysioterapeuttiin
Ateriapalvelu
*Ilmoitus kotihoitoon
Turvapuhelin
Kulunvalvonta
Kodinmuutostyöt
*yhteys AAK
Uudet vuorohoitopotilaat
*yhteys sosiaalityöntekijään
Rahat
Kontrolliajat
Jatkohoito-ohjeet
*kirjaa ylös, mitä potilaalle on ohjattu ja kuinka potilas on ottanut saadun tiedon vastaan
Omaisuus
*asianmukaiset vaatteet kotiutukseen
*kirjaaminen, mikäli jokin esine kadonnut osastojakson aikana

KUVIO 4. Eräs kotiutusfraasimalli Efficassa (Ahloth & Huotari 2001, 54)

Tämä Ahlothin ja Huotarin (Ahloth ym. 2001, 54) tekemä fraasimalli vaikutti hyvältä lähtökohdalta tämän opinnäytetyön tuotteelle. Tuoteidea fraasirakenteesta hyväksyttiin tilaajalla. Hyväksynnän jälkeen tuotteen varsinainen suunnittelu saattoi alkaa.

## 4.2 Tuotteen suunnittelu

Projekti toteutettiin yhteistyössä Puolangan terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon hoitohenkilökunnan kanssa. Tuotteen tuli perustua ajantasaiseen tutkimustietoon, hyviin hoitokäytäntöihin ja henkilökunnalle tehtäviin haastatteluihin sekä ajan tasalla oleviin lakeihin. Haastattelut tehtiin

laadullisen tutkimussuunnitelman periaatteiden mukaisesti. Haastatteluilla selvitettiin kotiuttamisen nykytila sekä vuodeosaston hoitajien että kotihoidon hoitajien näkökulmasta. Haastattelujen perusteella kartoitettiin lisäksi kotiuttamiseen liittyviä kehittämistarpeita. Haastattelun kysymykset pohjautuivat sekä Ahlrothin ja Huotarin tekemään opinnäytetyöhön (Ahlroth & Huotari 2011, 54) että STAKES:n PALKO-mallissa käytettyihin arviointikriteereihin (Perälä & Hammar 2003, 80-81, 83-86). Kysymykset ovat liitteessä (Liite 1).

Tuotetta suunniteltaessa on käyty läpi Kansanterveyslaki, Sosiaalihuoltolaki, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, Terveystieteidenhuoltolaki ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Näistä laeista on poimittu oleelliset tuotteeseen suoraan liittyvät vaatimukset.

Hyvä laatu on sitä, että asiakkaan saama palvelu on hänen tarpeidensa mukaista ja palvelu saadaan oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Keskeisiä elementtejä sosiaali- ja terveydenhuollon laatumäärittelyssä ovat asiakaskeskeisyys, palvelujen saatavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, korkeatasoinen ammatillinen osaaminen ja palvelujen vaikuttavuus. (THL 2016, viitattu 12.4.2016.) Prosessikuvauksen eli tuotteen tuli täyttää osaltaan edellä mainitut laatu-kriteerit. Asiakaskeskeisyys oli perusta tälle tuotteelle, ensisijaisina asiakkaina tälle projektille olivat vuodeosastolla kotiutuksia tekevät hoitajat. Hoitohenkilökunnan haastattelut (liite 2 ja liite 3) olivat olennainen osa asiakaskeskeyttä. Palvelujen saatavuus kotiutusprosessin näkökulmasta tarkoitti sitä, että kotiuttava hoitaja saa tuotteen käyttöönsä helposti. Oikeudenmukaisuus koskee sekä hoitohenkilökuntaa että potilasta – hoitohenkilökunta käyttää yhdenmukaista käytäntöä potilasta kotiuttaessaan ja kaikkia potilaita kohdellaan saman prosessin mukaan kotiutustilanteissa. Valinnanvapaus tämän tuotteen käytössä kattaa sähköisen tai tulostetun dokumentin käytön. Tuotteen potilasturvallisuus varmistettiin riittävän laajalla teoriapohjalla ja henkilökunnan haastatteluilla. Hoidon tulee olla potilaalle turvallista ja sen tulee jatkua katkeamatta. Tällä tuotteella tuetaan hoitoketjun jatkuvuutta. Korkeatasoinen osaaminen näkyy tässä tuotteessa sisällön hyvänä hallintana ja tuotteen hyvänä käytettävyytenä ja helppona päivitettävyytenä.

Kotihoidon haastattelun (liite 3) mukaan kotiutukseen kaivataan lisää systemaattisuutta, tällä hetkellä kotiuttamisen laatu ei pysy vakiona kotiutuksesta toiseen. Kotihoito toivoo, että potilaasta, jolla ei ole kotihoitosopimusta, otetaan yhteys kotihoitoon heti vuodeosastojakson alussa. Tällöin osastojakson aikana ehditään tehdä potilaalle palveluntarpeiden arviointi. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan lain (Finlex 28.12.2012/980

3:15 §) mukaan kunnan tulee vastata siitä, että iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti. Tämän selvityksen voi tehdä sosiaalihuollon ammattihenkilöstön lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävän laaja asiantuntemus.

Hoitohenkilökunnan haastatteluissa (liite 2 ja liite 3) nousi esille potilaan oikeus saada tietoa hänelle lakisääteisistä kunnan tarjoamista palveluista. Oikeuteen saada sosiaalihuollon palveluja täytyy kiinnittää huomiota erityisesti silloin, kun potilas kotiutuessaan kieltäytyy tarjotuista palveluista. Eräs haastatteluissa esille noussut kehityskohde on kotiutuvan potilaan kodin muutostöiden valmistuminen ennen kotiutusta. Kotihoidolle tehdyn haastattelun (liite 3) mukaan tämä ei toteudu aina. Toinen haastattelusta huomattava asia on hoito- ja palvelusuunnitelman teon aloittaminen vuodeosastojaksolla. Tämä nostettiin yhdeksi tuotteen asiakohdaksi. Kolmas asia on kotihoidon osallistuminen potilaan apuvälinetarpeiden selvittämiseen jo vuodeosastojaksolla. Tämäkin asia on nostettu tuotteeseen mukaan.

Laatuvaatimusten (taulukko 1) mukaisesti suunniteltiin tuote, kotiutusfraasi, jossa asiakohdat on jaoteltu toiminnan mukaisiin ryhmiin. Tuotteen potilastietojärjestelmän mukainen rakenne on kuvattu liitteessä (Liite 4).

## **Kotiutusfraasi**

**Kotiutuspäivä**, jonka ajankohta suunnitellaan alustavasti heti hoitajakson alussa (Ahlroth ym. 2001; Kotihoidon haastattelu, Liite 3). Läheiselle tulee tarvittaessa ilmoittaa potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa. Kotiutuspäivän tapahtumat käydään läpi potilaan kanssa ajoissa (Suvinen & Vuottilainen 2016, 43).

**Hoitoneuvottelu**, jonka tarkoitus on taata hoidon kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja laadukkuus. Hoitoneuvotteluun osallistuvat mahdollisimman monet potilasta hoitavat tahot, jotta kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat saadaan sovittua ja tavoitteita saadaan selkiytettyä. Jokainen ammattiryhmä on vastuussa oman alueensa hoitosuunnitelmasta, joten hoitoneuvottelu on hyvä paikka huomioida potilaan kokonaishoito. (Valvira 2015, viitattu 07.07.2017.) Vuodeosaston työntekijä aloittaa kotiutuvan potilaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan. Tarvittaessa hoitajakson aikana tehdään arviointikäynti potilaan kotiin, jotta voidaan arvioida potilaan kotona selviytymistä ja palvelujen tarvetta. Käynnin tekee kuntahoitaja. Tarvittaessa kotihoidon työntekijä ja potilaan läheinen voivat

osallistua arviointikäyntiin. Hoitoneuvottelussa kotiutuvalle potilaalle annetaan tietoa kotihoidosta ja saatavilla olevista palveluista. Hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas ja hoitohenkilökunnan edustaja. Tarvittaessa neuvotteluun kutsutaan myös omainen, sosiaalitoimen edustaja, hoitohenkilökunnan edustaja, kuntouttaja ja kotihoidon edustaja. Ennen hoitoneuvottelua selvitettäviä asioita (Suvinen ym. 2016, 47; kotihoidon haastattelu, liite 3) ovat potilaan toimintakyky (fyysinen, kognitiivinen: ADL/IADL) verrattuna aikaisempaan, potilaan ravitsemustila, kivut, kaatumisriski ja painehaavaumariski ja potilaan kotiolosuhteet (käytetyt palvelut, läheisten tuki). Lisäksi pitää arvioida sairastumisen vaikutukset potilaan toimintakykyyn (kotiuduttua kotihoidon tarve) ja selvittää muiden toimintayksiköiden osallistumistarve hoitoneuvotteluun.

