

'KOTOA KOTIIN'

KOTIUTTAMISEN OHJEKIRJA



Omahoito valmiuksien tukeminen

Potilaan omahoitovalmiuksien tukeminen on yhteiskunnallisesti yhä tärkeämpää ikääntyneen ja pitkäaikaissairaana väestön lisääntyessä. Uusi terveydenhuoltolaki edellyttää tiiviimpää yhteistyötä eri toimijoiden kesken ja uudenlaisten palvelumuotojen kehittämistä, jotta terveydenhuolto selviää tehtävästään. Terveydenhuollon palvelukokonaisuuden tulisikin tukea potilaan omahoitovalmiuksien lisäämistä saumattomasti organisaatio- ja toimijarajoista riippumatta. Erikoissairaanhoidon lyhentyneet hoitajakset asettavat erityisiä haasteita potilaan kotiuttamiselle ja saumattomalle jatkohoitoon siirtämiselle.

Aiemmin kuvatussa kotiuttamisprosessissa prosessi käynnistyy lääkärin todetessa potilaan olevan lääketieteellisin kriteerein kotiutuskuntoinen ja se päättyy potilaan uloskirjautumiseen. Potilaiden näkemys kotiutumisvalmiuksista voi olla ristiriitainen henkilökunnan näkemyksen kanssa (Lämsä 2008). Potilaskyselyjen (2007) mukaan potilaat tarvitsevat tietoa jatkohoidosta ja omahoidon toteuttamisesta mahdollisimman etupainotteisesti, mielellään ennen sovittuun toimenpiteeseen saapumista, ja tukea tulisi olla tarjolla monikanavaisesti kotiutumisen jälkeen.

Potilaalle tulisi antaa selkeät toimintaohjeet ja yhteystiedot, mistä voi kysyä neuvoa mahdollisissa mieltä askarruttavista asioista ennen hoitajaksoa ja sen jälkeen. Potilaan pitäisi voida myös tarkistaa ohjeet kotiututtuaan esim. puhelimitse (Ruotsalainen 2006.)

Potilaan kotiuttamisen tai jatkohoitopaikkaan siirtämisen suunnittelu tulee aloittaa potilaan, omaisten ja toimijoiden yhteistyössä mahdollisimman etupainotteisesti (Kääriäinen ym 2005). Suunnitelluissa hoitajaksoissa se tarkoittaa sitä, että ennakoivaa tietoa esim. hoitajakson tapahtumista sekä sairaalassaolon arvioidusta kestosta ja toipumisajasta tulisi antaa hyvissä ajoin ennen sairaalaan tuloa, jotta potilas voi valmistautua ja tehdä toipumisajaksi tarvittavat käytännön järjestelyt. Ennakkojärjestelyillä ehkäistään sitä, että potilaan kotiutuminen siirtyy muista kuin lääketieteellisistä syistä tai huonokuntoinen potilas palaa hoitoon esim. riittämättömän kotiavun seurauksena.

Jotta sairaalassa voidaan ennakkoon ottaa huomioon potilaan kotiutuksen jälkeen tarvitsemat tukitoimet, on saapuvassa läheteessä (lääkärin-, hoitajanlähete) oltava riittävästi tietoa potilaan toimintakyvystä erityisesti silloin, kun siinä on puutteita. Päivystyspotilailta ohjauksen ja kotiuttamista valmistelevalle suunnittelulle tulisi alkaa heti akuuttitilanteen jälkeen potilaan siirryttyä vuodeosastohoitoon.

Potilaan ohjaus

Ohjauksella on suuri merkitys potilaan omahoitovalmiuksiin ja motivaatioon hoitaa itseään erityisesti pitkäaikaissairauksissa siten, ettei taudin tila pahene. Mikäli potilas ei sitoudu omaan hoitoonsa, on vaikeaa saada pysyviä hoitotuloksia aikaan (Ruotsalainen 2006). Haasteena on, kuinka potilas motivoitetaan ja otetaan aktiivisena osallistujana mukaan hoitoonsa ja kotiutuksen suunnitteluun, miten annetaan tarvittava tieto ja ohjaus silloin, kun potilas sen kykenee vastaanottamaan ja niillä menetelmillä, mitkä potilaalle kulloinkin ovat tuloksellisimmat.

