

Marja-Leena Perälä, Teija Hammar

# **PALKOmalli — Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä**

<b>Tekijät</b> Perälä Marja-Leena, Hammar Teija		<b>Julkaisija</b> STAKES	
		<b>Kustantaja</b> STAKES	
<b>Julkaisun nimi</b> PALKOMalli - Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä			
<b>Julkaisun sarja ja numero</b> Aiheita 29/2003			
<b>Tiivistelmä</b> <p>Raportissa kuvataan <i>Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoitokäytäntö, PALKOMalli</i> ja sen kehittämisen lähtökohdat sekä malliin perustuva kriteeristö. Malli on tarkoitettu työkaluksi, jota voivat käyttää kaikki asiakkaan kotiutumiseen, hoitopaikasta toiseen siirtymiseen ja kotihoitoon osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät. Tavoitteena on asiakkaan kotona selviytymisen tukeminen sekä kotiutumisen ja kotihoitoon yhteensovittaminen asiakaslähtöisesti niin, että hoito on jatkuvaa. Asiakaslähtöisyys tässä ymmärretään paitsi asiakaslähtöisenä hoitosuhteena myös palvelujen asiakaslähtöisyytenä. Asiakaslähtöisessä hoitosuhteessa asiakas osallistuu voimavarojensa mukaan hoitonsa kaikkiin vaiheisiin ja erityisesti hoitoansa koskevaan päätöksentekoon. Palvelujen asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan hoidon ja palvelujen järjestämistä, koordinoimista ja johtamista niin, että asiakkaan kokonaisuhoito ja palvelut limittyvät yhteen asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelujärjestelmää kehitetään sellaiseksi, että asiakaslähtöisyys on hoitosuhteessa mahdollista.</p> <p>PALKOMalli sisältää käytäntöjä ja menetelmiä, jotka edistävät (1) tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä työntekijöiden, asiakkaiden ja tarvittaessa heidän omaisensa välillä sekä työ- ja toimintayksiköstä toiseen, (2) asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinoimista ja (3) yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ja (4) kotihoitoon työn hallintaa. Tiedon siirtymistä ja hoidon jatkuvuutta edistetään sopimalla tiedon sisällöstä, tiedonsiirron menetelmistä ja ajankohdasta. Hoito- ja palvelukokonaisuuden hallintaa parantaa, kun hoitoa ja palveluja koordinoi ja suunnittelee sekä arvioi yhdessä asiakkaan ja tämän läheisten kanssa kussakin hoitopaikassa nimetty henkilö (omahoitaja/vastuuhoitaja tai vastaava). Yhteistyötä ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä tehostetaan sopimalla asiakaskohtaisista yhteistyökäytännöistä. Asiakaskohtaista yhteistyötä edistetään tunnistamalla hoito- ja palveluketjun toimijat, mukaan lukien asiakas/potilas sekä läheinen, sekä asettamalla yhteinen tavoite koko ketjulle ja sovitamalla yhteiseen tavoitteeseen toimintayksikkökohtaiset tavoitteet. Kotihoitoon työn hallintaa lisää kotiutumisen ennakoiva (varhainen) suunnittelu ja selkeä vastuunjako hoitotiimissä. Raportissa tarkastelu etenee asiakkaan hoidon kulun mukaan: Ensiksi tarkastellaan kotoa sairaalan lähtöä, sen jälkeen siirtymistä päivystyspoliklinikalle ja osastolle ja seuraavaksi mahdollista siirtymistä toiseen sairaalaan ja kotiin. Lopuksi tarkastellaan asiakkaan kotihoitoa kotipalvelun työntekijöiden, kotisairaanhoitajien ja muiden toimijoiden yhteistyönä.</p> <p>PALKOMalli kehitettiin yhteistyössä sairaaloiden ja kotihoitoon (kotipalvelun ja kotisairaanhoitoon) työntekijöiden kanssa yhden kunnan alueella vuosina 1998 – 1999. Kahden vuoden ajan sitä on kokeiltu 11 kunnassa ja yhdeksän muuta kuntaa käynnisti kehittämistyön syksyllä 2003. Tavoitemallin kehittäminen perustui aikaisempiin tutkimuksiin ja käytännön asiantuntemukseen. Metodisena lähtökohdiana oli toimintatutkimus. Mallin tavoitteiksi asetettiin asiakkaan kotona selviytyminen. Kehittämisen lähtökohdista olivat hoidon jatkuvuuden, toiminnan asiakaslähtöisyyden, avohoidon ja -palvelujen laadun sekä asiakkaan osallistumisen ja itsemääräämisen lisääminen. Mallissa hyödynnettiin care/case management -toiminnan ideologiaa ja tiimityön periaatteita soveltuvin osin.</p>			
<b>Avainsanat</b> case-/care management, saumaton hoito- ja palveluketju, kotihoito, kotiutuminen, moniammatillinen yhteistyö, tiedon välitys, asiakas			
<b>Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)</b>			
<b>ISSN</b> 1236-9845		<b>ISBN</b> 951-33-1428-6	
<b>Kokonaissivumäärä</b> 101		<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 19 EUR (sis. alv)
<b>Jakaja ja myyjä</b> Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450			



## KOHTI SAUMATTOMIA PALVELUJA

Sosiaaliset innovaatiot ovat tämän päivän iskusana. Tiede - ja teknologia-neuvosto uskoo Suomen kilpailukyvyn rakentuvan tulevaisuudessa sekä teknisten että sosiaalisten innovaatioiden varaan. Tekes, oma teknologian kehittämiskeskuksemme, rakentaa strategiaansa hyvinvoinnin turvaamisen ja sosiaalisten innovaatioiden pohjalta. Mistä siis on kysymys?

Sosiaalinen innovaatio syntyy, kun ilmiötä tai ongelmaa ryhdytään katsomaan uudesta näkökulmasta ja tämän tarkastelun tuloksena syntyy uusia toimintatapoja, menetelmiä, verkostoja, laitteita, palveluita tai niiden yhdistelmiä. Sosiaalisia innovaatioita on myös politiikkatasolla, esimerkiksi omaishoidon tuki on suomalainen sosiaalinen innovaatio, jonka soisi leviävän kotimaassa ja maailmalla.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on täynnä sosiaalisia innovaatioita, mutta kaipaa niitä vielä paljon enemmän. Idea saumattomista palveluista on innovatiivinen konsepti. Tässä raportissa esitellään siihen liittyvä sosiaalinen innovaatio, malli, joka helpottaa kaikkien osapuolten työtä ikäihmisten palveluissa. Palvelua katsotaan ihmisestä käsin ja hänen ympärilleen rakennetaan yksilöllinen verkosto, johon kuuluu palveluja ja niiden toteuttajia, omaisia ja läheisiä. Eihän kansalaista tarvitsisi vaivata sillä, mikä organisaatio kulloinkin hänen palveluunsa osallistuu, vaan oikea saumattomuuden toteutus tuo palvelut hänen luokseen juohevasti ja ilman kynnyksiä tai vastuun katkoja.

Tavoite on selkeä ja erittäin kannatettava. Käytännössä asiat eivät vielä toimi riittävän hyvin, on niin monta siirtymää, joiden kohdalla katoja voi tapahtua. Siksi tämä malli on nyt tuotettu oppaan muotoon, helpottamaan työn organisointia ja kaikkien yksityiskohtien muistamista. Asiakkaan asia on meille kaikille tärkein. Toivon raportin löytävän lukijansa ja toteuttajansa!

*Vappu Taipale*



## JOHDANTO

Asiakkaan hyvän kotiutumisen ja kotihoidon edellytys on hoito- ja palveluverkoston saumaton yhteistyö ja viiveetön tiedon kulku. Vaikka suurin osa asiakkaiden kotiutumisista sujuu onnistuneesti, on sairaaloiden ja kotihoidon yhteistyössä ja tiedonkulussa puutteita, jotka vaikeuttavat asiakkaan kotiutumista ja kotona selviytymistä sekä aiheuttavat turhaa työtä. Tässä raportissa mielenkiinnon kohteena on asiakkaan hoito- ja palveluketju, joka alkaa kotoa sairaalaan lähtemisellä, jatkuu siirtymisellä toiseen sairaalaan ja päättyy sairaalasta kotiutumiseen ja kotihoitoon. Tarkastelu sijoittuu erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden, erityisesti kotihoidon, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen väliseen maastoon.

Raportissa kuvataan käytännönläheinen ja konkreettinen malli (PALKOmalli) asiakkaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon. Malli sisältää asiakaslähtöisiä käytäntöjä, joilla tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä ja hoidon jatkuvuutta. Mallin kehittämisen aikana ilmeni, ettei työntekijöillä ollut käsitystä kaikista asiakkaan kotiutumiseen liittyvistä prosesseista. Asiakkaan hoitokokonaisuus oli hahmottomaton tai kokonaisuudesta oli erilaisia käsityksiä. Myös oman työn merkitys asiakkaan kokonaisuudessa oli hämärä. Tämä raportti tekee näkyväksi asiakkaan hoito- ja palveluverkoston eri kohdissa osallistuvien toiminnan ja auttaa kutakin toimijatahoa tunnistamaan roolinsa asiakkaan hoito- ja palveluketjussa (kts. tarkemmin 'hoito- ja palveluketju' -määritelmä Kuusisto-Niemi 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, Stakes 1999). Kotiutumis- ja kotihoitoprosessin kuvaaminen on välttämätön, jotta kaikki toimijat voivat olla asettamassa yhteisiä asiakaslähtöisiä tavoitteita koko ketjulle, sovittaa ketjuun omat tavoitteensa ja varmistaa tiedon esteetön ja viiveetön kulku toimijaverkossa.

Raportti kuuluu Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (Stakesin) Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito, PALKO -tutkimus- ja kehittämishankkeisiin. PALKO -hankkeen neljässä tutkimuksessa kotiutumista ja kotihoitoa on tarkasteltu useasta näkökulmasta. Ensimmäisessä tutkimuksessa tarkasteltiin hoito- ja kotiutumiskäytäntöjen nykytilaa rekisterien perusteella. Kiinnostuksen kohteena oli se, miten asiakkaiden kotiutuminen onnistuu ja millaista vaihtelua on kuntien välillä (Rissanen & Noro 1999). Toinen tutkimus keskittyi kuntien kotiutumis- ja kotihoitokäytäntöihin ja palvelurakenteeseen (Pöyry 1999, Pöyry & Perälä 2003). Kolmannessa tutkimuksessa, johon osittain tämä raportti kuuluu, tutkijat kehittivät asiakaslähtöisen käytännön asiakkaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon (PALKOmalli) toimintatutkimuksen periaatteella yhteistyössä kotihoidon sekä terveyskeskussairaalan ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden kanssa. Samalla kehitettiin menetelmä uuden käytännön toimeenpanemiseksi eri kunnissa. Kehittämiskohteina ovat erityisesti kotiutumisen varhainen valmistelu asiakkaan, sairaalan ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyönä sekä tiedon viiveetön siirtyminen hoitopaikasta toiseen. Tässä nyt julkaistavassa raportissa kuvataan PALKOmallin sisältö ja kehittämisen lähtökohdat. PALKO -hankkeen neljäs tutkimus liittyy PALKOmallin vaikutusten arviointiin. Tätä varten mallia on kokeiltu 11 kunnan kotioidossa ja kehittämistyö käynnistyi yhdeksässä uudessa kunnassa syksyllä 2003. Kotiutumis- ja kotihoitokäytännön vaikuttavuutta arvioidaan koe-vertailuasetelmalla, jossa on mukana kaikki projektissa olevat 22 kuntaa.

Tämän raportin ensimmäisessä osassa kuvataan PALKOmallin kehittämisen lähtökohdat, kehittämistyö sekä mallin kokeilu. Luvussa 2 kuvataan PALKOmalli edeten asiakkaan kotoa sairaalaan lähtemisestä ja päättyen kotihoitoon. Toisessa osassa raporttia esitetään malliin perustuvat arviointikriteerit toimintayksiköittäin.



# SISÄLTÖ

KOHTI SAUMATONTA PALVELUA

JOHDANTO

KÄSITTEET

## OSA I PALKOmalli

<b>1 PALKOmallin kehittäminen</b> .....	<b>11</b>
1.1 Asiakkaan hoito- ja palveluketjussa esiintyviä ongelmia .....	11
1.2 Care/case-management/palveluohjaaja -toiminta perustana .....	13
1.3 PALKOmallin kehittäminen ja kokeilu .....	14
<b>2 PALKOmallin sisältö</b> .....	<b>17</b>
2.1 Asiakkaan lähteminen kotoa sairaalaan .....	17
2.1.1 Lähtö kotoa (päivystys)poliklinikalle ja osastolle .....	17
2.1.2 Tietoa asiakkaan kotihoidosta sairaalaan .....	18
2.1.3 Tietoa sairaalan (päivystys)poliklinikalta kotihoitoon .....	20
2.1.4 Toiminta kotihoidossa sairaalaan lähtötilanteessa .....	21
2.2 Potilaan siirtyminen sairaalasta toiseen hotiopaikkaan .....	23
2.2.1 Tietoa sairaalasta jatkohoitopaikkaan .....	23
2.3 Potilaan kotiutuminen sairaalasta .....	25
2.3.1 Kotiutumisen valmistelu osastolla .....	25
2.3.2 Varhainen/ennakoiva suunnittelu ja kotiutumisen koordinoiti kotioidossa .....	28
2.3.3 Tietoa vuodeosastolta kotihoitoon .....	30
2.3.4 Kotihoidon käynnistyminen .....	32
2.4 Asiakkaan kotihoito .....	34
2.4.1 Moniammatillinen tiimityö .....	34
2.4.2 Eri ammattiryhmien edustajat asiakkaan kotihoidon tukena .....	37
2.4.3 Muut palveluiden järjestäjät asiakkaan kotona selviytymisen tukena .....	41
2.4.4 Yhteistyö omaisten ja muiden läheisten kanssa .....	44
2.4.5 Tiedon välittäminen kotihoidossa .....	46
LÄHTEET .....	49

## OSA II PALKOmalliin perustuvat arviointikriteerit toimintayksiköittäin

Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito:

Arviointi kotipalvelun näkökulmasta .....	53
Arviointi kotisairaanhoidon näkökulmasta .....	66
Arviointi terveyskeskuksen vuodeosaston näkökulmasta .....	79
Arviointi erikoissairaanhoidon näkökulmasta .....	87

LIITTEET	Liite 1. Tiedote kotihoidon asiakkaasta sairaalalle (malliversio)
	Liite 2. Sosiaalityöntekijän tiedote jatko- ja kotihoitoon (Rauman malli)
	Liite 3. Fysioterapeutin tiedote jatko- / kotihoitoon (Rauman malli)
	Liite 4. Potilaan lähtötiedot sairaalasta toiseen laitokseen tai kotiin (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin malli)
	Liite 5. Potilaan kotiutumisprosessi vuokaaviona (Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri)



## KÄSITTEET

Seuraavassa on määritelty joitakin raportissa esiintyviä termejä.

**Asiakas / potilas.** Tässä työssä käytetään sekä termiä ‘asiakas’ että ‘potilas’ asiayhteyden (sairaala/kotihoito) mukaan.

**Hoitotiimi** on kotihoidossa toimiva moniammatillinen ryhmä, johon kuuluvat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät, lääkäri ja muut erityistyöntekijät, kuten fysio- ja toimintaterapeutit, kuntohoitajat, jalkahoitajat sekä avopuolen/vanhustenhuollon sosiaalityöntekijät. Hoitotiimin kokoonpano muodostuu asiakkaan tarpeiden ja palveluiden perusteella.

**Kotihoidolla** tarkoitetaan asiakkaan kotiin annettavia palveluja ja hoitoja (kotipalvelu, kotisairaanhoido, lääkärin, fysio/toimintaterapeutin, sosiaalityöntekijän, jalkojenhoitajan ja muiden erityisammattiryhmien kotikäynnit, ilta- ja yökotihoito sekä tuki- ja turvapalvelut).

**Kotihoidon työntekijät** ovat kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä tuki- ja turvapalveluiden työntekijöitä. Avohoidon lääkärit, fysio/toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, jalkahoitajat ja muut erityisammattiryhmät tukevat kotihoidon työntekijöiden toimintaa.

**Kotihoidon tiedote** Tiedote sairaalan työntekijöille asiakkaan sairaalaan lähtemisen / lähettämisen syistä. Tiedotetta voidaan käyttää myös asiakkaan lähtiessä intervallihoitoon, kuntoutukseen tai lääkärin vastaanotolle. Tiedotteessa on lisäksi asiakasta hoitavien työntekijöiden yhteistiedot sekä maininta asiakkaan saamista kotihoidon palveluista. Tiedotteen voi täyttää asiakas itse tai asiakkaan sairaalaan lähettävä henkilö esimerkiksi läheinen, kotihoidon työntekijä, sairaanhoidon kuljettava tai joku muu.

**Läheinen** on omainen, ystävä, naapuri tai joku muu asiakkaan hoitoon osallistuva henkilö.

**Omahoitajaparilla** tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijän muodostamaa työparia, joka toimii hoitotiimin sisällä ja joka koordinoi eri työntekijöiden palveluja asiakaskohtaisesti. Omahoitajapari nimetään esimerkiksi kunnan ‘alueellisen’ (‘maantieteellisen’) jaon perusteella.

**Omahoitaja tai vastaava (ns. care/case manager)** on omahoitajaparin keskuudesta valittu henkilö, jolla on päävastuu asiakkaan hoidosta. Omahoitaja määräytyy asiakkaan tarpeiden, mm. terveydentilan mukaan ja muuttuu joustavasti asiakkaan hoidon ja palveluiden muuttuessa. Tämä käytännössä tarkoittaa esimerkiksi seuraavaa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisen asiakkaan kotiutuessa asiakkaan terveydentilan perusteella nimetään omahoitajaparin omahoitajaksi kotisairaanhoidon edustaja. Asiakkaan tilanteen vakiinnuttua hoidon päävastuu (koordinointi, toteutus, arviointi) siirretään omahoitajaparin kotipalvelun edustajalle (esim. seuraavana tai jopa samana päivänä). Tällöin hoitotiimin kotisairaanhoidon edustaja jää kotihoidon tukihenkilöksi. Samoin, jos asiakkaan katsotaan tarvitsevan kotipalvelun apua ja vain voinnin seuranta kotisairaanhoidosta, nimetään omahoitaja kotipalvelusta. Jos asiakkaan terveydentilassa tapahtuu muutoksia, voidaan hoidon koordinoituvastuu tällöin siirtää kotisairaanhoidon edustajalle.

**Omahoitajaparin edustajalla** tarkoitetaan jompaa kumpaa omahoitajaparin osapuolta.

**Omakansio** on kotihoidon asiakkaalle asiakkaan luvalla tehty kansio, joka sisältää asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyvää tietoa. Omakansio on asiakkaan omaisuutta ja sitä säilytetään asiakkaan kotona sovitussa paikassa. Kansio on tarkoitettu asiakkaan hoitoon osallistuvien käyttöön ja sen on tarkoitus kulkea asiakkaan mukana hoitopaikasta toiseen. Hoitosuhteen päättyessä omakansio hävitetään.

# OSA I

## **PALKOMalli**



# 1 PALKOMALLIN KEHITTÄMINEN

## 1.1 Asiakkaan hoito- ja palveluketjussa esiintyviä ongelmia

Asiakkaan hoidon ja palvelujen hallinta ja saumattomuus monitoimijaisessa ympäristössä edellyttää palvelujärjestelmän tarkastelemista kokonaisuutena yli organisaatorajojen ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista. Hoito- ja palveluketjussa on lukuisia saumoja, joiden onnistunut ylittäminen vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita ja tiedon viiveetöntä siirtymistä niin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden välillä. Aina tämä ei toteudu, vaan asiakkaan hoitokokonaisuuksien hallinta ja palveluiden koordinointi ontuu palvelujärjestelmien rajapinnoissa, mikä heikentää hoidon jatkuvuutta ja palveluiden yhteensovittamista asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, Autio 1996, Malin 1996, STM 1996, Vaarama & Hurskainen 1993a, Noro ym. 1992).

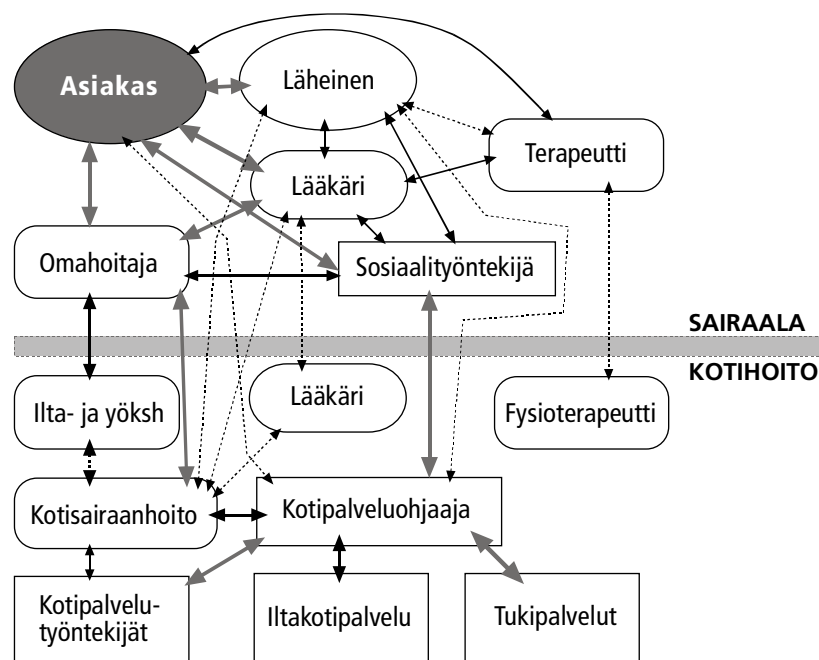
Puutteita ja kehittämistä vaativia asioita on todettu olevan kaikissa asiakkaan hoito- ja palveluketjun osissa. Asiakkaan lähtiessä *kotoa sairaalaan* kaikki oleellinen tieto tai asiakkaan tarvitsemat hoitotarvikkeet eivät siirry hoitopaikkaan, jos sairaalaan lähtemisen käytännöistä ei ole sovittu; millaisia tarvikkeita asiakas ottaa mukaansa sairaalaan sekä mitä ja miten tietoja asiakkaasta siirretään kotihoidosta sairaalan työntekijöille. Asiakkaat eivät aina sairaalaan tulo-tilanteessa muista tai pysty antamaan kaikkea oleellista tietoa (kotilääkitystä, voinnin muutosta aikaisempaan selviytymiseen kotona), jota asiakkaan hoidossa sairaalassa tarvitaan. Sairaalan työntekijät konsultoivat harvoin kotihoidon työntekijöitä asiakkaan kotihoidosta ja kotona selviytymisestä. Puutteellinen tieto aiheuttaa lisätyötä kummallekin osapuolelle ja epäjatkuvuutta asiakkaan hoidossa.

Asiakas *siirtyy erikoissairaanhoidosta jatkohoitopaikkaan* tavallisesti iltapäivällä, jolloin vastaanottavassa työyksikössä on henkilöstöä vähemmän kuin aamupäivällä eikä osaston lääkäri ole enää useinkaan paikalla. Potilaan hoitoon syntyy katkoksia, jos jatkohoitopaikassa ei ole saatavilla potilaan tarvitsemia erikoislääkkeitä ja/tai -hoitotarvikkeita (esim. harvinaiset syöpälääkkeet ja ravintoliuokset, avanpussit) tai, jos jatkohoitoa tai lääkemääräyksiä koskevat ohjeet ovat riittämättömiä, ristiriitaisia tai puuttuvat kokonaan (vrt. haavahoito-ohjeet, lääkemääräykset). Potilaat siirtyvät toisinaan erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskukseen vuodeosastolle kotiavun järjestämistä varten, koska erikoissairaanhoidon työntekijöillä ei ole tietoa kotihoidon palveluista tai heiltä puuttuvat kotihoidon ajantasaiset yhteystiedot. Joskus siirto toiseen hoitopaikkaan toteutuu niin nopeasti, ettei vastaanottava osasto ole saanut ilmoitusta potilaasta eikä potilas tai omaiset tiedä jatkohoitosuunnitelmista.

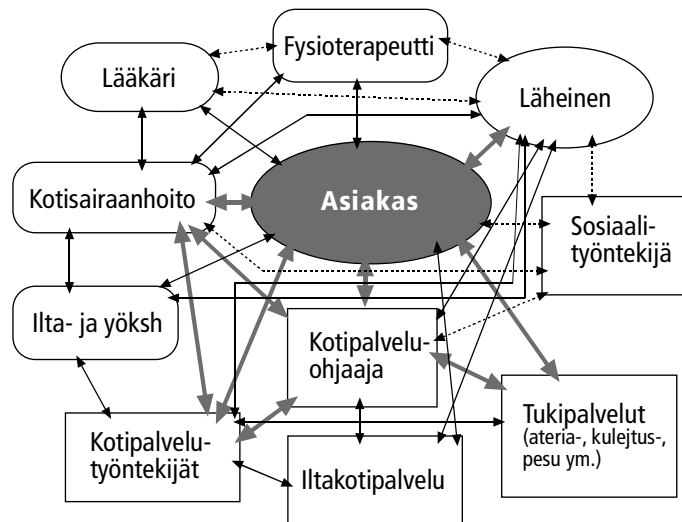
*Kotiutumisen* jälkeen kriittisimmät ajankohdat asiakkaan selviytymisessä kotona ovat ensimmäiset päivät ja yöt. Useiden tutkimusten (Kylävalli ym. 1997, Malin 1996, Kuusi 1994, Laitinen ym. 1994, Noro ym. 1992) mukaan jotkut asiakkaat ovat kotiutuessaan niin huonokuntoisia, etteivät selviydy yksin tai omaisten avustamana kotona ja sen vuoksi palaavat takaisin sairaalaan. Kotiutuminen voi epäonnistua, jos asiakas kotiutuu terveydentilaan tai kun-

toon nähden liian aikaisin, kuntoutusta on ollut riittämättömästi, yhteiset tavoitteet puuttuvat hoidon antajilta tai tiedon kulku on puutteellista toimintayksiköiden ja työntekijöiden välillä. Ongelmia tiedon välittämisessä aiheuttavat puutteet lääkärin epikriisissä, sairaanhoitajan läheteessä, lääkemääräyksissä ja sosiaalityöntekijöiden, fysio- ja toimintaterapeuttien tai muiden asiantuntijoiden yhteenvedoissa sekä loppulausunnoissa. (Kuvio 1.) Asiakkaan kotiutessa sairaalasta kotipalvelun työntekijät saavat vähän kirjallista tietoa asiakkaasta, vaikka suurin osa kotihoidon asiakkaista kuuluu vain kotipalvelun piiriin. Kotiutumisia tukevia toimintakäytäntöjä (mm. koekotiutus, kotiloma, arviointikäynti asiakkaan kotiin sairaalahoidon aikana, 'harjoituskoti' osastolla) käytetään harvoin. Myös kokonaisvastuun ottamisessa potilaan hoidosta esiintyy puutteita; vastuunsiirto potilaan siirtyessä ei siirry saumattomasti tai siirtyy viiveellä hoitopaikasta toiseen. (Perälä ym. 2003, Pöyry & Perälä 2003, Ala-Nikkola & Sipilä 1996, Sahi 1996). Tieto asiakkaan kotiutumisesta saattaa tulla myös niin myöhään kotihoitoon, etteivät työntekijät ehdi järjestää asiakkaan palveluja ja hoitoja toimiviksi, hankkia apuvälineitä tai teettää asunnon vaatimia muutostöitä ennen asiakkaan kotiutumista. Yhteisten sovittujen käytäntöjen puuttuminen ja tiedon välittyminen viiveellä sairaalan ja kotihoiton kesken vaikeuttaa asiakkaan kotiutumista, lisää uudelleen sairaalaan joutumisen riskiä ja aiheuttaa ylimääräistä työtä kaikille osapuolille.

*Kotihoidossa* asiakkaan kokonaisuhoiton ja palveluiden koordinoija puuttuu ja käytännössä kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta asiakkaan hoidosta ja palveluista. ( Kuvio 2.) Palvelutuottajat saattavat tuntea huonosti toistensa toimintaa ja tämän vuoksi edullisimpien palveluratkaisujen valitseminen ja niiden yhteensovittaminen yksittäisen henkilön näkökulmasta on vaikeaa. Ongelma korostuu varsinkin sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on monia palvelutarpeita ja hoitoja ja joille palveluja antavat useat palvelujen tuottajat. Julkisen palvelujärjestelmän ulkopuolella tuotettuja palveluja ei useinkaan huomioida suunniteltaessa asiakkaan palvelukokonaisuutta tai palvelukokonaisuudet kootaan joko julkisista, yksityisistä tai epävirallisista palveluista, mutta on harvinaista, että eri palvelutuottajien palveluja yhdistetään



KUVIO 1. Ammattiryhmäkohtainen tiedon välittäminen asiakkaan kotiutuessa sairaalasta kotihoitoon



KUVIO 2. Tiedon välittäminen asiakkaan kotihoidosta

asiakkaan palvelukokonaisuudessa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Kylävalli ym. 1997, Malin 1996, Kuusi 1994) Yhdessä sovittuja käytäntöjä tiedon siirtämisestä ei ole; tieto asiakkaasta ja hänen asioistaan välittyy kotihoidossa monien välikäsien kautta. Kotihoidon työntekijöitä on vaikea tavoittaa työn luonteen ja teknisten apuvälineiden puuttumisen (esim. gsm-puhelimet, atk-laitteet) takia. Yhteistyökäytännöistä eri ammattiryhmien välillä (fysio/toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, tukipalveluiden antajat ym.) ei useinkaan ole sovittu, joten työntekijöiden erityisosaamista ei osata hyödyntää riittävästi asiakkaan hoidossa. Asiakkaat ja heidän läheisensä jäävät usein myös syrjään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä.

