

TURVALLISESTI KOTIIN

- Kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalaan ja kotihoitoon

Mari Ahlroth

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Johanna Huotari

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyö

Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto: Sosiaali- ja terveysalan
kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Mari Ahlroth ja Johanna Huotari
Nimi: TURVALLISESTI KOTIIN – Kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalaan ja koti-
hoitoon
Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Lea Rissanen, Tuntiopettaja, TtT Kati Utriainen, Yli-
opettaja, KT TtL Anneli Paldanius, Yliopettaja, KT Airi Paloste
Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Syksy 2011
Sivumäärä: 69 + liitesivuja 11

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa luoda toimiva kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalan ja Oulun kaupungin koti-
hoidon välille. Kotiutusmallin tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon jatku-
vuus sekä parantaa potilasturvallisuutta yhtenäistämällä eri osastojen kotiutus-
käytännöt. Projektin välillisenä tavoitteena oli lisäksi tukea henkilöstön työhyvin-
vointia.

Kehittämistyö toteutettiin projektina syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana. Projek-
tiryhmään osallistui työntekijöitä Oulun kaupunginsairaalaan ja Oulun kaupun-
gin kotihoidosta sekä tehostetun kotiutuksen tiimistä. Kehittämishaasteet selvi-
tettiin kaupunginsairaalan, tehostetun kotihoidon ja kotihoidon työntekijöille lä-
hetetyllä tiedonkeruulomakkeella. Saatu aineisto käsiteltiin aineistolähtöisellä
sisällönanalyysillä. Vastaajien mukaan potilaan hyvää kotiutusta tukevia tekijöitä
ovat potilaslähtöisyys, hoidon suunnittelu ja moniammatillinen yhteistyö. Kotiu-
tuksiin liittyvät haasteet ovat tiedonkulussa ja kirjaamisessa. Kotiutukset vaikut-
tavat työntekijöiden työhyvinvointiin kuormittaen, mutta ammatillisuus ja selkeä
työnjako keventävät työn kuormittavuutta.

Aineistosta esiinnousseiden kehittämiskohteiden perusteella projektiryhmässä
laadittiin kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalaan kotiutuville, joka sisältää toi-
mintaohjeen kotihoidon asiakkaan siirtyessä kotoa sairaalaan ja potilaan kotiu-
tuessa sairaalasta. Lisäksi käynnistettiin yhteistyöpalaverit kotihoidon ja kau-
punginsairaalan työntekijöiden välille. Projektissa tuotettiin myös Effica-
potilastietojärjestelmässä käytettävät kotiutusfraasit kotiutusten tueksi ja kotiu-
tuksissa tehtävän työn näkyväksi tekemiseksi. Lisäksi järjestettiin koulutusilta-
päivä kotiutuksen toimintamallista.

Asiansanat: Kotiuttaminen, kotiutusmalli, moniammatillinen yhteistyö, projekti

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Higher UAS Degree: Degree Programme in Development and Management of
Health and Social Care

Author: Mari Ahlroth and Johanna Huotari
Thesis title: SAFELY TO HOME – Model for Those, Who Are Returning back to
Home from Oulu City Hospital
Thesis supervisors: Lea Rissanen, Kati Utriainen, Anneli Paldanius ja Airi Paloste
Year and term of thesis completion: Autumn 2011
Number of pages: 69 + 11 appendix pages

The purpose of this development work was to co-operate with different kind of professional groups and create actually working home release model between Oulu's City Hospital and Oulu's home care units. The purpose of this home delivery method is to assure the secure progress of patient's treatment and to improve safety of patients by standardizing home release methods between diverse wards. Additionally, an indirect target of the project was to increase personnel's welfare at work.

The development work was performed as a project work between autumn 2010 and spring 2011. Project team members came from Oulu's City Hospital, Oulu's City Home Care and intensified delivery team. Challenges for development were investigated by sending question forms to city hospital, intensified home care and home care personnel. Received material was analysed by material originated content analysis. According to the answerers, the factors that support good home release are patient oriented approach, good planning of treatment and multi-professional co-operation. The challenges at home releases are connected to information flow and filing. Home releases strain personnel's welfare at work, but good professional knowledge and clear work distribution relieved peoples work load.

On the basis of improvement points that came up from the whole material of study, project team create a model, which involved instructions, how care client should be moved from home to the hospital and from the hospital to home. Additionally, regular meetings between Oulu's home care units and city hospital staff were started to improve co-operation. As project took it's final form, home release phrases were generated to support patients safe return to homes and to make this whole package more visible to all, who work regularly around the "problem". In addition a training afternoon concerning home release model was arranged.

Key words: Home release, home release model, multi-professional co-operation, project

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TURVALLISESTI KOTIIN- PROJEKTIN TAUSTA.....	5
2	TURVALLISESTI KOTIIN- PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
3	POTILAAN KOTIUTTAMINEN MONIAMMATTILLISENA YHTEISTYÖNÄ.....	9
3.1	Potilaan kotiuttaminen	9
3.2	Moniammatillinen yhteistyö	12
3.3	Kotiutuksiin osallistuvien työhyvinvointi.....	13
4	TURVALLISESTI KOTIIN -PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN.....	16
4.1	Projekti työnkehittämisen välineenä.....	16
4.2	Projektin toimintaympäristö	17
4.3	Projektiorganisaatio	19
4.4	Projektin toteutus	23
4.5	Kotiutuskysely ja sen analysointi	27
4.6	Tiedonkeruun luotettavuuden ja eettisyyden arviointia.....	29
5	KOTIUTUSKYSÉLYN TULOKSET	32
5.1	Potilaslähtöisyys.....	32
5.2	Hoidon suunnittelu	33
5.3	Moniammatillinen yhteistyö	36
5.4	Tiedonkulku ja kirjaaminen	37
5.5	Työhyvinvointi ja kotiutusten kuormittavuus	40
6	KOTIUTUSKYSÉLYN JOHTOPÄÄTÖKSET.....	43
7	TURVALLISESTI KOTIIN-PROJEKTIN TUOTOKSET	50
7.1	Kotiutuksen toimintamalli	50
7.2	Kotiutusvastuuhenkilöt	52
7.3	Kotiutusfraasi Efficalle	53
7.4	Koulutusiltapäivä	55
8	POHDINTA	57
8.1	Kehittämistyön arviointi	57
8.2	Eettiset kysymykset	61
8.3	Oman osaamisen kehittyminen	63

Lähteet

Liitteet

1 TURVALLISESTI KOTIIN- PROJEKTIN TAUSTA

Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenten aikana nopeasti. Tämä kehitys haastaa erityisesti kuntien poliittiset päättäjät ja johdon tunnistamaan toimintaympäristön muutoksen suuntaa ja pohtimaan niitä keinoja joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008, 9.) Niin sanottujen suurten ikäluokkien ikääntyessä muuttuu väestön ikärakenne tulevaisuudessa selkeästi. Vuonna 2030 elää Suomessa ennusteen mukaan noin 1 400 000 yli 65-vuotiasta ja heistä yli puolet on yli 75-vuotiaita (Tilastokeskus 2007; Huttunen 2008).

Valtakunnallisena tavoitteena vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täytäneistä henkilöistä 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai tarvittavien apujen turvin. Palveluketjujen tulee olla toimivia, jotta palvelujen laatu ja vaikuttavuus voidaan turvata. Ikääntyneiden kotona asumisen tueksi tarvitaan yhteistyötä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä muiden palveluja tuottavien tahojen kesken. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 30.)

Oulun kaupungissa on meneillään Kytke -hanke, jonka tavoitteena on asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan palveluketjuun. Hankkeen keskeisimpiä tarkoituksia ovat perusterveydenhuollon vahvistaminen, asiakaslähtöisyys, perus- ja erikoissairaanhoidon sekä erityistason erikoissairaanhoidon järjestämisen selkiyttäminen. Lisäksi tavoitteena ovat hoitoprosessien työstäminen mahdollisimman toimiviksi ja kustannustehokkaiksi sekä uuden informaatioteknologian käyttöönotto ja hyödyntäminen tiedonkulun parantamiseksi. Hankkeen ideana on luoda mallinnustapa ja pohja asiakaslähtöiseen, koko sosiaali- ja terveydenhuollon integroivaan, monikanavaista mallia toteuttavaan palvelujärjestelmään. Kehittämistyö perustuu lisäksi paljon testattuun pitkäaikaissairauksien hoidon terveyshyötymalliin sekä uusimpaan tieto- ja viestintäteknologiaan (Oulun kaupunki 2010 hakupäivä 3.3.11.)

Potilaita kotiutuu sairaalasta viikon jokaisena päivänä ja kaikkina vuorokaudenaikoina. Hyvin suunniteltu ja valmisteltu kotiutuminen auttaa potilasta kotona selviytymisessä ja ehkäisee potilaan joutumista uudelleen sairaalaan. Lyhyelläkin varoitusaajalla kotiutumiset sujuvat hyvin kun potilas ja läheinen ovat siihen valmiita ja yhteisistä toimintaperiaatteista sovitaan sairaalan ja kotihoidon kesken (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Asiakkaan hyvän sairaalasta kotiutumisen ja sitä seuraavan onnistuneen kotihoidon edellytyksenä on hoito- ja palveluverkoston saumaton yhteistyö sekä viiveetön tiedon kulku. Vaikka suurin osa asiakkaiden kotiutumisista sujuu onnistuneesti, on sairaalan ja kotihoidon yhteistyössä ja tiedonkulussa puutteita, jotka vaikeuttavat asiakkaan kotiutumista ja kotona selviytymistä sekä aiheuttavat turhaa työtä hoitohenkilökunnalle. Kotiutumisprosessin kuvaaminen on tarpeellista, jotta kaikki hoitoon osallistujat voivat olla asettamassa yhteisiä asiakaslähtöisiä tavoitteita koko prosessille. Samalla varmistetaan tiedon esteetön ja viiveetön kulku toimijaverkossa. (Perälä & Hammar 2003, 5.)

Tämän opinnäytetyön aihe nousi esille Oulun kaupunginsairaalan palvelupäällikkö Leena Karjalaisen kanssa käydyssä keskustelussa syksyllä 2010. Hän toi esille kehittämishaasteen liittyen potilaiden kotiuttamiseen sairaalasta. Oulun kaupunginsairaalassa on viisi osastoa, joissa on yhteensä 170 potilaspaikkaa. Potilaita kotiutui vuonna 2010 kotiin 2400. Aihe nousee esille saaduista asiakaspalautteista ja puhututtaa niin hoitohenkilökuntaa, potilaita kuin omaisiakin. Aiheen tekee ajankohtaiseksi myös suunnitteilla oleva kuntaliitos. Haukiputaan, Kiimingin, Oulun, Oulunsalon ja Yli-Iin kunnat yhdistyvät 1.1.2013. Yhdistymisen myötä uuden kunnan nimi tulee olemaan Oulu ja siitä tulee asukasluvultaan Suomen viidenneksi suurin kaupunki. Asukasluku tulee olemaan noin 180000. Miten terveydenhuoltopalvelut tullaan järjestämään kuntaliitoksen myötä, on vielä selvityksen alla, mutta kasvava väestöpohja ja aiempaa laajempi talousalue tuonevat omat haasteensa myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kotiuttamista on kehitetty Oulun kaupunginsairaalan ja kotihoidon välillä vuosina 2002 - 2004 toteutetun Sakke- saumaton kuntoutusketju hankkeen aikana. Hankkeessa tuotettiin toimintaohjeet asiakkaan siirtyessä kotoa sairaalaan ja

potilaan kotiuttaminen sairaalasta (Oulun kaupunki 2006, hakupäivä 4.3.11.)
Aluksi ohjeet olivat käytössä etenkin kuntoutusosastolla (B2), mutta työntekijöiden vaihtuessa sekä osastoilla että kotihoidossa toimintamallin käyttö jäi pois.

2 TURVALLISESTI KOTIIN- PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Asiakkaan hyvän kotiutumisen ja kotihoidon edellytys on hoito- ja palveluverkoston saumaton yhteistyö ja viiveetön tiedonkulku. Vaikka suurin osa asiakkaiden kotiutumisista sujuu onnistuneesti, on sairaaloiden ja kotihoidon yhteistyössä ja tiedonkulussa puutteita, jotka vaikeuttavat asiakkaan kotiutumista ja kotona selviytymistä sekä aiheuttavat turhaa työtä (Perälä & Hammar, 2003, 5.)

Tämän kehittämistehtävänä toteutettavan opinnäytetyön tavoitteena on moniammatillista yhteistyötä kehittämällä luoda toimiva kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalan ja Oulun kaupungin kotihoidon välille. Tätä tavoitetta varten kootaan projektiryhmä kaupunginsairaalan, kotihoidon ja TEHKO -tiimin työntekijöistä. Projekti toteutetaan 12/10 – 5/11 välisenä aikana. Projektissa selvitetään tämänhetkisten kotiutusten toimivuutta ja kehittämishaasteita kaupunginsairaalan, kotihoidon ja TEHKO -tiimin henkilökunnalta avoimella tiedonkeruulomakkeella.

Tutkimustehtävinä on selvittää:

1. Mitkä tekijät tukevat potilaan hyvää kotiutusta?
2. Millaisia haasteita kotiuttamisiin liittyy?
3. Mitkä tekijät kuormittavat henkilökuntaa potilaan kotiuttamisessa?

Saadut vastaukset analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Saatujen vastausten pohjalta projektiryhmä muodostaa kotiutusmallin.

Projektiryhmän tuottaman kotiutusmallin tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus sekä parantaa potilasturvallisuutta yhtenäistämällä eri osastojen kotiutuskäytännöt. Projektin välillisenä tavoitteena on lisäksi tukea henkilöstön työhyvinvointia.

3 POTILAAN KOTIUTTAMINEN MONIAMMATTILLISENA YHTEISTYÖNÄ

3.1 Potilaan kotiuttaminen

Potilaan kotiuttaminen on prosessi, jossa arvioidaan moniammatillisesti potilaan toimintakyky, terveydellinen ja sosiaalinen tilanne, psyykkinen hyvinvointi, elämäntilanne, voimavarat ja elinympäristö. Kotiuttaminen vaatii moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Potilaan kotiuttamista varten laaditaan kotiutussuunnitelma. Siinä määritellään potilaan tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdessä potilaan kanssa. Yleensä myös potilaan omaiset otetaan mukaan kotiutuksen suunnitteluun. Suunnitelmaa voidaan muokata tarvittaessa. Suunnitelmallisella kotiuttamisella pyritään siihen, että potilaan sairaalassa viettämä aika on mahdollisimman lyhyt ja kuntoutus- ja muut tukitoimet onnistuvat niin hyvin ettei potilaan tarvitse palata sairaalaan. Sairaalaan paluun välttäminen on sekä potilaan edun mukaista että yhteiskuntataloudellisesti edullista. (Chaboyer ym. 2002: 90; Pöyry & Perälä 2003, 15 - 16; Maramba & Richards & Mayers & Larrabee 2004, 123 - 124; Grönroos & Perälä 2005, 288; Huang & Liang 2005, 1194; Walker & Hogstel & Curry 2007, 60 Hammar 2008, 25.)

Kotiuttamisen koordinointi voidaan järjestää monin eri tavoin. Siitä voi vastata omahoitaja, osaston sairaanhoitaja, tehtävään nimetty henkilö kuten kotiutussuunnittelija, yhteyshoitaja tai palveluohjaaja. Väestön ikääntyessä kotiutettavat potilaat ovat entistä vanhempia ja heillä on monenlaisia terveydellisiä, sosiaalisia ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia, jotka lisäävät laitoshoidon riskiä. Tästä syystä onkin tärkeää että palveluiden yhteensovittaminen on saumatonta. Palveluiden hyvä yhteensovittaminen lisää palvelujärjestelmän tehokkuutta. (Perälä & Hammar 2003, 13 – 14; Pöyry & Perälä 2003, 16; Pieper & Vaarama 2005, 264 – 265.)

Ensimmäiset vuorokaudet kotiutumisen jälkeen ovat kriittisimmät ajankohdat potilaan kotona selviytymisessä. Kotiutuminen voi epäonnistua, jos potilas kotiutuu terveydentilaan tai kuntoon nähden liian aikaisin, kuntoutusta on ollut riittämättömästi, hoitoon osallistuvilta puuttuvat yhteiset tavoitteet tai tiedon kulku on puutteellista toimintayksiköiden ja työntekijöiden välillä. Yleensä ongelmia tiedon välittymisessä aiheuttavat puutteet lääkärin tekemässä epikriisissä, sairaanhoitajan tekemässä läheteessä, lääkemääräyksissä ja sosiaalityöntekijöiden, fysio- ja toimintaterapeuttien tai muiden asiantuntijoiden tekemissä yhteenvedoissa sekä loppulausunnoissa. Potilaan kotiutuessa sairaalasta kotipalvelun työntekijät saavat liian vähän kirjallista tietoa asiakkaasta. Kotiutumisia tukevia toimintakäytäntöjä kuten koekotiutus, kotiloma, arviointikäynti potilaan kotiin sairaalahoidon aikana tai harjoituskoti osastolla käytetään harvoin. Myös kokonaisvastuun ottamisessa potilaan hoidosta esiintyy puutteita; vastuunsiirto potilaan siirtyessä ei siirry saumattomasti tai siirtyy viiveellä hoitopaikasta toiseen. Tieto potilaan kotiutumisesta saattaa tulla myös kotihoitoon niin myöhään, etteivät työntekijät ehdi järjestää potilaan palveluja ja hoitoja toimiviksi, hankkia apuvälineitä tai teettää asunnon vaatimia muutostöitä ennen potilaan kotiutumista. Yhteisten sovittujen käytäntöjen puuttuminen ja tiedon välittyminen viiveellä sairaalan ja kotihoidon kesken vaikeuttaa asiakkaan kotiutumista, lisää uudelleen sairaalaan joutumisen riskiä ja aiheuttaa ylimääräistä työtä kaikille osapuolille. (Perälä & Hammar 2003, 11 – 12.)

Stakesin palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito sekä PALKO - tutkimus- ja kehittämishankkeissa on kehitetty PALKO -malli. PALKO -malli kehitettiin erikoissairaanhoidon ja terveyskeskussairaalan sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden yhteistyönä erään kunnan alueella vuosina 1998 - 1999. Mallin kehittäminen perustui aikaisempiin tutkimuksiin ja käytännön asiantuntemukseen. Mallin metodisena lähtökohtana oli toimintatutkimus. Mallin kehittämisen keskeisiä tavoitteita olivat hoidon jatkuvuuden, asiakaslähtöisyyden, avohoitopainotteisuuden, asiakkaan osallistumisen ja itsemääräämisen lisääntyminen. (Perälä & Hammar 2003, 11, 14.)

PALKO -malli sisältää käytännön menetelmiä, joiden tarkoituksena on edistää tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä työntekijöiden, asiakkaiden ja heidän omaistensa välillä työ- ja toimintayksiköstä toiseen. Lisäksi mallissa esiteltyjen menetelmien tarkoituksena on auttaa kehittämään asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinointia, yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ja kotihoidon työn hallintaa. (Perälä & Hammar, 2003, 14.)

Tiedon siirtymistä ja hoidon jatkuvuutta edistetään sopimalla tiedon sisällöstä, tiedonsiirron menetelmistä ja ajankohdasta. Hoito- ja palvelukokonaisuuden hallintaa edistää kun hoitoa ja palveluja koordinoi ja suunnittelee sekä arvioi yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa kussakin hoitopaikassa nimetty henkilö, joka sovittaa yhteen hoitotiimin palvelut. Yhteistyötä ammattiryhmien ja eri organisaatioiden välillä tehostetaan asettamalla yhteisiä tavoitteita ja sopimalla asiakaskohtaisista yhteistyökäytännöistä. Kotihoidon työn hallintaa lisää kotiutumisen varhainen suunnittelu ja selkeä vastuunjako tiimissä. (Perälä & Hammar 2003, 14 - 15.)

