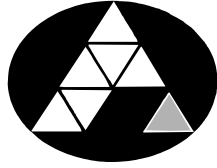


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Sari Nykänen-Juvonen  
Tuula Pakarinen

KOTIUTUSPROSESSI ASIAKASLÄHTÖISEKSI  
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PERUSPALVELUISSA  
– kotiutusprosessikuvaus kehittämistyön tueksi

Opinnäytetyö  
Syyskuu 2009



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATIKORKEAKOULU

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Syyskuu 2009**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. (013) 260 6600

**Tekijät**

Sari Nykänen-Juvonen, Tuula Pakarinen

**Nimeke**

Kotiutusprosessi asiakaslähtöiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa  
– kotiutusprosessikuvaus kehittämistyön tueksi

**Toimeksiantaja**

Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi

**Tiivistelmä**

Palvelurakenteiden ja -prosessien kehittämisellä pyritään kunnissa tuottavuuden parantamiseen sekä palvelujen laadun ja saatavuuden varmistamiseen. Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimia yhdistettäessä päätettiin palveluketjujen avaamisesta ja prosessien kuvaamisesta. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata asiakaslähtöinen kotiutusprosessi asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin.

Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin terveyskeskussairaaloiden ja kotihoidon henkilöstölle tehtiin 18.12.2008–31.1.2009 kysely tiimeittäin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Tietoa haettiin työyksiköiden toimintakäytännöistä ja kehittämiskohteista. Kotiutusprosessikuvaus yhdistettiin kyselyn tuloksiin, kunnissa olevia kotiutusohjeita sekä PALKO-hankkeen ja aiempien tutkimusten tietoja. Työ toteutettiin Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan antamaa prosessien kuvaussuositusta (JHS 152) ja Microsoft Visio 2007 -prosessikuvausohjelmaa hyödyntäen. Tuotosta arvioitiin toimeksiantajan edustajien kanssa työn eri vaiheissa.

Kyselyn tulosten mukaan henkilöstö kokee asiakkaan kotiutuksen kehittämisen tarpeelliseksi. Kehittämistarpeita ovat esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, tiedonkulun parantaminen, hoito- ja palveluketjujen tehostaminen, tietojärjestelmän parempi hyödyntäminen ja toiminnan asiakaslähtöisyyden parantaminen.

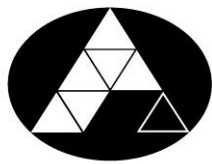
Opinnäytetyön tuotoksena syntyi kotiutusprosessikuvaus ja prosessinkulun sanallinen kuvaus. Kehittämistarpeita ovat prosessikuvaus jatkokehittäminen, asiakaspalaute- ja laatujohtamisen kehittäminen ja prosessikoulutuksen järjestäminen henkilökunnalle.

Kieli  
suomi

Sivuja 42  
Liitteet 11  
Liitesivumäärä 24

**Asiasanat**

kotiutusprosessi, saumaton hoito- ja palveluketju, asiakaslähtöisyys



NORTH KARELIA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**THESIS**  
**September 2009**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FIN 80200 JOENSUU  
Tel. +358-13-260 6600

**Authors**

Sari Nykänen-Juvonen, Tuula Pakarinen

**Title**

A Client-Oriented Discharge Process in Social and Health Services  
- A Discharge Process Description to Support Development in Nursing

**Commissioned by**

Liperi Municipality and Outokumpu City/Social and Health Services

**Abstract**

As the social and health services of Liperi and Outokumpu were united at the beginning of 2009, it was decided that service chains will be analysed and service processes will be described. The purpose of these actions was to improve both productivity and to ensure the quality and availability of social and health services. The aim of this practice-based thesis was to describe the client-oriented discharge process from health centre to home.

A survey was carried out to gather information about the actual practices and development targets. The results of the survey, actual discharge instructions and practices and information acquired through PALKO-project and earlier studies were used in this discharge process description. The process modelling was carried out according to the JHS 152-recommendation and using the Microsoft Visio 2007 computer program. The output was estimated with the representatives of the commissioning organisation in different phases of the process.

According to the results, the development concerning a client's discharge is experienced as important. Multidisciplinary cooperation, improvement of information dissemination, increasing the efficiency of a seamless care and service chain, better utilisation of data systems and improving the client-oriented approach were the main development needs.

As a result of the thesis, the discharge process was described both visually and in writing. Further development of the process description, the development of the client feedback and quality system and organising process training for nursing staff could be mentioned as future development needs.

Language  
Finnish

Pages 42  
Appendices 11  
Pages of Appendices 24

**Keywords**

a discharge process, a seamless care and service chain, client-oriented approach

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	5
2	ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIUTUSPROSESSI .....	7
2.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut .....	7
2.2	Kotiutusprosessi osana saumatonta ja asiakaslähtöistä hoito- ja palveluketjua.....	7
2.3	Asiakaslähtöisyys kotiutuksessa.....	9
2.4	Itsemääräämisoikeus kotiutuksessa .....	10
2.5	Hyvän kotiutuksen suunnittelu ja toteutus .....	11
2.6	Tiedonkulun varmistaminen kotiutusprosessissa.....	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	18
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	18
4.1	Opinnäytetyön toteuttaminen toiminnallisena .....	18
4.2	Kyselyn tulokset.....	21
4.2.1	Kotiutuksen asiakaslähtöisyys .....	21
4.2.2	Yhteistyö kotiutuksessa.....	22
4.2.3	Toimintakäytännöt kotiutuksessa .....	22
4.2.4	Tiedonkulku kotiutuksessa .....	23
4.2.5	Vastaajien kehittämisideoita toimivaan kotiutukseen .....	24
4.3	Opinnäytetyön ja kotiutusprosessikuvauksen toteutus .....	26
4.4	Tuotoksena kotiutusprosessikuvaus.....	28
5	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	31
6	POHDINTA.....	34
7	OPINNÄYTETYÖN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUS- AIHEET .....	39
	LÄHTEET .....	40

## LIITTEET

LIITE 1	Toimeksiantosopimus
LIITE 3	Tutkimuslupa
LIITE 4	Kyselyn saatekirje
LIITE 5	Kutsu palveluprosessi-iltapäivään
LIITE 6	Kutsu Okuli-hankkeen päätöstilaisuuteen
LIITE 7	Opinnäytetyön aikataulukuvaus
LIITE 8	Kotiutusprosessikuvauksen perustietolomake
LIITE 9	Graafinen kotiutusprosessikuvaus
LIITE 10	Prosessinkulun sanallinen kuvaus
LIITE 11	Toimeksiantajan palaute opinnäytetyöstä

## 1 JOHDANTO

Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008a, 17–21) tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut vähentämällä eriarvoisuutta, kaventamalla terveyseroja, lisäämällä toimintakykyisiä elinvuosia ja parantamalla heikoimmassa asemassa olevien tilannetta. Kunta- ja palvelurakennemuutoslain (L169/2007) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu on pääsääntöisesti kunnilla. Kuntalaisten hyvinvointipalvelut pyritään turvaamaan perustamalla yhteistoiminta-alueita tai tekemällä kuntaliitoksia. Kunnissa on suuntauduttava palvelurakenteiden, tuotantotapojen ja palveluprosessien kehittämiseen palvelujen laadun ja saatavuuden varmistamiseksi sekä tuottavuuden parantamiseksi.

Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistyivät vuoden 2009 alusta. Palveluja yhdistettäessä oli päätetty palveluketjujen avaamisesta ja tärkeimpien prosessien kuvaamisesta (Liperin kunnan sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategia vuosille 2009–2012, 8). Palveluketjuajattelulla on pyritty muuttamaan julkisen terveydenhuollon organisaatiokeskeisyyttä asiakaslähtöisemmäksi. Palveluketjuajattelun kehittäminen, asiakaslähtöisyyden ja tiedonkulun parantaminen ovat keskeisiä kehittämisaiheita terveydenhuollossa. (Tanttu 2007, 11, 191.) Prosessikuvauksia käytetään johtamisen, hallinnan ja toiminnan parantamisen, perehdyttämisen, koulutuksen ja tietojärjestelmien kehittämisen sekä muutosjohtamisen välineenä organisaatioita yhdistettäessä. Organisaatioiden prosessikuvausten tarkastelu ja ymmärtäminen auttavat kehittämistarpeiden löytämisessä ja toimijoiden vastuiden jäsentämisessä. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2008, 2, 4.)

Kotiutus on prosessi, jonka hyvään toteutukseen kuuluvat asiakaslähtöisyys, tiedonkulun varmistaminen ja moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden välillä. Ensimmäiset vuorokaudet kotiutumisen jälkeen ovat kotiutujalle kriittisimmät. Hyvällä suunnittelulla ja valmistelulla turvataan kotona selviytyminen ja ehkäistään takaisin sairaalaan joutumista. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Asiakkaan tulee saada ymmärrettävää tietoa terveydenedistämisestä, oikeuksistaan ja vastuustaan terveydenhuollossa sekä mahdollisuudestaan vaikuttaa omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon (Liperin kunnan palvelustrategia vuoteen 2009–2012, 1; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008b, 44–45.) Asiakaslähtöisessä toiminnassa korostetaan yksilöllisyyden kunnioittamista, yhdenvertaisuutta, aitoutta ja asiakkaan aktiivista roolia, jossa toiminta etenee hänen tarpeistaan. Työntekijä tukee asiakkaan itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa sanaa asiakas käytetään kuvaamaan potilasta ja yksilö- ja ryhmäasiakkaita. (Kiikkala 2000, 116–119.) Potilas on ”terveydenhuollon asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia” (Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot, 1997, 23). Tässä opinnäytetyössä käytetään yhtenäisyyden ja selkeyden vuoksi käsitettä asiakas. Asiakas-sanan käyttöä puoltaa kotiutustilanteessa tehtävä moniammatillinen eri organisaatioiden välinen yhteistyö.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämistyöhön liittyvänä toimeksiantona. Tarkoituksena oli tuottaa asiakaslähtöinen kotiutusprosessikuvaus asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin. Toimintakäytännöistä ja kehittämistarpeista saatiin tietoa tekemällä avoin kysely tiimeittäin terveyskeskussairaaloiden osastojen ja kotihoidon henkilökunnalle. Lisäksi osallistuimme toimeksiantajan järjestämään palveluprosessi-iltapäivään ja Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämishankkeen (OKU-LI) päätöstilaisuuteen. Työssä hyödynnettiin kyselyn tuloksia, työelämäedustajien mielipiteitä, teoretietoja ja kehittämispäivistä saatua tietoa.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt kotiutusprosessikuvaus ja siihen liittyvä prosessinkulun sanallinen kuvaus antavat tietoa kotiutuksen vaiheista, siinä huomioon otettavista asioista ja kehittämiskohteista.

## **2 ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIUTUSPROSESSI**

### **2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut**

Peruspalvelut ovat kunnan järjestämiä asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa kestävästä kehitystä edistäviä palveluja. Lainsäädäntö asettaa vaatimukset kansalaisten perusoikeuksien turvaamiseksi. Kunnilla on oikeus päättää, tuottaako se palvelut itse, yhteistyössä toisten kuntien tai yksityisten tuottajien kanssa vai hankkimalla palvelut markkinoilta. Kunnat vastaavat peruspalvelujen järjestämisestä riippumatta siitä, miten palvelut tuotetaan. (Kuntaliiton kilpailupolitiikan työryhmä 2002.)

Kunnilla on vastuu valtionosuusjärjestelmän avulla tuettujen lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat moniulotteisen ja tärkeän kunnallisen toimialan. Kunnat voivat järjestää palvelujen suunnitelmalliseen kehittämiseen ja tuottamiseen liittyvää yhteistoimintaa erilaisten sopimusjärjestelyjen avulla. Kuntien yleiset olosuhdetekijät vaikuttavat palvelujen tuottamisen vaihtoehtojen valintaan. Kuitenkin kunnille jää kokonaisvastuu palvelujärjestelmän ylläpidosta, laadun valvonnasta, kehittämistoiminnasta ja viranomaistehtävistä. (Narikka 2008, 23–24, 40–42, 55.)

### **2.2 Kotiutusprosessi osana saumatonta ja asiakaslähtöistä hoito- ja palveluketjua**

Asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeuden tukeminen ja kunnioittaminen, organisaatorajat ylittävä palvelu ja esteetön tiedonkulku ovat saumattoman palveluketjun keskeisiä ominaisuuksia. Asiakas osallistuu häntä koskevaan päätöksentekoon, jossa huomioidaan hänen valinnanvapautensa. Asioiden hoitaminen perustuu ammattilaisten ja asiakkaan väliseen sopimukseen sekä esteettömään tiedonkulkuun. (Ruotsalainen 2000, 18–20.)

Palveluketju on ”saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva palveluprosessien kokonaisuus. Hoitoketju on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus.” Hoitoketjusta puhutaan terveydenhuollossa silloin, kun siihen liittyy yksinomaan terveydenhuollon hoitotoimia. Vastuu asiakkaalle annettavien palvelujen ohjauksesta ja seurannasta tulee olla jollakin sosiaali- tai terveydenhuollon yksiköllä. (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005, 45–46.)

Ruotsalaisen (2000, 15–18) mukaan palveluketju on moniulotteinen toimintamalli, jossa asiakkaan ja ammattilaisten vuorovaikutuksella sekä ammattilaisten verkostoimalla yhteistyöllä on keskeinen tehtävä. Tarvittava palvelu ja hoito järjestetään asiakkaan tarpeista lähtien niin, että palvelutapahtumat muodostavat ajasta, paikasta ja toteuttamisorganisaatiosta riippumattoman asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden. Palveluketjun keskeisten ominaisuuksien toteutuminen vaatii palveluketjuun kuuluvien eri prosessien tunnistamista ja ketjuttamista yhteistyöllä organisaatio- ja ammattirajat ylittäväksi saumattomaksi kokonaisuudeksi.

Prosessi on asiakaskeskeinen, loogisesti etenevä tapahtumasarja, jonka painopiste on kokonaisuuden sujuvuudessa. Ne ovat joko sisäkkäisiä tai rinnakkaisia ja jaettavissa ydin- ja tukiprosesseihin. Yleensä terveyspalveluiden tuottajat tunnistavat omat prosessinsa, mutta organisaatorajat ylittäviä prosesseja ei tunnista juuri kukaan. Prosessien ymmärtäminen ja tunnistaminen edellyttää niiden määrittämistä, kuvaamista ja mallintamista sekä organisaatiolta selkeitä päämääriä ja tavoitteita. Organisaatiossa tulisi nimetä prosessin omistaja, joka vastaa kokonaisuudesta. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004, 92–95; Virtanen & Wennberg 2007, 36,116–121.)

Rantasalon (2007, 21–22) mukaan kotiutuminen on prosessi, jossa voidaan erottaa neljä eri vaihetta. Vaiheet ovat asiakkaan kotiutusvalmiuden arviointi,



asiakkaan kotiutuspäätöksen tekeminen, asiakkaan kotiutuksen valmistelu ja toteutus sekä asiakkaan kotiutusprosessin toteutuksen arviointi. Jokaisessa vaiheessa osallisilla on omat tehtävänsä ja vastuunsa.

Toimivan kotiutusprosessin eri vaiheissa tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää saumatonta hoito- ja palveluketjua. Tällöin asiakasta koskevaa tietoa siirretään tietosuojaohjeiden mukaisesti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen. Tässä opinnäytetyössä käytämme kotiutusprosessi-käsitettä, koska se kuvaa mielestämme parhaiten kotiutusta.

Toimivia palveluketjuja tarvitaan palveluiden laadun ja vaikuttavuuden turvaamiseksi. Asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusopimus, jossa sovitetaan yhteen sosiaali-, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden palveluja tuottavien tahojen palvelut ja tavoitteet. Näin vältetään päällekkäisyyksiä, turvataan hoidon jatkuvuus, varmistetaan kotona asuminen ja arjen sujuminen. Toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus tuotetaan toteuttamalla saumatonta yhteistyötä. Huolellinen asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön arviointi luo pohjan asiakaslähtöiselle hoidon ja palveluiden suunnittelulle sekä toimintakykyä ja kuntoutumista ylläpitävälle toiminnalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008, 30–31.) Toimiakseen saumaton palveluketju edellyttää toimintakulttuurien tarkastelua ja uudistamista. Kokonaisuuden hallitseminen vaatii ammattihenkilöstöltä uudenlaista asennetta, laaja-alaista osaamista ja luovuutta yhteistyön mahdollistamiseksi avo- ja laitoshoidon, julkisten ja yksityisten palveluntuottajien sekä vapaaehtoistyön toimijoiden välillä. Ajatuksena tulisi olla tarkoituksenmukainen voimavarojen kohdentaminen ja näin saatu kustannustehokkuus. (Paasivaara, Nikkilä & Voutilainen 2002, 52–53.)

### **2.3 Asiakaslähtöisyys kotiutuksessa**

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyys on yleinen käsite, jolle lainsäädäntö luo pohjan. Potilasvahinkolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista ja laki terveydenhuollon

ammattihenkilöistä vahvistavat potilaan asemaa edistämällä potilasturvallisuutta, parantamalla palvelun laatua, yhdenmukaistamalla hoitoa ja asiakkaan kohtelua koskevia periaatteita. Kansalliset suositukset korostavat asiakkaan osallistumista sekä hänen tarpeidensa huomiointia ja valinnanvapauden kunnioittamista. Mikäli halutaan huomioida yksilöllisyys, palvelurakenteita ja hoitokäytäntöjä on muutettava. Asiakslähtöisyys on palvelujen kehittämisen tärkein periaate. (Niemi 2006, 17–19; L 812/2000.) Asiakslähtöisessä organisaatiossa halutaan kuulla asiakkaan ääntä. Työyhteisön organisaation on varattava riittävä aika, olosuhteet, resurssit ja tuki asiakslähtöisyyden kehittämiseen sekä järjestettävä työntekijöille koulutusta. Asiakkaan asiantuntijuus hänen kokemukseensa sekä ammatillinen dialogi yhdistettynä tieteelliseen tutkimukseen tuottavat hyvän pohjan asiakslähtöisyyden kehittämiseksi. (Hänninen, Julkunen, Hirsimäki, Högnabba, Paananen, Romu & Thomasén 2007, 41–43.)

Asiakslähtöisessä toiminnassa tarkastellaan palveluita asiakkaan kannalta. Kotiutusta suunniteltaessa edistetään ja tuetaan asiakkaan aktiivista osallistumista. Hyvän hoidon ja palvelun turvaamisessa huomioidaan, mitä asiakas pitää hyvänä ja tavoiteltavana. Sopimuksien noudattaminen ja joustava tiedonkulku tukevat asiakslähtöistä toimintaa. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38–39.) Iäkkäistä asiakkaista osa kokee hoitohenkilökunnan neuvot tervetulleiksi, ja he toivovat hoitohenkilökunnan tekevän kotiutuspäätöksen heidän puolestaan. Iäkkäiden asiakkaiden mielestä heidän mielipiteensä yleensä huomioidaan kotiutustilanteessa. (Roberts 2002, 413.)

## **2.4 Itsemääräämisoikeus kotiutuksessa**

Itsemääräämisoikeus on asiakkaan tärkein oikeus, jota on kunnioitettava niin pitkälle kuin mahdollista ja johon useat muut oikeudet pohjautuvat. Itsemääräämisoikeus sisältää oikeuden vapauteen, tasa-arvoon, yksityisyyteen, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja itsensä ilmaisuun sekä syrjinnän kieltoon. Saatuaan riittävästi tietoa ennen päätöksentekoa asiakkaalla on oikeus vapaaseen valintaan. Muut henkilöt voivat estää tietoisesti tai tiedostamattaan asiak-

kaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen, vapaan ja autonomisen ajatuksen kulun sekä päätöksenteon. (Pahlman 2003, 170, 182–183, 252 – 253, 285.)

Terveystieteiden tutkimuksessa itsemääräämisoikeus tarkoittaa asiakkaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon hänen tahtoaan kunnioittaen ja kokemustaan arvostaen. Terveystieteiden henkilöstön on annettava asiakkaalle ymmärrettävää tietoa sairaudesta, hoidosta ja eri hoitovaihtoehdoista sekä varmistettava tiedon ymmärtäminen. Hoitopäätöksiä mietitään yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa johdattelematta, pakottamatta tai painostamatta häntä tekemään tahtonsa vastaisia ratkaisuja. (Valtakunnallinen terveystieteiden eettinen neuvottelukunta 2001, 13.) Asiakkaalla on oikeus päättää itseään koskevasta hoidosta. Asiakkaan ollessa kykenemätön päättämään hoidostaan on kuultava hänen laillista edustajaansa tai lähiomaistaan sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi asiakkaan tahtoa. (L785/1992.)