Mikäli potilas ei ole ollut kotihoidon asiakas aiemmin, häntä on informoitava oikeudesta kieltää **potilastietojensa** käyttö toisessa toimintayksikössä. Potilaalle kerrotaan häntä koskevien tietojen käsittelystä ennen ensimmäistä yksiköiden välistä tietojen luovutusta. Potilasasiakirjoihin merkitään tieto potilaalle annetusta selvityksestä sekä hänen tekemästään luovutuskiellosta. Potilas saa tehdä ja peruuttaa kiellon milloin tahansa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 1:9 §.)

**Kotihoitoyksikölle** annetaan ilmoitus uusista kotihoidon asiakkaista heti osastojakson alussa. Vanhoista asiakkaista ilmoitus annetaan viimeistään 2 vrk ennen kotiutusta. Selvitetään, onko kotihoidon edustajalla tarve osallistua hoitoneuvotteluun. Kotihoidon edustajaa pyydetään mukaan potilaan apuvälineiden tarpeiden selvittämiseen (Liite 2 ja liite 3). Lisäksi varmistetaan, että kotihoito sitoutuu noudattamaan potilaalle tarvittaessa tehtyä kuntoutussuunnitelmaa.

**Sosiaalitoimi** osallistuu tarvittaessa palvelutarpeen selvittämiseen ja osallistuu hoitoneuvotteluun. Sovituista asioista toimitetaan yhteenveto ja annetaan sosiaalitoimen yhteystiedot. Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301 33 §) mukaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö on ohjattava erityispalvelun piiriin. Potilasta tulee ohjata hakemaan palveluja itse tai potilaan annettua luvan voi hoitohenkilökunta ottaa yhteyttä sosiaaliviranomaiseen. Nämä saatavilla olevat palvelut, niiden haku ja saamisen perusteet tulee kuvata potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Potilas voi kieltäytyä kotiin toimitettavasta avusta, vaikka hoitohenkilökunnan arvion mukaan hän tarvitsisi sitä. Tällaisessa tapauksessa potilaalle ilmoitetaan sosiaalitoimen vastuhenkilö, johon potilas voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. Tämä kontaktihenkilö nimetään valmiiksi kotiutusfraasiin, jotta varmistetaan tiedon kulku kotiutettavalle potilaalle asti. Lisäksi potilaan kieltäytyessä kotiin toimitettavasta avusta (kotihoito, kotisairaanhoido) tehdään ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta sosiaalitoimelle (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 4:35 §).

**Läheiselle** annetaan tarvittaessa mahdolliset kotihoito-ohjeet tiedoksi ja ilmoitetaan uusista lääkkeistä. Läheisen kanssa sovitaan, hakeeko hän potilaan vuodeosastolta tai tarkistetaan, voiko läheinen olla vastassa potilaan kotiutuessa. Tarvittaessa selvitetään, huolehtiiko läheinen potilaalle kotiin elintarvikkeita.

**Kuljetus kotiin** hoidetaan tarvittaessa kelataksilla. SV67-matkakorvaustodistus tehdään ennen taksin tuloa. Tarkistetaan, onko tarvetta järjestää vastaanottaja kotiin. Raha-asiat kotiin siirtymistä varten on tarkistettava ajoissa. Kotiutusaika on mielellään klo 13-15 arkisin, mikäli potilas tarvitsee kotihoidon käyntiä kotiutuspäivän aikana. Tämä kellonaika on kotihoidon kannalta paras. Pitkään sairaalassa olleiden kotiuttamista perjantai-iltapäivisin tulee välttää mahdollisuuksien mukaan. (Liite 3.)

**Lääkkeet ja hoitotarvikkeet** annetaan tilanteen vaatiessa muutamaksi päiväksi potilaalle mukaan. Ennen kotiutusta tarkistetaan, että uusien lääkkeiden ja vanhojen lääkkeiden uusittavat reseptit on tehty. Puuttuvista resepteistä on aiheutunut joidenkin kotiutusten jälkeen ongelmia lääkehoidon jatkuvuuden suhteen (Liite 3). Lääkemuutoksista annetaan tieto kotihoitoon/hoitavalle taholle tarvittaessa. Sovitaan siitä, kuka hakee uudet lääkkeet apteekista potilaalle kotiin. Uusien lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden käytön opastus potilaalle annetaan hyvissä ajoin ennen kotiutusta ja kerrataan tarvittaessa. Hoitavalle taholle ilmoitetaan kotiutuspäivänä annetut lääkkeet. Myös ajantasainen lääkelista annetaan potilaalle mukaan. Vuodeosaston työntekijä kokoaa potilaalle kotihoito-ohjeet (hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat).

**Apuvälinetarpeet** selvitetään yhteistyössä kotihoidon kanssa riittävän ajoissa, jotta välineet ehditään hankkia ennen kotiutusta. Osastolta otetaan yhteys fysioterapeuttiin 2 päivää ennen kotiutusta. Apuvälineiden on oltava potilaan käytettävissä kotiutushetkellä.

**Tukipalveluihin** lasketaan kaikki kotona pärjäämistä tukevat muut palvelut. Tällaisia ovat esimerkiksi ateriapalvelu, jonka järjestämisestä vastaa kotihoito. Tieto turvapuhelintarpeesta ilmoitetaan kotihoitoon riittävän ajoissa, vähintään viikko ennen suunniteltua kotiutusta, jotta turvapuhelin ehditään hankkia ja asentaa ennen kotiutumista. Tieto kulunvalvontatarpeesta kerrotaan kotihoitoon riittävän ajoissa, vähintään viikko ennen suunniteltua kotiutusta, jotta valvontalaitteet ehditään

hankkia ja asentaa ennen kotiutumista. Jos potilas tarvitsee siivouspalvelua tai apua kauppasi-  
oiden kanssa, niistä sovitaan potilaan tai hänen läheisensä kanssa. Jos kotiin tarvitaan muutostöitä,  
järjestetään tarvittavat toimintayksiköt riittävän ajoissa mukaan.

**Tulevat kontrolliajat** annetaan tiedoksi potilaalle. Potilastietojärjestelmään merkitään, mitä jatko-  
hoito-ohjeita potilaalle on annettu. Laboratoriolähetteet tehdään osastolla valmiiksi ennen kotiutu-  
mista.

Tarkistetaan, että potilaalla on kaikki **omaisuus** mukanaan. Kadonneista esineistä tehdään kirjaus-  
merkintä potilastietojärjestelmään.

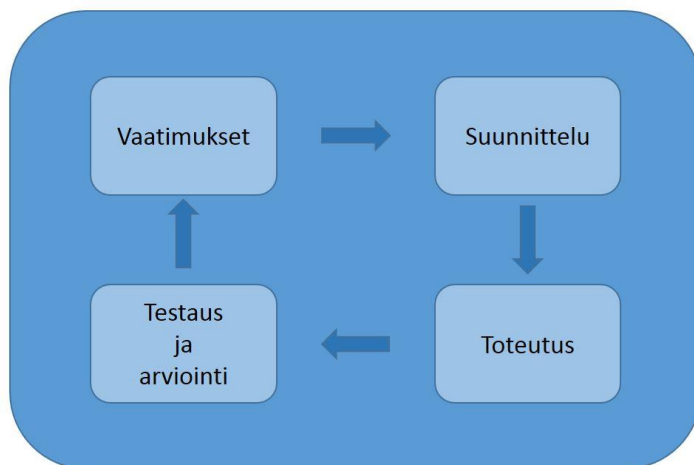
Vuodeosaston hoitohenkilökunnalle suunniteltiin lisäksi sähköinen ohje, joka kattaa sekä kotiutus-  
fraasirakenteen käytön että fraasin päivitysohjeistuksen. Fraasin käyttöohje kuvasi yksityiskohtai-  
sesti, mihin hakemistoon potilastietojärjestelmässä kotiutusfraasi sijoitettiin ja kuinka fraasi otetaan  
tarvittaessa käyttöön. Fraasia täytyy päivittää tarpeen mukaan, joten myös fraasin sisällön päivitys  
ohjeistettiin.