## 1.2 Care/case-management/palveluohjaaja -toiminta perustana

Ratkaisuksi asiakkaan kotiutumisen onnistumiseksi ja kotihoidon edistämiseksi on esitetty henkilöä, joka koordinoi virallisen ja epävirallisen avun, julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamat palvelut ja ottaa kokonaisvastuun potilaan hoidosta (Vaarama & Hurskainen 1993, Laitinen 1995). Tästä potilaan hoitoa koordinoivasta henkilöstä kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään termiä care/case manager (Applebaum & White 2000, Björman 2000 a ja b, Degenholz 1997, Netting 1996, Marshall ym. 1995). Sen suomenkielisenä vastikkeena on (yksilökohtainen) palveluohjaaja-termi. Vastaavaa toimintaa kutsutaan (yksilökohtaiseksi) palveluohjaukseksi (care/case management) (Häkkinen 2000, Ala-Nikkola & Valokivi 1997). Care/case management on sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetty asiakaslähtöinen toimintamalli, jonka avulla voidaan arvioida ihmisten terveyttä, suunnitella, tuottaa ja jakaa palveluita, koordinoida ja tarkkailla asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen vaatimuksia (American Nurses Association 1988).

Care/case management -tyyppistä toimintaa toteutetaan eri tavoin. Nämä vaihtelevat toiminnan päämäärän ja toimintapaikan ja -tavan mukaan. (Scharlach ym. 2001). Päämäärät voivat olla asiakaslähtöisiä, hallinnollisia tai järjestelmälähtöisiä (Applebaum & Austin 1990). Asiakaslähtöisessä toiminnassa keskitytään asiakkaan ja häntä hoitavan omaisen tarpeita vastaavien palveluiden hankkimiseen, tarvittaessa hoitoon pääsyn helpottamiseen ja asiakkaan ja

hänen perheensä hyvinvoinnin edistämiseen. Peruseriaatteina ovat asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus ja johdonmukaisuus. Hoidon toteuttaa hoitotiimi, joka on pysyvä ja pieni. Toimintayksiköiden toiminnan keskipisteenä on asiakas ja kaikki hoitotiimin jäsenet suuntaavat asiantuntemuksensa asiakkaan hoidon ja palvelujen joustavuuden takaamiseksi. Hallinnollisen case management -toiminnan tavoitteet kohdistuvat horisontaalisen ja vertikaalisen tehokkuuden lisäämiseen ja palveluiden tarkoituksenmukaisen ja kustannustehokkaan käytön varmistamiseen. Järjestelmälähtöinen toiminta ottaa huomioon palvelujärjestelmän intressit tuottaa tehokkaita, korkeatasoisia kohdistettuja kustannusvaikuttavia avopalveluita. (Scharlach ym. 2001).

Care/case management -tyyppinen toiminta on parantanut asiakkaan hoidon jatkuvuutta, toimintakykyä (Hui et al. 1995, Kaste et al. 1995) ja hoidon laatua sekä asiakkaan ja henkilöstön välistä kommunikaatiota (Egan et al. 2002) ja kustannusvaikuttavuutta (Landi et al. 2001, Lim et al. 2003). Myös asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö (Townsend ym. 1998), sairaalaan joutumiset ja epäonnistuneet kotiutumiset, (Chu et al. 2000, Landi et al. 2001) sekä kuolleisuus (Kalra & Eade 1995) ovat vähentyneet. Toimintamalli on myös vähentänyt asiakasta hoitavien omaisten stressiä, masentuneisuutta ja rasittuneisuutta (Chu et al. 2000, Fox et al. 2000, Challis et al. 2002). Asiakkaiden ja heidän omaistensa elämänlaatu ja tyytyväisyys palveluiden laatuun on lisääntynyt, kun he ovat saaneet riittävästi apua ja heitä on käynyt katsomassa heille nimetty palveluohjaaja (Dennis et al. 1997).

Työntekijöiden näkökulmasta tarkasteltuna case/care management tyyppinen toiminta ja/tai moniammatillinen tiimityö on parantanut tiedonkulkua, yhteistä suunnittelua, yhteisvastuuta asiakkaasta, asiantuntijuuden hyväksikäyttöä sekä palveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä. Lisäksi hoito on muuttunut yksilöllisemmäksi. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Mustonen ym. 1993). Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) mukaan palveluohjaus on tuloksekasta, jos löydetään keinoja ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon, avo- ja laitoshuollon, erityis- ja peruspalvelujen sekä julkisen, yksityisen, omaishoidon ja vapaaehtoistyön rajapinnat. Omaneuvojaksi tms. voi nykyään erikoistua ammattikorkeakoulussa. (vrt. Kuusisto-Niemi 2002).

## 1.3 PALKOmallin kehittäminen ja kokeilu

### Kehittäminen

PALKOMalli kehitettiin erikoissairaanhoidon ja terveyskeskussairaalan sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden yhteistyönä erään kunnan alueella vuosina 1998 – 1999. Mallin kehittäminen perustui aikaisempiin care/case management ja tiimityötä käsitteleviin tutkimuksiin sekä muihin vaikuttavuustutkimuksiin ja käytännön asiantuntemukseen. Metodisena lähtökohtana oli toimintatutkimus (vrt Hart & Bond 1995, Holter & Schwartz-Barcott 1993, Bradley & Smith 1984). Mallin kehittämisen keskeisiä tavoitteita olivat hoidon jatkuvuuden, asiakaslähtöisyyden, avohoitopainotteisuuden, asiakkaan osallistumisen ja itsemääräämisen lisääminen. Avohoitoa ei kuitenkaan nähty itsetarkoituksena, vaan vaihtoehtona laitoshoidolle.

Mallissa hyödynnettiin care/case management -toimintaideologian ja tiimityön periaatteita soveltuvin osin. Malli sisältää käytäntöjä ja menetelmiä, jotka edistävät (1) tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä työntekijöiden, asiakkaiden ja tarvittaessa heidän läheistensä välillä sekä työ- ja toimintayksiköstä toiseen, (2) asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinaattia ja (3) yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä (4) kotihoidon työn hallintaa. Tie-

don siirtymistä ja hoidon jatkuvuutta edistetään sopimalla tiedon sisällöstä, tiedonsiirron menetelmistä ja ajankohdasta. Hoito- ja palvelukokonaisuuden hallintaa edistää, kun hoitoa ja palveluja koordinoi ja suunnittelee sekä arvioi yhdessä asiakkaan ja tämän läheisten kanssa kussakin hoitopaikassa nimetty henkilö (omahoitaja/vastuuhoitaja tai vastaava), joka sovittaa yhteen hoitotiimin palvelut. Yhteistyötä ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä tehostetaan asettamalla yhteisiä tavoitteita ja sopimalla asiakaskohtaisista yhteistyökäytännöistä. Kotihoidon työn hallintaa lisää myös kotiutumisen ennakoiva (varhainen) suunnittelu ja selkeä vastuunjako hoitotiimissä.

PALKOMallissa ei oteta kantaa, mitä nimitystä käytetään henkilöstä, joka ottaa vastuun ja koordinoi asiakkaan hoitoa. Mallin soveltajilla on vapaus valita käyttämänsä termi omien tavoitteidensa mukaan. Nimeä tärkeitä ovat vastuuhenkilön tehtävät. - PALKOMallissa henkilöstä käytetään jo käytössä olevia käsitteitä omahoitaja, omahoitajapari/työpari ja vastuuhenkilö. Näiden tehtävät ovat PALKOMallissa lähellä palveluohjaajan tehtäviä. Tarkoituksena on ollut, että toiminnan joustavuuden ja vastuunottamisen lisääntyessä sekä oman roolin laajentumisen myötä työn mielekkyys ja halu oman työn kehittämiseen lisääntyy ja ammattitaito kasvaa. Vastuuhenkilöksi nimetään asiakkaan voinnin ja terveydentilan mukaan henkilö, jolla on koulutuksen antamat valmiudet hoitaa tehtävä. Asiakkaan voinnin muuttuessa ja asiakkaan suostumuksella hoitotiimistä voidaan vaihtaa vastuuhenkilöä ja omahoitajaparia. Tämä menettely korostaa hoitotiimin yhteisvastuuta ja antaa toiminnan suunnittelulle joustavuutta. Menettely myös varmistaa, että vastuuhenkilön poissa ollessa hoitotiimissä on asiakkaan asioita tunteva henkilö. Mallissa käytetty menettely poikkeaa palveluohjaaja-käytännöstä; PALKOMallissa korostetaan enemmän toiminnan dynaamisuutta ja tiimityötä.

## PALKOMallin kokeilu

PALKOMallia on kokeiltu yhdentoista kunnan kotihoidossa. Toimeenpanossa käytettiin uuden käytännön juurruttamiseksi menetelmää, joka kehitettiin samanaikaisesti PALKO-mallin kehittämisen yhteydessä (Perälä 2001). Kehittämistyö oli tavoitelähtöistä ja asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden huomioivaa. Tavoitteita asetettiin asiakkaan hyvälle hoidolle ja hyvälle elämälle kotona.

Kehittämistyössä kunnat käyttivät nykytilan tunnistamisessa ja tavoitteiden asettamisessa tukena PALKO -tavoitemallia ja siihen perustuvia arviointikriteereitä. Suunnitteluvaiheessa haettiin innovatiivisia ratkaisuja tavoitteiden saavuttamiseksi. Innovatiivisten keinojen hakeminen voi johtaa uusien käytäntöjen ja rakenteiden kehittämiseen ja/tai nykyisten käytäntöjen ja rakenteiden uudistamiseen. Itse toiminnan muuttaminen ja muiden prosessien hallinta oli toimintayksikköjen vastuulla, mutta aiheita käsiteltiin myös projektin työkokouksissa. Muutosprosessi eteni suunnittelusta toteutukseen sekä uudelleen arvioinnin kautta uusien tavoitteiden määrittelyyn. (Perälä 1992.)

Kehittämistyö eteni projektimaisesti juurruttamalla kehittämistyö kiinteäksi osaksi työ- ja toimintayksiköiden päivittäistä toimintaa. Projektimaisuus koski sitä ajanjaksoa, jona uusi käytäntö kehitettiin ja jossa oli mukana ulkopuolinen tuki. Kehittämistyötä varten nimettiin projekti- ja pienryhmät ja määriteltiin näiden vastuut. Kun tarkoituksena oli luoda uutta pysyvää käytäntöä ja uusia vastuuta, kehittämistyö liitettiin osaksi potilaiden/asiakkaiden normaalia hoitoa sekä niiden toimijoiden päivittäistä työtä, jotka tekivät ja johtivat sitä muutenkin. Henkilöiden nimeäminen projektiryhmiin tuli tehdä juuri tästä näkökulmasta. Tämän menettelyn odotettiin edistävän työntekijöiden sitoutumista kehittämiseen ja vähentävän kehittämistyön irrottautumista arkipäivän työstä.



## Mallin hyödyntäminen

PALKOMalli on työkalu, joka muotoutuu tarkoituksenmukaiseksi kussakin työ- ja toimintayksikössä. Malli on tavoitelähtöinen, jossa toimintayksikkökohtaisten ongelmien tunnistamisessa ja tavoitteiden asettamisessa voidaan käyttää tämän raportin luvussa kolme esitettyä kuvausta tavoiteltavasta toiminnasta ja raportin toisessa osassa esitettyjä arviointikriteereitä.

Malli auttaa hahmottamaan asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuutta. Se auttaa sekä kotihoidon että sairaalan työntekijöitä näkemään oman osuutensa tässä kokonaisuudessa ja kehittämään omaa työtään. Tällaisen mallin kuvaamisen keskeinen merkitys on tehdä näkyväksi samaan hoito- ja palveluprosessiin osallistuvien useiden toimijoiden työ. Kokonaisuuden kuvaaminen on edellytys, jotta koko prosessille voidaan asettaa yhteinen tavoite, johon kaikki osapuolet ja toimijatahot sopeuttavat omat toimintansa.

Kotihoidossa työskentelevien ja asiakkaita sairaalasta kotiuttavien on helppo soveltaa mallia omassa toiminnassaan. Malli on kuvattu niin, että sen mukaan toimintaansa/toimintakäytäntöjä voivat kehittää sekä asiakkaita sairaalasta kotiuttavat että heitä kotona hoitavat työntekijät. Joskus mielekkään toiminnan aikaan saaminen voi merkitä myös tuon toiminnan mahdollistavien rakenteiden muuttamista. Ideaalitulanteessa kehittäminen kytketään osaksi jokaisen päivittäistä työtä. Kehittämisote soveltuu monin eri tavoin organisoituun kotihoidon toimintaan.

Mallin hyödyntämisestä käytännössä saatiin myönteisiä kokemuksia. Kehittämistyö tarjosi keskustelufoorumin niille, joiden työhön kuului organisaatioiden välistä tiedon välittämistä ja yhteistyötä. Kehittämistyö antoi mahdollisuuden kehittää omaa työtään sekä eri toimijoiden välistä tiedonkulkua ja yhteistyötä. Sen aikana opittiin myös tuntemaan, arvostamaan ja hyödyntämään muiden asiakkaan hoito- ja palveluketjuun osallistuvien työtä.

## 2 PALKOMALLIN SISÄLTÖ

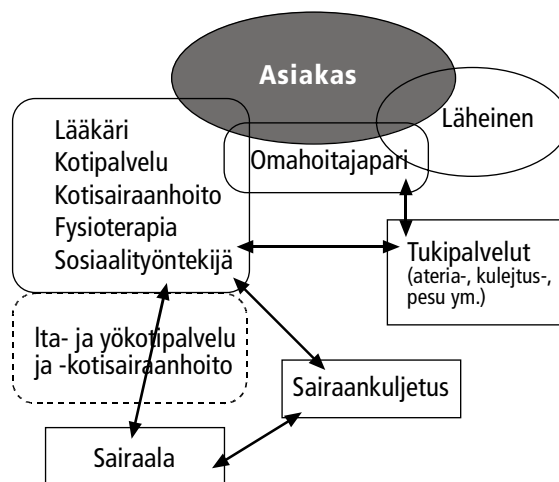
### 2.1 ASIAKKAN LÄHTEMINEN KOTOA

#### 2.1.1 Lähtö kotoa (päivystys)poliklinikalle ja osastolle

Hyvä asiakkaan kotiutumisen valmistelu alkaa jo kotoa sairaalaan lähtemisestä. Valmistelu on yhteydessä asiakkaan tilanteen kiireellisyyteen ja sairaalaan lähtemisen tapaan; miten henkeä uhkaava tilanne on ja lähteekö asiakas yksin vai onko häntä lähettämässä läheinen tai, jos hän on kotihoidon asiakas, onko häntä lähettämässä kotihoidon työntekijä. Kiireellisenkin tilanteen hallintaa parantaa, kun tarvittavasta ensiavusta ja sairaalaan lähtemiseen liittyvistä asioista sovitaan etukäteen. Seuraavassa tarkastellaan, miten kotihoidon (kotipalvelun tai kotisairaanhoidon) työntekijä voi auttaa asiakkaiden sairaalaan lähtemistä (Kuvio 3).

Kotihoidon työntekijä auttaa sairaalaan lähtemisessä tavallisesti sellaisia asiakkaita, jotka eivät pysty itse lähtemään tai joilla ei ole läheistä, joka pystyisi auttamaan lähtötilanteessa. Ennalta sovituissa sairaalaan lähdoissä (esimerkiksi sairaalan poliklinikkakäynti, intervallihoidojakso) järjestetään saattaja tarvittaessa etukäteen. Saattajan tarpeesta ja saattajasta neuvotellaan asiakkaan ja läheisen kanssa. Sovittu käytäntö sekä saattajan nimi ja yhteystiedot kirjataan asiakkaan omakansioon tai hoitoasiakirjaan. Saattajan järjestämistä helpottaa, kun alueen saattajapalveluiden antajista laaditaan lista kotihoitoon.

Ulkonäöstä/-asusta huolehtiminen ennen sairaalaan lähtöä voi olla tärkeää asiakkaalle. Tähän järjestetään mahdollisuus, jos asiakas haluaa ja hänen terveydentilansa antaa siihen mahdollisuuden (on aikaa eikä tälle ole fyysisiä esteitä, esimerkiksi lonkkamurtumaa). Tilanteissa, joissa asiakas ei voi vaihtaa puhtaita vaatteita, lähettävä työntekijä antaa puhtaat vaatteet asiakkaan mukaan tai huolehtii siitä, että ne toimitetaan myöhemmin sairaalaan.



KUVIO 3. PALKOmalli: Asiakkaan lähteminen kotoa sairaalaan

Asiakkaan hoidon tarpeen arviointia ja hoidon käynnistymistä sairaalassa nopeutetaan, kun aikaisempaa hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat ('paperit') ovat sairaalaan lähtevän asiakkaan mukana ja kiireellistä apua tarvitsevasta asiakkaasta ilmoitetaan päivystyspoliklinikalle etukäteen. Useilla kotihoidon asiakkailla on ns. omakansio tai vastaava (kts. luku 5.5), jonka he ottavat mukaansa lähtiessään kotoa sairaalaan. Kansiossa säilytetään asiakkaan asiakirjoja. Myös muiden hoidon kannalta oleellisten lääkkeiden ja tarvikkeiden mukaan ottaminen edistää hoidon jatkuvuutta ja helpottaa asiakkaan oloa.

Asiakas ottaa sairaalaan tarpeen mukaan seuraavia tarvikkeita:

- (erikois)lääkkeet, kuten silmätipat, astmalääkkeet, erittäin harvinaiset lääkkeet (erikoislääkkeet merkitty tähdellä lääkelistaan)
- hoitokortit (mm. Marevan-, verenpaine- ja verensokeri -seurantakortti)
- erikoishoitotarvikkeet (insuliinikynät, avannepussit ym.)
- apuvälineet nimikoituna (kuulokoje, silmälasit, keppi, rollaattori ym.)
- sairausvakuutus- ja vapaakortin
- avaimet
- mahdolliset henkilökohtaiset tavarat (partakone, tossut, kalenteri, osoitekirja, gsm-puhelin ym.) sekä
- vähän rahaa.

## 2.1.2 Tietoa asiakkaan kotihoidosta sairaalaan

Asiakkaan hoidon tarpeen arviointia ja hoidon aloittamista sekä kotihoidon suunnittelun käynnistämistä nopeuttaa tieto asiakkaan sairaalaan tulon syistä ja aikaisemmasta selviytymisestä kotona. Asiakas on omien hoitotietojensa ensisijainen tietolähde ja siirtäjä. Lisätietoja asiakkaan voinnista ja sairaalaan hakeutumiseen johtaneesta tilanteesta antaa myös mahdollinen asiakkaan saattaja. Saattajan merkitys korostuu, kun asiakas ei itse kykene antamaan tietoja (esimerkiksi tajuton), hänestä ei ole kirjallista tietoa eikä asiakas ole vielä kotihoidon asiakas. Lisäksi sairaanhoidonkuljettajat antavat arvokasta tietoa asiakkaasta ja hänen voinnistaan. Sairaalan työntekijät voivat hyödyntää kotihoidon työntekijöiden (omahoitajaparin) asiantuntemusta asiakkaiden tilanteesta; aikaisemmista hoidoista ja palveluista samoin kuin asiakkaan elämäntilanteesta ja asumisolosuhteista. Nämä tiedot auttavat asiakkaan tilanteen arvioimisessa ja mahdollisen kotiin palaamisen suunnittelussa.

### Tiedon välittäminen

Toimintayksiköiden välillä yli organisaatorajojen tieto siirtyy yhä enemmän sähköisesti yhteisten potilastietojärjestelmien yleistyessä. Tässä kuvatut menetelmät (mm. omakansio, kotihoito-tiedote, hoito- ja palvelusuunnitelma, erityistyöntekijöiden lausunnot ja lähetteet) voidaan organisaatioiden mahdollisuuksien mukaan siirtää sähköisiksi asiakirjoiksi. Tiedon välittämisessä läpi koko asiakkaan hoito- ja palveluketjun noudatetaan tietosuojaa koskevia lakeja ja asetuksia (Laki Potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta 812/2000, Henkilötietolaki 523/1999, Laki Viranomaisien toiminnan julkisuudesta 621/1999 ja STM:n asetus Potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001). Asiakkaasta välitetään vain hoidon ja palveluiden jatkuvuuden kannalta tarpeellista tietoa. Tietoa luovutetaan toiselle osapuolelle

vain siinä laajuudessa kuin työtehtävä tai vastuu sitä edellyttää. Asiakkaan on oltava tietoinen siitä, mitä tietoja ja mihin tarkoitukseen tietoja luovutetaan ennen kuin hän voi antaa suostumuksensa tietojensa käyttöön.

Kotihoidon asiakkaiden omakansiot toimivat asiakaskohtaisen tiedon välittäjänä silloin, kun niiden käytöstä sovitaan asiakkaiden, läheisten, sairaanhoidonkuljettajien, turvapalveluiden antajien, (päivystys)vastaanottojen ja osastojen kanssa. Asiakkaan sairaalaan lähettävä työntekijä täyttää lisäksi kotihoitotiedotteen, jossa on tietoa asiakkaan sairaalaan lähtötilanteesta (ks. liite 1) Tiedote on asiakkaan mukana (omakansion välissä) tai se voidaan siirtää sähköisessä muodossa kotihoodosta sairaalaan. Kotihoidon työntekijä voi myös tarvittaessa soittaa etukäteen sairaalaan tulevasta potilaasta. Lisäksi asiakkaan reseptit, hoitokortit ja viestivihot välittävät tietoa asiakkaan hoidosta ja palveluista.

Kun asiakas lähtee yksin tai läheisen lähettämänä sairaalaan, myös asiakas itse ja/tai tämän läheinen voi täyttää kotihoitotiedotteen. Tiedote voi auttaa asiakasta/läheistä muistamaan oleelliset asiat kiireisessä sairaalan vastaanottotilanteessa. Kotihoidon työntekijä (omahoitajapari) ohjaa asiakasta ja/tai läheisiä omakansion ja kotihoitotiedotteen käytössä ja niiden mukaan ottamisesta sairaalaan sekä huolehtii siitä, että tiedotteita on omakansiossa. Kotihoidon esimies tiedottaa omakansion käytöstä sairaanhoidonkuljettajia, turvapuhelinpäivystäjiä sekä muita asianosaisia samoin kuin sairaalan työntekijöitä. Sairaanhoidonkuljettajat täyttävät kotihoitotiedotteen asiakkaasta ja/tai tekevät oman kirjallisen lähetteen/tiedotteen asiakkaan voinnista ja sairaalaan tulon syistä.

Jos sairaalan työntekijät tarvitsevat kotihoidon asiakkaasta tietoja, mutta eivät tavoita kotihoidon työntekijöitä puhelimitse (esim. työntekijät ovat kotikäynnillä eivätkä voi vastata puhelimeen), he voivat jättää viestin kotihoidon puhelinvastaajan. Selkeä viesti nopeuttaa tietojen hakemista ja tietojen välittämistä sairaalaan. Viestistä tulee ilmetä soittajan nimi ja yhteystiedot, päivämäärä ja kellonaika sekä syy, miksi otetaan yhteyttä ja mitä tietoja tarvitaan. Viestiä jätettäessä toimitaan tietosuojaa noudattaen ja huolehditaan siitä, että vastaanottava taho tavoittaa viestin (‘kuittausjärjestelmä’).

## Tiedon sisältö

Asiakkaasta välitetään (päivystys)poliklinikalle ja/tai osastolle tarpeen mukaan seuraavia tietoja, joista osa voi sisältyä kotihoitotiedotteeseen.

### Henkilötiedot

Sairaalaan lähdön syy ja lähtöä edeltänyt tilanne

- vastaanotolle lähettämiseen johtanut tilanne, voinnin muutos aikaisempaan
- toimenpiteet (mm. verikokeet ja niiden tulokset, haavahoidot, insuliinipistokset) kotona ennen sairaalaan lähtöä

Sairaudet ja hoito

- aikaisemmat diagnoosit, sairaalahoidot ja hoitopaikat (keskeisimmät)
- lääkitys sekä mitä lääkkeitä ja milloin asiakas on saanut sairaalaan tulopäivänä
- allergiat (lääkeaine, ruoka yms.)
- viimeisin epikriisi, sydänfilmi
- ruokavalio ja milloin on viimeksi syönyt (nukutuskelpoisuus)

Kotona selviytyminen ja palveluiden käyttö

- aikaisempi fyysinen ja psyykinen kunto, kotona selviytyminen (sairaalaan joutumista edeltänyt tilanne), liikuntakyky ja apuvälineiden käyttö
- aikaisempi kotihoidon ym. palvelujen käyttö

Läheisen tiedot

- läheisten yhteystiedot, sukulaisuussuhde
- onko läheiselle ilmoitettu asiakkaan sairaalaan joutumisesta

Kotihoidon yhteystiedot

- kotipalvelun ja kotisairaanhoidon omahoitajaparin yhteystiedot (sekä ohjeet siitä, mitä ja milloin pitäisi asiakkaasta ilmoittaa kotihoitoon )
- avohoidon omalääkärin nimi ja yhteystiedot (jos omalääkäri olemassa)
- hoitojen ja tutkimusten ajanvaraukset (lääkärin-, pkl-, röntgen-, laboratorio- , jalkojenhoito- tms. aikoja)

### 2.1.3 Tietoa sairaalan (päivystys)poliklinikalta kotihoitoon

Kun asiakas lähtee sairaalaan yksin tai läheisen lähettämänä, kotihoidon työntekijät tarvitsevat viiveettä tiedon asiakkaan sairaalassa käynnistä tai sinne jäämisestä. Kotihoidon työntekijät tarvitsevat tiedon asiakkaan olinpaikasta oman toimintansa suunnittelussa, jotta vältetään kotihoidon työntekijöiden tarpeettomat kotikäynnit ja asiakkaan etsiminen, jos asiakasta ei tavoiteta. Myös asiakkaan kotihoidon palvelut ja asiakasmaksut voidaan keskeyttää sairaalassaolon ajaksi. Tieto asiakkaan kotiin palaamisesta on myös tärkeää, jotta keskeytetyt palvelut voidaan käynnistää uudelleen viiveettä.

Sairaalan työntekijä ilmoittaa kotihoitoon (ellei asiakas/läheinen ole tätä tehnyt) asiakkaan

- saapumisesta päivystyspoliklinikalle
- siirtymisestä vuodeosastolle
- siirtymisestä toiseen sairaalaan tai laitokseen
- kotiutumisen
- kuolemasta.

(Päivystys)poliklinikalla ja osastolla sovitaan, kuka huolehtii ilmoituksesta kotihoitoon. Ilmoituksen tekee yleensä potilaan vastaanottanut henkilö (vastaanotto-/osastoavustaja tms.) tai potilasta hoitava henkilö (omahoitaja, huonehoitaja) ja joissakin tilanteissa sen voi tehdä asiakas tai läheinen. (Päivystys)poliklinikalla vastaanottaja tarkistaa kotihoidon asiakkuuden ja varmistaa, ovatko kotihoidon työntekijät tietoisia asiakkaan sairaalaan tulosta sekä tarvittaessa sopii ilmoittamisesta kotihoitoon. Tieto kotihoidon asiakkuudesta saadaan asiakkaalta/saattajalta, asiakkaan asiakirjoista (esimerkiksi omakansiosta, kotihoitotiedotteesta) tai yhteisestä sähköisestä potilastietojärjestelmästä, jos sairaalan ja kotihoidon välillä on sellainen. Kotihoidon työntekijä merkitsee tiedon asiakkuudesta tietojärjestelmään, samoin kuin tiedot asiakasta hoitavien kotihoidon työntekijöiden puhelinnumeroista. Kotihoidon esimies tiedottaa sairaalan työntekijöille merkitsemistavasta.

Sairaalan työntekijä ilmoittaa *jo kotihoidon piirissä* olevasta asiakkaasta:

- ensisijaisesti omahoitajaparille (tai vastaavalle) virka-aikana
- kotihoidon (kotipalvelun tai kotisairaanhoidon) esimiehelle, jos omahoitajapariin ei saada yhteyttä tai yhteystietoja ei ole tiedossa
- päivystävälle kotihoidon työntekijälle iltaisin, (öisin) ja viikonloppuisin
- omahoitajaparin puhelinvastaajaan tai sähköpostiin öisin (ei viikonloppuna)

Sairaalan työntekijä ilmoittaa *uudesta kotihoitoon tulevasta* asiakkaasta:

- kotihoidon (kotipalvelun/kotisairaanhoidon) esimiehelle virka-aikana
- päivystävälle kotihoidon työntekijälle iltaisin, (öisin) ja viikonloppuisin

Tilanteita, jolloin ilmoitus potilaasta tehdään johonkin keskitettyyn toimipisteeseen/numeroon (esimerkiksi sairaanhoidon neuvontanumeroon):

- omahoitajapariin tai vastaavaan ei saada yhteyttä
- asiakas kotiutuu yöllä eikä viestiä voida tietosuoja vaarantamatta jättää puhelinvastaajaan tai sähköpostiin
- päivystävän työntekijän puhelinnumeroa ei ole tiedossa.