Naukkari (2008, 129–133) on tutkinut itsemääräämisen toteutumista ja sen edellytyksiä polikliinisen potilaan näkökulmasta hoitoketjun aikana terveyskeskuksesta kirurgian poliklinikalle. Asiakkaat olivat halukkaita itsemääräämiseen ja pitivät sitä omaa hoitoaan koskevissa asioissa erittäin tärkeänä, kuten hoitajatkin. Nuoremmat ja naispuoliset asiakkaat pitivät itsemääräämistä tärkeämpänä kuin iäkkäämmät. Koko hoitoketjun ajan ilmeni puutteita hoidon riskeihin, vaihtoehtoihin ja jatkohoitoon liittyvän tiedon saannissa. Henkilökunnan mielestä kiire ja asianmukaisten tilojen puute vaikeuttivat asiakkaan osallistumista ja itsemääräämiseen liittyvän tuen saamista. Tutkimustulosten mukaan asiakkaat eivät aina olleet tietoisia, kuinka osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.

## **2.5 Hyvän kotiutuksen suunnittelu ja toteutus**

Stakesin hallinnoimassa PALKO (Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito) -hankkeessa kehitettiin ja arvioitiin kotiuttamisen ja kotihoidon yhteensovittamisen toimintamallia. Tutkimuksen tavoitteet liittyivät yli 65-vuotiaiden kotiutuksiin ja hoitopaikasta toiseen siirtymisiin, jatkohoitoon kotona sekä kotiutumisen ja kotihoidon kehittämiseen. Tutkimustulosten mukaan asiakaskohtaisia

yhteistyökäytäntöjä terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välillä oli vaihtelevasti. Pääasiassa kotiutumista ilmoitettiin yksi tai kaksi päivää aiemmin puhelimitse tai yhteisissä kokouksissa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat välitettiin harvoin kotiutuessa. Kuitenkin hoidon jatkuvuutta tukevien käytäntöjen koettiin toteutuvan melko usein. Tutkimustulokset osoittivat, että tyytymättömyyttä aiheuttivat pikaiset kotiutukset lyhyellä varoitusaikalla sekä puutteet tiedottamisessa ja hoito-ohjeissa. Terveyskeskuksen vuodeosaston työntekijöiden työtä haittasivat kotihoidon henkilöstön vaikea tavoitettavuus ja liian vähäinen yhteistyö. Henkilöstön vaihtuvuuden ja liian vähäisen määrän koettiin haittaavan yhteistyön tekemistä. Kotiutuvat kokivat huolta ja pelkoa kotona selviytymisestä sekä puutteita kotiin saatavissa palveluissa. (Pöyry & Perälä 2003, 9,19–20, 42–45.)

Toisen työn arvostaminen, mielipiteiden vaihtaminen ja ammatillisten rajoitusten unohtaminen lisäävät toiminnan joustavuutta. Asiakkaan ja omaisen mukana oleminen päätöksenteossa ja kotiutuksen suunnittelussa edistävät kotiutumisen onnistumista. Liian varhaisia kotiutuksia kannattaa välttää ja kiinnittää huomio kotiuttamisen suunnitteluun ja kotikuntoisuuden arviointiin. Ajoissa ilmoitettu kotiutumisen ajankohta antaa aikaa sopia yhdessä toimintaperiaatteet, tavoitteet ja hoitokäytännöt. Kaksisuuntaista tietojen vaihtoa, asiakaskohtaisia neuvotteluja, tiedonsiirtämiskeinoja ja kirjaamista tulee kehittää ja lisätä. Henkilökunnan koulutukseen ja ammattitaidon kehittämiseen kannattaa panostaa. Kotiutusprosessin seuranta ja arviointia toteutetaan kaikkien kotiutukseen osallistuvien näkökulmasta. (Salomaa 2004, 43–48; Rantasalo 2007, 41, 52–53; Pöyry 1999, 49–50.)

Tehokkaasti toimivan terveydenhuollon haasteena on asiakkaan siirtyminen oikea-aikaisesti oikeaan paikkaan. Yksi hoitoketju voi sisältää useita peräkkäisiä hoitajaksoja, joiden aikana asiakas voi siirtyä useita kertoja. Hoitoketjussa on siirtymäkohtia, joiden onnistuminen vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita ja tiedonkulun esteettömyyttä. Asiakkaan kotiutumista sairaalasta kotiin voidaan pitää yhtenä siirtymävaiheena. (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003, 11–12.) Siirtymävaihe sairaalasta kotiin vaatii eri tahojen saumatonta

yhteistyötä, joka jää usein vähälle huomiolle (Ahvo & Valvanne 2001, 31). Onnistunut kotiutus perustuu asiakkaan elämäntilanteen kartoittamiseen, voimavarojen tunnistamiseen, tukemiseen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön (Ahonen, Käyhty & Ahvo 2002, 128–131).

Hoitoajat ovat lyhentyneet, ja asiakkaat kotiutuvat entistä huonokuntoisempina. Hoidon jatkuvuuden ja onnistumisen turvaamiseksi kotiutuksen suunnitteluun ja toteutukseen on kiinnitettävä parempaa huomiota. Onnistunut kotiutuminen parantaa hoidon laatua ja vähentää kustannuksia. (Pyykönen 2001, 13.) Kotiutuksen suunnittelu alkaa tietojen keräämisellä asiakkaan tultua sairaalaan. Hyvä suunnittelu ja valmistelu auttavat selviytymisessä ja ehkäisevät uudelleen hoitoon joutumista. Tarvittaessa voidaan järjestää arviointikäynti potilaan kotiin. Yleensä fysioterapeutti koordinoi kotona käyntiä, ja siihen voivat osallistua potilaan lisäksi omainen, kuntohoitaja, omahoitaja, sosiaalityöntekijä ja erityisammattiryhmät. Käynnillä arvioidaan kotona selviytymisen mahdollisuuksia sekä kodinmuutostöiden ja apuvälineiden tarvetta. Tavoitteena on, että kodinmuutostyöt ja apuvälineet olisivat valmiina kotiutuessa. (Perälä & Hammar 2003, 25, 27.)

Kun kotona selviytyminen tuntuu potilaasta, omaisesta tai hoitotyöntekijöistä epävarmalta voidaan järjestää koekotiutus, jolloin asiakas on muutaman päivän kotona ennen varsinaista kotiutusta. Kotiloman aikana arvioidaan kotona selviytymistä sekä hoidon ja palvelujen tarvetta. Arviointiin ja suunnitteluun osallistuvat omainen, kotihoito ja sairaalan työntekijä yhdessä. Koekotiutuksen perusteella voidaan arvioida, onko koti oikea jatkohoitopaikka. (Perälä & Hammar 2003, 27–28.)

Kotiutuspäätöksen tulee perustua lääkärin tekemän lääketieteellisen arvion lisäksi asiakkaan tahtoon lähteä sairaalasta ja hoitajien sekä omaisen näkemykseen asiakkaan tilanteesta. (Ahonen ym. 2002, 128.) Lääkäri kirjoittaa valmiiksi reseptit, epikriisin sekä muut mahdolliset asiakirjat. Omahoitaja käynnistää kotiutussuunnitelman laatimisen ja valmistaa asiakasta sekä omaista tulevaan

kotiutumiseen keskustelemalla, kuuntelemalla ja antamalla tietoa. (Perälä ym. 2003, 23–30.)

Yhteistyö ja tiedonvaihto asiakkaan, työyhteisön ja organisaatioiden välillä turvaa hoidon jatkuvuutta. Joissakin kunnissa toimii selvittä-arvioi-sijoita-ryhmiä (SAS), joissa moniammatillisesti arvioidaan potilaiden palveluiden järjestämistä ja oikeita sijoituspaikkoja. Osaston ja kotihoidon väliseen yhteistyöhön vaikuttaa, onko asiakas kotihoidon palvelujen piirissä, jolloin yhteydenotot ovat irrallisia ja tiedotusluontoisia. Jos asiakas on kotihoidolle uusi, hoidon ja palvelujen kartoittamiseksi tarvitaan tiiviimpää yhteistyötä. (Pöyry & Perälä 2003, 14–16.)

Lappeenrannassa on kehitetty tehostettu kotiutusryhmämalli terveydenhuollon eri organisaatioiden välille. Kotiutushoitajatoiminnalla pyritään tehostamaan erityisesti vaikeasti kotiutuvien asiakkaiden kotiutusprosessia. Yhdessä potilaan ja omaisen kanssa suunnitellaan ja valitaan yksilölliset ratkaisut. Huolellinen kirjaaminen potilastietojärjestelmään turvaa hoidon jatkuvuutta. Hankkeen aikana luotiin yhteistyöverkosto kaupungin kotihoidon ja yksityisten hoivayrittäjien kanssa sekä otettiin käyttöön palveluseteli. Toiminta pohjautuu valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden tavoitteisiin, joilla pyritään turvaamaan yksilölliset palvelut. (Paajanen, Saikko & Tepponen 2007, 32–35.)

Kotiutuksen ennakointi antaa hoitajille ja omaisille aikaa suunnitella kotihoitoa sekä tarvittavia palveluja (Salopirtti 2002, 26). Asiakkaan rooli on tärkeä palveluja suunniteltaessa, koska hän palvelujen käyttäjänä on asiantuntija itseään koskevissa asioissa (Leppäaho 2000, 10). Kotiutusajankohta, ennen kotiutusta tarvittavat toimet, apuvälineet, kodinmuutostyöt ja kotiutumisen jälkeiset palvelut suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Omainen osallistuu suunnitteluun asiakkaan luvalla. Kotihoidon työntekijöiden asiantuntemus hyödynnetään suunnittelussa. Yhteinen suunnittelu luo asiakkaalle turvallisuuden tunnetta ja varmuutta hoidon jatkuvuudesta kotiutumisen jälkeen. (Pöyry & Perälä 2003, 14–16.) Tarvittaessa järjestetään moniammatillinen kotiutuspalaveri, jossa päätetään kotiutumisen ajankohdasta, jatkohoidosta ja -palveluista. Tiimiin osallistuvat tarpeen mukaan asiakas, omahoitaja, omainen, kotihoidon työntekijä, so-

siaalityöntekijä, fysioterapeutti, lääkäri ja muita ammattiryhmiä. Jos asiakas on aiemmin saanut palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, sen edustaja voidaan kutsua mukaan potilaan suostumuksella. (Perälä ym. 2003, 23–30.)

Hoitoyhteisön on varmistettava onnistunut kotiutus ja että kunnalliset palvelut tukevat kotiutuvaa. Potilaan ja hoitajan keskeinen asema kotiutuksessa on jatkuvasti korostunut. Hoitohenkilökunnalla on oltava herkkyyttä tunnistaa ne asiakkaat, joiden kotiutuminen todennäköisesti epäonnistuu. Heidän on osattava vastata muuttuviin hoitosuhteisiin ja ymmärrettävä se, että potilaiden tarpeet ovat erilaisia. (Procter 2000, 206–207.) Asiakkaan, omaisen ja hoitoyöntekijän yhteisen näkemyksen puute kotona selviytymisestä ja hoitotoiminnan yhteensovittamisesta vaikeuttaa kotiuttamista. Puutteet paneutuvan avun saamisessa ja toimimaton kontakti vaikeuttavat yhteisen näkemyksen saavuttamista. Yhteistyömallin toimivuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota niillä potilailla, jotka siirtyvät toistuvasti sairaalan ja kodin välillä. Tällöin on huomioitava, ovatko selviytymistä tukevat voimavarat oikein mitoitettuja. Siirtymävaiheessa intensiteettiä tarvittaessa tehostetaan ja kotiutumisen jälkeen palveluja kevennetään tilanteen mukaan. Eri hoitoyksiköiden välinen tiedonkulku ja joustavuus ovat tärkeitä. Hoitokäytäntöjen yhteensovittaminen vaatii aikaa ja tietotaitoa. (Koponen 2003, 92–96.)

## **2.6 Tiedonkulun varmistaminen kotiutusprosessissa**

Kotiutuksen epäonnistumiseen vaikuttavat hoitoaikojen lyheneminen ja tehokkuusvaatimukset, jotka ovat lisänneet tarvetta siirtovaiheiden kehittämiseen. Liian nopeat ja valmistelemattomat kotiutukset epäonnistuvat. Organisaatorajojen ylittäminen aiheuttaa katkoksia tiedonkulussa, puutteita hoidon ja palvelujen yhteensovittamisessa sekä toiminnan koordinoinnissa. Potilaat ja omaiset ovat kokeneet puutteita ohjauksessa ja tiedonsaannissa. (Pöyry & Perälä 2003, 13–14.) Kotiutumisen epäonnistumisriskiä lisää, jos potilas kotiutetaan vasten tahtaan, kotiapua ei ole järjestetty, apuvälineet puuttuvat tai tarvittavat kodinmuutostyöt ovat tekemättä. Asiakkaan turvattomuuden tunne, yksinäisyys ja epävarmuus selviämisestä lisäävät laitokseen takaisin joutumista. (Rantasalo 2007,

41.) Kotiutuessaan vanhuksella voi olla sopeutumisvaikeuksia, ja hän voi kokea voimakkaita, pelottavia, positiivisia sekä negatiivisia tunteita (Ahvo & Valvanne 2001, 33). Leppänen (2006, 41) on havainnut, että usein kotiutukset tapahtuvat nopeasti ja hoidon jatkosuunnitelmat ovat puutteellisia.

Kun lääkäri on tehnyt päätöksen asiakkaan kotiin pääsemisestä, siitä ilmoitetaan viiveettä omaisille ja hoitoon osallistuville. Samalla keskustellaan siirrettävän tiedon sisällöstä ja siirtotavasta. Omahoitaja kokoaa ja koordinoi eri ammattiryhmiä koskevan tiedon. Kotiutukset onnistuvat ja sujuvat lyhyelläkin varoitusaikalla, kun potilas ja hänen läheisensä ovat siihen valmiita ja yhteiset periaatteet on sovittu sairaalan ja kotihoidon välillä. (Perälä & Hammar 2003, 23–25.)

Hoidon sujuvuuden turvaamiseksi hoitoon osallistuvat tarvitsevat tietoa asiakkaan saamasta hoidosta ja palveluista. Tietoa vaihdetaan kirjallisesti erilaisilla lomakkeilla tai tietotekniikan välityksellä, puhelimitse tai suullisesti. Suomessa on hoidon jatkuvuutta pyritty parantamaan suosittelemalla hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöä. (Pöyry & Perälä 2003, 14–17.) Asiakastietojen luovuttamiseen toiseen toimintayksikköön tarvitaan asiakkaan lupa. Asiakkaan tulee olla tietoinen, mihin tietoja tarvitaan, luovutetaan ja tallennetaan. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä, mitä tietoja, milloin ja kenelle on luovutettu ja onko luovutus perustunut kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydessä ilmenevään suostumukseen vai lakiin. (L 785/1992.)

Tietotekniikan ja -järjestelmien käyttöönoton myötä asiakkaiden ja potilaiden tutkimuksessa, voinnin seurannassa ja hoitotyön dokumentoinnissa on tapahtunut toiminnallisia ja kulttuurisia muutoksia. Sairaanhoidajalla on oltava myönteinen asenne, motivaatio ja valmiuksia käyttää tietokonetta ja erilaisia tietojärjestelmiä. Lisäksi on hallittava tietosuojan ja tiedonvälitykseen liittyvät asiat. Terveystieteiden organisaation vastuulle jää henkilöstön kouluttaminen. (Hallila 2005, 51–52; Hildén 2002, 13; Saranto 2000, 36.) Potilaan hoito- ja palveluketjut edellyttävät yhteistyötä ja vuorovaikutusta kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien kesken. Tietojärjestelmien avulla yhteistyötä voidaan tukea monin eri tavoin. Keskeistä on, että käyttöoikeus asiakkaan hoito- ja palvelutietoihin suunnitellaan niin, että hänen hoitoonsa osallistuvat saavat tarpeel-



liset tiedot. Palveluketjun hallitsemiseksi tarvitaan tietojärjestelmiä, jotka pystyvät muodostamaan kokonaisnäkyviä tietojärjestelmissä sijaitsevista hoito- ja palvelutapahtumista sekä yhteenvedoista. Hoidon ja palvelujen saumattomuuden kannalta on olennaista, että kerran kirjattu tieto on hyödynnettävissä useaan tarkoitukseen. Järjestelmät mahdollistavat tiedonsiirron, lajittelun ja analysoinnin palvelujen tarjoajasta riippumatta. (Hildén 2002, 12–13; Saranto 1999, 138–145.)

Sähköiset potilaskertomukset edistävät asiakaskeskeisyyttä, terveystietopalvelujen saatavuutta, toiminnan tavoitteellisuutta ja taloudellisuutta, moniammatillisuutta sekä hoitoketjujen saumattomuutta (Haukka 2001, Hallilan 2005, 52 mukaan). Sähköisen tiedonsiirron myötä terveystietopalvelujen käyttäjä saa itse parempaa tietoa omasta terveydentilastaan ja hoitohistoriastaan, koska terveystiedot ovat käytettävissä siellä missä tutkimus ja hoito tapahtuvat. Tällöin potilaan osallistuminen hoitoonsa paranee, moniammatillisuus lisääntyy ja ajantasainen tieto toimii päätöksenteon tukena. (Hallila 2005, 52–53; Hildén 2002, 12–13.)

Asiantuntijoiden välinen yhteistyön puute aiheuttaa katkoksia tiedonkulussa ja viestinnässä palveluketjujen rajapinnoilla potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen. Ongelmat yhteistyössä ja asiakasnäkökulman puute saattavat viivästyttää asiakkaan siirtymistä ja lisätä virheellisten sijoitusten riskiä. (Tanttu 2007, 116–119.) Tiedonsiirtoa vaikeuttavat tekniset ongelmat, unohtaminen, tiedon havaitsematta jääminen, tiedon viivästyminen tai viestin meneminen väärään paikkaan. (Pöyry & Perälä 2003, 16.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiakaslähtöinen kotiutusprosessi asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin. Kuvattu prosessi on osa asiakkaan saumatonta hoito- ja palveluketjua sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Opinnäytetyö liittyi Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämisen yhteydessä tehtävään hoito- ja palveluketjujen avaamiseen ja palveluprosessien kuvaamiseen sekä kehittämiseen. Tehtävänä oli tuottaa graafinen kotiutusprosessikuvaus ja siihen liittyvä prosessikulun sanallinen kuvaus, joita voidaan käyttää toimintatapojen hahmottamiseen ja arviointiin, kehittämiskohteiden löytämiseen ja perehdyttämiseen.

### **4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS**

#### **4.1 Opinnäytetyön toteuttaminen toiminnallisena**

Toiminnalliselle opinnäytetyölle on tyypillistä käytäntöön suuntautuminen, ongelma-keskeisyys sekä tutkittavien ja tutkijoiden aktiivinen rooli muutosprosessissa. Olennaista on yhteistyö käytännössä toimivien kanssa. Tutkimus antaa tietoa siitä, miten tutkittava kohde voi muuttua tai miksi se ei muutu. Aloite toiminnalliseen tutkimukseen voi tulla aikaisempien tutkimustulosten pohjalta tai tutkimuskohteen edustajan aloitteesta tai näiden yhdistelmästä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotetaan kirjallisen raportin lisäksi jokin tuotos. Siinä voi käyttää luovuuttaan, ongelmanratkaisukykyään, uudistaa käytäntöjä ja tuottaa uutta. Uusien näkökulmien tuottaminen avartaa ammatillista kehittymistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 65–69.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena. Toimeksiantosopimus tehtiin Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kanssa (liite 1). Opinnäytetyön tuotoksena syntyi senhetkisiä käytäntöjä havainnollistava ja toiminnan kehittämistarpeita esille tuova graafinen asiakaslähtöinen koti-

tusprosessikuvaus terveyskeskussairaalaan kotiin ja siihen liittyvä prosessinkulun sanallinen kuvaus. Aiheen käytännönläheisyys ja yhteys laajempaan kehittämistyöhön johtivat toiminnallisen opinnäytetyömenetelmän valintaan.