### 4.3 Tuotteen tekeminen

Potilasasiakirjoissa käytetään rakenteista kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen on tarpeen, jotta  
terveydenhuollon sähköiset palvelut voidaan järjestää valtakunnallisesti kattaviksi (Virkkunen, Mä-  
kelä-Bengs & Vuokko 2015, 13). Tehokain käyttöympäristö opinnäytetyönä tehtävälle tuotteelle  
on osastolla käytössä oleva sähköinen potilastietojärjestelmä. Vuodeosastolla kirjauksiin käytetään  
Lifecare-potilastietojärjestelmää. Lifecare on Tieto Oy:n kehittämä ja ylläpitämä terveydenhuollon  
järjestelmä, jonka ohjelmistorakenne rajoittaa siihen liittyvien sovelluksien rakentamista. Potilastie-  
tojärjestelmän soveltuvuudesta ja tällaisen tuotteen tekemisestä järjestelmään käytiin keskusteluja  
järjestelmäasiantuntija Leena Juntusen kanssa.

Luontevin toteutusmalli tällaiselle tuotteelle on Lifecare-ohjelmistossa oleva fraasirakenne. Fraasi  
on joko käyttäjä-, yksikkö- tai organisaatiotasolla valittavissa oleva kirjaamis pohja, joka ohjaa käyt-  
täjää toimimaan halutun prosessin mukaisesti. Tälle tuotteelle sopivin näkyvyys on yksikkötaso,  
jolloin koko vuodeosaston henkilökunta saa fraasirakenteet käyttöönsä. Vuodeosaston henkilö-

kunta ei käytä fraasirakenteita kirjatessaan potilastietoja, joten tuotteen kehitysmalliksi valittiin spiraalimalli. Spiraalimallia käyttämällä voidaan lisätä loppukäyttäjän sitoutumista jo tuotekehitysvaiheessa mukaan evaluoimalla kehitettävänä olevaa tuotetta jo prototyypivaiheesta alkaen. Toinen tämän opinnäytetyön kannalta oleellinen etu on se, että tuotteen riskianalyysiä tehdään jatkuvasti ja tarvittaessa tuotteeseen voidaan tehdä ketterästi suuriakin muutoksia. Spiraalimallissa tuotetta kehitetään jatkuvana syklinä, jossa tuotevaatimukset, tuotesuunnittelu, toteutus, testaus ja arviointi muodostavat kehän, jossa siirrytään vaiheesta seuraavaan, kunnes tuote on riittävän toimiva ja täyttää tilaajan vaatimukset. Tuotteesta validoidaan valikoituja versioita loppukäyttäjän kanssa. Kehitysversiona saatava palaute tarkentaa vaatimuksia ja siten vaikuttaa lopputuotteen toteutukseen ja samalla sitouttaa loppukäyttäjää projektiin osallistamalla heitä. (Boehm 1988, The Spiral Model). Tuotekehityssykli on kuvattu alla olevassa kuvassa (kuvio 5).



*KUVIO 5 Spiraalimalli*

Tuotteen eli kotiutusfraasin teko potilastietojärjestelmään aloitettiin kesäkuussa 2017. Kotiutusfraasia testattiin yhdessä hoitohenkilökunnan edustajien kanssa. Samalla varmistettiin fraasirakenteen ja toiminta-ajatuksen toimivuus. Testauksen tuloksena fraasirakennetta säädettiin tarpeen mukaan. Tuotteen laatua seurattiin projektin edetessä. Samalla käytiin läpi fraasirakennetta muiden toimintayksiköiden edustajien kanssa. Tuotteen toteutus eteni suunnitelmien mukaan. Toimintaympäristöselvitys suunnitteluvaiheessa oli riittävä, joten merkittäviä muutoksia ei tarvinnut suunnitelmaan tehdä toteutuksen aikana. Potilastietojärjestelmästä otettiin uusi versio käyttöön kesken fraasirakenteen toteuttamista. Fraasirakenteesta otettiin turvakopio varauduttaessa mahdollisiin ongelmiin päivityksen jälkeen. Tämä järjestelmäpäivitys ei kuitenkaan aiheuttanut ongelmia, sama fraasirakenne toimi myös päivityksessä järjestelmässä. Kotiutusfraasi valmistui elokuussa 2017.



#### **4.4 Tuotteen käyttöönotto**

Kotiutusfraasi otettiin käyttöön elokuussa 2017. Opinnäytetyöstä pidettiin vuodeosaston henkilökunnalle lyhyt esitys, jossa mainittiin tuotteen tietoperustaa varten käytetyt tutkimukset, lait, opinnäytetyöt ja haastattelut. Hoitohenkilökuntaa opastettiin, mistä fraasirakenne löytyy ja miten sitä käytetään. Myös tarvittaessa tehtävistä päivityksistä keskusteltiin. Kotiutusfraasirakenteen käytöstä ja sen päivittämisestä jätettiin osastolle sähköinen dokumentti. Lisäksi ohje tulostettiin hoitajien kansliaan.

## 5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Tämän lopputyön arviointi jakautui kahteen osaan. Toinen osa koostui tuotteen arvioinnista ja toinen osa koko projektin arvioinnista.

Arvioinnista on monia määritelmiä olemassa. Projektiarviointi on Suopajärven (2013, 9-10) määritelmän mukaan projektin toiminnan ja siitä saatujen tulosten, vaikutusten ja vaikuttavuuden selvittämistä. Arviointi on käytännönläheistä tiedon keruuta ja sen analysointia. Tietoa kerätään systemaattisesti ja arviointiprosessin tulee olla mahdollisimman avoin.

### 5.1 Tuotteen arviointi

Tuotteen arviointi perustui tilaajan ja hoitohenkilökunnan antamiin palautteisiin tuotteesta. Palautetta pyydettiin spiraalimallin mukaisesti jo tuotekehitysvaiheesta lähtien, ja palautteen perusteella arvioitiin tarve tuotteen muokkaamiseen. Kehitysvaiheen aikana havaitut muutostarpeet olivat pieniä, vain joitakin yksityiskohtia tuotteen sisällössä muutettiin. Kattava palaute pyydettiin tuotteen käyttöönoton jälkeen.