Jotta yhteydenotto sairaalasta kotihoidon työntekijöihin sujuu vaivattomasti, on sairaalan eri toimipisteissä oltava kotihoidon työntekijöiden ajan tasalla olevat yhteystiedot ja aluejaot. Kotihoidon esimies huolehtii siitä, että tiedot päivitetään vähintään kerran vuodessa. Kotihoidosta toimitetaan sairaalaan osastoille myös tiedotteita kotihoidon toiminnasta ja yhteystiedoista.

## 2.1.4 Toiminta kotihoidossa sairaalaan lähtötilanteessa

Palveluiden keskeyttäminen ja tiedottaminen

Selkeät ja sovitut toimintaperiaatteet asiakkaan lähtiessä sairaalaan luovat turvallisuutta asiakkaalle ja vähentävät huolehdittavia asioita kiireisessä lähtötilanteessa. Toimintaperiaatteet auttavat myös kotihoidon työntekijöitä toiminnan järjestämisessä. Asiakkaan hoidot ja palvelut perutaan sekä asiakasmaksut, tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, turva-, saattaja-, sauna-, yms. palvelut) ja mahdollinen ilta- ja/tai yökotihoito keskeytetään. Omakansiossa on asiakkaan lääketieteellinen hoitosuunnitelma, jotta työntekijä voi tarvittaessa perua asiakkaalle varatut (hammas)lääkäri-, poliklinikka-, laboratorio-, röntgen-, jalkahoitaja tms. ajat.

Asiakkaan sairaalaan lähettänyt kotihoidon työntekijä:

- vastaa, että asiakkaalla on tarvittavat hoitoasiakirjat, lääkkeet, hoitotarvikkeet ja apuvälineet mukana
- huolehtii, että asiakkaan koti ja kotiasiat ovat kunnossa
- peruuttaa (tai sopii, kuka peruuttaa) asiakkaan hoidot ja palvelut
- huolehtii asiasta tiedottamisen muille asiakasta hoitaville tahoille
  - läheiselle, jos ei ole tietoinen asiasta
  - omahoitajaparille virka-aikana / päivystävälle työntekijälle iltaisin, (öisin) ja viikonloppuisin
  - muille työtiimin jäsenille
  - yhteistyökumppaneille (esim. tukipalveluiden antajille, päiväkeskuksen ja vapaaehtoisjärjestöjen työntekijöille)

Myös läheisten, sairaanhoidonkuljettajien ja tuki- ja turvapalveluiden antajien kanssa sovitaan, miten nämä toimivat lähettäessään asiakkaan sairaalaan. Asiakkaan omahoitajapari/kotihoidon esimies tiedottaa muille yhteistyökumppaneille, mistä asiakkaan kanssa on sovittu sairaalaan lähtemisestä (kts. luku 2.1.1) ja kenelle sairaalaan lähtemisestä ilmoitetaan. Ilmoittamista kotihoitoon nopeuttaa, kun kotihoidon ajantasaiset yhteystiedot ovat helposti saatavilla asiakkaan kotona (asiakkaan omakansiossa tms.).

Läheinen, sairaanhoidonkuljettaja, tuki- ja turvapalvelun antaja tms. ilmoittaa sairaalaan joutuneesta asiakkaasta:

- omahoitajaparille (tai kotihoidon esimiehelle) virka-aikana
- päivystävälle työntekijälle iltaisin, öisin) ja viikonloppuisin.

## Kotiasioiden järjestäminen

Asiakkaan sairaalaan lähteminen voi vaatia asiakkaan kodin ja kotiasioiden järjestelyjä. Näistä järjestelyistä sovitaan etukäteen asiakkaan ja tämän läheisten kanssa ja sovitut asiat kirjataan asiakkaan omakansioon (hoitoasiakirjoihin). Asiakkaan sairaalaan lähettänyt kotihoidon työntekijä vastaa siitä, että asiakkaan koti ja kotiasiat ovat kunnossa asiakkaan sairaalaan lähtiessä tai tulevat hoidetuksi ensi tilassa.

Sairaalaan lähtötilanteessa huolehditaan mm. seuraavista asioista:

- apua tarvitsevan puolison tai muun perheenjäsenen avunsaannin järjestäminen
- kotieläinten hoito
- kodin kuntoon saattaminen (mm. roskien vienti, likaisten astioiden ja pikkupyökin pesu, jääkaapin tyhjennys).

Jos asiakkaan sairaalaan lähtö on niin kiireellinen, että kotihoidon työntekijä joutuu jäämään asiakkaan kotiin asiakkaan sairaalan lähdön jälkeen tai asiakkaan kotona joudutaan käymään silloin, kun asiakas ei ole paikalla, tarvitaan tähän (juridisista syistä) asiakkaan lupa.

Tilanteita, jolloin työntekijä on asiakkaan kotona asiakkaan ollessa sairaalassa

- työntekijä jää kunnostamaan kotia asiakkaan lähtiessä sairaalaan
- työntekijä ei lähtötilanteessa pysty kunnostamaan kotia ja palaa sinne myöhempanä ajankohtana
- kotoa joudutaan hakemaan asiakkaan pyynnöstä apuvälineitä, erikoislääkkeitä ym. eivätkä läheiset voi tätä tehdä
- harvat poikkeustapaukset, esimerkiksi epäily keittolevyn päälle jäämisestä.

Sairaalaan lähettävä työntekijä pyytää asiakkaalta suullisen tai (poikkeustapauksissa/asiakkaan halutessa) kirjallisen luvan. Suullisen luvan saaminen kirjataan asiakkaan asiakirjoihin. Joissakin tilanteissa läheinen voi antaa työntekijälle luvan asiakkaan puolesta. Harvoissa poikkeustapauksissa (esim. epäily keittolevyn päälle jäämisestä) voi kaksi kotihoidon työntekijää käydä yhdessä asiakkaan kotona, vaikka lupaa asiakkaalta (terveydentilan vuoksi) tai läheiseltä (heitä ei ole tai ei tavoiteta) ei saada. Kotikäynti kirjataan aina asiakkaan papereihin.

Luvan saaminen asiakkaalta voi tapahtua seuraavasti:

- suullinen lupa pyydetään lähtötilanteessa, tai hankitaan sairaalasta puhelimitse tai käymällä asiakkaan luona
- kirjallinen lupa pyydetään lähtötilanteessa tai lähetetään telefaksina sairaalasta kotihoidon työntekijöille.

## 2.2 POTILAAN SIIRTYMINEN SAIRAALASTA TOISEEN HOITOPAikkaan

Potilaan jatkohoitopaikka voi olla koti (kotihoito), palvelutalo, toinen sairaala tai kuntoutuslaitos. Potilas voi siirtyä myös pitkäaikaiseen laitoshoidon. Hoitotiimissä neuvotellaan potilaan jatkohoidon tarpeesta ja tarkoituksenmukaisesta jatkohoitopaikasta. Kun lääkäri tekee lopullisen päätöksen asiasta, ilmoitetaan jatkohoitopaikan tarve viiveettä vastaanottavalle taholle. Ennakoilmoitus mahdollisesta potilaan siirtymisestä auttaa jatkohoitopaikkaa varautumaan potilaan vastaanottoon. Potilaan läheisille ilmoitetaan siirtymisestä ja jos kyseessä on kotihoidon palveluja saanut potilas, siirtymisestä ilmoitetaan myös kotihoitoon. Potilaan siirtyminen jatkohoitopaikkaan sujuu joustavasti ja hoito sekä kuntoutus jatkuvat saumattomasti, kun potilaalla on mukana jatkohoitonsa kannalta oleelliset asiakirjat, tarvikkeet ja tavarat (kts. luku 2.1 kohta 'Asiakas ottaa sairaalaan mukaansa seuraavia tarvikkeita' ja luku 2.2.2 'Tiedon sisältö').

### 2.2.1 Tietoa sairaalasta jatkohoitopaikkaan

#### Tiedon välittäminen

Tieto kulkee yleensä hyvin erikoissairaanhoidon sairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosaston henkilöstön välillä, vaikka potilaan tiedon siirtämiseen ja vastaanottamiseen osallistuu lukuisia eri ammattiryhmiä. Erikoissairaanhoidosta jatkohoitopaikkaa tiedustellaan puhelimitse, läheteellä tai yhteisellä potilastietojärjestelmällä jatkohoitopaikan lääkäriltä, poliklinikan yhteishenkilöltä (esim. jonohoitajalta) tai suoraan osastolta. Telefaksia käytettäessä varmistetaan, että telefaksi kulkeutuu viiveettä ja tietosuojaa koskevat määräykset toteutuvat. Vastaanottavan tahon jonohoitaja (joskus osastonhoitaja tai päivystävä lääkäri) ilmoittaa vapautuvasta paikasta lähettävän sairaalan omahoitajalle tai vastaavalle hoitajalle osastolla ja sopii siirtoajan kohdasta.

Tiedot potilaasta ja jatkohoidosta siirtyvät kirjallisena potilaan mukana tai yhteisen potilastietojärjestelmän välityksellä hoitopaikasta toiseen. Lisäksi lähettävän sairaalan omahoitaja antaa potilasta koskevan puhelinaraportin vastaanottavan osaston hoitajalle.

Kirjalliset dokumentit:

- siirtoepikriisi tai ainakin decursus-merkinnät
- hoitotyönyhteenvedo tms.
- tarkistetut lääkelistat, hoitokortit
- rtg-kuvat, sydänfilmit (viimeisimmät)
- sosiaalityöntekijän lausunnot, yhteenvedot
- erityistyöntekijöiden (fysio- ja toimintaterapeutit, (neuro)psykologit jne.) lausunnot, yhteenvedot
- potilaan omakansio (jos mukana).

Sairaalassa potilaan omahoitaja tai vastaava koordinoi ja kokoaa eri ammattiryhmien potilasta koskevat tiedot. Tavoitteena on, että lääkärin epikriisi on potilaan mukana siirtohetkellä, mutta jos tämä ei ole mahdollista, ainakin decursus-merkinnät siirtyvät potilaan mukana. Omahoitaja (tai vuorossa oleva hoitaja) huolehtii ennen potilaan siirtymistä lääkemääräysten ajantasaisuudesta. Jos lääkemääräyksiä puuttuu, hän merkitsee sairaanhoidon läheteeseen/



hoitotyön yhteenvetoon miten ja milloin puuttuvat tiedot ilmoitetaan jatkohoitopaikkaan. Hän myös varmistaa, onko jatkohoitopaikassa potilaan käyttämiä erikoislääkkeitä ja -ravintoliuoksia (esimerkiksi harvinaisia syövän hoidossa käytettyjä lääkkeitä ja ravinteita) tai hoitotarvikkeita (mm. avannepussit) ja tarvittaessa huolehtii niitä potilaan mukaan. Potilaan lähettävä hoitaja varmistaa vielä sairaanhoidon läheteiden/ hoitotyön yhteenvetojen asianmukaisuuden. Sosiaalityöntekijä tekee merkintänsä hoitotyön yhteenvetoon, sairaanhoidon läheteeseen tai sosiaalityölehdelle asioista, joista on neuvotellut ja sopinut potilaan ja/tai läheisten kanssa. Samoin tekevät myös eri terapeutit (muun muassa fysio-, puhe- ja toimintaterapeutit) ja muiden ammattiryhmien edustajat (esimerkiksi neuropsykologi). Nämä lausunnot ja jatko-suunnitelmat lähetetään oman ammattiryhmän lisäksi potilasta hoitavalle osastolle potilaan suostumuksella.

## Tiedon sisältö

Potilaan mukana siirrettävän tiedon sisällöstä sovitaan sairaaloiden ja kotihoidon työntekijöiden kesken. Potilaan hoidon jatkuvuus ja kuntoutus turvataan varmistamalla tietosisältöjen riittävyys ja ajantasaisuus. Sairaalan omahoitaja tai vuorossa oleva hoitaja tarkistaa, että kaikki oleellinen potilasta koskeva tieto siirtyy potilaan mukana jatkohoitopaikkaan. Omahoitaja tai vastaava pyytää potilaalta kirjallisen luvan tietojen siirtämiseen hoitopaikkojen välillä. Potilaan kieltäytymisestä tietojensa siirtämiseen tehdään merkintä potilaan asiakirjoihin ja tästä ilmoitetaan jatkohoitopaikan työntekijöille.

Jatkohoitopaikan työntekijät tarvitsevat potilaasta seuraavia tietoja:

### Henkilötiedot

#### Sairaalahoito

- miksi ollut sairaalassa
- mitä sairaalahoidon aikana tehty
- tieto mahdollisista allergioista (lääke-, ruoka-aine)

#### Jatkohoito

- tieto suunnitellusta jatkohoidosta ja kuntoutuksesta (mm. siirtoepikriisi/decursus-merkinnät, hoitotyöyhteenveto, rtg-kuvat, sydänfilmit)
- nykyinen lääkitys ja siirtopäivänä saadut lääkkeet ja kellonaika
- koska viimeksi aterioinut
- tieto potilaan toimintakyvystä ja käyttämistä apuvälineistä
- tieto potilaan psyykkisestä tilasta
- tieto eri terapeuttien (puhe-, toiminta- ja fysioterapeutti) ja erityisammattiryhmien (neuropsykologi) antamasta hoidosta ja jatkosuunnitelmista sekä yhteystiedot
- sosiaalityöntekijän yhteenveto keskusteluista ja sovituista asioista ja ongelma-alueista sekä sosiaalityöntekijän yhteystiedot
- omahoitajan yhteystiedot

#### Läheisen tiedot

- yhteystiedot, sukulaisuussuhde
- läheisen osuus hoidossa
- tieto, onko läheiselle ilmoitettu siirrosta

#### Kotihoidon tiedot

- tieto potilaan aikaisemmin saaduista kotihoidon palveluista
- kotihoidon työntekijöiden yhteystiedot
- tieto, onko kotihoidon työntekijöille ilmoitettu siirrosta jatkohoitopaikkaan

## 2.3 POTILAAN KOTIUTUMINEN SAIRAALASTA

Potilaita kotiutuu sairaalasta viikon jokaisena päivänä ja kaikkina vuorokauden aikoina. Kotiutumisen jälkeen kriittisimmät ajankohdat ovat ensimmäiset vuorokaudet. Hyvin suunniteltu ja valmisteltu kotiutuminen auttaa potilasta kotona selviytymisessä ja ehkäisee uudeleen sairaalaan joutumista. Potilaat siirtyvät usein ennen kotiutumista erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon ja kuntoutukseen. Lyhyelläkin varoitusaikalla kotiutukset sujuvat hyvin, kun potilas ja läheinen ovat siihen valmiita ja yhteisistä toimintaperiaatteista sovitaan sairaalan ja kotihoidon kesken.

Lyhyellä varoitusaikalla kotiutuneiden asiakkaiden kotiutuminen sujuu, kun asiakkaalla on mukana:

- ensimmäisten päivien lääkkeet ja (erikois)hoitotarvikkeet
- selkeät kirjalliset ohjeet jatkohoidosta ja lääkityksestä
- sopivat apuvälineet
- ruokapaketti

Seuraavassa kuvataan asiakkaan kotiutumisen valmistelu sairaalassa ja kotihoidossa. Asiakkaan kotiutuminen ja kotihoito toteutuu moniammatillisena ja -toimijaisena yhteistyönä. Tarkemmin kotihoidon hoitotiimin työtä kuvataan luvussa 5.

### 2.3.1 Kotiutumisen valmistelu osastolla

Eri ammattiryhmien toiminta

*Lääkäri* tekee päätöksen potilaan kotiutumisesta keskusteltuaan asiasta potilaan ja/tai läheisen ja potilasta hoitavan tiimin kanssa. Tavoitteena on, että päätös tehdään muutamaa päivää ennen potilaan kotiin lähtöä. Hyvä kotiutumisen valmistelu alkaa kuitenkin jo heti potilaan sairaalaan tulon jälkeen. Lääkäri kirjoittaa hyvissä ajoin valmiiksi epikriisin, reseptit, hoitotarvelähetteet sekä muut tarvittavat asiakirjat. Selkeät jatkohoito-ohjeet (kotilääkitys ja hoitotoimenpiteet, koska ja missä on jälkitarkastus ja laboratorionkontrollit, ym.) turvaavat hoidon jatkuvuuden ja toiminnan sujuvuuden kotihoidossa. Sairaalan ja kotihoidon lääkärin kesken kehitetään joustava konsultaatiomahdollisuus puolin ja toisin. Asiakasta aiemmin kotihoidossa hoitanut lääkäri ja hoitotiimi antaa arvokasta tietoa asiakkaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä sairaalan työntekijöille.

Sairaalan *omahoitaja* käynnistää kotiutumisen valmistelun jo silloin, kun tavoitteeksi on asetettu potilaan mahdollinen kotiin palaaminen. Jos potilas tulee saamaan kotihoidon palveluja, ilmoitetaan jo tässä vaiheessa arvio potilaan kotiutumispäivästä kotihoidon työntekijälle; kotihoidon palveluja saaneista asiakkaista ilmoitetaan suoraan omahoitajaparille tms. vastuuhenkilölle. Tieto käynnistää kotihoidossa *varhaisen/ennakoivan kotihoidon suunnittelun*, mikä antaa joustoa kotihoidon työntekijöille suunnitella asiakkaan kotiin tulo ja kotihoidon palvelut toimiviksi. Omahoitaja valmistaa potilasta ja/tai läheistä tulevaan kotiutumiseen vähitellen potilaan sairaanhoitojakson aikana. Kotiutumispäivänä etukäteen sovitut asiat käydään läpi ja annetaan tarvittaessa lisätietoa tai tehdään niihin muutoksia. Omahoitaja keskustelee potilaan

kanssa mahdollisen hoito-, kotiutumis- tai kuntoutuskokouksen pitämisestä tai arviointikäynnin järjestämisestä potilaan kotiin. Omahoitaja kertoo kokouksen tai käynnin tarkoituksen ja niihin osallistujat. Kun potilas tietää, mitä häneltä itseltään odotetaan oman hoidon ja palveluiden suunnittelussa, on hänen helpompi aidosti osallistua päätöksentekoon. Omahoitaja ilmoittaa tarvittaessa muille sairaalan työntekijöille (sosiaalityöntekijä, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, psykologi ym.) osastolle tulleesta potilaasta ja hänen hoidon tarpeestaan, jotta nämä voivat käynnistää oman osuutensa potilaan hoidossa viiveettä ja hyvissä ajoin ennen potilaan kotiutumista.

*Sosiaalityöntekijä* osallistuu osaston hoitotiimin kokouksiin, joissa hän saa tietoa uusista potilaista ja heidän tarpeistaan sekä antaa tietoa tiimin muille jäsenille valmistelussa olleista asioista. Sosiaalityöntekijä osallistuu tarpeen mukaan myös osaston lääkärinkierroille ja käy tapaamassa potilaita osastoilla. Sosiaalityöntekijä neuvoo potilaita ja/tai läheisiä hoito- ja palveluvaihtoehtoista sekä mahdollisista sosiaalietuisuuksista ja tukimuodoista niin potilaalle kuin läheisellekin. Erikoissairaanhoidossa sosiaalityöntekijä ei aina ehdi käynnistää etuuksien hakemista, vaan sen tekee jatkohoitopaikka. Hoitoajat erikoissairaanhoidon sairaalassa ovat lyhyitä eikä potilaan kunto ja tilanne ole aina kotiutuessa niin vakiintunut, että voidaan arvioida jatkohoidon sekä sosiaalietuuksien ja tukimuotojen tarve.

Tieto sosiaalityöntekijän ja potilaan/läheisen kanssa sovituista ja vireillä olevista asioista siirtyy jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijälle ja potilasta hoitavalle osastolle potilaan suostumuksella. Myös kotihoidon työntekijät tarvitsevat näitä tietoja, jotta kotihoidossa ei aloiteta uudestaan vireillä olevien asioiden hakemista. Sosiaalityöntekijä voi tehdä merkintänsä esimerkiksi sosiaalityölehdelle, hoitotyön yhteenvedoon/sairaanhoidon läheteeseen tai omaan tiedotteeseen (kts. liite 2). Turhan työn välttämiseksi jatkohoitopaikkaan välitetään tieto myös niistä etuisuuksista ja tukimuodoista, joita on selvitetty, mutta joita potilas ei ole oikeutettu saamaan.

Sosiaalityöntekijä siirtää tietoa:

- potilaan ja/tai läheisen kanssa neuvotelluista hoito- ja palveluvaihtoehtoista
- mahdollista sosiaalietuisuuksista ja tukimuodoista
- keskeneräisistä vireillä olevista asioista
- etuisuuksista ja tukimuodoista, joihin potilaalla/läheisellä ei ole oikeutta
- potilaan ja/tai läheisen osuudesta etuuksien ja tukien hakemisessa

*Terapeutit* (fysio-, toiminta- ja puheterapeutti ym.) ja *muut erityisammattiryhmät* (esimerkiksi neuropsykologi, diabeteshoitaja) osallistuvat potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen sekä moniammatillisen tiimin kokouksiin. Fysio- ja toimintaterapeutit sekä kuntohoitajat selvittävät potilaiden apuvälineiden tarpeita sekä ohjaavat potilasta ja läheisiä niiden käytössä ja hankinnassa.

Terapeutit ja erityistyöntekijät kirjoittavat omat lausuntonsa ja jatkohoitosuunnitelmansa potilaan mukaan joko omalle erilliselle lomakkeelle (kts. liite 3), hoitotyön yhteenvedoon, sairaanhoidon läheteeseen yms. Nämä lausunnot ja jatkohoitosuunnitelmat lähetetään avoterveydenhuollossa omalle ammattiryhmälle ja potilaan suostumuksella kotihoidon työntekijöille. Kotihoidon työntekijät voivat tukea osaltaan potilaan kuntoutusta ja sairauden hoitoa kotona, kun tietävät kuntoutuksen tai hoitojen tavoitteet, potilaan omat voimavarat ja erityisesti sen, mihin potilas tarvitsee työntekijöiden tukea; onko esimerkiksi tavoitteena päivittäisen toimintakyvyn parantaminen, ylläpitäminen vai heikkenemisen hidastaminen.

Terapeutit ja erityisammattiryhmät siirtävät tietoa:

- potilaan saamasta hoidosta ja kuntoutuksesta sairaalassa

- jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelmista, ruokavaliosta ym. kotihoidossa
- asiakkaan ja/tai läheisen osuudesta jatkohoidossa
- keskeneräisistä, vireillä olevista asioista
- hankituista/hankittavista apuvälineistä
- tehdyistä/tarvittavista kodin muutostöistä

Kotiutumista tukevat toimintakäytännöt

### **Moniammatillinen tiimi**

Sairaalassa potilaan hoito on tiimityötä, jossa on monenlaista ammatillista asiantuntemusta. Moniammatillisissa kotiutumis-, kuntoutus- tai hoitokokouksissa suunnitellaan ja päätetään potilaiden hoidosta ja jatkosuunnitelmista. Tiimin kokoonpano vaihtelee potilaiden hoidon tarpeen mukaan. Sairaalan omahoitaja koordinoi tiimin kokoontumisia. Sairaalassa moniammatillisen tiimin jäsenenä voivat olla tarpeen mukaan osaston lääkäri, osaston muut työntekijät, fysio- ja toimintaterapeutti, puheterapeutti, kuntohoitaja, sosiaalityöntekijä, erityisammattiryhmät (esimerkiksi neuropsykologi, diabetes- ja sydänhoitaja, ravitsemusterapeutti).

### **Arviointikäynti**

Potilaan vuodeosastohoidon aikana (terveyskeskuksessa) tehdään potilaan kotiin *ns. arviointikäynti/-ejä* silloin, kun se on potilaan kokonaishoidon kannalta tarpeellista. Arviointiryhmän kokoonpano riippuu potilaan hoidon ja palveluiden tarpeesta. Arviointikäynnin koordinoi yleensä sairaalan fysio- tai toimintaterapeutti, joka sopii käyntiajan myös kotihoidon työntekijöiden kanssa (ilmoitus kotihoidon esimiehelle tai omahoitajaparille). Kotihoidon omahoitajapari, ainakin vastuuhoitaja, osallistuu arviointikäynneille, jos potilas siihen suostuu ja/tai se on potilaan jatkohoidon kannalta tarpeellista.

Arviointikäynneille potilaan kotiin voi potilaan lisäksi tarpeen mukaan osallistua läheinen, sairaalan fysio- ja/tai toimintaterapeutti/kuntohoitaja, sairaalan omahoitaja, kotihoidon työntekijä (omahoitajapari), avoterveydenhoidon puuseppä, avoterveydenhoidon sosiaalityöntekijä, avoterveydenhoidon yhteyshoitaja ja kotiutushoitaja tms. (jos olemassa). Kaikkien tarvittavien työntekijöiden tapaamisella voidaan sopia yhteisistä tavoitteista, mutta toisaalta tulee varmistaa, että asioissa edetään potilaan ehdoilla ja ettei arviointikäynnistä muodostu potilaalle hankala ja rasittava tilanne.

Näillä käynneillä arvioidaan potilaan kotona selviytymistä sekä kodin muutostöiden ja apuvälineiden tarvetta. Kotihoidon työntekijät pystyvät vertaamaan jo kotihoitoa saaneen asiakkaan aikaisempaa kotona selviytymistä tämänhetkiseen tilanteeseen ja näin antamaan arvokasta tietoa asiasta sairaalan työntekijöille. Kotikäynnin jälkeen tarvittavien kodin muutostöiden tekeminen ja apuvälineiden hankkiminen käynnistetään. Tavoitteena on, että kodin muutostyöt tehdään valmiiksi ja tarvittavat apuvälineet hankitaan ennen asiakkaan kotiutumista. Mikäli kodinmuutostöihin haetaan avustusta, päätöksen tekee tilanteen mukaan vammaishuollon tai vanhustenhuollon sosiaalityöntekijä. Arviointikäynneistä tehdään kotikäyntiraportti, josta ilmenee, mitä käynnillä päätettiin ja ketä päätökset koskevat. Tämä raportti tai ainakin kirjallinen tieto päätetyistä asioista annetaan, potilaan luvalla, myös kotihoidon työntekijöiden tietoon.

### **Hoito-, kotiutumis- tai kuntoutuskokous**

Ennen potilaan kotiutumista järjestetään tarvittaessa sairaalassa moniammatillinen *hoito-, kotiutumis- ja/tai kuntoutuskokous*, jossa päätetään kotiutumisen ajankohdasta sekä palvelui-

den ja hoidon tarpeesta kotihoidossa. Tiimin kokoonpano vaihtelee potilaan hoidon ja palvelujen tarpeen mukaan. Kotihoidon omahoitajapari, ensisijaisesti vastuuhoitaja, on mukana kokouksessa, jos potilas antaa luvan siihen ja/tai se on potilaan jatkohoidon kannalta tarpeellista. Joissakin tapauksissa kokous voidaan pitää potilaan kotona arviointikäynnin yhteydessä. Tästä asiasta sovitaan aina erikseen potilaan, läheisen, sairaalan työntekijöiden ja omahoitajaparin kesken. Sovitut asiat kirjataan ja tieto asioista tulee myös potilaan luvalla kotihoidon työntekijöille. Jos potilaan kotihoidon palvelut on aiemmin tuottanut vain yksityinen yritys tai vapaaehtoistyöjärjestö, niin myös heidän edustajansa kutsutaan tarvittaessa kokoukseen tai heidän kanssa keskustellaan potilaan tarvitsemasta jatkohoidosta puhelimitse, mikäli se potilaan jatkohoidon kannalta on tarpeellista ja potilas antaa siihen suostumuksen.

Hoito-, kotiutus- ja/tai kuntoutuskokoukseen voivat osallistua:

- potilas
- läheinen
- sairaalan omahoitaja tai vastaava
- osaston lääkäri
- sairaalan eri terapeutit ja erityisammattiryhmien edustajat
- kotihoidon työntekijä (omahoitajapari)
- avoterveydenhuollon yhteyshoitaja
- kotiutushoitaja (jos olemassa)
- (yksityisen yrityksen tai vapaaehtoisjärjestön edustaja)

### **Kotiloma**

Potilas voi olla kotona muutamia päiviä (esimerkiksi viikonloppuja) ennen varsinaista kotiutumistaan. Kotiloman avulla arvioidaan potilaan selviytymistä ja palveluiden tarvetta kotona. Kotiloman aikana potilas on edelleen sairaalan potilas ja hän yleensä palaa takaisin sairaalaan, jossa päätetään lopullinen jatkohoito ja palvelut. Kotihoidon työtyöntekijä (omahoitajapari) osallistuu kotiloman suunnitteluun ja arviointiin yhdessä potilaan, läheisten ja sairaalan työntekijöiden kanssa.

### **Koekotiutus**

Ns. koekotiutus järjestetään sairaalan potilaalle silloin, jos kotona selviytyminen tuntuu potilaasta, läheisistä tai työntekijöistä epävarmalta. Koekotiutuksella voidaan myös arvioida sitä, onko koti potilaan kannalta paras jatkohoitopaikka vai täytyykö harkita muita vaihtoehtoja. Koekotiutuksen aikana potilas voi palata suoraan osastolle, josta on lähtenyt kotiin. Sairaalan ja kotihoidon työntekijät (omahoitajapari), potilas ja läheinen yhdessä sopivat koekotiutuksen pituudesta sekä arvioivat sen onnistumista. Sairaalan henkilökunta tarvitsee myös palautetta siitä, miten koekotiutus on onnistunut. Palautteen sairaalaan antaa potilasta kotona hoitanut työntekijä (omahoitajaparin edustaja).