Opinnäytetyön toimintaympäristönä olivat Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin terveyskeskussairaaloiden osastot ja kotihoito. Terveyskeskussairaaloissa toteutetaan kuntouttavaa akuutti- ja pitkäaikaissairaanhoidoa. Potilaspaikkoja on yhteensä 65. Hoitoon pääsyn tulisi tapahtua mahdollisimman pienellä viiveellä ja yhteistyön jatkohoitoa toteuttavien kanssa tulisi olla saumatonta. Potilasainekko koostuu sisätauti-, kirurgisista-, kuntoutus-, mielenterveys-, saattohoito- sekä katkaisuhoidopotilaista. Asiakkaat tulevat terveyskeskussairaalaan terveyskeskuspäivystyksestä, sovituille vuoroajojaksoille kotoa, jatkohoitoon keskussairaalaan tai toisista hoitolaitoksista. Henkilökunta koostuu osastonhoitajista, sairaanhoitajista, perus- ja lähihoitajista, laitosapulaisista, osastosihteereistä ja -lääkäreistä. Yhteistyökumppaneita ovat muun muassa kotihoito, mielenterveys- ja päihdetyö, erikoissairaanhoido, fysioterapia, sosiaalityöntekijät, yleinen edunvalvoja, hoito- ja vanhainkodit, yksityiset palveluntuottajat ja omaiset. (Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2008–2015, 30.)

Kotihoidon palvelukokonaisuuden muodostavat kotipalvelu, kotisairaanhoido ja tukipalvelut. Palvelujen tarkoituksena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämäntilannetta siten, että hän voi asua turvallisesti ja mahdollisimman pitkään kotona. Kotihoidon palvelu voi olla tilapäistä tai säännöllistä. Kun palvelu on säännöllistä, tehdään yhdessä asiakkaan ja hoitoon osallistuvien kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoidon työntekijät tukevat ja auttavat asiakkaita selviytymään arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista. He seuraavat asiakkaan vointia ja antavat ohjausta ja neuvontaa. Palveluja tuotetaan ympärivuorokautisesti ja viikonloppuisin. Kotisairaanhoidon palvelua on mahdollista saada silloin, kun asiakas ei pysty hakeutumaan kodin ulkopuolelle sairaanhoidoan. Kotisairaanhoidon työntekijät toteuttavat lääkehoitoa, erilaisia sairaanhoidollisia toimenpiteitä, terveydenhuollollista seurantaa sekä arvioivat asiakkaan vointia ja kotona selviytymistä. Kotihoidon henkilöstö koostuu kotihoi-

donohjaajista, kodinhoitajista sekä lähi- ja sairaanhoitajista. (Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2008–2015, 26–28.)

Työmäärän kohtuullisena pysymiseksi aineiston ja tiedon hankinta tulee toiminnallisessa opinnäytetyössä harkita tarkoin. Tiedon keräämisen keinot ovat samoja, mutta väljempiä kuin laadullisissa opinnäytetöissä. Aineistoa ei analysoida tarkasti ja järjestelmällisesti, vaan sitä voidaan käyttää lähteenä kuten konsultaatiotakin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–58, 64.) Tähän opinnäytetyöhön kerättiin aineistoa osallistumalla palavereihin, keskustelemalla työelämäedustajien kanssa, tutustumalla ja havainnoimalla nykyisiä kotiutuskäytäntöjä ja -ohjeistuksia, työskentelemällä toimeksiantajan palveluksessa ja tekemällä avoin kysely Liperin ja Outokummun terveyskeskussairaaloiden ja kotihoidon työyksiköiden tiimeille. Kyselylomakkeen (liite 2) avoimilla kysymyksillä kysyttiin asiakaslähtöisyydestä, yhteistyöstä, toimintakäytännöistä, tiedonkulusta ja kehittämideoista. Vastaajia pyydettiin kirjoittamaan kotiutuksen vaiheet kyselylomakkeessa olevaan kalanruotokuvioon. Kysymykset muotoiltiin niin, että vastaajat joutuivat perustelemaan vastauksiaan. Kyselylomake annettiin työelämäedustajien ja opinnäytetyönohjaajien arvioitavaksi ennen kyselyn toteuttamista. Tutkimuslupa haettiin ja saatiin kirjallisesti (liite 3) Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimintajohtajalta.

Vastaajien henkilöllisyys ei tule esille, koska kyselyyn vastaaminen tapahtui nimettömänä tiimeittäin ja kyselylomakkeen palautus omalle esimiehelle suljetussa kirjekuoressa. Kyselylomakkeiden mukana olleessa saatekirjeessä (liite 4) kerrottiin kyselyn tarkoituksesta, toteutuksesta ja aineiston käsittelystä. Kyselylomakkeita toimitettiin työyksiköihin yhteensä 21 kappaletta, ja niistä palautui 18 kappaletta, joista yksi sähköpostitse.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään yhdistämään teoreettinen ja käytännön tieto. Aluksi selvitetään olemassa olevat käytännöt ja ne teoriat, joiden pohjalta etsitään kehittämistarpeet ja keinot käytäntöjen muuttamiseen. Työyhteisöön voidaan tuoda uusia ajattelutapoja, joiden käytöstä ja sovellutuksista se

itse päättää. (Mäkisalo 1999, 79–80.) Kerätty aineisto ryhmiteltiin kyselylomakkeen teemojen mukaisesti ja saatu tieto yhdistettiin teoriaan ja aiempiin kotiutusohjeisiin kotiutusprosessia kuvattaessa. Prosessikuvauksen työstämisessä hyödynnettiin toimeksiantajan edustajilta pyydettyä ja saatua palautetta sekä tietotekniikkaa.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä raportoinnin ja tuotoksen keskinäinen yhteensopivuus on olennainen asia. Raportista selviää opinnäytetyön tarkoitus ja työstämisprosessi ja työn tuotos. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82–83). Raporttiosuudessa on esitelty opinnäytetyön lähtökohta, toimintaympäristö sekä tarkoitus ja tehtävä. Lisäksi on kuvattu teoreettinen viitekehys, joka perustuu kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Kyselyn tuloksista on koottu raporttiin yhteenveto, ja sitä on hyödynnetty kotiutusprosessikuvauksessa ja siihen liittyvässä prosessinkulun sanallisessa kuvauksessa. Raportissa on esitelty työmenetelmä, arvioitu tuloksia ja niiden hyödynnettävyyttä sekä esitetty jatkotutkimusaiheita.

## **4.2 Kyselyn tulokset**

### **4.2.1 Kotiutuksen asiakaslähtöisyys**

Vastaajien mielestä asiakaslähtöisyyttä voitaisiin edistää huomioimalla entistä paremmin asiakkaiden voimavarat, tarpeet ja toiveet sekä kunnioittamalla niitä. Hoitajien tulisi opetella pysähtymään ja varaamaan aikaa kotiutuksen hyvään suunnitteluun. Asiakkaan ollessa kykenevä puhumaan omasta puolestaan, omaisten tai muiden henkilöiden ei saisi antaa väheksyä hänen mielipidettään. Asiakasta tulisi kuunnella ja paneutua pohtimaan kotioloja ja turvallisuutta. Kotihoidon resurssipulan vuoksi kunnallisen palvelun saaminen kotiin on joskus vaikeaa, etenkin asiakkaan asuessa taajaman ulkopuolella.

Asiakaslähtöisyyttä voitaisiin edistää yhteistyö- ja kotiutuspalavereilla, omahoitajuudella ja kotiutushoitajatoiminnalla. Todettiin, että ihannetilanteessa kotiutu-

valla olisi aina saattaja mukana. Asiakaslähtöisyyttä koettiin parannettavan vastaamalla tämän opinnäytetyön kyselyyn.

#### **4.2.2 Yhteistyö kotiutuksessa**

Vastaajat tekevät yhteistyötä omaisten, kotihoidon, fysioterapian, sosiaalitoimen, edunvalvojan, yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin kanssa. Yhteistyötä tehdään myös moniammatillisessa selvittä-arvioi-sijoita-ryhmässä (SAS-ryhmä), jossa yksiköiden esimiehet kokoontuvat noin kerran kuukaudessa miettimään asiakkaiden mahdollisia jatkohoitopaikkoja.

Vastaajien mielestä yhteistyötä voitaisiin parantaa selkeällä kirjallisella kotiutusohjeistuksella. Olisi sovittava yhteiset toimintasäännöt, joissa huomioitaisiin lähettävän ja vastaanottavan osapuolen toiveet ja tarpeet. Kotihoidon asiakkaan joutuessa sairaalaan, kotihoito voisi olla yhteydessä osastolle heti hoidon alussa. Omahoitajuuden kehittämisen uskottaisiin parantavan yhteistyötä.

Yhdessä vastauksessa todettiin, että onnistuneessa kotiutuksessa yhteistyömuotoina käytetään moniammatillisia kotiutuspalavereita, joissa asiakas ja omainen ovat mukana. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä, ja tieto kokonaisuudesta välitetään kaikille osapuolille.

#### **4.2.3 Toimintakäytännöt kotiutuksessa**

Kyselyyn vastanneiden mielestä asiakkaan kotiutuksen suunnittelu on moniammatillista yhteistyötä, ja se aloitetaan heti asiakkaan tultua osastolle. Hoidon tavoitteet pyritään tekemään asiakkaan kotiutumista tukeviksi. Avun tarve selvitetään yksilöllisesti yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Asiakkaan fyysisen kunnon ylläpitämiseksi, kotiolojen ja apuvälinetarpeen kartoittamiseksi tehdään yhteistyötä kuntoutuksen, omaisten ja kotihoidon kanssa.

Vastauksista käy ilmi, että aloite kotiutuksesta voi tulla asiakkaalta itseltään, omaiselta, hoitajalta tai lääkäriltä. Lääkärinkierrolla tehdään alustava suunnitelma kotiutuksen ajankohdasta. Asiakasta kannustetaan ja rohkaistaan kotiutumiseen ja tarvittaessa tehdään koekotiutus. Tarvittaessa hoitaja ottaa yhteyttä omaiseen, kotihoitoon, edunvalvojaan tai muuhun hoitavaan tahoon ja ilmoittaa kotiutuksen suunnittelusta. Tällöin vastaanottajalle jää aikaa järjestellä asiakkaan tarvitsemat palvelut, ja osastolla jää aikaa valmistella turvallinen kotiutus. Asiakkaalle annetaan ohjausta ja neuvontaa suullisesti ja kirjallisesti osastolla ollessa sekä huolehditaan mahdollisesta jatkohoidosta. Lääkehoidon jatkuvuus varmistetaan ja tarvittaessa asiakas saa muutaman päivän tai jopa viikon lääkkeet mukaan. Lisäksi sovitaan kotiinkuljetus, mahdollinen ateria- tai siivouspalvelu, lääkkeidenjako sekä kodinmuutostöiden ja apuvälineiden saaminen kotiin.

Kotipalvelutarpeen ilmetessä otetaan yhteyttä kotihoidonohjaajaan ja tehdään palvelupyyntö, johon kotihoito pyrkii vastaamaan mahdollisimman nopeasti. Jos kyseessä on kotihoidolle uusi asiakas, pyritään pitämään moniammatillinen hoito- tai kotiutuspalaveri. Mikäli asiakas on jo kotihoidon piirissä, tieto kotiutuksesta tapahtuu yleensä puhelimitse. Kotihoidontyöntekijä voi mahdollisuuksien mukaan käydä tapaamassa asiakasta osastolla jo ennen kotiutusta. Kotihoidosta varmistetaan ateriatilaukset, järjestetään kauppa- ja apteekkikäynnit ja turvataan lääkehoidon jatkuminen. Resurssien ja tarpeen mukaan lisätään kotihoidon käyntikertoja ja -aikaa. Tarvittaessa annetaan palveluneuvontaa ja -ohjausta. Vielä kotiutusaamuna osastolta otetaan yhteyttä vastaanottavaan tahoon kotiutusajan ja kotiin annettavien palvelujen varmistamiseksi.

#### **4.2.4 Tiedonkulku kotiutuksessa**

Hoitotyöntyöntekijät vastasivat saavansa tietoa kotiutuvasta asiakkaasta omaisilta, osastolta, kotihoidosta ja kotiutuvalta. Osa vastaajista koki saavansa tärkeimmän tiedon omaisilta. Tiedonkulkua toteutetaan puhelimitse ja potilastietojärjestelmän kautta. Osasto ilmoittaa kotiutuvasta asiakkaasta omaiselle ja kotihoitoon useita päiviä ennen kotiutusta. Tieto kotiutumisesta varmistetaan ja päivite-

tään vielä kotiutuspäivänä. Osassa yksiköitä käytetään kirjallista kotihoitolähetettä sekä epikriisiä. Vuorotyön ja puutteellisen kirjaamisen koettiin hankaloittavan kotiutusta, koska tiedonpuute aiheuttaa ylimääräistä asioiden varmistamista. Todettiin, että epäselvissä tilanteissa osastolle voi soittaa ja kysyä lisätietoja. Välitettävä tieto liittyy asiakkaan vointiin, terveydentilaan, lääkitykseen, jatko-seurantaan ja asiakkaan selviytymiseen kotona ennen sairaalaan. Osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei heillä ole tietoa asiakkaan diagnooseista. Kotihoidon työntekijät kokivat, että on tärkeää tietää, kuinka omatoiminen asiakas on ollut osastohoitojaksolla. Yleensä lähettävä taho soittaa ja ilmoittaa, millaista apua asiakas tarvitsee. Osa vastaajista totesi, että asiakkaan kotona selviytymistä ja toimintakykyä on osastolla osattu arvioida huonosti. Usein hoidon tarve on arvioitu liian vähäiseksi. Toivottiin avointa keskustelua ja tiedottamista asiakkaan tilanteesta. Vastaajien mielestä kotiin tehtäviä kartoituskäyntejä apuvälinetarpeen ja kotona selviytymisen arvioimiseksi olisi lisättävä.

Kyselystä tuli esille, että tiedonkulkua voitaisiin parantaa eri yksiköiden omahoitajien välisellä yhteistyöllä ja yhteistyöpalavereilla, joissa käytäisiin asiakkaan kotiutusta tukevat asiat yhdessä läpi. Toimivalla yhteisellä tietokannalla varmistettaisiin tiedon nopea ja oikea-aikainen siirto yksiköstä toiseen. Selkeä ja täsmällinen kirjallinen tieto koettiin tärkeäksi. Esitettiin kotiutusohitajaa, joka voisi käydä asiakkaan kotona ennen kotiutusta. Työntekijätilanteen koettiin vaikuttavan tiedonkulkuun.

#### **4.2.5 Vastaajien kehittämideoita toimivaan kotiutukseen**

Moniammatillisessa yhteistyössä koettiin olevan puutteita. Kotiutusajankohdasta olisi ilmoitettava riittävän ajoissa kotihoitoon. Osa vastaajista koki, että jatkohoitto oli sovittu jo ennen hoitopalaverin järjestämistä. Oikean hoitopolun toteutumiseen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Hoitavien yksiköiden välistä sähköistä tiedonkulkua olisi tehostettava puhelinkontaktien vähentämiseksi. Kotihoidon ja osaston omahoitajien välistä yhteydenpitoa toivottiin tehostettavan. Kotiutuspalaverien määrä koettiin liian vähäiseksi. Niitä olisi lisättävä ja ajan-



kohdasta sekä osallistujista olisi sovittava ajoissa. Osa vastaajista koki asiakkaiden kotiutuvan liian huonokuntoisina. Asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutosten arvioinnin ja tiedottamisen olisi oltava selkeää, totuudenmukaista ja oikea-aikaista. Hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden hankinnassa voi tulla ongelmia kotiutuksen tapahtuessa lyhyellä varoitusaajalla. Apteekin lääkeannosjakeluun ilmoittamisessa koettiin olevan epäselvyyksiä.

Useista vastauslomakkeista nousi esille, että perjantai on huono päivä kotiuttaa kotihoidon asiakas. Mielipidettä perusteltiin sillä, että viikonloppuna ei ole riittävästi resursseja turvallisen kotona selviytymisen ja lääkehoidon toteuttamiseksi. Vastaajat toivat esille, että osa omaisista ei halua ottaa vastuuta läheisensä selviytymisestä. Kotihoidon resurssipulan todettiin hankaloittavan kotiuttamista.

Vastaajat ehdottivat kotiutuspartiota, joka olisi tukemassa asiakasta kotiutumisen jälkeisinä päivinä. Useissa vastauksissa tuotiin esille kotiutushoitajatoiminta. Ajatuksena on, että kotiutushoitajalla olisi aikaa suunnitella ja järjestellä asiakkaalle apuja. Hän voisi olla asiakkaan kotona ja seurata kotona selviytymistä sekä auttaa asioiden hoitamisessa. Joissakin vastauksissa ehdotettiin kodinomaista kotiutusyksikköä, joka sijaitisi jo olemassa olevan yksikön yhteydessä. Esimerkiksi leikkauksen jälkeen kotiutuva asiakas voisi harjoitella rauhassa ja tuettuna arjen sujumista ennen kotiutumista.

Kotiutus on tärkeä kriittinen vaihe asiakkaan hoitopolussa. Hyvin hoidettu kotiutus tukee kotona olemisen käyntiin lähtemistä ja selviytymistä sekä auttaa asiakasta kokemaan olonsa turvalliseksi. Onnistunut kotiutus auttaa selviytymään pidempään kotona. Asiakkaan kotiutuessa yksin on tilanne aivan erilainen kuin hoitokotiin kotiutuessa.

Henkilöstön osallistuminen erilaisiin asiakkaan kotiuttamiseen liittyviin kehittämisprojekteihin olisi saatava aktiivisemmaksi. Osa vastaajista koki ideoinnin jäävän keskusteluasteelle. Työkierro työyksikköjen välillä lisäisi ymmärrystä ja tietoa toisen yksikön toiminnasta. Vastauksista kävi ilmi, että kehitystä parempaan on tapahtunut mutta paljon on vielä parannettavaa. Terveyskeskussairaa-

lasta kotiuttamisen koettiin toimivan paremmin kuin keskussairaalaan suoraan kotiin siirtyvän potilaan kohdalla.

### **4.3 Opinnäytetyön ja kotiutusprosessikuvauksen toteutus**

Kysyimme keväällä 2008 toimeksiantajan edustajilta, olisiko opinnäytetyölle tarvetta. Myönteisen vastauksen saatuaamme sovimme opinnäytetyömme aiheeksi asiakkaan kotiutuksen terveyskeskussairaalaan kotiin. Aihe oli ajankohtainen, käytännönläheinen ja mielenkiintoinen.

Perehdyimme aiheeseen hakemalla tietoa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun tietopalvelusta, Internetistä, Joensuun yliopiston kirjastosta ja seutukirjastosta. Työelämä- ja opinnäytetyönohjaajien kanssa käymiemme keskustelujen avulla rajasimme aiheeksi asiakkaan kotiutumisen terveyskeskussairaalaan kotiin. Näkökulmaksi valitsimme henkilöstön toteuttaman asiakaslähtöisen kotiutuksen.

Elokuussa 2008 esitimme opinnäytetyömme aihesuunnitelman toimeksiantajan edustajille ja opinnäytetyönohjaajille. Tutustuimme työelämäohjaajilta saamaamme materiaaliin, työyksiköiden kotiutusohjeisiin sekä haimme teoretietoa prosesseista ja niiden kuvaamisesta. Syksyn aikana osallistuimme myös toimeksiantajan palveluketjuihin liittyvän Polku-hankkeen työryhmän kokouksiin. Näiden avulla rajasimme aiheen lopullisesti. Marraskuussa 2008 teimme toimeksiantosopimuksen Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveysjohtajan kanssa sekä osallistuimme sosiaali- ja terveystoimen henkilöstölle järjestettyyn palveluprosessi-iltapäivään (liite 5), jossa esitimme opinnäytetyömme suunnitelman ja viitekehystä. Prosessi-iltapäivässä pitämästämme esityksestä saimme myönteistä palautetta sekä suullisesti että sähköpostitse. Palautteen mukaan henkilöstö koki saaneensa uutta tietoa palveluketjuista ja prosesseista. Lisäksi osallistuimme OKULI-hankkeen päätöstilaisuuteen (liite 6).