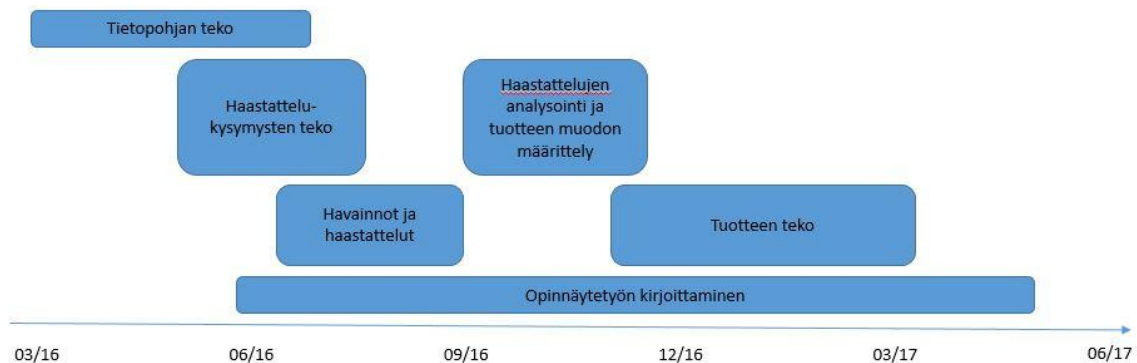
Tuotteen laatuvaatimukset (taulukko 1) käytiin arviointivaiheessa läpi. Tuote on tarkoitukseen soveltuva, sen voi tarvittaessa tulostaa ja käyttää muistilistana. Tilaajan palautteen mukaan tuote on laaja ja perusteellinen ja ohjaa kotiutusprosessia. Lähteitä oli riittävä määrä ja ne olivat laadultaan hyviä. Tietoperustaa tehdessä lähdeaineistona käytettiin ajantasaisia lakeja ja uudehkoja tutkimuksia kohtalaisen laajalta alueelta. Näissä lähdeaineistovalinnoissa otettiin mukaan myös tähän aiheeseen kotihoidon näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Alkuhaastatteluihin (liitteet 2 ja 3) lähes kaikkiin esille tulleisiin epäkohtiin pystyttiin ottamaan kantaa tässä tuotteessa. Ainoastaan omahoitajan nimeämistarve vuodeosastolle tulevalle potilaalle jäi myöhemmin ratkaistavaksi.

Vuodeosaston henkilökunnalta kysyttiin palautetta kotiutusfraasista. Palautetta tuli sekä suullisena että kirjallisena. Suullisten palautteiden mukaan kotiutusfraasi on kattava ja siinä on paljon alakohdita. Kirjallisen palautteen mukaan kotiutusfraasi ottaa huomioon potilaan tarpeet kotiutustilanteessa ja se ohjaa kotiutusprosessia hyvin. Tuote on ajankohtainen vuodeosastolle ja sen avulla voidaan

tehostaa kotiuttamisprosessia. Hoitohenkilökunnan mukaan fraasilista oli kuitenkin liian pitkä kii-  
reessä käytettäväksi. Siksi vuodeosastolta tuli jatkoehdotus, että sähköisen tuotteen rinnalle voisi  
jatkossa tehdä laminoidun pikaohjeen, joka sisältää lisätietoja fraasirakenteesta. Tämä ehdotus on  
kirjattu jatkokehityshankesuunnitelmaksi.

## 5.2 Projektityöskentelyn arviointi

Projektin tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa kotiutuksien yhteydessä käytettävä prosessikuvaus.  
Tämä tavoite saavutettiin. Projektin alkuperäinen aikataulu on kuvattu alla (kuvio 6). Alkuperäiseen  
aikatauluun suunnitellut osakokonaisuudet eivät toteutuneet suunnitellulla tavalla, osakokonaisuu-  
det limittyivät pidemmälle ajanjaksolle. Tietoperustan teko jatkui elokuun 2017 loppuun asti. Haas-  
tattelut hoitohenkilökunnalle tehtiin maaliskuussa 2017. Havainnoimista vuodeosaston toiminnoista  
jatkettiin vielä kesän 2017 ajan, sillä havainnot vaikuttivat tuotteen toteuttamiseen. Haastattelujen  
analysointi saatiin valmiiksi huhtikuussa 2017. Tuotteen suunnittelu oli alkanut jo tietoperustan teon  
aikaan keväällä 2016. Tuotteen rakenne tarkentui tietoperustan teon aikana, kunnes tuotteen teko  
pääsi kunnolla alkuun kesällä 2017. Tuotteen teko oli suhteellisen nopea projekti. Tuote valmistui  
elokuussa 2017, jolloin osastolla pidettiin tuotetta koskeva tiedotustilaisuus. Aikataulujen viivästy-  
minen myöhästytti opinnäytetyön tekijän valmistumista muutamalla kuukaudella.



KUVIO 6. Projektin suunniteltu aikataulu

Projektin aiheesta keskusteltiin tilaajan ja tukiryhmien kanssa puhelimitse, tapaamisissa ja sähkö-  
postitse. Kirjallista aiesopimusta tilaajan kanssa ei tehty, vaan asiasta sovittiin suullisesti. Tehtä-  
vänanto oli selkeä ja aihealue hyvin rajattu, joten kirjallista kuvausta opinnäytetyön aiheesta ei ollut  
tarvetta tehdä. Projektiorganisaation muodostaminen oli kohtalaisen helppoa, yhteistyöryhmien  
edustajien valinta oli suoraviivaista ja ryhmien edustajat tukivat hyvin projektin etenemistä. Projek-

tin aloituspalaverissa sovittiin, että opinnäytetyön tekijä ottaa ohjausryhmään ja asiantuntijaryhmään yhteyttä tarvittaessa. Projektisuunnitelma hyväksyttiin myös tilaajalla. Yhteistyö kaikkien organisaatioryhmien osalta sujui hyvin.

Projektin kustannusarvio koostui henkilötyökuluista, materiaalikustannuksista ja matkakuluista. Opinnäytetyö on määritelty 15 opintopisteen laajuiseksi. Työtunneiksi muutettuna tämä tarkoittaa 405 tuntia. Opiskelijan tuntipalkka oli arvioitu käyttäen lähihoitajan peruspalkkaa – tuntipalkaksi saatiin 12 euroa. Opinnäytetyön kustannusarvioon otettiin mukaan lisäksi opettajien työtunnit. Metodiohjaajan työtunteja budjetoitiin 4h ja sisällönohjaajan työtunteja 4h. Opettajan työajan tuntihinta on 40 eur/h.

Materiaalikustannukset koostuivat lähinnä tulostuskuluista. Matkakustannuksia tuli jonkin verran. Haastattelut pyrittiin tekemään työvuorojen ohessa mahdollisuuksien mukaan, jotta opinnäytetyöhön kohdistetut matkakulut saatiin minimoitua. Matkakulut arvioitiin kahden haastattelumatkan perusteella (á 80 km) ja laskelman perustana käytettiin vuoden 2016 kilometrikorvausta 0.43 eur/km.

TAULUKKO 3. Arvioidut ja toteutuneet kustannukset

Kustannukset	Suunnitellut kulut	Toteutuneet kulut
Opiskelijan työtunnit 405 h á 12 eur	405 h x 12 eur/h = 4860 eur	405 h x 12 eur/h = 4860 eur
Opettajien työtunnit: Metodiohjaaja 4 h á 40 eur Sisällönohjaaja 4 h á 40 eur	8 h x 40 eur/h = 320 eur	8 h x 40 eur/h = 320 eur
Tulostuskulut	10 eur	5 eur
Matkakulut (0.43 eur/km)	2 x 80 km x 0.43 eur/km = 68.8 eur	3 x 80 km x 0.43 eur/km = 103.20 eur
<b>Yhteensä:</b>	<b>5258.80 euroa</b>	<b>5288.20 euroa</b>

Projektin kustannukset koostuivat lähinnä laskennallisista työtuntikuluista, joten varsinaiset kustannukset jäivät pieniksi. Opinnäytetyön tekijän oma työntuntiseuranta jäi summittaiseksi, arvion mukaan suunnitellussa tuntimäärässä pysyttiin. Tulostuskuluja tuli arvioitua vähemmän, sillä tarve tulostaa olikin arvioitua vähäisempi. Sen sijaan matkakulujen arvio suunnitelmassa oli liian pieni.

Projektin riskienhallinta koostui riskien analysoinnista ja niiden toteutumisen estämisen suunnittelusta, tarkemmat kuvaukset näistä on alla olevassa taulukossa (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Riskienhallinta

Riski	Kuvaus	Todennäköisyys	Seuraus	Hallinta
Aikataulu	Projektin aikataulun venyminen	Todennäköinen	Projektin valmistumisen viivästyminen	Aikataulun seuranta jatkuvasti ja työmäärän koordinointi, jotta alkuperäinen aikataulu voidaan pitää.
SOTE-uudistus: Muutokset vuodeosaston toiminnassa	SOTE-uudistus voi vaikuttaa vuodeosaston toimintaan	Epätodennäköinen opinnäytetyön tekemisen aikana	Kotiuttamisprosessin kuvaus on tarpeeton ja kehittämistoimenpiteitä ei tarvita, jos vuodeosasto muuttuu hoivaosastoksi	SOTE-uudistuksen seuranta ja tarvittaessa opinnäytetyön uudelleensuuntaus
Projektin koko	Projekti laajenee liikaa, jolloin aikataulu venyy ja tavoite voi hämärtyä	Todennäköinen	Projekti ei edisty halutulla tavalla ja tuote ei valmistu ajallaan	Projektiin mukaan otettavien viiteryhmiä määrää pidetään pienenä ja laajuutta seurataan jatkuvasti.