PALKO -mallia kokeiltiin 2000-luvun alussa useissa kunnissa ympäri Suomea. Se on työkalu, joka muotoutuu tarkoituksenmukaiseksi kussakin työ- ja toimintayksikössä. Malli auttaa hahmottamaan potilaan hoito- ja palvelukokonaisuutta. Se auttaa sekä sairaalan että kotihoidon työntekijöitä näkemään oman osuutensa tässä kokonaisuudessa ja kehittämään omaa työtään. PALKO -mallin kuvaamisen keskeinen merkitys on tehdä näkyväksi samaan hoito- ja palveluprosessiin osallistuvien useiden toimijoiden työ. Kokonaisuuden kuvaaminen on edellytys sille, että koko prosessille voidaan asettaa yhteinen tavoite johon kaikki osapuolet ja toimijat sopeuttavat oman toimintansa. (Perälä & Hammar 2003, 16.)

Kotihoidossa työskentelevien ja sairaalasta potilaita kotiuttavien on helppo soveltaa mallia omassa toiminnassaan. Malli on kuvattu niin että sen mukaan toimintaansa tai toimintakäytäntöjä voivat kehittää tai muuttaa sekä sairaalasta potilaita kotiuttavat että heitä kotona hoitavat työntekijät. Ideaalilanteessa kehittäminen kytketään osaksi jokaisen päivittäistä työtä. (Perälä & Hammar 2003, 16.)

3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöiseksi työskentelyksi, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsu. Yhteisessä tiedon käsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan asiakaslähtöisesti yhteen. Yhteistyö edellyttää tavoitteista sopimista, vastuunottoa, selkeää näkemystä omasta tehtävästä sekä toisten asiantuntemuksen tuntemista ja kunnioittamista. Potilaan näkökulmasta hyvällä yhteistyöllä pyritään parantamaan hoidon laatua ja jatkuvuutta, löytämään ratkaisuja monipuolista asiantuntijuutta edellyttäviin ongelmiin sekä nopeuttamaan palvelun saamista. Tavoitteena on että kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon tuoden siihen oman näkökulmansa ja osaamisensa. Asiakaslähtöistä kokonaisvaltaista tietoa kootaessa on tärkeää tunnistaa kaikkien asiantuntijoiden erityistieto, erityisosaaminen ja asiantuntijuus. Tärkeää on yhteisen kielen löytäminen. Oleellista tiedon kokoamisen onnistumisessa on osallistujien vuorovaikutustaidot. Heiltä vaaditaan kykyä taitavaan keskusteluun ja dialogiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 38; Isoherranen & Rekola & Nurminen 2008, 34.)

Toimiva vuorovaikutus, keskustelut ja kuunteleminen, suunnittelu ja analysointi, tapaamiset, tiedottaminen, tavoitteiden esittäminen, palautteen antaminen ja saaminen, avoimuus, rehellisyys ja luottamus, yhteiset pelisäännöt sekä kiireettömyys ovat kriteerejä onnistuneelle yhteistyölle. Asiakaspalveluun moniammatillinen yhteistyö tuo joustavuutta ja monen eri alan asiantuntemuksen samalla kertaa. Moniammatillinen yhteistyö hyödyttää työntekijöitä, asiakkaita sekä koko organisaatiota. Päällekkäisten toimintojen vähenemisellä ja ennaltaehkäisevällä toiminnalla saadaan mahdollisesti aikaan myös kustannussäästöjä organisaatiossa. Moniammatillista yhteistyötä edistävät työntekijöiden toistensa tunteminen sekä toisten työnkuvan tunteminen. Toimivan moniammatillisen tiimityön katsotaan tukevan myös henkilöstön työssä jaksamista. (Mikkonen 2009, 10.)

Yhteydenpito-ongelmat, heikot yhteistyötaidot, passiivisuus, välinpitämättömyys, arkuus, ongelmien salailu tai vähättely, henkilökunnan vaihtuvuus sekä

kiire ovat moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä. Yhteistyön esteitä ovat lisäksi toimintatapojen epäselvyys, tavoitteiden määrittelemättömyys ja suunnitteluresurssien puute. Työntekijöiden välistä yhteistyötä rajoittavat joustamattomuus sekä tiukat rajat työtehtävien suorittamisessa sekä kiire ja tiedonkulun puute työntekijöiden välillä. Käytännössä moniammatillinen yhteistyö törmää useissa tapauksissa viestinnän esteisiin, erilaisiin ihmiskäsityksiin, erilaisiin toimintaperiaatteisiin ja jopa erilaisiin asiakasta koskeviin tavoitteisiin. (Mikkonen 2009, 10.) Hyviä käytäntöjä on eriasteisia. Mikä on uutta yhdelle työyhteisölle, voi olla rutiinia toiselle. Käytäntöä on voitu kokeilla eripituisia jaksoja paikallisesti, alueellisesti tai laajemmin. (Arnkil & Seikkula & Arnkil 2007, 5.)

3.3 Kotiutuksiin osallistuvien työhyvinvointi

Työhyvinvointi voidaan määritellä useasta eri näkökulmasta. Työn ja turvallisuuden näkökulmasta tarkasteltuna työn sisältö, laatu ja tulokset sekä työympäristö, -välineet ja työn johtamistavat, työyhteisön toiminta sekä työsuojelu ovat olennainen osa työhyvinvointia. Työoikeuden kautta mukaan tulevat sopimus- ja lainsäädäntöperusta työn tekemiselle, joissa on useita kohtia työhyvinvointiin. Useissa tutkimuksissa on tutkittu työn sisällön vaikutusta työhyvinvointiin. Eri ammattiryhmien työnsisältöjen erilaisuus aiheuttaa sen, että työhyvinvointia tulee tarkastella eri ammattiryhmien välillä eri tavoin. Terveiden ja hyvinvoinnin näkökulmasta työhyvinvoinnin kohteena on ihmisten toiminta työssään. Lisäksi mukana on työntekijän terveys ja kyky toimia erilaisissa ympäristöissä. Työpaikka ja vapaa-aika ovat erilaisia toimintaympäristöjä ja sisällöiltään monimuotoisia. Tämän vuoksi hyvän työhyvinvoinnin saavuttamiseksi keinot ovat monenlaisia ja niitä voidaan kehittää työpaikalla työaikana, mutta ihmisen vapaa-aika ja oma hyvinvointi ja terveys ovat vähintäänkin yhtä tärkeitä työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Työhyvinvoinnin kehittämisen tavoitteiden näkökulma riippuu esimerkiksi organisaatiosta, kohderyhmästä ja työhyvinvoinnin tutkimiseen liittyvistä tutkimusasetelmista. Esimerkiksi jos tavoitteena on vahvistaa työntekijöiden psyykkistä ja sosiaalista työhyvinvointia, panostetaan niissä hankkeissa

ihmisten väliseen vuorovaikutukseen, johtamiseen ja osaamisen kehittämiseen. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 40 – 41.)

Työterveyslaitos määrittelee työhyvinvoinnin turvalliseksi, terveelliseksi ja tuottavaksi työksi, jota ammattitaitoiset työntekijät tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa. Työntekijät ja työyhteisöt kokevat työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi sekä omaa elämänhallintaansa tukevaksi. Työhyvinvointi viittaa työntekijän kokemukseen, johon vaikuttaa se miten turvallista ja terveellistä työ on, kuinka hyvin johdettua ja organisoitua työ on, miten tehokkaasti työssä hallitaan muutoksia, minkälaista tukea yksilö saa yhteisöltä ja miten merkitykselliseksi ja palkitsevaksi yksilö kokee työnsä ammattitaito- ja tuottavuusvaatimukset huomioon ottaen. (Anttonen & Räsänen 2009, 18.)

Otala 2003 määrittelee työhyvinvoinnin työntekijän ja työyhteisön jatkuvaksi kehittymiseksi siten, että jokaisella on mahdollisuus olla mukana onnistumassa ja tuntea työn iloa. Työhyvinvointia lisää työntekijöiden tietoisuus työn tavoitteista. Työhyvinvointia lisää hyvä työn organisoiminen, jolloin jokainen työntekijä tietää omat tehtävänsä ja vastualueensa. Työhyvinvointi parantaa suoraa työn tuottavuutta vähentämällä sairauspoissaoloja. Työhyvinvointi vaikuttaa työn laatuun ja hyvinvointi työssä heijastuu asiakastyytyväisyyteen. (Otala 2003, 14; Holopainen & Hakulinen & Väistö 2004, 13.)

Utraisen ja Kynkään (2008, 41 - 43) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oli mukana 21 tutkimusta. Tutkimuksista suurin osa oli tehty Yhdysvalloissa vuosien 1997 - 2006 välisenä aikana. Osassa tutkimuksia oli keskitytty tarkastelemaan vain joitain tekijöitä työhyvinvoinnissa kuten eettistä ilmastoa, hoitotyön organisointia tai arvoja. Osa tutkimuksista oli pyrkinyt löytämään yleisemmin asioita jotka vaikuttavat hoitajien työhyvinvointiin. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta Utrainen ja Kyngäs ovatkin kiteyttäneet hoitajien työhyvinvoinnin ja siihen vaikuttavat tekijät kolmeen osa-alueeseen: yhteisöllisyyteen, potilashoittoon ja työn organisoimisen tapoihin.

Yhteisöllisyys sisältää toimivat suhteet työkavereihin, yhteenkuuluvaisuuden tunteen ja vertaisuuden kokemuksen. Työyhteisön ilmapiiri ja eettisyys vaikutta-

vat myös työhyvinvointiin. Vuorovaikutuksen ja kommunikaation tulee toimia ja tiimityön tukea yhteisöllisyyttä. Potilashoito sisältää potilastyön merkityksellisyyden ja mahdollisuuden hoitaa potilaita korkeatasoisesti sekä kokemuksen hyvin tehdystä työstä. Lisäksi inhimillinen yhteys ja hyvät suhteet potilaisiin lisäävät työhyvinvointia. Työn ja kodin yhteensovittaminen ja tasapainoinen työtaakka ovat työhyvinvoinnin kannalta hyvin tärkeitä asioita. Työn organisointi ja esimieheltä saatu tuki, työn vaihtelevuus ja autonomia työyhteisössä, työntekijän ammatilliset kehittymismahdollisuudet ja palkka vaikuttavat sekä kokonaisuutena että erikseen työhyvinvointiin. Kaiken tämän lisäksi hoitotyön tulee olla tarkoituksenmukaista. (Utriainen & Kyngäs 2008, 43 - 45.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (2006) todetaan resurssivajauksen, esimerkiksi hoitohenkilökunnan tai lääkäreiden puutteen, vaikeuttavan muiden ammattiryhmien työtä osastolla. Koko osastotyön kulku kärsii myös laitoshuoltajien, sairaala-apulaisten, osastonsihteereiden, konekirjoittajien ja tekstinkäsittelijöiden vajauksesta sekä sijaisuuksista ja uusien työntekijöiden opastamisesta. Työn sujuminen kärsii, koska uusien työntekijöiden perehdyttämiselle ei ole resursseja. Kiire osastoilla aiheuttaa työntekijöille aikapaineita eikä edes lakisääteiselle ruokatauolle tahdo löytyä aikaa. Lisäksi lepo- tai ruokailutilan käyttö ajoittain neuvottelutilana sekä potilaiden ja omaisten keskeytykset tauon aikana kuormittivat työntekijöitä.

4 TURVALLISESTI KOTIIN -PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Projektin työkehittämisen välineenä

Hanke eli projekti on aikataulutettu, tietyillä panoksilla kestäviin tuloksiin pyrkivä tehtäväkokonaisuus, jonka toteuttamisesta vastaa sitä varten perustettu organisaatio. Jokaisella hankkeella on omat tavoitteet. Niillä kuvataan sitä muutosta, joka hankkeella pyritään aikaansaamaan sen hyödynsaajien kannalta. Vaikka kehityshankkeella yleensä pyritäänkin pitkäaikaiseen tulokseen, on sitä varten toteutettava hanke itsessään kertaluontoinen ja kestoltaan rajattu. (Silfverberg, 5.)

Työyhteisössä projektit ovat keino tietoisesta kehittämisestä aikaansaamiseen ja tukemiseen. Kehittämisellä tarkoitetaan uudistamista, joka ilmenee rakenteissa, toimintatavoissa, johtamisessa, kulttuurissa ja henkilöstössä. Toimintoja ja sisältöjä on kehitettävä niiden ihmisten kanssa joita ne koskevat. Kehittämisen ei tulisi olla itsetarkoitus vaan sen tarkoituksena on vahvistaa työyhteisön toimintaa. (Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 19.)

Projektimuotoinen työskentely tarkoittaa ihmisresurssien ja aineellisten ja rahallisten resurssien hyödyntämistä suunnitellusti ja organisoidusti. Projektissa käydään läpi hyvin jäsenelty prosessi, joka johtaa ideasta sen toteutumiseen. Tarkoituksena on lyhentää aikaa ja kustannuksia joita tarvitaan sekä laadullisesti että määrällisesti laadukkaan muutoksen aikaansaamiseksi. (Löw 2002, 16.)

Arvioinnilla tarkoitetaan projektin onnistumisen selvittämistä. Arviointi on systemaattista toimintaa, jonka avulla saadaan arvokasta tietoa projektin toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. Arviointi ajoittuu yleensä projektin toteuttamis- tai päättämisvaiheeseen. Arviointia voidaan toteuttaa ennakoarviointina, toimeenpanon aikaisena arviointina tai jälkiarviointina. Arviointi voidaan suorittaa joko itsearviointina tai ulkopuolisena arviointina. Arviointiaineisto voi olla subjektiivista kuten haastattelut ja kyselyt tai objektiivista kuten tilastot tai sekä

subjektiivista että objektiivista. Tärkeintä on saada projektin merkityksestä mahdollisimman luotettava käsitys. Projektin luonne ja toteutustapa ratkaisevat milaista lähestymistapaa käytetään. Itsearviointilla tarkoitetaan projektiorganisaation jäsenten itse toteuttamaa oman toiminnan kriittistä arviointia, joka on systemaattista. (Paasivaara ym. 2008, 140 - 141.)

4.2 Projektin toimintaympäristö

Projektin tavoitteena on luoda toimiva kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalan ja Oulun kaupungin kotihoidon välille. Tiiviinä yhteistyökumppanina kotiutuksissa on myös sosiaalityö.

Oulun kaupunginsairaala (OKS) edustaa vanhustenhuollossa uutta Oulun mallia, jossa ikääntyneiden akuutti- ja tutkimussairaala on eriytetty pitkäaikaishoidosta. Sairaala antaa ympärivuorokautista, lyhytaikaista sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Potilaat koostuvat pääasiassa yli 60-vuotiaista oululaisista. Oulun kaupunginsairaalassa noudatetaan vanhustyön eettisiä periaatteita. Työn tavoitteena on yksilöllinen ja laadukas potilaan hoitaminen, johon pyritään kuntouttavan hoitotyön ja moniammatillisen tiimityön avulla. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on tukea potilaan oman elämän hallintaa ja selviytymistä. Sairaalassa on viisi osastoa, joissa on yhteensä 170 sairaansijaa. Osastojen henkilökunta koostuu palveluesimiehistä, lääkäreistä, sairaanhoitajista, lähi- ja perushoitajista, fysioterapeuteista, osastofarmaseuteista, osastosihteereistä ja sairaalapulaisista. Lisäksi vuodeosastoilla on käytössään ravitsemusterapeutin, hygieniahoitajan, toimintaterapeutin, sairaalapastorin ja kotiutuskoordinaattorin palvelut. Kotiutuskoordinaattori on mukana haasteellisissa kotiutuksissa. Hän kartoittaa, arvioi ja koordinoi palveluja, joiden avulla potilas selviytyy omassa kodissaan.

Psykogeriatrisella osastolla A1 on 28 potilaspaikkaa. Osastolla hoidetaan ensisijaisesti potilaita, joilla on erilaisia muistin ja mielenterveyden häiriöitä. Hoidon tavoitteena on potilaan tilan parantuminen ja kotiutuminen tai potilaan siirtymi-

nen jatkohoitopaikkaan. Osasto A2 (35+1 potilaspaikkaa) on palliatiivisen hoidon osasto, jossa hoidetaan saattohoitopotilaita sekä jatkohoitopaikkaa odottavia potilaita. Osasto A3 on 28 potilaspaikkainen päivystysosasto, joka sisältää viiden potilaspaikan tarkkailuyksikön. Potilaat tulevat osastolle yhteispäivystyksestä tai omalääkärin läheteellä. Hoidon tavoitteena on potilaan akuutin sairauden hoitaminen ja kuntoutuminen kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Kuntoutusosastolla B2 (39 potilaspaikkaa) hoidettavista potilaista suurin osa kuuluu kahteen pääryhmään. Osa potilaista tarvitsee neurologista kuntoutusta aivoverenkiertohäiriön jälkitilan, esimerkiksi toispuolihalvauksen hoitoon. Ortopedisistä potilaista suurimman ryhmän muodostavat lonkka- tai polvileikkauksessa olleet potilaat. Valtaosa potilaista tulee jatkohoitoon Oulun yliopistollisesta sairaalasta ja pienempi osa laituskuntoutusjaksolle kotoa. Osasto B3 (40 potilaspaikkaa) on ikääntyneiden potilaiden sisätautisairauksien hoitoon erikoistunut vuodeosasto. Potilaat tulevat osastolle yhteispäivystyksestä tai jatkohoitoon ja -tutkimuksiin yliopistosairaalasta. Osa sairaalan potilaista tulee läheteellä terveysasemilta.

Kotihoito tarkoittaa kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa sekä muita kotona selviytymisen tueksi tarjottavia tukipalveluja. Kotihoidon palveluja voi saada tilanteessa jossa kotona selviytyminen on vaikeutunut vanhuuden, sairauden, vammaisuuden tai jonkin muun syyn takia. Kotihoidon palveluja voi saada ympäri vuorokauden seitsemänä päivänä viikossa. Oulun kaupungissa kotihoito on jaettu pohjoiseen ja eteläiseen kotihoitoon ja edelleen 11 alueeseen.

TEHKO eli tehostetun kotihoidon palveluyksikkö tarjoaa turvapalvelua, yöpartio-toimintaa sekä kotiutustiimin toimintaa. Tehostettu kotihoito on ympärivuorokautista sairaanhoidoa ja kotipalvelua. Kotiutustiimi on Oulussa verraten uusi palvelumuoto, jonka tarkoituksena on tukea ikäihmisen kotona selviytymistä kotihoitoa intensiivisemmin muutamasta päivästä viikkoon kestäväen ajanjakson ajan. Kotiutustiimi voi toimia tukena asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotiin, mikäli tavallisen kotihoidon ei katsota olevan riittävä tukimuoto. Asiakkuus voi alkaa myös yhteispäivystyksen tai ensihoitoyksikön yhteydenoton perusteella niin iltaisin, öisin kuin viikonloppuisinkin, jolloin kotiutustiimi mahdollistaa hoidon jatkumisen kotona, mikäli asiakkaan vointi sen sallii. Näin vältetään turhilta sairaalapäiviltä. Kotiutustiimin toimintaan kuuluu myös kuntouttavaa hoitoa ja tarvitta-

essa apuväline- ja asunnonmuutostöiden arviointia tiimin fysioterapeutin toimesta.

Oulussa ikäihmisille (yli 65-vuotialle) suunnatut sosiaalityönpalvelut on jaettu asuinalueen mukaan seitsemään eri alueeseen. Alle 65-vuotiaiden sosiaalityö on keskitetty yhdelle sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijät vastaavat omais- ja kotihoidontuesta, sosiaalihuoltolain mukaisista kuljetuspalveluista ja pienimuotoisista asunnonmuutostöistä. He auttavat edunvalvontaan liittyvissä kysymyksissä, sosiaaliturvaan ja palveluihin liittyvissä ongelmissa ja ovat mukana palvelukoti- ja laitoshoitoon liittyvissä arvioinneissa SAS (selvitä, arvioi, sijoita) –ryhmän kanssa. He tuovat asiantuntemuksensa asiakkaan palveluihin sosiaalityön näkökulmasta. Sosiaalityö tapahtuu yhteistyössä ikääntyneen omaisten kanssa. Tarvittaessa sosiaalityöntekijät tekevät myös kotikäyntejä. Toukokuusta 2011 alkaen on Oulun kaupunginsairaalassa oma sosiaalityöntekijä.

4.3 Projektioorganisaatio

Projektioorganisaation muoto riippuu usein projektin luonteesta. Tavanomaiseen projektioorganisaatioon kuuluu ainakin projektipäällikkö, ohjausryhmä, projektiryhmä ja erilaisia työryhmiä. (Lööv 2002, 28.)

