

Mirja Hänninen

# IKÄIHMISEN KOTIUTUMISPROSESSI

## Ammattilaisten kokemuksia kotiutumisesta

Opinnäytetyö  
Fysioterapeuttikoulutus


Joulukuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b> <b>09.12.2016</b>
<b>Tekijä(t)</b> Mirja Hänninen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Fysioterapeuttikoulutus
<b>Nimeke</b> Ikäihmisen kotiutumisprosessi – Ammattilaisten kokemuksia kotiutumisesta	
<b>Tiivistelmä</b> <p>Vuonna 2015 yli 65 -vuotiaiden määrä koko Suomen väestöstä oli 20,4 % eli ikäihmisiä oli 1 123 103. Ennuste vuodelle 2020 ikääntyneiden määrästä nousee 22,6 %, joka tarkoittaa yli miljoonaa kahtasataatuhatta ikäihmistä (1 264 156). (THL 2016; Tilastokeskus 2015.) Osa suurten ikäluokkien edustajista on jo siirtynyt eläkkeelle ja loputkin ovat siirtymässä tulevana vuosina. Tämä lisää ikäihmisten palvelutarvetta tulevaisuudessa. (Heikkinen &amp; Rantanen 2008, 76–77, 268–269.)</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tutkitaan ikäihmisen kotiutumisprosessia pienen terveysaseman vuodeosastolta kotiin. Ikäihmisten yhä kasvavan määrän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kysyntä ikäihmisten toimesta kasvaa, joka heijastuu myös lisääntyneenä palvelukysyntänä terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoille. Tämän vuoksi ikäihmisten kotiutumisprosessia vuodeosastolta kotiin on tärkeää tutkia, jotta uusia palvelun laatua ja tehokkuutta parantavia toimintamalleja voidaan löytää ja kehittää.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen keinoin haastattelemalla tutkittavan terveysaseman ammattilaisia teemahaastattelun avulla. Tutkimus toteutettiin terveysaseman vuodeosaston, fysioterapian- sekä kotihoidon yksiköissä.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena esitetään kolmivaiheinen malli kyseisen terveysaseman kotiutumisprosessista, sellaisena kuin haastateltavat sen ihanteellisessa tilanteessa kuvailivat. Prosessiin voidaan ajatella kuuluvan kolme vaihetta, joita ovat vaihe 1- ennen vuodeosastoa, vaihe 2 – nyt (vuodeosastolla) ja vaihe 3 – kotiutumisen jälkeen. Kotiutumisprosessin osalta kävi ilmi, että prosessi on monivaiheinen ja se vaatii moniammatillista yhteistyötä läpi koko prosessin. Lisäksi kotiutumisprosessiin tällä terveysasemalla koettiin kuuluvan tärkeänä osana myös kotiutumisen jälkeinen aika ja kotiin järjestettävät palvelut kuvattiin tärkeäksi osaksi onnistunutta kotiutumisprosessia.</p> <p>Jatkotutkimuksen kohteeksi nousi tutkimusta tehdessä kotiutumisen oikea-aikaisuuden tutkiminen, sillä haastateltavat toivat esille oikea-aikaisuuden, jotta kotiutuminen onnistuisi, mutta oikea-aikaisuutta ei sen tarkemmin määritelty.</p>	
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> Ikäihmiset, kotiutuminen, kotiutumisprosessi, vuodeosasto, fysioterapia, kotihoito	
<b>Sivumäärä</b> 54	<b>Kieli</b> Suomi
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b> 5 liitettä	
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Anne Henttonen Merja Reunanen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Pienen kunnan terveysasema

## DESCRIPTION

	<b>Date of the bachelor's thesis</b> 09.12.2016
<b>Author(s)</b> Mirja Hänninen	<b>Degree programme and option</b> Physiotherapy
<b>Name of the bachelor's thesis</b> An elderly person's transition process between health center and home – Experiences of experts	
<b>Abstract</b> <p>In 2015, the number of over 65-year-old people of the entire population in Finland was 20.4%, which means that there are over a million (1123103) elderly people in Finland. The prediction for the year 2020 is rising to 22.6%, which means more than 1,2 million elderly people (THL 2016; Tilastokeskus 2015). Some of the representatives of the baby boomers are already retired and the rest are retiring in the future. In the future this is likely to increase the need of services for older people. (Heikkinen &amp; Rantanen 2008, 268–269).</p> <p>This thesis studied an elderly persons's transition process between a small health center ward and home. Because of the crowing number of elderly people the need of social and health care services may still rise. This can also reflect to the increased service demand for health care centers and hospitals wards. Therefore it is important to study elderly people's transition process between a health care ward and home so that new models can be found and developed to improve quality and efficiency.</p> <p>This study was conducted by qualitative research methods by interviewing subject health center staff members through a focused interview. The investigation was conducted on the health center ward, physiotherapy unit and home care unit.</p> <p>The outcome of the study is a three step model of elderly people's transition process between this subject health center and home as it was described by the interviewees in the ideal situation. There are three steps: step 1 before the wards, step 2 on the ward and step 3 after discharge. The transition process was found to be multiphase and it demands a multiprofessional co-operation throughout the process. A very important part of a successful process in this health center were also the time after home coming and services provided at home.</p> <p>A suggestion for further research is to find out the right time to carry out transition between a health center ward and home.</p>	
<b>Subject headings, (keywords)</b> Elderly people, transition between health center and home, health center ward, physiotherapy, home care	
<b>Pages</b> 54	<b>Language</b> Finnish
<b>Remarks, notes on appendices</b> 5 appendices	
<b>Tutor</b> Anne Henttonen Merja Reunanen	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> A health centre of a small municipality

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	IKÄÄNTYNEEN TERVEYSPALVELUITA MÄÄRITTÄVÄT LAIT JA ASETUKSET .....	3
3	KOTIUTUMISPROSESSI.....	5
3.1	Osastolle päätyminen.....	5
3.2	Tutkimuksia kotiutumisosessista.....	5
3.3	Kotiutumispäätökseen vaikuttavat tekijät.....	8
3.4	Onnistunut kotiutumisosessi.....	8
3.5	Palveluja yhteen sovittava kotiutusikäntäntö (PALKO-malli) .....	9
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	13
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	14
5.1	Tiedonhakuprosessi .....	14
5.2	Aineiston keruu ja analyysi .....	15
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	18
6.1	Kotiutumisosessi .....	18
6.2	Kotiutumisosessin toimivat kohdat .....	25
6.3	Kotiutumisosessin haasteelliset kohdat .....	26
7	TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET .....	29
7.1	Kotiutumisosessin etenemisen malli .....	29
7.2	Eri ammattilaisten kokemuksia kotiutumisosessista .....	31
7.3	Havaintoja kotiutumisosessista verrattuna PALKO-malliin .....	31
8	POHDINTA .....	33
8.1	Kotiutumisosessi tutkittavalla terveysasemalla.....	33
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	34
8.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	36
8.4	Opinnäytetyöprosessi.....	37
	LÄHTEET .....	39

## LIITTEET

- 1 Kirjallisuuskatsaus
- 2 Pyyntö opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
- 3 Saatekirje
- 4 Teemahaastattelurunko
- 5 Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä



## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena on ikäihmisen kotiutumisprosessi pienen terveysaseman vuodeosastolta kotiin. Opinnäytetyössä tutkitaan terveysaseman käytänteitä ikäihmisten kotiutumiseen liittyen. Opinnäytetyössä arvioidaan myös näiden käytänteiden toimivuutta sekä selvitetään kotihoidon, vuodeosaston ja fysioterapiayksikön välistä yhteistyötä kotiutumisosprosessin yhteydessä. Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla kotiutumisosprosessissa mukana olevia ammattilaisia.

Ikääntyneellä väestöllä yleensä tarkoitetaan vanhuseläkkeeseen oikeuttavaa ikää eli tällä hetkellä yli 65-vuotiaita. Iäkkäällä henkilöllä puolestaan tarkoitetaan henkilöä, jolla korkean iän myötä on alkanut vanhenemisprosessi, jolloin fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky on alkanut heikentyä vammojen, sairauksien tai ikääntymiseen liittyvän rappeutumisen aiheuttamana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Opinnäytetyössä ikäihmisellä tarkoitetaan yli 65 vuotta täyttänyttä henkilöä.

Kotiutumisosprosessilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä kotiutumista terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiin. Opinnäytetyössä selvitetään, kuinka kotihoidon ja vuodeosaston yhteistyö toimii tässä taitekohdassa ja minkälaisia käytänteitä tutkittavalla terveysasemalla on kotiuttamisprosessiin liittyen. Opinnäytetyön lähteinä on käytetty artikkeleita ja tutkimuksia, jotka käsittelevät ikäihmisen kotiutumista terveysasemien sekä sairaaloiden vuodeostoilta ikäihmisen kotiin. Lähdeaineisto on tarkoituksellisesti laajennettu koskemaan myös sairaaloiden kotiutumisosprosessia, jolloin tutkimuksen lähdeaineistoon on saatu laajempaa tarkastelua samasta aihepiiristä, kuitenkin hieman toisistaan poikkeavissa toimintaympäristöissä.

Opinnäytetyön tutkimusaihe on ajankohtainen, sillä valtio ja kunnat etsivät säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Juha Sipilän hallituksen tavoitteena on toteuttaa vuoteen 2019 mennessä sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä maakuntien uudistus, jonka keskeisenä tavoitteena on julkisen talouden kestävyysvajeen vähentäminen kolmella miljardilla eurolla vuoteen 2030 mennessä (Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtiovarainministeriö 2016). Uudistus koskettaa myös kuntien sosiaali- ja terveyden-

huoltoa ja ikäihmisten parissa tehtävää työtä. Toimiva ikäihmisten kotiutumisosprosessi voi tuottaa myös taloudellista tehokkuutta, kuten esimerkiksi PALKO-malliin liittyvässä tutkimuksessa on todettu (Hammar 2008).

Aihe on myös ajankohtainen suurien ikäluokkien, eli 1945–1950 vuosina syntyneiden, vanhetessa. Vuonna 2015 (2010) yli 65 -vuotiaiden määrä koko väestöstä oli 20,4 % (17,5 %) eli ikäihmisiä oli 1 123 103 (941 041). Ennuste vuodelle 2020 ikääntyneiden määrästä nousee 22,6 %, joka tarkoittaa yli miljoonaa ikäihmistä (1 264 156). (THL 2016; Tilastokeskus 2015.) Tilastoja tarkasteltaessa, voidaan todeta, että osa suurten ikäluokkien edustajista on jo siirtynyt eläkkeelle ja loputkin ovat siirtymässä tulevana vuosina (Heikkinen & Rantanen 2008, 76–77). Tämä lisää ikäihmisten palvelutarvetta tulevaisuudessa. Useimmiten ikäihmiset haluavat asua kotonaan niin pitkään kuin se on mahdollista. Kotihoito onkin tässä elämäntilanteessa primäärinen vaihtoehto. (Heikkinen & Rantanen 2008, 268–269). Tämän vuoksi toimiva kotiutumisosprosessi ja sitä usein seuraava kotihoito ovat tärkeitä ja ajankohtaisia tutkimusaiheita tällä hetkellä.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa iäkkäiden palveluiden laatusuosituksen liittyen (2013) sanotaan: ”Terve ikääntyminen mahdollistaa osaltaan iäkkäiden täysivaltaista osallisuutta yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Tätä kautta sillä on myös vaikutuksensa julkisen talouden kestävyydelle.” Lisäksi suosituksessa todetaan, että iäkkäiden palvelujen laatu tulee olla hyvällä tasolla, jolloin iäkkään palvelutarpeeseen pystytään vastaamaan, palvelu on laadukasta (vaikuttavaa ja turvallista) ja asiakaslähtöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Tällä laatusuosituksella ministeriö pyrkii saamaan iäkkäiden palvelut järjestettyä laadukkaasti, mutta samalla terveyden edistämällä vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja siten laskea sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia.

De Jongen ym. (2014) tutkimuksessa esitetään, että toimivalla kotihoidolla (HBPC – Home-Based Primary Care) saadaan säästöjä verrattuna sairaalahoitoon tai tilanteeseen, jossa kotihoitoa ei tarjota. Tutkimuksen mukaan taloudellisen tehokkuuden edellytyksenä näyttäisi olevan hoidon jatkuvuus myös asiakkaan kotona. Säästöt eivät näkyneet lyhyen aikavälin tarkastelussa (4 kuukautta), vaan tulokset tulivat ilmi 2

vuoden seurannassa, jolloin säästöjä ilmeni muun muassa erikoissairaanhoidon ja sairaalapalveluiden vähentyneessä tarpeessa kotihoitoa saavilla henkilöillä. (De Jonge ym. 2014.)

Tässä opinnäytetyössä esitetään ikäihmisten kotiutumisprosessia kuvaava malli, jossa ikäihmisten kotiutumisprosessi ulotetaan myös asiakkaan kotiin ja kotona annettaviin palveluihin tarvittaessa. Mallissa eri ammattiryhmien välinen vuorovaikutus kotiutumisprosessin eri vaiheissa, mutta erityisesti kotiutumisen aikana, nousee tärkeään asemaan kotiutumisen onnistumisen kannalta. Oikea-aikainen kotiutuminen ja kotiutumisen aikana tehtävä aktiivinen vuorovaikutus asiakkaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten välillä näyttäytyy opinnäytetyön tulosten valossa tärkeänä kotiutumisen onnistumiseen ja sitä kautta myös palveluiden taloudelliseen tehokkuuteen liittyvänä tekijänä. Erityisesti kotiutumisen yhteydessä moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu ja ilman sitä on vaarana asiakkaan palautuminen lyhyen kotijakson jälkeen takaisin esimerkiksi vuodeosastohoitoon.

## **2 IKÄÄNTYNEEN TERVEYSPALVELUITA MÄÄRITTÄVÄT LAIT JA ASETUKSET**

Ikääntyneiden palveluita määrittävät monet lait ja asetukset, joiden valmistelussa sosiaali- ja terveysministeriöllä on merkittävä rooli. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö vastaa uudistusten ja lakien täytäntöönpanosta sekä ohjauksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut yhteistyössä Suomen kuntaliiton kanssa laatusuosituksen, jonka tarkoituksena on ikääntyneiden palvelujen turvaaminen ja parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Laatusuositus (2001 ja 2008) koskee iäkkäiden palveluita ja niiden kehittämistä. Suosituksella pyritään turvaamaan iäkkään toimintakykyisyyttä, laadukkaita ja vaikuttavia palveluja ikääntyneille sekä takaamaan mahdollisimman terve vanhuus. Keskeisimmät aiheet laatusuosituksessa ovat osallisuus, toimijuus, asumiseen ja elinympäristöön vaikuttavat tekijät, palvelujen oikea-aikaisuus, palvelurakenne, ikääntyneen terveydestä ja toimintakyvystä huolehtiminen, hoidosta ja huolenpidosta vastaaminen ja palveluiden johtaminen. Laadukkailla palveluilla tarkoitetaan toimintakykyä ylläpitävää tai



sitä lisäävää toimintaa, joka on asiakaslähtöistä, se vastaa asiakkaan tarpeita, se on vaikuttavaa ja järjestelmällistä sekä iäkkään ihmisen kannalta turvallisesti toteutettu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 3-5, 9-10.)

Vuonna 2013 laatusuosituksen tehtiin uudistuksia. Ne koskevat iäkkäiden palveluiden tavoitteellisuutta, moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden kesken, ikäihmiseen liittyvien asenteiden muutosta, ikäihmisen oman aktiivisen roolin lisäämistä ja toiminnan eettisiä lähtökohtia työskenneltäessä ikäihmisten kanssa. Ikäihmisen osallistuminen omien asioidensa suunnitteluun ja päätöksentekoon on turvattava toimintakyvyn heikentyessäkin. Toimintakyvyn madaltuessa iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada osallistumistaan lisääviä palveluita, joita voivat esimerkiksi olla erilaiset apuvälineet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 9-11.)