Muut opinnot	Työharjoittelut viivästyttävät opinnäytetyön valmistumista	Todennäköinen	Loppuraportin valmistuminen viivästyy	Aikataulu suunnitellaan harjoittelut huomioon ottaen.
Laiterikko	Tietokone/tallennuslaite rikkoutuu	Epätodennäköinen	Kirjallinen työ on aloitettava alusta	Dokumenttien talletus koulun pilvipalveluun ja turvakopion ylläpito

Arvioiduista riskeistä ainoastaan aikataulun viivästyminen todentui. Viivästyminen johtui odottamattomista opiskelun ulkopuolisista seikoista, ja aiheutunut viivästyminen oli nelisen kuukautta. Tilajalle tästä viivästyksestä ei koitunut ongelmia, tuote on otettu valmistumisen jälkeen käyttöön. Vuodeosaston toiminnassa ei tapahtunut muutoksia opinnäytetyön tekemisen aikana. Projektin koko saatiin pysymään hyvin rajattuna, tuotteen suunnittelu pysyi aikataulussa ja koko projekti kesti budjetoiduissa tuntimäärissä. Muut opinnot eivät viivästyttäneet projektia. Aikataulussa harjoittelut oli otettu huomioon riittävällä tasolla. Laiterikkoja ei tapahtunut. Dokumentista otettiin säännöllisesti kahteen eri tallennuspaikkaan turvakopioita. Näitä turvakopioita ei tarvittu projektin aikana. Kaiken kaikkiaan riskien arviointi ja niihin varautuminen onnistuivat kohtuullisen hyvin.

Projektin ohjaus tapahtui merkittävältä osaltaan keväällä 2016 koululla opinnäytetyöpajoissa, joiden aikana projektisuunnitelma valmistui. Lisäksi ohjausta tuli tarvittaessa tilaajan taholta. Tuotteen suunnitelma hyväksyttiin tilaajalla, tuotteen tekovaiheessa ohjausta ei tarvittu. Loppuraportti viimeisteltiin ohjausryhmän ohjeiden mukaan. Opinnäytetyön tekijä sai tarvitessaan ohjausta riittävän nopeasti ja oikein kohdistettuna, joten projekti onnistui niiltä osin.

Tuote esiteltiin vuodeosaston hoitohenkilökunnalle osastopalaverissa. Osallistujina olivat työvuoressa olevat hoitajat ja osaston esimies. Tuotteesta tehtiin lyhyt yhteenveto ja ohjeistus, joka jätettiin tulostettuna hoitajien kansliaan. Samalla pyydettiin antamaan kommentteja. Vajaan viikon päästä kommentteja tarkistettaessa huomattiin, että kommentteja oli antanut vain yksi hoitaja. Kommenttipyyntö uusittiin, ja tuotteesta saatiin kirjallisena tarkka, hyvä ja rakentava palaute laajalta arvioijajoukolta.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Projektin luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Projektin tavoitteena oli luoda kotiutusohjeistus vuodeosaston henkilökunnalle. Projektin aluksi tehtiin sekä vuodeosaston että kotihoidon henkilökunnalle haastattelut, jotta saatiin selville lähtötilanne kotiutusten suhteen. Haastattelun kysymykset otettiin soveltuvin osin STAKESin PALKO-mallista, jotta alkukartoitus olisi mahdollisimman kattava. Opinnäytetyöntekijä on työskennellyt projektin aikana sekä vuodeosastolla että kotihoidossa, mikä osaltaan syvensi tekijän tietoja projektin kohde-ryhmän ja muiden toimintaryhmien toimintatavoista.

Opinnäytetyötä tehdessä tekijä on noudattanut parhaan kykynsä mukaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedonhankinta on tehty käyttämällä luotettavia tietokantoja ja muita asianmukaisia tietolähteitä. Opinnäytetyötä tehdessä käytetty lukuisia lähteitä, jotta lopputuote olisi mahdollisimman luotettava. Lähteiden käytössä alkuperäisen lähteen löytäminen tuotti joskus hankaluuksia, joissakin tapauksissa alkuperäistä lähdettä ei ollut lainkaan löydettävissä. Lähdeaineisto on valittu siten, että tutkimustulokset ovat uusimpia ja ajan tasaista tietoa on haettu aktiivisesti koko projektin ajan. Tuotteen sisältö on käynyt tilaajalla tarkistettavana ja kommentoitavana oikeellisuuden varmistamiseksi.

### 6.2 Opinnäytetyön prosessin ja oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyö on kehittänyt tekijän analyyttistä ajattelua esimerkiksi lähteiden valinnassa ja työhön liittyvän aineiston rajaamisessa. Alkuperäisestä projektisuunnitelmasta poiketen työn valmistuminen on viivästynyt usealla kuukaudella. Tämä viivästyminen opetti tekijää varautumaan muutoksiin suunnitelmissa ja sopeutumaan muuttuneisiin olosuhteisiin. Tekijän oma oppiminen painottui tämän projektin aikana lähteiden kattavan käytön oppimiseen, perusteelliseen taustatyön tekemiseen ja tekijän omien osaamisalueiden yhdistämiseen. Myös toimintaryhmien erilaiset toimintatavat ja -ympäristöt tulivat tutuiksi, mikä osaltaan helpottaa jatkossa työskentelyä erilaisissa hoitoympäristöissä. Työn tekemisen aikana hyvän hoidon määritelmä kotiutusta ajatellen tuli tutuksi ja sen toteutumista on jatkossakin helppo seurata.

Projektin edetessä yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa sujui hyvin. Fraasien koekäyttö hoitajien kesken olisi voinut olla sujuvampaa. Hoitotyön tekijät eivät tavallisesti ole ensimmäisinä ottamassa sähköisten järjestelmien uusia ominaisuuksia käyttöönsä, joten opinnäytetyön tekijä olisi voinut kannustaa hoitajia enemmän tämän fraasirakenteen koekäyttöön. Jatkossa tämä kokemus ohjaa kannustamaan kollegoja toisella tavalla.

Projektityö ja tuotteistaminen olivat tuttuja prosesseja, sen sijaan projektin formaali loppuraportointi oli uutta. Haasteita tuli raportin pitämisessä tiiviinä, mutta kuitenkin riittävän informatiivisena.

### **6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Alkuhaastattelujen ja hoitohenkilökunnan kanssa pidettyjen keskustelujen perusteella tällainen tuote oli tarpeellinen. Kotiutusfraasin käytön tulee olla mahdollisimman vaivatonta ja sen päivittäminen jatkossa uusien vaatimusten mukaiseksi mahdollisimman yksinkertaista. Tämä kotiutusfraasi harmonisoi osaltaan kotiutuksen aikaista informaatiovirtaa ja siten vakauttaa kotiutusprosessia ja helpottaa toimintaryhmien työtä.

Tuotteen jatkokehitys sisältää seuraavassa vaiheessa kirjallisen pikaohjeen teon. Myös kotihoito on kiinnostunut saamaan koulutusta tuotteen käytöstä. Tälle jatkoprojektille tehdään myöhemmin suunnitelmat.

Laajempaa jatkokehitysideana voisi tehdä tutkimuksen siitä, miten kotiuttamisprosessi toimii, ja miten sitä voi vielä tehostaa. Kotiutusprosessin vakiinnuttamisen vaikutukset työtyytyväisyydelle, ammatillisuuden kasvulle ja työpaikan imagolle sekä asiakkaan turvallisuudelle ja kotona selviytymiselle voisivat olla jatkossa tutkittavia asioita.