Tässä projektissa päätimme jakaa projektipäällikön tehtävät kummankin projektinvetäjän kesken. Kävimme keskustelua siitä pitäisikö toinen nimetä varsinaiseksi projektipäälliköksi, mutta luovuimme ajatuksesta koska kehittämistyö ja siten myös vastuu projektin etenemisestä on yhteinen. Projektipäällikkö on yksi projektin keskeisimmistä menestystekijöistä ja projekti usein henkilöityy vetäjäänsä. Projektipäällikkö vastaa projektin toiminnasta suhteessa projektin asettajaan, rahoittajaan, omaan projektiin sekä projektin henkilöstöön ja julkisuuteen. Projektin kokonaisuuden hallinta on projektipäällikön päätehtävä. Hän varmistaa, että työtä tehdään tavoitteiden mukaisesti, toimintatavat ovat tehokkaita ja juuri kyseiseen projektiin parhaiten sopivat. (Paasivaara ym. 2008, 110 - 111.)

Projektin suunnitteluvaiheessa me projektin vetäjät (projektipäälliköt) kävimme keskustelua siitä, mikä olisi sopiva projektiryhmän koko ja ketä ryhmään kutsutaisiin. Soitimme kotihoitoon palveluesimies Raija Äijälälle ja hän ehdotti kotihoidon puolelta projektiryhmään sopivaa hoitajaa. Kaupunginsairaalassa osastomme palveluesimies oli kertonut projektistamme palveluesimiesten johtoryhmässä ja hänen kanssaan käydyn keskustelun pohjalta päädyimme pyytämään hoitajia jokaiselta osastolta mukaan projektiryhmään. Lisäksi lähetimme sähköpostia tehostetun kotihoidon ja sosiaalityön palveluesimiehille ja pyysimme heitä suosittelemaan työntekijää projektiryhmään.

Projektiryhmään lähtivät mukaan sairaanhoitaja Eeva Markus A1:lta, sairaanhoitaja Jaana Tervaskanto A3:lta, sairaanhoitaja Anna Rautiainen A3:lta, sairaanhoitaja Suvi Penttilä-Sirkka B2:lta, fysioterapeutti Soili Viholainen B2:lta, sairaanhoitaja Erja Tihinen-Tolppa kotiutustiimistä, terveydenhoitaja Annika Ollila kotihoidosta, terveydenhoitaja Heidi Kuukasjärvi kotihoidosta ja kotiutuskoordinaattori Mervi Heikkilä (kts. taulukko 1).

Projektiryhmän suuresta koosta keskustelimme opinnäytetyön ohjaajiemme kanssa, mutta päädyimme siihen tulokseen, että toimiakseen projektiryhmässä on oltava mahdollisimman kattava edustus kaikista kotiutuksiin osallistuvista tahtoista. Näin saimme näkökulmaa eri toimijoiden tarpeista sekä lisäksi tietoa jo olemassa olevia kotiutuskäytäntöjä eri osastoilta. Lisäksi tieto projektiryhmässä esiin tulleista asioista kulki työntekijöiden myötä eri toimipisteisiin.

Projektin ohjausryhmäksi saimme geriatrian erikoislääkärin Amaniitta Törmäkankaan, palveluesimies Eeva Maija Kivelän A3:lta, palvelujohtaja Rita Oinaan kotihoidosta, palvelupäällikkö Päivi Sydänmaan kotihoidosta, palvelupäällikkö Leena Karjalaisen kaupunginsairaalaista ja palveluesimies Raija Äijälän kotihoidosta. Ohjausryhmä nimitetään projektin käynnistyessä. Projektille perustetaan yleensä hankkeen tärkeimmistä rahoittaja- ja sidosryhmistä koostuva ohjausryhmä (ryhmää kutsutaan usein myös johtoryhmäksi). Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa hankkeen edistymistä, arvioida hankkeen tuloksia, hoitaa koordinoivia ja tiedonkulkua tärkeimpien sidosryhmien ja projektin välillä sekä tukea pro-

jektipäällikköä suunnittelussa ja projektin strategisessa johtamisessa. (Silfverberg, 49.)

Taulukko 1. Turvallisesti kotiin – projektin projektiorganisaatio

Projektin asettaja Oulun kaupunginsairaalan palvelupäällikkö Karjalainen Leena
Projektin vetäjät: Sh Ahlroth Mari ja Sh Huotari Johanna
Projektiryhmä Sh Markus Eeva (A1) Sh Rautiainen Anna (A3) Sh Penttilä-Sirkka Suvi (B2) Sh Tervaskanto Jaana (A3) Ft Viholainen Soili (B2) Sh/th Heidi Kuukasjärvi kotihoito Sh Ollila Annika kotihoito Th Heikkinen Mervi kotiutuskoordinaattori Sh Tihinen-Tolppa Erja Tehko-tiimi
Ohjausryhmä Geriatrian erik.lääk. Törmäkangas Amaniitta Palveluesimies Kivelä Eevamaija (A3) Palvelujohtaja Oinas Rita Palvelupäällikkö Sydänmaa Päivi Palvelupäällikkö Laivamaa Salme Palvelupäällikkö Karjalainen Leena Palveluesimies Äijälä Raija (kotihoito)
Tukiryhmä Yliopettaja Paldanius Anneli Yliopettaja Paloste Airi Yliopettaja Rissanen Lea Opettaja Kati Utriainen OKS os. A1 henkilökunta

4.4 Projektin toteutus

Ennen projektiryhmän kokoontumisia suunnittelimme projektin etenemisen projektisuunnitelmassa. Samalla olimme luonnostelleet avoimen tiedonkeruulomakkeen. Projektin eteneminen on esitetty kuviossa 1. Projektiryhmää kootessamme sovimme sen kokoontuvan kolmesta neljään kertaa ja lisäksi käytävän tarvittaessa sähköpostitse yhteydenpitoa. Suuren projektiryhmän kokoukset ovat myös palkkakuluja ajatellen kalliita, joten tästäkin syystä päätimme pidättäytyä maksimissaan neljässä kokouksessa. Arvio projektin kuluista liitteenä (Liite 1).

Lähetimme kutsut projektiryhmän kokouksiin sähköpostitse. Suuren projektiryhmän osalta yhteisen ajan löytyminen todettiin haastavaksi, joskin ensimmäistä kokousta lukuun ottamatta projektikokousten ajat tiedotettiin hyvissä ajoin jotta mahdollisimman moni pääsisi mukaan.

Ensimmäinen projektiryhmän kokous pidettiin 15.12.2010 kaupunginsairaalan ryhmätiloissa (liite 2). Kokouksessa esittelimme projektisuunnitelman, jonka kaikki osallistujat olivat saaneet ennakkoon myös sähköpostitse. Osa projektiryhmäläisistä kommentoi projektisuunnitelmaa sähköpostitse, koska eivät päässeet paikalle. Kokouksessa nousi esille korjausehdotuksia projektisuunnitelmaan. Osa osastojen esittelyistä oli epätarkkoja ja niitä toivottiin tarkennettavan. Jonkin verran projektisuunnitelmassa oli myös toistoa, joka korjattiin. Lisäksi esille tuotiin Sakke-hanke, jonka yhteydessä kotiutusta oli jo kehitetty ja todettiin siitä saatua tietoa olevan viisasta käyttää.

Ensimmäisen kokouksen pääpaino oli henkilöstölle suunnatussa tiedonkeruulomakkeessa. Projektiryhmä antoi palautetta lomakkeesta, jota muokattiin palautteen johdosta. Kysymysten sanamuotoja muokattiin ja muutama kysymys yhdistettiin. Kokouksessa todettiin tiedonkeruulomakkeen olevan laajan ja vastaamisen aikaa vievää. Keskustelun tuloksena luovuttiin ajatuksesta lähettää lomake koko henkilöstölle. Projektiryhmä päätti lähettää tiedonkeruulomakkeen

palveluesimiehille ja pyytää heitä huolehtimaan, että yhdestä kahteen henkilöä osastolta tai tiimistä vastaisi kyselyyn.

Projektiryhmä kokoontui toisen kerran 25.1.2011 jälleen kaupunginsairaalan kokoustiloissa (liite 3). Kokouksessa käytiin läpi henkilökunnalle tehdyn kotiutus-kyselyn alustavia vastauksia. Todettiin että vastauksia oli palautunut hyvin ja ne olivat sisällöltään laajoja. Kyselystä esille nousseet asiat herättivät laajasti keskustelua projektiryhmässä. Osaan esille nousseista haasteista ryhdyttiin miettimään ratkaisuja ja kokouksessa alkoi hahmottua millaista kehittämistä kotiutukseen liittyen projektiryhmä lähtee ehdottamaan. Kokouksessa todettiin myös yhteisten palaverien tarpeellisuus yhteistyön kehittämiseksi koska keskusteltavia asioita on paljon. Todettiin, että yhteinen koulutuspäivä olisi tarpeen. Sovittiin, että projektin vetäjät tekevät sisällön analyysin saaduista vastauksista seuraavaan projektiryhmän kokoukseen.

Kolmas ja samalla viimeinen projektiryhmän kokous pidettiin 4.4.2011 kaupunginsairaalamme (liite 4). Kokouksen aluksi käytiin läpi kotiutuskyselyn tulokset. Tämän jälkeen siirryttiin käsittelemään tulosten pohjalta esiin nousseita kehitysehdotuksia kotiutuksiin liittyen. Kokouksessa päädyttiin lisäämään toimintamallin kohtaan ”kotoa sairaalaan tultaessa”, liitteeksi ohje, kuinka kotipalvelujen laatu ja määrä löytyvät Effica:sta. Tältä osin suunnitelmaa jouduttiin kuitenkin myöhemmin muuttamaan. Tällä hetkellä kaupunginsairaalan työntekijöiden käyttöoikeudet eivät riitä kotipalveluiden määrän ja laadun tarkasteluun. Tarkoituksena on selvittää, voisiko käyttöoikeutta siltä osin laajentaa.

Kokouksessa selvennettiin myös paikka, johon Effica:ssa kirjataan lähtötilanne sairaalaan siirryttäessä. Lisäksi tarkennettiin ohjetta tavaroista, jotka tulisi olla mukana sairaalaan lähdetäessä. Päädyttiin myös lisäämään omaisten roolin merkitystä toimintamallin kohtaan ”sairaalaan kotiutuessa”. Muutoinkin keskusteltiin omaisten mukana olosta ja heidän vastuun ottamisen tukemisesta.

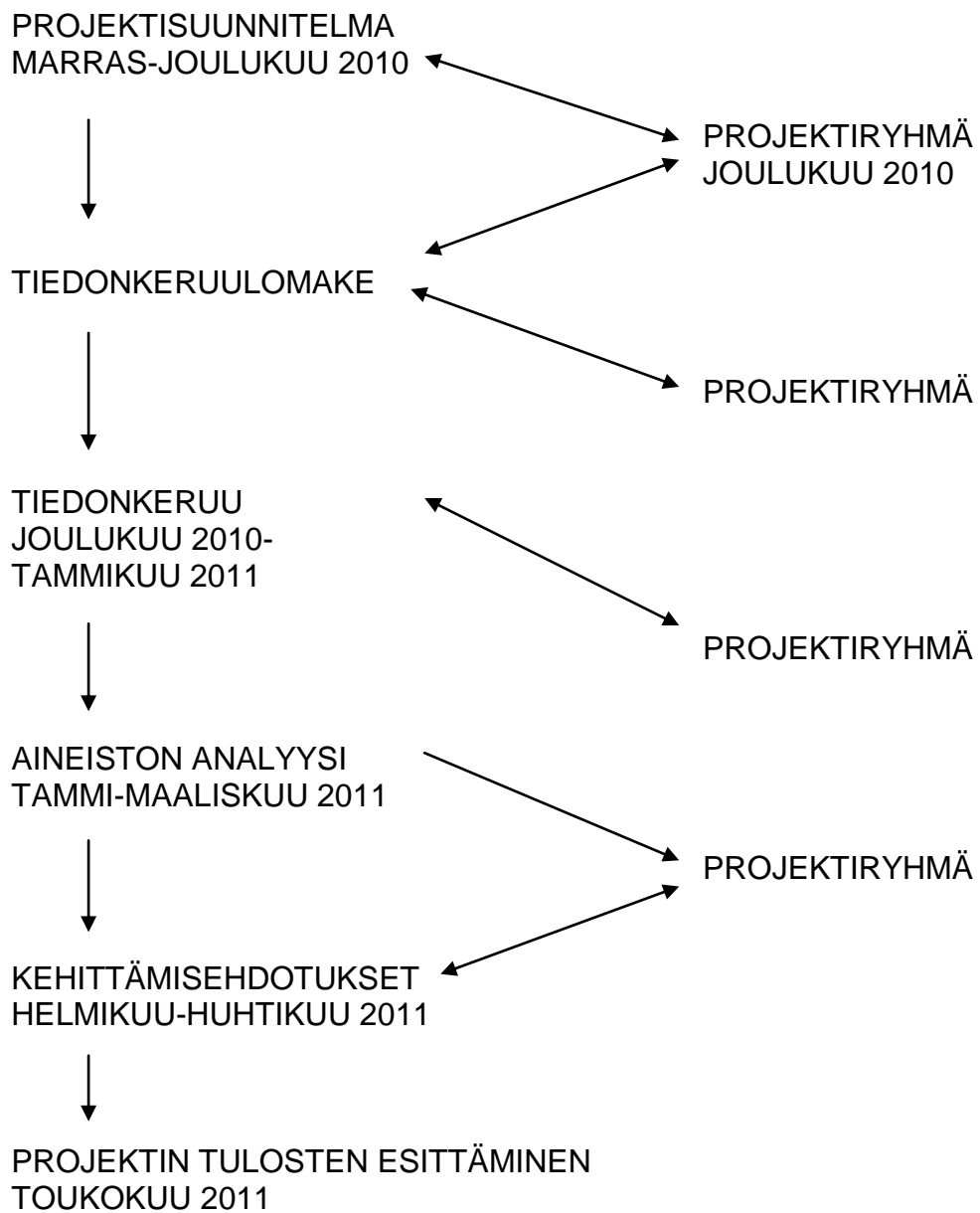
Kotiutusvastuuhenkilöiden kokoontumisia kannatettiin. Keskusteltiin mahdollisuudesta osallistua esimiesten yhteistyöpalaveriin, mutta todettiin palaverit myös työntekijätasolla tarpeellisiksi. Palaverit päätettiin pitää puolivuositain ja

jokainen vastuhenkilö kerää omasta työyhteisöstään esille nousseita asioita yhteiseen keskusteluun. Alkuun koollekutsujina toimivat projektin vetäjät. Sovittiin, että esimiesten yhteistyöpalaveriin osallistuu henkilö sekä kotihoidosta, TEHKO:sta että sairaalasta. Ehdotettua kotiutusfraasia tarkennettiin. Turvapu- helin ja kulunvalvonta olivat jääneet listasta pois. Sopiva paikka kotiutusfraasille herätti keskustelua. Päädyttiin käyttämään tiivistelmää mikäli siihen saadaan kyseinen fraasi muodostettua. Koulutusiltapäivän palveluohjausmallin esittelijäs- tä keskusteltiin Yhdistäisin nämä lauseet esim. Palaverissa keskusteltiin kenen olisi parasta esittää malli koulutuksessa ja todettiin että mallia on parasta esitel- lä henkilö joka sen kunnolla tuntee.

Koska viimeiseen projektiryhmän kokoukseen ei päässyt osallistumaan kaikki projektiryhmäläiset, päädyimme lähettämään kehittämis ehdotukset sähköpostit- se heille kommentoitavaksi. Vastauksia tuli kaksi. Muokkasimme kehittämis eh- dotuksia näiden kommenttien pohjalta.

Tapasimme kaupunginsairaalan palvelupäällikön Leena Karjalaisen 18.4.2011. Kävimme läpi kehittämis ehdotukset ja teimme jälleen tarkennuksia toimintamal- liin. Tässä palaverissa saimme tietää, että kaupunginsairaala saa toukokuusta 2011 alkaen takaisin oman sosiaalityöntekijän. Tämä tieto lisättiin toimintamal- liin. Keskustelimme lisäksi toukokuun koulutusiltapäivästä ja kävimme läpi kou- lutuksen rungon. Leena Karjalainen lupautui avaamaan tilaisuuden. Hän lupasi myös huolehtia pullakahvien tilaamisesta koulutusiltapäivään. Sovimme laati- vamme kutsun koulutusiltapäivään ja Leena Karjalainen lupautui huolehtimaan sen jakelusta. Mietimme mahdollista osallistujamäärää ja päädyimme pyytä- mään ilmoittautumiset sähköpostitse 6.5.2011 mennessä.

Päädyimme pyytämään kotihoidon palvelutarpeenarvioiteja tekevää hoitajaa esittelemään palveluohjausmallia koulutusiltapäivässä. Virpi Salmi lupautui tä- hän tehtävään. Hän toi esille ajatuksen, että koulutusiltapäivässä voisi puheen- vuoron käyttää myös kaupunginsairaalan kotiutuskoordinaattori ja henkilö TEH- KO -tiimistä. Ajatus oli meistäkin hyvä, joten pyysimme kotiutuskoordinaattori Mervi Heikkilää pitämään puheenvuoron ja hän lupautui. Saimme myös kotiu- tustiimistä puheenvuoron. Koulutusiltapäivän ohjelma on liitteenä. (Liite 5)



Kuvio 1. Projektin eteneminen

4.5 Kotiutuskyseily ja sen analysointi

Keräsimme tietoa tämänhetkistä kotiutuskäytännöistä ja kehitysehdotuksia kotiutuksiin liittyen niihin osallistuvilta henkilöiltä. Aineisto kerättiin avoimella tiedonkeruulomakkeella (Liite 6) joulukuun 2010 ja tammikuun 2011 aikana. Kyselyn lähetimme sähköpostitse Oulun kaupungin kotihoidon ja Oulun kaupungin sairaalan osastojen palveluesimiehille. Heitä pyysimme huolehtimaan, että jokaisesta yksiköstä kaksi henkilöä vastaisi kyselyyn. Päädyimme projektiryhmässä pyytämään kahta vastaajaa jokaista yksikköä kohti, jotta saisimme vastauksia jokaisesta yksiköstä, mutta tiedonkeruu ei kuormittaisi kohtuuttomasti työyhteisöjä. Sosiaalityöntekijöille laitoimme kyselyn jokaiselle henkilökohtaisesti sähköpostilla. Vastaajat palauttivat lomakkeet sisäisessä postissa. Vastauksia saimme yhteensä 35. Vastaukset jakautuivat melko tasaisesti kotihoidon ja osastojen välillä. Sosiaalityöstä emme saaneet yhtään vastausta. Kaupungin sairaalan osastoilla osa oli vastannut kyselyyn yhteisesti.

Aineistonkeruumenetelmänä kyselyssä on sekä etuja että haittoja. Kyselyn hyviä puolia on että sillä voidaan kerätä laaja aineisto, kyselyn voi lähettää monelle tiedonantajalle ja kysymyksiä voi olla useita. Kysely säästää myös tutkijan aikaa ja on aineistonkeruumenetelmänä esimerkiksi haastattelua vaivattomampi. Kyselyn haittapuolina voidaan nähdä epävarmuus siitä kuinka todesta vastaajat ovat kyselyn ottaneet ja kuinka perehtyneitä he ovat kyselyn aihealueeseen. Ongelmana kyselyssä saattaa olla myös kato vastauksissa. Tämä ongelma on kuitenkin yleensä vähäisempi mikäli vastaajat kokevat kyselyn aiheen itselleen tärkeäksi. Hyvän ja kattavan kyselyn tekeminen vaatii tekijöiltään tietoa ja taitoa. Kysymyksille tulee löytyä perustelu tutkimuksen viitekehuksesta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 184 - 185; Tuomi & Sarajärvi. 2009, 75.)