Suosituksen lisäksi laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kuntia huolehtimaan iäkkään hyvinvoinnista, terveydestä, toimintakyvystä sekä tukemaan ikääntyneen omaehtoista suoriutumista. Lain tarkoituksena on parantaa ikäihmisen omaa osallistumista häntä itseään koskevissa päätöksissä ja lisätä ikäihmisen vaikutusvaltaa häntä koskevien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisällössä ja toteuttamistavassa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2014/980.)

Laki myös velvoittaa kuntia huolehtimaan iäkkään palveluntarpeiden arvioinnista ja mahdollistamaan nämä palvelut iäkkäälle. Lain pyrkimyksenä on lisäksi varmistaa iäkkäille tarjottavien palvelujen laatu. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2014/980.)

Sosiaalihuoltolaki määrittelee sosiaalipalvelujen järjestettävyydestä muun muassa niille, joilla on tarve asumisen tukemiseen, arjesta selviytymiseen, ikääntymisestä tai vammasta aiheutuvan tuen tarpeellisuuteen sekä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen tai kognitiivisen tuen tarpeeseen. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.)

### **3 KOTIUTUMISPROSESSI**

#### **3.1 Osastolle päätyminen**

HILMO-tietojen (hoitoilmoitusjärjestelmän) pohjalta laaditussa Terveys 2010 raportissa kerrotaan, että Suomessa vuodeosastoilla vuonna 2009 hoitoa tarvitsevia oli 153 000. Keskimääräinen potilaiden hoitoaika oli 28 päivää. Yleisimpiä syitä vuodeosastolle joutumiseen olivat psykiatriset syyt, verenkiertoelinten sairaudet, hermoston sairaudet, vammat, hengityselinten sairaudet, kasvaimet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Harvinaisempia syitä olivat vuonna 2009 tartunta- ja loistaudit, virtsa- ja sukupuolielinsairaudet, ravitsemukseen tai metaboliaan liittyvät syyt sekä muut syyt. (Forsström & Pelanteri 2010.)

Psykiatrisissa tapauksissa 40 % oli dementiaan tai muistisairauksiin liittyviä vuodeosastokäyntejä. Verenkiertoelinsairauksissa useimmiten oli kyse aivojenverenkiertohäiriöistä tai sepelvaltimotapauksista. Hengityselinsairauksien kohdalla oli usein kyse ylähengitysteiden infektiosta, influenssasta tai keuhkokuumeesta. Vammoista suurin osa oli pään alueen vammoja, reisiluun ja sääriluun murtumia sekä nilkan alueen vammoja. (Forsström & Pelanteri 2010.)

Vammat ikäihmisillä usein aiheutuvat kaatuilusta. Noin 30–40 % yli 65-vuotiaista kaatuu vähintään kerran vuoteen, 14 % monta kertaa vuoden aikana ja mitä vanhemmaksi henkilö tulee, sitä enemmän henkilön kaatuilu voi lisääntyä. Kaatuminen tapahtuu usein kompastumisen tai liukastumisen johdosta. Kaatumisriskiä lisää näön heikentyminen, alaraajojen lihasvoiman väheneminen, tasapainon heikentyminen, aivojen hapensaannin nopea väheneminen esimerkiksi vuoteesta noustessa tai verenpaineen lasku. (Saarelma 2015.)

#### **3.2 Tutkimuksia kotiutumisprosessista**

Kotiutumisprosessin onnistumista on tutkittu kotihoidon henkilöstön näkökulmasta Grönroosin ja Perälän (2006) toimesta. Tutkimukseen osallistui 1183 työntekijää, joille lähetettiin kyselylomake. Vastanneista 41 % toimi kotipalvelussa, 12 % kotisairaanhoidon toimipisteessä ja 47 % yhdistetyssä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteessä. Kyselyssä kysyttiin muun muassa onnistuneesta kotiutumisesta, tiedon

saannista, kotiutumisen valmistelusta ja yhteistyöstä kotiutumisen yhteydessä. Tutkimuksen tuloksena esitettiin, että kotiutuminen onnistui 2,5 kertaa paremmin, jos työntekijöille välittyi tarpeeksi tietoa kotihoidon asiakkaasta, kuten hänen sairauksistaan, hoidosta, toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että tärkeänä pidettiin kotihoidon ja sairaalan välistä riittävää yhteistyötä. Yhteistyössä tärkeänä osana oli tiedonkulku ja työntekijöiden yhteisymmärrys asiakkaan tilanteesta. (Grönroos & Perälä 2006.)

Hakala ym. (2014) tutki moniammatillisen kuntoutusosaston perustamisen vaikutuksia lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. Tutkimus toteutettiin Lahdessa, jossa ennen tutkimusta lonkkamurtumapotilaiden jonotusaika oli keskimäärin 15 päivää (vuonna 2005). Tästä aiheutui muun muassa ylimääräisiä siirtoviivemaksuja kaupungille. Tutkimus rajattiin yli 50-vuotiaisiin ensilonkkamurtumiin. Tuloksena kuntoutusosaston perustamisen johdosta oli jonotusajan lyheneminen 15 päivästä keskimäärin 1,7 päivään, jonka kehitys oli muiden alueiden kehitykseen verrattuna parempi. Myös kustannukset potilasta kohdin laskivat 5126 euroa. Tutkimus tuo siis ilmi, että lonkkamurtuman hoitoketjun tehostamisella saadaan aikaan kustannusten pienenemistä ja se vähentää myös hoitopäivien määrää. (Hakala ym. 2014.)

Englannissa puolestaan Salmon ym. tutki lyhyemmän hoitoajan vaikutusta asiakastyytyväisyyteen. Kyselyyn osallistui kolmesta eri sairaalasta potilaita, Belfastista 316, Liverpoolista 125 ja Lontoon ortopedisesta keskuksesta 119. Belfastin keskimääräinen sairaalaloaika oli 3 päivää, Liverpoolin 6 ja Lontoon 5. Potilailta kysyttiin 46 kysymystä, joiden vastaukset jaettiin kahteen ryhmään, joita olivat ongelmat paranemisessa ja ongelmat hoidossa. Vastausten perusteella tuloksena oli, että lyhyt (3 päivää) sairaalassaoloaika koettiin yhtä positiivisesti paranemisen kannalta kuin pidempi sairaalassaoloaika. Potilaat olivat tyytyväisempiä hoidon laatuun lyhyemmässä hoidossa verrattuna pidemmän hoitjakson potilaisiin. (Salmon ym. 2013.)

Harmainen ym. (2010) vertaili kolmea erilaista kuntoutusmuotoa tutkimuksessaan: fysiatriasta ja geriatriasta kuntoutumisosastoa sekä normaalia kotiutumista terveyskeskuksesta. Tutkimuksen alussa Harmainen ym. toteaa, että iäkkäillä lonkkamurtumapotilaalla on suuri mahdollisuus laitostua murtuman jälkeen. Tutkimus painottuukin geriatrisen ja fysiatriksen kuntoutusmuodon vaikuttavuuden arviointiin verrattuna nor-

maalikäytänteisiin. Tutkimukseen osallistui 538 yli 50-vuotiasta lonkkamurtumapotilasta, joilla murtuman taustalla ei ole patologista syytä. Fysiatrista osastoa johti neurologi ja siellä oli myös 1 lääkäri ja osan ajasta myös fysiatri käytettävissä. Osastolla oli 5 fysioterapeuttia. Fysiatriseen kuntoutukseen kuului tunti fysioterapiaa päivittäin (sisälsivät muun muassa tasapainoharjoittelua) ja kolmesti viikossa saliharjoittelua. Lisäksi hoitajat mobilisoivat potilasta päivittäin. Tämän ryhmän jäsenet olivat keskimäärin sairaalassa 7,4 päivää ja kuntoutusyksikössä 20,8 päivää. (Harmainen ym. 2010.)

Geriatrasta kuntoutuslaitosta johti geriatri. Yksikössä keskityttiin fyysiseen harjoitteluun ja geriatriin ongelmiin. Henkilökuntaan kuului 1 fysioterapeutti, sairaalapulainen, 17 hoitajaa ja yksi kuntoutusavustaja. Kuntoutukseen kuului tunti päivässä fysioterapiaa, mobilisointi hoitajilta ja kolmesti viikossa tunnin ryhmäterapiaa. Keskimääräinen sairaalaloma-ikä oli 8,9 päivää ja kuntoutusyksikössä 31,4 päivää. Kontrolliryhmän eli normaalin terveyskeskuksen kuntoutuksen sairaalavaihe kesti 6,3 päivää ja terveyskeskuksessa olo 31 päivää. Kontrolliryhmä sai normaalia lonkkaleikkauksen jälkeistä kuntoutusta ja mobilisointia. Terveyskeskuksen fysioterapian saanti oli minimiluokkaa. (Harmainen ym. 2010.)

Tutkimuksen tulos oli, ettei ADL-toiminnoissa ollut minkään ryhmän välillä eroja. Kotona asumisen suhteen fysiatriin ja geriatriin ryhmän potilaista enemmän asui kotona 4 kuukauden seurannassa verrattuna terveyskeskuksen potilaisiin. Eroa ei ollut kuitenkaan enää 12 kuukauden seurannassa. Geriatriin ryhmän ja terveyskeskuspotilaiden kuolleisuus oli suurempi kuin fysiatriin yksikön, mutta tutkimuksen tekijät pohtivat tämän johtuvan lähinnä geriatriin ja terveyskeskuksen ikäjakauman erilaisuuden olevan syynä verrattuna fysiatriin yksikköön. (Harmainen ym. 2010.) Tästä voi päätellä, että geriatriin ja fysiatriin kuntoutus mahdollisti potilaan nopeamman kotiutumisen verrattuna normaaleihin käytänteisiin, mutta ADL-toimintoihin kuntoutusmuodolla ei ollut vaikutusta.

Edellä mainittujen tutkimusten perusteella nopeammalla kotiutumisella on positiiviset vaikutukset asiakastyytyvyyteen, eikä asiakastyytyväisyys laske vaikka kotiutumista vauhditettaisiin. Nopeaan kotiutumiseen ja lyhyeen vuodeosastolla oloon ollaankin useimmiten tyytyväisiä. Kotiuttamisen nopeuttaminen vähentää myös muiden potilai-

den jonotusaikaa ja vähentää potilaiden hoitopäiviä, joka tuo tehokkuutta ja säästöjä terveyskeskuksille. Kotiutumista voitiin tutkimusten mukaan nopeuttaa toteuttamalla kuntouttavaa työtettä. Kotiutumisen onnistumiseen vaikutti tutkimusten perusteella tiedonkulku ammattilaisten välillä ja yhteistyö näiden tahojen välillä.

### **3.3 Kotiutumispäätökseen vaikuttavat tekijät**

Kotiutumisessa vaikuttaa asiakkaan toimintakykyisyys eli selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Iäkkäiden toimintakykyisyys on mitattu yleisesti fyysisen toimintakyvyn kautta eli terveydentilan ja toiminnan vajavuuksien kautta. Yleisesti ottaen toimintakykyisyyteen kuitenkin vaikuttaa fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. (Hammar 2008, 30.)

Lämsän ja Mäkelän (2009) tekemässä tutkimuksessa kotiutumispäätöksen teossa käytettiin lääketieteellisiä syitä, sairaalan tehokkuusvaatimuksia, potilaan toimintakykyä ja elämäntilannetta. Lääketieteellisiä syitä ja tehokkuusvaatimuksia käytettiin yleisesti kotiutus päätöksen teossa sairaalasta lähtemisen perusteena, kun taas sairaalassa pysymisen argumentteja olivat potilaan toimintakyky ja elämäntilanne. Tutkimus suoritettiin laadullisen tutkimuksen keinoin osallistuvan havainnoinnin avulla ja tutkimus lopetettiin, kun havainnoija huomasi tilanteiden muuttuvan itseään toistaviksi eli havainnoinnin saturaatio oli saavutettu. Tutkimuksessa käy ilmi, että käytänteet eivät välttämättä kohtaa sairaalaympäristössä, sillä osassa havainnointitapauksia hoitaja ja fysioterapeutti näkevät kotiutumispäätöksessä painavan toimintakyky sekä elämäntilanne, kun taas lääkäri viittaa sairaalan yleisiin toimintatapoihin ja tehokkuusvaatimuksiin. (Lämsä & Mäkelä 2009.) Tämän vuoksi kotiutumispäätöksestä tulisi keskustella moniammatillisessa yhteistyössä.

### **3.4 Onnistunut kotiutumisprosessi**

Tärkeänä tekijänä kotiutumisen onnistumisessa nousee tiedonkulku asiakkaasta (muun muassa lääkkeet, nykyinen toimintakyky, sairaudet, aikaisemmat hoidot) työntekijöille, johon vaikuttaa ensisijaisesti asiakkaan oma aktiivisuus. Läheisten aktiivisuus tai kotihoidosta tulleen asiakkaan kotihoidon henkilöstön toiminta korostuu, kun asiakas itse ei pysty välittämään tietoja hoitohenkilökunnalle (esimerkiksi tajuttomuus). Usein

asiakkaan tiedot kulkevat puhelimessa, tietokoneella tai perinteisemmin paperisena versiona esimerkiksi omakansiossa. Nämä tiedot helpottavat kotiutumisen suunnittelua. Tiedonkulussa helpottaa myös sähköiset potilastietojärjestelmät, mutta niissä ei välttämättä ole ajantasaisin tieto esimerkiksi henkilön toimintakyvystä, jos henkilö ei ole aiemmin kuulunut kotihoidon piiriin tai käyttänyt hetkeen terveydenhoitopalveluita. (Perälä & Hammar 2003, 18–19; Toljamo & Perälä 2008 7-8.)

Onnistunut kotiutumisprosessi alkaakin jo henkilön tullessa terveydenhuollon piiriin, jolloin alkaa kotiutumisen ennakoiva järjestäminen. Tällöin keskustellaan potilaan kanssa kotioloista ja kotona selviämisestä sekä tarpeenvaativuudesta kotona. Keskustelu ja suunnittelu lisäävät myös potilaan kokemusta turvallisuudesta kotiutumisesta. (Kasper-Immonen & Kosonen 2014.)

Kotiutuminen epäonnistuu usein silloin, kun potilas kotiutetaan terveydentilaan ja kunnan kohenemiseen nähden liian nopeasti, kuntoutusta on ollut niukasti tai tiedonkulku on ollut vähäistä työntekijöiden ja toimintayksikön kesken. Myös myöhäinen tieto kotihoidolle kotiuttamisesta voi aiheuttaa ongelmia kotiutumisessa, sillä kotihoito ei ehdi riittävän ajoissa järjestämään kodin muutostöitä ja muita palveluita toimiviksi. (Kasper-Immonen & Kosonen 2014; Perälä & Hammar 2003, 11–12.)