Eräs jatkokehitysidea voisi olla erikoissairaanhoidon liittyvä potilassiirto. Erikoissairaanhoidon yksiköissä on vielä tällä hetkellä käytössä useita erillisiä sähköisiä potilastietojärjestelmiä, joten nämä asettavat lisähaasteita jatkokehitykselle.



## LÄHTEET

Ahlroth, M. & Huotari, J. 2011 Turvallisesti kotiin: Kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalaan ja kotihoitoon. Viitattu 5.5.2016, <http://www.theseus.fi/handle/10024/34394>.

Boehm, B. 1988. A Spiral Model of Software Development and Enhancement. Viitattu 1.8.2017, <http://csse.usc.edu/TECHRPTS/1988/usccse88-500/usccse88-500.pdf>.

ETENE 2001, Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 22.02.2017, <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 2016. Viitattu 22.02.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveysthuollusta 28.12.2012/980, 2016. Viitattu 04.03.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 2014. Viitattu 30.05.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#a1301-2014>.

Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326, 2016. Viitattu 04.06.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, 2016. Viitattu 18.06.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066#L2aP13g>.

Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju. Viitattu 18.06.2017, <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/42236/stadia-1211395737-0.pdf?sequence=1>.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituksen käyttöopas. Viitattu 03.03.2017, [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1).

Perälä, M-L., Grönroos E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Viitattu 18.06.2017, <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75005/R8-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>.

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. STAKES, PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Viitattu 22.02.2017, <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1>.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi - Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 31.8.2017. [http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta\\_projektiksi.pdf](http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf).

Suopajarvi, L., 2013. Opas projektiarviointiin. Viitattu 03.09.2017. <http://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>.

Suvinen, A-M. & Voutilainen, H. 2016. Turvallinen kotiuttaminen; Kotiutusohje Varkauden sairaalan osastoille. Viitattu 3.2.2017, [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119073/Suvinen\\_AnnMari\\_Voutilainen\\_Heidi.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119073/Suvinen_AnnMari_Voutilainen_Heidi.pdf?sequence=1).

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2016. Laatu ja potilasturvallisuus. Viitattu 12.4.2016, <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>.

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2017. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015-2016. Viitattu 30.08.2017, <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut/perusterveydenhuollon-vuodeosastohoito-vuosina-2015-2016>.

Valvira 2015. Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä. Viitattu 07.07.2017, <http://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdään-yhteistyossa>.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Viitattu 02.07.2017, [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN\\_ISBN\\_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1).

Kysymykset, jotka esitettiin potilaiden kotiutuksia tekeville hoitajille:

- Miten kotiutukset onnistuvat mielestäsi tällä hetkellä?
- Mikä kotiutuksessa on toimivaa?
- Mitä kehitettävää kotiutuksessa on?
- Millaisia ongelmia kotiutuksiin liittyy?
- Millaisiin potilasryhmiin ongelmat liittyvät?
- Mitkä tekijät viivästyttävät potilaan kotiuttamista?
- Mitkä tekijät lisäävät potilaan riskiä joutua uudelleen osastohoitoon?
- Miten potilaiden joutumista uudelleen osastolle voitaisiin ehkäistä ennalta?
- Miten yhteistyö eri toimijoiden (vuodeosasto, omaiset, kh) välillä toimii?
- Millaisia kehitysehdotuksia yhteistyölle sinulla on?
- Miten haluaisit kehittää kotiutusta?

#### PALKO - PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMINEN JA KOTIHOITO

Arviointi terveyskeskuksen vuodeosaston näkökulmasta

Potilaan tulo terveyskeskuksen vuodeosastolle ja kotiutuminen terveyskeskuksen vuodeosastolta:

#### **Vuodeosaston työntekijöiden yhteistyö**

Vuodeosaston työntekijöiden kesken on sovittu:

- Vuodeosastolle tulevalle potilaalle nimetään omahoitaja
- Mitä tietoja vuodeosaston työntekijä kerää potilaalta, kun potilas tulee vuodeosastolle
- Miten potilasta informoidaan hänen tietojensa siirtämisestä hoitopaikkojen välillä ja otetaan lupa tietojen siirtämiseen
- Kuka välittää läheisille tiedon potilaan tulosta vuodeosastolle, jos potilas on tullut yksin tai kotihoidon työntekijän lähettämänä
- Vuodeosastolle kotoa tulleelta potilaalta tarkistetaan, onko hän saanut kotihoidon palveluja
- Mistä muusta on sovittu?

#### **Vuodeosaston – kotihoidon työntekijöiden yhteistyö**

Vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu:

- Vuodeosaston työntekijä voi konsultoida tarvittaessa kotihoidon työntekijää potilaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä ja palveluiden tarpeesta

- Mitä hoitoasiakirjoja ja tarvikkeita potilas saa mukaansa kotihoodon työntekijältä tämän lähettäessä potilaan sairaalaan (esim. hoito- ja/tai palvelusuunnitelma, lääkkeet, apuvälineet)
- Miten kotihoodon työntekijöiden yhteystiedot pysyvät ajan tasalla vuodeosastolla
- Potilaan kotiutumisen valmistelu alkaa jo potilaan tullessa sairaalaan
- Vuodeosaston työntekijä antaa kotiutuvalle potilaalle tiedon kotihoodosta ja palveluista jo sairaalahoidon aikana
- Potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoodon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa hoito-, kotiutumis- tai kuntoutumiskokouksissa
- Potilaan hoito-, kotiutumis- tai kuntoutuskokoukseen osallistuu myös kh:n työntekijä ja/tai potilaan läheinen
- Potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoodon ja palvelujen tarpeen arviointia varten järjestetään potilaalle kotiloma vuodeosastohoidon aikana
- Potilaan kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuu myös kotihoodon työntekijä ja potilaan läheinen
- Potilaan kotona selviytymisen sekä kotihoodon ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi järjestetään koekotiutus ennen sairaalahoidon päättymistä
- Potilaan koekotiutuksen suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuu myös kotihoodon työntekijä ja potilaan läheinen
- Potilas pääsee takaisin sille osastolle, josta on kotiutunut, jos kotona oleminen ei onnistu
- Miten kotiutuvan potilaan apuvälineiden tarve arvioidaan ja apuvälineet hankitaan
- Kotiutuva potilas saa tarvitsemansa apuvälineet ennen kotiutumista
- miten potilaan kodin muutostöiden tarve arvioidaan ja muutokset toteutetaan
- Kh:n työntekijä ja potilaan läheinen osallistuvat potilaan kodin muutostöiden tarpeen arviointiin ja suunnitteluun
- Kotiutuvan potilaan kodin muutostyöt saadaan valmiiksi ennen potilaan kotiutumista
- Kuka/kumpi (tk vai kh) tilaa kotiutuvalle potilaalle tukipalvelut (ateria-, kuljetus- ym palvelut)
- Vuodeosaston työntekijä aloittaa kotiutuvan potilaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan
- Hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuu myös kh:n työntekijä
- Vuodeosaston työntekijä kokoaa potilaalle kotihoodokansion (tai vastaavan), johon kerätään potilaan hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat
- Mihin vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta (kh:n päivystäjä/palveluesimies/joku muu nimetty työntekijä)
- Mitä asiakirjoja/tarvikkeita potilas saa mukaansa kotiutuessaan
- Tarvittaessa potilas saa saattajan kotiin tai potilasta ollaan vastassa kotona
- Mistä muusta on sovittu?

Haastattelu tehtiin sähköisenä maaliskuussa 2017. Vuodeosaston sairaanhoitajat täyttivät haastattelulomakkeen yhdessä osaston esimiehen kanssa. Haastattelulomakkeeseen oli yhdistetty liitteessä 1 luetellut kysymykset. Vastausvaihtoehtoina suljettuihin väitteisiin oli Kyllä/Ei/En tiedä.