Kyselystä saadut vastaukset käsittelimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällön analyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 111.) Aluksi kirjoitimme kaikki vastaukset auki kysymyksittäin. Aukikirjoitettuja vastauksia tuli 34 sivua rivivälin ollessa yksi ja fonttikoon 12. Luimme saadut

vastaukset läpi lukuisia kertoja ja muodostimme kokonaiskuvaa vastauksista. Yhtenä vaihtoehtona pidimme aineiston käsittelemistä kysymyksittäin, mutta luovuimme siitä. Päädyimme käsittelemään aineistoa yhtenä kokonaisuutena. Pelkistimme eli redusioimme aineiston: poimimme tutkimustehtävien mukaan tutkittavan ilmiön kannalta oleelliset asiat, esimerkiksi aineiston pelkistämisestä taulukossa 2. Käytännössä tulostimme kaikki saadut vastaukset ja poimimme mielestämme oleelliset sanat, lauseet tai virkkeet. Läpikävimme saatuja vastauksia kumpikin erikseen sekä lisäksi yhdessä. Samaan aikaan kävimme keskustelua vastauksista ja peilasimme omia näkemyksiämme saaduista vastauksista keskenämme.

Alkuperäinen lause	Pelkistetty ilmaisu
"Iso ongelma on se, että sairaalasta soitetaan uudenkin asiakkaan kotiutuksessa samana päivänä ja vaaditaan arviokäyntiä heti kotiutuessa, mikä ei ole useinkaan mahdollista muiden töiden takia."	Soitetaan samana päivänä.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Tämän jälkeen ryhmittelimme eli klusteroimme aineiston: kävimme läpi aineistosta esiinnousseet asiat ja jaoimme ne sisältönsä mukaan alaluokkiin, jotka nimesimme luokan sisältöä kuvaavalla tavalla. Luokkia muodostui 15. Seuraava esimerkki kuvaa alaluokkien muodostamista (taulukko 3).

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
soitetaan samana päivänä	varhainen yhteydenotto
ilmoitetaan paria päivää aiemmin	
ei pikaisia kotiutuksia	
yhteydenpito	

Taulukko 3. Esimerkki alakategorian muodostamisesta

Kävimme läpi näin muodostetut luokat uudelleen ja kokosimme yhteen laajemmin samaa tarkoittavat luokat yläkategorioiksi, jotka nimesimme sisällön mukaan. Alla on esimerkki yläkategorioiden muodostamisesta.

Alakategoria	Yläkategoria
viestintävälineet	tiedonkulku
tavoitettavuus	
kirjaaminen	

Taulukko 4. Esimerkki yläkategorioiden muodostamisesta

4.6 Tiedonkeruun luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkija ja tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Samoin kriteerein arvioimme seuraavassa tässä opinnäytetyössä tehtyä tiedonkeruuta ja saatujen vastausten sisällönanalyysiä.

Laadullisen tutkimuksen pätevyys eli validiteetti toteutuu, jos tutkimuksella saadaan tietoa tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimuksen pätevyyttä lisää monipuolinen aineiston keruu ja jatkuvan vertailun käyttö tutkimusanalyysin aikana. (Krause & Kiikkala 1996, 72.) Käsittelimme tiedonkeruulomaketta projektiryhmässä ja pyrimme asettamaan kysymykset siten, että vastaajat ymmärtävät heille esitetyt kysymykset. Saimme siis palautetta ja pystyimme muokkaamaan tiedonkeruulomaketta selkeäksi. Jotkut esitetyistä kysymyksistä kysyivät samaa asiaa eri kannoilta. Vastaajien voitiin olettaa ymmärtäneen kysymykset, koska vastaukset olivat samansuuntaisia. Muutama vastaaja koki saman asian kysymisen eri kannalta epämieluisana ja kommentoi sitä vastauksessaan. Useimmat vastaajat kuitenkin käyttivät sen mahdollisuutena tarkastella asiaa hieman eri näkökulmista. Vastauksissa oli myös paljon yhteneväisyyk-

siä eri vastaajien kesken, mistä voidaan päätellä että vastaajat ymmärsivät heille esitetyt kysymykset. Tutkimuksen pätevyyttä tarkastellessa voi huomata saatujen vastausten olevan yhteneväisiä aiemmin aiheesta saatujen tutkimustulosten kanssa.

Pohdimme pitkään työssä käytettävää aineistonkeruumenetelmää. Haastatteleamalla tiedonantajia olisimme mahdollisesti saaneet lisää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tiedonkeruulomakkeen lähettämällä tavoitimme kuitenkin laajan joukon työntekijöitä eri toimipisteistä. Lisäksi tiedonkeruulomakkeen avoimet kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden osoittaa, mikä tutkittavassa aiheessa on tärkeää ja millaisia tunteita aiheeseen liittyy (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004, 184,190.) Myös projektiryhmä toimi koko prosessin ajan tiedonantajana. Projektiryhmään kuului henkilöstöä eri toimipisteistä, jolloin usean työyhteisön ääni tuli kuulluksi läpi prosessin.

Sisällönanalyysiä pidetään vaativana analyysimenetelmänä, mutta silti se on käyttökelpoinen menetelmä monissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa edellyttäen tutkijan huolellista ja systemaattista analyysiä tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 11.) Aineiston analyysi oli haastavaa ja aikaa vievää. Kummallakaan meistä ei ollut juuri aiempaa kokemusta sisällönanalyysistä, joten työtä oli tehtävä paljon. Kokeneempi tutkija olisi kenties saanut aineistosta enemmän irti. Toisaalta yhtä oikeaa vastausta ei sisällönanalyysissä ole. Sisällönanalyysin luotettavuutta lisää se, että analyysiä tehtiin useamman henkilön toimesta (Hirsjärvi ym 2004, 218). Koko prosessin ajan oli mahdollista käydä keskustelua analyysiprosessista. Projektiryhmän jäsenet toimivat myös eräänlaisina arvioijina tehdylle sisällönanalyysille käymissämme keskusteluissa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa arvioidaan miten tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta. (Krause & Kiikkala 1996,72; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213.) Saamamme tutkimustulokset vastasivat tutkimuskysymyksiimme.

Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkija ei saa vahingoittaa tutkimuksellaan tiedonantajaa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 39.) Lähetimme avoimet tiedonkeruulomakkeet esimiehille ja pyysimme heitä huolehtimaan, että jokaisesta työyhteisöstä tulisi vastauksia. Emme tiedä tarkemmin kuinka kukin yksittäinen esimies on välittänyt lomakkeet tiedonantajille ja kuinka vapaaehtoista vastaaminen loppujen lopuksi on ollut. Vapaaehtoisuuden kanssa esiintyy ongelmia tutkittaessa muun muassa vallankäyttöä tai epäonnistuneita yhteiskunnallisia tai taloudellisia ratkaisuja. (Uusitalo 1995, 30 - 31.)

Osa työyhteisöistä oli vastannut kysymyksiin yhdessä. Vastauksista kävi hyvin ilmi se että vastaamiseen oli paneuduttu. Ilmeisesti asia koettiin vastaajien kannalta tärkeäksi. Mahdollista on myös se, että esimiehet ovat pyytäneet erityisesti oman työn kehittämisestä kiinnostuneita työntekijöitä vastaamaan. Osassa vastauksista oli käytetty voimakasta kieltä. Tämän katsoimme olevan merkki siitä kuinka voimakkaita tunteita kotiutukset nostattavat kiireisessä työssä.

Aineiston analyysin luotettavuuden lisäämiseksi analyysissä tulee esittää riittävä määrä alkuperäishavaintoja. Näin lukijallekin jää mahdollisuus arvioida luokittelun onnistumista. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 219.) Esimerkkejä valitessamme huolehdimme siitä, että jokaisesta työyhteisöstä oli useampi vastaus. Näin yksittäistä vastaajaa ei voitu tunnistaa. Vastausten teksti oli valtaosin yleiskielistä, joten luultavaa on, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa myöskään sanavalintojen vuoksi.

5 KOTIUTUSKYSÉLYN TULOKSET

Oulun kaupunginsairaalan ja Oulun kaupungin kotihoidon työntekijöille tehdyn kyselyn vastaukset esitämme tutkimuskysymyksittäin. Potilaan hyvää kotiutusta tukevia tekijöitä tiedonantajien mukaan ovat potilaslähtöisyys, hoidon suunnittelu ja moniammatillinen yhteistyö. Kotiutuksiin liittyvät haasteet tiedonantajien mukaan ovat tiedonkulussa ja kirjaamisessa. Kotiutukset vaikuttavat tiedonantajien mukaan työntekijöiden työhyvinvointia kuormittaen, mutta toisaalta ammatillisuus ja selkeä työnjako keventävät työn kuormittavuutta.

5.1 Potilaslähtöisyys

Tiedonantajat pitivät tärkeänä kotiutusten potilaslähtöisyyttä. Vastauksissa tähdennettiin, että potilaan kotikuntoisuus tulisi olla hyvin selvitettyä ja turvaverkostot huomioituna kotiutustilanteessa.

Tiedonantajat kaipasivat tarkempaa varmistamista sille, että potilas kotiutessaan on kotikuntoinen. Todettiin, että sairaalassa toimintakyky heikkenee nopeasti ja kuntouttava työote on merkittävässä roolissa, jotta kotiutus onnistuu. Potilaan kuuntelemista tähdennettiin, jotta saataisiin selville potilaan kotiutuksen onnistumista estävät ja toisaalta tukevat asiat ja pystyttäisiin vastaamaan hänen palvelutarpeeseensa kotona.

”Asiakkaan kotiutuksen lähestyessä osastolla tehostettu kuntoutus. Asiakkaan kunto romahtaa valtavasti sairaalaan jouduttua.” (tehko)

Lisäksi kaivattiin lisää keskustelua siitä, ketkä potilaista eivät tule enää pärjäämään kotona. Toivottiin myös, ettei tarvitsisi rutiininomaisesti kokeilla kotiutuksia maksimikotiavuun. Kaivattiin myös takaisin koekotiutuksia. Niiden uskottiin tuovan potilaille turvallisuuden tunnetta ja kenties mahdollistavan näin useamman kotiutuksen onnistumisen.

”Päästäkseen palveluasumisen tai laitoshoidon jonoon on tehtävä kuitenkin kotiutus maksimi kotiavun turvin. Usein turhaa ajan ja varojen tuhlausta. Potilas on muutaman päivän kuluessa jälleen sairaalassa.”(OKS)

”Potilalle samat kotiutussäännöt omaisista riippumatta. Koekotiutukset? osalle potilaista annetaan lupa, osalle ei, miksi?” (OKS)

Vastauksissa nousi esille myös riittävän ajoissa aloitettu pohdinta kotona pärjäämisestä. Toivottiin, että jo kotihoidosta käsin tehtäisiin nykyistä useammalle potilaalle varhaisemmassa vaiheessa palvelukoti- ja laitospaikkahakemuksia kun huomataan, että tämän kotona selviytyminen on heikentynyt.

”Kotihoidon aktiivinen ote potilaan voinnin seurantaan ja tarvittaessa jatkohoitopaikan hakemiseen.” (OKS)

Potilaan tukiverkkojen huomioiminen nousi vastauksista hyvin esille. Omaisia kaivattiin mukaan kotiutuksen suunnitteluun jo varhaisessa vaiheessa. Toisinaan näkemykset potilaan kotikuntoisuudesta ovat kovin poikkeavat henkilökunnan ja omaisten kesken. Niihin tilanteisiin kaivattiin avointa keskustelua. Etenkin ikääntyneiden omaisten jaksamisen tukemista mietittiin.

”Omaiset voi olla kotiutumisen hidaste / negatiivinen osapuoli, mutta toiset kannustin.” (kh)

5.2 Hoidon suunnittelu

Hoidon suunnittelu jakautui vastauksissa kotiutusprosessiin, potilasohjaukseen ja henkilökunnan perehdytykseen. Tiedonantajat toivoivat kotiutuksen suunnittelun alkamista heti potilaan jouduttua sairaalan. Potilaille toivottiin kotiutusaikataulun alustavaa pohdintaa jo sairaalaan joutumisvaiheessa. Suunnitelmallisuuden puuttumista pidettiin kotiutuksen viivästymisen suurimpana tekijänä. Osalla oli kokemus, että aika ajoin potilas unohtuu sairaalaan.

Jos ei kotiutusta ole ilmoitettu ja suunniteltu ajoissa. Esim. jos asunto ei ole siinä kunnossa, että asiakas kykenee siinä asumaan ja ei ole huolehdittu että remontoidaan. (kh)

Lääkäreiden kiire, potilas voi olla osastolla pitkäänkin ennen kuin jotain tapahtuu. Potilas ”unohtuu” osastolle. (OKS)

Kotiutusprosessiin liittyen tuotiin esille toive yhteydenpidosta puolin ja toisin. Osa kotihoidon henkilökunnasta seurasi potilaan hoitoa Efficalta, osa soitteli ajoittain kuulumisia ja alustavia aikatauluja. Sairaalan puolelta kotihoitoon oltiin yhteydessä lähinnä kyselläkseen aiemmasta kotona pärjäämisestä sekä saaduista tukitoimista. Kotiutumista suunniteltaessa yhteydenotot kotihoitoon lisääntyivät.

Hoitoneuvotteluita toivottiin erityisesti haastaviin kotiutuksiin. Osa tiedonantajista koki, että neuvotteluja pidettiin liian usein: kaikkia hoitoneuvotteluja ei pidetty tarpeellisina. Useampi oli kuitenkin sitä mieltä, että hoitoneuvottuja saisi olla huomattavasti nykyistä enemmän.

”Jos potilas on ollut pitkään sairaalassa pidettäisiin palaveri, jossa mukana omaiset, kotihoito ja sairaalan henkilökunta.” (kh)

”Omaiset haluavat hoitopalavereita pidettävän sairaalassa ennen kotiutumista, vaikka mielestäni ne voisi pitää potilaan kotiutuessa kotiinsa. Kotona selviytymistä pystyy kuvaamaan parhaiten sieltä päin ja näin avuntarve tulee paremmin kartoitettua.” (kh)

Kotiutusprosessista korostui kotiutuksen suunnitelmallisuus ja kotiutuksesta tiedottaminen kaikille osapuolille. Toivottiin, että yhteys kotihoitoon otettaisiin varhain, etenkin uusien potilaiden kohdalla. Sairaalan henkilökunta puolestaan toi esille sen, ettei aina ole mahdollista tietää tulevia kotiutujia etukäteen ja toivoi, että kotihoidolla olisi valmiuksia kotiuttaa potilaita toisinaan lyhyelläkin varoitusajalla. Kodinmuutostöiden ja apuvälinehankintojen toivottiin olevan tehtynä en-

nen kotiutusta. Omaisten mukaan ottaminen kotiutuksen suunnitteluun koettiin myös tärkeäksi.

”Yhteistyö kokonaisuudessa. Iso ongelma on se, että sairaalasta soitetaan uudenkin asiakkaan kotiutuessa samana päivänä ja vaaditaan arviokäyntiä heti kotiutuessa, mikä ei ole useinkaan mahdollista muiden töiden takia.” (kh)

”Ilmoitetaan soittamalla, että asiakas saapuu kotiin tänään klo 13 ja viikonloppu vastassa, lääkitys? hoidot? ruoka? omaiset?(kh)

Hyvä potilasohjaus oli tiedonantajien mukaan myös merkittävä kotiutuksen onnistumisen edellytys. Etenkin iäkkäiden ja muistisairaiden kohdalla potilasohjaukseen ja apuvälineiden käytön opetteluun koettiin menevän paljon aikaa ja opettelu tulisikin aloittaa hyvissä ajoin. Myös omaiset toivottiin huomioitavan ohjauksessa.

Potilasohjaukseen läheisesti liittyvänä asiana esiin nousi tiedonkulku. Tärkeänä pidettiin kirjaamista: mitä ja miten on ohjattu sekä arviota siitä kuinka paljon potilas tarvitsee ohjausta vielä kotiuduttuaan. Tiedonkulku myös hoito-ohjeiden osalta mietitytti vastaajia ja siinä nähtiin kehitettävää.

Uusien työntekijöiden perehdyttämisen tueksi kaivattiin tarkistuslistaa, josta pysyisi varmistamaan, että kaikki kotiutukseen liittyvät asiat tulevat huomioiduksi. Sakke-hankkeen yhteydessä tällainen lista oli aikanaan laadittu, mutta se ei ollut aktiivisessa käytössä. Kyselystä kävi ilmi, että yhdellä osastolla käytössä oli Effica-fraasit kotiutuksen suunnitteluun. Muilla osastoilla fraaseja kaivattiin. Vastauksista nousi esille tarve yhtenäiselle toimintamallille.

”Kunnon ”kotiutusrunko” olisi kyllä hyvä juttu, varsinkin uusille tulokkaille.” (OKS)

”Toivoisin tarkistuslistaa kotiutukseen liittyvistä toimenpiteistä, jotka pitäisi toteuttaa ennen kotiin lähtöä.” (tehko)

”Selkeä toimintamalli kotiutuksiin sairaalan ja kotihoidon välille jota kaikki noudattavat. Tehko-tiimiä pitäisi käyttää enemmän hyödyksi.” (kh)

5.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö kuvattiin vastauksissa tärkeäksi hyvän kotiuttamisen mahdollistajaksi. Moniammatillinen yhteistyö pitää sisällään sekä hoitohenkilökunnan keskinäisen yhteistyön että potilaalle annettavan moniammatillisen tuen.

Hoitohenkilökunnan yhteistyöstä nousi esille yhteiset pelisäännöt, joita kaikki noudattaisivat. Kaivattiin selviä ohjeita siitä, kuinka moneksi päiväksi potilaalle jaetaan lääkkeet osastolta ja annetaan mukaan avannetuotteita tai vaippoja. Tämä on resurssikysymys sekä ajan että kustannusten vuoksi. Toivottiin myös, ettei luvattaisi potilaalle asioita toisten puolesta. Esimerkiksi osastolta saatetaan luvata potilaalle tietty määrä kotikäyntejä päivässä, vaikka tosiasiasa kotikäyntien määrän määrittää kotihoidon palveluohjausmalli, johon pohjautuen kotihoito sopii käyntikerrat tehdessään palveluntarpeenarviointia.

”Sairaalan lääkäri ei voi luvat kotihoidon puolesta palveluja ja niiden määrää. Kotihoidon palvelujen saamiseen on tiukentuneet kriteerit eikä sairaalan lääkärit ja muu henkilökunta voi tietää kotihoidon resursseja.” (kh)

”Selkeyttä siihen antaako sairaala lääkkeitä mukaan vai sovitaanko jo sairaalasta käsin, miten kotiutusvaiheen lääkkeet saadaan asiakkaalle hankittua.” (tehko)

Yhteistyötä parantamaan kaivattiin yhteisiä palaverieja ja toisten työhön tutustumista. Työnkierto, jossa pääsisi tekemään joksikin aikaa toisen työtä, nähtiin kannatettavana asiana. Yhteistä aikaa, jossa olisi mahdollista kehittää yhteistyötä aiempaa paremmaksi, kaivattiin palaverien muodossa.

Säännöllinen yhteydenpito esim. kotihoidon ja sairaalan välillä (lh, kh)

”Ongelmatapaukset käydään rauhallisesti, asiallisesti läpi, ei syytellä toinen toista. Epäkohdat puolin ja toisin tuodaan asiallisesti esiin. Asia asiana, ei henkilökohtaisesti syytellen, potilaan parasta ajatellen.” (OKS)

”Toisten arkeen tutustuminen. Sairaalan arki ehkä helpommin hahmotettavissa. Pakkotahtisuus ja tarve? Kotihoito laaja-alainen, palveluohjaumalli sen kertominen sairaalaan.” (kh)

Monet potilaat tarvitsevat kotiutuessaan moniammatillista tukea. Tiedonantajat toivat esille erilaiset tukitoimet, jotka mahdollistavat potilaan hyvän ja turvallisen kotiutumisen. Kodinmuutostyöt, kuten kynnyksen poisto ja kaiteiden asennus, kulunvalvonnan ja hellavahdin asentaminen sekä turvapuhelin, ovat monille kotiutujalle tärkeitä. Vastauksissa nousi esille toive siitä, että hoitohenkilökunta kävisi pohtimaan kotiutuessa tarvittavien muutostöiden tarpeellisuutta jo hyvissä ajoin, etteivät ne hidastaisi kotiutumista. Myös tarvittavien apuvälineiden hankintaa ja käytön opettelua jo sairaalassa oloaikana tähdennettiin.