Yhä lyhentyvien sairaalahoitajaksojen takia potilaan opetukselle ja ohjaukselle varattu aika on vähentynyt ja ohjausta annetaan, vaikka potilaan vastaanottokyky ei ole siihen valmis. Tällöin ohjauksen ja kotona tehtävien hoitotoimenpiteiden opetuksen hyöty jää vähäiseksi, potilas harvoin muistaa saamiaan ohjeita. Tutkimusten mukaan sairaalaan paluuta vähentävät erityisesti monipuoliset menetelmät, joissa kotiutuksen suunnittelu ja tukitoimet alkoivat 1–2 vuorokauden sisällä potilaan tultua sairaalaan, kotiutussuunnitelmat laadittiin yhdessä potilaan ja heidän läheistensä kanssa ja tukitoimet jatkuivat joko kotikäynneillä ja/tai puhelinsoitoilla.

Ohjeet tulee aina antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Jos ohjaus tapahtuu vasta kotiutumistilanteessa, potilaan ajatukset ovat jo poislähdössä. Erityisesti pitkäaikaissairaudesta puhuttua potilas ei useinkaan sisäistä saamaansa tietomäärää ja kysymykset sairauden merkityksestä arjessa heräävät vasta kotona. Pahimmassa tapauksessa potilas ei edes miellä sairastuneensa pitkäaikaissairauteen, ei ymmärrä lääkityksen tarkoitusta ja kestoja tai tiedä jatkohoitopaikkaansa (Mäkinen ym. 2007).

Kotiuttamisprosessin kehittämisessä painopistealueiksi nousee potilaan ja hänen läheistensä ohjaus sekä ammattilaisten välinen tiedon siirtyminen. Ohjaus tulee jakaa toimijoiden kesken joustavaksi jatkumoksi, jossa potilaan hoitoprosessin kulku, sisältö ja siihen liittyvät potilas- ja hoito-ohjeet ovat kaikilla toimijoilla tiedossa. Potilaan hoitoon tai ohjaukseen osallistuvien toimijoiden tulee yhdessä sopia, mitä kyseisen potilasryhmän ohjaukseen sisältyy.

Jatkohoidon saumattomuuden edellytyksenä on tehokas ammattilaisten välinen tiedonvälitys. Yhtenäisessä hoitoprosessissa tulee olla määritelty ja ohjeistettu kaikki toimijat siitä, mitkä ovat vähimmäistiedot, mitä kaikissa saapuvissa läheteissä erikoisalasta riippumatta tulisi olla ja mitkä tiedot tulee jokaisen potilaan kohdalla välittää jatkohoitopaikkaan. Yleisten tietojen lisäksi on mahdollista potilasryhmittäin määritellä kyseiseen sairauteen ja sen hoitoon liittyvät ns. minimitiedot sekä yksittäisen potilaan kohdalla olennaiset asiat ja ohjeet. Toisen organisaation ammattilaiset eivät välttämättä tiedä, mikä tieto vastaanottajan kannalta on olennaista ja siksi tietokriteerien määrittely yhteistyössä on tärkeää.

Kotiuttamisprosessin kulmakivet

Näkökulma: potilaslähtöinen prosessi

Yhtenäinen, toimijoiden kesken sovittu toimintamalli

- prosessin omistajuus sovittu
- tehtäväkokonaisuudet määriteltä
- sovittu työnjako (joustavuus)
- yleiset mittarit määriteltä
- seurantavastuut ja frekvenssit määriteltä
- kotiutuksen systemaattinen suunnittelu (strukturoitu malli)

Potilaan ohjaus

- etupainotteisuus
- yhteinen ohjauksen kokonaisuus koko palveluketjussa
- oikea-aikainen ohjaus, potilaan vastaanottokyvyn arviointi
- selkeät jatkohoito-ohjeet
 - o monikanavaiset menetelmät (suullinen kirjallinen, sähköinen)
- potilaan tehostettu ohjaaminen jatkohoitopaikkaan
- omahoidon tuki kotiuduttua (ohjeet, lisäkysymykset)