Vuodeosaston työntekijöiden mukaan yhteistyö kotihoidon kanssa sujuu ja kotiutukset ovat suunniteltuja. Yhteistyö kotihoidon ja hoitokotien kanssa toimii hyvin. Ongelmia, kotiutuksessa erityisiä esille nousevia potilasryhmiä tai kotiuttamista viivästäviä tekijöitä ei haastattelussa tullut ilmi.

Vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyötä kartoitettaessa näistä seikoista oli olemassa jo sovitut menettelyt:

- Potilasta informoidaan hänen tietojensa siirtämisestä hoitopaikkojen välillä ja otetaan lupa tietojen siirtämiseen
- Mikäli potilas on tullut yksin tai kotihoidon työntekijän lähettämänä osastolle, hänen läheisilleen ilmoitetaan asiasta. Lähettävä yksikkö tekee ilmoituksen.
- Osastolle tulleelta potilaalta tarkistetaan, onko hän saanut kotihoidon palveluja
- Kotihoidon työntekijä saa tiedon potilaan tulosta vuodeosastolle, jos potilas on tullut yksin tai läheisen lähettämänä sairaalaan
- Vuodeosaston työntekijä voi konsultoida tarvittaessa kotihoidon työntekijää potilaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä ja palveluiden tarpeesta
- Potilaalle laitetaan etukäteen sovitut hoitoasiakirjat ja tarvikkeet mukaan
- Kotihoidon työntekijöiden yhteystiedot pysyvät ajan tasalla vuodeosastolla
- Potilaan kotiutumisen valmistelu alkaa jo potilaan tullessa osastolle
- Vuodeosaston työntekijä antaa kotiutuvalle potilaalle tietoa kotihoidosta ja palveluista jo osastojakson aikana
- Potilaan kotona selviytymistä sekä palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa hoito-, kotiutus- tai kuntoutuskokouksissa
- Potilaan hoito-, kotiutus- tai kuntoutuskokoukseen osallistuu myös kotihoidon työntekijä (hoitoneuvotteluun, jos potilas on kotihoidon asiakas) ja potilaan läheinen (potilaan luvalla)
- Potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa vuodeosastohoidon aikana arviointikäynnillä potilaan kotiin, käynnin tekee kuntohoitaja

- Potilaan kotiin arviointikäynnille osallistuu myös kotihoidon työntekijä (jos potilas on kotihoidon asiakas) ja potilaan läheinen (potilaan luvalla)
- Potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arviointia varten järjestetään potilaalle kotiloma osastohoidon aikana
- Kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuvat sekä kotihoidon työntekijä (jos potilas on kotihoidon asiakas) että potilaan läheinen (potilaan luvalla)
- Potilaan kotona selviytymisen sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi järjestetään potilaalle koekotiutus ennen sairaalahoidon päättämistä
- Potilaan koekotiutuksen suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuvat myös kotihoidon työntekijä (jos potilas on kotihoidon asiakas) ja/tai potilaan läheinen (potilaan luvalla)
- Mikäli kotona oleminen ei onnistu, potilas pääsee takaisin vuodeosastolle
- Kotiutuvan potilaan apuvälineiden tarve arvioidaan ja apuvälineet hankitaan osastojakson aikana
- Potilaan apuvälineiden tarpeen arvioimiseen osallistuu myös kotihoidon työntekijä (tämä on ristiriidassa kotihoidon antamiin vastauksiin, opinnäytetyöntekijän huomio)
- Potilas saa tarvitsemansa apuvälineet ennen kotiutumista
- Kodin muutostöiden tarve arvioidaan ja muutokset toteutetaan
- Kodin muutostöiden tarvetta arvioi ja muutosten suunnitteluun osallistuu kotihoidon työntekijä ja potilaan läheinen
- Kotiutuvan potilaan kodin muutostyöt saadaan valmiiksi ennen potilaan kotiutumista (tämä on ristiriidassa kotihoidon antamiin vastauksiin, opinnäytetyöntekijän huomio)
- On sovittu kuka tilaa kotiutuvalla potilaalle tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous-, turvapalvelut yms)
- Vuodeosaston työntekijä aloittaa kotiutuvan potilaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan (tämä on ristiriidassa kotihoidon antamiin vastauksiin, opinnäytetyöntekijän huomio)
- Hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuu myös kotihoidon työntekijä
- Vuodeosaston työntekijä kokoaa potilaalle kotihoito-ohjeet, johon kerätään potilaan hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat
- Vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta hyvissä ajoin ennen kotiutumista kotihoitoon
- On määritelty, mitä potilaan tietoja (potilaan luvalla) vuodeosastolta siirrytään kotihoitoon
- On määritelty, mitä (asiakirjoja ja tarvikkeita) potilas saa mukaansa kotiutuessaan

- Tarvittaessa potilas saa saattajan kotiin tai potilasta ollaan vastassa kotona

Vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyötä kartoitettaessa näistä seikoista ei ole sovittuja menettelyjä:

- Vuodeosastolle tulevalle potilaalle nimetään omahoitaja



Haastattelu tehty 3.3.2017, haastateltavana kotihoidon esimies Eija Karvonen.

Kotiutukset onnistuvat tällä hetkellä kohtalaisen hyvin. Kotihoidon toimipisteen ja vuodeosaston fyysinen läheisyys helpottaa ja nopeuttaa yhteistyötä.

Haastateltava kertoo toivovansa lisää systemaattisuutta kotiutuksiin, kotihoidon näkökulmasta kotiutusten prosessi ei ole yhteneväinen. Kotiutuksen suunnittelu tulee aloittaa systemaattisesti ja tavoitteellisesti jo heti vuodehoitajakson alussa. Potilaalle tulee tehdä tarvittaessa palvelutarpeen arviointi osastojakson aikana. Vuodeosaston henkilökunta tarvitsee tietoa palveluohjauksesta, jotta tietoa voi antaa potilaalle vuodeosastolla olon aikana. Osastolla tulee tehdä jakson aikana myös toimintakykyarvio, jossa kartoitetaan potilaan voimavarat ja hänen avuntarpeensa ADL ja IADL -toimintoihin. Vuodeosaston hoitajalla tulisi olla check-lista kotiutuksesta, jotta tietyt asiat tulisi käytyä läpi jo ennen hoitoneuvottelua. Mikäli potilaalla on tarve kotihoidon palveluihin kotiutuksen jälkeen, yhteydenottoa kotihoitoon pyydetään riittävän ajoissa ennen kotiutusta. Joskus aikaa voidaan tarvita viikkoja, esimerkiksi turvapuhelimen toimitus kestää 1-2 viikkoa.

Kotihoidon hoitohenkilökunnan mielestä nykyinen kotiutuskäytäntö toimii potilaan lääkehoidon kohdalla useimmiten hyvin. Uusien lääkkeiden käytön ohjaus on nykyisellään riittävää vuodeosastojakson päätteeksi. Joskus esimerkiksi reseptit saattavat jäädä uusimatta.

Haastattelussa nousee esille tarve ilmoituksesta sosiaalitoimeen silloin, kun potilas kotiutuu. Erityisesti huolta on aiheuttanut kaikista tarjotuista tuista kieltäytynyt potilas. Tällaisten potilaiden kohdalla täytyy painottaa kotiutuessa annettavan tiedon merkitystä – on ensiarvoisen tärkeää kertoa keneen potilas voi myöhemmin ottaa yhteyttä halutessaan. Haastateltava halusi, että potilaalle tulee antaa yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot. Nämä samat tiedot tulee myös olla näkyvissä potilasasiakirjoissa.

Paras aika kotiuttaa potilaita kotihoidon kannalta on arkisin klo 13-15. Varsinkin pitkään sairaalassa olleita ei kannattaisi kotiuttaa perjantai-iltapäivisin. Monisairaiden, paljon palvelua tarvitsevien kotiuttaminen on haasteellisinta.