”Jotkut potilaat odottavat osastolla turvapuhelinta tai kulunvalvontaa. Sen saaminen on kotiutumisen onnistumisen ehto.” (OKS)

Kolmannen sektorin hyödyntäminen on melko vähäistä ja sitä kaivattiin lisää. Yhtenä suurimmista syistä kotiutumisen epäonnistumiseen pidettiin turvattuutta ja yksinäisyyttä. Tähän yhtenä apukeinona nähtiin kolmannen sektorin tarjoamat ystäväpalvelut, asioimisapu ja erilaiset ryhmätoiminnot, kuten kerhot.

5.4 Tiedonkulku ja kirjaaminen

Kotiutuksiin liittyvinä haasteina nousivat esiin tiedonkulku ja kirjaaminen. Tiedonkulku nousi saaduissa vastauksissa esiin tärkeänä kotiutukseen vaikuttavana tekijänä. Tiedonantajat kaipasivat hyvää tavoitettavuutta yhteydenpidossaan toisiin työyksiköihin ja valtaosin tavoitettavuus koettiin hyväksi. Sosiaalityöntekijöiden puhelintunti aamupäivisin koettiin ajankohdaltaan ongelmalliseksi,

koska useimmilla osastoilla ovat kierrot vielä kesken. Yhteydenpidossa kotihoitoon hankaluutta aiheuttavat kotikäynnit, jolloin kotihoidon henkilökuntaa ei saa kiinni. Sairaalassa omahoitajuus tuo omat haasteensa etenkin tiedonkululle. Omahoitajan ollessa vapaalla ei kotiutumisen välttämättä etene tai samaa asiaa hoidetaan useaan otteeseen, mikäli kirjaaminen on jäänyt puutteelliseksi.

”Samoin sairaalassa vaikea saada hoitajaa kiinni joka asiakasta hoitanut. Omaiset soittavat joka puolelle ja välillä aiheuttavat hämminkiä.”(kh)

”Yhteydenotto puhelimella/sähköpostin välityksellä aikaa vievää ja joskus turhauttavaa. Kaupankäynti / purnaaminen- ei ole resursseja voi voi.” (oks)

Viestintävälineiden asianmukaisesta käytöstä tuli kyselyssä myös runsaasti vastauksia. Puhelinvastaajan käyttöä toivottiin. Sairaalan puolelta toivottiin puhelinvastaajiin henkilökohtaista viestiä, josta soittaja varmistuisi soittaneensa oikeaan numeroon. Kotihoidon henkilökunta puolestaan toivoi vastaajaa käytettävän nykyistä useammin ja selvästi kerrottavan kuka soittaa, mistä ja millä asialla.

”Vastaajaan kannattaa jättää selvä viesti kuka soittaa ja kenestä. Joku ajatus jo valmiiksi asiakkaan tilanteesta, perehtyä.” (kh)

Osassa kotihoidon tiimeistä asiakkaalle päivitetään häntä hoitavan kotihoidon yhteystiedot potilastietojärjestelmään ja tätä toivottiin kaikkiin kotihoidon tiimeihin. Oulun kaupungin sivuilla on Karttatie- ohjelma, jolla on osoitteen mukaan mahdollista etsiä oikea kotihoidon tiimi. Osa kyselyyn vastaajista koki ohjelman käytön hankalaksi. Ohjelma tarjoaa monta puhelinnumeroa, jolloin työaikaa kuuluu soittaessa useampaan numeroon ennen oikeaa.

”Potilastiedoissa kotihoidon yhteystiedot monesti väärät ja puutteelliset, niitä voisi päivittää ajantasalle.” (Oks)

”Efficalle tarpeelliset yhteystiedot. Muutkin tiedostot kaikkien käytössä (hoito- ja palvelusuunnitelma)”. (kh)

Effica on Oulun kaupungilla käytössä oleva potilastietojärjestelmä. Effican kautta on mahdollista lähettää potilaita koskevia viestejä ja tämän mahdollisuuden hyödyntämistä toivottiin nykyistä enemmän. Lisäksi esille tuotiin toive yhteisestä, suojatusta keskustelualustasta internetiin. Vastaajat toivoivat myös sähköpostin nykyistä tehokkaampaa käyttöä.

”Tietosuojattu keskustelualusta tai yhteistyötahojen tietojen päivittyminen efficaan.” (tehko)

Kirjaamisen tärkeys nousi esille. Rakenteinen kirjaaminen on selkeyttänyt kirjaamista aiemmasta, mutta edelleen on epäselvyyksiä mitä kirjataan ja mihin. Osa tiedoista kirjataan myös viiveellä. Kirjaamiskäytännön yhtenäistämistä kaivattiin. Sairaalan puolelta nousi esille toive kotona pärjäämisen kirjaamisesta ja syistä minkä vuoksi potilas on joutunut sairaalaan. Kotihoidosta puolestaan toivottiin entistä tarkempia hoito-ohjeita ja tietoa siitä, minkä verran asiakas on saanut potilasohjausta ja onko hän sitä sisäistänyt.

”Lääkitys usein epäselvä. Lääkelistat ja YLE eivät välttämättä täsmää.” (kh)

”Yhteinen potilastietokanta jolloin lääkitys ym. tieto helppo tarkistaa.” (kh)

”Osastolla kaivataan enemmän yhteydenottoa kotihoidosta potilaan ollessa osastolla. Lähetteet liian niukkasanaisia, eivät kerro juuri mitään” (OKS)

”Jo osastolle tulo vaiheessa olisi kirjattuna yhteenveto potilaan jo saamista palveluista. Efficalla tieto on hajallaan kymmenillä lomakkeilla. Nopeimmin potilaan toimintakyvystä ja palveluista saa tiedon soittamalla lähiomaiselle.” (OKS)

5.5 Työhyvinvointi ja kotiutusten kuormittavuus

Työhyvinvointi jakautui vastauksissa kuormittavuuteen, ammatillisuuteen ja työnjakoon. Suurin osa vastaajista koki kotiutukset kuormittaviksi. Kotiutukset vievät runsaasti aikaa sekä kotihoidon että osaston henkilökunnalta. Osastojen henkilökunnalla menee runsaasti aikaa soitteluun kotihoitoon ja omaisille, usein joutuu soittamaan useita kertoja ja sovitteluun aikatauluja. Tavoittelemaansa henkilöä ei aina saa kiinni ja kolmivuorotyössä tämä saattaa aiheuttaa tietokatkoja, kun joutuu jättämään viestiä seuraavalle eikä voi itse hoitaa asiaa loppuun.

”Jos asiat roikkuu joudut odottamaan yhteyden ottoa -> reskaa. Ei liian paljoa kotiutuksia samalle päivälle.”(OKS)

Kotiuttamisessa koetaan kuormittaviksi epäselvät kotiutussuunnitelmat, omaiset jotka kieltäytyvät yhteistyöstä, päättämättömyys, reseptien puuttuminen, kotiutettava henkilö ei tunne potilasta (ei ole hoitanut häntä), kiire ja useat kotiutukset saman päivän aikana. Kotiutukset keskittyvät yleensä maanantaille ja perjantaille.

”Epäselvät kotiutussuunnitelmat kuormittavat. Omaisten kieltäytyminen yhteistyöstä.” (OKS)

Kotihoidon henkilökuntaa kotiutukset kuormittavat, koska asiakkaalle ei aina pystytä järjestämään hänen tarvitsemiaan palveluja. Myös ostopalvelujen käyttö lisää kuormittavuutta. Kotihoidon henkilökunnalla menee aikaa asiakkaan kotiutuksessa ensikäynnillä tunnista puoleentoista tuntia ja tämän lisäksi tulevat kirjaaminen ja mahdolliset yhteydenotot.

”Huonosti toiminut kotiutus kuormittaa erittäin paljon, lisää ”turhan” työn määrää valtavasti.” (kh)

Kotiutukset eivät kuormita silloin kun niiden aikataulut pystytään sovittamaan järkevästi. Kotiutukset, jotka ovat hyvin suunniteltuja, asiakas on oikeasti kotikuntoinen ja jatkohoito-ohjeet ovat selkeät, eivät kuormita henkilökuntaa. Ihanetilanteessa kotiutus selviäisi nopeasti ja helposti. Kotiuttava hoitaja saisi hoitaa rauhassa kotiutukseen/kotiutuksiin liittyvät asiat, eikä kaikkea tarvitsisi tehdä perustyön ohessa. Toivottavaa olisi myös se, että kotiutukset jakautuisivat tasaisesti pitkin viikkoa, eivätkä keskittyisi maanantaille ja perjantaille ja maksimimäärä kotiutuksia yhdelle päivälle olisi kolme.

Työnjakoon liittyen vastaajat pitivät tärkeänä henkilökunnan joustavuutta. Toivottiin yhteisten pelisääntöjen noudattamista ja keskustelumahdollisuutta tarvittaessa.

”Toivon joustavaa ja hyvähenkistä yhteistyötä.” (OKS)

”Aikataulut saatu sovittua joustavasti.” (tehko)

”Ei saisi olla ”putkinäköinen” hoitaja, tarvittaisiin joustoja.”(OKS)

Kotiutuksissa on paljon huomioitavia asioita. Jonkin verran vastauksissa nousi esille epäselvyys siitä, kuka huolehtii mistäkin asiasta. Kaivattiin selkeää työnjakoa.

”Raamien suunnittelu yhdessä! Ei päällikkötasolla vaan niiden toimesta jotka tekevät käytäntöä.”

”Vuokaavio, mistä näkisi kaikkien vastualueet, josta löytyisi helposti kehen yhteys missäkin asiassa.” (OKS)

Oulun kaupungissa on kotiutuskoordinaattori, joka on mukana etenkin haasteellisissa kotiutuksissa. Vastauksissa nousi esille pohdintoja siitä, voisiko kaikki kotiutukset siirtää tiettyjen, tähän tehtävään nimettyjen henkilöiden hoidettavaksi. Ongelmana tässä tosin nähtiin se, että tällöin kotiuttava henkilö ei olisi hoitanut potilasta, eikä näin ollen tuntisi häntä.

"OKS:n sairaalassa saisi olla kotiutushoitaja erikseen, joka soittelisi kaikki tahot, tarkistaisi potilaiden hoitotukiasiat, olisi omaisiin yhteydessä jne." (OKS)

"Kotiutushoitaja osastolle/taloon, joka huolehtii kaikki kotiutusasiat." (OKS)

Kyselyssä nousi voimakkaasti esille myös ammatillisuuden merkitys yhteistyössä. Kaikki toimivat ensisijaisesti potilaan parasta ajatellen. Lisäksi korostettiin hyvien tapojen merkitystä kanssakäymisessä.

"Ammatillinen käytös yhteistyökumppaneiden kanssa puolin ja toisin." (OKS)

"Hoidetaan asia asiakkaan kannalta parhaiten ja liiat epäluulot ja kateudet toisten toimintaa kohtaan pitäisi jättää vähitellen pois." (tehko)

"Ongelmatapaukset käydään rauhallisesti, asiallisesti läpi, ei syytellä toinen toista. Epäkohdat puolin ja toisin tuodaan asiallisesti esiin. Asia asiana, ei henkilökohtaisesti syytellen, potilaan parasta ajatellen."(OKS)

Toisten työn tunteminen ja toisen asemaan asettuminen nähtiin mahdollisuutena nykyistä parempaan yhteistyöhön. Työnkierron mahdollisuutta korostettiin.

"Työsisältöjen tunteminen-> toisen työn tunteminen." (kh)

"Avoin rehellinen keskustelu asioista ja tapausesimerkkien tuominen esille ilman, että syyllistetään jotakin tahoa." (tehko)

Vastauksista kävi ilmi että puolin ja toisin ymmärretään kiire ja hoitajapula. Lisää resursseja kaivattiin kotihoitoon ja tehkoon sekä osastoille. Toivottiin kuitenkin että kiireessä ammatillisuus ei unohtuisi.

"LISÄÄ TYÖNTEKIJÖITÄ KOTIHOITOON!!! "(OKS)

"Ksh:lla saisi olla sh iltavuorossakin, jolloin osastolta voitaisiin illan aikana soittaa ja sopia kotiutusasioita." (OKS)

6 KOTIUTUSKYSELYN JOHTOPÄÄTÖKSET

Potilaan hyvän ja turvallisen kotiuttamisen lähtökohta on kotiutussuunnitelma, jonka tekeminen aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan. Kotiutussuunnitelmaa varten hoitajat tarvitsevat runsaasti tietoa potilaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä ja kotona asumista haittaavista tekijöistä. Tietoa tarvitaan potilaan saamista palveluista kuten kuinka usein kotihoito käy, onko potilaalla ateriapalvelu, miten omaiset ovat mukana potilaan arjessa ja onko potilaalla muita tukiverkostoja.

Kotiutuminen on prosessi, joka parhaimmillaan alkaa potilaan tullessa sairaalaan. Prosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Prosessissa korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. Kotiutusprosessin tulisi olla tavoitteiden mukaan sujuvaa, saumatonta ja oikea-aikaista. Sairaalaan tulovaiheessa tulisi tunnistaa ne potilaat, joiden kotiutuminen sairaalahoidon jälkeen on haasteellista ja joilla on ennakoitavissa ongelmia kotona selviytymisessä (Styrborn 1995, 284; Männistö 1998, 19; Vesterinen 1999. 32 - 33, 36 – 38; Koponen 2003, 110; Perälä & Hammar 2003: 25 – 28; Rauhasalo 2003, 31; Salomaa 2004, 10.)

Kotiutumista varten tehdään suunnitelma, jossa määritellään potilaan kotiutumisvalmius, kotiutumisaikajankohta, ennen kotiutumista tarvittava ohjaus, mahdolliset apuvälineet ja kodin muutostyöt sekä kotona tarvittavat palvelut. (Rauhasalo 2003, 35–36).

Kotiutumista valmisteleva henkilö tarvitsee laaja-alaisesti tietoa potilaan elämästä. Moniammatillinen työryhmä on merkityksellinen potilaan tehokkaan kotiutumissuunnitelman laatimisessa, kotiutumista valmistelevan henkilön tukena. Kotiutumisen tukemisen edellytyksenä on potilaan tilanteen kokonaisvaltainen arviointi, jonka pitää sisällään toimintakyvyn ja voimavarojen sekä tarvittavien palveluiden huolellisen arvioinnin. Kotiutusprosessiin kuuluu potilaan kotiutumisvalmiuden arvioiminen, kotiutumispäätöksen tekeminen ja kotiutumisen or-

ganisoiminen. (Karppinen 1997, 54; Männistö 1998, 73; Pahikainen 2000, 5; Gardner ym. 2002, 7; Roberts 2002, 418; Rauhasalo 2003, 35–36.)

Potilaan kotiutusta suunniteltaessa on erittäin tärkeää, että tiedot potilaan nykytilanteesta kotona ja hänen saamistaan palveluista ovat helposti löydettävissä Effica- tietojärjestelmästä. Projektiryhmässä sovittiin, että jatkossa kotihoidon työntekijät kirjaavat potilaan papereihin lyhyesti nykytilanteen kotona, sairaalaan joutumisen syyn ja ongelmat kotona pärjäämisessä Effica -tietojärjestelmään KHTOTS- lehdelle potilaan joutuessa sairaalaan. Tämä helpottaa sairaalassa hoitajien työtä, kun asioita ei tarvitse tarkistaa kotihoidosta.

Perälä & Hammar (2003, 25 - 28) toteavat, että kotihoidon tulisi välittää kaikki tarpeellinen tieto asiakkaasta poliklinikalle tai osastolle. Hyvä tiedonvälitys korostuu myös asiakkaan siirtyessä osastolta toiseen hoitopaikkaan tai kotiin. (Atwal 2002, 450-458; Koponen 2003, 26)

Hyppönen (2008, 78 - 79) kuvaa tutkimuksessaan sosiaali- ja terveystoimen sektorirajat ylittävät tietokokonaisuudet kotihoidossa. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan käytäntöjä, joita tämän tiedon välittämisessä käytetään. Tutkimustuloksista käy ilmi, että tiedon kirjaamisessa on ongelmia: tieto kirjataan viiveellä ja osa tiedosta jää toistuvasti kirjaamatta. Rakenteinen kirjaaminen ei ole paikoin mahdollista kuin osittain ja tilanne eri organisaatioissa vaihtelee.

Potilaan kotiuttamisen suunnitteluun on tärkeää ottaa potilaan lisäksi mukaan hänen omaisensa ja kotihoidon henkilökunta. Potilaan kanssa on tärkeää keskustella kotiutuksesta ja miten hän itse kokee pärjäävänsä kotona ja minkälaista apua hän kokee tarvitsevansa. Aina potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan ajatukset potilaan kotona pärjäämisestä eivät mene yksiin vaan tarvitaan pitkiä keskustelua ja myös kompromisseja. Omaisia kannustetaan olemaan potilaan tukena kotona mahdollisimman paljon heti kotiutumisen jälkeen, mikäli se vain on mahdollista. Mikäli sekä potilas että omaiset vastustavat kotiutusta ja potilas siitä huolimatta kotiutetaan, kotiutus ei yleensä onnistu, vaan potilas tulee muutamien päivien sisällä takaisin sairaalaan.

Päätös potilaan kotiuttamisesta tulee tehdä aina yhdessä potilaan kanssa ja riittävän ajoissa. Tarvittaessa omaiset ja kotihoidon henkilöstö on otettava mukaan päätöksentekoon (Rantasalo 2007, 53). Näin ei kuitenkaan aina ole. Yhtenevien tavoitteiden ja näkemysten puutteen nostivat myös esiin Karppinen (1997, 54) ja Perälä & Grönroos & Sarvi ym. (2006, 12). Kotisairaanhoidon ja kotihoidon henkilökunnan mielestä eniten hyvää hoitoa haittaa liian varhainen kotiuttaminen ja sairaalan tiedottamisen viivästyminen. Valtaosa oli kuitenkin sitä mieltä, että potilaat ja läheiset olivat tyytyväisiä kotiutuksiin. (Pöyry & Perälä 2003, 44 - 45).

Sairaalan henkilökunnan asenteetkin voivat vaikeuttaa potilaan kotiutumista. Työntekijät eivät välttämättä koe tärkeimpänä tehtävänäan kotiin lähtevän potilaan ohjaamista, neuvomista ja tukemista, todetaan Atwalin (2002, 450 - 458) tutkimuksessa. Tätä ei tue Vesterisen (1999, 32 - 33, 36 - 38) tekemä tutkimus, jonka tarkoitus on kuvailla yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalista tukea sairaalasta kotiutuessa hoitohenkilökunnan kuvaamana. Sairaalassa potilaiden koettiin tarvitsevan erityisesti henkisen hyvinvoinnin tukemista sairaalaan tullessaan ja sieltä kotiutuessaan. Henkisen hyvinvoinnin tukemisessa korostui erityisesti yhteydenpito omaisiin, tutut hoitajat, kiireettömyys ja aika keskustelulle. Potilaan turvallisuuden tunteen tukemista parantavat tutkimuksen mukaan kotiutuskokous ja koekotikäynti. Myös tihennetyt kotihoidon käynnit kotiutuksen alussa parantavat turvallisuuden kokemusta. Omaisten tukemiseen kotiutumisen yhteydessä kuului hoitohenkilökunnan mielestä omaisten jaksamisen tukeminen, tiedollinen tuki läheisen sairaudesta ja ohjaaminen esim. avustamiseen ja apuvälineisiin.

Karppisen (1999, 32 - 33, 36 - 38) mukaan kotiutustilanteissa etenkin potilaiden iäkkään puoliset jäävät helposti huomiotta, vaikka he tarjoavat usein eniten apua kotiutujalle. Tätä tukevat myös aiemmat tutkimukset (Voutilainen ja Korpiiniitty 1997). Koponen (2003) on väitöstutkimuksessaan kehittänyt teorian iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheenjäsenen ja hoidonantajien yhteistyöstä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä.

Potilaan kotikuntoisuus tulee arvioida moniammatillisena yhteistyönä. Tarvittaessa tulee järjestää hoitoneuvottelu, jossa arvioidaan potilaan mahdollisuuksia pärjätä kotona ja hänen tarvitsemiaan palveluja. Hoitoneuvotteluun osallistuvat osaston lääkäri, hoitaja, kotihoidosta sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, omaiset ja potilas. Haastavissa kotiutuksissa hoitoneuvotteluun osallistuu myös kotiutuskoordinaattori, joka voi tarvittaessa olla potilaan ja omaisten tukena kotiutustilanteessa.