Ammattilaisten välinen tiedon siirtyminen

- tietojärjestelmäintegraatiot
- prosessi ohjeistuksineen kaikilla tiedossa, läpinäkyvyys
- minimikriteerit sovittu lähete-/hoitopalaute/ hoitoyhteenvedon tietosisällöille
- tieto annetusta/ puuttuvasta ohjauksesta välittyy toimijalta toiselle
- konsultaatiomahdollisuus
- prosessin toimijoiden verkostoituminen

Huomioitavia asioita iäkkään potilaan kohdalla

Vanhuksen sairaalasta kotiuttamisen tulee perustua lääketieteellisen arvion lisäksi hänen omaan tahtoonsa lähteä kotiin. Kotiutuksen tavoitteena on luoda vanhukselle hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle. Onnistunut kotiuttaminen mahdollistaa kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Hyvä kotiutus perustuu sairaalasta kotiin siirtyvän vanhuksen elämäntilanteen kartoittamiseen. Kotiutuksessa korostuvat vanhuksen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja taloudellisten voimavarojen tunnistaminen.

1. Liikkuminen ja toimintakyky
 - liikkumattomuus heikentää lihasvoimaa kolme kertaa nopeammin kuin nuorilla ja ennustaa laitostumisen uhkaa
2. Ravitsemus
 - aliravitsemus pidentää toipumista ja sairaalajaksoja
3. Lääkehoito
 - iäkkäällä esiintyy yleisesti lääkkeiden haittavaikutuksia sekä yli- ja alikäyttöä
 - lääkeshoidossa on epäselvyyksiä ja päällekkäisyyksiä
4. Muistamattomuus ja sekavuus
 - pidentävät sairaalajaksoja, ovat riskitekijöitä pysyvään laitoshoittoon
5. Päihteet
 - iäkkään päihteiden käyttöä ei tunnisteta, tulossyynä jokin somaattinen vaiva

LIKKUMIS- JA TOIMINTAKYKY

SELVITÄ

- testaa kävelykyky
- omatoimisuus ja avuntarve
- mikä estää liikkumisen?
apuvälineiden tarve?

- ruokailu
- aikaisempi toimintakyky

MITEN

- ylösnousu
- kävely
- wc-käynti

- pukeutuminen

AIKAISEMPI SELVIITYMINEN

SELVITÄ

- asuuko ilman apuja?
- käykö kotihoito?
- hoitoyksikön avut?
- omaisen avut?
- ajantasaiset yhteystiedot?
- asunnon mukavuudet
- välimatkat

LÄHTEET

- potilas ja omaiset
- kotihoidon kirjaukset
- yhteys hoitokotiin

NESTE- JA RAVITSEMUSTILA

SELVITÄ

- nestevajaus
- ravitsemuksen riittävyys/vähäisyys
- ruokailuun liittyvä avuntarve

LÄHTEET

- paino/viikko
- nestelista

LÄÄKEHOITO

SELVITÄ

- ajantasainen lääkelista
- avuntarve lääkkeissä

LÄHTEET

- potilastiedot, lähetetiedot
- Eskon lääkehoito-osio
- potilas/ omainen

MUISTAMATTOMUUS JA SEKAVUUS

SELVITÄ

- sekavuutta aiheuttavia tekijöitä: lääkitys, infektiot, traumat, infarktit

LÄHTEET

- omaiset, kotihoito
- havainnot

PÄIHTEET

- Muista päihteiden käyttö, jos potilaalla sekavuutta, trauma, huimausta

LÄHTEET

- havainnot
- omainen
- kotihoito

Kirjaa havainnot hoitosuunnitelma lomakkeeseen

Laadi potilaan/ omaisen kanssa yhteistyössä tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Tee yhteistyötä moniammatillisesti lääkärin, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän sekä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Kuuntele potilasta ja hänen tavoitteitaan ja toiveitaan. Motivoi potilasta suunnitelman toteuttamiseen.