Kokosimme teoreettisen viitekehysten ja laadimme kyselylomakkeen, jotka annoimme työelämäohjaajien ja opinnäytetyönohjaajien arvioitavaksi. Tarvittavien

muutosten jälkeen veimme sen Liperin ja Outokummun terveyskeskussairaaloihin ja kotihoitoon. Kysely toteutettiin 18.12.2008–31.1.2009. Kyselyllä saimme tietoa työyksiköiden kotiutuskäytännöistä. Kysely ei ollut tieteellinen tutkimus, eikä sen tuloksia analysoitu tarkasti, vaan hyödynnettiin vain tämän opinnäytetyön toteuttamisessa ja kehittämiskohteiden löytämisessä.

Prosessikirjallisuuden lukeminen ja erilaisten prosessikuvausmallien tutkiminen auttoivat työn suunnittelussa ja hahmottamisessa. Päätimme mallintaa prosessikuvaus julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan (JHS-suositus 152) prosessien kuvaamissuosituksen mukaan. Suositus on tarkoitettu julkisen sektorin toimijoille yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään prosessien kuvaamista. Tavoitteena oli tuottaa teoreettinen viitekehys, kotiutusprosessia kuvaava graafinen prosessikaavio ja siihen liittyvä prosessinkulun sanallinen kuvaus. Työn tekemisen eri vaiheissa pyysimme toimeksiantajan edustajilta, työelämä- ja opinnäytetyönohjaajilta konsultaatiota ja arviota työstä. Teimme sijaisuuksia terveyskeskussairaaloitten osastoilla ja kotihoidossa opinnäytetyön työstämisen eri vaiheissa saadaksemme paremman kuvan työyksiköiden toiminnasta. Moniammatillinen yhteistyö ja toisen työn tunteminen edesauttoivat kotiutusprosessikuvaus tekemistä.

Alustava suunnitelmamme oli kuvata kotiutusprosessikuvaus vuokaaviona Microsoft Word -ohjelmalla. Opinnäytetyömme ohjaaja esitti kuvaamisen toteuttamiseen QPR -prosessikuvausohjelmaa, mutta luovuimme siitä käyttöönotto- vaikeuksien vuoksi. Toteutimme kuvauksen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun tietojärjestelmässä olevalla Microsoft Visio 2007 -prosessikuvausohjelmalla. Mahdollistaaksemme prosessikuvaus tekemisen kotona asensimme 60 päivän ilmaisversion Microsoftin sivulta kotikoneillemme. Aloitimme prosessin suunnittelun tutustumalla ohjelmaan ja käytettäviin symboleihin. Muokkasimme kotiutusprosessikuvaus ulkoasua useita kertoja saadaksemme siitä selkeän, nopealukuisen ja ymmärrettävän. Saimme prosessikuvausohjelman käyttöopastusta Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun henkilökunnalta.

Pyysimme työelämä- ja opinnäytetyönohjaajilta arviota prosessikuvauksesta usean kerran työstämisen aikana. Pidimme yhteyttä toimeksiantajan edustajiin tapaamisissa, palavereissa ja sähköpostitse. Toukokuussa 2009 kotiutusprosessikuvaus oli terveyskeskussairaaloiden osastojen henkilökunnan arvioitavana. Saamamme henkilökohtaisen palautteen pohjalta teimme siihen muutoksia ja lisäyksiä.

Kirjoitimme päiväkirjaa alussa aktiivisemmin mutta loppua kohti se väheni. Opinnäytetyön raporttia pyrimme kirjoittamaan koko työn ajan, vaikkakin sen tekeminen painottui työn loppuvaiheeseen. Toiminnallisen opinnäytetyömme eteneminen ja työstäminen on kuvattu graafisessa aikataulukuvauksessa (liite 7). Opinnäytetyömme valmistuminen siirtyi syksyyn 2009, koska emme saaneet sitä esityskuntoon toukokuun 2009 seminaariin. Toimeksiantajan kanssa on sovittu, että valmis kotiutusprosessikuvaus esitellään Liperin ja Outokummun terveyskeskussairaaloiden ja kotihoidon henkilökunnalle prosessi-iltapäivässä, jonka tarkka ajankohta ei ole vielä tiedossa.

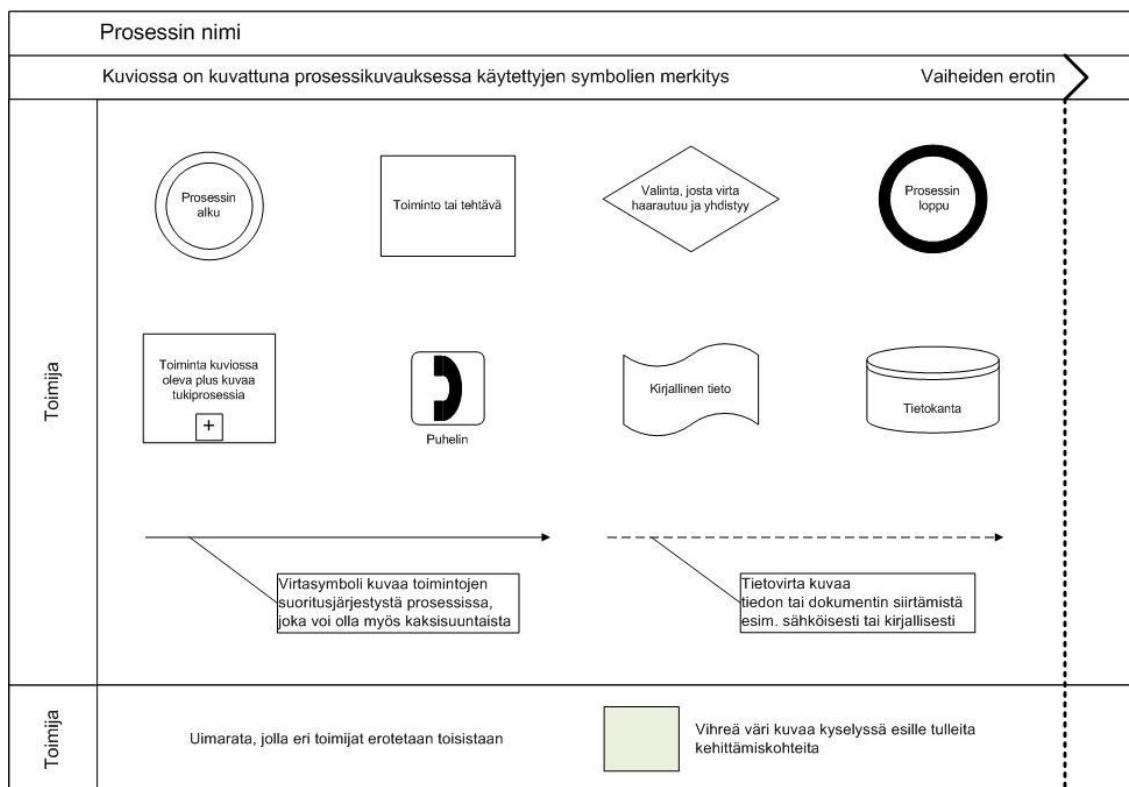
#### **4.4 Tuotoksena kotiutusprosessikuvaus**

Prosessien kuvaamisella pyritään toiminnan tehostamiseen, laadun ja palvelutason parantamiseen, ongelmatilanteiden hallintaan sekä kustannussäästöihin. Kehittämistyön pohjana ovat organisaation toimintaa ohjaavat visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiakaslähtöinen kotiutusprosessi. Toiminnan tuotoksena syntyi kotiutusprosessikuvaus, joka koostuu perustietolomakkeesta (liite 8), josta selviävät prosessin keskeiset tiedot ja graafisesta kotiutusprosessikuvauksesta (liite 9), jota täydennetään prosessinkulun sanallisella kuvauksella (liite 10).

Prosessikuvauksen symbolit on valittu JHS-suosituksen 152 mukaan ja kuvattu Microsoft Visio 2007 -prosessikuvausohjelman symboleilla, joista osa ei vastaa

JHS -suositusta 152. Käytetyt symbolit on selitetty graafisessa kuvauksessa (kuvio 1).



Kuvio 1. Kotiutusprosessikuvauksessa käytetyt symbolit.

Toteutimme kotiutusprosessikuvauksen Rantasalon mallin (2007, 21–22) mukaan, koska se kuvaa selkeästi asiakkaan kotiutuksen eri vaiheita. Kyselyn vastaukset ja sen liitteenä olleeseen kalanruotokuvaan merkityt kotiutuksenvaiheet olivat samansuuntaisia Rantasalon mallin kanssa ja tukivat päätöstä. Prosessikuvauksen toisella sivulla on esitetty sen jaottelu neljään eri vaiheeseen Rantasalon mallia mukaillen. Vaiheet ovat: asiakkaan kotiutusvalmiuden arviointi, asiakkaan kotiutus päätöksen tekeminen, asiakkaan kotiutuksen valmistelu ja toteutus sekä asiakkaan kotiutusprosessin toteutuksen arviointi. Jokaisessa vaiheessa osallisilla on omat tehtävänsä ja vastuunsa. Kotiutusprosessikuvauksen uimaradoille on sijoitettu kyselyyn vastanneiden mielestä keskeisimmät toimijat ja tiedonsiirto. Kalanruotokuviolla saatuja vastauksia käytettiin apuna kuvauksen suunnittelussa.

Prosessikuvauksen ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan asiakkaan kotiutumisvalmiutta, joka alkaa asiakkaan saapumisesta osastolle, tiedon keräämisestä ja asiakaslähtöisen hoitosuunnitelman tekemisestä. Arvioinnissa huomioidaan myös moniammatillisen yhteistyön tarve ja hoitajan osuus kotiutuksen järjestämisessä.

Prosessikuvauksen toisessa vaiheessa kuvataan asiakkaan kotiutuspäätöksen tekeminen. Lääkäri tekee kotiutuspäätöksen asiakasta kuultuaan. Hoitaja ottaa yhteyttä kotiutukseen osallistuviin toimijoihin ja aloittaa kotiutuksen suunnittelun. Yhteydenottaminen omaiseen on kuvattu prosessikuvauksessa tukiprosessina yksi.

Prosessikuvauksen kolmannessa vaiheessa kuvataan asiakkaan kotiutuksen valmistelu ja toteutus, joka alkaa asiakkaan kotiin tarvittavien apujen kartoituksella. Yhteydenottaminen kotihoitoon on kuvattu prosessikuvauksessa tukiprosessina kaksi. Lisäksi on kuvattu moniammatillisen palaverin järjestäminen tarvittaessa ja asiakkaan kotiuttamisen toteuttaminen. Hoitaja ohjeistaa kotiutuvan asiakkaan jatkohoidon ja järjestää kotiutuksen. Kotiutuvalle annetaan tarvittaessa neuvontaa ja ohjausta. Vielä kotiutusaamuna osastolta ollaan yhteydessä vastaanottajaan kotiutusajankohdan ja kotiin annettavien palvelujen varmistamiseksi.

Prosessikuvauksen neljännessä vaiheessa kuvataan asiakkaan kotiutusprosessin toteutuksen arviointia, joka alkaa asiakkaan kotiutuessa ja jatkuu kotona. Kotiutusprosessin seuranta ja arviointia toteutetaan kaikkien kotiutukseen osallistuvien näkökulmasta. Kotiutuksen arviointivaiheen kuvauksessa on käytetty opinnäytetyöntekijöiden luovuutta yhdistettynä teoretietoon, koska kyselyllä ei saatu vastauksia kotiutuksen onnistumisen arvioinnista.

Selkeä ja täsmällinen tieto sekä yhteistyöpalaverit ovat tärkeä osa onnistunutta kotiutusta. Prosessikuvauksessa eri toimijoiden välinen tiedonkulku on kuvattu omalla uimaradallaan. Tiedonkulkua toteutetaan puhelimitse, suullisesti, kirjallisesti ja tietojärjestelmän kautta.

Graafinen prosessikuvaus ja siihen liittyvä sanallinen kuvaus on numeroitu yhtenäisesti. Sanalliseen kuvaukseen on kirjoitettu työvaiheeseen liittyvät asiat ja tehtävät sekä muuta selventävää informaatiota. Kuvauksessa on huomioitu asiakkaan mukana oleminen ja osallistuminen. Opinnäytetyön kyselyn tuloksissa esille nousseet kehittämiskohteet on merkitty graafiseen prosessikuvaukseen vihreällä värillä.

Kotiutusprosessikuvaus luovutettiin kirjallisena ja sähköisenä toimeksiantajan käyttöön ja liitettäväksi intranettiin, jonka pääprosessissa olevasta plus-merkistä saadaan hiirtä napsauttamalla avautumaan yhteys tukiprosessiin. Kotiutusprosessikuvaus liitettiin valmiiseen opinnäytetyöhön haitarimallisesti avautuvana dokumenttina selkeyden ja helppolukuisuuden varmistamiseksi.

## **5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS**

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tukea yksilön ammatillista kasvua ja antaa valmiuksia työelämän tutkimus- ja kehittämistehtäviin. Mikäli opiskelija syyllistyy vilppiin, hänen suorituksensa voidaan hylätä (L351/2003). Opinnäytetyön tulee liittyä opiskeltavan ammattialan keskeisiin sisältöihin, kehittää ja osoittaa opiskelijan asiantuntijuutta (Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun tutkintosääntö 2007). Sairaanhoidajakoulutuksen eri vaiheissa saadaan tietoa opinnäytetyöprosessiin liittyvistä eettisistä ohjeista ja määräyksistä. Ohjaavat opettajat ovat antaneet ohjausta työn tekemiseen sekä eettisten ja luotettavuutta lisäävien näkökulmien tarkasteluun opinnäytetyön ohjausryhmissä ja opinnäytetyöseminaarissa. Työelämäohjaajat seurasivat työmme toteutusta, toivat esille mielipiteitä ja huomioitaan. Heidän työkokemuksensa ja kokemuksensa tutkimustyöstä lisäävät heidän mielipiteidensä luotettavuutta.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisia tutkimusmenetelmiä voidaan hyödyntää väljemmin. Aineiston tarkka järjestelmällinen analysointi ei ole välttämätöntä. Kerättyä aineistoa käytetään lähdeaineistona, teoreettisen syvyyden tuo-

jana ja päättelyn tukena. Konsultaatiot lisäävät teoreettista luotettavuutta. (Vilka & Airaksinen 2003, 56–58.) Lähteitä valittaessa on oltava kriittinen. Huomiota on kiinnitettävä kirjoittajan tunnettavuuteen, lähteen ikään, alkuperään ja uskotavuuteen. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 109–110, 196.) Käytimme lähdeaineistona tieteellistä ja ammatillista kirjallisuutta, lehtiartikkeleista ja Internetistä saatavaa tietoa sekä toimeksiantajalta saatua materiaalia. Kiinnitimme huomiota lähteiden alkuperään ja ikään. Valitsimme lähteiksi eri menetelmillä tehtyjä tutkimuksia. Keskeisiä lähteitä olivat työelämäedustajien kanssa käydyt keskustelut ja osallistuminen kehittämishankkeen henkilöstötilaisuuksiin sekä tutustuminen työyksiköissä aiemmin tehtyihin kyselyihin ja selvityksiin. Teimme terveyskeskussairaaloiden ja kotihoidon henkilöstölle avoimen kyselyn. Ennen kyselyn toteuttamista työelämäedustajat ja opinnäytetyönohjaajat arvioivat teoreettisen viitekehyksen ja kyselylomakkeen, jonka jälkeen teimme palautteen pohjalta tarvittavat muutokset.

Kehittämistyössä hyödynnetään henkilökunnan palaute. Tavoitteena on parantaa asiakkaalle tarjottavan palvelun laatua. (Mäkisalo 1999, 17.) Tutkimusaineistoa voidaan kerätä useilla tavoilla. Tutkittaville tulee aina antaa tietoa, mitä tutkimuksella tavoitellaan, miten kerättyä aineistoa käsitellään, käytetään ja säilytetään. On myös hyvä kertoa osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mistä saa lisätietoja tutkimuksesta. (Kuula 2006, 99–100, 104, 107.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää keinoja asiakkaan saaman palvelunlaadun parantamiseen ja työntekijöiden toimintamenetelmien selkeyttämiseen. Vastaajille kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja toteutuksesta kyselylomakkeen mukana olevalla saatekirjeellä. Kaikki kyselyyn vastaajat eivät kuitenkaan olleet ymmärtäneet kyselylomakkeessa olevan kalanruotokuvion ideaa ja olivat siksi jättäneet vastaamatta siihen. Opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus kyselylomakkeen laatimisesta saattoi vaikuttaa asiaan. Kyselyllä kerättyä tietoa käsiteltiin niin, ettei yksittäisen mielipiteen tai työyksikön alkuperä tule julki. Eettisyyttä heikensi yhden kyselyvastauksen saapuminen sähköpostitse, vaikka vastaukset oli pyydetty kirjallisena ja nimettömänä. Kyselylomakkeet ovat olleet vain opinnäytetyöntekijöiden



käytössä ja ne hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä saatua tietoa hyödynnetään toiminnassa. Tärkeää on, että luottamuksen lisäämiseksi toiminnan osapuolet neuvottelevat ja sopivat yhdessä toimintatavoista. (Kuula 2006, 94.) Olemme toimeksiantajan edustajien kanssa käymissämme keskusteluissa kertoneet ja sopineet toimintatavoistamme. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme olleet yhteydessä toimeksiantajan edustajiin pitämällä palavereja, sähköpostitse ja puhelimitse. Kotiutusprosessia kuvatessamme pyysimme usean kerran arviota ja kommentteja työelämäohjaajilta, työntekijöiltä, opinnäytetyönohjaajilta ja aivan ulkopuolisilta henkilöiltä. Hyödynsimme saamaamme palautetta opinnäytetyön toteuttamisessa. Pyysimme toimeksiannon ja tutkimusluvan sosiaali- ja terveysjohtajalta ennen tiedonkeräämistä. Teimme yhteistyötä työyksiköiden esimiesten ja työyhteisöjen kanssa koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Opinnäytetyöntekijöistä toinen on työskennellyt terveyskeskussairaalassa ja toinen kotihoidossa. Molemmilla on kokemusta asiakkaan kotiutusprosessista käytännössä. Tämä antoi lähtökohdat aiheen monipuoliselle tarkastelulle ja lisää työn luotettavuutta. Toisaalta työn eettisyyteen tuli kiinnittää erityistä huomiota, koska työyhteisöt ovat opinnäytetyöntekijöille tuttuja. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen. Opinnäytetyön tekemisen ohessa työskentelimme sijaisina Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin terveyskeskussairaaloissa ja kotihoidossa. Lisäksi teimme sairaanhoitajaopintoihin kuuluvia työharjoittelujaksoja kyseisissä työyksiköissä. Näin pääsimme itse havainnoimaan työyksiköiden kotiutuskäytäntöjä sekä keskustelemaan käytännön työntekijöiden kanssa heidän työympäristössään. Tapamme toimia tuki opinnäytetyön toiminnallisuutta.

Kehittämistyön hoitoyhteisöissä tulee pohjautua hoitotyön etiikkaan ja arvoihin. On pohdittava mitä, miksi, miten ja kenen hyväksi kehittämistyötä tehdään. (Mäkisalo 1999, 17.) Kotiutusprosessikuvausta työstäessämme yhdistimme kyselyssä esille tulleet nykyiset käytännöt ja kehittämiskohteet sekä kokosimme

teoriatiedon. Käytimme omaa luovuuttamme ja konsultaatiolla saatuja kommentteja. Työmme eettisyyttä tukee lisäksi se, että pyrimme edistämään asiakkaan saamaa palvelua ja hänen elämänlaatunsa paranemista huomioimalla hänen osallistumisensa kotiutuksen hyvään suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Opinnäytetyömme tarkoituksena on hoitotyön laadun ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön parantaminen asiakkaan, työntekijän ja työnantajan parhaaksi.