Tärkein syy kotiutumisen epäonnistumiseen on potilaan kotiutuminen liian huonokuntoisena. Lisäksi kotiutumisen onnistumista voi hankaloittaa kuntoon nähdessä riittämätön apu kotona (Männistö 1998, 65; Koponen 2003, 28). Erityisesti kotiutumisen jälkeen ensimmäiset kolmesta neljään viikkoa ovat kriittistä aikaa. Tuona aikana kotiin tulisi järjestää tehostettua apua.

Potilaan kotiuttamisesta sairaalasta on ilmoitettava kotihoitoon mahdollisimman aikaisin. Kotihoidon toive on, että vanhojen kotihoidon asiakkaiden kotiutumisesta ilmoitetaan viimeistään kaksi päivää ennen kotiutumista ja uusien kotihoidon asiakkaiden kohdalla asiasta olisi hyvä ilmoittaa viikkoa ennen. Tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista, koska välillä potilaan kuntoutumista on hankala arvioida ja hän saattaa kunnoutua nopeammin kuin on oletettu. Joustoa siis tarvitaan puolin ja toisin.

Kotihoidon henkilöstön on saatava tieto potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa. Myös kotiutumispalavereita pidetään tärkeinä. Sanallisen tiedon lisäksi kirjallisen informaation välittäminen jatkohoidosta vastaavalle hoitajalle kotihoitoon on hoidon jatkuvuuden ja saumattomuuden kannalta tärkeää. Etenkin lääkehoidon osalta tiedonkulun ongelmat aiheuttavat vakaviakin vaaratilanteita. (Styrborn 1995, 284; Pöyry 1999, 20; Pahikainen 2000, 70–71; Gardner ym. 2002, 14; Rantasalo 2007, 54; Hyppönen (toim.) 2008, 78 – 79.) Liian myöhäinen kotiutumisajankohdasta ilmoittaminen sekä potilaalle, omaiselle että kotihoidon henkilöstölle aiheuttaa paljon tyytymättömyyttä, eikä luo pohjaa onnistuneelle kotiutumiselle (Perälä ym. 2006, 29 - 30).

Potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisen kotiutumisen edellytys on, että potilaalla on mukanaan reseptit, lääkkeet muutamaksi päiväksi (miten on sovittu), hoito-ohjeet ja mahdolliset kontrolliajat. Tarvittaessa potilaalle annetaan mukaan hoitotarvikkeet (esim. haavanhoitotuotteet ja avannepussit) ja vaipat, koska kotihoidolla ei ole varastoja, vaan he tilaavat jokaiselle potilaalle heidän tarvitsemansa tuotteet. Projektiryhmässä sovittiin, että osaston henkilökunta kirjaa jatkossa myös kotihoidon potilaista lyhyen hoitojakson loppuarvioinnin HO-PAOU- lehdelle.

Pöyry ja Perälä (2003 31 - 34, 39 - 40, 44 - 45) toteavat tutkimuksessaan tiedonkulussa terveyskeskuksen sairaaloista kotihoitoon olevan merkittäviä puutteita. Yli puolessa kunnista hoito- ja palvelusuunnitelmia ei toimiteta kotihoitoon lainkaan. Lääkärin epikriisi ja hoitotyön yhteenveto puolestaan toimitetaan. Muita kirjallisia dokumentteja toimitetaan harvoin. Samassa tutkimuksessa todetaan tiedottamisen ja hoito-ohjeiden puutteellisuuden aiheuttavan tyytymättömyyttä kotihoidossa. Vuodeosaston mukaan ongelmallisinta on kotihoidon henkilöstön vaikea tavoitettavuus.

Moniammatilliset hoitotiedot muodostavat sähköisen sairauskertomusjärjestelmän, joka tukee potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä ja turvaa hoidon jatkuvuutta. Potilaan hoidon toteuttaminen moniammatillisena yhteistyönä sekä pyrkimys joustaviin palvelukokonaisuuksiin haastaa terveydenhuollon eri ammattiryhmät hyödyntämään muiden potilaiden hoitoon osallistuneiden tuottamaa tietoa sekä tuottamaan itse tietoa myös muiden ammattiryhmien päätöksenteon tueksi. (Tanttu 2007, 127 - 129.)

Haastavissa kotiutuksissa olisi potilaan turvallisen kotiuttamisen tueksi hyvä ottaa takasin käyttöön koekotiutukset. Koekotiutuksessa potilas on kolme vuorokautta sisäänkirjattuna osastolle ja hän voi tuona aikana milloin vain palata takaisin osastolle. Silloin kun potilas tai hänen omaisensa epäilevät kotona pärjäämistä koekotiutus olisi hyvä vaihtoehto, joka luo turvallisuuden tunnetta potilaalle, kun hän tietää voivansa tarvittaessa palata takaisin sairaalaan. Kun koekotiutukset olivat käytössä, haastavatkin kotiutukset onnistuivat paremmin.

Rajaniemi (2006) on selvittänyt ikääntyneiden omia käsityksiä arjesta ja arjen sujumisesta. Keskeisintä on tunnistaa arjen ongelmakohdat. Myös Vesterinen (1999, 32 - 33) toteaa hoitajien kokevan omaisten mukana olon potilaan kotona selviytymisen arvioinnissa tärkeäksi. Lisäksi on tärkeää tunnistaa auttavat tukiverkostot, jotka aktivoituvat ongelmatilanteissa.

Potilaan kotiuduttua hänen tilannettaan ja kotiutumisen onnistumista tulee seurata tiiviisti kotihoidosta käsin. Erilaisilla sairaalasta järjestetyillä tukipalveluilla on myönteisiä vaikutuksia potilaan kotona selviytymiseen. Potilaaseen voidaan ottaa yhteys puhelimitse tai tehdä seurantakäynti potilaan luokse. Lupa palata sairaalaan lisää kotiutumisen onnistumista. (Pöyry 1999, 10; Gardner ym 2002, 19.)

Onnistuneen kotiutuksen yksi edellytys on moniammatillinen yhteistyö potilaan parhaaksi. Koska viime kädessä potilaiden kotiuttamisesta päättää osaston lääkäri, osaston ja kotihoidon henkilökunnan on turha ruveta väittelemään potilaan kotikuntoisuudesta. Asioista pitää pystyä keskustelemaan avoimesti ja antamaan molemmiin puolin rehellistä tietoa. Esimerkiksi on potilaita, jotka kotiutetaan, vaikka hoitohenkilökunta on eri mieltä kotiutettavan potilaan kotona pärjäämisestä? Yleensä tällaiset potilaat ovat fyysisesti hyväkuntoisia, mutta muistamattomia tai harhaisia. Lääkäreiden mielestä potilas täytyy kotiuttaa maksimikotiavuun ennen kuin hänet voidaan ottaa palvelukoti- tai laitospaikkajonoon. Näissä tilanteissa avoin keskustelu osaston ja kotihoidon henkilökunnan välillä on erittäin tärkeää. Kotihoidon työntekijöille kerrotaan rehellisesti, että osaston henkilökunta epäilee potilaan kotona pärjäämistä, jolloin he osaavat varautua paremmin tilanteeseen.

Potilaan kotiuttaminen on moniammatillista yhteistyötä. Isoherrasen (2006, 14) mukaan moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä niin, että se on asiakaslähtöistä asiantuntijoiden työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan elämän kokonaisuus. Se on tiedon ja eri näkökulmien kokoamista joka huomioi myös asiakkaan verkostot.

Kotiutukset kuormittavat sekä sairaalan että kotihoidon henkilökuntaa. Suurin syy kuormittavuuteen on henkilökunnan riittämättömyys, potilaan kotiuttamiseen menevä aika ja kotiutusten epätasainen jakautuminen eri viikonpäiville. Toivotavasti projektissamme luodut yhteiset toimintaohjeet ja kotiutussuunnitelman käyttöönotto kaikilla Oulun kaupunginsairaalan osastoilla jatkossa helpottavat kotiutuksia ja vähentävät niiden kuormittavuutta. Myös avoimella ja asiallisella keskustelulla osastojen ja kotihoidon henkilöstön välillä on varmasti kuormitusta vähentävä vaikutus. On tärkeää muistaa, että teemme kaikki työtä potilaan parhaaksi ja hänen etunsa mukaisesti.

Sekä kotihoidossa että terveyskeskuksissa koettiin, että potilaan hyvälle hoidolle aiheutti eniten haitta henkilökunnan vähäisyys (Pöyry ja Perälä 2003, 31 - 34). Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu vuorovaikutuksellinen yhteistyö ja rajojen ylitykset (Isoherranen 2006, 14). Kotiutumisprosessin koordinoinnissa, vastuukysymyksissä ja työnjaossa on esiintynyt epäselvyyksiä sekä sairaalan sisällä että sairaalan ja kotihoidon välillä (Atwal 2002, 450 - 458).

Eri työyhteisöjen välillä toisen työn tunteminen on vähäistä, mikä voi lisätä toisaalta palveluiden päällekkäisyyttä, mutta jättää myös katvealueita. Tärkeätä olisi kehittää yhteisistä periaatteista, tavoitteista ja hoitokäytännöistä sopimista sekä käytäntöjen arviointia ja seuranta, tiedonvälitystä sekä toisten tuntemista ja arvostamista (Atwal 2002, 450 - 458; Pöyry & Perälä 2003, 44 - 45).

7 TURVALLISESTI KOTIIN-PROJEKTIN TUOTOKSET

Kotiutuskyselyn tulosten, Sakke – hankkeessa kehitetyn kotiutuksen toimintaohjeen ja PALKO -mallin (Perälä & Hammar 2003) pohjalta projektiryhmä on luonut kotiutusmallin. Kotiutusmalli sisältää toimintaohjeet kotihoidon asiakkaan siirtyessä kotoa sairaalaan ja potilaan kotiutuessa Oulun kaupunginsairaalaan. Projektiryhmän kokoukset koettiin yhteistyön ja kehittämisen kannalta erittäin tärkeiksi ja tarpeellisiksi, joten projektiryhmä päätti tehdä kokoontumisista säännöllisiä. Toive yhteistyöpalavereista nousi esille myös kyselyn vastauksissa. Jokaisesta yksiköstä valitaan kotiutusvastuuhenkilöt, jotka kokoontuvat kaksi kertaa vuodessa. Lisäksi projektiryhmä on laatinut muistilistan kotiutuksista, joka toimii samalla kotiutussuunnitelmana. Turvallisesti kotiin -projektin tuotokset esiteltiin kotihoidon ja Oulun kaupunginsairaalan henkilökunnalle 10.5.2011 järjestetyssä koulutusiltapäivässä.

7.1 Kotiutuksen toimintamalli

Toimintaohje kotihoidon asiakkaan joutuessa sairaalaan:

1. Kotihoidon työntekijä ilmoittaa asiakkaan sairaalan joutumisesta lähiomaiselle.
2. Mikäli mahdollista potilaan sairaalaan lähettävä työntekijä huolehtii asiakkaalle mukaan asianmukaisen vaatetuksen, käytössä olevat silmätipat, insuliinikynät, astmasuihkeet ja lääkedosetin.
3. Kotihoidon työntekijä kirjaa asiakkaan papereihin KHTOTS -lehdelle lyhyen kuvauksen nykytilanteesta, miksi asiakas tulee sairaalaan ja mitä ongelmia kotona selviytymisessä on ollut.
4. Kotihoidon työntekijä tarkistaa, että Efficalla on asiakkaan papereissa kotihoidon ja omaisten yhteystiedot ajan tasalla.
5. Kotihoidon työntekijä tarkistaa, että lääkelista on ajan tasalla.
6. Asiakkaan kotihoitopalvelujen laatu ja määrä löytyvät Efficalta kotihoitopuun alta.

Toimintaohje potilaan kotiutuessa sairaalasta:

1. Oulun kaupunginsairaalasta työntekijä on tarvittaessa yhteydessä kotihoitoon joko puhelimitse tai Efficia-viestein potilaan voinnista.
2. Potilaan kotiutusta suunniteltaessa osastolta ollaan hyvissä ajoin yhteydessä kotihoitoon. Vanhojen kotihoidon asiakkaiden kohdalla otetaan yhteyttä kotihoitoon kaksi vuorokautta ennen suunniteltua kotiutusta. Yhteydenotto voi tapahtua myös potilaan itsensä tai omaisten toimesta. Uusien asiakkaiden kohdalla yhteyttä otetaan mahdollisimman aikaisin. Kotihoidon toiveena on saada tieto viikko ennen kotiutusta. Tarpeen mukaan, mikäli kotihoidon resurssit antavat myöten, kotiuttaminen on mahdollista lyhyemmälläkin varoajalla. Kotihoidon toiveena on, että vältettäisiin haastavia kotiutuksia perjantai-iltapäivisin. Etenkin osasto A3 hyödyntää perjantain kotiutuksissa TEHKO-tiimiä.
3. Turvallisen kotiuttamisen edellytykset arvioidaan tarpeen mukaan yhdessä osaston ja kotihoidon henkilökunnan sekä omaisen kanssa. Haastavissa kotiutuksissa järjestetään tarvittaessa hoitoneuvottelu ja pyydetään kotiutuskoordinaattori mukaan hoitoneuvotteluun.
4. Huolehditaan osastolta käsin potilaalle tarvittavat apuvälineet ja ollaan tarvittaessa yhteydessä alueelliseen apuvälinekeskukseen (AAK) mahdollisten kodinmuutostöiden osalta. Tarvittaessa järjestetään kotikäynti fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa.
5. Sairaanhoidtaja, lääkäri tai omahoitaja on yhteydessä omaisiin kotiutuksesta. Kannustetaan omaisia olemaan potilaan tukena kotiutustilanteessa, mikäli se on mahdollista.
6. Pidetään kiinni sovituista kotiutusajankohdasta. Mikäli lähtö osastolta viivästyy, siitä ilmoitetaan välittömästi kotihoitoon.
7. Potilaalle annetaan tarvittaessa osastolta mukaan uudet lääkkeet yhdestä päivästä kahteen. Hyödynnetään potilaan omaa dosettia.
8. Kotiuttava hoitaja huolehtii potilaalle mukaan reseptit, jatkohoito-ohjeet ja mahdolliset kontrolliajat (esim. Oys). Kaikki asiakirjat laitetaan samaan kirjekuoreen.
9. Selvitetään hyvissä ajoin, että potilaalla on rahaa taksimatkaa varten.

10. Annetaan potilaalle osastolta mukaan tai hankitaan hänelle hoitotarvikejakelusta sairaalajaksolla käyttöön otetut uudet hoitotarvikkeet kuten avannepussit tai haavanhoitotuotteet.
11. Ennen kotiutumista tiimin hoitajat kirjaavat HOPAOU:lle osastojakson loppuarvioinnin.

7.2 Kotiutusvastuuhenkilöt

Oulun kaupunginsairaalan osastoilta, TEHKO:sta ja kotihoidosta nimetään kotiutusvastuuhenkilöt, jotka kokoontuvat kaksi kertaa vuodessa keskustelemaan ja kehittämään kotiutuksia. Kullekin osastolle ja kotihoidon tiimiin nimetään yksi varsinainen vastuuhenkilö ja hänelle varahenkilö. Ensimmäisen kokouksen koollekutsujana toimivat projektin vetäjät. Kokous on tarkoitus järjestää syksyllä 2011. Ensimmäisessä kokouksessa valitaan puheenjohtaja, joka jatkossa toimii kokouksen koollekutsujana. Ensimmäisessä kokouksessa valitaan myös sekä kotihoidosta että osastoilta edustajat palveluesimiesten yhteistyöpalaveriin. Muistio kokouksista lähetetään tiedoksi myös palvelupäällikölle ja -esimiehille.

Kotihoidon ja osastojen palveluesimiehet kokoontuvat kotiutuksiin liittyviin yhteistyöpalaveriin kaksi kertaa vuodessa. Näihin kokouksiin kutsutaan edustus myös kotiutusvastuuhenkilöistä. Yhteistyöpalaverien kokoonkutsujana toimii Oulun kaupunginsairaalan palvelupäällikkö Leena Karjalainen.

7.3 Kotiutusfraasi Efficalle

Effica-tietojärjestelmä on Oulun kaupungissa käytössä oleva potilastietojärjestelmä. Ohjelmaan on mahdollista sisällyttää fraaseja, joiden mukaan esimerkiksi kirjaaminen päivittäisistä toimista tapahtuu. Fraasien käyttö on lisääntynyt ja tullut selvästi tutummaksi henkilöstölle rakenteisen kirjaamisen myötä. Kotiutusprojektin puitteissa luodaan potilaan kotiutukseen oma fraasinsa (kuvio 5). Kotiutusfraasia on tarkoitus käyttää tiivistelmä-lehdellä, jolloin se toimii samalla kotiutussuunnitelmana ja muistilistana kotiutusta järjestelevälle hoitajalle. Siihen voi useampi hoitaja kuitata asioita tehdyksi esimerkiksi laittamalla nimikirjaimensa ja päiväyksen, kun joku asia on hoidettu. Potilaan kotiutuessa kotiutussuunnitelma siirretään tiivistelmä-lehdeltä HOPAOU-lehdelle ja tallennetaan dokumenttina kotiuttamisesta.

Kotiuttaminen
Kotiutuspäivä
*alustavan kotiutuspäivän miettiminen heti hoitojakson 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 5. Kotiuttamisessa käytettävät fraasit

7.4 Koulutusiltapäivä

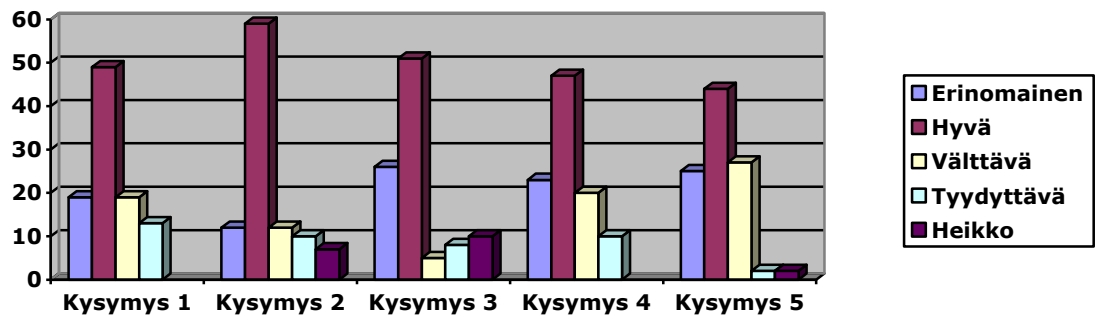
Koulutusiltapäivä kotiuttamisiin liittyen Oulun kaupunginsairaalan ja kotihoidon henkilöstölle pidettiin tiistaina 10.5.2011 klo 13:00 Salokannel-salissa Oulun kaupunginsairaалassa. Koulutusiltapäivä suunniteltiin yhdessä palvelupäällikkö Leena Karjalaisen kanssa. Koulutukseen ilmoittautui 65 henkilöä. Koulutuksessa käytiin läpi Turvallisesti kotiin- projektin tulokset, kotihoidon palveluohjausmalli ja kotiutusten toimintamalli. Lisäksi kotiutuskoordinaattori ja TEHKO-tiimin työntekijä kertoivat omasta työstään. Projektin vetäjät esittelivät projektin tulokset ja kotiutuksen toimintamallin. Kotihoidon palveluohjausmallin esitteli kotihoidosta palvelutarpeenarvioita tekevä Virpi Salmi. Koulutusiltapäivän ohjelma on liitteenä (Liite 5). Koulutusiltapäivässä käytiin keskustelua kotiutuksiin ja yhteistyöhön liittyen. Muutamia tarkennuksia tehtyihin toimintaohjeisiin ehdotettiin ja osa näistä myös toteutettiin.