## **2.3.2 Varhainen/ennakoiva suunnittelu ja kotiutumisen koordinointi kotihoidossa**

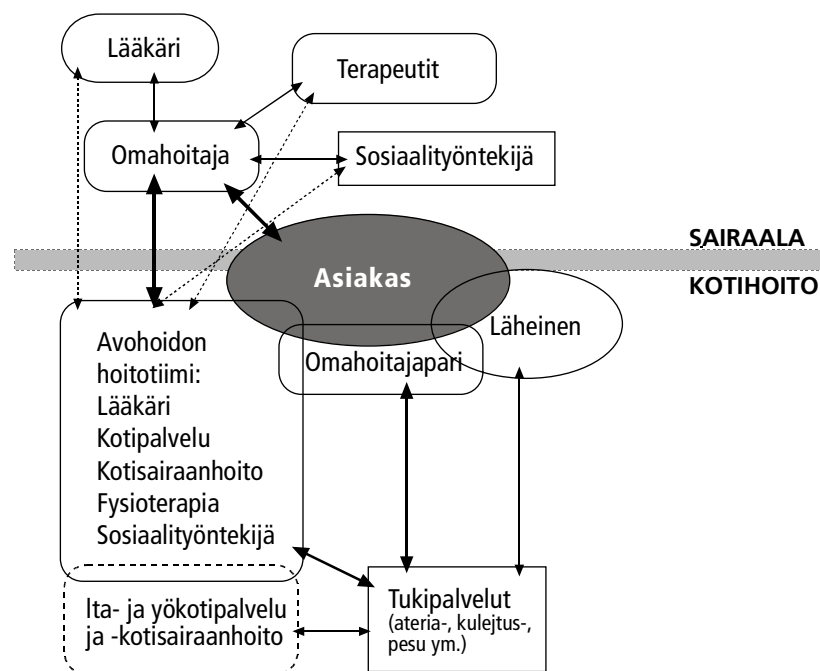
Kotihoidon työntekijöiden on tärkeää saada tieto mahdollisimman varhain tulevasta kotihoidon asiakkaasta, jotta asiakkaan varhainen/ennakoiva kotihoidon suunnittelu voidaan käynnistää. Hoidot ja palvelut voidaan suunnitella asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla ja organisoida etukäteen, sopia omahoitajaparista sekä alustavasti työnjaosta ja yhteisestä

kotipalvelun ja kotisairaanhoidon ensi/arviointikäynnistä. Jos asiakkaan arvioitu kotiutumis aika muuttuu, voidaan palvelujen aloittamista helposti siirtää. Tämä aiheuttaa vähemmän ylimääräistä työtä kotihoidolle kuin kotiutumis, jotka tulevat hyvin lyhyellä varotusajalla ja joihin liittyy usein myös puutteellinen kotiutumisen valmistelu. Tällöin myös asiakkaan hoidon laatu kärsii. Yhteydenotto kotihoitoon jo aikaisemmin kotihoidon palveluja saaneen asiakkaan kohdalla on tärkeää myös siksi, että kotihoidon työntekijät voivat antaa tietoa sairaalan työntekijöille asiakkaan jatkohoidon suunnitteluun tai ilmaista käsityksensä siitä, mikä olisi potilaalle mahdollisesti paras hoitopaikka.

Uusille kotihoitoon tuleville asiakkaille muodostetaan *hoitotiimi* ja nimetään *omahoitajapari*. Hoitotiimi sopii yhdessä siitä, kumpi omahoitajaparin jäsenistä ottaa vastuun asiakkaan hoidosta ja palveluista. *Vastuuhenkilö* määräytyy potilaan terveydentilan sekä hoidon ja palvelujen mukaan. Asiakkaan tilanteen muuttuessa vastuuhenkilö voidaan tarvittaessa muuttaa. Aikaisemmin kotihoidon asiakkaana olleiden kohdalla tarkistetaan, onko tarpeen muuttaa hoitotiimin kokoonpanoa, omahoitajaparia tai vastuuhoitajaa. Omahoitajapari laatii alustavan suunnitelman asiakkaan kotiutumisesta ja kotihoidosta. (Kuvio 4)

Omahoitajaparin tehtävät asiakkaan sairaalahoidon aikana

- suunnittelee, koordinoi ja sopii hoidon ja palvelut sekä työnjaon
- kutsuu tarvittaessa kotihoidon hoitotiimin koolle
- käy mahdollisesti tutustumassa uuteen kotihoidon piiriin tulevaan asiakkaaseen sairaalassa tai neuvottelee asiakkaan ja läheisen kanssa puhelimitse
- neuvottelee sairaalan eri työntekijöiden kanssa asiakkaan kokonaishoidosta
- osallistuu tarvittaessa kotiutumis-/hoito-/kuntoutuskokouksiin ja arviointikäynteihin
- suunnittelee ja arvioi sairaalan työntekijöiden kanssa potilaan kotilomien ja koekotiutusten onnistumista
- tarvittaessa opettelee uusien apuvälineiden käytön tai hoitotoimenpiteiden toteuttamisen



KUVIO 4 PALKOmalli: Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta

Omahoitajaparin edustaja on yhteydessä läheisiin ja sopii alustavasti läheisen osallistumisesta hoitoon jo ennen asiakkaan kotiutumista, mikäli asiakas niin haluaa tai se on asiakkaan kotiutumisen ja kotihoidon kannalta välttämätöntä.

### 2.3.3 Tietoa vuodeosastolta kotihoitoon

Sairaalan omahoitaja tai työvuorossa oleva hoitaja ilmoittaa sairaalan sosiaalityöntekijälle, eri terapeuteille ja muille erityisammattiryhmille potilaan varmistuneesta kotiutumispäivästä. Näin eri ammattiryhmät ehtivät hoitaa potilaan asiat kuntoon omalta osaltaan (esim. hankkia sopivat apuvälineet) ennen tämän kotiutumista. Potilaan kotiutumispäivä ilmoitetaan myös viiveettä läheiselle ja kotihoitoon. Tavoitteena on, että sairaalasta kotiutuvasta potilaasta ilmoitetaan vain yhdelle kotihoidon työntekijälle, joka välittää tiedon tarvittaessa toiselle osapuolelle. Jos potilas ei ole aikaisemmin käyttänyt kotihoidon palveluja, tieto välitetään joko kotipalvelun (esimerkiksi kotipalveluohjaaja) tai kotisairaanhoidon edustajalle potilaan terveydentilan sekä hoidon ja palveluiden tarpeen mukaan.

Sairaalan työntekijä ilmoittaa *aikaisemmin kotihoidon* asiakkaana olleen potilaan kotiutumisesta:

- ensisijaisesti omahoitajaparille (tai vastaavalle) virka-aikana
- kotihoidon (kotipalvelun tai kotisairaanhoidon) esimiehelle, jos omahoitajapariin ei saada yhteyttä tai yhteystietoja ei ole tiedossa
- päivystävälle kotihoidon työntekijälle iltaisin, (öisin) ja viikonloppuisin
- omahoitajaparin puhelinvastaajaan tai sähköpostiin öisin (ei viikonloppuna)

Sairaalan työntekijä ilmoittaa *uuden kotihoitoon tulevan* asiakkaan kotiutumisesta:

- kotihoidon (kotipalvelun / kotisairaanhoidon) esimiehelle virka-aikana
- päivystävälle kotihoidon työntekijälle iltaisin, (öisin) ja viikonloppuisin

Tilanteita, jolloin ilmoitus kotihoitoon tulevasta asiakkaasta tehdään johonkin keskitettyyn toimipisteeseen / numeroon (esimerkiksi sairaanhoidon neuvonta-numeroon):

- omahoitajapariin tai vastaavaan ei saada yhteyttä
- potilas kotiutuu yöllä eikä viestiä voida tietosuoja vaarantamatta jättää puhelinvastaajaan tai sähköpostiin
- päivystävän työntekijän puhelinnumeroa ei ole tiedossa

Kotiutumispäivän ilmoittamisen yhteydessä sairaalan ja kotihoidon työntekijät sopivat kotiutumiseen liittyvistä yksityiskohdista ja ensimmäisen kotikäynnin ajankohdasta. Sairaalan omahoitaja antaa myös raportin potilaan sen hetkisestä voinnista ja ilmoittaa, jos ennakolta sovittuihin hoitoihin ja palveluihin on tullut muutoksia. Sairaalan omahoitaja (tai vuorossa oleva hoitaja) ilmoittaa myös asiakkaan yökotihoidon tarpeesta, jotta kotihoidon työntekijä voi järjestää palvelut.

Kotiutumispäivän varmistuttua sairaalan omahoitaja tai vastaava ilmoittaa kotihoitoon:

- kotiutumispäivän ja kellonajan
- potilaan voinnin ja varmistuneen jatkohoidon sekä palveluiden tarpeen
- kulkuvälineen (taksi, ambulanssi, oma auto)
- saattajan / vastaanottajan



- mukana olevat lääkkeet, (erikois)hoitotarvikkeet ja apuvälineet
- asiakkaan mukana siirtyvät asiakirjat (esim. reseptit, omakansio, hoito-ohjeet)

Ennen potilaan kotiin lähtöä omahoitaja kertoo asiakkaan kanssa kotiutumiseen liittyvät asiat ja aiemmin annetut kirjalliset kotiutumisohjeet sekä huolehtii tarvittavat asiakirjat ja tarvikkeet potilaan mukaan. Kirjallisissa ohjeissa on myös maininta, mihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos kotona oleminen ei onnistu. Ennen lähtöä potilas aterioi sairaalassa, ja hänelle annetaan tarpeeksi aikaa valmistautua kotiin lähtemiseen. Potilas lähtee sairaalasta useimmiten läheisen saattamana. Jos läheinen ei pysty saattamaan asiakasta kotiin tai ei ole häntä vastassa kotona, järjestää sairaalan omahoitaja (tai työvuorossa oleva hoitaja) asiakkaalle saattajan tai vastaanottajan kotiin, mikäli asiakas sitä toivoo tai tarvitsee. Asiakkaan voi saattaa sairaalasta kotiin omahoitaja tai joku muu työntekijä tai taksin kuljettaja. Myös kotihoidon tai vapaaehtoisjärjestöjen työntekijä voi hakea asiakkaan sairaalasta kotiin tai olla asiakasta vastassa kotona.

Paljon apua tarvitsevien potilaiden kotiutumisessa on mukana sairaalan (moniammatillisen) hoitotiimin edustajia. Tällöin kotiutumiseen osallistuvat potilaan ja läheisen lisäksi sairaalasta omahoitaja, sosiaalityöntekijä, fysio- ja/tai toimintaterapeutti. Avoterveydenhuollosta ovat paikalla mahdollinen alueen yhteyshoitaja (kotiutushoitaja tms.) sekä omahoitajapari. Tarvittaessa mukana on vielä avoterveydenhoidon puuseppä, joka voi suorittaa pieniä kodinmuutostöitä.

## Tiedon välittäminen sairaalasta kotihoitoon

Sairaalan omahoitaja suunnittelee ja koordinoi potilaan kotiutumista potilaan sairaalajakson aikana. Hän neuvottelee tulevasta kotiutumisesta potilaan ja/tai läheisen kanssa ja selvittää näiden odotukset ja toiveet hoidosta ja palveluista sekä heidän oman osuutensa hoidossa. Omahoitaja konsultoi sairaalan moniammatillisen tiimin jäseniä ja kokoaa yhteen eri ammattiryhmien edustajien tiedot potilaan jatkohoidosta ja -kuntoutuksesta sekä palveluista. Omahoitaja on myös yhteydessä kotihoidon työntekijöihin potilaan sairaalahoidon aikana suunnitellakseen hoitoja ja palveluja kotona. Jos asiakas on saanut palveluita vain yksityisiltä palveluiden tuottajilta tai järjestöjen edustajilta, niin myös näiden tahojen kanssa, asiakkaan luvalla, neuvotellaan etukäteen asiakkaan kotiutumisesta ja tulevasta palvelujen tarpeesta.

Tieto asiakkaan kotiutumisesta välitetään kotihoidon työntekijöille yleensä puhelimitse. Kirjallinen tieto annetaan potilaalle tai lähetetään sähköisesti, jos eri organisaatioiden välillä on yhteinen potilastietojärjestelmä ja jos tietosuoja toteutuu. Lisäksi asiakkaan mukana ovat mahdolliset reseptit ja hoitotarvikkeita koskeva määräys. Reseptissä tulee olla riittävän suuri annosmäärä, ettei sitä jouduta heti uusimaan kotihoidossa. Jos kyseessä on harvinaisempi lääke tai erikoishoitotarvike (avannepussi, virtsakatetri), ilmoitetaan siitä hyvissä ajoin kotihoidon työntekijöille, jotta nämä ehtivät tilata lääkkeet tai tarvikkeet valmiiksi.

Sairaalan omahoitaja (tai vastaava hoitaja) kirjoittaa sairaanhoitajan lähetteen / hoitotyön yhteenvedon ja tarkistaa, että asiakkaan lääkemääräykset ovat yhtäläiset eri asiakirjoissa ja reseptit ovat kunnossa. Hän myös tarkistaa, että eri terapeuttien, sosiaalityöntekijöiden ja muiden erityisammattiryhmien loppulausunnot/-yhteenvedot ja jatkohoitosuunnitelmat on tehty ja liitetty potilaan asiakirjoihin. Tieto annetaan asiakkaan suostumuksella, avoterveydenhuollon terapeuteille tai erityistyöntekijöille sekä kotihoidon hoitotiimille, vaikka hoito tai kuntoutus ei jatkuisikaan kotihoidossa. Tavoitteena on, että eri työntekijöiden yhteenvedot potilaalle annetusta hoidosta ja suunnitellusta jatkohoidosta kootaan yhdelle



lomakkeelle, esimerkiksi hoitotyön yhteenvedon tai epikriisiin. Jos lausuntoja tai epikriisi puuttuu, omahoitaja huolehtii siitä, että ne toimitetaan jälkikäteen asiakkaalle ja kotihoitoon. Kotihoidon työntekijä konsultoi myös tarvittaessa ja asiakkaan luvalla sairaalan sosiaalityöntekijää ja/tai muita erityisammattiryhmien edustajia (fysio- ja toiminaterapeutti, neuropsykologi ym.).

## Tiedon sisältö

Sairaalan ja kotihoidon työntekijöiden kesken sovitaan, mitä asiakastietoja kotihoitoon siirretään. Sairaalan omahoitaja neuvottelee myös potilaan ja/tai läheisen kanssa siitä, mitä tietoa on oleellista siirtää kotihoitoon hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Omahoitaja merkitsee suostumuksen tai kiellon tietojen siirtämisestä potilaan asiakirjoihin. Kotihoidon työntekijät tarvitsevat samanlaista kirjallista tietoa kuin potilasta hoitavat henkilöt jatkohoitopaikan sairaalassa (ks. luku 2.2.1 Tiedon sisältö). Lisäksi tarvitaan tietoa seuraavista asioista:

Kotiutumista ja kotona selviytymistä tukevat käytännöt sairaalahoidon aikana:

- onko sairaalasta tehty potilaan kotiin arviointikäynti, jossa on suunniteltu mahdollisia asunnon muutostöitä, mitä nämä muutostyöt ovat, kuka ne toteuttaa ja koska ne tehdään vai onko jo tehty
- onko pidetty hoito-/kotiutumis-/kuntoutuskokous ja mitä siinä päätetty
- onko potilas ollut kotilomalla / tehty koekotiutus ja miten se on onnistunut

Kotiutuminen:

- mihin aikaan ja kenen kanssa potilas kotiutuu
- mitä lääkkeitä ja koska sairaalassa annettu, ja onko ensimmäisten vuorokausien lääkkeet mukana, onko erikoislääkkeitä
- tieto, koska viimeksi syönyt ja onko mukana mahdollinen ruokapaketti
- tieto potilaan tarvitsemista erikoishoitotarvikkeista, ja onko niitä mukana
- yökotisairaanhoidon tarve ja kuka sen tilaa vai onko jo tilattu
- läheisen osuus kotiutumisessa: saattaa, tekeekö jotain muuta samalla, esimerkiksi hakee ruokaa kaupasta tai lääkkeitä apteekista
- jo kotihoidon piirissä olevan asiakkaan kunnon muutoksesta suhteessa aikaisempaan ja palveluiden tarpeen mahdollisesta muuttumisesta

## 2.3.4 Kotihoidon käynnistyminen

Asiakkaan kotiutumisesta pyritään sairaalasta ilmoittamaan vain yhdelle kotihoidon työntekijälle, vaikka asiakas saisi sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja. Ilmoitus tehdään aikaisemmin asiakasta hoitavalle kotihoidon työntekijälle (omahoitajaparille) tai kotihoidon esimiehelle (kts. tarkemmin luku 2.3.3). Tiedon saanut kotihoidon työntekijä huolehtii tiedon välittämisestä toiselle osapuolelle sekä muille asiakkaan hoitoon osallistuville tahoille. Ilmoitus annetaan yleensä puhelimitse, toisinaan sähköisesti. Kun asiakas siirtyy kotiin, etukäteen suunnitellut hoidot ja palvelut käynnistetään. Kotiutumisten varhainen/ennakoiva suunnittelu antaa kotihoidolle joustoa hoitaa myös lyhyellä varoitusajalla kotiutuvien asiakkaiden tilanteet.

Kotiutumistilanne etenee asiakkaan ehdoilla. Kotona jo sairaalahoidon aikana sovitut asiat (palvelut, käyntiajat, työnjako) kerrataan asiakkaan, läheisen, kotihoidon työntekijän (omahoitajapari) ja mahdollisesti sairaalan omahoitajan kanssa ja tarvittaessa niihin tehdään muu-

toksia. Jos asiakkaalle on sairaalasta käsin määrätty esimerkiksi jälkitarkastusaika poliklinikalle tai verinäytteiden ottoa kotihoidossa, sovitaan alustavasti siitä, miten asiakas menee jälkitarkastukseen tai koska ja missä (kotona vai terveysasemalla) kokeet otetaan. Sovitut asiat kirjataan asiakkaan asiakirjoihin (omakansioon).

Asiakkaan omahoitajapari ilmoittaa palveluiden alkamisesta kotipalveluohjaajalle, joka määrittelee asiakasmaksut ja tekee viralliset sopimukset palveluista. (Ilta-) yökotihoidon, tukija turvapalveluiden tilaamisen voi tehdä omahoitajapari tai kotihoidon esimies. Jos kuntoutus jatkuu kotihoidossa, asiakas/läheinen, omahoitajapari ja fysioterapeutti/kuntohoitaja sopivat keskenään, miten nämä käynnit sovitetaan muuhun kotihoitoon. Myös asiakkaan mahdollinen osallistuminen päiväkeskus-, kerho- tai päiväsaaralatoimintaan sovitetaan asiakkaan päivärhythmiin asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Tarkoitus on, ettei asiakasta rasiteta liian monen työntekijän käynnillä samana päivänä (samaa aikaan). Tällöin myös työntekijät saattavat häiritä toistensa toimintaa. Tärkeää on myös tietää, milloin asiakas ei ole kotona, jotta kotihoidon työntekijät tai tukipalveluiden antajat eivät käy turhaan tavoittelemassa asiakasta.

Kotipalveluohjaaja voi osallistua sairaalan jälkeiselle ensikäynnille, jos se on asiakkaan kokonaishoidon näkökulmasta tarpeellista (esim. uudet kotihoitoon tulevat asiakkaat, mielen-terveyspotilaat tai monia palveluja tarvitsevat asiakkaat) tai asiakas/läheinen toivoo sitä. Muussa tapauksessa kotipalveluohjaaja käy tarvittaessa myöhemmin neuvottelemassa ja sopimassa kotihoidosta asiakkaan kanssa.

Arviointi kotona selviytymisestä ja palveluiden riittävydestä tehdään arviointikäynnillä, kun kotiutumisen on kulunut noin yhdestä kahteen viikkoon ja asiakkaan tilanne sekä palveluiden tarve on vakiintunut. Arvioinnin tekee asiakas ja/tai läheinen sekä omahoitajapari. Kotipalveluohjaaja osallistuu arviointikäynnille, jos se on asiakkaan kokonaishoidon kannalta oleellista tai jos asiakas ja/tai läheinen sitä toivoo. Arviointikäyntien määrä ja suoritusajankohta sekä käynneille osallistujat sovitaan aina erikseen asiakaskohtaisesti.

## 2.4 ASIAKKAAN KOTIHOITO

Asiakkaan halu kotona asumiseen, riittävät apuvälineet ja kotiympäristön vastaaminen asiakkaan tarpeisiin ovat kotihoidon onnistumisen edellytyksiä. Tavoitteena on, että kodin muutostyöt on tehty ja apuvälineet hankittu ennen asiakkaan sairaalasta kotiutumista. Kulkemista helpottavat apuvälineet valitaan niin, että asiakas on itse niihin tyytyväinen ja niiden kanssa mahtuu hyvin kulkemaan niin kotona kuin ulkonakin. Läheiset, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät sekä tukipalveluiden antajat auttavat asiakasta silloin, kun asiakkaan omat voimavarat eivät enää riitä yksin kotona selviytymiseen. Lisäksi asiakkaan läheiset osallistuvat usein merkittävällä tavalla asiakkaan hoitoon.

Tiivis asiakkaan ja tämän läheisen, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyö on perusta kotihoidon onnistumiselle. Terveysaseman omalääkäri (joskus yksityislääkäri) vastaa kotihoitopotilaan lääketieteellisestä hoidosta ja ympärivuorokautisen hoidon turvaa yökotihoito ja turvapalvelutoiminta. Myös asiakkaan saamat erilaiset kunnalliset ja yksityiset tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous-, turvapuhelin- yms. palvelut), päiväsaairaala- ja päiväkeskustoiminta sekä periodihoito muodostavat tärkeän osan kotihoitoa. Avoterveydenhuollon fysioterapeutti osallistuu asiakkaan kuntoutukseen, selvittää kodinmuutostöiden tarpeen, neuvoo erilaisten apuvälineiden käytön ja ylläpitää apuvälinevarastoa. Avoterveydenhuollon sosiaalityöntekijät tai avohuollon vanhustenhuollon sosiaalityöntekijät koordinoivat ja järjestävät lyhyt- (lomapaikat, intervallihoito) ja pitkäaikaisia laitoshoitopaikkoja. Lisäksi avoterveydenhuollossa toimii monia erityisammattiryhmiä (mm. puhe- ja ravitsemusterapeutti, psykologi, diabeteshoitaja, jalkojenhoitaja, kylvettäjä) sekä yksityisten palveluiden tuottajien, potilas/vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakuntien työntekijöitä, jotka auttavat asiakasta päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Kotona asumista tukevia uusia käytäntöjä on mm. kotisairaaloiminta ja ennaltaehkäisevät kotikäynnit iäkkäiden ihmisten luokse.

### 2.4.1 Moniammatillinen tiimityö

#### Hoitotiimi

Kotihoidon ammatillinen toiminta, viiveetön tiedon siirtyminen eri tahojen välillä sekä toisen työn tunteminen ja arvostaminen tukevat asiakkaan hyvää hoitoa ja auttavat tämän kotona selviytymistä. Toiminta kotihoidossa vaatii moniammatillista yhteistyötä, jossa jokaisen työntekijän (erityis)osaaminen käytetään hyväksi asiakkaan hoidossa. Tätä varten kotihoidon asiakkaalle nimetään hoitotiimi, jonka kokoonpano voi vaihdella asiakkaiden tarpeiden mukaan; tiimin jäseninä ovat ainakin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät ja omalääkäri. Tarvittaessa tiimiin kuuluu erityistyöntekijöitä kuten fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä jne. Ilta- ja yökotisairaanhoido kuuluu osana tiimin toimintaan tai on kiinteässä yhteistyössä tiimin kanssa. Myös yksityiset palveluiden tuottajat ja ns. kolmannen sektorin edustajat (esim. potilas/vapaaehtoisjärjestöjen- ja seurakunnantyöntekijät) kytketään tarvittaessa tiimin toimintaan, jos asiakas antaa siihen luvan. Tiimin vastuulla on useita asiakkaita, ja tiimi muodostuu henkilöistä, jotka muutenkin hoitavat ja antavat palveluita asiakkaille.

Hoitotiimin jäseniä voivat olla:

- avoterveydenhuollon lääkäri
- kotipalvelun työntekijät
- kotisairaanhoidon työntekijät
- ilta- ja yökotihoidon edustajat
- tuki- ja turvapalveluiden edustajat
- fysio- ja toimintaterapeutit
- avoterveydenhuollon / vanhustyön sosiaalityöntekijät
- erityisammattiryhmien edustajat (kuten diabetes- ja jalkojenhoitaja, puheterapeutti, psykologi)
- yksityiset palveluiden tuottajat
- kolmannen sektorin edustajat

Hoitotiimi kokoontuu säännöllisesti, ja tarpeen vaatiessa asiakkaan omahoitajapari voi kutsua tiimin koolle ylimääräiseen kokoukseen. Hoitotiimin sisällä sovitaan kirjallisesti tiimin tehtävistä, työnjaosta, vastuista sekä jokaisen osuudesta hoidossa ja palveluissa. Tiimissä pohditaan myös, miten työntekijöiden ammattitaitoa ylläpidetään ja kehitetään edelleen. Tarvittaessa järjestetään toimipaikkakoulutusta (esimerkiksi erilaisten sairauksien oireiden tunnistamisesta, lääkkeiden sivuvaikutuksista ja yhteisvaikutuksista, neuropsykologisista oireista, sokeritasapainosta) ja/tai työntekijät lähetetään talon ulkopuoliseen koulutukseen. Myös tehtävien siirrosta ammattiryhmältä toiselle käydään perusteellisia keskusteluja ja tehdään kirjalliset päätökset mahdollisten muutosten toteuttamisesta.

Hoitotiimin tehtävänä on mm.

- hyödyntää tiimin sisäinen asiantuntijuus asiakkaan parhaaksi
- toteuttaa asiakkaan hoidot ja palvelut
- arvioida yhdessä asiakkaan hoitoa ja palveluita
- sopia yhteisistä toimintaperiaatteista ja tiedonkulun menetelmistä
- keskustella tietosuoja-asioista ja vastuukysymyksistä
- pohtia toimipaikka- ym. koulutuksen tarvetta

Tiimissä keskustellaan myös siitä, mitä tietoja tiimin jäsenet tarvitsevat asiakkaasta ja sovitaan tietojen kirjaamisesta ja välittämisestä eri tahojen kesken. Jokaisella tiimin jäsenellä tulee olla riittävä ja ajantasainen tieto asiakkaan tilanteesta ja kokonaishoidosta, jotta he voivat huolehtia omasta osuudestaan parhaalla mahdollisella tavalla. Myös asiakkaan tulee olla tietoinen tiimin sisäisestä tiedon välityksestä.

Hoitotiimin kesken tiedottamisesta on sovittu...

- mistä asioista tiedotetaan
- miten tiedotetaan; suullinen (puhelin, tapaaminen) vai kirjallinen (sähköposti, omahoitokansio, viestivihko, tekstiviesti tms.)
- kuka tiedottaa
- kenelle tiedotetaan
- milloin tiedotetaan

## Omahoitajapari ja vastuuhoitaja

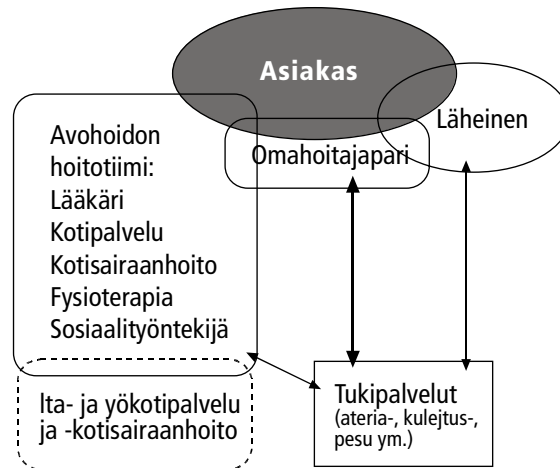
Hoitotiimin jäsenistä nimetään asiakkaalle *omahoitajapari*. Omahoitajapari tuntee asiakkaansa ja hänen tarpeensa ja ottaa päävastuun asiakkaan kotihoidosta ja palveluista. Useimmiten omahoitajaparina toimivat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät yhdessä, mutta omahoitajaparina voivat toimia myös esimerkiksi kotipalvelun työntekijä ja sosiaalityöntekijä tai kotisairaanhoitaja ja fysioterapeutti yhdessä. Omahoitajaparin kokoonpano riippuu asiakkaan palveluiden ja hoidon tarpeesta. Omahoitajaparin jäsenet toimivat toistensa tukena; auttavat käytännön työssä, antavat konsultaatioapua ja henkistä tukea.

Omahoitajapari laatii asiakkaan ja/tai läheisten kanssa kotihoidon asiakkaille hoito- ja palvelusuunnitelman, jossa määritellään asiakkaan saama hoito ja palvelut sekä asiakasmaksut. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta keskustellaan, asiakkaan luvalla, myös tiimikokouksissa. Omahoitajapari, ensisijaisesti vastuuhoitaja, neuvottelee asiakkaan ja/tai läheisten kanssa myös siitä, mitä tietoja hoitotiimin jäsenet tarvitsevat palveluiden sujumuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Asiakkaalta hankitaan kirjallinen lupa tietojen siirtämiseen. Niitä tietoja, joihin asiakas on antanut luvan, voidaan siirtää työntekijöiltä toiselle tietosuojaa vaarantamatta. Asiakkaan kieltäytyminen tietojensa luovuttamisesta merkitään asiakkaan asiakirjaan ja tästä tiedotetaan kaikkia hoitotiimin jäseniä.