## 6 POHDINTA

Perinteisesti julkishallinnon rakenteet ovat jäykkiä, ja niihin on kytkeytynyt ajatus organisaatioiden muuttumattomuudesta. Se johtaa helposti tyytymättömyyteen palvelujen käyttäjien ja työntekijöiden keskuudessa. Prosessiajattelua voidaan käyttää julkishallinnossa uutena keinona siirryttäessä panoskeskeisestä toimintatavasta vaikutuskeskeiseen ja asiakaslähtöisempään toimintatapaan. Jatkuva muutosstarpeesta on tullut pysyvä ilmiö, jonka hallitsemiseksi tarvitaan monenlaista osaamista ja organisaatioiden rajojen hämärtymistä. Menestyminen vaatii kumppanuutta ja verkostoitumista. Prosessiajattelussa joudutaan osittain luopumaan entisistä toimintatavoista ja suuntautumaan ennakkoluulottomasti uuden kokeilemiseen. Prosessilähtöisen organisaation kehittämiseen liittyy usein pelkoja ja muutosvastarintaa. Johdon tehtävänä on, että kaikki organisaatiossa ymmärtävät tehtävänsä perustan ja sille asetetut tavoitteet. Kehittämisessä mukanaolevien tulee ymmärtää, mistä on kysymys ja mitä tavoitellaan. (Virtanen & Wennberg 2007, 26–27, 32–33, 41, 93–94.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistymisellä pyritään turvaamaan kuntalaisille nykyistä paremmat palvelut. Saumattomien hoito- ja palveluketjujen tarkastelu on välttämätöntä tehtäessä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomuutoksia. Yhteistyön tavoitteena on turvata palvelut, poistaa päällekkäisyydet sekä varmistaa hoitoketjujen sujuvuus. (Liperin kunnan sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategia vuosille 2009–2012, 8.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiakaslähtöinen kotiutusprosessikuvaus asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin. Työn tuotoksena syntynyt kotiutusprosessikuvaus antaa tiiviissä muodossa tietoa kotiutuksen kulusta ja siinä huomioitavista asioista. Kotiutusprosessikuvauksen sisältö on suunniteltu työntekijän ja esimiehen käyttöön. Sen avulla voi tarkistaa työnkulun vaihteita, hahmottaa kokonaisuutta ja kehittämiskohteita.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsitelimme keskeisimpiä asiakaslähtöiseen kotiutukseen liittyviä asioita, joihin saimme neuvoja opinnäytetyön- ja työelämäohjaajilta. Ennen kotiutusprosessikuvauksen tekemistä tutustuimme prosessikirjallisuuteen ja niissä kuvattuihin prosessimalleihin. Toimme opinnäytetyöhömmme henkilökunnan näkökulmaa tekemällä asiakkaan kotiutukseen osallistuville hoitotyöntekijöille kyselyn ja tekemällä yhteistyötä heidän kanssaan. Toimiminen sijaisena ja opiskelijana terveyskeskussairaaloiden osastoilla ja kotihoidossa lisäsi yhteistyötä toimeksiantajan edustajien sekä henkilökunnan kanssa. Yhteistyö auttoi tekemään kotiutusprosessikuvauksesta käytännönläheisen ja arki työssä hyödynnettävän.

Kuten aiemmissa tutkimuksissa, myös tämän opinnäytetyön aineistossa nousi esille puutteita tiedonkulussa, yhteistyössä, yhteisissä toimintaperiaatteissa ja asiakkaan oikean hoitopolun toteuttamisessa. Nämä aiheuttavat ylimääräistä asioiden varmistamista. PALKO-mallin kehittäjät Perälä ja Hammar (2003, 12–13, 25) ovat myös todenneet, että asiakkaan hoitoketjussa sairaalasta kotiin on monia saumakohtia, joiden ylittäminen vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita, huolellista suunnittelua ja yhteisneuvotteluja asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa. Tärkeää on löytää ne asiakkaat, joiden kotiutumisen onnistumiseen tulee erityisesti panostaa. Kotiutukseen osallistuvien tulee yhdessä sopia kotiutumisen yhteydessä välitettävän tiedon keinoista ja sisällöstä. Näin voidaan ehkäistä asiakkaan joutumista takaisin sairaalaan ja varmistaa kotiutuksen onnistuminen.

Tietotekniikan ja -järjestelmien käyttöönoton myötä asiakkaiden ja potilaiden tutkimuksessa, voinnin seurannassa ja hoitotyön dokumentoinnissa on tapahtunut toiminnallisia ja kulttuurisia muutoksia. Sairaanhoidajalla on oltava myönteis-

nen asenne, motivaatio ja valmiuksia käyttää tietokonetta ja erilaisia tietojärjestelmiä. Lisäksi on hallittava tietosuojaan ja tiedonvälitykseen liittyvät asiat. Terveystieteiden organisaation vastuulle jää henkilöstön kouluttaminen. (Hallila 2005, 51–52; Saranto 2000, 36.)

Asiantuntijoiden välinen yhteistyön puute palveluketjujen rajapinnoilla potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen aiheuttaa katkoksia tiedonkulussa ja viestinnässä (Tanttu 2007, 116–119). Tiedonsiirtoa vaikeuttavat tekniset ongelmat, unohtaminen, tiedon havaitsematta jääminen, tiedon viivästyminen tai sen meneminen väärään paikkaan (Pöyry & Perälä 2003, 16). Sähköiset potilaskertomukset edistävät asiakaskeskeisyyttä, terveyspalvelujen saatavuutta, toiminnan tavoitteellisuutta ja taloudellisuutta, moniammatillisuutta sekä hoitoketjujen saumattomuutta (Haukka 2001, Hallilan 2005, 52 mukaan). Sähköisen tiedonsiirron myötä terveyspalvelujen käyttäjä saa itse parempaa tietoa omasta terveydentilastaan ja hoitohistoriastaan, koska terveystiedot ovat käytettävissä siellä missä tutkimus ja hoito tapahtuvat. Tällöin potilaan osallistuminen omaan hoitoon paranee, moniammatillisuus lisääntyy sekä ajantasainen tieto toimii päätöksenteon tukena. (Hallila 2005, 52–53.) Rantasalon (2007, 52–53) ja Pöyryn (1999, 44–49) tutkimusten mukaan kaksisuuntaista tietojen vaihtoa, asiakaskohtaisia neuvotteluja, tiedonsiirtämiskeinoja ja kirjaamista tulee kehittää. Kotiutusprosessin seuranta ja arviointia tulee toteuttaa kaikkien kotiutukseen osallistuvien näkökulmasta.

Opinnäytetyön kyselyyn vastanneet kokivat myös asiakasta koskevan tiedon saannissa puutteita, mikä aiheutti ylimääräistä asioiden varmistamista. Selkeä ja täsmällinen tieto koettiin tärkeäksi, mutta sen saamisessa koettiin puutteita. Kyselyn mukaan tietojärjestelmää hyödynnetään asiakkaiden tietojen siirtämisessä, mutta sen käyttöä tulisi edelleen lisätä ja kehittää. Kotiutusprosessikuvauksessa tiedonsiirto on kuvattu omana uimaratana ja kehittämiskohteena. Tietojärjestelmää hyödynnetään asiakkaan hoidossa, kotiutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tällä pyritään varmistamaan tiedonkulun katkeamattomuus asiakkaan kotiutuksessa ja turvataan hoidon jatkuvuus sekä asiakasturvallisuus.

Kotiutuksessa eri osapuolten välisellä yhteistyöllä ja yhteisellä näkemyksellä edistetään asiakkaan selviytymistä siirtymävaiheessa. Perheenjäsenten, potilaan ja hoidonantajien välinen yhteistyö edistää kotona selviytymistä. (Koponen 2003, 110,113.) Opinnäytetyön kerätyssä aineistossa nämä asiat nousivat esille kehittämiskohteina, jotka on huomioitu kotiutusprosessikuvauksessa.

Kujalan (2003, 142, 162–163) mukaan asiakaslähtöisyys ei siirrä hoitovastuuta asiakkaalle eikä vähennä hoitohenkilöstön osuutta asiakkaan hoidossa, vaan hoitotilanne on mahdollisimman tasavertainen. Terveyspalvelujen käyttäjä haluaa olla osallisena omassa hoidossaan. Hoitoa ei saisi toteuttaa kaavamaisesti, vaan yksilöllisyys, asiakkaan kuuntelu ja riittävä kommunikaatio kuuluvat laadukkaaseen hoitotyöhön. Soveltuvien laatujärjestelmien ja resurssien puute etenkin pienissä kunnallisissa terveydenhuollon yksiköissä on heikentänyt laadunhallintaa. Asiakaspalautteella on tärkeä merkitys hoidonlaadun ja ennakkoinnin kehittämisessä. Kotiutusprosessikuvauksessa asiakaspalautteen kerääminen on kuvattu kehittämiskohteena, koska opinnäytetyössä kootun aineiston mukaan asiakaspalautteen kerääminen ei ole suunniteltua. Osassa toimeksiantajan työyksiköitä on käytössään TAK-Luotain, joka on web-pohjainen asiakaspalautejärjestelmä. Lisäksi toimeksiantajalla on alkamassa Social and Health Quality Service (SHQS) -laatujärjestelmäkoulutus ja sen käyttöönotto.

Naukkariinen (2008, 133) toteaa, että potilaan mahdollisuutta itsemääräämiseen ja päätöksentekoon voidaan lisätä hänen yksilöllisellä kohtaamisella. Päätöksen tueksi hänen on saatava riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista ja niihin liittyvistä tekijöistä. Opinnäytetyön kyselyn tuloksissa tuli esille, että asiakkaan ollessa kykenevä päättämään ei saa antaa toisten päättää hänen puolestaan. Asiakaslähtöisyyden parantamisen keinoiksi todettiin asiakkaan parempi kuuntelu, yhteistyö- ja kotiutuspalaverit, omahoitajuus ja kotiutushoitajatoiminta.

Verrattaessa opinnäytetyössä koottua aineistoa aiempiin tutkimustuloksiin ja PALKO-malliin ei noussut esille juurikaan uusia kotiutusprosessiin liittyviä näkökulmia. Tarkasteltavia ja kehitettäviä käytäntöjä ja asioita tuli esille paljon. Uutta on Microsoft Visio 2007 -prosessikuvausohjelmalla ja JHS -suositusta hyödyn-

tämällä kuvattu kotiutusprosessikuvaus ja sitä selventävä prosessinkulun sanallinen kuvaus. Kuvauksissa kehittämiskohteet on yhdistetty käytössä oleviin toimintakäytäntöihin, joiden toteuttamisessa on huomioitu toimeksiantajan toiveet ja tarpeet.

Ammattikorkeakoulussa koulutuksen tavoitteena on, että valmistuvat sairaanhoitajat pystyvät toimimaan asiantuntija-, kehittämis- ja tutkimustehtävissä. Opinnäytetyön tulisi olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen sekä alan tietojen ja taitojen mukainen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.) Opinnäytetyömme tavoitteena oli tehdä ammattikorkeakoulun ohjeiden mukainen opinnäytetyö ja hyödyntää tutkimus- ja kehittämistoiminnanopintoja. Toivomme, että opinnäytetyötämme ja sen tuotosta hyödynnetään käytännössä.

Aihealue valikoitui sattumalta kahdenkeskisten keskustelujemme pohjalta, kun mietimme, miten Liperin ja Outokummun sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen vaikuttaa hoitotyön käytäntöihin ja asiakkaan sekä henkilökunnan asemaan. Päädyimme tekemään opinnäytetyön työparina, koska aihe liittyi läheisesti aiempaan työkokemukseemme ja oli ajankohtainen, kiinnostava sekä tarpeellinen. Työparina työskentely on ollut haastavaa ja kehittänyt hoitotyössä tarvittavaa pari- ja ryhmätyöskentelytaitoa. Olemme saaneet sovitettua yhteen erilaiset työskentelytapamme keskustelemalla näkökannoistamme sekä eriävistä ratkaisuvaihtoehdoista ja päässeet yhteisymmärrykseen. Olemme pyrkineet jakamaan opinnäytetyön tekemisen tasapuolisesti, huomioiden molempien vahvuudet ja mielenkiinnon kohteet. Teimme opinnäytetyötämme reilun vuoden ajan vaihtelevalla intensiteetillä. Käytimme lukujärjestykseen varatut itsenäiset opiskeluviikot opinnäytetyömme tekemiseen sekä paljon aikaa muun opiskelun ohessa. Opinnäytetyön tekemiseen suunniteltu aika ylittyi reilusti, vaikka aihe oli rajattu.

Yhteistyön tekeminen toimeksiantajan kanssa antoi työyhteisöille tilaisuuden kehittää toimintaansa ja opiskelijalle mahdollisuuden kehittää moniammatillisia yhteistyötaitojaan sekä luoda yhteyksiä työelämään. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut prosessiajattelusta ja -kuvauksesta, kehittänyt kriittistä ajattelua,

lisännyt valmiuksia tutkimusten lukemiseen ja analysoimiseen sekä asiakkaan kotiuttamisen toteuttamiseen. Opinnäytetyön prosessi on kehittänyt ja tukenut ammatillista kasvuamme sairaanhoitajan ammattiin ja auttanut ymmärtämään omaa roolia osana suurempaa kokonaisuutta hoitotyön moniammatillisessa tehtäväkentässä.

## **7 OPINNÄYTETYÖN HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSAIHEET**

Opinnäytetyötä ja kotiutusprosessikuvausta voidaan käyttää kehittämistyön välineenä palveluja yhtenäistettäessä. Kotiutusprosessikuvaus auttaa työyhteisöjä hahmottamaan käytännön toimintaa ja helpottaa ongelmakohtien löytämistä, niiden poistamista ja asiakaslähtöisen kotiutuksen kehittämistä. Lisäksi se auttaa hahmottamaan oman työyksikön sijoittumista osaksi hoito- ja palveluketjua. Opinnäytetyön kotiutusprosessikuvaus toimii ohjeena, jolla työntekijät voivat tarkistaa asiakkaan kotiutuksesta sovittuja asioita. Sitä voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Kotiutusprosessikuvaus tallennettiin toimeksiantajan intranettiin.

Toimeksiantaja aikoo hyödyntää käyttöönsä luovutettua opinnäytetyötä ja kotiutusprosessikuvausta sosiaali- ja terveystieteiden SHQS -laatu järjestelmään kuvattavien prosessien työstämisessä. Systemaattisen asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen ja käyttöönotto tukevat prosessien ja laatu järjestelmän kehittämistä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun hallinnoima Kotihoito 24h-ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittämishanke seudullisena verkko yhteistyönä 2008–2010 -hankevastaavat ovat kiinnostuneet opinnäytetyön tuotoksesta. Opinnäytetyöprosessin aikana ilmeni, että osalla henkilökunnasta ja luottamus henkilöistä ei ole riittävästi tietoa prosesseista ja niiden käytöstä. Prosessikoulutuksen järjestäminen henkilökunnalle ja luottamushenkilöille loisi pohjaa yhteiselle ajattelumallille ja vähentäisi ennakkoluuloja.

Jatkossa voisi tutkia ja kehittää toteuttamamme kotiutusprosessikuvauksen käytettävyyttä, asiakkaan ja omaisen kokemuksia kotiutuksesta, yksityisten palveluntuottajien näkemyksiä ja kokemuksia yhteistyöstä ja sen kehittamisestä sekä tarkastella ja kehittää tiedonsiirtoa ja -kulkua.



## LÄHTEET

- Ahonen, S. Käyhty, M. & Ahvo, L. 2002. Kotoa laitokseen ja takaisin- onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes, 128–132.
- Ahvo, L. & Valvanne, P. 2001. Vanhuksen kotiutumiseen on panostettava. *Fysioterapia* 48 (2), 31–32.
- Hallila, L. 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 51–52.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M. & Tenhunen, E. 2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Loppuraportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra6-2005.pdf>. 15.8.2009.
- Hänninen, K., Julkunen, I., Hirsikoski, R., Högnabba, S., Paananen, I., Romo, H. & Thomasén, T. 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakes raportteja 6/2007. Helsinki. Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R6-2007-VERKKO.pdf>. 15.8.2009.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 112–121.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Kujala, E. 2003. Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Kuntaliiton kilpailupolitiikan työryhmä. 2002. Kuntaliiton kilpailupolitiikan strategiset linjaukset. KL hallitus. Kuntaliitto.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 16.9.2008.
- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. 12.5.2009.
- L351/2003. Ammattikorkeakoululaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>. 1.12.2008.
- L169/2007. Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071002>. 29.09.2008.
- Leppäaho, K. 2000. Kotiutussairaanhoitaja - rajojen ylittäjä. *Vanhustyö*(6), 8-10.

- Lillrank, P., Kujala, J. & Parviainen, P. 2004. Keskenikäinen potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.
- Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2008–2015.
- Liperin kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia vuosille 2009–2012. [http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc\\_id=1559](http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc_id=1559). 9.9.2009.
- Mäkisalo M.1999. "Me teemme sen". Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden järjestäminen ja hankinta. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Naukkarinen, E.-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157.
- Niemi, A. 2006. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro gradu.
- Paajanen, R., Saikko, R & Tepponen, M. 2007. Tehostettu kotiutusryhmä purkaa sakkonoja. Sairaanhoitaja (12), 32–35.
- Paasivaara, L., Nikkilä, J. & Voutilainen, P. 2002. Saumattomuus - palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes, 49–56.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.
- Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli-Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes aiheita 29. Helsinki: Stakes.
- Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P. & Teperi, J. 2003. PALKOmalli- Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Stakes aiheita 27. Helsinki: Stakes.
- Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun tutkintösäätö. Lukuvuosi 2008–2009. Hyväksytty amk-hallituksessa 27.6.2008. <http://www.pkamk.fi/opiskelijapalvelut/default.htm>. 15.8.2009.
- Procter, S., Willcockson, J., Pearson, P. & Allgar, V. 2001. Going home from hospital: the carer/patient dyad. *Journal of Advanced Nursing* 35 (2), 206–217.
- Pyykönen, A. 2001. Keskussairaalaan terveyskeskukseen: jatkohoitoon siirtymistä edistävät ja vaikeuttavat tekijät kahdessa terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu.
- Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saamiseksi. Stakes aiheita 18. Helsinki: Stakes.
- Rantasalo, K. 2007. Sairaalaan kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

- Roberts, K. 2002. Exploring participation: older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing* 40 (4), 413–420.
- Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 7–32.
- Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html). 15.8.2009.
- Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Salopirtti, A. 2002. Tavoitteena sujuva hoitoketju. *Vanhustyö* (3), 24–26.
- Saranto, K. 1999. Tietojärjestelmien haasteet hoitotyön johtamiselle. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 138–144.
- Saranto, K. 2000. Sähköisen kirjaamisen haasteet hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* (3), 36.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. Stakes & Tekniikan Sanastokeskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>. 15.8.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma KASTE 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjun hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Väitöstudium.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>. 15.8.2009.
- Valtiovarainministeriö. 2008. JUHTA Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Versio: 6.6.2008. Voimassaoloaika: 31.12.2011. Helsinki: Valtiovarainministeriö. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>. 15.8.2009.
- Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.
- Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes, 38–42.



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

### SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA Outokummun kaupunki ja Liperin kunta/ Sosiaali- ja terveystoimi

Yhteystiedot: Eeva-Liisa Naukkarinen, Keskustie 10, PL 20, 83100 Liperi

Sähköpostiosoite: eeva-liisa.naukkarinen@liperi.fi

OPISKELIJAT Sari Nykänen-Juvonen ja Tuula Pakarinen

Yhteystiedot: THAS06, PKAMK

### TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Kotiutusprosessin avaaminen asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin palveluketjujen kehittämisen pohjaksi.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

**Toimeksiantaja**  
Opinnäytetyöhön liittyvistä materiaalikustannuksista (kopiointikulut, paperit ja valmiin opinnäytetyön kansituskulut, yhteensä 8 kpl ).  
Opiskelijat esittelevät opinnäytetyötä henkilöstötilaisuuksissa mahdollisuuksien mukaan.  
Opinnäytetyötä saa hyödyntää Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan sosiaali- ja terveystoimessa.

**Opiskelija(t)**  
Sari Nykänen-Juvonen ja Tuula Pakarinen

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Päivi Sihvo ja Maarit Kalasniemi

Päiväys ja allekirjoitukset

Liperi 4.11.08

Toimeksiantajan edustaja  
Eeva-Liisa Naukkarinen  
sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja

Opiskelija

**TIEDONANTAJILLE OSOITETTU KYSELY**

Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin avoimiin kysymyksiin perustellen vastauksenne.