Koulutusiltapäivään osallistuneilta pyysimme palautetta koulutusiltapäivästä palautelomakkeella. Palaute oli valtaosin hyvää. Pyysimme vastaajia arvioimaan koulutusiltapäivää kokonaisuutena, jolloin 19 prosenttia vastaajista piti kokonaisuutta erinomaisena, 49 prosenttia hyvänä, 19 prosenttia tyydyttävänä ja viisi prosenttia välttävänä (n 41). Koulutus vastasi osallistujien odotuksia 12 prosentin mielestä erinomaisesti, 59 prosentin mielestä hyvin, 12 prosentin mielestä tyydyttävästi, 10 prosentin mielestä välttävästi ja seitsemän prosentin mielestä huonosti (n 42).

Koulutusiltapäivän sisällön hyödyllisyyden oman työn kannalta arvio 26 prosenttia vastaajista erinomaiseksi, 51 prosenttia hyväksi, 5 prosenttia tyydyttäväksi, 8 prosenttia välttäväksi ja 10 prosenttia heikoksi (n 39). Koulutuksen keston ja ajoituksen arvioi 23 prosenttia vastaajista erinomaiseksi, 47 prosenttia hyväksi, 20 prosenttia tyydyttäväksi ja 10 prosenttia välttäväksi (n 40). Koulutuksen järjestelyt koki erinomaisiksi 25 prosenttia vastaajista, hyväksi 44 prosenttia, tyydyttäväksi 27 prosenttia, välttäväksi kaksi prosenttia ja heikoiksi kaksi prosenttia (n 41).

Jätimme palautelomakkeisiin mahdollisuuden kirjoittaa muuta palautetta. Koulutusta ja koulutuksen aihetta pidettiin tarpeellisena. Jokunen vastaaja koki käsitellyt aiheet ennalta tutuiksi. Luodut toimintaohjeet kuvattiin selkeiksi. Projekti kokonaisuudessaan sai kiitosta. Osa vastaajista oli kokenut koulutusiltapäivän hengen kotihoidon työntekijöiden työtä aliarvioivaksi, osa taas kiitti käytyä keskustelua hyväksi ja rakentavaksi. Vastaavia mahdollisuuksia käydä keskustelua kotiutukseen liittyvistä asioista toivottiin.

Kaavio 1. Palaute koulutusiltapäivästä.



1. Arvio koulutusiltapäivästä kokonaisuutena?
2. Miten koulutusiltapäivä vastasi odotuksia?
3. Sisällön hyödyllisyys työsi kannalta?
4. Koulutuksen kesto ja ajoitus?
5. Koulutuksen järjestelyt?

8 POHDINTA

8.1 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistöissä arvioitaviin asioihin kuuluvat kehittämis- ja tutkimuskohteen aiheen valinnan eettisyys, tutkimusongelmat ja kehittämistehtävät. Arviointia tulee tehdä myös tietolähteiden valinnasta, toimintatapojen kuten tutkimuksen aineistonkeruumenetelmien tai kehittämismenetelmien valinnasta, aineistonkeruun toteutuksesta, tutkimusaineistosta tai kehittämisestä saatavan tiedon analyysistä, luotettavuuden arvioinnista ja raportoinnista. (Heikkilä & Jokinen & Nurmela 2008, 43 - 44.)

Tutkimuksen eri vaiheiden tarkka raportointi parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten tulkinnat ja päätelmät tulee myös perustella eli kuvausta tutkimuksen etenemisestä tulee tehdä koko prosessin ajan. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 232 - 233) Valitsimme tämän opinnäytetyön toteuttamistavaksi projektin. Olemme pyrkineet raportoimaan työn vaiheet ja tehdyt ratkaisut mahdollisimman tarkasti. Projektin valinta tämän tapaisen kehittämistyön toteutusmuodoksi oli onnistunut. Projektiryhmään saimme henkilöitä eri työyhteisöistä ja siten monia eri näkökulmia kehitettävään asiaan. Ryhmän jäsenet toimivat myös tiedonantajina koko kehittämistyön ajan.

Arvioinnin tarkoituksena on selvittää projektin onnistuminen. Se on systemaattista toimintaa, jonka avulla saadaan arvokasta tietoa projektin toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. Arviointi ajoittuu yleensä projektin toteuttamis- tai päättämisvaiheeseen. Arviointi voidaan suorittaa joko itsearviointina tai ulkopuolisena arviointina. Tärkeintä on saada projektin merkityksestä mahdollisimman luotettava käsitys. Itsearviointilla tarkoitetaan projektiorganisaation jäsenten itse toteuttamaa oman toiminnan kriittistä arviointia, joka on systemaattista. Mikäli projektista halutaan puolueeton näkemys, käytetään ulkoista arvioijaa. Ulkoisen arvioinnin avulla projektissa voidaan huomata sellaisia vahvuuksia ja heikkouksia, joita projektissa työskentelevät eivät ole kyenneet näkemään. (Paasi-

vaara ym. 2008, 140 - 141.) Olemme pyrkineet suhtautumaan kehittämistyöhömme kriittisesti koko prosessin ajan. Projektiryhmän jäsenet ovat antaneet palautetta kehittämistyön toteutusvaiheessa ja saadun palautteen pohjalta työ on saanut lopullisen muotonsa. Mikäli aikaresurssit olisivat antaneet myöten, olisi työn tuloksellisuutta ollut mahdollista arvioida myös kotiutusmallin käyttöönottavan henkilökunnan toimesta. Nyt arviointi jää projektin ulkopuolella tehtäväksi.

Oppimisella on projekteissa monia tasoja. Projektin tekijä kehittyi ammatillisesti. Projektitasolla oppiminen on tiiviissä yhteydessä projektin menestymiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Organisaation tasolla oppiminen liittyy toimintatapojen kehittymiseen ja aikaan saatujen tulosten parantumiseen. (Virtanen 2009, 221.) Projektiryhmä tapasi projektin aikana kolme kertaa. Lisäksi yhteyttä pidettiin sähköpostitse. Projektiryhmän toiminta konkretisoi myös henkilöstölle tehdystä tiedonkeruusta esille nousseen asian: toisten tunteminen on avain hyvään yhteistyöhön. Projektin edetessä yhteistyö parani ja syntyi kokemus siitä, että työskentelemme yhdessä, yhteisten asioiden puolesta.

Projektin tärkein onnistumisen kriteeri on asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. Projekti katsotaan onnistuneeksi, kun se täyttää sille asetetut aikataulu-, kustannus- ja laatuvaatimukset. Onnistumiskriteereistä yleensä unohdetaan projektin jalkauttaminen. Tosi asia kuitenkin on, että mikäli projektin tuloksia ei pystytä viemään käytäntöön, menettää koko projekti merkityksensä. Vaikuttavuuden arvioimisessa arvioinnin toteuttamisajankohdalla on paljon merkitystä. Joskus vaikutukset näkyvät jo projektin ollessa käynnissä ja toisinaan vasta vuoden kuluttua projektin päättymisestä. (Paasivaara ym. 2008, 145; Virtanen 2009, 220–222.) Projektimme toteutettiin sille asetetussa aikataulussa. Aikataulu oli tiukka ja pidemmän ajan varaaminen projektin toteutukselle olisi voinut olla järkevää. Projektin kustannukset pysyivät suunnitellussa. Projektin tuotosten käytäntöön vieminen jää projektin ulkopuolelle.

Projektin aikana ennätettiin esitellä luodut toimintamallit 10.5.11 pidetyssä koulutusiltapäivässä. Koulutusiltapäivään osallistui runsaasti väkeä sekä sairaalasta että kotihoidosta. Tämä kertoi mielestämme aiheen tärkeydestä ja ajankoh-

taisuudesta. Iltapäivä oli tiivis ja esitysten välillä virisi vilkastakin keskustelua. Aiemmin tehdyssä kyselyssä nousi voimakkaasti esille tarve tehdä kotihoidon palvelutarpeenohjausmallia tunnetuksi myös sairaalaan. Koulutusiltapäivässä asiaa käsitteli sairaanhoitaja Virpi Salmi keskitetystä palvelutarpeenarvioinnista. Osa kotihoidon työntekijöistä tunsu aiheen tarkoin jo entuudestaan ja koki asian käsittelyt turhauttavana. Näin jälkikäteen voi miettiä, olisivatko erilliset koulutusiltapäivät kotihoidon ja sairaalan henkilöstölle olleet parempi ratkaisu. Tällöin olisi kuitenkin jäänyt käymättä se keskustelu, joka nyt käytiin kotihoidon ja sairaalan työntekijöiden välillä.

Saamamme palautteen mukaan koulutusiltapäivä oli kokonaisuutena hyvä ja vastasi odotuksia valtaosalla osallistujista. Kotiutusten toimintamallin todettiin olevan hyödynnettävissä myös muissa työyhteisöissä, kuten esimerkiksi Oulun seudun kuntoutussairaalaossa ja Oulun diakonissalaitoksella. Kaupunginsairaalan kotiutuskoordinaattori toimii myös näissä yksiköissä ja aikoi esitellä mallia siellä.

Tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki on luotettavuus. Kehittämistoiminnassa luotettavuuden arviointi kohdistuu lähinnä käyttökelpoisuuteen ja hyödynnettävyyteen. (Anttila 2006, 511 - 512; Toikko & Rantanen 2009, 121 - 123.) Projekti saavutti sille asetetun tavoitteen luoda kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalan ja kotihoidon välille. Kuinka malli saadaan juurrutettua osaksi hyviä käytäntöjä jää tulevaisuuden näytettäväksi. Kotiutusten yhdyshenkilöt tulevat jatkossa olemaan tärkeässä roolissa kotiutusten kehittämisessä ja tiedonkulun varmistamisessa.

Tukevatko projektin tuotokset henkilöstön työhyvinvointia? Asiaa pääsee arvioimaan vasta kun toimintaohjeet on otettu käyttöön. Räisänen ja Rothin (2008) mukaan työnjaon työpaikoilla tulisi olla selkeä ja yhteisten pelisääntöjen kaikkien tiedossa. Mikäli työnjako on epäselvä voi käydä niin, että joku joutuu tekemään sellaiset työt jotka muut mieluummin jättävät tekemättä. Tämä heikentää työilmapiiriä (Räisänen & Roth 2008, 37.) Kotiutukset kuormittavat sekä sairaalan että kotihoidon henkilökuntaa ja vievät paljon aikaa. Mitä toimivammiksi ko-

tiutukset saamme ja mitä selvempiä ovat yhteiset ohjeet, sitä vähemmän kuormittavia kotiutukset ovat.

Lähivuosina sosiaali- ja terveysalalle tulee runsaasti uusia työntekijöitä suurten ikäluokkien eläköitymisen ja palvelujen tarpeen lisääntymisen myötä. Uusien työntekijöiden perehdyttämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Holopainen & Hakulinen & Väistö 2004, 43.) Kotiutusprojektissa tuotettu kotiutuksen toimintamalli ja fraasit toimivat myös uusien työntekijöiden perehdyttämisen tukena ja helpottavat näin myös vakituisen henkilöstön perehdyttämistehtävää. Koulutusiltapäivän sijoittaminen toukokuulle palvelee vakituista henkilöstöä. Mietittäväksi jää kannattaisiko koulutus soveltuvien osin liittää myös uusien työntekijöiden perehdyttämiseen esimerkiksi kesälomakauden alussa.

Vasta projektin tuotoksia tarkastellessamme huomasimme niiden tekevän näkyväksi kaiken sen työn mitä kotiutuksiin liittyy. Asia on tärkeä. Tällä hetkellä teemme potilaan kotiuttamisen yhteydessä huomattavan määrän työtä, joka tosiasiassa ei näy missään. Kotiuttamiseen liittyvät kysymykset saatetaan kuitata kirjoittamalla potilasasiakirjoihin muutamalla sanalla potilaan kotiutuvan. Osin kyse on varmasti ajankäytöstä; kiireiset hoitajat katsovat käyttävänsä ajan paremmin välittömässä potilastyössä. Kirjaamisen merkitys kuitenkin kasvaa koko ajan. On sekä potilaan että hoitajan etu, että asiat tulevat perusteellisesti kirjattua. Näin jälkikäteenkin voidaan selvittää, kuinka kotiutus on tapahtunut. Työn näkyväksi tekeminen liittyy myös työn resursointiin. Niin kauan kuin asioita ei ole kirjattu, ei niitä myöskään ole virallisesti tehty. Tehdyssä kyselyssä nousi vahvasti esille resurssien merkitys. Kiire koettiin merkittäväksi hyvän kotiuttamisen esteeksi. Kotiuttamiseen tarvitaan lisää resursseja.

Hoitotyön kansallinen kirjaamismalli ja hoitokertomusten käytettävyys - tutkimusraportin tuloksena suositellaan, että hoitokertomusten käyttöliittymätoeuteuksia tulisi kehittää tukemaan käytännön hoitotyötä. Toimintaympäristökoh- taisten räätälöintimahdollisuuksien ja käyttöliittymien uudelleen suunnittelun kautta hoitokertomusjärjestelmät voivat tukea nykyistä huomattavasti paremmin hoitajien työtä ja vähentää kirjasten tekemiseen liittyviä ylimääräisiä vaiheita ja valintoja. (Nykänen ym. 2010, 63.) Toiveissa siis on, että jatkossa potilastieto-

järjestelmiä kehitetään paremmin vastaamaan käyttäjien tarpeita ja kirjaamiseen käytettävä aikaa saadaan vähennettyä.

Haasteena tulee olemaan projektin tuotoksena syntyvän kotiutusmallin käyttöönotto. Kuinka saadaan henkilökunta toimimaan yhdessä sovittujen kotiutusikäytäntöjen mukaan ja kuinka toimiva kotiutusmalli käytännössä on? Samat kotiuttamisen haasteet ovat olleet olemassa jo vuosikymmeniä, mikä selviää vuodelta 1988 olevasta kokousmuistiosta. Tulemme jatkossakin tekemään yhteistyöryhmän kanssa töitä kotiutusten kehittämisen eteen. Lisääntyvä potilasvaihto tulee lisäämään haastetta kotiutuksiin. Samalla se lisää myös tarvetta saada kotiutukset toimiviksi.

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää, kuinka nyt luotu kotiutusmalli otetaan käyttöön ja saavuttaako se sille asetetut tavoitteet. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka omaiset saataisiin nykyistä paremmin mukaan kotiutuksiin. Mitkä kaikki tekijät vaikuttavat omaisten suhtautumiseen kotiuttamista kohtaan ja kuinka niihin voisi vaikuttaa? Samoin ikääntyneiden omaisten jaksaminen ja heidän jaksamisensa tukeminen kotiutusten yhteydessä kiinnostaa. Myös kolmannen sektorin käyttö kotiutusten tukena olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe.

8.2 Eettiset kysymykset

Tutkivassa kehittämistoiminnassa tulee huomioida hyvä tieteellinen toimintakäytäntö eli tutkimusetiikka, jonka mukaan tutkimuksen tekemisen tulee olla kurinalaista, järjestelmällistä ja täsmällistä (Vilka 2005, 21). Aiheen valintaa ja kehittämistoiminnan eettisyyttä on mietittävä jo ennen kehittämistoiminnan aloittamista ja huomioita ne päämäärät ja asiat, joita tutkimuksella halutaan edistää (Heikkilä & Jokinen & Nurmela 2008, 43 – 44). Terveystieteiden kehittämistoiminnassa tärkeintä on aina potilaan hyvä. Toimiva kotiutusmalli on ennen kaikkea potilaan parhaaksi. Sen tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus sekä parantaa potilasturvallisuutta yhtenäistämällä eri osastojen kotiutusikäytännöt.

Valitsimme projektissa tehdyn tiedonkeruun tiedonantajiksi hoitohenkilökunnan. Kotiuttamisia työkseen tekevinä katsoimme heidän olevan sopivia kertomaan kotiutusten nykytilanteesta ja kotiutuksiin liittyvistä haasteista. Potilaiden näkökulmaa kehittämistyöhön toivat aiemmat tutkimukset, joita työssä esittelemme.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002) toteaa, että hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tämä tarkoittaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Lisäksi tutkijat soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Tutkijan on myös tärkeää ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset, kunnioittaen näiden työtä ja antaen heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on edelleen, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Olemme pyrkineet tässä opinnäytetyössä ja siihen kuuluvassa projektissa huomioimaan hyvät tieteelliset käytännöt. Olemme pyrkineet kuvaamaan tekemämme ratkaisut niin, että niitä pystytään tarkastelemaan ja arvioimaan. Projektin sisällä tehdyn tiedonkeruun ja sen analyysin olemme esittäneet aiemmin ja pyrkineet niiden esittämisessä mahdollisimman hyvään täsmällisyyteen. Samoin olemme kuvanneet projektiryhmän toiminnan ja ryhmän vaikutuksen kehitystyön tuloksin. Toisten tutkijoiden työtä olemme kunnioittaneet lähdemerkinnöin, joista selviää käytetyt teokset.

8.3 Oman osaamisen kehittyminen

Se, että me kaksi eri ammattikorkeakoulujen opiskelijaa saimme tehdä yhteisen kehittämistyön, oli rikkaus. Yhteistyö molempien oppilaitosten opettajien kanssa on ollut hyvää. Olemme saaneet ohjausta sekä kasvokkain että sähköpostin välityksellä. Tärkeää on ollut myös ohjaavien opettajien keskinäinen yhteistyö ja heiltä saatu palaute. Omalle vastuullemme on tietenkin jäänyt sen valinnan tekeminen, mitä kehitysehdotuksia olemme ottaneet vastaan ja minkä olemme jättäneet huomioimatta. Toivottavasti olemme pystyneet perustelemaan tehdyt ratkaisut riittävän hyvin.

Projekti voi olla osallistujilleen ammatillisen oppimisen ja työn kehittämisen muoto. Nykypäivän työelämässä työntekijän on oltava valmis osallistumaan oman työnsä jatkuvaan kehittämiseen. (Jalava & Virtanen 1995,73.) Tämän kehittämistyön myötä olemme oppineet projektitoimintaa ja löytäneet yhden tavan lähteä kehittämään omaa työtämme. Kokemus on ollut voimaannuttava.

Yhteisen kehittämistyön tekeminen on ollut sekä haaste että mahdollisuus. Jokinen & Juhtila (2002, 114) toteavat yhdessä kirjoittamisen mahdollisuuksien ja riskien liittyvän yhteistyöhön, vastuun- ja työnjakoon, kirjoittamisen ja keskustelemisen taitoon, palautteen vastaanottamiseen ja identiteetin määrittymiseen. Yhteistyömme on ollut välitöntä ja helppoa. Sovimme jo ennen yhteisen työn aloittamista yhteisistä pelisäännöistä, joiden mukaan työtä teemme. Näistä säännöistä olemme myös pitäneet kiinni. Välillä olemme jakaneet työtä osiin, jossa kummallakin on ollut omat vastualueet. Tämän jälkeen kumpikin on lukeut toistensa tuottaman tekstin. Kumpikin on saanut vapaasti muokata toisen tuottamaa tekstiä, lisätä ja poistaa, niin halutessaan. Olemme pyrkineet olemaan kriittisiä tekstin laadun suhteen, sillä kahdestaan kirjoittaessa myös erilaisiin tapoihin tuottaa tekstiä liittyy omat riskinsä. Vaarana on, että teksti on tyyliltään eroavaa kirjoittajien kesken. Olemme toimittaneet toisillemme sähköpostilla aina viimeisimmän version työstä, jota toinen on saanut vuorostaan jatkaa. Kahden epäsäännöllistä vuorotyötä tekevän ihmisen aikataulujen yhteensovittaminen tiiviimpään yhteistyöhön olisi ollut mahdottomuus. Tarvittaessa olemme

pyrkineet järjestämään yhteistä aikaa, missä työnantajamme on ollut hienosti tukena.

Työn edetessä olemme saaneet huomata, kuinka suuri rikkaus työn tekeminen yhdessä on ollut. Omien näkökantojen esiintuominen ja perusteleminen on ollut tärkeää sekä meidän että muiden projektiin osallistuvien kesken. Tärkeää on ollut myös taito kuunnella. Yhdessä olemme myös löytäneet ajoittain kadoksissa olleen työnilon. Pohdimme työn alkuvaiheessa määrittääkö työn yhdessä tekeminen tekijänsä jotenkin epäitsenäisiksi tai riippuvaisiksi. Olemme kuitenkin todenneet määrittävämme paremminkin yhteistyökykyisiksi ja vuorovaikutustaitoisiksi.