Kotihoidon ja vuodeosaston työntekijöiden yhteistyötä kartoitettaessa näistä seikoista oli olemassa jo sovitut menettelyt:

- Kotihoidon työntekijä saa tiedon potilaan tulosta osastolle, jos potilas on tullut yksin tai läheisen lähettämänä sairaalaan
- Vuodeosaston työntekijä voi konsultoida tarvittaessa potilaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä ja palveluiden tarpeesta
- Potilaalle laitetaan etukäteen sovitut hoitoasiakirjat ja tarvikkeet mukaan
- Kotihoidon työntekijöiden yhteystiedot pysyvät ajan tasalla vuodeosastolla
- Potilaan kotiutumisen valmistelu alkaa jo potilaan tullessa osastolle
- Vuodeosaston työntekijä antaa kotiutuvalla potilaalle tietoa kotihoidosta ja palveluista jo osastojakson aikana
- Potilaan kotona selviytymistä sekä palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa hoito-, kotiutus- tai kuntoutuskokouksissa
- Potilaan hoito-, kotiutus- tai kuntoutuskokoukseen osallistuu myös kotihoidon työntekijä (jos potilas on kotihoidon asiakas) ja potilaan läheinen (potilaan luvalla)
- Potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arviointia varten järjestetään potilaalle kotiloma osastohoidon aikana
- Kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuvat sekä kotihoidon työntekijä (jos potilas on kotihoidon asiakas) että potilaan läheinen (potilaan luvalla)
- Mikäli kotona oleminen ei onnistu, potilas pääsee takaisin vuodeosastolle
- Kotiutuvan potilaan apuvälineiden tarve arvioidaan ja apuvälineet hankitaan osastojakson aikana
- Potilas saa tarvitsemansa apuvälineet ennen kotiutumista
- Kodin muutostöiden tarve arvioidaan ja muutokset toteutetaan
- Kodin muutostöiden tarvetta arvioi ja muutosten suunnitteluun osallistuu kotihoidon työntekijä ja potilaan läheinen
- On sovittu kuka tilaa kotiutuvalla potilaalle tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous-, turvapalvelut yms)
- Hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuu myös kotihoidon työntekijä
- Vuodeosaston työntekijä kokoaa potilaalle kotihoito-ohjeet, johon kerätään potilaan hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat
- Vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta hyvissä ajoin ennen kotiutumista kotihoitoon

- On määritelty, mitä potilaan tietoja (potilaan luvalla) vuodeosastolta siirtyy kotihoitoon
- On määritelty, mitä (asiakirjoja ja tarvikkeita) potilas saa mukaansa kotiutuessaan
- Tarvittaessa potilas saa saattajan kotiin tai potilasta ollaan vastassa kotona

Kotihoidon ja vuodeosaston työntekijöiden yhteistyötä kartoitettaessa näistä seikoista ei ole sovit-  
tuja menettelyjä:

- Potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa vuodeosastohoidon aikana arviointikäynnillä potilaan kotiin
- Potilaan apuvälineiden tarpeen arvioimiseen osallistuu myös kotihoidon työntekijä
- Kotiutuvan potilaan kodin muutostyöt saadaan valmiiksi ennen potilaan kotiutumista
- Vuodeosaston työntekijä aloittaa kotiutuvan potilaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan

## Kotiutuspäivä

- Alustava kotiutuspäivä: pp.kk
- Läheiselle ilmoitettu kotiutumisesta riittävän ajoissa / pp.kk
- Kotiutuspäivän tapahtumien läpikäynti potilaan kanssa / pp.kk

## Hoitoneuvottelu pp.kk

- Hoitoneuvotteluun osallistuville (potilas, omainen, sosiaalitoimen edustaja, kuntouttaja, kh:n edustaja) ilmoitettu / pp.kk
- Hoito- ja/tai palvelusuunnitelma aloitettu / pp.kk
- Arvioidaan, tarvitaanko kotikäyntiä (kuntohoitaja tekee käynnin)
- Ennen hoitoneuvottelua tarkistettavat asiat:
  - Potilaan aiempi toimintakyky (fyysinen, kognitiivinen: ADL/IADL)
  - Potilaan ravitsemustila, kivut, kaatumisriski, painehaavaumariski
  - Potilaan kotiolosuhteet (käytetyt palvelut, läheisten tuki)
  - Sairastumisen vaikutukset potilaan toimintakykyyn – onko tarvetta kh:lle
  - Muiden toimintayksiköiden osallistumistarve hoitoneuvotteluun

## Potilastietorekisteri

- Potilaalle on informoitu hänen potilastietojensa mahdollisesta käytöstä toisessa toimintayksikössä. Potilas on tehnyt tietojen luovutuskiellon/peruutuksen / pp.kk

## Kotihoito

- Uusista asiakkaista ilmoitettu mahdollisimman ajoissa ennen kotiutusta / pp.kk
- Vanhoista asiakkaista ilmoitus viimeistään 2 vrk ennen kotiutusta / pp.kk
- Osallistuminen potilaan apuvälineiden tarpeen selvittelyyn / pp.kk
- Tarkistettava kotihoidon sitoutuminen asiakkaan kuntoutussuunnitelmaan / pp.kk

## Sosiaalitoimi

- Tarvittaessa palvelutarpeen selvittäminen
- Sovituista asioista toimitetaan potilaalle yhteenveto ja annetaan sosiaalitoimen yhteystiedot
- Mikäli potilas kieltäytyy kotiin toimitettavasta avusta, annetaan sosiaalitoimelle ilmoitus / pp.kk ja potilaalle kerrotaan sosiaalitoimen vastuuhenkilö, johon ottaa tarvittaessa yhteyttä: Sosiaalijohtaja / pp.kk

## Läheinen

- Kotihoito-ohjeet / pp.kk
- Uudet lääkkeet tiedoksi / pp.kk

- Sovitaan, hakeeko läheinen potilaan osastolta / pp.kk
- Kysytään, voiko olla vastassa potilaan kotiutuessa / pp.kk
- Huolehtiiko läheinen potilaalle kotiin ruokaa? / pp.kk

#### Kyyti

- Kh:n asiakkaiden kotiutus mielellään klo 13-15 arkisin
- KELA-taksin tilaaminen
- SV67-matkakorvaustodistus
- Tarvitaanko vastaanottajaa kotona?
- Raha-asiat kotimatkaa varten selvitettävä ajoissa

#### Lääkkeet

- Ajantasainen lääkelista jako-ohjeineen potilaalle / pp.kk
- Uusien lääkkeiden reseptit tehty / pp.kk
- Vanhojen lääkkeiden reseptit uusittu / pp.kk
- Lääkemuutoksista tieto kotihoitoon/hoitavalle taholle tarvittaessa / pp.kk
- Sovitaan, kuka hakee lääkkeet apteekista / pp.kk
- Uusien lääkkeiden opastus potilaalle / pp.kk
- Hoitotarvikkeiden käytön opastus potilaalle / pp.kk
- Lääkkeet potilaalle mukaan 2 päiväksi
- Hoitotarvikkeet mukaan 2 päiväksi
- Tarvittaessa tieto kotiutuspäivänä saaduista lääkkeistä kotihoitoon/hoitavalle taholle / pp.kk

#### Apuvälineet

- Apuvälineiden tarve selvitetty yhdessä kotihoidon kanssa / pp.kk
- Yhteys fysioterapeuttiin 2 päivää ennen kotiutumista / pp.kk

#### Tukipalvelut:

- Ateriapalvelu: kh / pp.kk
- Turvapuhelintarve tiedoksi kh:oon väh. Viikko ennen kotiutusta / pp.kk
- Kulunvalvonnan tarve tiedoksi kh:oon väh. Viikko ennen kotiutusta / pp.kk
- Muut käytännön asiat selvitettävä: siivous, kauppa-asiat / pp.kk
- Kodin muutostöiden sopiminen / pp.kk

#### Tulevat kontrolliajat:

- Jatkohoito-ohjeiden antaminen / kirjaa ylös, mitä tietoja potilaalle on annettu ja kuinka potilas on ottanut tiedon vastaan / pp.kk
- Tulevat tutkimus- ja vastaanottoajan tiedoksi potilaalle / pp.kk
- Laboratoriolähetteet tehty / pp.kk

## Omaisuus

- Tarkistetaan, että kaikki omaisuus on kotiutuessa mukana. Kadonneista esineistä tehdään kirjausmerkintä / pp.kk