YLLÄPIDÄ LIIKKUMIS- JA TOIMINTAKYKYÄ

Ohjaa / avusta:

- ruokailemaan istuen tuolissa ja pöydän ääressä
- wc-käynneillä
- seisomaharjoitukset ennen wc-käyntejä ja ruokailua

Minimoi

- liikkumisen rajoittaminen
- katetrit ja vaipat

OTA YHTEYS KOTONA SELVIITYMISTÄ TUKEVIIN TAHOIHIN

- Omaisat
- Kotisairaanhoido
- Yksityinen kotihoito / kotipalvelu
- Apuvälineyksikkö
- Ateriapalvelu / ruokaostosten kotiin toimittaminen

- Siivousapu

YHTEYSTIEDOT

Yhteystiedot kunnallisiin palveluihin:

- Kotihoidon / kotisairaanhoidon yhteystiedot
- Hoitokotien yhteystiedot
- Apuvälineyksikön yhteystiedot
- Tietoa esim. asiakasmaksuista, ohjeistuksia

Yksityiset palveluntarjoajat:

- yritysnimen haulla

KOTIUTUVAN POTILAAN TARKISTUSLISTA

- terveydentila on vakaa
- potilas tietää miksi oli sairaalassa
- potilas tietää, minne voi ottaa tarvittaessa yhteyttä

- **Lääkehoito**
 - o potilaalla on reseptit uusista lääkkeistä
 - o Eskon lääkehoito-osio on päivitetty ja tulostettu potilaalle
 - o lääkkeiden saatavuudesta on huolehdittu
 - annetaan tarvittaessa lääkkeet päivystyspakkauksena mukaan
 - harvinaisempien lääkkeiden kohdalla varmistetaan saatavuus apteekista

- **Jatkohoito-ohjeet**
 - o hoito-ohjeet ja tulevat kontrollit läpikäyty potilaan/omaisen/yhdys henkilön kanssa
 - o ohjeet ja kontrolliajat annettu kirjallisena mukaan
 - ohjattu kontrolliin liittyvät tutkimusvalmistelut ohjeet ymmärretty
 - kirjataan hoitosuunnitelmaan kenelle ohjeet annettu

- **Apuvälineet**
 - o sovittu apuvälineiden käytön opetuksesta fysioterapian kanssa
 - o apuvälineiden hankkimiseksi on otettu yhteyttä apuvälineyksikköön

- **Hoitotarvikkeet**
 - o yhteystiedot hoitotarvikejakeluun
 - o alle 3kk:n tarpeessa hoitotarvikkeet maksaa asiakas itse
 - tarkat ohjeet, määrät ja mallit hoitotarvikkeista mukaan!

- **Kotihoidon asiakas**
 - o kotihoidon kanssa käyty läpi ja selvitetty
 - kotiutumisen kellonaika
 - kuka on vastassa
 - lääkehoidon muutokset (tarvittaessa jaetaan uudet lääkkeet potilaan mukaan)
 - hoito-ohjeet ja tulevat kontrollit
 - apuvälineiden hakeminen ja ohjaus

- **Asianmukainen kuljetus valittu**

- **Omaisille/yhdys henkilölle ilmoitettu kotiutumisesta**

Lähteet

HUS Ihannesairaalahanke. Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. 2008. Ihannesairaala. Valintoja ja visioita. Loppuraportti liitteineen osoitteessa: www.hus.fi/ihannesairaala.

Ketola, P 2010 Vanhusten kotiuttaminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta sairaanhoitajien kuvaamana. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö Hoitotyön koulutusohjelma Forssa

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. Vol. 3(1), 10–15.
KYTKE-hanke. www.kainuu.fi

Nieminen A, Parkkinen K, Louekoski, Huttunen T, Malin A, Rontu P & Pammo O. 2002. Kotiutusprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja C X/2002. Lahti.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Annales universitatis Turkuensis C246. Helsinki: Yliopistopaino.

Torkki P, Ekroos N & Brax S. 2006. Selvitys Hyvinkään vanhuspalveluiden hoitoketjusta. Teknillinen korkeakoulu. HEMA instituutti. Teknillisen korkeakoulun julkaisuja nro 9