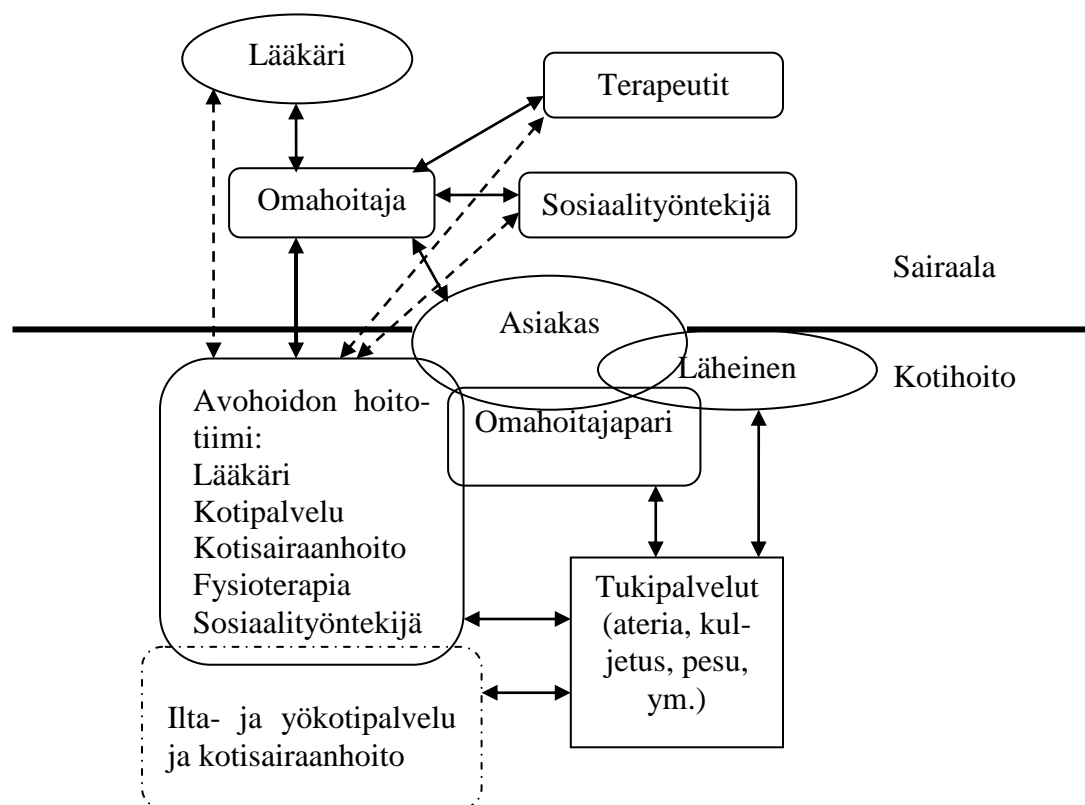
Kotiutumiseen liittyviä muita ongelmia on keskinäisten käytäntöjen vaillinaisuus ammattilaisten kesken, joka voi aiheuttaa työntekijöiden välillä informaatiokatkoksen kotiutumiseen liittyen ja tämä voi vaikeuttaa kotiutumista. Tämä voi lisätä riskiä myös potilaan palaamiseen takaisin sairaalaan tai terveyskeskukseen. (Perälä & Hammar 2003, 11–12.)

### **3.5 Palveluja yhteen sovittava kotiutuskäytäntö (PALKO-malli)**

PALKO-malli eli palveluja yhteen sovittava kotiutuskäytäntö on kehitetty työkaluksi kotiutumisprosessiin, silloin kun siirrytään hoitopaikasta toiseen ja kotihoidon piiriin. Malli on kehitetty vuonna 1998–1999 ja se syntyi hoidon jatkuvuuden, asiakkaan osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden tarpeellisuudesta. Mallissa yhdistyy tiimityön ja care/case management -mallin periaatteet. Care/case management -termillä tarkoitetaan palveluohjaaja lähtöistä toimintaa, jolloin palveluohjaaja toimii hallinnollisten organi-

saattorajojen yli eli toimii sekä yksityisten että julkisen puolen erilaisten palveluiden koordinoijana. (Perälä & Hammar 2003, 13–14; Toljamo & Perälä 2008 9-10.)

PALKO-mallin (Kuva 1) avulla pyritään parantamaan tiedon kulkua työntekijöiden ja asiakkaiden sekä heidän läheistensä kanssa siirryttäessä yksiköstä toiseen (sairaala-terveysasema, terveysasema-kotihoidon piiri). Lisäksi mallin tarkoituksena on eri ammattiryhmien yhteistyön, asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden järjestelyiden sekä kotihoidon palveluiden hallinnan parantaminen. Tiedonkulkua pyritään parantamaan sopimalla yhtenäiset käytännöt informaation kulusta, ajankohdasta ja menetelmistä (erilaiset palaverit). (Hammar 2008, 59; Perälä & Hammar 2003, 14–15.)



**Kuva 1: PALKO-malli: Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta (Perälä & Hammar 2003)**

Järjestämällä asiakkaalle vastuuhenkilön hoito- ja palveluasioissa, kuten omahoitajan, parannetaan tällöin palvelukokonaisuuden koordinoitua. Omahoitajan tarkoituksena

on myös pitää muut työntekijät ja asiakas hoidon aikana selvillä tilanteesta ja palveluista. Yhteisesti sovitut käytänteet ja yhteiset tavoitteet lisäävät ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Kotihoidon palveluiden ja työn hallintaa voidaan puolestaan parantaa ennakoimalla ja suunnittelemalla kotiutumista ja jakamalla vastuu selkeästi tiimin jäsenten kesken. Tarpeeksi ajoissa eli ensimmäisen tapaamisen yhteydessä aloitettu kotiutumisen suunnittelu ja hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuus edesauttavat myös hyvin toteutettua kotiutumista. (Hammar 2008, 57–59; Perälä & Hammar 2003, 14–15.)

Asiakkaan kannalta kotiutumisessa tärkeinä tekijöinä ovat oikein ajoitetut palvelut ja tarpeen vaatima apu. Nämä tekijät parantavat asiakkaan arjessa selviytymistä. Jotta vaadittavat palvelut ja apu toimitaisivat, ammattilasten tulisi rakentaa palvelut vastamaan asiakkaan tarpeita, joka vaatii työntekijöiltä yhteisiä toimintaperiaatteita, yhteistä visiota tarvittavista palveluista ja hoidosta, yhteistyötä sekä toimivaa tiedon kulkua. (Hammar 2008, 18.)

Asiakastyytyväisyyttä ja asiakkaan elämänlaatua parantaakin palveluohjaaja lähtöinen toiminta (care/case management – tyyppinen toiminta), jolloin asiakkaat kokevat saavansa riittävästi apua. Care/case management – tyyppinen toiminta tuo lisää laatua asiakkaan hoitoon, lisäksi se parantaa hoidon jatkuvuutta sekä henkilöstön ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Tämä on vähentänyt myös epäonnistuneiden kotiutumisten määrää. PALKO-mallissa ei oteta kuitenkaan kantaa kuka asiakkaan palveluohjaaja on, kunhan sellainen on järjestetty. PALKO-mallissa puhutaankin omahoitajista, omahoitajaparista tai vastuuhenkilöstä. Tärkeää on kuitenkin, että hoitoon osallistuva henkilökunta on yhdessä vastuussa asiakkaasta, joten tarvittaessa asiakkaan vastuuhenkilö voi vaihtua. Yhteinen vastuu asiakkaasta lisää tiimityötä ja toiminnan dynaamisuutta. (Perälä & Hammar 2003, 14–16.)

Palveluohjausta on Suomessa kehitetty vuodesta 1990 asti ja tällä hetkellä palveluohjauksella pyritään vastaamaan yhteiskunnalliseen muutokseen, johon kuuluu esimerkiksi perheiden suhteiden muuttuminen väljempään suuntaan. Palveluohjaus pyrkii asiakaslähtöisesti tukemaan asiakkaan voimavaroja, huomioimaan asiakkaat yksilöinä ja saada asiakkaat myös itse osallistumaan oman tulevaisuuden suunnitteluun. (Hänninen 2007.)



Hammar on tehnyt vuonna 2008 tutkimuksen, jonka tarkoituksena on ollut selvittää PALKO-mallin vaikuttavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, millaisia kotihoidon asiakkaat yleisesti ottaen on ja mikä on heidän avun tarve. Tutkimus kuuluu laajempaan kokonaisuuteen, PALKO-projektiin, eli se on neljänteen osaprojektiin kuuluva tutkimus. (Hammar 2008, 4-5, 17- 20.)

Tutkimus jakaantui kahteen osioon: poikkileikkaustutkimukseen ja seurantaosioon. Poikkileikkaustutkimuksessa kerätään tietoa tutkimuskunnista, jonka jälkeen kunnat jaettiin koe- ja vertailuryhmään. Koeryhmään tehtiin interventio, jossa PALKO-mallia kokeiltiin tuetulla järjestelyllä. (Hammar 2008 4-5.)

Asiakkaan kotiutumista seurattiin terveydentilan seurannalla, ADL-toimintojen onnistumisella, EQ-5D ja NHP -mittareilla. (Hammar 2008, 89.) ADL-toiminnoilla tarkoitetaan päivittäisistä perustoiminnoista selviämistä eli peseytyminen, pukeutuminen, WC-käynnit, normaali pidätyskyky, kotona liikkuminen ja ruokailu onnistuvat. (Käypä hoito 2006.) EQ-5D -mittarilla arvioidaan puolestaan terveydentilaa ja terveydenhuollon toimien tuloksellisuutta. Siinä on kaksi osiota: terveydentilaa kuvailevat lomakkeet ja terveydentilaa kuvaava EQ-VAS -asteikko. (THL 2014.) NHP-mittari puolestaan mittaa elämänlaatua. Osa-alueita on tarmokkuus, uni, kipu, liikkuminen, tunnereaktiot ja sosiaalinen eristäytyminen. (Hammar 2008, 88–89.)

Hammarin tutkimuksessa näillä mittareilla mitattuna terveyteen liittyvä elämänlaatu oli korkeampi PALKO-mallia käyttävässä interventioryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Ensimmäisen kolmen viikon aikana elämänlaatu laski koeryhmässäkin ja ero katosi kolmen kuukauden jälkeen mittauksesta. Liikkumisessa huomattiin parannusta kolmen viikon kohdalla kotiutumisesta interventioryhmässä, mutta tämäkin katosi kolmen kuukauden seurannassa. (Hammar 2008, 88–89.)

Tuloksena tutkimuksesta siis saatiin, että malli saattaisi olla kustannustehokkaampi vaihtoehto kuin normaali käytänte. Tutkimuksessa tehtiin johtopäätös, että PALKO-malli avulla palvelut voisivat olla tehokkaammin järjestettävissä ikäihmisille. Malli laskikin tarvetta lääkärin käynneille ja kotihoidon tarpeelle. Lisäksi se vähensi ateria-, pesu-, sauna- ja siivoustarvetta sekä turvpuhelimien käyttöä. Tämä laskikin kustan-

nuksia kuuden kuukauden seurannassa. PALKO-mallilla ei todettu olevan vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn, sairaalaan joutumiseen tai kuolleisuuskuluihin. (Hammar 2008 4-5.)

Yhteenvedona PALKO-mallista voidaan todeta, että toimivassa kotiutumisprosessissa korostuu sujuva tiedonkulku työntekijöiden, asiakkaan ja läheisten välillä. Tiedonkulun parantamiseksi on sovittava yhteiset käytännöt informaation annon ajankohdasta ja menetelmistä. Palvelukokonaisuuden koordinointi tuo asiakkaalle selkeyttä hoidon aikana ja kotiutumisessa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että henkilölle on määritelty omahoitaja tai muu vastaava vastuhenkilö, joka toimii yhteistyössä muiden hoitohenkilöiden kanssa. Myös toimiva yhteistyö ja vuorovaikutus eri ammattiryhmien välillä luovat kotiutumisprosessista toimivan. Työhallintaa kotiutumisprosessissa lisää henkilöiden tietoisuus omasta roolista ja vastuualueestaan. Selkeät toimintaperiaatteet ja ammattilaisten yhteiset näkemykset tarvittavista palveluista parantavat kotiutumisen onnistumista ja asiakkaan avun tarpeeseen vastaamista.

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa terveysaseman henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia terveysaseman ikäihmisten kotiutumisprosessista. Opinnäytetyön havaintojen kautta tuodaan esille ikäihmisten kotiutumisprosessin vaiheet, sekä prosessin vahvuuksia ja kehittämiskohteita ammattilaisten näkökulmasta.

Tämän opinnäytetyön tutkimusympäristönä toimi pienen kunnan terveysasema. Terveysasema on kyseisen kunnan ainoa ja se sijaitsee maantieteellisesti kunnan keskellä. Osa kotihoidon asiakkaista asuu maaseudulla, joka lisää ammattilaisten tarvetta matkustaa asiakkaiden luokse osana palveluiden toteuttamista.

Tutkimus tehtiin terveysaseman vuodeosaston, fysioterapian- sekä kotihoidon yksiköissä. Kotihoidossa toimii palveluohjaaja ja muita hoitohenkilöitä, vuodeosastolla hoitohenkilöiden lisäksi toimii kaksi fysioterapeuttia jotka samalla vastaavat kotiin annettavista fysioterapiapalveluista. Päävastuu apuvälinetarpeen arvioinnista kotiutumisprosessin yhteydessä on fysioterapeuteilla, jotka myös arvioivat yhdessä kotihoi-

don henkilöstön kanssa kotiutumiseen liittyvät käytännön asiat sekä kodin esteettömyyteen liittyvät tekijät. Kotiutus päätöksen terveysasemalla tekee lääkäri.

Koska tutkimuksessa kartoitetaan terveysasemalla työskentelevän ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia kotiutumisprosessista, on tutkimus toteutettu kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen keinoin. Laadullinen tutkimustapa pyrkii kuvaamaan elämää ja ymmärtämään tutkittavaa aihetta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 31). Tutkimuksessa haastateltiin kotiutumisessa mukana olevia ammattilaisia kotihoidon- ja vuodeosaston yksiköistä sekä yhtä fysioterapeuttia. Tutkimuksessa selvitettiin edellä mainittujen ammattilaisten näkemyksiä kotiutumisesta, sen vaiheista sekä toimivuudesta kyseisessä kunnan toimintaympäristössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä toimivat seuraavat kysymykset:

1. Minkälainen kotiutumisprosessi terveysasemalla on?
2. Mikä kotiutumisprosessissa toimii hyvin?
3. Millaisia kehittämiskohteita prosessissa on?

## **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS**

### **5.1 Tiedonhakuprosessi**

Tutkimuksen tiedonhaussa käytettiin apuna Internetiä, jossa tietokantoina toimivat Medic, Melinda, Ginahl, Google Scholar, Kaakkuri ja Terveysportti. Tutkimuksessa käytettiin lisäksi Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonniemen kampuksen kirjastoa tiedonhankintaan, josta annettiin myös tiedonhankinnan ohjausta tämän tutkimuksen toteuttamiseen.

Hakusanoina tiedonhaussa käytettiin muun muassa kotiu\*, ikä\*, kuntoutuspolku, hoitoketju, geriatrinen and hoitotyö, discharge, return home, elderly patient, geriatr\*. Tutkimuksessa testattiin myös Googlen toimivuutta tiedonlähteenä käyttämällä pitkää hakusanaa ”keskustelu ikäihmisen kotona asumisesta”, jolla löytyi 27 000 tulosta. Kahdelta ensimmäiseltä sivulta löytyi hyviä opinnäytetöitä, jotka liittyivät kiinteästi aiheeseen ja joiden lähdeluettelot toimivat hyvänä tukena lähdeaineiston hankinnassa.

## 5.2 Aineiston keruu ja analyysi

Aineiston keruussa huomioitavaa on, että sillä pyritään löytämään vastaus tutkimusongelmiin. Tässä kohtaa mietinnän aiheeksi tulee aineistonkeruumenetelmä. Isoon osaan nousee myös aihepiirin teorian tuntemus ja aiempiin tutkimuksiin tutustuminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.)

Tutkimuksen suunnitelmavaihe sisälsi paljon tiedonhankintaa tutkimuksen aihepiiriin liittyen (Liite 1), jolla pyrittiin muodostamaan tutkittavan aihepiirin teoreettinen viitekehys. Teoreettinen viitekehys toimi pohjana tutkimuksen toteuttamiselle ja esimerkiksi teemahaastattelurungon teemojen valinnalle sekä varsinaisten haastattelukysymysten asettamiselle.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen keinoin ja aineisto hankittiin toteuttamalla yksilöhaastatteluja teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Yksilöhaastattelu valittiin ryhmähaastattelun sijaan, koska ryhmähaastattelu on sosiaalinen prosessi, jossa toisten mielipiteet voivat vaikuttaa yksilön mielipiteeseen. Tällöin esimerkiksi työntekijöiden asema toisiinsa nähden saattaisi vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. Tutkimuksessa haluttiin minimoida haastateltavalle syntyviä ulkoisia ärsykeitä ja vaikuttimia, jolloin haastateltavalla olisi mahdollisimman hyvä tilaisuus vastata kysymyksiin haluamallaan tavalla. Tämän tavoitteen toteuttamisessa yksilöhaastattelu vaikutti parhaalta vaihtoehdolta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla terveysaseman kotiutumisosastossa keskeisesti toimivia ammattilaisia teemahaastattelua apuna käyttäen. Teemahaastatteluun päädyttiin, sillä siinä aihepiiri on etukäteen laajasti määritetty, mutta kysymyksillä ei tarvitse olla tarkkaa muotoa tai järjestystä (Aaltola & Valli 2007). Teemahaastattelu nostaa myös esille yksilön tulkintoja aiheesta ja tuo esille henkilön rakentamia merkityksiä asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77-78).