**Toimintakäytännöt**

Miten osallistutte asiakkaan kotiutuksen suunnitteluun?

---

---

---

---

---

---

Kuvaile asiakkaan kotiutusajankohtaan liittyviä tämänhetkisiä käytäntöjämme.

---

---

---

---

---

---

Miten käytännössä tuette asiakkaan kotiutumista (asiakas, omaiset, yhteistyötahot)?

---

---

---

---

---

---

Millaisia kehittämisideoita teillä on asiakkaan kotiutukseen liittyen?

---

---

---

---

---

---

**Tiedonkulku**

Millaista tietoa saatte kotiutuvasta asiakkaasta? Mistä?

---

---

---

---

---

Onko kotiutuvasta asiakkaasta saamanne tieto riittävää?

---

---

---

---

---

Kuinka tiedonkulku kotiutuvasta asiakkaasta tapahtuu ja onko se oikea aikaista (asiakas, omaiset, yhteistyötahot)?

---

---

---

---

---

Mitkä asiat parantavat tiedonkulkua asiakkaan kotiutusprosessissa?

---

---

---

---

---

**Asiakaslähtöisyys**

Miten edistäisitte asiakaslähtöistä ja yksilöllistä kotiutusta?

---

---

---

---

---

**Yhteistyö**

Millaisia yhteistyömuotoja käytätte kotiutusprosessissa esim. omaisen, kotihoi-  
don, sosiaalitoimen, fysioterapian ja muiden tahojen kanssa?

---

---

---

---

---

---

Kuinka kehittäisitte yhteistyötä kotiutusprosessissa?

---

---

---

---

---

---

Mikä ei mielestänne toimi asiakkaan kotiutuksessa?

---

---

---

---

---

---

Mitä muuta haluaisitte sanoa?

---

---

---

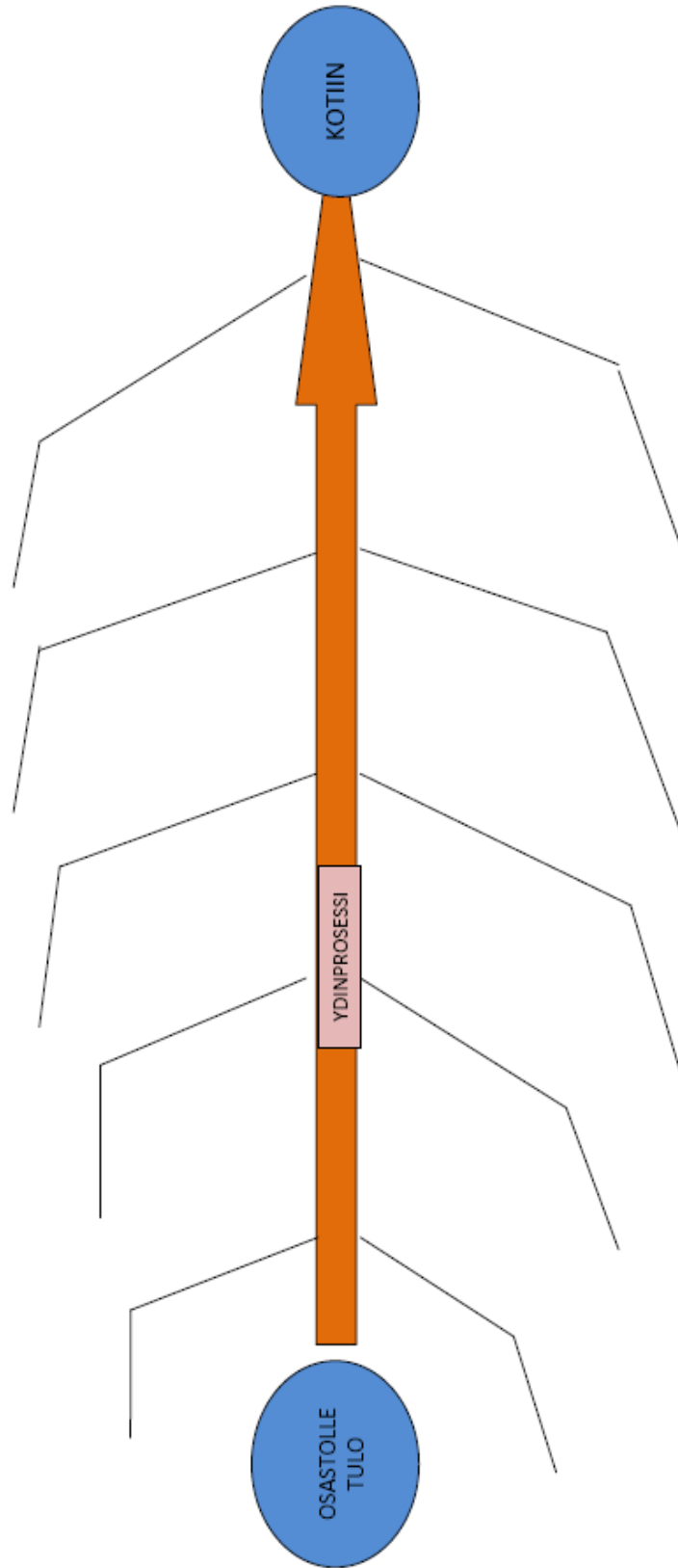
---

---

---

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**

KIRJOITAKAA /KUVAILKAA KALANRUOTOKUVIOON ASIAKKAAN KOTTUTUSPROSESSIN VAIHEET. VAIHEIDEN EI TARVITSE OLLA LOOGISESSA JÄRJESTYKSESSÄ.





POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU**TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

**Opinnäytetyön aihe:** Asiakkaan kotiutusprosessi terveyskeskussairaalaista kotihoitoon

**Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:** Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan terveyskeskussairaalat ja kotihoito

**Tutkimuksen:**

- a) kohde/kohdejoukko: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö terveyskeskussairaaloissa ja kotihoidossa
- b) aineiston keruumenetelmä: Kyselylomake tiimeittäin, keskustelut työnantajan edustajien kanssa ja aikaisemman tiedon hyödyntäminen
- c) aineiston keruun ajankohta: Talvi 2008–2009

**Opinnäytetyön ohjaajat:**

Päivi Sihvo \_\_\_\_\_

Maarit Kalasniemi \_\_\_\_\_

**Työelämäohjaajat:**

Marketta Kuikka ja Raija Savolainen \_\_\_\_\_

18/12 2008

Eeva-Liisa Naukkarinen

Eeva-Liisa Naukkarinen  
sosiaali- ja terveysjohtaja

LIITTEET:           - tutkimussuunnitelma  
                          - toimeksiantosopimus

Joensuussa 1.12.2008

**ARVOISA TIEDONANTAJA!**

Olemme Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyön toimeksiantona työnantajallesi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata asiakkaan kotiutusprosessi terveystieteiden sairaalasta kotiin.

Pyydämme ystävällisesti Teitä vastaamaan kokemuksenne perusteella kyselylomakkeeseen ja kirjoittamaan mukana olevaan kalanruotokuvaan asiakkaan kotiutusprosessin vaiheet. Vastaamalla olette osallisena työyksikkönne kehittämistyössä. Kyselyn avulla kartoitamme työyksikkönne nykyisiä käytäntöjä sekä tarpeita liittyen asiakkaan kotiutukseen. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömänä tiimeittäin. Kyselyllä saatua aineistoa käyttävät vain opinnäytetyöntekijät työn toteuttamisessa.

Olemme sopineet esimiehenne kanssa, että kysely tapahtuu 18.12.2008–31.1.2009 välisenä aikana. Täytetty kyselylomake palautetaan kirjekuussa esimiehelle.

Tarvittaessa vastaamme kyselyyn liittyviin kysymyksiin. Olemme saaneet toimeksiantajalta tutkimusluvan.

Kiitos yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Sari Nykänen-Juvonen  
sari.nykanen-juvonen@edu.ncp.fi

Tuula Pakarinen  
tuula.pakarinen@edu.ncp.fi



OkuLi

4.11.2008

## ***KUTSU PALVELUPROSESSI-ILTAPÄIVÄÄN***

**Aika:** 11.11.2008 klo. 14.–16.00

**Paikka:** Penttilän auditorio / Liperin koulu, Koulutie 1

**Kohderyhmä:** Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö

### **ILTAPÄIVÄN SISÄLTÖ:**

#### **Käytännön esimerkkejä palveluprosesseista**

- ❖ **Päätöksentekoprosessi hallinnossa,** Tuija Rautiainen
- ❖ **Palvelu-/hoitoketju kotihoidosta terveyskeskuksen sairaalaan/vanhainkotiin,** Satu Tolvanen
- ❖ **Palvelu-/hoitoketju terveyskeskussairaalaan kotiin,** Tuula Pakarinen ja Nykänen-Juvonen Sari
- ❖ **Hammashuollon hoitoketju,** Katri Löfgren ja Irmeli Karpov
- ❖ **Skitsofreniapotilaan hoitopolku,** Leila Härkin ja Hanne Tuokko
- ❖ **Palvelu-/hoitoketju terveyskeskuksesta keskussairaalaan,** Eeva-Liisa Naukkarinen

***Kaikki ovat tervetulleita iltapäivään!***

**Eeva-Liisa Naukkarinen**  
**Sosiaali- ja terveysjohtaja**



OkuLi

1.12.2008

## ***KUTSU OKULI-HANKEEN PÄÄTÖSTILAISUUTEEN***

**Aika:** 18.12.2008 klo. 12.–16.00

**Paikka:** Penttilän auditorio / Liperin koulu,  
Koulutie 1, 83101 Liperi

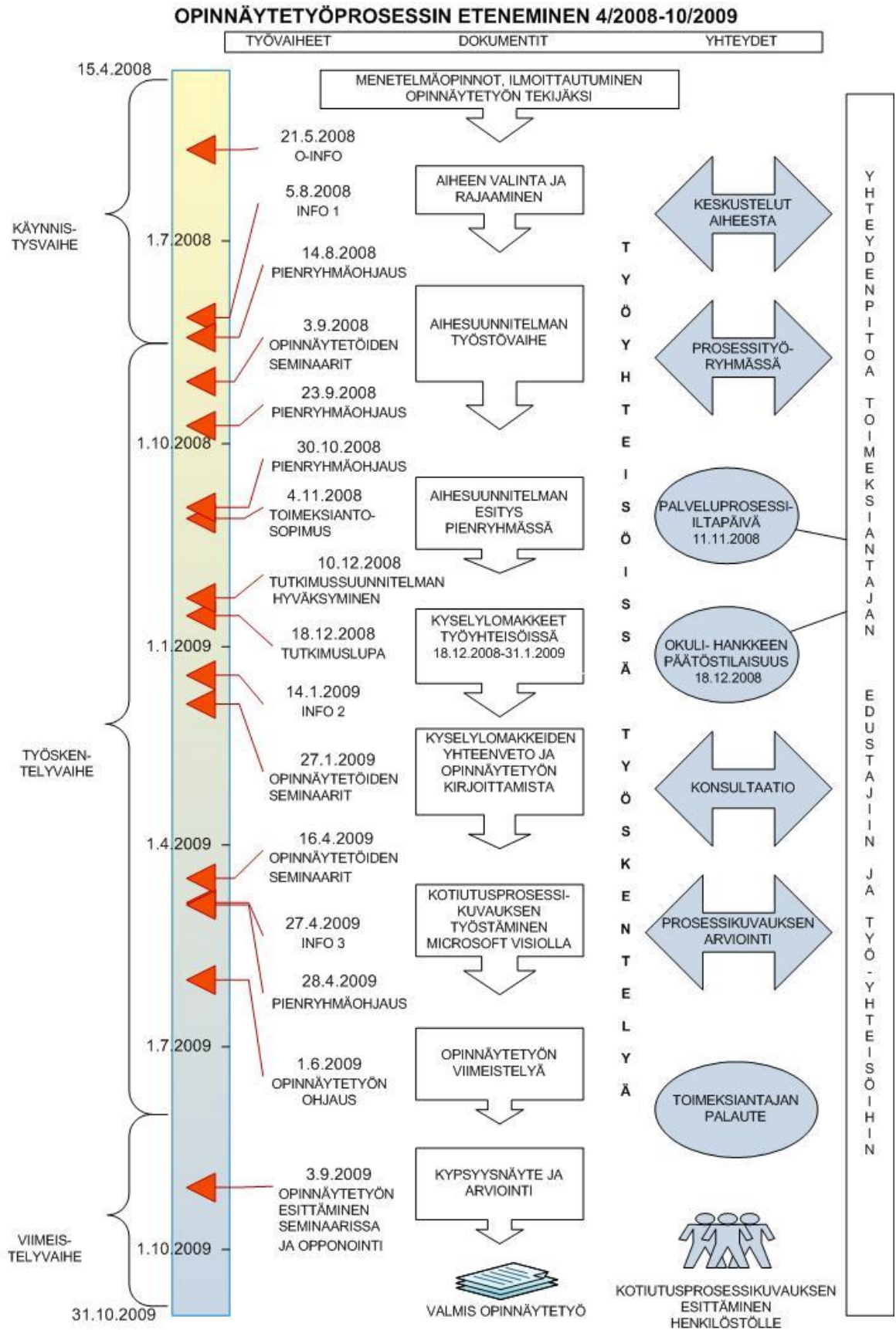
### **TILAISUUDEN OHJELMA**

**Klo.**

- 12.00     **Tilaisuuden avaus** (sosiaali- ja terveystoimittaja Eeva-Liisa Naukkarinen)
- 12.15     **OkuLi-hankkeen vaiheita** (sosiaali- ja terveystoimittaja Eeva-Liisa Naukkarinen, hankekoordinaattori Heidi Aho ja henkilöstösuunnittelija Anne Lappalainen)
- 12.45     **Henkilöstön kokemuksia OkuLi-yhteistyöstä** (Tehy ry:n pääluottamusmiehet Riitta Mustonen ja Eira Karhapää)
- 13.00     **Kahvit**
- 13.30     **Sosiaali- ja terveyspalvelujen tulevaisuus ja henkilöstöä koskevat haasteet OkuLi-yhteistyössä** (tulosaluejohtajat Kaija Karjalainen, Leena Laaninen ja Matti Honkavaara)
- 14.00     **Vierailijapuheenvuoro, terveystieteen maisteri ja psykoterapeutti Mikko Häkkinen**
- 15.45     **Keskustelua ja tilaisuuden päätös**

***Tervetuloa!***

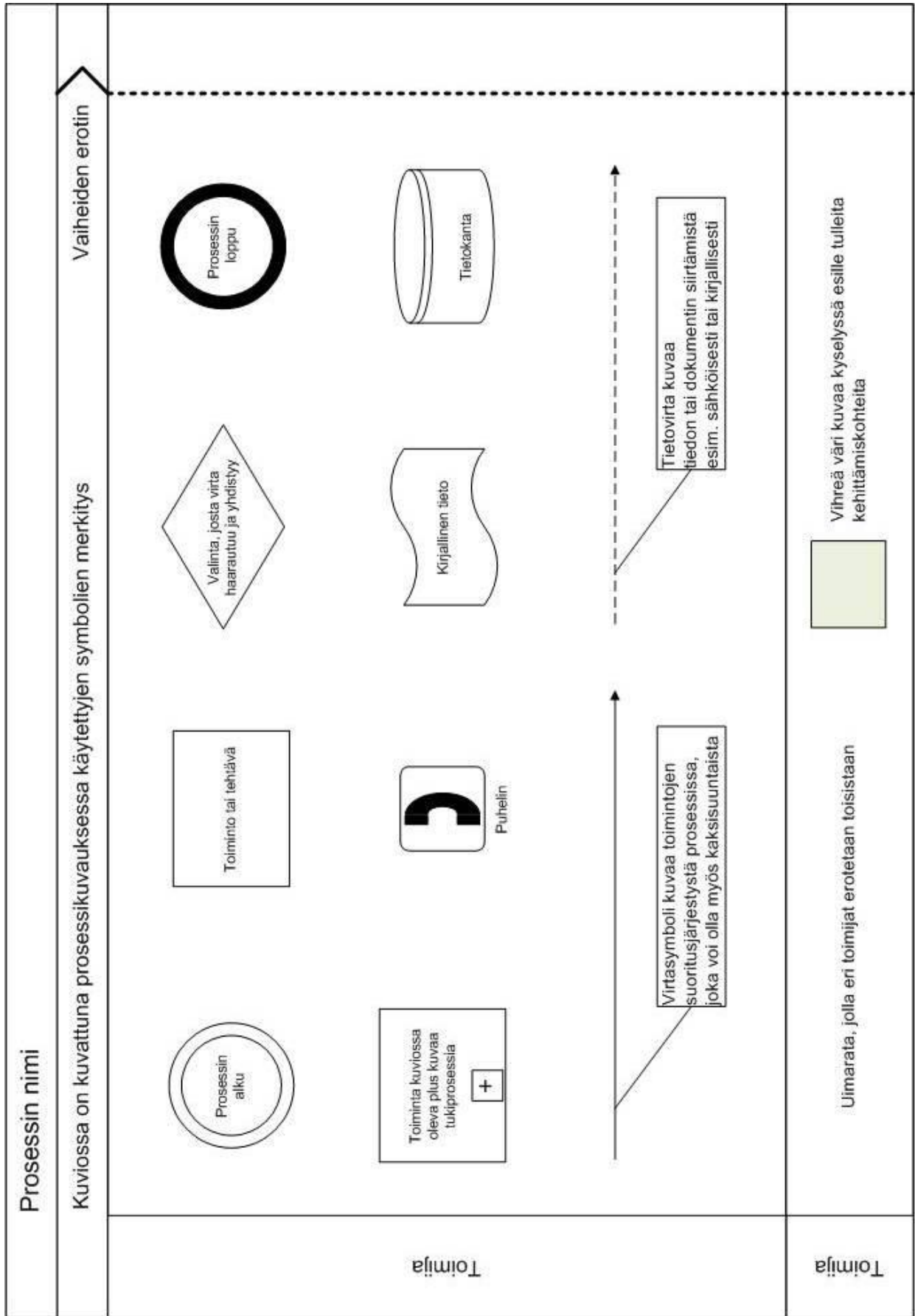
**Eeva-Liisa Naukkarinen**  
**Sosiaali- ja terveystoimittaja**