Omahoitajaparin tehtävänä kotihoidossa on mm.

- osallistua asiakkaan hoitoon yhtenä hoitotiimin jäsenenä
- laatia hoito- ja palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa
- koordinoita eri palvelut saumattomasti yhteen asiakkaan parhaaksi
- vastata siitä, että asiakas selviytyy kotona ja hänellä on riittävät palvelut käytettävänä
- keskustella asiakasmaksuista ja erilaisista tukimuodoista asiakkaan ja läheisten kanssa
- arvioida ja seurata asiakkaan hoidon ja palveluiden tarvetta ja tekee tarvittavat muutokset
- koota eri työntekijöiltä ja asiakkaalta/läheiseltä saamansa tiedon yhteen
- vastata viime kädessä asiakasta koskevasta tiedonkulusta hoitotiimin sisällä ja muiden ulkopuolisten tahojen kanssa
- vastata asiakkaan tietojen päivittämisestä
- välittää asiakkaan / läheisten mielipiteet ja toiveet hoidosta ja palveluista tiimin jäsenille
- välittää asiakkaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista tiimin jäsenille

Omahoitajaparin jäsenistä toinen nimetään *vastuuhoitajaksi*. Hoitotiimi yhdessä omahoitajaparin kanssa sopii siitä, kumpi omahoitajaparin jäsenistä ottaa päävastuun asiakkaan hoidosta ja palveluista. Vastuuhoitaja määräytyy asiakkaan terveydentilan vaatiman hoidon ja tarpeiden mukaan, joko kotisairaanhoidon tai kotipalvelun edustaja. Vastuuhoitaja voidaan vaihtaa joustavasti asiakkaan hoidon ja palveluiden muuttuessa. Vastuuhoitajaksi nimeäminen ei muuta esim. kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväalueita ja vastuita. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. PALKOmalli: Asiakkaan kotihoito

## 2.4.2 Eri ammattiryhmien edustajat asiakkaan kotihoiton tukena

### Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden toiminta

Asiakkaan kotihoitoa tukee kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sekä tukipalveluiden toiminta. Kotisairaanhoidon asiakkuuteen tarvitaan lääkärin päätös. Kotipalvelun asiakkuudesta päättää kotipalveluohjaaja tai vastaava, joka tekee useimmiten päätökset myös tukipalveluista. Asiakas tai läheinen voi ottaa suoraan yhteyttä kotihoiton työntekijöihin ja tiedustella kotihoiton asiakkaaksi pääsyä. Usein asiakasta hoitava lääkäri (avoterveydenhuollon, sairaalan tai yksityisen tahon) kirjoittaa lähetteen kotihoitoon. Myös muut ammattiryhmät, kuten sosiaalityöntekijä, fysio- tai toimintaterapeutti, terveydenhoitaja, voivat suositella asiakasta kotihoiton piiriin. Asiakas kuitenkin itse viime kädessä päättää siitä, haluaako hän kotihoiton asiakkaaksi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluista peritään asiakasmaksua, jonka suuruuteen vaikuttavat asiakkaan taloudellinen tilanne sekä asiakkaan saamat palvelut ja hoidot.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät tukevat ja auttavat asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei enää yksinään selviydy. Toiminnot liittyvät kodinhoidollisiin (siivous, kaupassakäynti, ruoanlaitto, peseytyminen ym.) tehtäviin, kodin ulkopuolisissa asioissa avustamiseen (mm. kaupassakäynti, virastoissa ja apteekissa asioiminen, saattaminen, ulkoilu) sekä sairaanhoidollisiin ja kuntouttaviin tehtäviin (haavahoidot ja muut toimenpiteet, lääkkeiden anto, verikokeiden ottaminen, voinnin seuranta, apuvälineiden hankinta ym.). Lisäksi kotihoiton työntekijät tilaavat erilaisia tuki- ja turvapalveluita sekä informoivat erilaisista virkistys- ja lomavaihtoehtoista sekä tarvittaessa osallistuvat niiden järjestämiseen. Myös asiakkaiden läheisten tukeminen on yksi tärkeä tehtävä.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon keskuudesta valittu omahoitajapari suunnittelee asiakkaan kokonaishoitoa ja palveluja sekä arvioi hoidon onnistumista yhteistyössä asiakkaan ja/ tai läheisten kanssa yhteisissä sovitussa palaverissa joko asiakkaan kotona tai kotihoiton tiloissa. Oman työyksikön sisällä suunnitellaan työnjakoa sekä kaikkien asiakkaiden hoitoa ja

palveluja sovituissa kokouksissa sekä puhelimitse. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun keskinäisestä työnjaosta sovitaan yleensä puhelimitse. Hoidossa ja palveluissa tai asiakkaan voinnissa tapahtuneista muutoksista ilmoitetaan yleisimmin puhelimitse, viestivihon, omakansioon tai muiden asiakkaan hoitoon liittyvien asiakirjojen (mm. hoitokorit ja lääkelistat) välityksellä. Tietoa välitetään myös sovituissa tai satunnaisissa tapaamisissa sekä enenevästi sähköisillä tiedonsiirron välineillä.

Kotihoidon työntekijät ovat yhteydessä toisiinsa, kun...

- neuvottelevat asiakkaan hoidoista ja palveluista
- sopivat keskinäisestä työnjaosta
- arvioivat asiakkaan hoidon ja palveluiden toteuttamista ja riittävyttä
- ilmoittavat käyntipäivien ja -aikojen muutoksesta
- tiedottavat asiakkaan sairaalaan lähtemisestä tai kotiin palaamisesta
- ilmoittavat asiakkaan voinnissa ja palveluissa tapahtuneista muutoksista
- tarvitsevat konsultaatioapua

## Lääkäri lääketieteen asiantuntijana kotihoidossa

Kotihoidon asiakkaan lääketieteellisestä hoidosta vastaa lääkäri; omalääkäri tai kotihoidosta vastaava lääkäri. Lääkäri tapaa kotihoidon potilaita omalla vastaanotolla tai kotikäynneillä asiakkaan luokse.

Kotihoidon työntekijät ja lääkärit ovat yhteydessä toisiinsa, kun ...

- asiakkaan hoidossa on lääketieteellisiä ongelmia tai tarvitaan jatkohoito-ohjeita
- pohditaan asiakkaan kotona selviytymisestä ja arvioidaan parasta mahdollista hoitopaikkaa
- tarvitaan asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä lääkärintodistuksia erilaisten tukien ja etuisuuksien hakemista varten
- uusi asiakas tulee kotihoitoon
- jo ennestään kotihoidossa ollut asiakas palaa sairaalasta kotiin

Kotihoidon työntekijöiden ja terveysaseman lääkärin asiakaskohtaiset hoitoneuvottelut ja konsultaatiot tapahtuvat yleisimmin puhelimitse, yhteisissä neuvotteluissa, kirjallisten viestien välityksellä (mm. läheteet, tiedotteet, asiakirjat, tekstiviestit) sekä käyttämällä sähköistä potilastietojärjestelmää (esimerkiksi sähköpostia). Yhteydenottaja on yleensä kotisairaanhoidon työntekijä, mutta myös kotipalvelun työntekijä voi ottaa suoraan yhteyttä lääkäriin asiakkaiden lääketieteellisissä ongelmissa. Toisinaan kotisairaanhoidon konsultaatio voi ratkaista tilanteen eikä lääkärin apua tarvita. Lääkärin ja kotihoidon työntekijöiden tavoitettavuus puolin ja toisin on toiminnan sujuvuuden ja asiakasturvallisuuden kannalta tärkeää.

Asiakkaan omalääkäri / kotihoidon lääkäri tekee tarvittaessa asiakkaan luokse kotikäynnin joko yksin tai asiakkaan omahoitajaparin (parin edustajan) kanssa. Lääkäri tiedottaa kotikäynnistä ja mahdollisista jatkotoimenpiteistä omahoitajaparille joko suullisesti tai kirjallisesti (esim. asiakkaan hoitoasiakirjat tai omakansio). Käytännöistä sovitaan yhdessä lääkärin ja omahoitajaparin kanssa. Kotihoidon työntekijät tarvitsevat tiedon kotikäynnillä sovituista asioista viiveettä, jotta he voivat hoitaa tarvittavat toimenpiteet (esim. ottaa verikokeita, hakea lääkkeitä apteekista, muuttaa haavahoito-ohjeita tai ruokavaliota) tai tukea asiakasta. Asiakkaalle tai läheiselle tiedon antaminen on tärkeää, mutta heille ei voi jättää vastuuta lääkärin kotikäynnistä seuraavien toimenpiteiden tiedottamisesta kotihoitoon, elleivät he tätä nimenomaan itse halua.

Hoitotiimin jäsenet tai osa jäsenistä, esimerkiksi omahoitajapari ja lääkäri, kokoontuvat

säännöllisesti (esimerkiksi viikoittain) myös neuvottelemaan kotihoidon asiakkaista sekä muista kotihoitoon liittyvistä asioista (mm. työnjaosta, tehtävistä, vastuista). Tarvittaessa järjestetään ylimääräistä asiakaskohtaisia neuvotteluja. Kokouksissa omahoitajapari kirjaa omia asiakkaita koskevat asiat ja koordinoi tehtyjen päätösten toimeenpanoa. Lääkäri tapaa tarvittaessa erikseen myös muita hoitotiimin ammattiryhmien jäseniä (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, diabeteshoitaja ym.) aina, kun se on asiakkaan kokonaishoidon kannalta tarpeellista. Lääkäri konsultoi tarvittaessa myös muita lääkäreitä (avoterveydenhuollon päivystävät lääkärit, erikoislääkärit ym.) asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa. Joustavaa konsultaatiomahdollisuutta ja tavoitettavuutta eri ammattiryhmien välillä kehitetään yhdessä eri tahojen kanssa.

## Fysio- (ja toiminta)terapeutit asiakkaan toimintakyvyn tukijoina

Asiakkaan toimintakyvyn parantaminen, ylläpitäminen tai alenemisen hidastaminen vaatii kuntouttavaa työtä myös kotihoidossa. Avoterveydenhuollon fysio- ja toimintaterapeutit ovat tässä avainasemassa osallistumalla kotihoitoasiakkaan kuntoutukseen ja ohjaamalla kotihoidon työntekijöitä asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Fysio-(ja toiminta)terapeutti on keskeinen jäsen hoitotiimissä ja tarvittaessa toimii omahoitajaparina kotihoidon työntekijän kanssa, jos asiakkaan kotona selviäminen vaatii ennen kaikkea säännöllistä kuntoutusta ja vain vähän muuta apua.

Fysio- ja toimintaterapeutit mm.

- antavat asiakkaalle fysioterapiaa kotona tai terveysasemalla
- ohjaavat asiakasta ja läheisiä toimintakyvyn ylläpitämisessä
- arvioivat asiakkaan fyysistä toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä erilaisia avustuksia ja tukimuotoja varten
- arvioivat asiakkaan kodin muutostöiden tarvetta ja toteuttavat muutoksia
- arvioivat asiakkaiden apuvälineiden tarvetta ja hankkivat apuvälineitä
- ohjaavat asiakkaita, läheisiä ja kotihoidon työntekijöiltä erilaisten apuvälineiden valinnassa, käytössä ja huoltamisessa
- ylläpitävät apuvälinevarastoa
- antavat toimipaikkakoulutusta kuntoutuksesta kotihoidon työntekijöille

Fysio- ja/tai toimintaterapeutti osallistuu yhteisiin hoitotiimin kokouksiin. Hän myös neuvotelee omahoitajaparin kanssa aina, kun se on asiakkaan hoidon ja voinnin kannalta tarpeellista. Yhteys otetaan yleensä puhelimitse, mutta myös kirjallisesti läheteellä tai sähköpostitse. Fysioterapeutti/toimintaterapeutti pitävät yhteyttä ensisijaisesti asiakkaan omahoitajapariin tai kotihoidon esimieheen, jos omahoitajaparia ei tavoiteta tai siitä ei ole tietoa. Kotihoidon esimies huolehtii siitä, että fysioterapiayksikössä on kotihoidon työntekijöiden ajan tasalla olevat yhteystiedot sekä aluejaot.

Kotihoidon työntekijät ja fysio- ja toimintaterapeutit ovat yhteydessä toisiinsa, kun ...

- konsultoidaan asiakkaan hoidon ja palveluiden tarpeesta
- arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä
- kartoitetaan asiakkaan kodin muutostöiden tarvetta ja toteutetaan muutostöitä
- arvioidaan asiakkaan apuvälineiden tarvetta ja hankitaan apuvälineitä
- tarvitaan tietoa eri kuntoutustavoista ja -mahdollisuuksista



Hoitotiimi saa fysio- ja toimintaterapeuttien hoidosta ja kotikäynneistä tiedon kirjallisesti, jos asiakas antaa siihen luvan ja/tai se on kuntoutuksen jatkuvuuden kannalta välttämätöntä. Fysio/toimintaterapeutti voi tehdä omat merkintänsä myös asiakkaan omakansioon. Hoitotiimissä sovitaan, miten tieto eri tahojen välillä siirretään. Hoitotiimissä pohditaan myös kuntoutukseen liittyvää koulutuksen tarvetta eri ammattiryhmille ja yhteistyömuotojen kehittämistä fysioterapian kanssa.

## Sosiaalityöntekijä sosiaalietuisuuksien ja tukimuotojen asiantuntijana

Avoterveydenhuollon tai vanhustenhuollon/vammaispalvelun sosiaalityöntekijöiden rooli erilaisten kotihoidon edellytysten mahdollistajana on keskeinen. Monet sairaalasta kotiutuneet iäkkäät ihmiset tarvitsevat lyhytaikaisia laitospaikkoja ja erilaisia sosiaalisia tukimuotoja kotona selviytymisen tueksi. Myös asiakkaan läheiset ovat toisinaan oikeutettuja saamaan erilaisia tukimuotoja (vrt. omaishoidon tuki). Sosiaalityöntekijä voi toimia hoitotiimin omahoitajaparina kotipalvelun/kotisairaanhoidon työntekijän kanssa, jos asiakkaan kotihoito on pääasiallisesti erilaisten sosiaalisten etuuksien ja tukimuotojen selvitystyötä.

Sosiaalityöntekijät mm.

- koordinoivat erilaisia palvelukokonaisuuksia kotihoidon asiakkaille (päivähoito, intervallihoito, lomapaikat, kuljetustuki, henkilökohtainen avustaja ym.)
- ohjaavat asiakkaita, läheisiä ja kotihoidon työntekijöitä erilaisten asiakkaille kuuluvien sosiaalitukien ja -etuuksien saamismahdollisuuksista ja hakemuskäytännöistä (mm. asumistuki, hoitotuki).
- auttavat läheisiä erilaisten läheisille kuuluvien palvelujen ja sosiaalietuuksien hakemisessa (mm. omaishoidontuki)
- helpottavat läheisten työtaakkaa järjestämällä läheisille vapaapäiviä tai virkistyslomia tai asiakkaan tarpeiden ja olosuhteiden muuttuessa asiakkaalle vaihtoehtoisia hoitomuotoja (esimerkiksi lyhytaikaista laitoshoidoa)
- kuuluvat SAS-työryhmään (selvitä, arvioi, sijoita), jossa arvioidaan kotihoitoasiakkaan kotona selviytymistä ja parasta mahdollista hoitopaikkaa.
- huolehtivat myös vammaispalvelulain mukaisten kodinmuutostöiden toteuttamisesta (esimerkiksi kylpyammeiden poisto, hissien rakentaminen).

Asiakkaat ja läheiset voivat itse ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään tai välittää viestin sosiaalityöntekijöille kotihoidon työntekijöiden kautta. Tiimikokouksissa sosiaalityöntekijä saa tietoa asiakkaista ja heidän tarpeistaan sekä antaa tiimin muille jäsenille tietoa asiakkaan ja/tai läheisten kanssa vireillä olevista ja sovitusta asioista. Kotihoidon työntekijät saavat sosiaalityöntekijältä asiakastietoa myös asiakkaan asiakirjoista, puhelimitse tai sähköpostitse. Tietojen siirtämiseen tarvitaan asiakkaan lupa.

Sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä:

- ensisijaisesti asiakkaan omahoitajapariin virka-aikana
- kotihoidon esimieheen virka-aikana, jos omahoitajaparia ei tavoite
- päivystävään kotihoidon työntekijään iltaisin ja viikonloppuisin

## 2.4.3 Muut palveluiden järjestäjät asiakkaan kotona selviytymisen tukena

### Yökotihoito

Asiakkaan halua asua kotonaan sairauksista ja vaivoista huolimatta edellyttää, että asiakas saa tarvittavan hoidon ja palvelut kotiin myös iltaisin ja öisin. Kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon työntekijät huolehtivat usein oman alueensa iltakotihoidosta, mutta yökotihoito on järjestetty useissa kunnissa keskitetysti yöpartioina. Toisinaan yökotihoidon palvelun korvaa turvapalvelun päivystys, josta asiakkaalle annetaan neuvoja ja ohjataan tarvittaessa sairaalahoitoon. Asiakas voi tarvita yökotihoidon palveluja jatkuvasti tai saada apua tilapäisesti voinnin muuttuessa. Sujuva yhteistyö ja tiedonkulku päivä- ja yötyöntekijöiden välillä takaa asiakkaan laadukkaan hoidon ympäri vuorokauden.

Kotihoidon ja yökotihoidon työntekijät ovat yhteydessä toisiinsa, kun

- asiakkaan voinnissa tai hoidossa on tapahtunut muutoksia
- asiakas on joutunut sairaalaan tai palannut takaisin kotiin
- käyntiajat/ -päivät ovat muuttuneet
- tarvitsevat toistensa tietoa asiakkaan hoidosta ja palveluista sekä kotona selviytymisestä
- sopivat keskinäisestä työnjaosta
- neuvottelevat käytännön asioista (esimerkiksi avaimen teettämisestä / saamisesta)
- asiakas / läheinen niin haluaa

Kotisairaanhoidajat ja kotipalvelun työntekijät pitävät yhteyttä yökotihoidon työntekijöihin tavallisimmin asiakkaan kotona olevan viestivihon välityksellä, mutta myös puhelimen ja yhteisen sähköpostin välityksellä (tietosuojaa noudattaen). Jos viesti joudutaan jättämään puhelinvastaajaan tai sähköpostiin, on varmistettava, että viesti on myös saavuttanut vastaanottajan (kuittausjärjestelmä). Tiedonsiirtämisen periaatteista sovitaan (kirjallisesti) yökotihoidon, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden sekä asiakkaan ja läheisen kanssa. Omahoitajapari, ensisijaisesti vastuuhoidtaja, huolehtii viime kädessä omia asiakkaita koskevasta tiedon kulusta päivä- ja yötyöntekijöiden välillä, mutta kummatkin osapuolet vastaavat omien tietojen päivittämisestä. Asiakkaan omakansion roolia tiedonvälittämisessä korostetaan ja yökotihoidon työntekijät kirjoittavat siihen myös omia merkintöjä asiakkaan hoidosta. Yökotihoidon ja kotihoidon työntekijöiden kesken pidetään myös neuvotteluja, joissa käsitellään asiakasasioiden lisäksi yleistä toiminnan kehittämistä koskevia asioita (työnjako, toimenkuva, tiedonsiirtäminen, yhteistyökäytännöt ym.) Tulevaisuudessa myös yökotihoidon työntekijät ovat hoitotiimin jäseniä.

Yökotihoidon työntekijä ottaa yhteyttä:

- ensisijaisesti asiakkaan omahoitajapariin virka-aikana
- kotihoidon esimieheen virka-aikana, jos omahoitajaparia ei tavoiteta
- päivystävään kotihoidon työntekijään iltaisin ja viikonloppuisin

## Tukipalvelut

Tukipalvelut täydentävät ja tukevat läheisten ja kotihoidon työntekijöiden antamia palveluja. Tukipalveluihin kuuluvat mm. ateriat-, sauna-, kuljetus-, siivous-, kauppa-, saattaja- ja turvapuhelinpalvelut. Lisäksi taloudelliset tukimuodot, kuten taksisetelit, kuuluvat näihin palveluihin. Palveluiden tuottajina ovat kunta ja/tai yksityiset yritykset. Myös vapaaehtoisjärjestöt ja yhteisöt voivat antaa tukipalveluita.

Kotihoidon ja tukipalvelun työntekijät ovat yhteydessä toisiinsa, kun:

- tilaavat ja peruuttavat asiakkaan tarvitsemia tukipalveluita
- neuvottelevat tukipalveluiden muutoksista
- tiedottavat asiakkaan voinnissa ja palveluissa tapahtuneista muutoksista
- ilmoittavat asiakkaan sairaalaan lähtemisestä tai kotiin palaamisesta
- sopivat keskinäisestä työnjaosta
- neuvottelevat käytännön asioista (esim. miten kuljetus saunaan hoidetaan)
- asiakas / läheinen niin haluaa

Yhteydenpito tapahtuu useimmiten puhelimitse sekä asiakkaan omakansion ja/tai viestivihkon välityksellä. Joillakin palveluiden antajilla voi olla mahdollisuus päästä kotihoidon sähköisiin potilastieto- tai sähköpostijärjestelmiin, jolloin yhteydet voidaan hoitaa tätä kautta tietosuoja noudattaen. Oleellista on, että kaikilla asiakkaan hoitoon osallistuvilla on käytettävänä oman toimintansa kannalta tarpeellinen tieto ja että tieto on ajantasaista. Kotihoidon ja tukipalveluiden työntekijöiden kanssa sovitaan, mitä tietoja kukin tarvitsee sekä miten ja kenelle tietoja välitetään. Asiakkaan omahoitajapari neuvottelee asiakkaan ja/tai läheisen kanssa tietojen luovuttamiseen liittyvistä asioista ja pyytää asiakkaalta luvan tähän. Ilman asiakkaan lupaa ei tietoja voida luovuttaa asiakasta hoitavien yksityisten tai järjestöjen edustajien käyttöön.

Tukipalveluiden työntekijät ovat yhteydessä

- ensisijaisesti asiakkaan omahoitajapariin virka-aikana
- kotihoidon esimieheen virka-aikana, jos omahoitajaparia ei tavoiteta
- päivystävään kotihoidon työntekijään iltaisin ja viikonloppuisin

Omahoitaja huolehtii myös siitä, että asiakkaan kotoa löytyvät asiakasta hoitavien työntekijöiden ajantasaiset yhteistiedot, jotta tiedon saanti kulkisi viiveettä. Jos asiakkaalla on omakansio, tietoja säilytetään sen välissä. Tästä informoidaan tukipalveluiden antajia. Kotihoidon yhteystiedot ja aluejaot toimitetaan myös suoraan tukipalveluiden antajille ja tukipalveluiden yhteystiedot ja toimintakuvaukset lähetetään kotihoitoon. Kotihoidon esimies huolehtii, että tiedot toimitetaan tukipalveluiden tuottajille ja että ne päivitetään säännöllisesti.

## Päiväkeskus- ja päiväsairaala

Kodin ulkopuolista viriketoimintaa asiakkaille tarjoavat erilaiset päiväkeskukset ja päiväsairaalatoiminnot. Kunnat ovat kehittäneet palveluja omien tarpeidensa ja resurssien puitteissa. *Päiväkeskustoiminta* vaihtelee vapaamuotoisesta vapaa-ajantoiminnasta aina järjestelmällisempään, ohjattuun toimintaan. Päiväkeskuksessa asiakkaat voivat käydä syömässä, seurustelemassa tai muuten viettämässä aikaa. Päiväkeskustoiminta on kaikille avointa ja päiväkeskuksen tarjoamista palveluista peritään usein pientä korvausta.

*Päiväsairaala* toimii terveyskeskusvuodeosastojen ja kotisairaanhoidon tukipalveluna sekä toteuttaa kuntoutusta. Päiväsairaala on osa hoitoverkostoa, joka mahdollistaa ihmisen kotona

elämisen mahdollisimman pitkään. Asiakas pääsee päiväsairaalaan lääkärin läheteellä. Asiakas voi käydä päiväsairaalassa 1 - 5 kertaa viikossa korkeintaan kolme kuukautta kerrallaan. Tarvittaessa asiakkaan hakeminen ja tuominen järjestetään yhteiskuljetuksella (inva/tilataksi). Päiväsairaalassa huolehditaan viriketoiminnan lisäksi asiakkaan sairaanhoidosta. Asiakas voi käydä päiväsairaalassa lääkärin vastaanotolla, häneltä voidaan ottaa erilaisia laboratoriotarkastuksia tai hän voi saada läheteen sairaalahoitoon. Päiväsairaalan henkilökunta huolehtii sopimuksen mukaan asiakkaiden hoidosta mm. asiakkaan lääkityksestä (insuliinin pistäminen, lääkkeiden jakaminen lääkedosettiin) tai erilaisista pienistä toimenpiteistä (säarihaavan hoitaminen). Päiväsairaalassa on myös mahdollisuus mm. ateriointiin, pesu- ja saunapalveluihin, hierontaan sekä jalkahoitajalla tai kampaajalla käyntiin.

Kotihoidon ja päiväsairaalan/päiväkeskusten työntekijät sopivat yhteistyökäytännöistä asiakaskohtaisesti. Omahoitajapari vastaa omien asiakkaidensa yhteydenpidosta päiväsairaalan/päiväkeskukseen, silloin kun asiakas käyttää päiväsairaalan/päiväkeskuksen palveluja. Kotihoidon työntekijät voivat myös konsultoida päiväsairaalan työntekijöitä, jos asiakkaan kotitilanteesta, läheisten jaksamisesta tai terveydentilassa tapahtuu muutoksia.

Kotihoidon ja päiväkeskuksen / -sairaalan työntekijät ovat yhteydessä toisiinsa, kun:

- asiakas / läheinen sitä haluaa
- sopivat asiakkaan palveluista ja hoidosta
- neuvottelevat keskinäisestä työnjaosta
- tiedottavat asiakkaan (läheisen) voinnissa tapahtuneista muutoksista
- ilmoittavat asiakkaan sairaalaan joutumisesta tai kotiin palaamisesta

Kotihoidon ja päiväsairaalan/päiväkeskuksen työntekijöiden pitävät yhteyttä puhelimitse ja omahoitokansion tai viestivihkon välityksellä sekä mahdollisesti yhteisellä sähköisellä potilastietojärjestelmällä tai sähköpostilla. Jos viesti jätetään kotihoidon puhelinvastaukseen tai välitetään sähköisesti, tulee tietosuojamääräyksiä noudattaa ja huolehtia viestin perille menosta vastaanottavalle taholle (kuittausjärjestelmä). Viiveettömän ja joustavan tiedonsiirron edellytyksenä on ajan tasalla olevat yhteistiedot puolin ja toisin. Omahoitajapari huolehtii omien asiakkaiden kohdalla yhteystietojen päivityksestä ja kotihoidon esimies huolehtii, että päiväsairaalan henkilökunnalla on tiedossa koko kotihoidon yhteistiedot ja aluejaot.

Päiväsairaalan / päiväkeskuksen työntekijät ottavat yhteyttä kotihoidossa:

- ensisijaisesti asiakkaan omahoitajapariin
- kotihoidon esimieheen, jos omahoitajaparia ei tavoiteta tai yhteistiedot eivät ole tiedossa

## Kotisairaala

Kotisairaala on lääkärijohtoista (erikoissairaanhoito- tai perusterveydenhuoltopohjaista) hoitotiimin antama ympärivuorokautista kotihoitoa. Kotisairaalan hoitoajat vaihtelevat muutamasta päivästä aina useampaan kuukauteen. Kotihoidon asiakas voi olla kotisairaalan asiakas/potilas, esimerkiksi niin, että kotisairaalan asiakas saa kotipalvelun palveluita. Asiakkaan hoito ja palvelut suunnitellaan yhteistyössä kunnan kotihoidon (omahoitajaparin) ja kotisairaalan työntekijöiden kesken. Jotta asiakkaan hoito ja työntekijöiden toimita on joustavaa, sovitaan yhteisistä toimintaperiaatteista, vastuista ja tiedon välittämisestä kotihoidon ja kotisairaalan työntekijöiden kesken. Työntekijät ovat yhteydessä toisiinsa tarvittaessa (kts. edellinen kohta). Yhteydenotto tapahtuu ensisijaisesti asiakkaan omahoitajapariin.

## Yksityiset palveluiden tuottajat, vapaaehtoisjärjestöt ja seurakunnat

Kunnallisen kotihoidon voimavarojen supistuessa samaan aikaan, kun iäkkäiden ihmisten lukumäärä kotihoidossa kasvaa tekee yksityiset yritykset ja ns. kolmannen sektorin (vapaaehtoisjärjestöt, seurakunnat, yhteistöt ym.) yhä tärkeämmäksi yhteistyökumppaniksi kotihoidon työntekijöille. Erilaiset yksityiset yritykset, vapaaehtoisjärjestöt, seurakunnat ja kriisipuhelinpalvelut tarjoavat alueensa asukkaille mm. kotisairaanhoidoa, kotipalvelua, kerho- ja muuta virkistystoimintaa, saattaja- ja ystäväpalveluja, siivous- ja keskusteluapua. Kotihoidon työntekijöiden on tärkeää toisaalta välittää asiakkaille ja läheisille tietoa näiden yritysten ja järjestöjen toiminnasta ja toisaalta välittää tietoa yrityksille ja järjestöille asiakkaiden tarpeesta; toimia yhdyshenkilönä yritysten sekä järjestöjen ja asiakkaiden välillä.