Teemahaastattelun käyttäminen mahdollistaa myös tutkijalle valintojen tekemisen haastattelun edetessä, jolloin voidaan edetä haastattelussa haastateltavan ehdoilla. Tämä antaa myös haastateltavalle enemmän tilaa rakentaa haastattelua omien kokemustensa kautta, jolloin tiedon laajuus eri kysymyksissä voi vaihdella haastateltavien kes-

ken. Tällöin saadaan myös esille tarkemmin haastateltavien omia käsityksiä tutkimuskohteesta, tässä tapauksessa ikäihmisten kotiutumisprosessista.

Teemahaastattelun teemoja ei voi kuitenkaan rakentaa intuition perusteella, sillä tällöin tutkimuksesta voi tulla vaillinainen ja se voi pohjautua lähinnä tutkijan vahvimpiin käsityksiin tutkittavasta asiasta. Toisaalta analyysivaiheessa analyysien teko voi olla vaikeaa, jos haastatteluteemat kysymyksineen sekä niiden kautta saatu aineisto eivät perustu olemassa olevaan tutkimustietoon tai teoriaan. Tämän johdosta on tärkeää pohjustaa teemoja tutkimuksista ja kirjallisuudesta saaduilla tiedoilla. Haastatteluteemojen rakentamisessa kokonaiskäsitys aikaisemmasta aihepiirin tutkimuksesta on tärkeää, jotta tutkimuksen tuloksia voitaisiin myöhemmin verrata myös olemassa olevaan tutkimustietoon. (Aaltola & Valli 2007.)

Teemahaastattelurungon voi halutessaan jakaa kolmeen osaan: laajat teemat, tarkentavat kysymykset ja yksityiskohtaiset kysymykset. Huomattavaa on haastattelurunkoa rakentaessa, että joihinkin kysymyksiin haastateltavalla ei ole välttämättä käsitystä tai vastausta, vaikka haastattelija yrittäisi kuinka esittää lisäkysymyksiä. Tällöin myös analyysivaiheessa on huomioitava, ettei vaillinaisen vastauksen ympärille voi lähteä rakentamaan havaintoja. (Aaltola & Valli 2007.)

Aineiston keruuseen tarvittava lupa (Liite 2) hankittiin terveysaseman kotiin annettavien palveluiden ja sairaalahoidosta vastaavan henkilön kautta. Ennen varsinaista tutkimusta teemahaastattelurunko testattiin yhdellä terveysaseman ammattilaisella. Testihaastattelun tavoitteena oli arvioida, saadaanko teemahaastattelurunkoon (Liite 4) kootuilla kysymyksillä vastauksia tutkimuksen tavoitteiden mukaisiin tutkimusongelmiin. Testihaastattelun yhteydessä todettiin teemojen ja kysymysten toimivan hyvin, eikä muutoksia haastattelurunkoon tehty.

Tutkimusluvan saatua aineisto kerättiin marraskuussa 2016 haastattelemalla neljää kotiutumisprosessiin kuuluvia ammattilaisia terveysasemalla. Haastatteluun osallistuvilta henkilöiltä kysyttiin puhelimitse tai kasvotusten suostumukset tutkimukseen osallistumisesta ja samalla heille toimitettiin saatekirje. Saatekirjeessä (Liite 3) kerrottiin miksi tutkimusta tehdään, miten aineistoa käsitellään ja miten tutkimus lopulta arkis-

toidaan. Haastattelut nauhoitettiin tietokoneen Audacity-ohjelman avulla sekä tavallisella nauhurilla ja ne litteroitiin. Litteroinnissa käytettiin apua Transcriber-ohjelmaa.

Aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä aineistoa tiivistetään, eritellen sieltä nousseita aiheita ja etsitään mahdollisia yhteneväisyyksiä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c). Aineisto järjestetään tiivistettyyn muotoon sisällönanalyysin avulla, joka helpottaa lopulta johtopäätöksien tekemistä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee haastattelujen kuuntelemisesta litterointiin. Tämän jälkeen haastattelut luetaan läpi ja keskitytään vielä tarkemmin niihin. Aineistosta pyritään etsimään pelkistettyjä ilmauksia ja tämän jälkeen tekemään niistä lista. Pelkistetyistä ilmauksista voidaan hakea samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tämän jälkeen yhdistellään pelkistettyjä ilmauksia muodostaen näistä alaluokkia. Alaluokista voi lopulta muodostaa yläluokkia ja lopulta voidaan koota käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.) Tämän jälkeen tiivistetystä ja selkeämmästä aineistosta on helppompaa lähteä tekemään johtopäätöksiä. Jotta johtopäätöksistä tulisi luotettavia, sisällönanalyysissä on edettävä aineiston ehtojen mukaan, eikä kadottaa tai lisää siihen informaatiota.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla neljää terveysaseman ammattilaista, jotka olivat antaneet luvan haastatteluun. Kerätyn aineiston kanssa edettiin siten, että litteroidut haastattelut luettiin kerran läpi ilman muita toimenpiteitä. Tämän jälkeen haastattelut tulostettiin, ja niistä etsittiin yksinkertaistettuja ilmauksia, jotka merkittiin tekstin sivulle. Haastattelut luettiin tämän jälkeen vielä kerran. Pelkistetyt ilmaukset jaettiin ryhmiin, joista muodostettiin samankaltaisten ilmausten kanssa hieman isompia ryhmiä ja lopulta ryhmät nimettiin. Aineiston pelkistämistä ja ryhmittelyä kuvataan liitteessä 5.

Opinnäytetyössä sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti eli etsittiin aineistosta esille nousseita aiheita. Täydelliseen aineistolähtöisyyteen ei tutkimuksessa kuitenkaan päästä. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka (2006) toteavatkin, ettei ole olemassa täysin aineistolähtöistä analyysiä, sillä tuolloin sen tulisi olla havaintojen löytämistä niin, ettei asiasta ole minkäänlaista ennakkokäsitystä.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Aineiston sisällönanalyysin pohjalta muodostui kolme pääaihetta, joita olivat **kotiutumisprosessiin liittyvät tekijät, kotiutumisprosessin toimivat kohdat ja kehitettävät kohdat**. Seuraavissa kappaleissa tullaan aihe kerrallaan käymään läpi sisällönanalyysissä ilmenneitä aiheita.

### 6.1 Kotiutumisprosessi

Haastateltavat kuvailivat kotiutumisprosessia monin tavoin. Esille nousi prosessin **monivaiheisuus**, joka kävi ilmi monesta kommentista. Alkuun haastateltavat kuvailivat, että on tärkeää tietää miten on aiemmin pärjännyt kotona ja minkälaiset olot potilaan kotona on. Haastateltava 1 kuvaili kotiolojen kartoitusta näin:

" - - tietenki mietitään sitä, että tuota onko siellä ollut aiemmin kotipalvelu ja mikä sen tavallaan ne taustat on, että mitä se on tehnyt aikaisemmin, että hyvä tietää oikeastaan enemmän siitä ikäihmisen, minkälaista se liikkuminen on ollu ennen sitä kaatumista esimerkiksi." (H1)

Haastateltava 2 kertoi seuraavasti kotiolojen kartoittamisesta: "Ja lääkäri usein kysyykin, että minkä kuntoinen on ollut kotona ja sitten, että se vaikuttaa siihen mihinkä kuntoon hänet saahaan täällä."

Seuraava vaihe kotiutumisprosessissa oli monessa kommentissa esiintunut hoitosuunnitelman teko. Siitä kerrottiin, että se tehdään pohjaksi potilaan kotiutumiselle, mutta sen todettiin olevan viitteellinen ja tarkkaa kotiutumispäivää ei useinkaan ollut tiedossa. Lääkärin kerrottiin tekevän hoitosuunnitelman ja tuolloin jo pyrittiin miettimään viitteellistä kotiutuspäivää. Näin haastateltavat pohtivat hoitosuunnitelman tekoa:

" Lääkäri se tekee hoitosuunnitelman, ainahan tehdään ymmärtääkseni ainakin, tehdään se hoitosuunnitelma, että tuota katsotaan tavallaan semmoisia viitearvoja, että jos on, että missä ajassa, mutta sitten on semmoisia yksilöllisiä eroja, että mihin." (H1)

" - - on lääkäri tutkinut ja hoitosuunnitelma on valmis. Ja sitten seurataan sitä toteutumista, tarvittaessa muutetaan hoitosuunnitelmaa." (H4)

Haastateltavien kertoman mukaan vuodeosastolla olo kuului tärkeänä osana prosessiin ja sitä kuvailtiin eri tavoin. Kaikki haastateltavat kuvailivat prosessiin kuuluvan neljä ammattiryhmää, joita olivat sairaanhoitajat, lääkärit, fysioterapeutit ja palveluohjaaja. Haastateltava 3 tiivisti hyvin prosessiin kuuluvat eri ammattiryhmät: "No tuota tavallaan kaikki on se tiimityö, elikkä kun puhutaan sairaanhoitaja, fysioterapeutti, palveluohjaaja ja lääkäri, niin kaikkihan nämä on tärkeitä ja yhteistyössä - -"

Kotiutumisprosessiin osallistuvia **ammattilaisia** ja heidän tehtäviään kuvataan seuraavassa taulukossa.

#### **Taulukko 1: Kotiutumisprosessiin osallistuvat ammattilaiset**

- Fysioterapeutit katsoo tämän toimintakyvyn ja liikuntakyvyn. (H1)
- Sitten tietysti fysioterapia on kanssa siinä, että tarviiko apuvälineitä, onko aikaisemmin, onko apuvälineasiat kanssa. (H2)
- Elikkä yleensä aina lähdetään siitä fysioterapeutin kotikäynnistä, hyvissä ajoin suunnittelemaan sitä kotiutusta, että ei tavallaan sen takia viivästyisi se kotiin meno. (H3)
- Usein tarvitaan apuvälineitä. Ja arviota, myös fysioterapeutin arviota siinä kotiutusvaiheessa. (H4)
- Tietenkin sairaala ja lääkäri huolehtii sen lääkityksen ja muut, niiden tehtävä on siinä ja hoitaa ne asiat kuntoon. (H1)
- Lääkäri se tekee hoitosuunnitelman - - (H1)
- Sitten lääkäri tietysti tekee ne reseptit ja potilaan kanssa on, sopii, se käy viimeisen että hän pääsee kotiin niin sitten sopimassa siitä kotiutuksesta. Sen lääketieteellisen puolen. (H2)
- Lääkärihän sen päättää milloin potilas kotiutuu. (H4)
- Justiin niin kuin sanoin, että palveluohjaaja on varmasti avainasemassa siinä eli tavallaan just se tukihenkilö sitten siinä kotiutusvaiheessa - - (H3)
- Noo meillä on tuo palveluohjaaja, joka selvittää sitä sitten. Sitä sosiaalista puolta, kotiavun tarvetta ja tällaiset seikat tietysti vaikuttaa, miten saa kotiavun sitten. (H4)



- Merkittävä osuus sairaanhoitajilla, siinä koska käytännönjärjestelyissä suurimmaksi osaksi tekee sen työn, että sillä on sitä puhelimella soittamista. (H2)
- Että potilas niin kuin tulee parempaan kuntoon ja arvioidaan, että pärjää kotona ja siinä tietysti hoitajalla on tärkeä rooli siinä selvittämisessä. Ja tietenkin fysioterapeutilla on myös - - (H4)

Itse kotiutumisvaihetta kuvailtiin monella tapaa. Lääkärin toimenkuvaan kerrottiin kuuluvan lääketieteellinen puoli eli hän arvioi potilaan toipumista, katsoo tarvittavat lääkkeet kotiin ja tekee lopullisen kotiutumispäätöksen. Fysioterapeuttien roolia kuvailtiin kotiutumisessa olevan toiminta- ja liikkumiskyvyn arviointi, tarvittavien apuvälineiden arviointi ja tarvittaessa fysioterapeutti tekee myös kotikäyntejä. Sairaanhoitajien tehtävänä on potilaiden hoitaminen ja asioiden järjestely kotiutumiseen liittyen. Sitä kuvailtiin seuraavanlaisesti:

" - - alkaa sairaanhoitajana valmistella, sitä kotiutusta miettimällä yhteistyötahoja mitä hänellä niin kuin tarvii, että onko kotihoito, että onko hän aikaisemmin kotihoidon asiakas, tarviiko hän kotihoidon palveluita, jos ei ole aikaisemmin ollut kotihoidon asiakas, niin järjestetään hänelle tarvittaessa - -" (H2)

Edellisessä kommentissa tuli myös ilmi kotihoidon roolia tässä prosessissa. Kotihoidon edustajana vuodeosastolla kävi päivittäin palveluohjaaja, jonka roolina kuvailtiin kotiavun tarpeen selvittäminen, sosiaalisten asioiden selvittäminen ja potilaalle tukihenkilönä toimiminen. Haastateltava 3 kuvailikin palveluohjaajan roolia:

"Justiin niin kuin sanoin, että palveluohjaaja on varmasti avainasemassa siinä eli tavallaan just se tukihenkilö sitten siinä kotiutusvaiheessa ja mahdollisesti sen kotiutuksen jälkeenkin, tuota jos niistä omaisista ei oo niin kuin apua tai ne on kauempana sitten, etteivät pysty asioita järjestelmään. Olla apuna siinä." (H3)

Kotiutumisprosessiin yhtenä tärkeänä tekijänä kuvailtiin kotiutumisen jälkeistä elämää. Haastateltavat kertoivat järjestettäviä tukitoimia, joita kotiin voidaan järjestää

tarvittaessa. Näitä kerrottiin olevan kotihoito, fysioterapeutin kotikäynnit, jo esiin nousseet tarvittavat apuvälineet ja tarvittaessa myös kodin muutostyöt potilaan täyttäessä kriteerit. Seuraavassa kommentissa haastateltava 1 pohtii kotihoidon roolia potilaan kotiutumisessa:

"Sitten kotihoito, jos se tarvii apua, minkälaista apua siellä tarvitsee pe-seytymisissä tai muuta ruoka-apua, että ne on sillain, että kaikki niinkuin natsaa kohdilleen. Siellä huomioidaan se puhtaus ja lääkitys, että kaikkien on niinkuin kohdillaan ja se toimintakyky - -" (H1)

Haastateltavien vastauksista päätellen kotiutumisprosessiin kyseisellä terveysasemalla liittyy monia määrääviä tekijöitä, jotka vaikuttavat prosessin kulkuun. Ensimmäinen näistä on kotiutumisprosessin **suunnitelmallisuus**, josta haastateltavat kertoivat, että potilaalle tehdään yleensä kotiutussuunnitelma. Vastauksista päätellen osa koki, että hoitosuunnitelman tekoon osallistuu useampi ihminen, kuten sairaanhoitaja ja lääkäri ja osan haastateltavien mukaan siihen osallistuu vain lääkäri.