LÄHTEET

- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Akatiimi Oy, Hamina.
- Anttonen, H. & Räsänen, T.(toim.) 2009. Työhyvinvointi- uudistuksia ja hyviä käytäntöjä. Työterveyslaitos. Multiprint Oy, Helsinki.
- Arnkil, T. & Seikkula, J. & Arnkil, R. Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. Yhteiskuntapolittikka 70 (2005):6
- Atwal, A. 2002. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39 (5), 450–458.
- Chaboyer, W., Foster, M., Kendall, E. & James, H. 2002. ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. *Intensive and Critical Care Nursing* 18, 90 – 95.
- Gardner, S., Arve, S., Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutumisprosessin elementit -kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n.o 3:2002.
- Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2005. Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 288-295.
- Hammar, T. 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa –kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. STAKES. Tutkimuksia 179. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Huang, T-T. & Ling, S-H., 2005. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1193-1201.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Holopainen, A., Hakulinen, T. & Väistö, R. 2004. Sosiaali- ja terveysalan työyhteisöjen toimivuus ja työntekijöiden työhyvinvointi. Joensuu. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita, 18.

- Huttunen, J. 2008. Ikäihmisten määrä Suomessa. www.terveyskirjasto.fi
- Hyppönen, H. (toim.), Turunen, T., Hämäläinen, P., Kärki, J. & Palojoki, S. 2008. Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla. Sta- kesin raportteja 32/2008. Valopaino Oy, Helsinki.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.
- Isoherranen, K. 2006. Moniammatillinen yhteistyö. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Jalava, U. & Virtanen, P. 1995. Moniammatillinen projektitoiminta –avain hyvin- vointipalvelujen tulevaisuuteen. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoi- totieteessä. WSOY, Juva.
- Jokinen, A & Juhila, K. 2002. Yhdessä kirjoittaminen. Teoksessa: Kinnunen, M. & Löytty, O. (toim.) Tieteellinen kirjoittaminen. 109-118. Vastapaino, Tampe- re.
- Karppinen, P. 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaasta poti- laiden itsensä ja heidän omaistensa kuvaamana. Pro-gradu tutkielma. Terveys- denhuollon opettajan koulutusohjelma. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Aka- teeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy, Tam- pere.
- Krause, K. Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kir- jayhtymä, Helsinki.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2009. Yhteistoiminta ja työelämän kehittäminen. Kunta-alan sopimuksia ja suosituksia tuloksellisuudesta, henkilöstöjohtamisesta, työhyvinvoinnista ja yhteistoiminnasta. Suomen kuntaliitto. Painotalo Miktor, Helsinki.
- Kyngäs H & Vanhanen L, 1999, Sisällön analyysi, Hoitotiede-lehti, no 1/99. (3- 12)
- Löow, M. 2002. Onnistunut projekti. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Maramba, P. J., Richards, S., Mayers, A., L. & Larrabee, J., H. 2004. Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence-based Practice. J Nurs Care Qual 19(2), 123 – 129, 103.

- Mikkonen, T. 2009. Moniammatillinen toiminta työterveyshuollossa. Opinnäyte-työ, ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto. Laurea ammattikorkeakoulu, Hyvinkää.
- Männistö, T. 1998. Iäkkään potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Pro gradu – tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto, Turku.
- Nykänen, P. & Viitanen, J. & Kuusisto A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaa-mismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Yhteenvetoraportti. Tampereen Yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos, Tampere
- Otala, L. & Ahonen, G. 2003. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. WSOY, Porvoo.
- Otala, L. 2003 Hyvinvointia työpaikalla -tulosta toimintaan. WSOY, Juva.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Lääke-tieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto, Turku.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva .
- Perälä, M-L & Hammar, T. 2003. PALKOmalli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. STAKES. Aiheita 29/2003, Helsinki.
- Perälä M-L, Grönroos E & Sarvi A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes Raportteja 8/2006. Helsinki.
- Pieper, R. & Vaarama, M. 2005. Issues of integrated care: summary and discussion. Teoksessa M. Vaarama & R. Pieper (toim.) Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices. Helsinki: Stakes ja European Health Management Association (EHMA), 264 – 278. 104
- Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Pöyry, P. & Perälä, M. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65—vuotiaiden hoidon ja palveluiden saamakohdissa. STAKES. Aiheita 18/2003. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Rajaniemi, J. 2006. Arkea tukevat verkostot- Ikääntyneiden kokemuksia arjen sujumisesta. Gerontologia 4, 169-181.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu – tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Studies in sport, physical education and health. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Roberts, K. 2002. Exploring participation: older people on discharge from hospital. Journal of Advanced Nursing 40 (4), 413–420.

Räisänen, K. & Roth, K. 2008. Hankalat tyypit työelämässä. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino OY, Helsinki.

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Silfverberg, P. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2006:69. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki

Styrborn, K. 1995. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals – an intervention study. Scandinavian Journal of Social Medicine 23 (4), 273–285.

Tanttu, K. 2007. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämissuunnitelmaan, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. University Press, Tampere.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 22.4.2011
<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>.

Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede-lehti 1/2008, 36–47.

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY, Juva.

Vesterinen, S. 1999. Sairaalasta kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. Tutkielma. Preventiivisen hoitotieteen koulutus. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Virtanen, P. 2009. Projekti strategian toteuttajana. Tietosanoma Oy, Tallinna.

Voutilainen, P. & Korpiniitty S. 1997. Dementoituneen hyvä hoito –Omaisten odotukset hoidon laadun kehittämisen perustana. Hoitotiede 9 (1). 25 - 32

Walker, C., Hogstel, M., O. & Curry, L., C. 2007. Hospital Discharge of Older Adults. How Nurses Can Ease The Transition. AJN 107(6), 60 – 70.

www.ouka.fi/kehittämishankket/Saumaton-kuntoutusketju

www.ouka.fi/kytke

www.tilastokeskus.fi

Tarkan palkan laskeminen kultakin projektin jäseneltä ei onnistu, mutta karkeasti laskien palkkakulut projektin osalta ovat 3 (kokousten määrä) x 9 (projektiryhmäläisten määrä) x 18 (keskimääräinen tuntipalkka) + 5 (sähköiseen viestimiseen käytettävä aika tunteina) x 7 (projektiryhmäläiset poislukien projektin vetäjät) x 18 (projektiryhmäläisten keskimääräinen tuntipalkka) = 1116 euroa.

Projektin vetäjät käyttävät projektiin aikaa seuraavasti: 30 (opintopistettä) x 27(tuntia per opintopiste) x 15 (projektinvetäjien keskimääräinen tuntipalkka) x 2 (projektinvetäjien määrä) = 24300 euroa.

Lisäksi pienempinä kuluina projektissa ovat kirjastokulut noin 20 euroa, kopiokulut noin 20 euroa, kokouskahvit noin 20 euroa ja toimistotarvikkeet noin 30 euroa.

KOTIUTUKSEN KEHITTÄMINEN OULUN KAUPUNGINSAIRAALASTA KOTIHOITOON

PROJEKTIRYHMÄN KOKOUS 15.12.2010 14.30-15:45

LÄSNÄ: Mari Ahlroth, Johanna Huotari, Eeva Markus, Suvi Penttilä-Sirkka, Soili Viholainen

Käytiin läpi projektisuunnitelma. Projektisuunnitelmassa paikoin tarkennettavaa.

Keskusteltiin tämänhetkisistä kotiutuksista. Todettiin kotiutuksissa olevan kehitettävää (yhteistyö, tavoitettavuus, kirjaaminen). Myös yhteistyöhön muiden palveluntuottajien kanssa kaivattiin parannusta.

Todettiin, että Sakke-hankkeesta saatua tietoa kannattaa hyödyntää projektissa.

Käytiin läpi kyselylomaketta. Todettiin sen olevan laajan ja vastaamisen aikaa vievää. Luovuttiin ajatuksesta lähettää se koko henkilöstölle. Päädyttiin lähettämään kyselylomake sähköpostitse esimiehille ja saatteessa pyytämään muutamaa henkilöä vastaamaan per osasto/tiimi. Palautus sisäisessä postissa 7.1.2010 mennessä.

Seuraava projektiryhmän kokous tiistaina 25.1.11 klo 14:30. Paikka OKS Rinne

KOTIUTUKSEN KEHITTÄMINEN OULUN KAUPUNGINSAIRAALASTA KOTIHOITON

PROJEKTIRYHMÄN KOKOUS 25.1.2011 klo 14.30 - 16:00

LÄSNÄ: Mari Ahlroth, Johanna Huotari, Eeva Markus, Annika Ollila, Mervi Heikkilä, Erja Tihinen-Tolppa, Virpi Kariniemi, Heidi Kuukasjärvi, Anna Rautiainen, Jaana Tervaskanto, Suvi Penttilä-Sirkka, Soili Viholainen

Käytiin läpi henkilökunnalle tehdyn kotiutuskyselyn alustavia tuloksia. Vastauksia tullut hyvin ja vastaukset sisällöltään laajoja. Kyselystä esille nousseet asiat herättivät laajasti keskustelua.

Keskusteltiin mm. seuraavista asioista

-Koekotiutukset. Ovatko välttämättömiä? Koetaan usein resurssien tuhlaamisena, jos hoitajalla valmiiksi ajatus, ettei kotiutuja tule pärjäämään. Iso kuormitus myös potilaalle itselleen sekä omaiselle. Toisaalta osa potilaista pärjääkin kotona luultua pidempään.

-TEHKOn kotiutustiimi ei voi kotiuttaa potilaita viikonloppuisin, mikäli ei ole ennestään kotihoidon asiakas. Tiimiltä puuttuu myös lääkäri, minkä vuoksi iv-hoidot eivät ole mahdollisia. Iv-hoitoa vaativat potilaat tulisi ohjata ODL:n kotisairaalan asiakkaiksi.

-Kaivattiin takaisin aiempaan käytäntöön, jolloin sairaalassa oli oma sosiaalityöntekijä.

-Sairaalasta kaivattiin kotihoidon ns. ”vointikäyntejä”, joihin kotihoidolla ei ole resursseja.

-Kyselyissä kaivattiin ” kotitushoitajaa”. A3:n kokeillut aamuvuoroissa työnjakoa, jossa toinen tiimin sh:sta hoitaa kierron ja toinen kotiutukset.

-Yhteydenpidon osalta keskusteltiin Effica-viesteistä. Ongelmaksi arveltiin nousevan sen, kelle viestin osoittaisi ja miten pian viesti tavoittaisi vastaanottajan.

-Osa kotihoidon tiimeistä päivittää tiivistelmä –lehdelle yhteystietonsa, mutta näissä puutteita joiltain osin. Potilaan sairaalassa ollessa myös hoitavan tiimin numeron voisi lisätä sairaalassaoloajaksi.

-Kotihoidon kriteereitä, joita kaivattiin, ei ole kirjoitettuna. Palveluohjaus –malli löytyy verkosta ja siihen kannattaa tutustua.

-Kytke-hankeeseen liittyen mietitään asiakasvastaavan-toimen perustamista. Keskustelussa nousi esille, että toimi kannattaisi perustaa terveysasemien sijaan kotihoitoon.

-B2:lla käytössä jo kotiutus-fraasit, Käyttöön myös muille osastoille.

-Efficalta löytyy kotihoidon asiakkaista lukujärjestys, josta selviää käyntien määrät. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa puolestaan on käyntien sisältö kirjattuna.

-Yhteistä RAI:ta kaivattaisiin. Nyt käytössä aivan liian monta.

-Vastauksissa kaivattiin yhteistyöpalavereja kotihoidon ja kaupunginsairaalan välille. Myös projektiryhmä piti ajatusta hyvänä. Myös yhteisestä koulutuspäivästä keskusteltiin. Pyritään järjestämään sellainen kevään 2011 aikana. Aiheena mm. kotihoidon kriteerit.

Seuraavassa kokouksessa läpikäydään kyselyn aineistonanalyysi.

KOTIUTUKSEN KEHITTÄMINEN OULUN KAUPUNGINSAIRAALASTA KOTIHOITOON

PROJEKTIRYHMÄN KOKOUS 4.4.11 klo 14.30-16:00

LÄSNÄ: Mari Ahlroth, Johanna Huotari, Annika Ollila, Erja Tihinen-Tolppa, Heidi Kuukasjärvi, Suvi Penttilä-Sirkka ja opiskelija Elisa Kynkäänniemi

Käytiin läpi lyhyesti kotiutuskyselyn tulokset. Potilaan hyvää kotiutusta tukevia tekijöitä ovat potilaslähtöisyys, hoidon suunnittelu ja moniammatillinen yhteistyö. Kotiutuksiin liittyvät haasteet ovat tiedonkulussa ja kirjaamisessa. Kotiutukset kuormittavat henkilökuntaa.

Esiteltiin kyselyn pohjalta nousseet kehitysehdotukset kotiutuksiin liittyen. Keskusteltiin mm. seuraavista asioista:

Kotiutuksen toimintamalliin kotoa sairaalaan tultaessa lisätään liitteenä ohje, kuinka kotihoitopalvelujen laatu ja määrä löytyvät Efficasta. Lähtötilanne kotoa sairaalaan kirjataan KHTOTS -lehdelle. Kirjaamisen nykyohjeet voisi tarkistaa Marjukka Pohjolalta. Mukaan sairaalaan oma dosetti. Lääkkeiden ja apuvälineiden mukaan laittaminen arveluttaa, koska niillä taipumus kadota, jos potilas lähtee päivystykseen, etenkin jos potilaalla ei ole saattajaa mukana.

Toimintamalli sairaalasta kotiutuessa herätti keskustelua. Perjantain kotiutukset onnistuvat, mikäli kotiutus on ns. ”helppo”. Haastavissa kotiutuksissa on suuri riski joutua jo viikonlopun aikana takaisin päivystyksen kautta sairaalaan. Tämä on myös taloudellinen kysymys. Todettiin, että vanhojen asiakkaiden kohdalla kotiutumisesta voi olla yhteydessä kotihoitoon myös omainen. Muutoinkin todettiin, että omaisten mukana oloa ja vastuun ottamista tulisi tukea nykyistä enemmän. Muilta osin esitettyyn malliin ei tullut muutoksia.

Kotiutusvastuuhenkilöiden kokoontumisia kannatettiin. Keskusteltiin mahdollisuudesta osallistua esimiesten yhteistyöpalaveriin, mutta todettiin palaverit yksin kotiutuksiin osallistuvien henkilöiden osalta tarpeellisiksi. Palaverit päätettiin pitää puolivuositain ja jokainen vastuhenkilö kerää omasta työyhteisöstään esille nousseita asioita yhteiseen keskusteluun. Alkuun koollekutsujina toimivat projektin vetäjät. Sovittiin, että esimiesten yhteistyöpalaveriin osallistuu henkilö sekä kotihoidosta, tehkosta että sairaalasta.

Ehdotettuja kotiutusfraaseja tarkennettiin. Turvapuhelin ja kulunvalvonta olivat jääneet listasta pois. Sopiva paikka kotiutusfraaseille sai aikaan keskustelua. Päädyttiin kuitenkin tiivistelmän käyttöön. Projektin vetäjät tarkistavat vielä, saahan kyseisen fraasin muodostettua tiivistelmähdelle käytettäväksi.

Koulutusiltapäivä pidetään 10.5.11 Oulun kaupunginsairaalassa Salokannel –salissa. Kotihoidon osalta ehdotettiin palveluohjausmallin esittelijäksi Anne Leskelää tai Kaisa Nivalaa. Projektin vetäjät ovat heihin yhteydessä.

Turvallisesti kotiin –projektin päätöstilaisuus
Kotiutuksen toimintamalli –koulutus

Kaupunginsairaalan, kotihoidon ja TEHKO:n henkilökunnalle

Tiistaina 10.5.2011 Oulun kaupunginsairaalan Salokannel -salissa klo 13:00 -
15:00

Ohjelma:

Tervetulosanat *palvelupäällikkö Leena Karjalainen*

13.00 Turvallisesti kotiin- projektin esittely *sh Johanna Huotari oks A1*

13:15 TEHKO-tiimi kotiutusten tukena

13:30 Kotiutuskoordinaattori kotiutumisien mahdollistajana, *kotiutuskoordinaattori Mervi Heikkilä*

13:40Kotihoidon palveluohjausmalli *sh Virpi Salmi, keskitetty palvelutarpeen arviointi*

14.15 Kotiutuksen toimintamallit *sh Mari Ahlroth oks A1*

Keskustelua

Kahvitarjoilu

Ilmoittautumiset sähköpostitse 6.5.11 klo 13 mennessä osoitteeseen:

johanna.huotari@ouka.fi tai mari.ahlroth@ouka.fi

HYVÄ VASTAANOTTAJA!

Tämä kysely liittyy ylemmän ammattikorkeakoulututkintomme kehittämistehtävään, jonka tavoitteena on moniammatillista yhteistyötä kehittämällä luoda toimiva kotiutusmalli Oulun kaupunginsairaalan ja Oulun kaupungin kotihoidon välille. Kotiutusmallin tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus sekä parantaa potilasturvallisuutta yhtenäistämällä eri osastojen kotiutuskäytännöt. Kehittämistehtävän välillisenä tavoitteena on lisäksi tukea henkilöstön työhyvinvointia.

Toivomme, että koet asian tärkeäksi ja vastaat kyselyymme. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Tulosta sähköpostitse saamasi kysely ja laita vastauksesi sisäisessä postissa meille osoitteella: Johanna Huotari ja Mari Ahlroth OKS A1, viimeistään perjantaina 20.1.2011. Vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti, eikä kenenkään yksittäinen vastaus tule esille. Kokoamme vastaukset yhteen ja niistä projektiryhmämme luo yhdessä projektin ohjausryhmän kanssa kotiutusmallin, jota lähdemme kokeilemaan. Projektiryhmäämme kuuluu henkilöitä OKS:n eri osastoilta, kotihoidosta ja sosiaalityöstä.

Kiitos!

Yhteistyöterveisin

Johanna Huotari ja Mari Ahlroth

KYSELYLOMAKE

Työpaikka

Koulutus

Miten osallistut työssäsi potilaan kotiuttamiseen Oulun kaupunginsairaalaan kotihoitoon jossain potilaan hoitoketjun vaiheessa?

Millainen kotiutussuunnitelma on käytössä työyhteisössäsi?

Miten kotiutussuunnitelmaa käytetään?

Miten kotiutukset mielestäsi onnistuvat tällä hetkellä?

Mikä kotiutuksissa on hyvää/toimivaa?

Mitä kehitettävää kotiutuksissa on?

Millaisia ongelmia kotiutuksiin liittyy? Kuvaile ongelmia.

Millaisiin potilasryhmiin ongelmat liittyvät?

Mitkä tekijät viivästyttävät potilaan kotiutumista?

Minkälaiset tekijät lisäävät potilaan riskiä joutua uudelleen sairaalaan?

Kuinka potilaiden uudelleen sairaalaan joutumista voitaisiin ennaltaehkäistä?

Miten yhteistyö eri tahojen välillä toimii (sairaala, kotihoito, sosiaalityö, omaiset, muu, mikä?)?

Millaisia kehitysehdotuksia yhteistyöhön sinulla on?

Kuinka tavoitettavissa em. tahot ovat?

Millaisia kehitysehdotuksia sinulla on tavoitettavuuteen liittyen?

Missä määrin kotiutukset kuormittavat sinua työntekijänä?

Miten lähtisit kehittämään kotiutuksia?

TURVALLISESTI KOTIIN KOULUTUSILTAPÄIVÄ 10.5.2011 KLO 13 - 15

Pyydämme sinua arvioimaan koulutustilaisuutta ja antamaan palautetta vastaamalla lomakkeen kysymyksiin. Palautteesi on meille tärkeä!

Työpaikka: Kotihoito / Oks / Tehko

Asteikko 1-5: 5 = erinomainen, 4 = hyvä, 3 = tyydyttävä, 2 = välttävä, 1 = heikko

Arviosi koulutusiltapäivästä kokonaisuutena

--	--	--	--	--

1 5

Miten koulutusiltapäivä vastasi odotuksiasi?

--	--	--	--	--

1 5

Sisällön hyödyllisyys työsi kannalta

--	--	--	--	--

1 5

Koulutuksen kesto ja ajoitus

--	--	--	--	--

1 5

Koulutuksen järjestelyt

--	--	--	--	--

1 5

Muuta palautetta