Hoitotiimissä sovitaan, miten yhteistyötä erilaisten yksityisten yritysten ja vapaaehtois- ja seurakuntajärjestöjen sekä kriisipuhelinpalveluiden kanssa voidaan kehittää. Omahoitajapari huolehtii omien asiakkaiden mahdollisesta yhteistyöstä näiden tahojen kanssa keskusteltuaan ensin asiakkaan ja/tai läheisten kanssa asiasta. Laajempi yhteistyö edellyttää yhteisiä tapaamisia ja toimintaperiaatteista sopimista kotihoidon sekä yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin kanssa. Myös tietosuoja-asioiden käsittely tulee entistä tärkeämmäksi pohdinnan aiheeksi.

## Muut erityisammattiryhmät

Kotihoidossa toimii useita erityisammattiryhmiä, joiden apuun turvaudutaan asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaan. Erityistyöntekijöitä ovat mm. diabetes- ja jalkojenhoitaja, puhe- ja ravitsemusterapeutti ja psykologi. Erityistyöntekijöiden ja hoitotiimin kesken sovitaan yhteisistä toimintaperiaatteista. Omahoitajapari huolehtii ensisijassa tiedonkulusta asiakkaidensa ja erityistyöntekijöiden välillä.

Kotihoidon ja erityisammattiryhmien työntekijät ovat yhteydessä toisiinsa, kun...

- asiakas tai läheinen sitä haluaa
- asiakkaan voimien, toimintakyvyn ja/tai kotona selviytymisen kannalta se on tarpeellista
- palveluita tilataan tai perutaan
- sovitaan yhteisistä toimintaperiaatteista

Yhteydenpito kotihoidon ja erityisammattiryhmien välillä tapahtuu usein puhelimitse. Kotihoidon työntekijät voivat ottaa yhteyttä erityisammattiryhmiin; toisinaan vaaditaan lääkärin lähete, joissakin tapauksissa kotihoidon työntekijät voivat kirjoittaa lähetteitä. Erityisammattiryhmien antamasta hoidosta tulee tieto sekä asiakasta hoitavalle lääkärille että kotihoidon työntekijöille (asiakkaan luvalla), jotta työntekijät voivat tukea asiakasta asian suhteen.

### 2.4.4 Yhteistyö omaisten ja muiden läheisten kanssa

Omaiset ja muut läheiset ovat usein asiakkaan tärkeimpiä hoitajia ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyökumppaneita. Osalla asiakkaista ei ole läheistä, jotka pystyvät tukemaan ja auttamaan heitä, esimerkiksi läheiset ovat itsekkin huonokuntoisia, iäkkäitä, kiireisiä tai asuvat kaukana. Läheisten sen hetkinen elämäntilanne voi myös olla sellainen, ettei heillä ole aikaa tai voimia osallistua hoitoon. Kaikki läheiset eivät myöskään halua osallistua asiakkaan auttami-

seen, ja on myös asiakkaita, jotka eivät halua läheistensä hoitavan itseään. Tätä näkemystä on myös kunnioitettava.

Kotihoidon työntekijät ja läheiset ovat yhteydessä toisiinsa (asiakkaan luvalla), kun ...

- keskustellaan asiakkaan voinnista ja kotona selviytymisestä
- neuvotellaan palveluista ja palveluiden tarpeesta sekä asiakasmaksuista
- selvitetään asiakkaan ja läheisen odotuksia ja toiveita hoidosta ja palveluista
- sovitaan läheisen osallistumisesta asiakkaan hoitoon ja keskinäisestä työnjaosta
- tiedotetaan käyntipäivien ja -aikojen muutoksista
- sovitaan käytännön järjestelyistä (esim. avaimen saamisesta)
- ilmoitetaan asiakkaan sairaalaan lähtemisestä tai kotiin palaamisesta
- ohjataan asiakkaan hoitotoimenpiteissä ja/tai apuvälineiden käytössä
- neuvotaan erilaisten etuisuuksien ja tukimuotojen hakemisessa
- keskustellaan läheisen jaksamisesta ja tarvitsemista tukimuodoista

Omahoitajapari, ensisijaisesti vastuuhoitaja, on yhteydessä läheisiin, jos asiakas ja/tai läheinen tätä haluaa ja/tai yhteydenpito on asiakkaan hyvinvoinnin kannalta välttämätöntä. Läheisten ehdoilla ja asiakkaan suostumuksella sovitaan työnjaosta, yhteistyötavoista ja tiedottamisesta läheisten, asiakkaan ja omahoitajaparin kesken. Omahoitajapari ohjaa läheistä myös hoitotoimenpiteiden tekemisessä, lääkkeiden annostelussa, omakansion ja kotihoitotiedotteen käytössä ym. Hän myös kertoo, kehen läheinen voi ottaa yhteyttä tarvittaessa ja kenelle läheinen ilmoittaa esimerkiksi asiakkaan sairaalaan lähdestä, voinnissa tapahtuneista muutoksista tai muista asioista. Omahoitaja huolehtii siitä, että kotihoidon työntekijöiden sekä läheisten yhteystiedot ovat ajan tasalla.

Läheisten kanssa yhteydenpito hoidetaan puhelimitse, omakansion ja viestivihon välityksellä. Toisinaan läheiset tapaavat työntekijän asiakkaan luona ennalta sovitusti tai sattumalta. Omahoitajapari, ensisijaisesti vastuuhoitaja, neuvottelee läheisten kanssa heidän velvollisuuksistaan ja oikeuksistaan antamalla tietoa läheisille mm. erilaisista sosiaalisista etuisuuksista ja tukimuodoista, joita heidän on mahdollisuus hakea ja saada. Läheisten on myös hyvä tietää, miten asiakasmaksut muodostuvat ja mitä ne kattavat.

Läheisten jaksaminen ja uupumisen ehkäisy on yksi kotihoidon työntekijöiden tärkeimmistä tehtävistä läheisten tukemisessa. Omahoitajapari ottaa enemmän vastuuta tästä asiasta ja seuraa 'herkällä korvalla' uupumisen merkkejä ja ryhtyy viiveettä tarvittaviin toimenpiteisiin. Omahoitajapari tukee läheisten jaksamista mm. keskustelemalla ja kuuntelemalla läheisten näkemyksiä asiakkaan tilanteesta ja omasta osuudestaan hoidossa sekä selvittämällä läheisen omat toiveet ja odotukset asiakkaan hoidon ja itsensä tukemisen suhteen. Omahoitajapari konsultoi avoterveydenhuollon sosiaalityöntekijää tai eri järjestöjen kuntoutusohjaajia, mikäli ei itse tiedä läheisille tarkoitettua tukimuodoista ja kurssimahdollisuuksista, tai ohjaa läheisiä ottamaan suoraan yhteyttä näihin työntekijöihin.

Läheisten jaksamista tuetaan:

- keskustelemalla heidän kanssaan asiakaan hoidosta ja omasta jaksamisesta
- lisäämällä kotihoidon työntekijöiden käyntikertoja väliaikaisesti ja/tai pysyvästi
- järjestämällä sijaishoitaja läheisen vapaapäivien ajaksi
- järjestämällä asiakkaalle lyhytaikaisia laitosjaksoja läheisen loman ja/tai 'levon' ajaksi
- kertomalla potilasjärjestöjen toiminnasta sekä virkistys- ja lomamahdollisuuksista
- antamalla tietoa sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseista sekä sosiaalisista tukimuodoista

## 2.4.5 Tiedon välittäminen kotihoidossa

Koska kotihoidossa työskentelee monia eri ammattiryhmiä, on tärkeää, että tieto asiakkaan asioista välittyy viiveettä ja joustavasti osapuolten kesken. Tiedon välittämisen periaatteista ja konsultaatiomahdollisuuksista sopiminen auttaa työntekijää käyttämään sitä oleellista tietoa, mitä hän sillä hetkellä tarvitsee asiakkaan hoidossa. Kotihoidon työntekijät välittävät toisilleen tietoa yleisemmin puhelimitse. Matkapuhelimien yleistymisen myötä työntekijöiden tavoitettavuus on parantunut, kun soittopyyntöjä ja viestejä voidaan jättää puhelinvastaajiin tai lähettää tekstiviestinä. Myös sähköisessä muodossa tietoja välitetään yhä enemmän. Teknisten apuvälineiden kehittymisen myötä tietosuoja-asiat ovat nousseet tärkeäksi keskustelun aiheeksi. Tietoa tulee voida välittää eri toimijoiden välillä joustavasti, mutta asiakkaan oikeuksia kunnioittaen. Myös yhteisissä tapaamisissa toimipisteissä ja asiakkaan kotona keskustellaan asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyvistä asioista. Hyvin kirjatut tiedot asiakkaan hoitoasiakirjoissa turvaavat asiakkaan hoidon laadun ja toiminnan sujuvuuden.

### Hoito- ja palvelusuunnitelma

Toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle laaditaan palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteysymmärryksessä asiakkaan kanssa (vrt. Laki Asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Myös maksuasetus edellyttää suunnitelman laatimista säännöllistä kotihoitoa saavalle asiakkaalle. Suunnitelman tavoitteena on mm. tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä sekä turvata ja mahdollistaa jatkuvasti palveluja tarvitsevan ihmisen eläminen omia toiveitaan vastaavaa elämää haluamassaan ympäristössä. Omahoitajapari laatii yhdessä asiakkaan ja/tai läheisen kanssa kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman, joka koostuu asiakkaan hoidon, palveluiden ja kuntoutuksen tarpeesta ja tavoitteista sekä keinoista, miten nämä tavoitteet saavutetaan. Suunnitelman toteutukseen sisältyy myös asiakkaan tilanteen jatkuva seuranta ja toiminnan arviointi (ks. Päivärinta & Haverinen 2002).

### Omakansio

Useissa kunnissa kotihoidon asiakkaille tehdään *Omakansio* (kotihoitokansio tms.) asiakkaan suostumuksella. Kansiossa säilytetään hoidon ja palveluiden kannalta oleelliset asiakirjat ('paperit'). Omakansiossa on usein myös hoito- ja palvelusuunnitelma, joten omakansioon ei enää uudestaan kirjata samoja asioita, jotka löytyvät suunnitelmasta. Kotihoidon työntekijä (omahoitajapari) neuvottelee omakansion tietojen sisällöstä ja tietojen siirtämisestä yhdessä asiakkaan ja/tai läheisten kanssa sekä pyytää kirjallisen luvan kansion tekemiseen/käyttämiseen ja tietojen siirtämiseen. Jos asiakas evää kansion käytön ja/tai tietojen siirtämisen, tieto kirjataan asiakkaan hoitoasiakirjoihin. Asiakkaan omakansion tietojen päivittämisestä ja tietosisällöstä vastaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät, omahoitajapari. Kansion tietoja voivat omalta osaltaan täydentää sairaalan työntekijät ja muut asiakasta hoitavat tahot.

Omakansion sisältö:

Yhteystiedot:

- läheisten ja hoitavien henkilöiden

Tiedot palveluista ja hoidoista

- hoito- ja palvelusuunnitelma<sup>8</sup>
- saadut palvelut ja tehtävät toimenpiteet
- työntekijöiden käyntipäivät ja -kerrat
- apuvälineet
- lääkelista, voimassa olevat reseptit
- mahdollisesti viimeisin epikriisi ja ekg



Omakansio siirtyy asiakkaan mukana hoitopaikasta toiseen, esimerkiksi kun asiakas lähtee sairaalaan, muihin hoitopaikkoihin, lääkärin vastaanotolle. Ennen asiakkaan lähtöä hoitopaikkaan lähetettävä henkilö varmistaa, että tarvittavat asiakirjat ovat omakansiossa ja tarkistaa hoito- ja palvelutiedot. Kotihoidon esimies perehdyttää työntekijät omakansion käyttöön ja informoi kansiosta ja sen käytöstä myös muita asiakasta hoitavia tahoja. Kansion säilytyspaikka kotona sovitaan asiakkaan kanssa ja se on työntekijöiden tiedossa.

Asiakas ottaa Omakansion mukaansa, kun hän lähtee ...

- sairaalaan (päivystys)poliklinikalle tai vuodeosastolle
- lyhytaikaiseen laitoshoittoon, kuten intervalli-, kuntoutus- tai lomajaksolle
- lääkärin, terveydenhoitajan, fysioterapeutin tms. vastaanotolle

*Viestivihot* ovat myös tärkeä tiedon välityskeino kotihoidossa. Viestivihko on apuna käytännön toiminnan sujuvuudessa ja viestin jättäminen siihen koetaan usein läheistenkin taholta helpoksi.

Kotihoidossa sovitaan, että viestivihon välityksellä kysytyyn tietoon annetaan aina palautte. Esimerkiksi kotiavustaja pyytää viestivihon välityksellä kotisairaanhoitajaa arvioimaan asiakkaan terveydentilaa. Kotisairaanhoitajan tehtyä oman arvionsa hän antaa palautteen tiedon kysyjälle joko viestivihon välityksellä tai suullisesti.

#### **Kotihoidossa tarvittavan tiedon sisältö**

Asiakkaan omahoitajapari on viime kädessä vastuussa asiakastietojen päivittämisestä, mutta kaikilla tiimin jäsenillä on vastuu omaa asiantuntemusta koskevien tietojen ajantasaisuudesta ja tiedonvälityksestä muille hoitotiimin jäsenille. Tiedot tarkistetaan säännöllisesti asiakkaan hoidon ja palveluiden tarpeen mukaan (esimerkiksi kerran kuukaudessa) ja aina, kun hoitoon ja palveluihin tulee muutoksia. Asiakkaan laadukkaan hoidon säilymisen kannalta on tärkeää, että asiakasta hoitavalla työntekijällä on käytössä se oleellinen tieto, jota hän tarvitsee voidakseen toteuttaa oman osuutensa hoidossa. Tiedot asiakkaan toimintakyvyssä, palvelutarpeissa ja hoidossa tapahtuneissa muutoksissa on saatava viiveettä työntekijöiden käyttöön.

Kotihoidon asiakkaasta työntekijät tarvitsevat seuraavia tietoja:

Henkilötiedot

Hoitoa ja palveluja koskevat tiedot

- asiakkaan saama hoito ja palvelut
- hoidossa ja palveluissa tapahtuneet muutokset
- asiakkaan voinnin ja omatoimisuuden muutokset
- hoidon ja palveluiden onnistuminen tai epäonnistuminen
- asiakkaan omat toiveet ja odotukset hoitonsa ja palveluidensa suhteen
- kotilääkitys
- ruokavalio
- allergiat (lääke-, ruoka-aine ym.)
- apuvälineet
- tieto psyykkisestä tilasta
- tiedossa olevat (hammas)lääkäri-, laboratorio-, pkl-, kampaaja- ym. ajat

Läheisen tiedot

- yhteystiedot, sukulaisuussuhde
- läheisen osuus hoidossa
- läheisen toiveet ja odotukset asiakkaan hoidon suhteen



#### Kotihoidon tiedot

- hoitotiimin kokoonpano ja yhteystiedot
- omahoitajaparin ja vastuuhoidajan nimet ja yhteystiedot
- kotihoidon esimiehen yhteystiedot
- tuki- ja turvapalveluiden ja muiden yhteistyötahojen yhteystiedot

Eri työntekijöiden tavoitettavuus sekä yhteystietojen ajantasaisuus ja tieto toisten toiminnasta auttaa asiakkaan hoidon ja palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Kotihoidon esimies huolehtii, että kotihoidon yhteistyökumppaneilla on ajantasaiset kotihoitoa koskevat tiedot. Tiedot päivitetään kerran vuodessa. Jotta kotihoidon työntekijät voivat puolestaan hyödyntää muiden palvelujen järjestäjien toimintaa, laaditaan kotihoitoon luettelo yhteystietoineen alueen:

- erityisammattiryhmien palveluista
- tukipalveluista
- päiväkeskus- ja vapaa-ajantoiminnasta
- yksityisistä kotihoidon palveluja tuottavista yrityksistä
- vapaaehtois- ja seurakuntajärjestöistä
- kriisipuhelinpalveluista

## LÄHTEET

- Ala-Nikkola M., Valokivi H. (1997) Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes raportteja 215. Gummerus kirjapaino OY, Jyväskylä.
- Ala-Nikkola M., Sipilä J. (1996) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) - uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa: Metteri A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Sosiaalityöntekijäin liitto r.y. Edita. Helsinki.
- American Nurses Association. (1988) Case Management. MO:ANA, Kansas City.
- Appelbaum R., Austin, C. (1990) Long term case management: Design and Evaluation. New York. Springer Publishing.
- Applebaum R., White M. (toim.) (2000) Case management around the globe. American society on Ageing San Francisco. California.
- Autio Tiina (1999) Kotiudu onnistuneesti, kirjanen hoitolaitoksesta kotiutumisen tueksi. Omaishoitajat ja Läheiset ry. Kehitys, Pori.
- Björkman T. (2000a) What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 35:45-50.
- Björkman T. (2000b) Case management for individuals with severe mental illness. A process outcome study of ten pilot services in Sweden. Department of Clinical Neuroscience. Division of Psychiatry. Lund University. Lund.
- Bradley S., Smith G. (1984) The use of action research to evaluate schemes for the professional development of newly registered nurses. Teoksessa: Nursing research - does it make a difference? Proceedings. Series: Collaborative research and its implementation in nursing. 7th Workgroup Meeting, 2nd Open Conference, London, England.
- Challis D., Kent R. U., Brown P., Chesterman, J. U., Huges, J. (2002) Care management, dementia care and specialist mental health services: An evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17:315-325.
- Chu P., Edwards J., Levin R., Thomson J. (2000) The use of clinical case management for early stage alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 284-290.
- Degenholtz H., Kane R. A., Kivnick H. Q. (1997) Care-Related Preferences and Values of Elderly Community-Based LTC Consumers: Can case managers learn what's important to clients? *The Gerontologist*. 37:767-776.
- Dennis M., O'Rourke S., Slattery J., Staniforth T. Warlow C. (1997) Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 314:1071-1075.
- Egan E., Clavarino A., Burrige L., Teuwen M., White E. (2002) A randomized control trial of nursing-based case management for patients with chronic obstructive pulmonary disease, 7:170-179.
- Fox P., Newcomer R., Yordi C., Ansberger P. (2000) Lessons learned from the Medicare Alzheimer Disease Demonstration. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 14:87-93.
- Hart Elizabeth, Bond Meg. (1995) Action Research for Heath Andy Social Carte, a guide to practice. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Holter Inger Margarethe, Schwartz-Barcott Donna. (1993) Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18: 298-304.
- Hui Elsie, Lum CM, Woo Jean, Or KH, Kay Richard LC. (1995) Outcomes of Elderly Stroke Patients. Day Hospital Versus Conventional Medical Management. *Stroke* 26 (9), 1616 - 1619.
- Häkkinen H. (2000) Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa. Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon- ja talouden laitos.
- Karla L., Dale P., Crome P. (1993) Improving stroke rehabilitation. *Stroke* 24, 1462 - 1467.
- Kaste M., Palomäki H., Sarna S. (1995) Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. *Stroke* 26, 249-253.
- Kuusi U. (1994) Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden käsitykset ja kokemukset työstään vanhusten kotihoidossa. Stakes, aiheita 27/1994. Helsinki.
- Kuusisto-Niemi Sirpa (2002) Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot III. Palvelukejusanasto. Sanasto asiakkaan asiamiehen, itsenäiseen suoriutumiseen ja alueellisuuteen liittyvistä käsitteistä. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2002:3. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 2002.
- Kylävalli A., Asikainen P., Gango S., Huitu H., Hurri P., Hänninen E., Laurema U., Miettinen H., Nyström R., Peltonen T., Pirinen P., Pulkkinen S., Punnonen A., Rosqvist L., Sakki M., Stengård P. (1997) Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin ky.
- Laitinen Pirjo, Taskinen Helena, Hyvärinen S, Jalava Eeva-Liisa, Sinkkonen Sirkka. (1995) Koti- ja laitoshoidon työntekijöiden välinen tiedonkulku ja kotihoidon organisointi Kuopiossa 1994. Teoksessa: Sinkkonen Sirkka (toim.) Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopio.
- Landi F., Onder G., Russo A., Tabaccanti S., Rollo R., Federici S., Tua E., Cesari M., Bernabei R. (2001) A new model of integrated home care for elderly: impact on hospital use. *Journal of Clinical epidemiology*. 54: 968-970.
- Lauri Sirkka. (1997) Toimintatutkimus. Teoksessa: Pannonen M, Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva 1997. ss. 114-135.
- Lim W.K., Lambert S.F., Gray L.C. (2003) Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *The Medical journal of Australia* 178:262-266.
- Malin Maili. (1996) Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1996:7. Helsinki.
- Marshall M., Lockwood A., Gath D. (1995) Social

- services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *The Lancet* 345 (8947), 409-412.
- Mustonen A., Sinkkonen S., Niiranen V. (1993) Vanhustyö sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueena kunnissa: Yhdistettyjen ja erillisten hallintokuntien henkilöstön käsityksiä ja kokemuksia yhteistyöstä ja hallintokuntien yhdistämisestä. Teoksessa: *Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa* (toim. Sinkkonen S.), s 38-114. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9. Kuopio.
- Netting E. E., Williams F. G. (1996) Case manager-physician collaboration; Implications for professional identity, roles and relationships. *Health & Social Work*. 21:216-225
- Nieminen Anja, Louekoski-Huttunen Toini, Malin Anneli, Pammo Osmo, Parkkinen Kaija, Rontu Paula. (2002) Kotiutusprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja B 8/2002. Lahti
- Noro Anja, Rissanen Pekka, Laitinen Olli, Hammar Teija, Pöyry Päivi. (1999) Tutkimusaineistot, hoitopisodit ja episodiprofiilit. Teoksessa *Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt* (toim. Rissanen & Noro), s. 5 - 28. Stakes, Aiheita 44/1999.
- Noro Anja, Aro Seppo, Jylhä Marja, Pohjolainen Pertti, Ruth Jan-Erik. (1992) Vanhuksen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. *Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 71*, Helsinki.
- Nykänen Pirkko (Toim.) (2002) Satakunnan makropilotin tietoteknologian arviointi. Tietoteknologian arviointihankkeen loppuraportti. Tietojenkäsittelytieteiden laitos, Tampereen yliopisto. Raportti B-2002-3. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Perälä Marja-Leena, Rissanen Pekka, Grönroos Eija, Hammar Teija, Pöyry Päivi, Noro Anja, Teperi Juha (2003) PALKO, Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Stakes, Aiheita 27/2003.
- Perälä Marja-Leena. (2001) Palveluja yhteensovittava kotiutumisen- ja kotihoitokäytäntö: PALKO-tutkimuksen kehittämistyö kunnissa (2001-2004) (Projektin sisäinen julkaisu).
- Perälä Marja-Leena. (1992) Muutos ja sen aikaansaaaminen. Kirjassa: Pelkonen, M. & Perälä, M.-L. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Kirjayhtymä. Tampere.
- Pöyry Päivi, Perälä Marja-Leena (2003) Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Stakes, Aiheita 18/2003. Helsinki
- Pöyry Päivi (1999) Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Päivärinta Eeva, Haverinen Riitta. (2002). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes, raportteja 52. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Rissanen Pekka, Laitinen Olli, Noro Anja, Hammar Teija, Pöyry Päivi. (1999) Kotiutuksen onnistumisen: potilas- ja kuntatason tekijät kotona selviytymisen, sairaalahoidon uusiutumisen ja hoidon kustannusten selittäjänä. Teoksessa *Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt* (toim. Rissanen & Noro), s. 29 - 42. Stakes, Aiheita 44/1999.
- Sahi Ilkka. (1996) Uudistettuun vanhusten sairaanhoitoon Helsingissä. Raportti terveyskeskussairaala-projektista 18.2.1996. Helsingin kaupunki, terveysvirasto.
- Scharlach A. E., Giunta N., Mills-Dick K. (2001) Case management in long-term integration: An overview of current programs and evaluations. University of California. Berkley.
- Seltzer M., Litchfield L., Kapust L., Mayer J. (1992) Professional and Family Collaboration in Case Management: A Hospital-Based Replication of a Community-Based Study. *Social work in health care* 17: 1-22.
- Shiell Alan, Kenny Patricia, Farnworth Michael. (1993) The role of the clinical nurse co-ordinator in the provision of cost-effective ortopaedic services for elderly people. *J Adv Nurs* 18: 1424-1428.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. (1995) Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot II. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 1999:5.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Hyvinvointia tietoteknologiahankkeilla. Hyviksi arvioitujen toimintamallinen ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus. STM:n julkaisuja 2001:11. Edita Oyj, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1996) Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16. Helsinki.
- Townsend J., Piper M., Frank AO., Dyer S., North WRS., Meade TW. (1998) Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomized controlled trial. *BMJ* 297, 544 - 547.
- Vaarama Marja, Hurskainen Raija. (1993a) Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. Stakes, raportteja 92. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Zimmer J., Groth, Juncker A., McCusker J. (1985) A Randomized Controlled Study of a Home Health Care Team. *Am J Public Health* 75 (2), 134 - 141.

## LAIT JA ASETUKSET

Henkilötietolaki (523/1999)

Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laki Viranomaisien toiminnan julkisuudesta (621/1999)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus Potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001)

## **OSA II**

# **PALKOmalliin perustuvat arviointikriteerit toimintayksiköittäin**





## **PALKO - PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMINEN JA KOTIHOITO**

### **Arviointi kotipalvelun näkökulmasta**

#### **VASTAUSOHJE**

Tämän lomakkeen avulla selvitetään kunnassasi olemassa olevia käytäntöjä. Tarkoitus on saada selville,

- mitä menettelyjä eri tahot ovat sopineet kunnassa potilaan / asiakkaan kotiutuksesta ja
- miten arvioit niiden toteutuvan käytännössä.

Keskeistä lomakkeessa tarkoitettussa menettelyssä on, että se on sovittu (mieluiten kirjallisesti) ja että eri osapuolet tietävät siitä.

- Onko kyseisestä asiasta sovittu -kohdan vastaus on dikotominen Kyllä tai Ei. Tyhjä vastaus merkitsee tässä En tiedä.
- Miten menettely toimii käytännössä -kohdan vastausvaihtoehdot kertovat kuinka suurella osalla potilaita / asiakkaita menettely toimii. Menettely voi toimia myös ilman, että siitä on sovittu.

Kotihoidon yhdistetyissä toimipisteissä toimiville:

- Lomakkeessa on erotettu kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan tässä tapauksessa työyksikkösi sairaanhoidollista henkilöstöä ja kotipalvelulla kodinhoidollista henkilöstöä.
- Vastaa kysymyksiin tällä periaatteella sikäli kun se on mahdollista.