"No siinä on monta ihmistä mukana, jotka suunnittelee sitä, pyritään tietysti suunnittelemaan sitä hyvästi ja sitten tietysti toteutus kanssa, että se menis kaikin puolin hyvästi. Että siinä on monta vaihetta." (H2)

"Lääkäri se tekee hoitosuunnitelman, ainahan tehdään ymmärtääkseni ainakin tehdään se hoitosuunnitelma, että tuota katsotaan tavallaan semmoisia viitearvoja, että jos on, että missä ajassa, mutta sitten on semmoisia yksilöllisiä eroja, että mihin." (H1)

"Että se on kyllä yks semmoinen, että on pyritty sen takia just niitä mahdollisesti tiedossa olevia, että tarvii paljon kotiapua ja tilanne on muuttunut niin hyvissä ajoin niitä suunnittelemaan, että saataisi esimerkiksi tilattua jotkin turvpuhelimet ja tämmöiset - -" (H3)

Prosessia voi kuvailla myös sanoilla **analysoiva, kartoittava ja arvioiva**. Tämä käy ilmi monista sanavalinnoista, kuten "mietitään", "hyvä tietää", "kotikäynneillä kartoitetaan", "on kartoitettu ne kotiolut", "myös fysioterapeutin arviota" ja "ne pitäisi sel-

vittää". Analysointia käydään potilaan tilasta, toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä. Kartoitusta tekee haastateltavien mukaan yleensä sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja palveluohjaaja. He kartoittavat esimerkiksi kotioloja, kotiin annettavia palveluita, ja apuvälineiden tarvetta. Arviota tehdään potilaan aiemmasta toimintakyvystä, selviytymisestä kotiutumisen jälkeen kotona sekä yleisesti ottaen hänen toiminta- ja liikuntakyvystään. Haastateltava 1 kuvaili arviointia ja kartoitusta muun muassa näin:

"- - katotaan miten siirtymiset onnistuu, milloin osaa jo yksin käydä vessassa esimerkiksi vuoteesta nousta, ruokailla, että tämmösiä perustointoja. Sitten siinä jo vois miettiä, että hei että tämä henkilö selviäis jo kotona hyvin, niin tuota sitten käydään se kotikäynti." (H1)

"Sen jälkeen käydään kotona ja tietenki mietitään sitä, että tuota onko siellä ollut aiemmin kotipalvelu ja mikä sen tavallaan ne taustat on, että mitä se on tehnyt aikaisemmin, että hyvä tietää oikeastaan enemmän siitä ikäihmisen, minkälaista se liikkuminen on ollu ennen sitä kaatumista esimerkiksi." (H1)

Kotiutumisprosessi koettiin myös **moniammatilliseksi yhteistyöksi**. Osa haastateltavista kuvaili ikäihmisen kotiutumista tiimityöksi, jossa eri ammattilaisilla on erilaiset roolit, jotka täydentävät toisiaan. Jokainen ammattilainen tiesi oman roolinsa kotiutumisprosessissa hyvin. Haastateltavat kuvailivat moniammatillisuutta samalla, kun he kertoivat prosessin etenemisestä eli haastatteluista kävi ilmi, että ammattilaiset tekivät työtä osastolla yhteistyössä ja se on luonteva osa tämän terveysaseman toimintatapaa. Moniammatillisen yhteistyön vastauksia on koottu seuraavaan taulukkoon.

## Taulukko 2: Moniammatillinen yhteistyö

- Sitten kotihoidon kanssa ja vuodeosaston kanssa yhteistyössä pääpiirteittäin. (H1)
- No kyllä se siitä, että se yhteistyö on toiminut, koska ollaan monen ihmisen kanssa tekemisissä ja eri tahojen kanssa, että silloin kun se on saatu yhteys toimimaan ja kaikki on saatu järjestettyä sillä tavalla, että tieto on kulkenut. (H2)
- No tuota tavallaan kaikki on se tiimityö, elikkä kun puhutaan sairaanhoitaja, fy-

sioterapeutti, palveluohjaaja ja lääkäri, niin kaikkihan nämä on tärkeitä ja yhteistyössä niin kuin puhutaan avoimeksi asiat niin tuota kyllähän se kotiutus onnistuu huomattavasti paremmin, kun siinä käytetään kaikkia ja vuoropuhelua käydään keskenään. (H3)

- Mutta sitten on niitä haasteellisimpia just, joissa tilanne on radikaalisti muuttunut, niin sittenhän se yhteydenotto palveluohjaajaan tulee ja mietitään ne palvelut yhteistyössä - - (H3)
- No tuota tavallaan kaikki on se tiimityö, elikkä kun puhutaan sairaanhoitaja, fysioterapeutti, palveluohjaaja ja lääkäri, niin kaikkihan nämä on tärkeitä ja yhteistyössä - - (H3)
- Se on ryhmätyötä eli hoitaja, potilas ja lääkäri sopii asiasta. (H4)
- Usein tarvitaan apuvälineitä. Ja arviota, myös fysioterapeutin arviota siinä kotiutusvaiheessa. Eli se on moniammatillista se kotiutusvaihe. (H4)
- Noo meillä on tuo palveluohjaaja, joka selvittää sitä sitten. Sitä sosiaalista puolta, kotiavun tarvetta ja tämmöiset seikat tietysti vaikuttaa, miten saa kotiapua sitten. (H4)

Yhtenä kotiutumisen prosessin määrävänä tekijänä nousi aineistosta esiin kotiutumisen **oikea-aikaisuus** ja sen nopeus. Pyrkimys terveysasemalla oli haastateltavien mukaan mahdollisimman nopeasti kotiuttaa potilas ja tähän koettiin olevan monia syitä, kuten potilaan laitostuminen tämän ollessa liian pitkään vuodeosastolla ja turvattomuuden lisääntyminen kotona, jos potilas tottuu, että hoitohenkilökunta on saavutettavissa koko ajan. Tämän vuoksi haastateltavat kokivat oikea-aikaisuuden olevan tärkeä tekijä kotiutumiselle. Oikea-aikaisuutta haastateltavat, eivät kuitenkaan tarkemmin kuvailleet. Haastateltava 1 kuvaili oikea-aikaisuutta seuraavasti: "Niin, hyvä hoito, sitten kotiuttaminen, kotiuttamisen oikea-aikaisuus, että se on niin kuin toimii. Minä luulen, että se on se pointti, siitä sen jälkeen se kuntoutuminen, että minusta se on niin kuin tosi tärkeässä roolissa se oikea-aikaisuus, että se onnistuu." Myös haastateltavan 4 mielestä potilas pitäisi saada mahdollisimman pian jalkeille ja omatoimiseksi. Tätä hän perustelee näin: "Joo se on minun mielestä tärkeätä, että saadaan potilas mobilisoidua mahdollisimman pian, että jos se viivästyy tai epäonnistuu, niin silloin se on, silloin pitkittyy kotiuttaminen."

Kotiutumisen nopeudessa koettiin olevan myös haastavia tekijöitä. Haastateltavien kertoman mukaan vuodeosaston paikkatilanne vaikuttaa toisinaan kotiuttamiseen, jolloin kotiutuminen saattoi olla liian nopea joillekin potilaille. Haastateltava 3 kuvailee kotiutumisen nopeutta seuraavasti: "Tietysti joskus miettii kun on niin kuin tavallaan osasto täynnä ja pyritään nopeasti kotiuttamaan, niin tuota varmasti vaikuttaa ehkä se osaston paikkatilannekin, että miten nopeasti sitten kotiutuu."

Haastateltavien kommentteista kävi myös ilmi, että **käytänteet ovat melko vakiintuneita** ikäihmisen kotiutumisprosessiin. Tämä kävi ilmi siitä, kuinka prosessista kerrottiin. Usea haastateltava totesi prosessista sen kuvailemisen jälkeen, että näin se pääpiirteittäin etenee. Haastateltava 4 totesi. "No se on yleensä samalla tavalla, että en tiedä onko tiettyjä toimintatapoja, mutta siis tälläläilla järkiperaisat on toimintatavat." Haastateltavan 1 kokemus kotiutumisprosessista oli puolestaan seuraava: " No pääpiirteittäin juurikin ne mitä äsken sanoin. Että tuohan se on, tuollalailahan se menee aika monenki kohdalla. Että aika samalla tyylillä."

Kotiutumisprosessista kerrottaessa nousi esiin myös **potilaan oma päätäntävalta**. Haastateltavat kuvailivat ensisijaisesti potilaan oman mielipiteen vaikuttavan kotiutumiseen. Eräs haastateltava pohti potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen vaikutusta kotiutumiseen. Haastateltavien mukaan on tärkeää nostaa asiakkaan oma mielipide esiin. Potilaan muistisairaudet, turvattomuuden tunne ja laitostuminen koettiin haastateltavien keskuudessa haasteellisiksi tapauksiksi, koska potilas ei tuolloin halua kotiin vaikka voisi muutoin olla kotikuntoinen. Haastateltava 3 mietti asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja haasteellisia kohtia siihen liittyen:

"Voi olla haasteellisia jo asiakkaat ja omaisetkin, että on niin erilainen se lähtökohta, että niin kuin, että itse näet, että no tällähän on tosi hyvät mahdollisuudet selvitä siellä kotona, kun vain on riittävästi apua, mutta sitten taas jo lähtökohtaisesti, jos se asenne on asiakkaalla ja omaisella, että ei, tää ei missään tapauksessa pärjää enää kotona niin siinä on niinkuin varmasti iso kynnyks niinkuin, että miten se saahaan se vuoropuhelu semmoiseksi, että se kotiutus onnistuu." (H3)

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että eri ammattiryhmien sekä potilaan että potilaan omaisten välistä vuoropuhelua tarvitaan. Vuoropuhelun merkitys korostuu kun potilaan kotiutumista valmistellaan. Kotiutumisen onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas hahmottaa oman tilanteensa, käytettävissä olevat avut, sekä sen mistä apua on mahdollista pyytää. Tässä kohtaa haastateltavat painottivat erityisesti palveluohjaajan roolia toimintojen järjestelijänä.

## 6.2 Kotiutumisprosessin toimivat kohdat

Kuten aiemmin on kuvattu, haastateltavat kokivat kotiutumisprosessin olevan **moniammatillista yhteistyötä**. Eräs haastateltavista totesikin, että potilaan kotiutuminen onnistuu huomattavasti paremmin, kun kaikki neljä ammattiryhmää (sairaanhoitaja, fysioterapeutti, palveluohjaaja ja lääkäri) osallistuvat kotiutukseen ja käyvät vuoropuhelua potilaan tilanteesta. Toinen haastateltava puolestaan sanoi, ettei kukaan pärjää yksin siellä vuodeosastolla. Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että tiivis yhteistyö koettiin toimivaksi tällä terveysasemalla.

**Tiedonkulku** tällä terveysasemalla koettiin yleisesti ottaen hyväksi eri ammattiryhmien välillä. Tutkimusympäristönä toimi pienen kunnan terveysasema, jolloin tietoa potilaaseen liittyen välitettiin osastolla kasvotusten, lääkärin kierron aikana, potilaan papereiden kautta ja puhelimitse tarvittaessa. Etenkin palveluohjaajaan oltiin yhteydessä puhelimitse, koska hän ei ole koko päivää osastolla. Minkäänlaisia kokouskäytäntöjä ammattiryhmien välillä eivät haastateltavat tuoneet esille. Palveluohjaaja piti kuitenkin palaveria omaisten ja potilaan kanssa. Kyseinen toimintamalli toimi tällä terveysasemalla, vaikka välillä tuli tiedonkatkostilanteita. Tilanne ei ole kuitenkaan niin haavoittuva ja esimerkiksi tiedonkatkoja osaston ja kodin tai palveluasumisyksikön välillä ei välttämättä tule niin paljon kuin isommissa työympäristöissä.

Hyväksi käytänteeksi koettiin myös **palveluohjaajan rooli** ja panos kotiutumisprosessissa. Haastateltava 4 pohti palveluohjaajan roolia näin: "Joo hyvin tärkeä rooli, erittäin hyvä että sellainen on olemassa. Vasta muutaman vuoden ollut, että hyvin tärkeä." Palveluohjaajan roolia kotona pärjäämisessä kuvaili tärkeäksi myös muut haastateltavat. Palveluohjaajan roolia korostettiin erityisesti tilanteissa, joissa kotona ilmeni joi-tain ongelmia. Tällaisia olivat esimerkiksi potilaan pelot kotona pärjäämisen suhteen.

Palveluohjaajaa kuvailtiin kotiavun tarpeen selvittäjänä, sosiaalisen puolen selvittäjänä ja tiedottajana potilaalle.

Kotihoito ja fysioterapeutin mahdolliset **kotikäynnit**, joita on mahdollista järjestää 5 kertaa, oli myös todettu toimiviksi kotiutumisen kannalta. Haastateltava 4 sanookin kotiuttamisen kehittyneen paljon viime vuosien aikana. Haastateltava 1 kuitenkin pohitti, onko toimintakyvyn kannalta riittävää, että fysioterapeutti käy 5 kertaa vai pitäisi-  
kö kotikuntoutuksen olla vielä intesiivisempää. Hän ehdottaakin: "Kun minä luulen, että siihen pitäis satsata vielä enemmän ehkä, että se kotiutuminen että niin kuin mitä äsken aikaisemmin sanoin siitä, että ehkä kolme neljäkin kertaa." Kolmella - neljällä kerralla hän viittaa, joko fysioterapeutin tai hoitajan käynteihin, jolloin "käydään siellä jumppaamassa" tarkoittaen kotona tapahtuvaa kuntoutusta.

### 6.3 Kotiutumisprosessin haasteelliset kohdat

Haastateltavat kuvailivat haastatteluissa myös kotiutumisprosessiin liittyviä haasteellisia tai ongelmallisia kohtia. Haasteellisina kohtina kuvattiin **potilaaseen tai potilaan toimintaympäristöön liittyviä tekijöitä**, joita haastateltavat kertoivat olevan muun muassa muistisairaudet, omaisten jaksamattomuus, potilaan asenne tai kotona pärjäämättömyys, turvattomuus ja laitostuminen. Näiden kerrottiin vaikuttavan kotiutumisprosessiin hidastavasti ja haastateltavat kokivat nämä haasteellisiksi asioiksi. Näin haastateltavat kertoivat asiasta:

"Sitten tuota potilas laitostuu, ei halua enää kotiin ja se pelko on yksi tekijä, minä nyt puhun taas siitä kaatumisesta, mikä on niin kuin todella yleistä. Että ne on, että se kuntoutuminen ei ole edistynytään sen mukaisesti ja ne on minusta semmoisia kompastuskiviä." (H1)

"- - ja sitten tosiaan ne muistisairaat, että se on kans yksi semmonen haastava." (H1)

"No yleisesti sillä tavalla tietysti siinä aina haasteena sekin on ollut että ikäihmiset on hyvin turvattomia siellä kotona ja haluais olla täällä osastolla." (H2)

" - - tietysti siinä on aina riski, että se laitostuu se potilas. Niin ei halua sitten kotiin, mieluummin tuntee olonsa osastolla turvalliseksi, eikä uskallakaan mennä kotiin." (H4)

Ratkaisuna näihin ongelmiin haastateltavat kokivat mahdollisimman nopean kuntoutuksen aloittamisen sekä kotihoidon ja fysioterapian kotikäyntien aloittamisen kotiutumisen jälkeen. Haastateltavat itse kuvailivat ratkaisuja näillä termeillä: "mobilisoitua mahdollisimman pian", "mennään ja tehdään niitä kotikäyntejä", "muut palvelut kotihoidon puolesta, "palvelut sitten käyntiin ja pyörimään" ja "palveluohjaaja on yksi, joka on siinä apuna kyllä, että saadaan vaikeatkin tapaukset pysymään kotona". Haastateltavat kokivat palveluohjaajan ja kotihoidon olevan tärkeässä roolissa kotiutumisen jälkeen, jotta kotiutuminen onnistuisi. Palveluohjaajan ja kotihoidon tärkeys korostui erityisesti niiden potilaiden osalta, jotka tarvitsivat kotihoitoa.