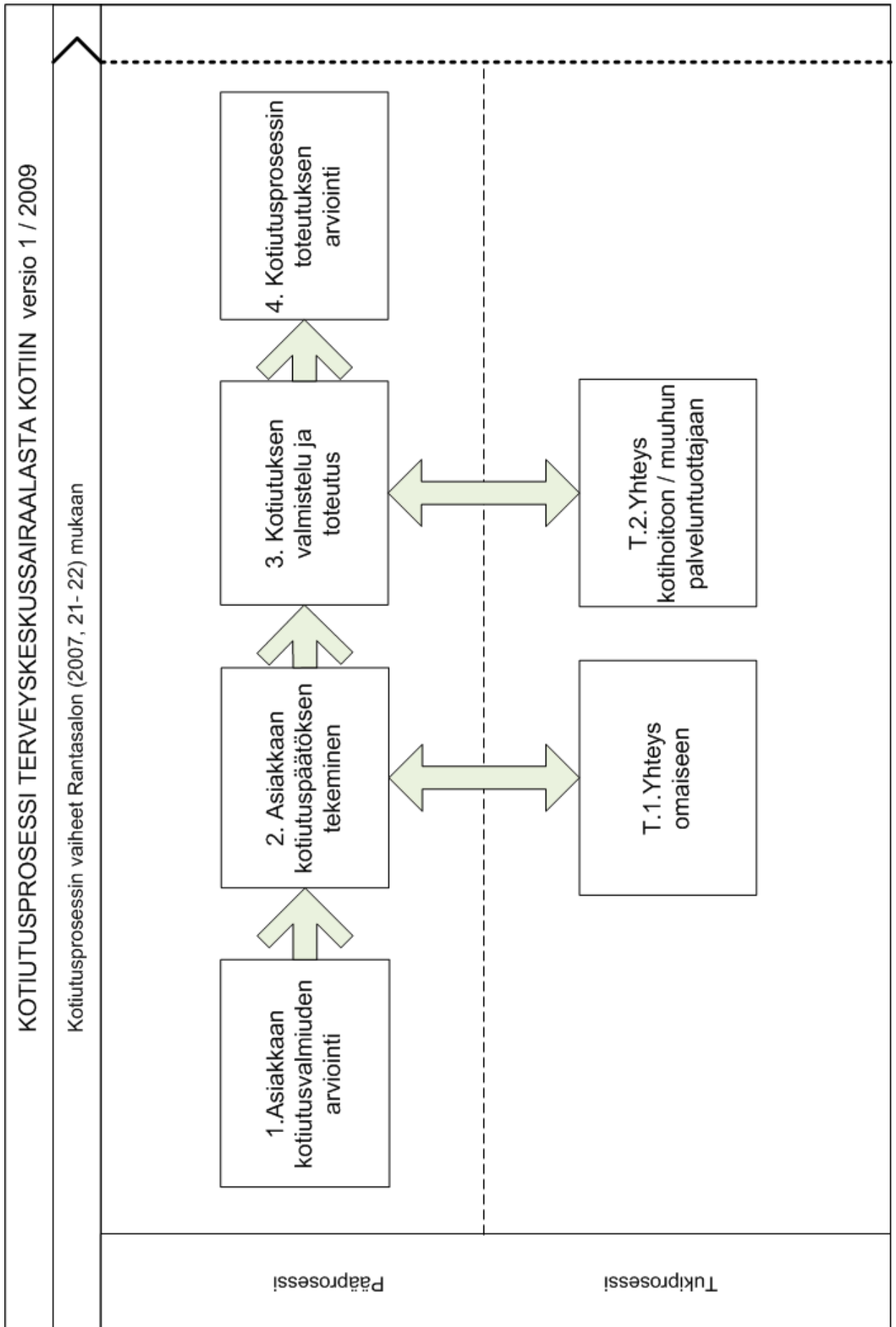


**JHS 152 Liite 1: Perustietolomake**

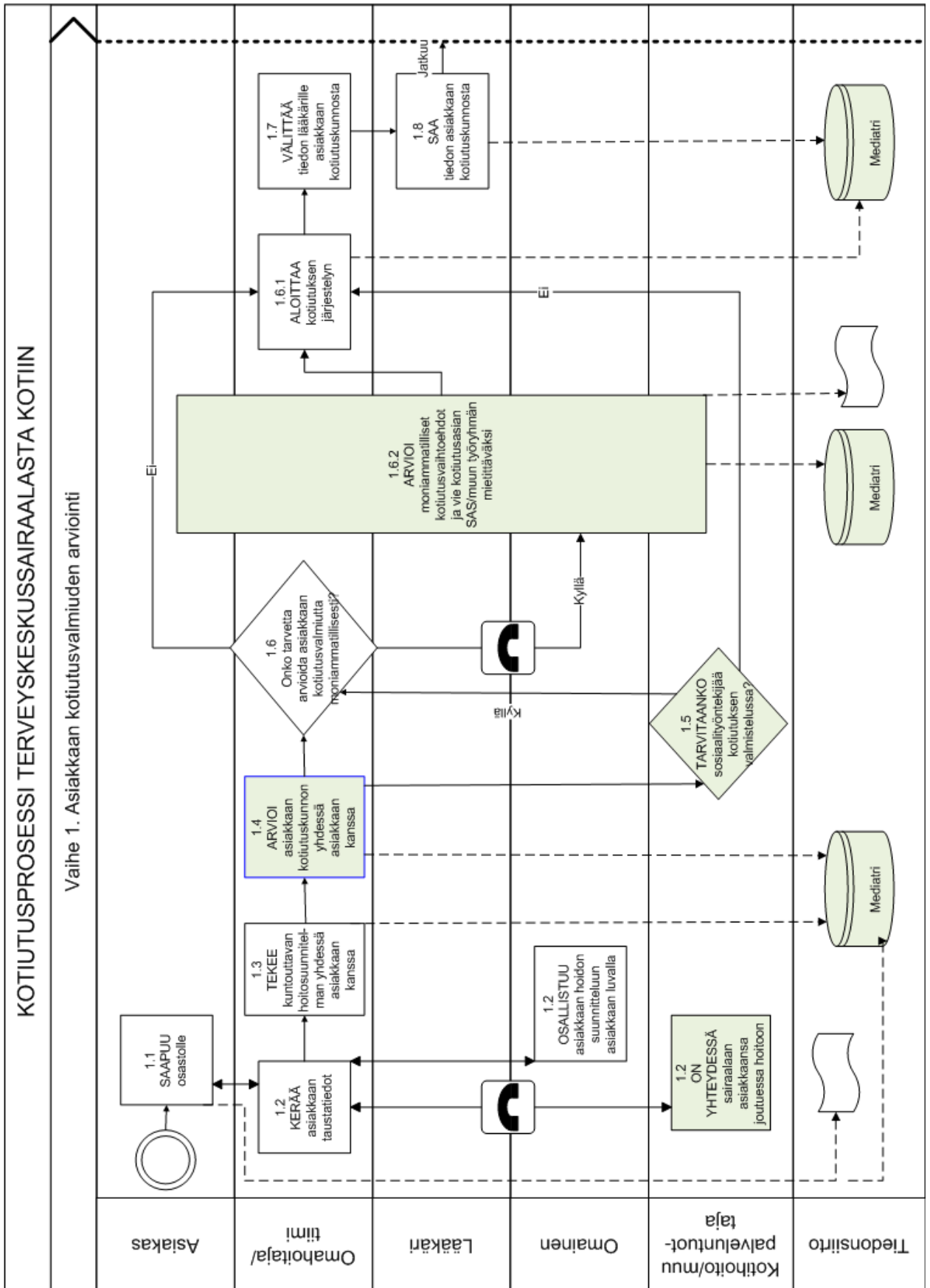
Prosessi kuvataan vuokaaviomuotoisella prosessikaaviolla ja siihen liittyvillä 1-3 tekstisivuilla. Tavoitteena on kuvauksen yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys niin että jokainen prosessiin osallistuva ymmärtää kuvatun asian samalla tavalla. Kuvauksen tulee vastata todellista toimintaa. Sanallinen prosessinkuvaus laaditaan organisaation tarpeen mukaan.

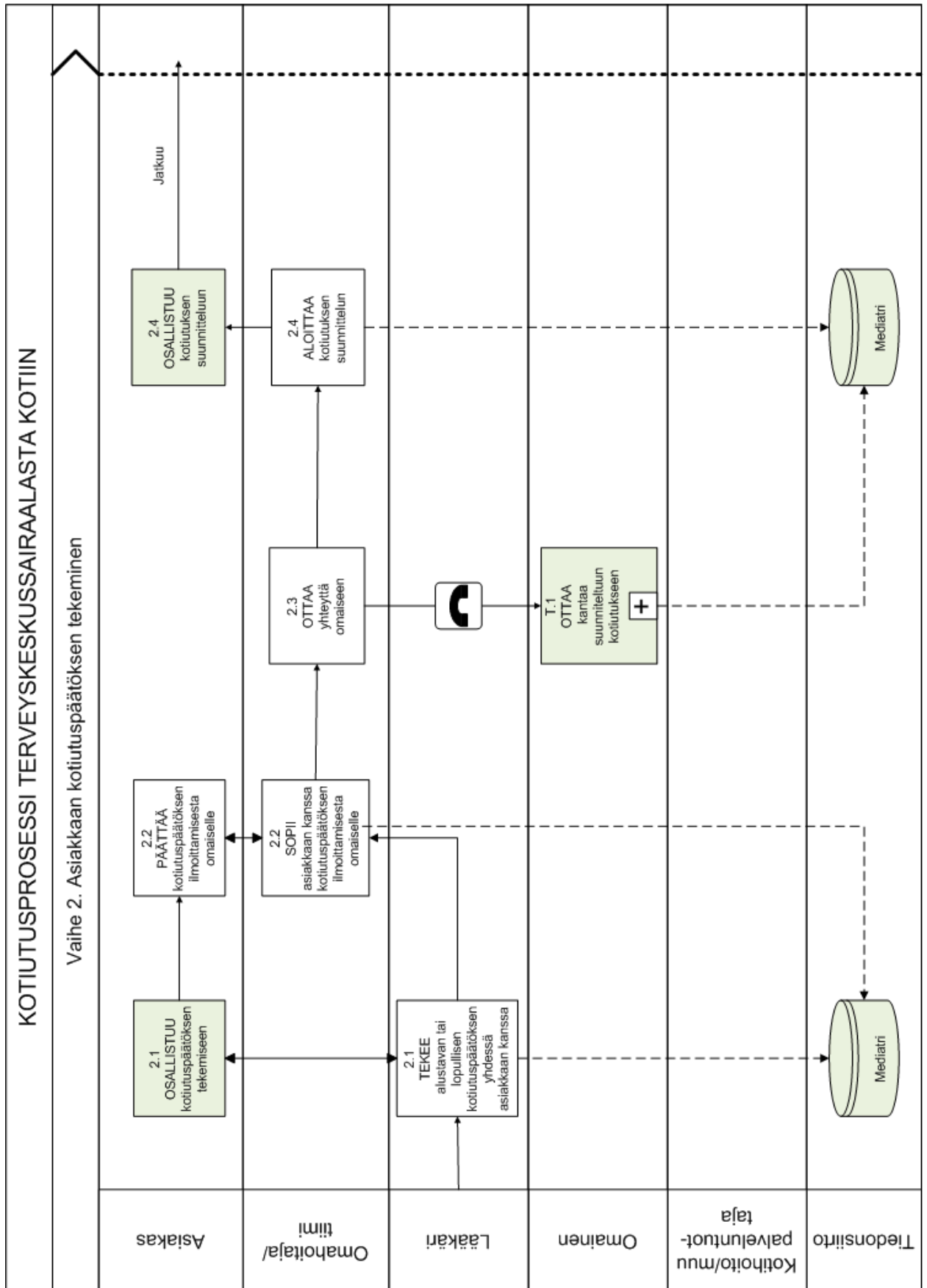
1	Prosessin nimi	Kotiutusprosessi terveyskeskussairaalaan kotiin
2	Kuvauksen laatija ja laadintapäivämäärä	Pakarinen Tuula, Nykänen-Juvonen Sari 8/2009
3	Kuvauksen hyväksyjä ja hyväksymispäivämäärä	
4	Versionumero	1
5	Prosessin tarkoitus	
6	Prosessin omistaja	
7	Prosessin mallintajat ja mallinnuspäivämäärä	Pakarinen Tuula, Nykänen-Juvonen Sari
8	Prosessin lähtötilanne	Asiakas tulee osastolle
9	Prosessin lopputilanne	Asiakas kotiutuu osastolta
10	Prosessin asiakkaat	Terveyskeskussairaalan asiakkaat / potilaat
11	Prosessin sidosryhmät	
12	Prosessin asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset	Asiakaslähtöinen, turvallinen kotiutus terveyskeskussairaalaan kotiin
13	Prosessin menestystekijät	
14	Prosessin mittarit	
15	Prosessin keskeiset resurssit ja muut volyymitiedot	
16	Prosessin ohjaus ja kehittämismenettely	
17	Rajapinnat muihin prosesseihin	