#### **LOMAKKEEN RAKENNE**

##### **1 Asiakkaan kotoa sairaalaan lähtö**

- 1.1 Kotipalvelun ja sairaalan yhteistyö
- 1.2 Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyö
- 1.3 Kotipalvelun keskinäinen yhteistyö
- 1.4 Kotipalvelun ja ilta- ja/tai yökotihoidon yhteistyö
- 1.5 Kotipalvelun ja tukipalveluiden yhteistyö
- 1.6 Kotipalvelun ja läheisten yhteistyö

##### **2 Asiakkaan tulo sairaalasta kotiin**

- 2.1 Kotipalvelun ja sairaalan työntekijöiden yhteistyö

##### **3 Asiakkaan kotihoito**

- 3.1 Kotipalvelun työntekijöiden keskinäinen yhteistyö
- 3.2 Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyö
- 3.3 Kotipalvelun ja ilta- ja/tai yökotihoidon yhteistyö
- 3.4 Kotipalvelun ja tukipalveluiden yhteistyö
- 3.5 Kotipalvelun ja läheisten yhteistyö

# 1 ASIAKKAAN KOTOA SAIRAALAN LÄHTÖ

## 1.1 Kotipalvelun - sairaalan yhteistyö

Kotipalvelun ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että sairaalan työntekijä saa tiedon sairaalaan saapuvasta asiakkaasta kotipalvelun työntekijältä, jos tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun työntekijä saa tiedon viiveettä sairaalan työntekijältä...						
• sairaalaan joutuneesta asiakkaasta, jos asiakas on tullut sairaalaan yksin tai läheisen lähettämänä.	1	2	1	2	3	4
• (päivystys)-poliklinikalta takaisin kotiin lähteneestä asiakkaasta.	1	2	1	2	3	4
• ilta- tai yöaikaan tai viikonloppuna kotiin lähteneestä asiakkaasta.	1	2	1	2	3	4
...mitä tietoja sairaalan työntekijä saa asiakkaasta kotipalvelun työntekijältä, kun asiakas tulee tämän lähettämänä sairaalaan	1	2	1	2	3	4
... miten taataan, että sairaalan työntekijä saa asiakasta koskevan hoidon kannalta oleelliset tiedot viiveettä kotipalvelun työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun työntekijä voi tarvittaessa äkillisessä tilanteessa konsultoida suoraan terveyskeskussairaalan päivystävää lääkäriä.	1	2	1	2	3	4
... kotipalvelun asiakas voi sairaalahoitoa tarvitessaan päästä suoraan terveyskeskuksen vuodeosastolle ilman päivystyspoliklinikalla käyntiä.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.2 Kotipalvelun - kotisairaanhoidon yhteistyö: yhteiset asiakkaat

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta kotipalvelun työntekijältä, kun tämä lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta kotisairaanhoidon työntekijältä, kun tämä lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotipalvelun työntekijä</u> voi tarvittaessa konsultoida kotisairaanhoidon työntekijöitä asiakkaan sairaalahoidon tarpeesta.	1	2	1	2	3	4
... <u>kumpi</u> , kotisairaanhoidon vai kotipalvelun työntekijä, <u>peruuttaa</u> asiakkaan muut sovitut ajat ja palvelut (tuki-, turva-, ilta- ja/tai yökotihoidon palvelut ja lääkäri-, kampaaja- ym. ajat), kun asiakas joutuu sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? ( Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.3. Kotipalvelun työntekijöiden keskinäinen yhteistyö

Kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... miten kotipalvelun <u>työntekijät välittävät toisilleen tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta.	1	2	1	2	3	4
...miten asiakkaan koti ja kotiasiat (likaiset pyykki ja astiat, kotieläimet, apua tarvitseva puoliso ym.) järjestetään kuntoon sairaalaan lähtötilanteessa, jos asiakas ei itse pysty niistä huolehtimaan.	1	2	1	2	3	4



<b>Kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu,...</b>	<b>Menettelystä sovittu...</b>		<b>Menettely toimii asiakkaila</b>			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...kuka kotipalvelussa peruuttaa asiakkaan muut mahdolliset palvelut (tuki-, turva-, ilta- ja/tai yökotihoidon palvelut ja lääkäri-, laboratorio-, kampaaja yms. ajat).	1	2	1	2	3	4
...että asiakas saa sairaalaan mukaan...						
• kotipalvelun työntekijältä <i>tiedotteen</i> , josta ilmenee, miksi asiakas tulee sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
• hoidon kannalta oleelliset <i>asiakirjat/paperit</i> .	1	2	1	2	3	4
• tarvittavat <i>apuvälineet, lääkkeet</i> .	1	2	1	2	3	4
• tarvitessaan <i>saattajan</i> .	1	2	1	2	3	4
...miten menetellään, jos sairaalahoitoa tarvitseva asiakas kieltäytyy lähtemästä sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... miten menetellään, jos työntekijän on <i>jäätävä kunnostamaan</i> asiakkaan <i>kotia</i> tämän sairaalaan lähdön jälkeen tai kotona <i>joudutaan käymään</i> sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.4 Kotipalvelun - ilta- ja/tai yökotihoidon yhteistyö

<b>Kotipalvelun ja ilta- ja / tai yökotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...</b>	<b>Menettelystä sovittu...</b>		<b>Menettely toimii asiakkaila</b>			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...että <i>ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijä saa tiedon</i> viiveettä asiakkaan sairaalaan joutumisesta kotipalvelun työntekijältä, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4

Kotipalvelun ja ilta- ja / tai yökotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään

...että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> viiveettä asiakkaan sairaalaan joutumisesta ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijältä, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---	---

Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 1.5 Kotipalvelun - tukipalveluiden antajien yhteistyö: yhteiset asiakkaat (ateria-, kuljetus-, siivous-, kylvetys-, turva- ym. palvelut)

Kotipalvelun työntekijöiden ja tukipalveluiden antajien kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään

... että <u>tukipalveluiden antaja saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta viiveettä kotipalvelun työntekijältä, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---	---

... että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta viiveettä tukipalvelun antajalta, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---	---

Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.6 Kotipalvelun työntekijöiden - läheisten yhteistyö

Kotipalvelun työntekijöiden ja läheisten kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että kotipalvelun työntekijä saa tiedon viiveettä asiakkaan sairaalaan joutumisesta läheiseltä, jos tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... kumpi, läheinen vai kotipalvelun työntekijä, peruu asiakkaan muut palvelut (tuki-, turva-, ilta- ja/tai yökotihoidon palvelut ja lääkäri-, kampaaja- ym. ajat), kun asiakas joutuu sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 2 ASIAKKAAN TULO SAIRAALASTA KOTIIN

### 2.1 Kotipalvelun - sairaalan työntekijöiden yhteistyö

Kotipalvelun ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
... että kotipalvelun työntekijä saa tiedon kotiutuvasta asiakkaasta hyvissä ajoin ennen asiakkaan kotiin tuloa sairaalan työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... kenelle kotihoidossa (kotipalvelu vai kotisairaanhoido) sairaalan työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta asiakkaasta, joka saa <u>sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja.</u>	1	2	1	2	3	4
...mitä tietoja (asiakkaan suostumuksella) kotipalvelun työntekijä saa asiakkaan kotihoidon ja palveluiden tarpeesta sairaalan työntekijältä, kun asiakas kotiutuu.	1	2	1	2	3	4

Kotipalvelun ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- läkään
... miten taataan, että kotipalvelun työntekijä saa asiakasta koskevat hoidon kannalta oleelliset tiedot viiveettä sairaalan työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... että sairaalan työntekijä kokoaa asiakkaan sairaalahoitoa koskevat asiakirjat ja tiedotteet (esim. kotihoitokansioon tai vastaavaan), jotka seuraavat asiakkaan mukana kotiin.	1	2	1	2	3	4
... että sairaalan työntekijä aloittaa asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan jo asiakkaan sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
...että asiakkaan kotona olemisen / selviytymisen sekä kotihoitoon ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi järjestetään tarvittaessa...						
• arviointikäynti asiakkaan kotiin tämän sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
• asiakkaalle kotiloma sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
• koekotiutuminen ennen sairaalahoidon päättämistä.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun työntekijä osallistuu...						
• asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekoon sairaalassa	1	2	1	2	3	4
• hoito-, kotiutumis- tai kuntoutuskokouksiin sairaalassa	1	2	1	2	3	4
• arviointikäynnille asiakkaan kotiin sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
• kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin.	1	2	1	2	3	4
• koekotiutuksen suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin.	1	2	1	2	3	4
• asiakkaan apuvälineiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
• asiakkaan kodin muutostöiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
... että kotiutuvan asiakkaan...						
• apuvälineet hankitaan ennen kotiutumista.	1	2	1	2	3	4
• kodin muutostyöt toteutetaan ennen kotiutumista	1	2	1	2	3	4

Kotipalvelun ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...että asiakkaalla on mukana oleelliset tarvikkeet ja asiakirjat (esim. hoitoasiakirjat, apuvälineet, lääkkeet), kun hän tulee sairaalasta kotiin.	1	2	1	2	3	4
... kumpi (sairaalan vai kotipalvelun työntekijä) tilaa kotiutuvan asiakkaan tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous-, turvapalvelut ym.).	1	2	1	2	3	4
... kumpi (sairaalan vai kotipalvelun työntekijä) tilaa kotiutuvalla asiakkaalle ilta- ja/tai yökotihoidon palvelut.	1	2	1	2	3	4
... että asiakas pääsee takaisin sille osastolle, josta on kotiutunut, jos kotona oleminen ei onnistu.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu asiakkaan kotiutuessa?</b> (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3 ASIAKKAAN KOTIHOITO

#### 3.1 Kotipalvelun työntekijöiden keskinäinen yhteistyö: vain kotipalveluja saava asiakas

Kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että kotipalvelua saavalle asiakkaalle valitaan oma- / vastuutyöntekijä.	1	2	1	2	3	4
...kuka kotipalvelusta toimii asiakkaan omana tai vastuutyöntekijänä.	1	2	1	2	3	4
... kuka kotipalvelusta tekee ensi/arviointikäynnin asiakkaan kotiutuessa...	1	2	1	2	3	4
• uuden asiakkaan kotiin.	1	2	1	2	3	4
• aikaisemmin kotipalveluja saaneen asiakkaan kotiin.	1	2	1	2	3	4

Kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) kenelläkään
... että kotipalvelun työntekijät arvioivat asiakkaan vointia ja palveluiden tarvetta määrävälein.	1	2	1	2	3	4
... ketkä kotipalvelusta arvioivat asiakkaan vointia ja palveluiden tarvetta.	1	2	1	2	3	4
... miten työntekijöiden kesken tieto välittyy viiveettä, kun asiakkaan palveluissa tapahtuu muutoksia.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun asiakkaalla on hoito- ja/tai palvelusuunnitelma.	1	2	1	2	3	4
... kuka laatii tai ketkä kotipalvelusta laativat asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun asiakkaalla on kotihoitokansio tai vastaava (asiakkaan suostumuksella), jossa säilytetään hoito- ja/tai palvelusuunnitelman lisäksi muita asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä papereita.	1	2	1	2	3	4
... että kotihoitokansion tai vastaavan sisällöstä on sovittu kotipalvelun työntekijöiden kesken (asiakkaan suostumuksella).	1	2	1	2	3	4
... että hoito- ja/tai palvelusuunnitelman ja muiden asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyvien tietojen päivityksestä on sovittu kotipalvelussa.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu kotihoidossa.</b> (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.2 Kotipalvelun - kotisairaanhoidon yhteistyö: yhteiset asiakkaat

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteiselle asiakkaalle nimetään vastuuhenkilöt tai vastaavat.	1	2	1	2	3	4
... kuka kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta toimii vastuuhenkilönä.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteiselle asiakkaalle nimetään moniammatillinen työryhmä, hoitotiimi tai vastaava kotihoidossa.	1	2	1	2	3	4
...että kaikki asiakkaan moniammatillisen työryhmän, hoitotiimin tai vastaavan jäsenet osallistuvat kokoukseen.	1	2	1	2	3	4
... kuka kotihoidosta vastaa moniammatillisen työryhmän, hoitotiimin tai vastaavan kutsumisesta koolle.	1	2	1	2	3	4
... kuka tekee / ketkä tekevät kotihoidosta ensi/arviointikäynnin asiakkaan kotiutuessa ...						
• uudelle kotihoidon asiakkaalle.	1	2	1	2	3	4
• aikaisemmin kotihoidon piirissä olevalle asiakkaalle.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä kotipalvelun työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä kotisairaanhoidon työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... miten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarve arvioidaan määrävällein kotihoidossa.	1	2	1	2	3	4

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... <i>ketkä</i> kotihoidosta <i>osallistuvat</i> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaalla on yhteinen <i>hoito- ja/tai palvelusuunnitelma</i> .	1	2	1	2	3	4
... <i>ketkä</i> kotihoidosta <i>osallistuvat</i> hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekoon.	1	2	1	2	3	4
... että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaalla on yhteinen <i>kotihoitokansio tai vastaava</i> (asiakkaan suostumuksella), jossa säilytetään hoito- ja/tai palvelusuunnitelman lisäksi muita asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä asiakirjoja.	1	2	1	2	3	4
... että kotihoitokansion tai vastaavan <i>sisällöstä on sovittu</i> kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken (asiakkaan suostumuksella).	1	2	1	2	3	4
... että asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman ja muiden asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyvien <i>tietojen päivityksestä on sovittu</i> kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu?</b> ( <i>Tähän myös kommentteja</i> )	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4



### 3.3 Kotipalvelun - ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijöiden yhteistyö: yhteiset asiakkaat

Kotipalvelun ja ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että <u>ilta- ja / tai yökotihoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan hoidon ja palvelutarpeen muutoksista kotipalvelun työntekijältä viiveettä.	1	2	1	2	3	4
... että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan hoidon ja palvelutarpeen muutoksista ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijältä viiveettä.	1	2	1	2	3	4
... että ilta- ja/tai yökotihoidon ja kotipalvelun asiakkaan <i>vointia sekä hoidon ja palveluiden tarvetta arvioidaan yhdessä.</i>	1	2	1	2	3	4
... <i>ketkä ilta- ja/tai yökotihoidosta ja kotipalvelusta osallistuvat</i> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.4 Kotipalvelun työntekijöiden - tukipalveluiden antajien yhteistyö: yhteiset asiakkaat (ateria-, kuljetus-, siivous,- turva- yms palvelut)

Kotipalvelun työntekijöiden ja tukipalveluiden antajien kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että <u>tukipalvelun antaja saa tiedon</u> asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä kotipalvelun työntekijältä.	1	2	1	2	3	4

Kotipalvelun työntekijöiden ja tukipalveluiden antajien kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä tukipalvelun antajalta.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.5 Kotipalvelun työntekijöiden - läheisten yhteistyö

Kotipalvelun työntekijöiden ja läheisten kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että läheinen <u>saa tiedon</u> asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutoksista kotipalvelun työntekijältä viiveettä.	1	2	1	2	3	4
... miten vastuut läheisen ja kotipalvelun työntekijän kesken jaetaan tarvittaessa (asiakkaan suostumuksella).	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### Mikä seuraavista kuvaa parhaiten sitä tapaa, jolla olet vastannut tähän lomakkeeseen?

Olen vastannut ...

- 1 vain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella
- 2 keskusteltuani muiden kotipalvelun työntekijöiden kanssa
- 3 osittain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella, osittain keskusteltuani muiden kotipalvelun työntekijöiden kanssa
- 4 muuten. Miten? \_\_\_\_\_

**Kiitos vastauksistasi!**



## **PALKO - PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMINEN JA KOTIHOITO**

### **Arviointi kotisairaanhoidon näkökulmasta**

#### **VASTAUSOHJE**

Tämän lomakkeen avulla selvitetään kunnassasi olemassa olevia käytäntöjä. Tarkoitus on saada selville,

- mitä menettelyjä eri tahot ovat sopineet kunnassa potilaan / asiakkaan kotiutuksesta ja
- miten arvioit niiden toteutuvan käytännössä.

Keskeistä lomakkeessa tarkoitettussa menettelyssä on, että se on sovittu (mieluiten kirjallisesti) ja että eri osapuolet tietävät siitä.

- Onko kyseisestä asiasta sovittu -kohdan vastaus on dikotominen Kyllä tai Ei. Tyhjä vastaus merkitsee tässä En tiedä.
- Miten menettely toimii käytännössä -kohdan vastausvaihtoehdot kertovat kuinka suurella osalla potilaita / asiakkaita menettely toimii. Menettely voi toimia myös ilman, että siitä on sovittu.

Kotihoidon yhdistetyissä toimipisteissä toimiville:

- Lomakkeessa on erotettu kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan tässä tapauksessa työyksikkösi sairaanhoidollista henkilöstöä ja kotipalvelulla kodinhoidollista henkilöstöä.
- Vastaa kysymyksiin tällä periaatteella sikäli kun se on mahdollista.

#### **LOMAKKEEN RAKENNE**

##### **1 Asiakkaan kotoa sairaalaan lähtö**

- 1.1 Kotisairaanhoidon ja sairaalan yhteistyö
- 1.2 Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyö
- 1.3 Kotisairaanhoidon keskinäinen yhteistyö
- 1.4 Kotisairaanhoidon ja ilta- ja/tai yökotihoidon yhteistyö
- 1.5 Kotisairaanhoidon ja tukipalveluiden yhteistyö
- 1.6 Kotisairaanhoidon ja läheisten yhteistyö

##### **2 Asiakkaan tulo sairaalasta kotiin**

- 2.1 Kotisairaanhoidon ja sairaalan työntekijöiden yhteistyö

##### **3 Asiakkaan kotihoito**

- 3.1 Kotisairaanhoidon työntekijöiden keskinäinen yhteistyö
- 3.2 Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyö
- 3.3 Kotisairaanhoidon ja ilta- ja/tai yökotihoidon yhteistyö
- 3.4 Kotisairaanhoidon ja tukipalveluiden yhteistyö
- 3.5 Kotisairaanhoidon ja läheisten yhteistyö

# 1 ASIAKKAAN KOTOA SAIRAALAAN LÄHTÖ

## 1.1 Kotisairaanhoidon - sairaalan yhteistyö

Kotisairaanhoidon ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että <u>sairaalan työntekijä saa tiedon</u> sairaalaan saapuvasta asiakkaasta kotisairaanhoidon työntekijältä, jos tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon viiveettä</u> sairaalan työntekijältä...						
• sairaalaan joutuneesta asiakkaasta, jos asiakas on tullut sairaalaan yksin tai läheisen lähettämänä.	1	2	1	2	3	4
• (päivystys)-poliklinikalta takaisin kotiin lähteneestä asiakkaasta.	1	2	1	2	3	4
• ilta- tai yöaikaan tai viikonloppuna kotiin lähteneestä asiakkaasta.	1	2	1	2	3	4
...mitä <u>tietoja sairaalan työntekijä saa</u> asiakkaasta kotisairaanhoidon työntekijältä, kun asiakas tulee tämän lähettämänä sairaalaan	1	2	1	2	3	4
... miten taataan, että <u>sairaalan työntekijä saa</u> asiakasta koskevan hoidon kannalta <u>oleelliset tiedot viiveettä</u> kotisairaanhoidon työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon työntekijä voi tarvittaessa äkillisessä tilanteessa konsultoida suoraan terveyskeskussairaalan päivystävää lääkäriä.	1	2	1	2	3	4
... kotisairaanhoidon asiakas voi sairaalahoitoa tarvittaessaan päästä suoraan terveyskeskuksen vuodeosastolle ilman päivystyspoliklinikalla käyntiä.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.2 Kotisairaanhoidon - kotipalvelun yhteistyö: yhteiset asiakkaat

<b>Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu, ...</b>	<b>Menettelystä sovittu...</b>		<b>Menettely toimii asiakkailla</b>			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta kotipalvelun työntekijältä, kun tämä lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta kotisairaanhoidon työntekijältä, kun tämä lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotipalvelun työntekijä</u> voi tarvittaessa <u>konsultoida kotisairaanhoidon työntekijöitä</u> asiakkaan sairaalahoidon tarpeesta.	1	2	1	2	3	4
... <u>kumpi</u> , kotisairaanhoidon vai kotipalvelun työntekijä, <u>peruu</u> asiakkaan muut sovitut ajat ja palvelut (tuki-, turva-, iltaja- ja/tai yökotihoidon palvelut ja lääkäri-, kampaaja- ym. ajat), kun asiakas joutuu sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? ( Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.3. Kotisairaanhoidon työntekijöiden keskinäinen yhteistyö

<b>Kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...</b>	<b>Menettelystä sovittu...</b>		<b>Menettely toimii asiakkailla</b>			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... miten kotisairaanhoidon <u>työntekijät välittävät toisilleen tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta.	1	2	1	2	3	4
...miten asiakkaan <u>koti ja kotiasiat</u> (likaiset pyykit ja astiat, kotieläimet, apua tarvitseva puoliso ym.) <u>järjestetään</u> kuntoon sairaalaan lähtötilanteessa, jos asiakas ei itse pysty niistä huolehtimaan.	1	2	1	2	3	4

<b>Kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...</b>	<b>Menettelystä sovittu...</b>		<b>Menettely toimii asiakkailla</b>			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...kuka kotisairaanhoidossa <i>peruuttaa</i> asiakkaan muut mahdolliset palvelut (tuki-, turva-, ilta- ja/tai yökotihoidon palvelut ja lääkäri-, laboratorio-, kampaaja yms. ajat).	1	2	1	2	3	4
...että <i>asiakas saa sairaalaan mukaan...</i>						
• kotisairaanhoidon työntekijältä <i>tiedotteen</i> , josta ilmenee, miksi asiakas tulee sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
• hoidon kannalta oleelliset <i>asiakirjat/paperit</i> .	1	2	1	2	3	4
• tarvittavat <i>apuvälineet, lääkkeet</i> .	1	2	1	2	3	4
• tarvitessaan <i>saattajan</i> .	1	2	1	2	3	4
...miten menetellään, jos sairaalahoitoa tarvitseva asiakas, kieltäytyy lähtemästä sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... miten menetellään, jos työntekijän on <i>jäätävä kunnostamaan</i> asiakkaan <i>kotia</i> tämän sairaalaan lähdön jälkeen tai kotona <i>joudutaan käymään</i> sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

#### 1.4 Kotisairaanhoidon - ilta- ja/tai yökotihoidon yhteistyö

<b>Kotisairaanhoidon ja ilta- ja / tai yökotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...</b>	<b>Menettelystä sovittu...</b>		<b>Menettely toimii asiakkailla</b>			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
...että <i>ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijä saa tiedon</i> viiveettä asiakkaan sairaalaan joutumisesta kotisairaanhoidon työntekijältä, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4

Kotisairaanhoidon ja <i>ilta- ja / tai yökotihoidon</i> työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
...että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> viiveettä asiakkaan sairaalaan joutumisesta <i>ilta- ja/tai yökotihoidon</i> työntekijältä, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 1.5 Kotisairaanhoidon - tukipalveluiden antajien yhteistyö: yhteiset asiakkaat (ateria-, kuljetus-, siivous-, kylvetys-, turva- ym. palvelut)

Kotisairaanhoidon työntekijöiden ja <i>tukipalveluiden antajien</i> kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
... että <u>tukipalveluiden antaja saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta viiveettä kotisairaanhoidon työntekijältä, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan sairaalaan joutumisesta viiveettä tukipalvelun antajalta, kun tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 1.6 Kotisairaanhoidon työntekijöiden - läheisten yhteistyö

Kotisairaanhoidon työntekijöiden ja läheisten kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
...että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> viiveettä asiakkaan sairaalaan joutumisesta läheiseltä, jos tämä on lähettänyt asiakkaan sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
... <i>kumpi</i> , läheinen vai kotisairaanhoidon työntekijä, <i>peruuttaa</i> asiakkaan muut palvelut (tuki-, turva-, ilta- ja/tai yökoti-hoidon palvelut ja lääkäri-, kampaaja- ym. ajat), kun asiakas joutuu sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 2 ASIAKKAAN TULO SAIRAALASTA KOTIIN

### 2.1 Kotisairaanhoidon - sairaalan työntekijöiden yhteistyö

Kotisairaanhoidon ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
... että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> kotiutuvasta asiakkaasta <i>hyvissä ajoin</i> ennen asiakkaan kotiin tuloa sairaalan työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... <i>kenelle kotihoidossa</i> (kotipalvelu vai kotisairaanhoido) sairaalan työntekijä <i>ilmoittaa</i> kotiutuvasta asiakkaasta, joka saa <u>sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja</u> .	1	2	1	2	3	4
...mitä <i>tietoja</i> (asiakkaan suostumuksella) <i>kotisairaanhoidon työntekijä saa</i> asiakkaan kotihoidon ja palveluiden tarpeesta sairaalan työntekijältä, kun asiakas kotiutuu.	1	2	1	2	3	4



Kotisairaanhoidon ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... miten taataan, että kotisairaanhoidon työntekijä saa asiakasta koskevat hoidon kannalta oleelliset tiedot viiveettä sairaalan työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... että sairaalan työntekijä kokoaa asiakkaan sairaalahoitoa koskevat asiakirjat ja tiedotteet (esim. kotihoitokansioon tai vastaavaan), jotka seuraavat asiakkaan mukana kotiin.	1	2	1	2	3	4
... että sairaalan työntekijä aloittaa asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan jo asiakkaan sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
...että asiakkaan kotona olemisen / selviytymisen sekä kotihoito- ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi järjestetään tarvittaessa...						
• arviointikäynti asiakkaan kotiin tämän sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
• asiakkaalle kotiloma sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
• koekotiutuminen ennen sairaalahoidon päättämistä.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon työntekijä osallistuu...						
• asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekoon sairaalassa	1	2	1	2	3	4
• hoito-, kotiutumis- tai kuntoutuskokouksiin sairaalassa	1	2	1	2	3	4
• arviointikäynnille asiakkaan kotiin sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
• kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin.	1	2	1	2	3	4
• koekotiutuksen suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin.	1	2	1	2	3	4
• asiakkaan apuvälineiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
• asiakkaan kodin muutostöiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
... että kotiutuvan asiakkaan...						
• apuvälineet hankitaan ennen kotiutumista.	1	2	1	2	3	4
• kodin muutostyöt toteutetaan ennen kotiutumista	1	2	1	2	3	4

Kotisairaanhoidon ja sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
...että asiakkaalla on mukana oleelliset tarvikkeet ja asiakirjat (esim. hoitoasiakirjat, apuvälineet, lääkkeet), kun hän tulee sairaalasta kotiin.	1	2	1	2	3	4
... kumpi (sairaalan vai kotisairaanhoidon työntekijä) tilaa kotiutuvan asiakkaan tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivousturvapalvelut ym.).	1	2	1	2	3	4
... kumpi (sairaalan vai kotisairaanhoidon työntekijä) tilaa kotiutuvalle asiakkaalle ilta- ja/tai yökotihoidon palvelut.	1	2	1	2	3	4
... että asiakas pääsee takaisin sille osastolle, josta on kotiutunut, jos kotona oleminen ei onnistu.	1	2	1	2	3	4
Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3 ASIAKKAAN KOTIHOITO

#### 3.1 Kotisairaanhoidon työntekijöiden keskinäinen yhteistyö: vain kotisairaanhoidoa saava asiakas

Kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
... että kotisairaanhoidoa saavalle asiakkaalle valitaan oma- / vastuutyöntekijä.	1	2	1	2	3	4
...kuka kotisairaanhoidosta voi toimia asiakkaan oma- tai vastuutyöntekijänä.	1	2	1	2	3	4
... kuka kotisairaanhoidosta tekee ensi/arviointikäynnin asiakkaan kotiutuessa	1	2	1	2	3	4
• uuden asiakkaan kotiin.	1	2	1	2	3	4
• aikaisemmin kotisairaanhoidon palveluja saaneen asiakkaan kotiin.	1	2	1	2	3	4

Kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkaila			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
... että kotisairaanhoidon työntekijät arvioivat asiakkaan vointia sekä hoidon ja palveluiden <i>tarvetta määrävälein</i> .	1	2	1	2	3	4
... <i>ketkä</i> kotisairaanhoidosta arvioivat asiakkaan vointia sekä hoidon ja palveluiden tarvetta.	1	2	1	2	3	4
... miten työntekijöiden kesken tieto välittyy viiveettä, kun asiakkaan hoidossa ja palveluissa tapahtuu muutoksia.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon asiakkaalla on <i>hoito- ja/tai palvelusuunnitelma</i> .	1	2	1	2	3	4
... kuka laatii tai <i>ketkä</i> kotisairaanhoidosta <i>laativat</i> asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon asiakkaalla on <i>kotihoitokansio tai vastaava</i> (asiakkaan suostumuksella), jossa säilytetään hoito- ja/tai palvelusuunnitelman lisäksi muita asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä papereita.	1	2	1	2	3	4
... että kotihoitokansion tai vastaavan <i>sisällöstä on sovittu</i> kotisairaanhoidon työntekijöiden kesken (asiakkaan suostumuksella).	1	2	1	2	3	4
... että hoito- ja/tai palvelusuunnitelman ja muiden asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyvien tietojen <i>päivityksestä on sovittu</i> kotisairaanhoidossa.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu kotihoidossa?</b> ( <i>Tähän myös kommentteja</i> )	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.2 Kotisairaanhoidon - kotipalvelun yhteistyö: yhteiset asiakkaat

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteiselle asiakkaalle nimetään vastuuhenkilöt tai vastaavat.	1	2	1	2	3	4
... kuka kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta toimii vastuuhenkilönä.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteiselle asiakkaalle nimetään moniammatillinen työryhmä, hoitotiimi tai vastaava kotihoidossa.	1	2	1	2	3	4
... että kaikki asiakkaan moniammatillisen työryhmän, hoitotiimin tai vastaavan jäsenet osallistuvat kokoukseen.	1	2	1	2	3	4
... kuka kotihoidosta vastaa moniammatillisen työryhmän, hoitotiimin tai vastaavan kutsumisesta koolle.	1	2	1	2	3	4
... kuka tekee / ketkä tekevät kotihoidosta ensi/arviointikäynnin asiakkaan kotiutuessa...						
• uudelle kotihoidon asiakkaalle.	1	2	1	2	3	4
• aikaisemmin kotihoidon piirissä olevalle asiakkaalle.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä kotipalvelun työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
...että <u>kotipalvelun työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarpeen muutoksista viiveettä kotisairaanhoidon työntekijältä.	1	2	1	2	3	4
... miten kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarve arvioidaan määrävällein kotihoidossa.	1	2	1	2	3	4

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- läkään
... <i>ketkä</i> kotihoidosta <i>osallistuvat</i> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaalla on yhteinen <i>hoito- ja/tai palvelusuunnitelma</i> .	1	2	1	2	3	4
... <i>ketkä</i> kotihoidosta <i>osallistuvat</i> hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekoon.	1	2	1	2	3	4
... että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaalla on yhteinen <i>kotihoitokansio tai vastaava</i> (asiakkaan suostumuksella), jossa säilytetään hoito- ja/tai palvelusuunnitelman lisäksi muita asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä asiakirjoja.	1	2	1	2	3	4
... että kotihoitokansion tai vastaavan <i>sisällöstä on sovittu</i> kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kesken (asiakkaan suostumuksella).	1	2	1	2	3	4
... että asiakkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman ja muiden asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyvien <i>tietojen päivityksestä on sovittu</i> kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kesken.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu?</b> ( <i>Tähän myös kommentteja</i> )	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.3 Kotisairaanhoidon - ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijöiden yhteistyö: yhteiset asiakkaat

Kotisairaanhoidon ja ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että <u>ilta- ja / tai yökotihoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palvelutarpeen muutoksista kotisairaanhoidon työntekijältä viiveettä.	1	2	1	2	3	4
... että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palvelutarpeen muutoksista ilta- ja/tai yökotihoidon työntekijältä viiveettä.	1	2	1	2	3	4
... että ilta- ja/tai yökotihoidon ja kotisairaanhoidon asiakkaan <i>vointia sekä hoidon ja palveluiden tarvetta arvioidaan yhdessä.</i>	1	2	1	2	3	4
... <i>ketkä</i> ilta- ja/tai yökotihoidosta ja kotisairaanhoidosta <i>osallistuvat</i> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palveluiden tarpeen arvioimiseen.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.4 Kotisairaanhoidon työntekijöiden - tukipalveluiden antajien yhteistyö: yhteiset asiakkaat (ateria-, kuljetus-, siivous,- turva- yms palvelut)

Kotisairaanhoidon työntekijöiden ja tukipalveluiden antajien kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- lääkään
... että <u>tukipalvelun antaja saa tiedon</u> asiakkaan hoidon ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä kotisairaanhoidon työntekijältä.	1	2	1	2	3	4

Kotisairaanhoidon työntekijöiden ja tukipalveluiden antajien kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
... että <u>kotisairaanhoidon työntekijä saa tiedon</u> asiakkaan hoidon ja palvelutarpeen muutoksista viiveettä tukipalvelun antajalta.	1	2	1	2	3	4

Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3.5 Kotisairaanhoidon työntekijöiden - läheisten yhteistyö

Kotisairaanhoidon työntekijöiden ja läheisten kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii asiakkailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
... että läheinen saa <u>tiedon</u> asiakkaan voinnin sekä hoidon ja palvelutarpeen muutoksista kotisairaanhoidon työntekijältä viiveettä.	1	2	1	2	3	4

... miten vastuut läheisen ja kotisairaanhoidon työntekijän kesken jaetaan tarvittaessa (asiakkaan suostumuksella).	1	1	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---	---

Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### Mikä seuraavista kuvaa parhaiten sitä tapaa, jolla olet vastannut tähän lomakkeeseen?