Haastaviksi koettiin myös tekijöitä, jotka liittyivät **terveysaseman paikkatilanteeseen** ja osittain myös **terveysaseman resursseihin**. Eräs haastateltava sanoi, että kotiutumisprosessissa tärkeää olisi oikea-aikaisuus. Hän koki kuitenkin, että tulee paineita terveysaseman puolelta, kun paikkatilanne on täysi. Tällöin koettiin, että potilas on "pakko" kotiuttaa. Eräs haastateltava kertoo, että tällainen potilas tulee kohta uudestaan vuodeosastolle, kun ei ole pärjännyt kotona. Kaksi muutakin haastateltavaa pohtii, että jos osasto on täynnä, niin pyrkimys on nopeaan kotiuttamiseen. Toisen haastateltavan mukaan tällaiseen tilanteeseen liittyy riski potilaan ennenaikaisesta kotiutumisesta, joka voi johtaa potilaan palaamiseen vuodeosastolle.

Harmaisen ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa itsessään nopea kotiutuminen ei ole huono asia, vaan oikein toteutettuna kotiutuminen onnistuu ja potilastyytyväisyys ei kärsi. Tällaisissa tapauksissa tiedonkulun tulisi olla toimivaa ja työotteen kuntouttavaa. Perälä & Hammar (2003) toteavat julkaisussaan, että kotiutuminen usein epäonnistuu liian vähäisestä kuntoutuksesta, liian nopeasta kotiuttamisesta kunnan kohenemiseen nähden ja liian vähäisestä tiedonkulusta yksiköiden ja ammattilaisten välillä.



Vaikka tiedonkulku pääosin koettiin toimivana, välillä siinä esiintyi myös haasteita, etenkin siirryttäessä yksiköstä toiseen esimerkiksi vuodeosastolta kotiin tai palveluasumisyksikköön. Haastateltava 2 pohti tiedonkulkua näin: "Sehän se on tärkein, että tieto kulkee. Useinhan se silloin siinä epäonnistuu se kotiutus, jos joku tieto on jäänyt jonnekin matkalle tai sitä ei ole otettu huomioon."

Haastateltava 1 kertoi, että on ollut tapauksia, jolloin potilaan kotiutuessa tieto potilaan toimintakyvystä ei ole välittynyt tarpeeksi hyvin kotiin tai palveluasumisyksikköön. Tällöin potilas usein tulee melko nopeasti takaisin osastolle pärjäämättömyyden tai kaatumisen takia. Näin hän kuvailee tilannetta:

" - - ettei siinä varmaan se viesti kulkenut riittävän hyvin sinne. Ja kun oli tällaisesta uudesta asukkaasta kysymys, ettei ollut aikaisemmin ollut. Siinä olis vielä vähän parannettavaa, yhteistyötä enemmän, enemmän että ketkä siellä tekee. Ja että meillä olisi enemmänkin yhteistä linjaa, olipa se nyt sitten kotihoito tai mikä nyt." (H1)

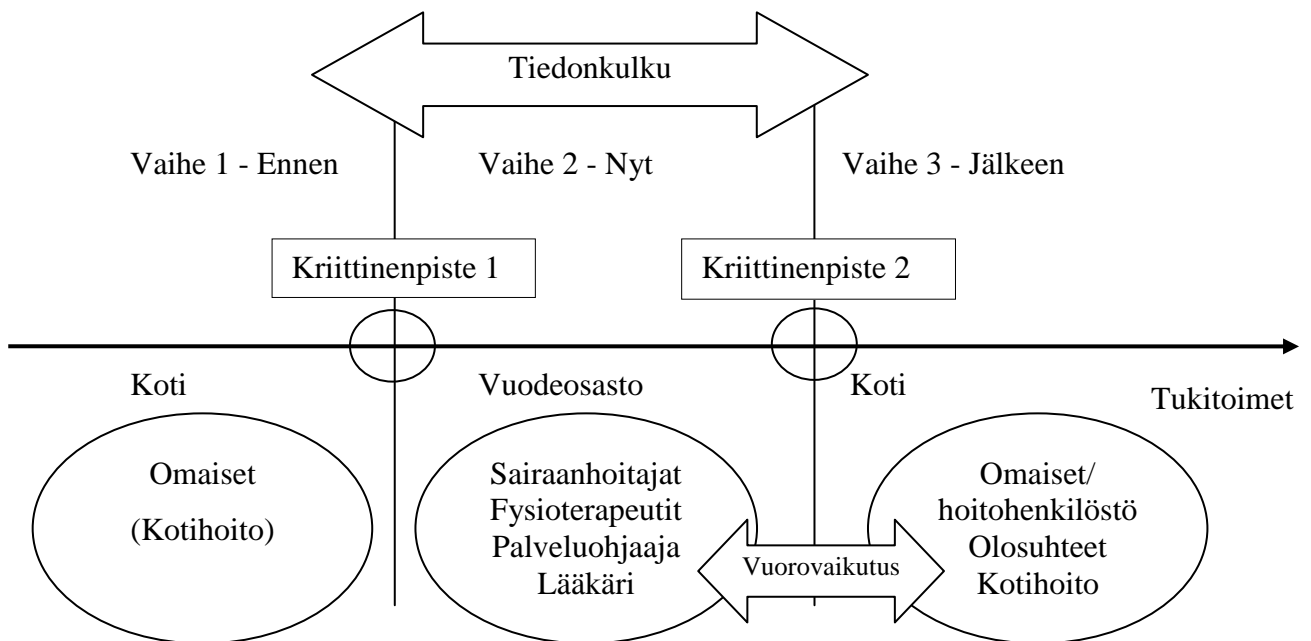
Haasteena koettiin myös **kodin olosuhteet** eli kodin esteellisyys. Kodin esteettömyyden kannalta tärkeiksi asioiksi kuvattiin muun muassa seuraavia: ovatko ovet tarpeeksi leveitä, ovatko kynnykset liian korkeita ja miten esimerkiksi peseytymiset onnistuu. Haastateltava kolme pohti asiaa näin: "No sitten tietysti se voi tulla niin kuin kotiolot voi aatella, tulla ongelmaksi, että jos siellä on sitä esteellisyyttä, niin tuota ne on niitä haasteellisia asioita, että miten sitten niin kuin järjestellään peseytymiset WC-käynnit, muut ja jos siellä esimerkiksi tämmöset."

Haastateltavien kertomusten mukaan edellä esitettyihin ongelmiin oli etsitty ratkaisua muun muassa kotihoidolla, kodinmuutostöillä ja tarvittaessa potilaalle esitettiin mahdollisuutta muuttaa toiseen asuntoon. Haastateltava 3 kertookin: " Strategiat aina on, että ykkösenä on se koti ja sitten kun kotona asuminen ei ole turvallista enää niiden kotiapujen turvin, sit ruvetaan miettimään niitä hoitopaikkoja - -"

## 7 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Kotiutumisprosessin etenemisen malli

Haastateltavien vastauksista kävi ilmi, ettei toiminnan pohjalla ole mitään erityistä mallia, vaan käytännöt ovat muodostuneet terveysasemalla hyväksi koettujen ja siksi vakiintuneiden toimintatapojen myötä. Haastattelujen analyysin pohjalta kotiutumisprosessista rakennettiin malli (Kuva 2). Malli heijastaa erityisesti tutkimuksen kohteena olevan terveysaseman ammattilaisten näkemyksiä toimivasta kotiutumisprosessista sellaisena, kuin he sen ihanteellisessa tilanteessa kokevat. Mallia ei voine suoraan hyödyntää muissa organisaatioissa, mutta mallin avulla voi löytää toimintaa kehittäviä elementtejä, jotka ovat tietyin varauksin yleistettäviä. Esimerkiksi tiedonkulun ja vuorovaikutuksen rooli kotiutumisen onnistumisessa tai kriittisten pisteiden huomioiminen ovat tällaisia elementtejä.



**Kuva 2: Kotiutumisprosessin etenemisen malli**

Kotiutumisprosessin etenemisen mallissa (Kuva 2) on vaakasuoralla nuolella kuvattuna aika. Pystysuorilla viivoilla jaetaan aika kolmeen osaan, joita ovat vaihe 1 eli aika ennen sairastumista tai vammaa, vaihe 2 eli vuodeosastojakso ja vaihe 3 kotiutumisen jälkeinen aika. Ympyröillä kuvataan kotiutumisprosessin kriittisiä kohtia. Nämä voivat olla haasteena myös muille terveysasemille ja sairaaloille. Omaisil-

la/hoitohenkilöstöllä kuvataan mallissa niitä henkilöitä, jotka ovat potilaan/asiakkaan kanssaan yleisimmin tekemisissä ja saattavat hoitaa myös hänen asioitaan. Hoitohenkilöstöllä tarkoitetaan etenkin palveluasumiseen kotiutuvan potilaan yhteyshenkilöitä.

Mallissa kotiutumisprosessiin ajatellaan kuuluvan jo vaihe ennen vuodeosastolle tuloa ja sen selvittäminen on tärkeä osa onnistunutta kotiutumisprosessia. Tämä vaihe nimettiin vaiheeksi 1. Tärkeää on, että tieto esimerkiksi aiemmasta kunnosta, toimintakyvystä ja lääkityksestä välittyy vuodeosastolle, sillä se vaikuttaa myös henkilön kotiutukseen. Havaintoa tukee esimerkiksi Perälän & Hammarin (2003) tutkimuksessa esiin tuotua näkökulma, jonka mukaan tiedonkulku työntekijöille asiakkaan voinnista, lääkkeitä ja toimintakyvystä on tärkeää ja se vaikuttaa kotiutumisen onnistumiseen.

Kriittinenpiste 1 kuvaa sairauden alkamista tai vamman tapahtumista. Tällöin tapahtuman seurauksena ikäihminen joutuu sairaalaan tai terveyskeskukseen. Tässä kohtaa on tärkeää, että tiedot asiakkaan toimintakyvystä, aiemmasta lääkityksestä ja sairauksista välittyisi vuodeosastolle. Grönroosin ja Perälä tutkimuksessa (2006) käykin ilmi, että kotiutuminen tulee onnistumaan 2,5 kertaa paremmin, kun vuodeosastolle välittyy tarvittava tieto asiakkaasta, hänen sairauksistaan, toimintakyvystä, aiemmista hoidoista ja kognitiivisesta suorituskyvystään.

Kriittinenpiste 2 kuvaa vaihetta, jossa potilas on kotiutumassa. Tässä vaiheessa on tärkeää, että työntekijät ovat vuorovaikutuksessa potilaan ja omaisten kanssa, jotta tieto toiminta- ja liikkumiskyvystä, lääkkeitä ja muista kotiutumisen kannalta tärkeistä asioista välittyisi vuodeosastolta henkilön kotiin. Tiedon välittyminen on tärkeää, olipa kotiutumisen kohteena sitten koti tai palveluasumisen yksikkö. Haastateltavat kuvailivat tätä kohtaa haastavaksi ja osa koki, että tiedonkatkos tässä kohtaa voi johtaa kotiutumisen epäonnistumiseen, jolloin riskinä on, että potilas palaa melko pian kotiutumisen jälkeen takaisin vuodeosastolle.

Vaiheen 2 ja 3 välinen siirtymä on kriittinen myös siksi, että kotiutuminen voi epäonnistua liian nopean kotiuttamisen takia. Tämä riski korostuu erityisesti silloin, kun kotiutumispäätökseen vaikuttaa myös muut tekijät kuin potilaan toimintakyky ja kotona pärjääminen. Näitä tekijöitä haastateltavat kokivat olevan esimerkiksi osaston paine kotiuttaa potilaita uusien potilaiden mahtumiseksi vuodeosastolle. Havaintoa tukee

Lämsän ja Mäkelän tutkimus (2009), jossa todetaan, että sairaalasta lähtemisen perusteena käytettiin tehokkuusvaatimuksia ja lääketieteellisiä syitä ja puolestaan sairaalaan jäämisen syitä olivat potilaan toimintakyky ja elämäntilanne.

## **7.2 Eri ammattilaisten kokemuksia kotiutumisprosessista**

Lääkäri ja sairaanhoitaja kokivat kotiutumisen onnistumisessa tärkeäksi hyvän hoidon, kun taas fysioterapeutti ja palveluohjaaja kokivat, että kotiutumisessa tärkeintä on toimintakyky, kotona pärjääminen ja potilaan kotona vaikuttavat tekijät. Tämä kävi ilmi siinä, miten haastateltavat kuvailivat onnistunutta kotiutumista ja omia roolejaan kotiutumisprosessissa. Lääkäri ja hoitaja kuvailivat onnistunutta kotiutumista hoidon onnistumisen mukaan: " - - kotiutuskin on onnistunut, jos se hoitokin on onnistunut." Lääkärin mielestä useimmissa tapauksissa kotiutumiseen vaikuttivat lääketieteelliset tekijät. Myös hoitajan mukaan hoidolla oli kotiutumisprosessin onnistumiseen suuri osuus.

Fysioterapeutin ja palveluohjaajan vastauksista puolestaan kävi ilmi, että tärkeää on kotiutumisen aikaiset ja sen jälkeiset tekijät. Näitä tekijöitä he kuvailivat olevan toimintakyky, arkisista asioista selviäminen (syöminen, WC-käynnit, pesut), turvallisuus kotona, kodin esteellisyys ja niiden poistaminen, riittävät apuvälineet ja muut kotiin tarvittavat avut.

Erilaiset roolit terveysasemalla siis vaikuttavat myös siihen miten asioista ajatellaan. Yksi haastateltavista totesikin: " Koska jokainen katsoo sieltä omasta näkökulmastaan sitä asiaa ja siinä voi tulla sitten asioita, joita sitten toinen ei ole edes huomannut ollenkaan. Että itsekin huomaa aina, että olipa hyvä huomio, että enpä tuota ajatellutkaan. Että vuoropuhelu on tärkeätä kyllä eri ammattilaisten välillä." Tämän perusteella voidaan todeta, että moniammatillinen yhteistyö on tämän terveysaseman toimiva käytäntö.

## **7.3 Havaintoja kotiutumisprosessista verrattuna PALKO-malliin**

Verrattuna PALKO-malliin (Kuva 1) kyseisen terveysaseman käytänteet ovat hieman erilaisia. PALKO-mallissa (Perälä & Hammar 2003) tärkeäksi osatekijäksi nousee

omahoitaja/omahoitajapari. Tutkimuksen kohteena olevalla terveysasemalla palveluohjaaja järjesteele potilaan käytännön asioita, mutta potilaalle ei ole määrättyä tiettyä omahoitajaa, jonka kautta tieto välittyisi muille ammattilaisille, vaan tietoa välitetään ristiin ammattilaisten välillä. Tämä voi luoda potilaalle informaatiotulvaa, jolloin eri tahoilta tulee paljon eri tietoa eikä potilas välttämättä ehdi sisäistää kaikkea.

Eräs haastateltavista totesi, että epätietoisuus luo turvattomuutta ja tiedon oikein perille saaminen luo turvallisuutta potilaan tilanteeseen. PALKO-mallin (Perälä & Hammar 2003) omahoitaja/omahoitajapari tyylinen toimintamalli on varmasti toimiva, sillä tällöin jollakin tietyllä/tietyillä henkilöillä on tarkempi tieto potilaasta ja hänen asioistaan, jolloin he pystyvät myös kertomaan tarvittavaa lisätietoa potilaalle ja pystyvät täten myös reagoimaan erilaisiin tilanteisiin. Toiminnan varmuutta lisäävää on myös se, että omahoitajapari-toiminnassa on aina kaksi henkilöä, jotka tietävät tarkemmin henkilön asiat. Tällainen toiminnan varmuus näyttäytyy etuna esimerkiksi äkillisissä poissaolotilanteissa, kuten sairastapauksissa.

Koska tutkimuksen kohteen on pienen kunnan terveysasema, on myös mahdollista, että monelle työntekijälle on muodostunut jo käsitys potilaiden asioista ja kotioloista entuudestaan, jolloin toimintamalli ei ole niin haavoittuva ja esimerkiksi tiedonkatkoja osaston ja kodin tai palveluasumisyksikön välillä ei välttämättä tule niin paljon. Kuten aiemmin on todettu, haastateltavat kertoivat myös tilanteista terveysasemalla, jolloin tiedonkatkoksia on tullut. Nämä tilanteet voivat olla haastavia niin potilaallekin kuin omaisille tai hoitohenkilöstölle palveluasumisyksiköissä. Tiedonkatkokset voivat lisätä riskiä potilaan palaamisesta osastolle kaatumisten, turvattomuuden tai kotona pärjäämättömyyden vuoksi.