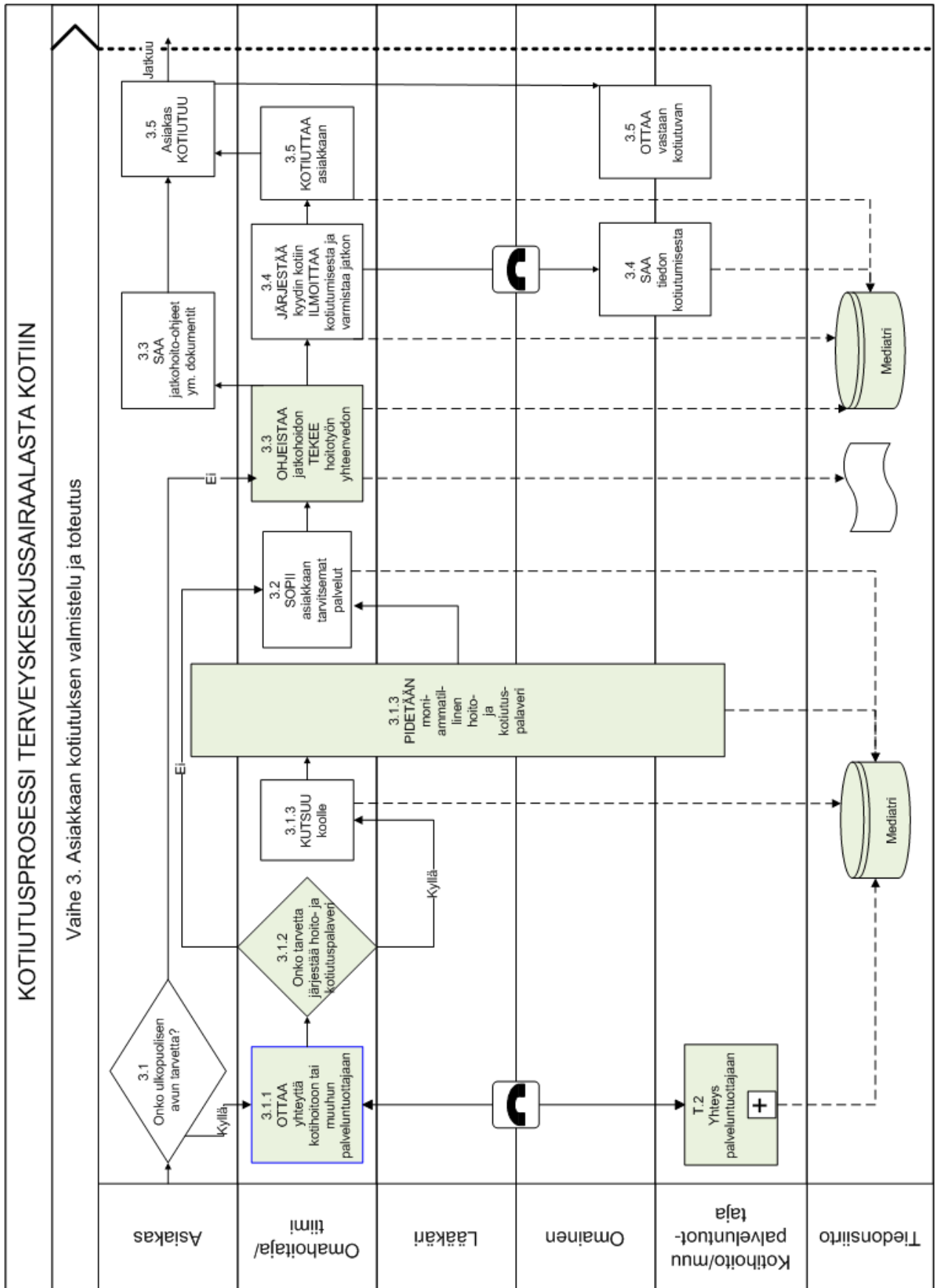


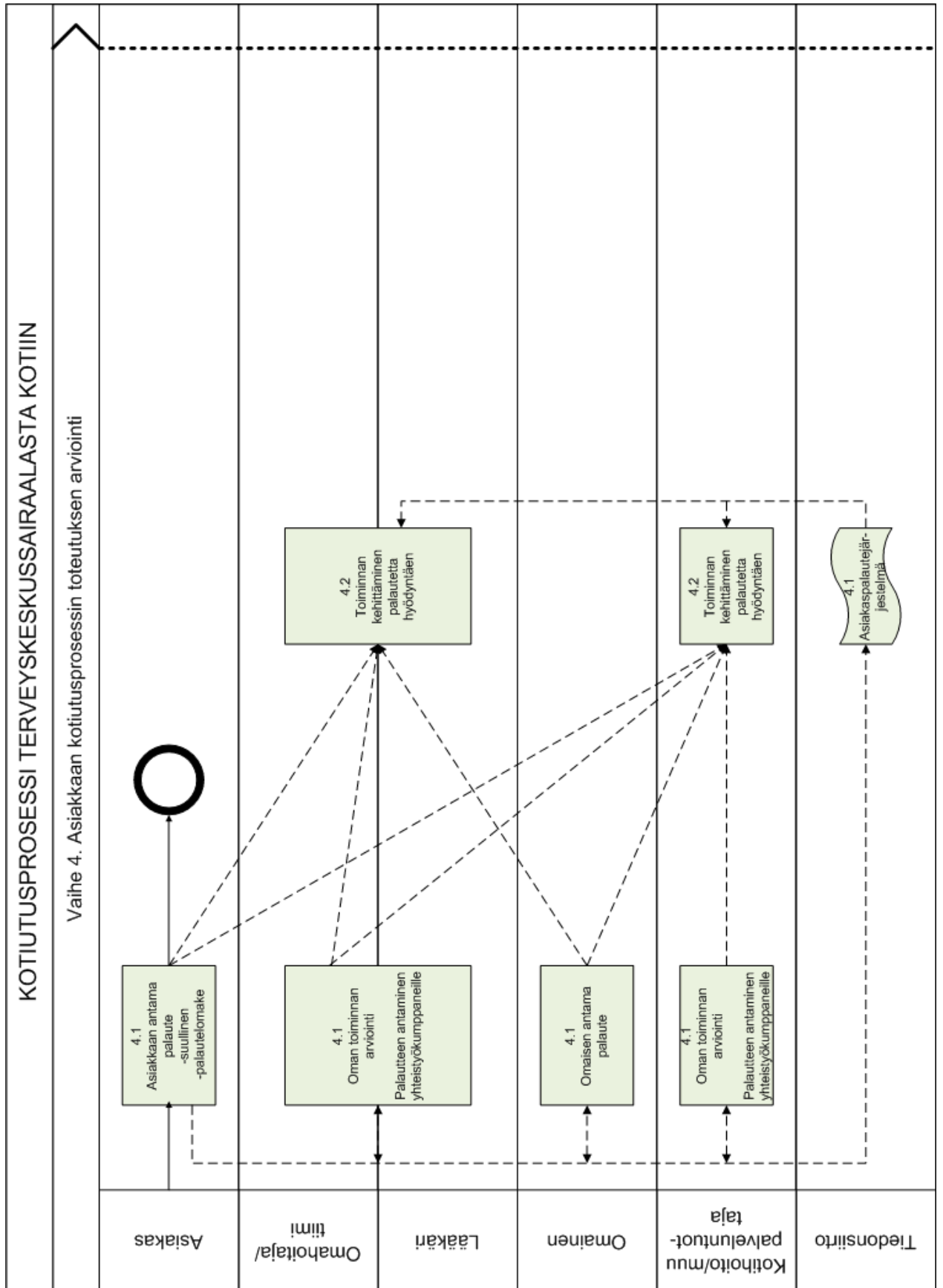


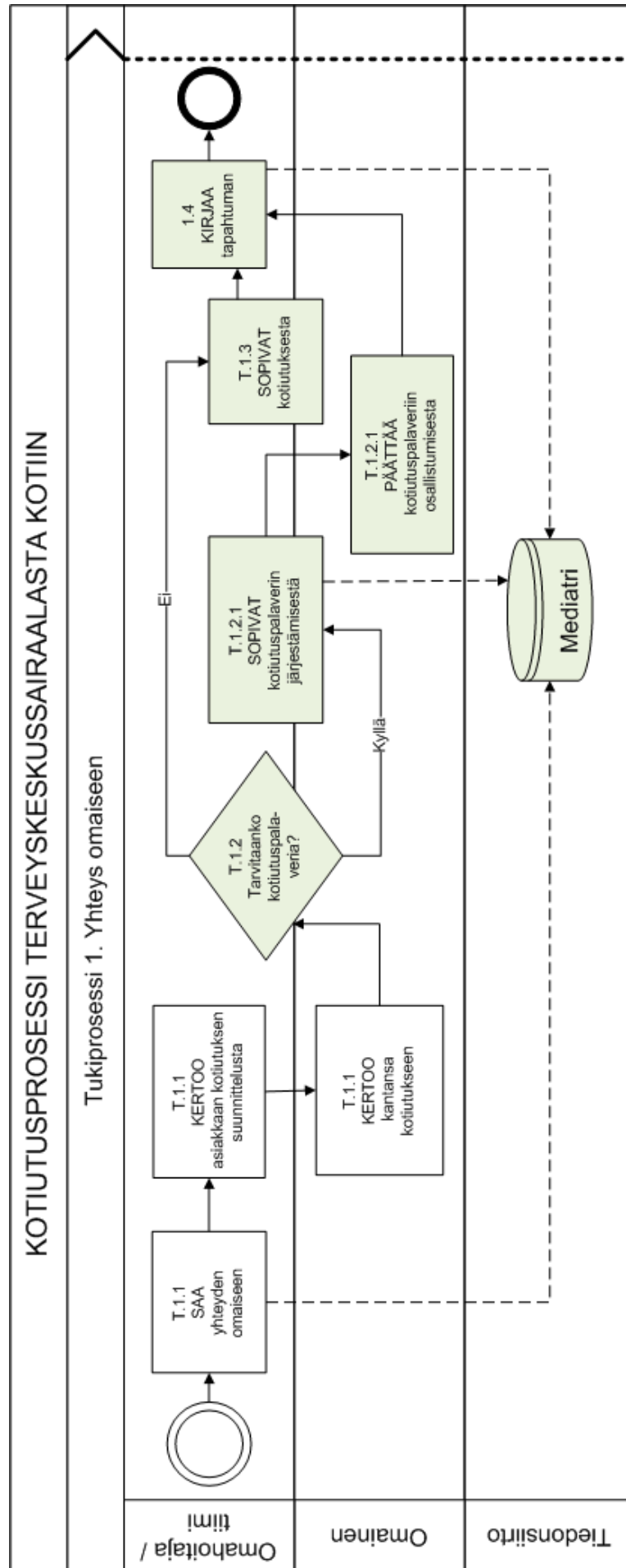


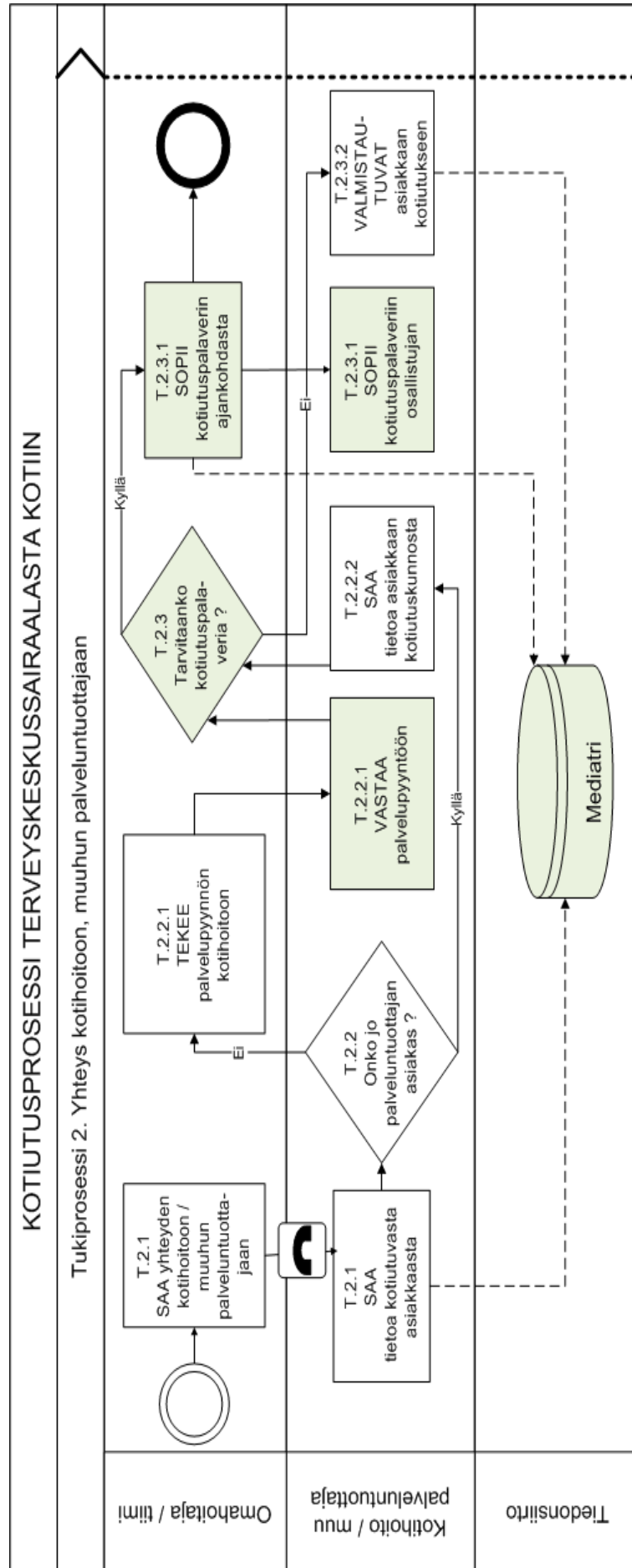












## KOTIUTUSPROSESSIN TERVEYSKESKUSSAIRAALASTA KOTIIN SANALLINEN KUVAUS

<b>VAIHE 1</b>	<b>ASIAKKAAN KOTIUTUSVALMIUDEN ARVIOINTI</b>
<b>1.1</b> <b>Asiakas saapuu osastolle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ennakoilmoitus lähettävältä taholta osastolle saapuvasta asiakkaasta ja tiedonvaihto mahdollisen saattajan kanssa</li> <li>○ Tiedonsiirto kirjallisesti, sähköisesti ja suullisesti</li> </ul>
<b>1.2</b> <b>Kerätään asiakkaan taustatiedot</b>	<p>Asiakkaan kotiutuksen suunnittelu alkaa heti hänen tultuaan osastolle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tarvittaessa otetaan yhteyttä omaiseen, kotihoitoon tai muihin palveluntuottajiin</li> <li>○ Selvitetään asiakkaan kotiolot ja toimintakyky kotona ennen hoitoon joutumista (asiakkaan ja omaisen haastattelu, yhteys kotihoitoon, dokumentit)</li> </ul>
<b>1.3</b> <b>Tehdään kuntouttava hoitosuunnitelma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Yksilöllisen kirjallisen kuntouttavan hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa</li> <li>○ Kirjataan tietojärjestelmään</li> </ul>
<b>1.4</b> <b>Arvioidaan asiakkaan kotiutuskunto yhdessä asiakkaan kanssa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitaja arvioi yhdessä asiakkaan kanssa realistisesti hänen kotikuntoisuuden ja valmiudet kotiutua</li> <li>○ Kirjataan tietojärjestelmään</li> </ul>
<b>1.5</b> <b>Tarvitaanko sosiaalityöntekijää kotiutuksen valmistelussa?</b>	<p>Mietitään yhdessä asiakkaan kanssa, tarvitaanko sosiaalityöntekijän apua 1.6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ei tarvita</li> </ul> <p>Kyllä: 1.6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sosiaalityöntekijää pyydetään osallistumaan asiakkaan kotiutuksen valmisteluun</li> </ul>
<b>1.6</b> <b>Onko tarvetta arvioida asiakkaan kotiutusvalmiutta moniammatillisesti?</b>	<p>Ei: 1.6.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asiakkaan kotiutusvalmistelut aloitetaan ja niitä jatketaan ilman erityisjärjestelyjä</li> </ul> <p>Kyllä: 1.6.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viedään kotiutuksen suunnittelu moniammatillisen tiimin pohdittavaksi, jossa arvioidaan, suunnitellaan ja päätetään potilaan hoidosta sekä jatkosuunnitelmista. Tiimin kokoonpano vaihtelee tarpeen mukaan.</li> <li>○ Tarvittaessa arvioidaan asiakkaan kotiutusvaihtoehtoja (esim. tehostettu kotihoito, palveluasuminen, ryhmäkoti)</li> <li>○ Koekotiutus voidaan järjestää, kun kotona selviytyminen tuntuu asiakkaasta, omaisesta tai hoitotyöntekijöistä epävarmalta. Koekotiutuksen perusteella arvioidaan kodin sopivuus jatko- hoitopaikaksi</li> <li>○ Varmistetaan riittävä, yhtenäinen tieto kaikille osapuolille kirjallisesti ja/ tai sähköisesti</li> </ul>

<p><b>1.7</b> Välitetään tieto lääkärille asiakkaan kotiutuskunnosta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitaja välittää lääkärille tiedon asiakkaan halusta kotiutua, hoidon aikana tapahtuneesta kuntoutumisesta ja alustavista kotiutukseen liittyvistä suunnitelmista</li> <li>○ Tieto tarvittavista asiakirjoista (esim. reseptit, todistukset, lausunnot)</li> <li>○ Tiedonsiirto sanallisesti, kirjallisesti ja sähköisesti</li> </ul>
<p><b>1.8</b> Lääkäri saa tiedon asiakkaan kotiutuskunnosta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lääkäri arvioi asiakkaan lääketieteellisen hoidon tarpeen ja keskustelee asiakkaan kanssa kotiutuksesta. Asiakas osallistuu päätöksen tekoon</li> </ul>
<p><b>VAIHE 2</b></p>	<p><b>KOTIUTUSPÄÄTÖKSEN TEKEMINEN</b></p>
<p><b>2.1</b> Lääkäri tekee kotiutuspäätöksen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lääkäri tekee alustavan tai lopullisen kotiutuspäätöksen. Päätöstä tehdessään lääkäri huomioi asiakkaan ja hoitotyöntekijöiden mielipiteen asiakkaan kotiutuskunnosta</li> <li>○ Lääkäri tekee tarvittavat asiakirjat, joiden tekemiseen osastosihteeri osallistuu</li> <li>○ Sähköinen kirjaaminen ja suullinen tiedottaminen</li> </ul>
<p><b>2.2</b> Sovitaan ja päätetään kotiutuspäätöksen ilmoittamisesta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asiakas päättää yhdessä hoitajan kanssa kotiutuspäätöksen ilmoittamisesta omaiselle</li> <li>○ Hoitaja ottaa yhteyttä omaiseen asiakkaan luvalla</li> <li>○ Suullinen, sähköinen ja kirjallinen tiedonsiirto</li> </ul>
<p><b>2.3</b> Otetaan yhteys omaiseen <b>Katso: tukiprosessi T1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiedotetaan omaiselle kotiutuspäätöksestä, johon omainen ottaa kantaa</li> </ul>
<p><b>2.4</b> Aloitetaan kotiutuksen valmistelu ja toteutuksen suunnittelu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitaja ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä aloittaa asiakkaan kotiutuksen suunnittelun, johon asiakas osallistuu</li> <li>○ Suullinen, sähköinen ja kirjallinen tiedonsiirto</li> </ul>
<p><b>TUKIPROSESSI T1</b></p>	<p><b>YHTEYS OMAISEEN</b></p>
<p><b>T.1.1</b> Tieto omaiselle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitaja kertoo omaiselle kotiutuksen suunnittelusta</li> </ul>
<p><b>T.1.2</b> Tarvitaanko kotiutuspalaveria?</p>	<p>Kyllä: T.1.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sovitaan kotiutuspalaverin ajankohdasta</li> <li>○ Kysytään omaisen mielipide kotiutuspalaveriin osallistujista</li> <li>○ Hoidon tarpeen arviointi</li> <li>○ Hoitoon osallistuvat yhteistyötahot ja vastuut</li> <li>○ Omainen päättää kotiutuspalaveriin osallistumisestaan</li> </ul> <p>Ei: Siirry T.1.3</p>
<p><b>T.1.3</b> Sovitaan kotiutuksesta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kerrotaan asiakkaan suunnitellusta kotiutuspäivästä ja jatko-hoitosuunnitelmasta</li> <li>○ Selvitetään omaisen osuus kotiutumisessa ja jatkohoitoon osallistuminen</li> <li>○ Kerrotaan omaiselle, mistä apua voi tarvittaessa kysyä</li> </ul>



<p><b>T.1.4</b> <b>Kirjaaminen ja tiedot-</b> <b>taminen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kirjataan tietojärjestelmään omaisen kanssa käyty keskustelu ja sovitut asiat. Tiedotetaan asiakkaalle keskustelusta ja sovitusta asioista</li> </ul>
<p><b>VAIHE 3</b></p>	<p><b>KOTIUTUKSEN VALMISTELU JA TOTEUTUS</b></p>
<p><b>3.1</b> <b>Arvioidaan, onko ulko-</b> <b>puolisen avun tarvetta.</b></p>	<p>Ei: siirry 3.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ei ole ulkopuolisen avun tarvetta</li> </ul> <p>Kyllä: 3.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon tai muuhun palveluntuottajaan suullisesti tai sähköisesti</li> </ul>
<p><b>3.1.1</b> <b>Yhteys palveluntuotta-</b> <b>jaan</b> <b>Katso: tukiprosessi T2</b> <b>yhteys palveluntuotta-</b> <b>jaan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Otetaan yhteyttä kotihoitoon tai muuhun palveluntuottajaan, tiedotetaan kotiutuvasta asiakkaasta ja sovitaan jatkojärjestelyistä</li> <li>○ Sovitaan hoidon turvaamiseen ja jatkumiseen liittyvistä asioista</li> </ul>
<p><b>3.1.2</b> <b>Arvioidaan, onko tarvet-</b> <b>ta järjestää hoito- ja ko-</b> <b>tiutuspalaveri?</b></p>	<p>Ei: siirry 3.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ei ole tarvetta hoito- ja kotiutuspalaverille</li> </ul> <p>Kyllä: 3.1.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kutsuu koolle moniammatillinen hoito- ja kotiutuspalaverin, jossa sovitaan jatkohoidon ja palvelujen järjestämisestä. Sovitaan vastuunjaosta</li> </ul>
<p><b>3.2</b> <b>Sovitaan asiakkaan tar-</b> <b>vitsemat palvelut</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sovitaan asiakkaan tarvitsemat palvelut yksilöllisesti</li> <li>○ Tarvittaessa varmistetaan kotihoiton tai muun palveluntuottajan tarjoamat palvelut</li> <li>○ Huolehditaan tarvittavat apuvälineet kotiin</li> <li>○ Mahdolliset tukipalvelut</li> <li>○ Järjestetään mahdolliset kodin muutostyöt</li> <li>○ Sähköinen kirjaaminen</li> </ul>
<p><b>3.3</b> <b>Ohjeistaa jatkohoidon</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tehdään hoitotyön yhteenveto</li> <li>○ Jatkohoito-ohjeiden antaminen ja läpikäyminen asiakkaan/omaisen kanssa suullisesti ja kirjallisesti</li> <li>○ Hoitaja ohjeistaa jatkohoidon asiakkaan tarpeen mukaan ja ilmoittaa kotiutumisesta kotihoitoon tai/ja omaiselle</li> <li>○ Suullinen, sähköinen ja kirjallinen tiedonsiirto</li> </ul>
<p><b>3.4</b> <b>Ilmoittaa kotiutumisen</b> <b>ja järjestää kyydin ko-</b> <b>tiin</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kotiutuspäivänä ilmoitetaan kotiutumisesta ja sovitaan mahdollisesta vastaanottamisesta</li> <li>○ Sopii kyydin</li> <li>○ Suullinen, sähköinen ja kirjallinen tiedonsiirto</li> </ul>
<p><b>3.5</b> <b>Kotiuttaa asiakkaan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoitaja kotiuttaa asiakkaan sovitusti osastolta</li> </ul>

<b>TUKIPROSESSI T2</b>	<b>YHTEYS KOTIHOITOON / MUUHUN PALVELUNTUOTTAJAAN</b>
<b>T.2.1 Yhteys palveluntuottajaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Omahoitaja ottaa yhteyttä kotihoitoon tai muuhun palveluntuottajaan ja tiedottaa kotiutuvasta asiakkaasta</li> </ul>
<b>T.2.2 Onko jo palveluntuottajan asiakkaana?</b>	<p>T.2.2.1 Ei ole asiakas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tehdään palvelupyyntö kotihoitoon tai muulle palveluntuottajalle</li> <li>○ Palvelupyyntöön on vastattu myöntävästi - mietitään tarvitaanko kotiutuspalaveria palvelujen sopimiseksi vai sovitaanko ne asiakkaan kotiuduttua. Huomioidaan asiakkaan ja omaisen mielipide</li> <li>○ Kotihoito/muu palveluntuottaja sopii palaveriin osallistujan ja alkaa valmistella kotiutusta</li> </ul> <p>T.2.2.2 Kyllä on asiakas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Onko palvelujen tarpeessa tapahtunut muutoksia ja tarvitaanko palvelujen määrän tarkistamista?</li> <li>○ Mietitään, voidaanko kotiutuksesta sopia puhelimitse vai tarvitaanko kotiutuspalaveria</li> <li>○ Sovitaan tiedon siirtämisestä ja jatkohoidosta tiedottamisesta</li> </ul>
<b>T.2.3 Tarvitaanko kotiutuspalaveria?</b>	<p>T.2.3.1 Kyllä:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sovitaan kotiutuspalaverin järjestämisestä</li> </ul> <p>T.2.3.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ei: Kotihoito/muu palveluntuottaja valmistautuu asiakkaan kotiutukseen</li> </ul>
<b>VAIHE 4</b>	<b>KOTIUTUSPROSESSIN TOTEUTUKSEN ARVIOINTI</b>
<b>4.1 Kotiutusprosessin toteutuksen arviointi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Luodaan systemaattinen asiakaspalautejärjestelmä hoidon ja kotiutuksen vaikuttavuuden seuraamiseksi. Kerätään tietoa, miten yhteistyö eri toimijoiden välillä sujuu</li> </ul>
<b>4.2 Toiminnan kehittäminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kehitetään asiakkaan kotiutusprosessia hyödyntäen saatua palautetta</li> </ul>

LIPERIN KUNTA  
Sosiaali- ja terveysosasto  
Sari Nykänen-Juvonen  
Tuula Pakarinen

9.9.2009

Kotiutusprosessi asiakaslähtöiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa - kotiutusprosessikuvaus kehittämistyön tueksi, opinnäytetyö.

Tilaaajan arviointi:

Opinnäytetyössä näkyy opiskelijoiden työkokemus ja kiinnostus kotiutusprosessiin. Opinnäytetyössään he ovat kiittävästi paneutuneet ja avanneet k.o. prosessia. He ovat osoittaneet tutkimustyöllään hyvän kotiutuksen vaatimukset ja samalla henkilöstön kotiutuksen osaamiseen liittyvät tarpeet. Opinnäytetyö avaa myös prosessiajattelun periaatteet ja auttaa hahmottamaan jokaisen toimijan osuuden kokonaisuudessa.

Opinnäytetyö palvelee nyt aloitettua laadunhallinnan kehittämistä (SHQS), johtamista, henkilöstön kouluttamista sekä käytännön työtä asiakkaan palveluketjussa.

Opinnäytetyönne on työelämän hoitotyön kehittämistarpeisiin vastaava ja ajankohdallisesti juuri meidän organisaatiomme laadunhallinnan kehittämiseen liittyvä. Liperin kunta (yhteistoiminta-alue Outokummun kanssa) on aloittanut laajamittaisen laatutyöskentelyn (SHQS) ja teidän työnne tuo omaan kehittämiseemme teoreettista näkökulmaa ja tukee omaa työtämme palveluprosessien kuvaamisessa.

Aihevalinta on asiakaslähtöinen ja siinä korostuu moniammatillisen työn ja tiedonkulun saumattomuuden merkitys potilaan kotiutusprosessissa.

Kotiutusprosessikuvaus on kattava ja siinä kuvataan selkeästi ne eri vaiheet, jotka liittyvät potilaan kotiutumiseen. Prosessikuvaus etenee loogisesti ja hallitusti päättyen kehittämiseen asiakaspalautetta hyödyntäen. Liperissä on käytössä TAK- asiakaspalauttejärjestelmä toista vuotta vanhuserpalveluissa ja onkin mahdollista, että asiakaspalautetta kerätään nykyistä laajemmin ja kattavammin (nyt asiakas arvioi vanhuserpoliittisessa strategiassa määriteltyjen arvojen ja periaatteiden toteutumista). Nykytekniikkaa on käytetty ennakkoluulottomasti.

Marketta Kuikka  
Hoitotyön johtaja,  
toimistopalveluiden esimies

Tero Kuittinen  
Osastonhoitaja



Raija Savolainen  
Hoitotyön johtaja

Riitta Kuronen  
Osastonhoitaja