Olen vastannut ...

- 1 vain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella
- 2 keskusteltuani muiden kotisairaanhoidon työntekijöiden kanssa
- 3 osittain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella, osittain keskusteltuani muiden kotisairaanhoidon työntekijöiden kanssa
- 4 muuten. Miten? \_\_\_\_\_

**Kiitos vastauksistasi!**



## **PALKO - PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMINEN JA KOTIHOITO** **Arviointi terveyskeskuksen vuodeosaston näkökulmasta**

### **VASTAUSOHJE**

Tämän lomakkeen avulla selvitetään kunnassasi olemassa olevia käytäntöjä. Tarkoitus on saada selville,

- mitä menettelyjä eri tahot ovat sopineet kunnassa potilaan / asiakkaan kotiutuksesta ja
- miten arvioit niiden toteutuvan käytännössä.

Keskeistä lomakkeessa tarkoitettussa menettelyssä on, että se on sovittu (mieluiten kirjallisesti) ja että eri osapuolet tietävät siitä.

- Onko kyseisestä asiasta sovittu -kohdan vastaus on dikotominen Kyllä tai Ei. Tyhjä vastaus merkitsee tässä En tiedä.
- Miten menettely toimii käytännössä -kohdan vastausvaihtoehdot kertovat kuinka suurella osalla potilaita / asiakkaita menettely toimii. Menettely voi toimia myös ilman, että siitä on sovittu.

### **LOMAKKEEN RAKENNE**

#### **1 Potilaan tulo kotoa terveyskeskuksen vuodeosastolle**

- Terveyskeskuksen vuodeosaston työntekijöiden keskinäinen yhteistyö
- Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyö

#### **2 Potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle**

- Terveyskeskuksen vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijöiden yhteistyö

#### **3 Potilaan kotiutuminen terveyskeskuksen vuodeosastolta**

- Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyö



# 1 POTILAAN TULO KOTOA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLE

## Terveyskeskuksen vuodeosaston työntekijöiden keskinäinen yhteistyö

Vuodeosaston työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että vuodeosastolle tulevalle potilaalle nimetään omahoitaja.	1	2	1	2	3	4
...mitä tietoja vuodeosaston työntekijä kerää potilaalta, kun potilas tulee vuodeosastolle (tarvittaessa läheiseltä).	1	2	1	2	3	4
... miten potilasta informoidaan hänen tietojensa siirtämisestä hoitopaikkojen välillä ja otetaan lupa tietojen siirtämiseen.	1	2	1	2	3	4
...kuka välittää läheisille tiedon potilaan tulosta vuodeosastolle, jos potilas on tullut yksin tai kotihoidon työntekijän lähettämänä.	1	2	1	2	3	4
... että vuodeosastolle kotoa tulleelta potilaalta tarkistetaan, onko hän saanut kotihoidon palveluja.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## Vuodeosaston - kotihoidon työntekijöiden yhteistyö

Vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...miten kotihoidon työntekijä saa tiedon potilaan tulosta vuodeosastolle, jos potilas on tullut yksin tai läheisen lähettämänä sairaalaan (kuka tiedottaa kenelle).	1	2	1	2	3	4

Vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
... että vuodeosaston työntekijä voi konsultoida tarvittaessa kotihoidon työntekijää potilaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä ja palveluiden tarpeesta.	1	2	1	2	3	4
... mitä hoitoasiakirjoja ja tarvikkeita potilas saa mukaansa kotihoidon työntekijältä tämän lähettäessä potilaan sairaalaan (esim. hoito- ja/tai palvelusuunnitelma, lääkkeet, apuvälineet).	1	2	1	2	3	4
...miten kotihoidon työntekijöiden yhteystiedot pysyvät ajan tasalla vuodeosastolla.	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotiutumisen valmistelu alkaa jo potilaan tullessa sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 2 POTILAAN SIIRTYMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON SAIRAALASTA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLE

### Terveyskeskuksen vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sairaalan yhteistyö

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
...kuka erikoissairaanhoidon sairaalasta ilmoittaa terveyskeskuksen vuodeosastolle potilaan jatkohoitopaikan tarpeesta (potilas siirtymässä).	1	2	1	2	3	4
... keneen terveyskeskuksen vuodeosastolla erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijä ottaa yhteyttä, jos potilaalle tarvitaan jatkohoitopaikka.	1	2	1	2	3	4

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
... että terveyskeskuksen vuodeosasto saa <u>tiedon</u> potilaan tulevasta <u>jatkohoidon tarpeesta</u> hyvissä ajoin ennen tämän siirtymistä erikoissairaanhoidosta.	1	2	1	2	3	4
...miten potilasta koskevat <u>tiedot</u> siirtyvät erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle (kuka tiedottaa kenelle).	1	2	1	2	3	4
...että terveyskeskuksen vuodeosasto saa <u>siirtyvää potilasta</u> koskevat <u>tiedot</u> erikoissairaanhoidon sairaalasta etukäteen ennen tämän siirtymistä.	1	2	1	2	3	4
...mitä potilaan tietoja siirtyy (potilaan luvalla) erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle.	1	2	1	2	3	4
...mitä potilas saa <u>mukaansa</u> siirtyessään erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle (hoitoasiakirjat, lääkkeet, apuvälineet ym.).	1	2	1	2	3	4
... <u>kumpi</u> (esh vai tk) ilmoittaa läheiselle potilaan siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle (jos potilas ei pysty itse ilmoittamaan).	1	2	1	2	3	4
... <u>kumpi</u> (esh vai tk) ilmoittaa kotihoidon työntekijälle potilaan siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle, jos potilas on ollut kotihoidon asiakas.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja).</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3 POTILAAN KOTIUTUMINEN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLTA

#### Terveyskeskuksen vuodeosaston - kotihoidon työntekijöiden yhteistyö

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että vuodeosaston työntekijä antaa kotiutuvalla potilaalle tietoa kotihoidosta ja palveluista jo sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa <i>hoito-, kotiutumistai kuntoutuskokouksissa</i> .	1	2	1	2	3	4
...että potilaan <u>hoito-, kotiutumistai kuntoutuskokoukseen</u> osallistuu myös ...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla).	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa vuodeosastohoidon aikana <u>arviointikäynnillä potilaan kotiin</u> .	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotiin arviointikäynnille osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla)	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arviointia varten järjestetään potilaalle <u>kotiloma</u> vuodeosastohoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla).	1	2	1	2	3	4

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että potilaan kotona selviytymisen sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi järjestetään potilaalle <u>koekotiutus</u> ennen sairaalahoidon päättämistä.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan koekotiutuksen suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla).	1	2	1	2	3	4
... että potilas pääsee takaisin sille osastolle, josta on kotiutunut, jos kotona oleminen ei onnistu.	1	2	1	2	3	4
...miten kotiutuvan potilaan <u>apuvälineiden</u> tarve arvioidaan ja apuvälineet hankitaan.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan apuvälineiden tarpeen arvioimiseen osallistuu sairaalassa myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
...että kotiutuva potilas saa tarvitsemansa apuvälineet ennen kotiutumista.	1	2	1	2	3	4
...miten potilaan <u>kodin muutostöiden</u> tarve arvioidaan ja muutokset toteutetaan.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan kodin muutostöiden tarvetta arvioi ja muutosten suunnitteluun osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla)	1	2	1	2	3	4
...että kotiutuvan potilaan kodin muutostyöt saadaan valmiiksi ennen potilaan kotiutumista.	1	2	1	2	3	4

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) kenelläkään
...kuka / kumpi (tk vai kotihoito) tilaa kotiutuvalla potilaalle tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous-, turvapalvelut ym.)	1	2	1	2	3	4
...kuka / kumpi (tk vai kotihoito) tilaa kotiutuvalla potilaalle ilta- ja/tai yökotihoiton.	1	2	1	2	3	4
...että vuodeosaston työntekijä aloittaa kotiutuvan potilaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelman laadinnan.	1	2	1	2	3	4
... että hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
... että vuodeosaston työntekijä kokoaa potilaalle kotihoitokansion (tai vastaavan), johon kerätään potilaan hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat.	1	2	1	2	3	4
... miten vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta ...						
• Kotisairaanhoidon (kuka ilmoittaa kenelle)	1	2	1	2	3	4
• Kotipalveluun (kuka ilmoittaa kenelle)	1	2	1	2	3	4
... kenelle kotihoidossa vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta, joka saa <u>sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja.</u>	1	2	1	2	3	4
...että vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta hyvissä ajoin ennen kotiutumista...						
• Kotisairaanhoidon	1	2	1	2	3	4
• Kotipalveluun	1	2	1	2	3	4
...mitä potilaan tietoja (potilaan luvalla) vuodeosastolta siirtey...						
• Kotisairaanhoidon	1	2	1	2	3	4
• Kotipalveluun	1	2	1	2	3	4

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...mitä (asiakirjoja ja tarvikkeita) potilas saa mukaansa vuodeosastolta kotiutuessaan.	1	2	1	2	3	4
...että tarvittaessa potilas saa saattajan kotiin tai potilasta ollaan vastassa kotona.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu?</b> (Tähän myös kommentteja)	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

**Mikä seuraavista kuvaa parhaiten sitä tapaa, jolla olet vastannut tähän lomakkeeseen?**

Olen vastannut ...

- 1 vain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella
- 2 keskusteltuani muiden sairaalan työntekijöiden kanssa
- 3 osittain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella, osittain keskusteltuani muiden sairaalan työntekijöiden kanssa
- 4 muuten. Miten? \_\_\_\_\_

**Kiitos vastauksistasi!**



## **PALKO - PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMINEN JA KOTIHOITO**

### **Arviointi erikoissairaanhoidon näkökulmasta**

#### **VASTAUSOHJE**

Tämän lomakkeen avulla selvitetään kunnassasi olemassa olevia käytäntöjä. Tarkoitus on saada selville,

- mitä menettelyjä eri tahot ovat sopineet kunnassa potilaan / asiakkaan kotiutuksesta ja
- miten arvioit niiden toteutuvan käytännössä.

Keskeistä lomakkeessa tarkoitettussa menettelyssä on, että se on sovittu (mieluiten kirjallisesti) ja että eri osapuolet tietävät siitä.

- Onko kyseisestä asiasta sovittu -kohdan vastaus on dikotominen Kyllä tai Ei. Tyhjä vastaus merkitsee tässä En tiedä.
- Miten menettely toimii käytännössä -kohdan vastausvaihtoehdot kertovat kuinka suurella osalla potilaita / asiakkaita menettely toimii. Menettely voi toimia myös ilman, että siitä on sovittu.

#### **LOMAKKEEN RAKENNE**

##### **1 Potilaan tulo kotoa erikoissairaanhoidon sairaalaan**

- Erikoissairaanhoidon vuodeosaston työntekijöiden keskinäinen yhteistyö
- Erikoissairaanhoidon vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyö

##### **2 Potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle**

- Erikoissairaanhoidon sairaalan ja terveyskeskussairaalan työntekijöiden yhteistyö

##### **3 Potilaan kotiutuminen erikoissairaanhoidon vuodeosastolta**

- Erikoissairaanhoidon työntekijöiden keskinäinen yhteistyö
- Erikoissairaanhoidon vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden yhteistyö



# 1 POTILAAN TULO KOTOA ERIKOISAIRAANHOIDON VUODEOSASTOLLE

## Sairaalan vuodeosaston työntekijöiden keskinäinen yhteistyö

Vuodeosaston työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killä	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- läkään
...että vuodeosastolle tulevalle potilaalle nimetään omahoitaja tai vastaava.	1	2	1	2	3	4
...mitä tietoja vuodeosaston työntekijä kerää potilaalta, kun potilas tulee vuodeosastolle (tarvittaessa läheiseltä).	1	2	1	2	3	4
... miten potilasta informoidaan hänen tietojensa siirtämisestä hoitopaikkojen välillä	1	2	1	2	3	4
... miten potilaalta otetaan lupa tietojen siirtämiseen.	1	2	1	2	3	4
...kuka välittää läheisille tiedon potilaan tulosta vuodeosastolle, jos potilas on tullut yksin tai kotihoidon työntekijän lähettämänä.	1	2	1	2	3	4
... että eri ammattiryhmien edustajat (sosiaalityöntekijä, fysio- ja toimintaterapeutti ym.) saavat tarvitessaan tiedon sairaalan tulleesta potilaasta viiveettä	1	2	1	2	3	4
... että vuodeosastolle kotoa tulleelta potilaalta tarkistetaan, onko hän saanut kotihoidon palveluja.	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotiutumista aletaan suunnitella heti, kun tiedetään potilaan mahdollisesti palaavan kotiin ja tarvitsevan kotihoidon palveluja (ennakoivan kotiutumisen suunnittelu)	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## Vuodeosaston - kotihoidon työntekijöiden yhteistyö

Vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu, ...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai- killa	Lähes kaikilla	Ei lähes- kään kaikilla	Ei (juuri) kenel- läkään
...miten kotihoidon työntekijä saa tiedon potilaan tulosta vuodeosastolle, jos potilas on tullut yksin tai läheisen lähettämänä sairaalaan (kuka tiedottaa kenelle).	1	2	1	2	3	4
... että vuodeosaston työntekijä voi konsultoida tarvittaessa kotihoidon työntekijää potilaan aikaisemmasta kotona selviytymisestä ja palveluiden tarpeesta.	1	2	1	2	3	4
... mitä hoitoasiakirjoja ja tarvikkeita potilas saa mukaansa kotihoidon työntekijältä tämän lähettäessä potilaan sairaalaan (esim. hoito- ja/tai palvelusuunnitelma, lääkkeet, apuvälineet, erikoishoitotarvikkeet).	1	2	1	2	3	4
...miten kotihoidon työntekijöiden yhteystiedot pysyvät ajan tasalla vuodeosastolla.	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotiutumisen valmistelu alkaa jo potilaan tullessa sairaalaan.	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

## 2 POTILAAN SIIRTYMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON SAIRAALASTA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLE

### Erikoissairaanhoidon sairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosaston yhteistyö

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...kuka erikoissairaanhoidon sairaalasta ilmoittaa terveyskeskuksen vuodeosastolle potilaan jatkohoitopaikan tarpeesta (potilas siirtymässä).	1	2	1	2	3	4
... keneen terveyskeskuksen vuodeosastolla erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijä ottaa yhteyttä, jos potilaalle tarvitaan jatkohoitopaikka.	1	2	1	2	3	4
... että terveyskeskuksen vuodeosasto saa <i>tiedon</i> potilaan tulevasta <u>jatkohoidon tarpeesta</u> <i>hyvissä ajoin</i> ennen tämän siirtymistä erikoissairaanhoidosta.	1	2	1	2	3	4
... <i>miten</i> potilasta koskevat <i>tiedot siirtyvät</i> erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle (kuka tiedottaa kenelle).	1	2	1	2	3	4
...että terveyskeskuksen vuodeosasto saa <u>siirtyvää potilasta koskevat tiedot</u> erikoissairaanhoidon sairaalasta etukäteen ennen tämän siirtymistä.	1	2	1	2	3	4
...mitä potilaan tietoja siirtyy (potilaan luvalla) erikoissairaanhoidon sairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle.	1	2	1	2	3	4
... että erityisammattiryhmien edustajat (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) saavat tiedon potilaan siirtymisestä <i>hyvissä ajoin</i> .	1	2	1	2	3	4
... miten potilasta koskevat erityisammattiryhmien (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) loppulausunnot, yhteenvedot, muut tiedotteet siirtyvät potilaan jatkohoitopaikkaan.	1	2	1	2	3	4

Terveyskeskuksen vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...mitä potilas saa mukaansa siirtyessään erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle (hoitoasiakirjat, lääkkeet, apuvälineet, hoitotarvikkeet ym.).	1	2	1	2	3	4
...kumpi (esh vai tk) ilmoittaa läheiselle potilaan siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle (jos potilas ei pysty itse ilmoittamaan).	1	2		2	3	4
...kumpi (esh vai tk) ilmoittaa kotihoidon työntekijälle potilaan siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle, jos potilas on ollut kotihoidon asiakas.	1	2	1	2	3	4
Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja).	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### 3 POTILAAN KOTIUTUMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON VUODEOSASTOLTA

#### Erikoissairaanhoidon työntekijöiden keskinäinen yhteistyö

Sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
... että erityisammattiryhmien edustajat (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) saavat tiedon potilaan kotiutumisesta hyvissä ajoin.	1	2	1	2	3	4
... kuka osastolta ottaa yhteyttä erityisammattiryhmien (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) edustajaan	1	2	1	2	3	4

Sairaalan työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
... keneen osastolla erityisammattiryhmän edustaja (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) ottaa yhteyttä potilaan asioissa	1	2	1	2	3	4
... miten potilasta koskevat erityisammattiryhmien (fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) loppulausunnot, yhteenvedot, muut tiedotteet siirtyvät potilaan jatkohoitopaikkaan esim. toinen sairaala/laitos, kotihoito.	1	2	1	2	3	4
... kuka kokoaa potilasta ja potilaan jatkohoittoa koskevat eri ammattiryhmien edustajien tiedot yhteen.	1	2	1	2	3	4

## Erikoissairaanhoidon vuodeosaston - kotihoidon työntekijöiden yhteistyö

Sairaalan vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
...että vuodeosaston työntekijä antaa kotiutuvalle potilaalle tietoa kotihoidosta ja palveluista jo sairaalahoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa <i>hoito-, kotiutumistai kuntoutuskokouksissa</i> .	1	2	1	2	3	4
...että potilaan <u>hoito-, kotiutumistai kuntoutuskokoukseen osallistuu myös ...</u>						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla).	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarvetta arvioidaan tarvittaessa vuodeosastohoidon aikana <u>arviointikäynnillä potilaan kotiin</u> .	1	2	1	2	3	4

Sairaalan vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
...että potilaan kotiin arviointikäynnille osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla)	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymistä sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arviointia varten järjestetään potilaalle tarvittaessa <u>kotiloma</u> vuodeosastohoidon aikana.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan kotiloman suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla).	1	2	1	2	3	4
...että potilaan kotona selviytymisen sekä kotihoidon ja palvelujen tarpeen arvioimiseksi järjestetään potilaalle tarvittaessa <u>koekotiutus</u> ennen sairaalahoidon päättämistä.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan koekotiutuksen suunnitteluun ja onnistumisen arviointiin osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla).	1	2	1	2	3	4
... että potilas pääsee takaisin sille osastolle, josta on kotiutunut, jos kotona oleminen ei onnistu.	1	2	1	2	3	4
...miten kotiutuvan potilaan <u>apuvälineiden tarve</u> arvioidaan ja apuvälineet hankitaan.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan apuvälineiden tarpeen arvioimiseen osallistuu sairaalassa myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4

Sairaalan vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei lähes-kään kaikilla	Ei (juuri) kenel-läkään
...että kotiutuva potilas saa tarvitsemansa apuvälineet ennen kotiutumista.	1	2	1	2	3	4
...miten potilaan <u>kodin muutostöiden</u> tarve arvioidaan ja muutokset toteutetaan.	1	2	1	2	3	4
... että potilaan kodin muutostöiden tarvetta arvioi ja muutosten suunnitteluun osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas).	1	2	1	2	3	4
• Potilaan läheinen (potilaan luvalla)	1	2	1	2	3	4
...että kotiutuvan potilaan kodin muutostyöt saadaan valmiiksi ennen potilaan kotiutumista.	1	2	1	2	3	4
... <i>kuka / kumpi</i> (esh vai kotihoito) <i>tilaa</i> kotiutuvalle potilaalle tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous-, turvapalvelut ym.)	1	2	1	2	3	4
... <i>kuka / kumpi</i> (esh vai kotihoito) <i>tilaa</i> kotiutuvalle potilaalle ilta- ja/tai yökotihoidon.	1	2	1	2	3	4
...että vuodeosaston työntekijä aloittaa kotiutuvan potilaan <i>hoito- ja/tai palvelusuunnitelman</i> laadinnan.	1	2	1	2	3	4
... että hoito- ja/tai palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuu myös...						
• Kotisairaanhoidon työntekijä (jos ksh:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
• Kotipalvelun työntekijä (jos kp:n asiakas)	1	2	1	2	3	4
... että vuodeosaston työntekijä kokoaa potilaalle <i>kotihoitokansion</i> (tai vastaavan), johon kerätään potilaan hoitoa ja palveluja koskevat asiakirjat.	1	2	1	2	3	4
... miten vuodeosaston työntekijä <i>ilmoittaa</i> kotiutuvasta potilaasta ...						
• Kotisairaanhoidon (kuka ilmoittaa kenelle)	1	2	1	2	3	4
• Kotipalveluun (kuka ilmoittaa kenelle)	1	2	1	2	3	4

Sairaalan vuodeosaston ja kotihoidon työntekijöiden kesken on sovittu,...	Menettelystä sovittu...		Menettely toimii potilailla			
	Kyllä	Ei	Kai-killä	Lähes kaikilla	Ei läheskään kaikilla	Ei (juuri) keneläkään
... kenelle kotihoidossa vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta, joka saa <u>sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja.</u>	1	2	1	2	3	4
...että vuodeosaston työntekijä ilmoittaa kotiutuvasta potilaasta hyvissä ajoin ennen kotiutumista...						
• Kotisairaanhoidon	1	2	1	2	3	4
• Kotipalveluun	1	2	1	2	3	4
...mitä potilaan tietoja (potilaan luvalla) vuodeosastolta siirtyy...						
• Kotisairaanhoidon						
• Kotipalveluun	1	2	1	2	3	4
...mitä (asiakirjoja ja tarvikkeita) potilas saa mukaansa vuodeosastolta kotiutuessaan.	1	2	1	2	3	4
...että tarvittaessa potilas saa saattajan kotiin tai potilasta ollaan vastassa kotona.	1	2	1	2	3	4
... että vuodeosaston työntekijä ilmoittaa viiveettä kotihoitoon, jos potilas ei kotiudukaan	1	2	1	2	3	4
<b>Mistä muusta on sovittu? (Tähän myös kommentteja)</b>	1	2	1	2	3	4
	1	2	1	2	3	4

### Mikä seuraavista kuvaa parhaiten sitä tapaa, jolla olet vastannut tähän lomakkeeseen?

Olen vastannut ...

- 1 vain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella
- 2 keskusteltuani muiden sairaalan työntekijöiden kanssa
- 3 osittain oman kokemukseni / käsitykseni perusteella, osittain keskusteltuani muiden sairaalan työntekijöiden kanssa
- 4 muuten. Miten? \_\_\_\_\_

**Kiitos vastauksistasi!**



STAKES PALKO-projekti  
Liite 1

**TIEDOTE KOTIHOIDON ASIAKKAASTA SAIRAALALLE (malliversio) (1999)**

Nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_

Lähin omainen: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_

Onko omaisille ilmoitettu: Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

**Miksi nyt lähtee sairaalaan?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Onko ottanut lääkkeitä kotona ennen sairaalaan lähtöä?**

Kyllä, seuraavia lääkkeitä klo: \_\_\_\_\_

Ei mitään lääkkeitä \_\_\_\_\_

Ei tietoa \_\_\_\_\_

Laitettu seuraavat lääkkeet mukaan: \_\_\_\_\_

**Onko ruokaillut kotona ennen sairaalaan lähtöä?**

Kyllä, mihin aikaan? \_\_\_\_\_

Ei \_\_\_\_\_

Ei tietoa \_\_\_\_\_

**Onko tehty hoitotoimenpiteitä ennen sairaalaan lähtöä? (esim.RR-mittaus, labrat, haavahoito)**

Kyllä, mitä? \_\_\_\_\_

Ei \_\_\_\_\_

**Allergiat** (ruoka, lääkkeet, yms.): \_\_\_\_\_

**Fyysinen kunto ennen sairaalaan joutumista:**

Omatoiminen: \_\_\_\_\_

Osittain autettava, miten?: \_\_\_\_\_

Täysin autettava: \_\_\_\_\_

**Käyttääkö apuvälineitä:**

Kyllä, mitä? \_\_\_\_\_

Ei \_\_\_\_\_

Laitettu seuraavat apuvälineet mukaan: \_\_\_\_\_

**Psyykinen tila:** \_\_\_\_\_

**Asiakkaan mukana (alleviivaa mukaan laitettut asiat):** hoitokansio, viestivihko, henkilökohtaiset tavarat (rahaa, puhtaat vaatteet, silmälasit yms.), avain, muuta, mitä? \_\_\_\_\_

**Muuta huomioitavaa** (esim. lääkäri- tai pkl-aikoja): \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_ Lähettäjä: \_\_\_\_\_ Yhteystiedot: \_\_\_\_\_

**Hoitopari:** \_\_\_\_\_ Yhteystiedot: \_\_\_\_\_

Rauma

**SOSIAALITYÖNTEKIJÄN TIEDOTE JATKO- / KOTIHOITOO**

---

**Asiakkaan nimi**

---

**Henkilötunnus**

<b>Päivä- määrä</b>	<b>Sovitut ja selvitettyt asiat</b>	<b>Sosiaalityöntekijän nimi, puhelinnumero ja toimipaikka</b>
<b>Päivä- määrä</b>	<b>Sovitut ja selvitettyt asiat</b>	<b>Sosiaalityöntekijän nimi, puhelinnumero ja toimipaikka</b>



**FYSIOTERAPIAN TIEDOTE JATKO- JA KOTIHOITOON**

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_

**SUORIUTUMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA / APUVÄLINEET**

Omatoiminen \_\_\_\_\_ Ohjattuna \_\_\_\_\_

Valvottuna \_\_\_\_\_ Avustettuna \_\_\_\_\_

**LIKKUMINEN / APUVÄLINEET**

Omatoiminen \_\_\_\_\_ Ohjattuna \_\_\_\_\_

Valvottuna \_\_\_\_\_ Avustettuna \_\_\_\_\_

**ASENNON JA LIIKKEEN HALLINNASSA HUOMIOITAVAA**

Esim. vuoteesta ylös nouseminen, istuminen, seisominen, siirtyminen, liikkumis- ja varaamisluvat

---

**KÄYTÖSSÄ OLEVAT APUVÄLINEET**

Ei apuvälineitä

Luovutettu terveyskeskuksesta

Luovutettu muualta, mistä \_\_\_\_\_

**ASUNNON MUUTOSTYÖT**

Tehty, milloin \_\_\_\_\_ Tekeillä

Suunnitteilla / asiaa hoitaa \_\_\_\_\_

**JATKOSUUNNITELMA**

*Fysioterapia jatkuu*

Yksilöterapihana, ft / kh \_\_\_\_\_ Ryhmäterapihana \_\_\_\_\_

Tk / fys.os.

Yksit.laitos \_\_\_\_\_

Kotikäynti

Vuodeosasto \_\_\_\_\_

Tk

RAS

Ei jatkofysioterapiaa

*Kulkeminen* (esim. palvelulinja, taksi, invataksi, oma auto) \_\_\_\_\_

Potilas on ohjattu muualle \_\_\_\_\_

**MUUTA HUOMIOITAVAA** \_\_\_\_\_

**HARJOITUSOHJELMA LIITTEENÄ** Kyllä Ei

**TK / os** \_\_\_\_\_ **ft/kh** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**Reseptit: +/** \_\_\_\_\_

**Lääketiedot tarkistettu:** \_\_\_\_\_

**Hoitokortti/-ohje:** \_\_\_\_\_

**Epikriisi:** \_\_\_\_\_

**Hoitotyönlähet:** \_\_\_\_\_

**Hoitotarvikeanomus:** \_\_\_\_\_

**Lääkärintodistukset: A,B,C,E, muut:** \_\_\_\_\_

Arvoesineet: \_\_, Rahat: \_\_, Avaimet: \_\_, Vaatteet: \_\_

Silmälasit: \_\_, Ym: \_\_\_\_\_