PALKO-mallissa (Perälä & Hammar 2003) esitetty kokouskäytäntö voisi vähentää tiedonkatkoksia tutkitulla terveysasemalla. Kokouksissa tulisi käsitellä osastolle tulleita ja osastolta kotiutuvat potilaat, jolloin kaikilla ammattiryhmillä olisi ajantasainen tieto potilaiden tilanteista. Tällöin kotiutumista pystyttäisiin ennakoimaan ja suunnittelemaan tarkemmin moniammatillisessa yhteistyössä.

Tutkimuksen kohteena olevan terveysaseman henkilöstöllä vaikutti olevan hyvin hahmottuneena se, mitä eri tahot tekevät kotiutumisprosessissa ja mikä kuuluu kenen-

kin rooliin. Yleisesti tämän koettiin toimivan hyvin. Myös PALKO-mallissa (Perälä & Hammar 2003) suositellaan, että vastuunjako ammattilaisten välillä toimisi. Tämä on tärkeää kotiutumisprosessin etenemisen kannalta, jotta jokainen ammattilainen osaisi toimia niin, että kotiutuminen olisi sujuvaa ja tarvittavat palvelut olisi järjestetty potilaan kotiutuessa.

## **8 POHDINTA**

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa tutkittavan terveysaseman ikäihmisen kotiutumisprosessia, sekä sen hyviä, että kehitettäviä puolia. Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin: "Minkälainen kotiutumisprosessi terveysasemalla on?", "Mikä kotiutumisprosessissa toimii hyvin?" ja "Millaisia kehittämiskohteita prosessissa on?". Tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen keinoin haastattelemalla neljää terveysaseman ammattilaista teemahaastattelun keinoin. Tässä osassa tarkastellaan sekä pohditaan tutkimuksen tuloksia, toteutusta, eettisyyttä ja luotettavuutta.

### **8.1 Kotiutumisprosessi tutkittavalla terveysasemalla**

Ikäihmisen kotiutumisprosessista nousi tutkimuksessa esiin etenkin prosessin monivaiheisuus, kyseisten käytänteiden vakiintuneisuus, tiedonkulun tärkeys ja moniammatillisuus. Prosessiin voidaan ajatella kuuluvan kolme vaihetta, joita ovat vaihe 1 - ennen, vaihe 2 - nyt ja vaihe 3 - jälkeen kotiutumisen. Vaihe 1 vaikuttaa kotiutumisen valmistelun suunnitteluun. Suunnittelun kannalta on tärkeää, että potilaan kotiolut ennen sairautta/vammaa on selvitetty. Taustatietojen kartoitus parantaa tutkimuksen havaintojen perusteella kotiutumisprosessin onnistumisen mahdollisuuksia. Vaihe 2 eli vuodeosastovaiheessa toimet kotiutumiseen liittyen olivat jo käynnissä. Tässä vaiheessa selvitettiin myös vaiheen 1. tietoja. Kotiutumisen vaiheessa eli vaiheessa 3 koettiin tärkeäksi tiedonkulku osaston aikaisesta toimintakyvystä myös kotiin tai palveluasumisyksikköön.

Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmatkin tutkimukset aiheesta. Tiedonkulun koettiin olevan yleensä hyvällä tasolla kyseisellä terveysasemalla, mutta kävi ilmi, että tiedonkatkostilanteissa kotiutuminen usein epäonnistui. Perälä ja Hammar (2003) ovat todenneet, että kotiutumisen epäonnistumiseen useimmiten vaikuttaa

informaatiokatkokset prosessin eri vaiheissa. Tiedonkulun lisäksi moniammatillisen yhteistyön tärkeys nousi esille tutkimuksessa (Perälä & Hammar 2003). Ammattiryhmien välinen yhteistyö etenkin kotiutumisvaiheessa on tärkeässä asemassa kotiutumisen onnistumisen kannalta. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että ilman toimivaa tiedonvaihtoa ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä asiakkaan todennäköisyys palautua kotiutumisen jälkeen takaisin vuodeosastolle koettiin kasvavan.

Tämä tulos tukee myös muun muassa Grönroosin ja Perälän (2006) esittämiä tutkimustuloksia, joiden mukaan kotiutuminen onnistuu 2,5 kertaa paremmin, jos työntekijöille välittyi tarpeeksi tietoa asiakkaasta, kuten hänen aiemmista sairauksistaan, hoidosta, toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että tärkeänä pidettiin kotihoidon ja sairaalan välistä toimivaa yhteistyötä. Yhteistyössä tärkeänä osana oli tiedonkulku ja työntekijöiden yhteisymmärrys asiakkaan tilanteesta. (Grönroos & Perälä 2006.)

Kotiutumisen oikea-aikaisuus nousi myös esille tutkimuksessa. Kotiutumisen oikea-aikaisuudessa tärkeää on, että henkilö ei olisi liian kauan aikaa osastolla, jolloin olisi vaara laitostumiselle ja turvattomuuden kokemiselle kotona, vaan kotiutuminen tapahtuisi, kun henkilö suoriutuu päivittäisistä toimista. Liian nopeasta kotiutumisesta haastateltavat puolestaan kertoivat, että silloin riski vuodeosastolle palaamiseen kasvaa, kun asiakas ei tule itsenäisesti tai avustettuna toimeen kotonaan.

## **8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Eritoten ihmisiin keskittyvässä tutkimuksessa tärkeää on huomioida hyvän tutkimuskäytännön pohja eli kunnioitetaan tutkittavien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tutkittavalle on kerrottava mihin tutkimukseen on osallistumassa, mitä tutkimuksen aikana tulee tapahtumaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Tutkittavia on hyvä informoida tarkasti mihin ja miten henkilötietoja tutkimuksessa käytetään sekä millainen elinkaari tietojen käsittelyllä on, jotta se tuo tutkittavalle luottamusta siitä, että henkilötietoja käytetään oikein. Tarkka informointi lisää myös tutkimuksen läpinäkyvyyttä. Informoinnin voi toteuttaa joko suullisesti tai kirjallisesti, mutta molemmat ovat tutkijaa samalla tavoin velvoittavia sopimuksia. Tutkittavalta

tulee saada suostumus tutkimukseen. Se voi olla kirjallinen, suullinen tai suostumukseksi luetaan myös haastatteluun saapuminen ja kysymyksiin vastaaminen. (Tietoarkisto 2016.)

Tunnistetietojen käsittelyssä suorat tunnistetiedot kuten nimi, henkilötunnus tai osoite tarpeellisuudesta tutkimuksen tulee pohtia. Jos ne eivät ole tarpeellisia tutkimuksen kannalta, tällaiset tiedot tulisi hävittää aikaisessa vaiheessa ja tästä on hyvä myös informoida tutkittavaa. Tutkittavat usein myös osallistuvat tutkimukseen, sillä ehdolla ettei heitä tunnisteta tutkimuksesta. Tähän pyritään, sillä ettei henkilön ja tutkittavan työympäristön nimeä mainita sekä suorat lainaukset ovat tehty tavalla, josta henkilöä ei pysty tunnistamaan. (Tietoarkisto 2016.)

Lisäksi tutkimuksen arkistoinnista on hyvä mainita tutkimuksen saatekirjeessä tai suullisesti ennen haastattelua. Jos tutkimus arkistoidaan johonkin tietokantaan, on hyvä mainita, että arkistoitava aineisto anonymisoidaan (Tietoarkisto 2016.).

Eettisesti on pohdittava myös tutkimuksen oikeutus eli miksi juuri kyseisen ilmiön tutkiminen on perusteltua. Aineistonkeruumenetelmän valintaa pitää myös miettiä tarkasti, jotta kyseisellä tutkimusmenetelmällä saataisiin haluttu tieto. Analysointivaiheen tärkeä osa on, ettei litteroitu aineisto paljasta tutkittavien henkilötietoja. Eettistä toimintatapaa auttaa myös tutkimusvaiheiden raportointi, jolloin tutkimuksen teosta tulee läpinäkyvä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Opinnäytetyön tutkimusaiheella on informatiivista hyötyä kyseiselle terveysasemalle, selkiyttääkseen heidän toimintatapaansa ja toisaalta aihe on ajankohtainen, joten sitä on perusteltua tutkia. Tutkimuksessa pyrittiin tuomaan esille myös opinnäytetyöhön liittyviä toimintatapoja ja tuotiin prosessin etenemistä esille eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimuksessa ei tuoda julki haastateltavien nimiä, eikä terveysaseman nimeä. Haastateltavien vastauksia on myös muokattu murre sanojen osalta ja ”minä” -muotoisia lauseita on muokattu ”hän” muotoon, etteivät haastateltavien ammatit tule julki tutkimuksessa.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan yleensä validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on aiottukin



tutkia. Reliabiliteetilla tarkoittaa puolestaan tutkimustulosten toistettavuutta. Tutkimuksessa tärkeää on myös tarkastella kokonaisuutta ja tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta. Tärkeää on siis tutkimuksen läpinäkyvyys. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133–136.)

Opinnäytetyössä on pyritty tuomaan esille eri vaiheiden esittely aina suunnitelmavaiheesta tutkimuksen tuloksiin ja niistä tehtyihin johtopäätöksiin. Tämän myötä tutkimuksessa pyritään tuomaan esille avoimesti se miten tutkimuksen lopputuloksiin on lopulta päästy. Tällä on pyritty tutkimuksen johdonmukaisuuteen ja tutkimuksen läpinäkyvyyteen.

Tutkimuksen tulosten ja keräämisen kannalta huomattavaa on, että haastattelija on työskennellyt kyseisessä työyhteisössä. Haastateltavat olivat opinnäytetyön tekijälle ennestään tuttuja ja hän oli heille tuttu. Tällä on voinut olla vaikutusta haastattelun kulkuun ja haastateltavien vastauksiin. Kuitenkin tutkimuksessa on käytetty pelkästään haastatteluissa ilmenneitä asioita, eikä muuta ennakkoinformaatiota työyksiköstä ole käytetty tutkimuksen havaintoihin tai tutkimustuloksiin. Haastattelija pyrki tutkimuksessa ottamaan ulkopuolisen tutkijan roolin. Lisäksi haastattelun teemat pyrittiin rakentamaan aiemman tutkimustiedon pohjalle, jotta aiempi ennakkoinformaatio työyhteisöstä ei vaikuttaisi tuloksiin ja johtopäätöksiin. Aiemmalla työskentelyllä terveysasemalla oli kuitenkin vaikutusta tutkimusaiheen valintaan.

### **8.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksessa nousi esiin potilaan oikea-aikainen kotiutuminen. Tätä aihetta voisi tutkia tarkemmin ja erityisesti oikea-aikaisuutta ja siihen liittyviä tekijöitä voitaisiin määritellä tarkemmin. Myös käytännön sovellutuksia oikea-aikaisuuden arvioimiseen tulisi kehittää. Esimerkkinä haastateltavat pohtivat, että kotiutumisessa on pyrkimys oikea-aikaisuuteen, mutta oikea-aikaisuutta ei ole määritelty tarkemmin. Asiasta kerrottiin, ettei kotiutuminen saisi olla liian nopeaa, muttei saisi toisaalta viivästyäkään.

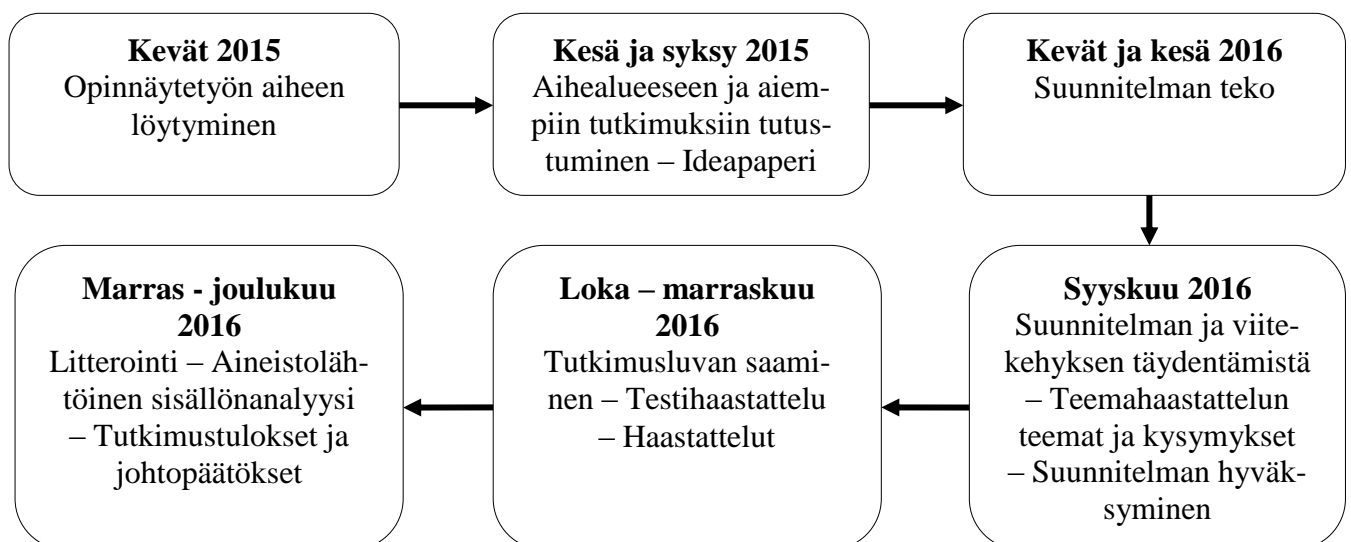
Toisena jatkotutkimusehdotuksena nousi esille haasteellisissa tilanteissa toimiminen, kuten muistisairauksissa tai laitostuneen potilaan kohdalla, kun potilas ei ole halukas tai valmis lähtemään kotiin, mutta ammattilaisten mielestä potilas olisi jo kotikuntoi-

nen. Myös näissä tilanteissa asiakkaan itsemääräämisoikeus tulisi toteutua. Tutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeus sekä se, miten potilaan osallistuminen päätöksentekoon toteutuu.

#### 8.4 Opinnäytetyöprosessi

Kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen heräsi keväällä 2015, kun olin työharjoittelussa. Harjoittelussa huomasin, että ikäihmisillä on yleisesti ottaen kova halu päästä nopeasti osastolta kotiin, mutta toisaalta pelko siitä kuinka hyvin kotona selvitään. Lisäksi olen ollut jo aiemmin kiinnostunut ikäihmisten asemasta kotiutumisen ja kotona asumisen suhteen. Myös keskustelu sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta on lisännyt mielenkiintoa aihetta kohtaan.

Kesällä 2015 aloin ottaa aiheesta tarkemmin selvää, jolloin tutustuin aiheesta aiemmin tehtyihin opinnäytetöihin ja muihin tutkimuksiin. Aloin samalla kerätä tutkimuksia opinnäytetyötä varten ja samalla lisäsin omaa tietämystä aiheesta. Keväällä 2016 aloitin varsinaisen opinnäytetyösuunnitelman teon. Haastattelut, litteroinnin, sisällönanalyysin ja tutkimuksen tulokset kirjoitin lopulta marras – joulukuun vaihteessa. Viimeistelyä opinnäytetyölle jäi aikaa noin viikon verran.



**Kuva 3: Opinnäytetyöprosessi**

Opinnäytetyöprosessi (Kuva 3) oli ajallisesti pitkä, jolloin ehdin pohtimaan tarkasti eri vaiheita ja niiden toteutusta. Onneksi olin tehnyt tällaista ajatustyötä, sillä opinnäyte-

työprosessin lopussa aikataulu kiristyi hieman erilaisten ulkoisten tekijöiden vuoksi, joten haastattelut, litterointi, sisällönanalyysi ja tulosten kirjoittaminen tapahtui kolmen viikon sisällä.

Opinnäytetyössä pääsin syvemmin tutkimaan ikäihmisen kotiutumisprosessia. Koen onnistuneeni opinnäytetyössä hyvin. Opinnäytetyö vastasi mielestäni hyvin ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyö toi itselleni paljon lisäinformaatiota ikäihmisen kotiutumisprosessista. Tutkimus tuo myös tutkitulle terveysasemalle lisätietoa terveysaseman käytössä olevista käytänteistään sekä niiden toimivuudesta. Koen aiheen oleva myös hyvin ajankohtainen ja sitä tulisi tutkia jatkossa vielä enemmän.

## LÄHTEET

Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

De Jonge, Eric, Jamshed, Namirah, Gilden, Daniel, Kubisiak, Joanna, Bruce, Stephanie & Taler, George 2014. Effects of Home-Based Primary Care on Medicare Costs in High-Risk Elders. *The Journal of The American Geriatrics Society* 62, 1825-1831.

Forsström, Jari & Pelanteri, Simo 2010. Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2009. Terveys 2010. PDF-dokumentti.

[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr33\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr33_10.pdf). Päivitetty 14.03.2011. Luettu 22.08.2016.

Grönroos, Eija & Perälä, Marja-Leena 2006. Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan* vol.79 3/2006.

Hakala, Markku, Malmivaara, Antti, Eskelinen, Janne, Toivonen, Ulla, Haapala, Jussi, Valjakka-Heimola, Merja, Mikkelsen, Marja & Häkkinen, Unto 2014. Kuntoutusosaston perustamisen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. *Suomen Lääkärilehti* 5, 319-323.

Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Harmainen, Samppa, Leppilahti, Juhana, Sipilä, Jaakko, Antikainen, Riitta, Seppänen, Maija-Liisa, Willig Reeta, Vähänikkilä, Hannu, Ristiniemi, Jukka & Jalovaara, Pekka 2010. Geriatric and physiatric oriented rehabilitation after hip fracture temporarily improves the ability to live independently. A randomised comparison of 538 patients. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* vol 33, 155-171.

Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina 2008. *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus - Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. WWW-dokumentti.

<https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Palveluohjaus+vauvasta+vaariin.pdf/161267ac-63ee-416e-a1de-cc8b2283ae31>. Päivitetty 23.09.2014. Luettu 03.12.2016.

Ikääntyneiden palvelut 2010 – Kuntakyselyn osaraportti. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011: 36. PDF-dokumentti.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79978/Tr36\\_11.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79978/Tr36_11.pdf?sequence=1) Päivitetty 13.03.2013. Luettu 12.01.2016

Kasper-Immonen, Marjo & Kosonen, Mia 2014. Kotiuttamisen tarkistuslistan kehittäminen potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan kirurgiselta osastolta. Teoksessa Jouppila-Kupiainen, Elina, Kammonen, Sirpa, Kirvesniemi, Tiina, Kuru, Tiina, Mikkonen, Helena, Piirainen, Anu, Rautasalo, Eija, Reunanen, Merja, Utriainen, Seija (toim.) Ammatti-ihmiset vanhusten asialla - Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu 42-51.

Käypä hoito 2006. Toimintakyvyn arviointi. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=D69382F50E19F2ED6B887BD6DA96B8F2?id=nix00522>. Ei päivitystietoja. Luettu 05.12.2016.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2014. Finlex. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> Ei päivitystietoja. Luettu: 12.01.2016.

Lämsä, Riikka & Mäkelä Laura 2009. ”En olisi vielä lähdössä kotiin”

- Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Suomen lääkärilehti 33, 2551-2557.

Perälä, Marja-Leena & Hammar, Teija 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes. Aiheita 29/2003. PDF-dokumentti. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1> Päivitetty 18.03.2013. Luettu 03.05.2016.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka Anna. 2006a. Eettiset kysymykset. Kvali-MOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> Päivitetty 27.11.2015. Luettu 17.08.2016.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006b. Hyvä tutkimuskäytäntö. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Päivitetty 27.11.2015. Luettu 17.08.2016.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006c. Aineiston hankinta. Kvali-MOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Päivitetty 27.11.2015. Luettu 08.09.2016.

Saarelma, Osmo 2015. Kaatuileva vanhus. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00760&p\\_haku=ik%C3%A4ihminen](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760&p_haku=ik%C3%A4ihminen). Päivitetty 23.09.2015. Luettu 21.08.2016.

Salmon, Peter, Hunt, Gillian, Murthy, Burra, O'Brien, Seamus, Beverland, David, Lynch, Martin & Hall, George 2013. Patient evaluation of early discharge after hip arthroplasty: development of a measure and comparison of three centres with differing duration of stay. *Clinical Rehabilitation* 27, 854-863. PDF-dokumentti. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9878d220-bdce-4c97-9a9b-d63ab4b41ca1%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4109> Ei päivitystietoja. Luettu 21.1.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11/2013. PDF-dokumentti. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1) Päivitetty 06.04.2016. Luettu 19.05.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtiovarainministeriö 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset. PDF-dokumentti.

<http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ja+aluehallintouudistuksen+linjaukset+5.4.2016/7382c141-45aa-433f-af74-6fc579e76de0>. Päivitetty 06.04.2016. Luettu 06.12.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Iäkkäiden palvelut. WWW-dokumentti.

<http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>. Ei päivitystietoja. Luettu 02.12.2016.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Finlex. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki#L4P37> Päivitetty 01.04.2015. Luettu 05.09.2016.

THL 2014. EQ-5D. WWW-dokumentti.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/139/>. Ei päivitystietoja. Luettu 05.12.2016.

THL 2015. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH. WWW-dokumentti.

[http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/raportti/atlas.html?select=1001&data=ath\\_inj\\_overbalanced\\_cr](http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/raportti/atlas.html?select=1001&data=ath_inj_overbalanced_cr) Ei päivitystietoja. Luettu 12.02.2016.

THL 2016. SotkaNET väestötilastot. EXCEL-dokumentti.

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s04rsM7VMwQA&region=s07MBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>. Ei päivitystietoja. Luettu 06.12.2016.

Tietoarkisto 2016. Tutkittavien informointi. WWW-dokumentti.

<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html> Päivitetty 05.07.2016. Luettu 17.08.2016.

Tilastokeskus 2015. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900-2060 (vuodet 2020-2060 ennuste). WWW-dokumentti.

[http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2015/vaenn\\_2015\\_2015-10-30\\_tau\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_001_fi.html) Päivitetty 30.10.2015. Luettu 14.10.2016.

Toljamo, Maisa & Perälä, Marja-Leena 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana – Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakesin raportteja. PDF-dokumentti. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R7-2008-VERKKO.pdf>. Päivitetty 27.02.2008. Luettu 18.10.2016.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ympäristöministeriö 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. PDF-dokumentti. [http://www.ym.fi/fi-FI/Asuminen/Ohjelmat\\_ja\\_strategiat/Ikaantyneiden\\_asumisen\\_kehittamisohjelma](http://www.ym.fi/fi-FI/Asuminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma) Ei päivitystietoja. Luettu 12.01.2016.



**Kirjallisuutta**

<b>Tutkimuksen bibliografiset tiedot</b>	<b>Tutkimuskohde</b>	<b>Otoskoko ja menetelmä</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>	<b>Oma intressi</b>
Hakala, Markku, Mal-mivaara, Antti, Eskeli-nen, Janne, Toivonen, Ulla, Haapala, Jussi, Valjakka-Heimola, Merja, Mikkelson, Marja, Häkkinen, Unto 2014. Kuntoutusosas-ton perustamisen vai-kutus lonkkamurtuma-potilaiden hoitotulok-siin. Suomen Lääkäri-lehti 5, 319-323.	Lonkkamurtuma-potilaiden kuntou-tuminen kuntou-tusosaston perus-tamisen jälkeen.	Tutkittavat otet-tiin THL:n hoi-toilmoitusrekiste-reitä. Lahtelaisia lonkkamurtuma-potilaita verrat-tiin muualla suomessa asuviin ja päijäthämäläi-siin lonkkamur-tumapotilaisiin ennen ja jälkeen intervention.	Keskeisiä tu-loksia oli hoito-aikojen lyhe-neminen, lahte-laisia kotiutui kuukauden si-sällä enemmän kuin muita päi-jäthämäläisiä.	Tuki- ja lii-kuntaelimis-tön potilaiden kotiutuminen kiinnostaa ja se että kuinka kotiutumista voi nopeuttaa
Salmon, Peter, Hunt, Gillian, Murthy, Burra, O'Brien, Seamus, Beverland, David, Lynch, Martin, Hall, George 2013. Patient evaluation of early discharge after hip arthroplasty: develop-ment of a measure and comparison of three centres with differing duration of stay. Clini-cal Rehabilitation 27, 854-863. PDF-dokumentti. <a href="http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.mikkelia">http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.mikkelia</a>	Lonkan tekoniivel-leikkauksen jälkei-sen kotiutumisan vaikkavuuden vertailu. Voiko lyhyempi sairaalassaoloaika olla yhtä tehokas kuin tavanomainen sairaalassaoloaika.	Otoskoko valit-tiin niistä, jotka suostuivat osal-listumaan tutki-mukseen. Belfas-tista 318 kysyt-tiin joista 316 antoi suostumuk-sen. Liverpoolis-ta suostumuksen antoi 160, joista lopulta 125 osal-listui tutkimuk-seen. London Orthopaedic Centrestä 145 antoi suostumuk-sen, joista tutki-	Tuloksena oli, että potilaat olivat yhtä tyy-tyväisiä lyhy-teen sairaalao-loajaan (3 päi-vää) kuin pi-tempäänkin (5-6 päivää). Ly-hyt aika sairaalassa koettiin joissakin tapa-uksissa ammat-titaitoisemmak-si	Lyhyemmän sairaalassa oloajan vaiku-tus

<p>mk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9878d220-bdce-4c97-9a9b-d63ab4b41ca1%40sessionmgr4001&amp;vid=1&amp;hid=4109 Ei päivitystietoja. Luettu 21.1.2016.</p>		<p>mukseen osallistui lopulta 119.</p>		
<p>De Jonge, Eric, Jamshed, Namirah, Gilden, Daniel, Kubisiak, Joanna, Bruce, Stephanie, Taler, George 2014. Effects of Home-Based Primary Care on Medicare Costs in High-Risk Elders. The Journal of The American Geriatrics Society 62, 1825-1831.</p>	<p>Korkeanriskin iäkkäät ja kotiin annettavat hoitopalvelut.</p>	<p>Otos valittu yli 65-vuotiaista 909 tapausta oli, joista 197 jätettiin pois tutkimuksesta kuoleman tai muun syyn takia. Tutkimusryhmä ja verrokkiryhmä suhteutettiin iän, sukupuolen ja muiden tekijöiden suhteen. Verrokkiryhmässä oli aluksi 2161, joista arpomalla valittiin 718.</p>	<p>Keskeisiä tuloksia oli että kotiin annettavat palvelut vähentävät sairaanhoidon kustannuksia. 23% tutkittavista käytti myös vähemmän erikoissairaanhoidtoa verrattuna verrokkeihin.</p>	<p>Kotihoidon toimivuus ja kotiuttamisen mahdollistuminen</p>
<p>Lämsä, Riikka &amp; Mäkelä Laura 2009. ”En olisi vielä lähdössä kotiin” - Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Suomen lääkäri-lehti 33, 2551-2557.</p>	<p>Tutkimuskohteena olivat sairaalaosaston potilaat. Kolme pääteemaa oli potilaan arjesta riisuminen, tiedollisen yksityisyyden puu-</p>	<p>Aineisto kerätty osallistuvalla havainnoinnilla kolmelta sisätautiosastolta Etelä-Suomen alueelta. Tutkimuksessa käytettiin satu-</p>	<p>Keskeisiä tuloksia olivat potilaan vapaaajan suuri määrä osastolla, jolloin odotellaan lääkärinkiertoa ja hoito-</p>	<p>Olen kiinnostunut kotiutumisosastosta. Kun potilas kotiutetaan esimerkiksi lääketieteellisistä syistä tai</p>

	te ja kotiutusperusteet.	raatimenetelmää eli tutkimusta tehtiin niin kauan kuin havainnot muuttuivat ja tutkimus lopetettiin kun havainnot alkoivat toistaa itseään. Tutkittavilta kysyttiin lupa havainnointiin.	tapahtumia. Tämä lisäsi asiakkaan passiivisuutta. Toinen tulos oli että kirjallinen tiedollinen yksityisyys toteutui eli asiakkaan papereita käsiteltiin asianmukaisesti. Suullinen tiedollinen yksityisyys ei toteutunut hyvin, sillä samassa huoneessa olevat potilaat kuulivat muiden potilaiden henkilökohtaisia tietoja. Kotiutuksen perusteina olivat lääketieteelliset perusteet, sairaalan tehokkuusvaatimukset ja potilaan toimintakyky ja elämäntilanne.	sairaalan tehokkuusvaatimuksista johtuen, niinsilti potilas voi kokea, ettei kykene toimimaan kotona.
--	--------------------------	--	--	---

<p>Grönroos, Eija, Perälä, Marja-Leena 2006. Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan vol.79 3/2006.</p>	<p>Tutkimuskohteena onnistunut kotiutumisen kotihoidon henkilöstön näkökulmasta.</p>	<p>Yhteensä kyselyitä lähetettiin 1890 22 eri kuntaan, kyselyihin vastanneita oli yhteensä 1183.</p>	<p>Tuloksena oli että henkilöstö piti tärkeänä kotihoidon ja sairaalan välistä yhteistyön toimimista. Tärkeänä kotiutumisen onnistumisen kannalta koettiin myös riittävä tiedon saanti potilaiden sairauksista ja hoidosta sekä fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvyn tiedottamisesta.</p>	<p>Kiinnostus kotiutumisen onnistumiseen.</p>
<p>Harmainen, Samppa, Leppilahti, Juhana, Sipilä, Jaakko, Antikainen, Riitta, Seppänen, Maija-Liisa, Wilig, Reeta, Vähänikkilä, Hannu, Ristiniemi, Jukka, Jalovaara, Pekka 2010. Geriatric and psychiatric oriented rehabilitation after hip fracture temporarily improves the ability to live independently. A randomised compar-</p>	<p>Tutkittiin lonkkamurtuman jälkeistä kuntoutusta yli 50 vuotiailla. 3 erilaista tapaa: geriatrinen kuntoutus, fysiatrien kuntoutus ja normaali terveyskeskuksen toimintatapa.</p>	<p>Otos on 538 henkilöä, joilla ei ole patologisista syistä tullutta lonkkamurtumaa. Otos jaettiin kolmeen osaan.</p>	<p>Tuloksena oli ettei ADL-toiminnoissa ollut eroavaisuuksia ryhmien välillä. Fysiatrien ja geriatrisen ryhmän potilaat asuivat todennäköisemmin jatkossakin kotona verrattuna terveyskeskuskuntou-</p>	<p>Kiinnostus siitä miten voidaan vaikuttaa kotiutumiseen ja kuntoutumiseen.</p>

<p>ison of 538 patients. Suomen Ortopedia ja Traumatologia. Vol 33. 155-171.</p>			<p>tujiin. Kivussa ja kävelyssä ei ilmennyt eroavaisuuksia ryhmien välillä. Fysiatriksen ryhmän jäsenten kuolleisuus pienempi kuin geriatrisen ja normaalin.</p>	
<p>Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.</p>	<p>Arvioida PALKO-mallin toimivuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä kuvata kotihoidon asiakkaita sekä asiakkaiden tarvitsemää apua.</p>	<p>Tutkimuksen haastatteluosioon osallistui asiakkaita 770 ja omaishoitajia 770 eri kunnista. Seuranta-aineistoon haastateltiin 770 asiakasta. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin Sotkakuntatietoa-aineistoa.</p>	<p>Tuloksena saatiin, että suurin osa kotiutuvista oli iäkkäitä naisia, jotka asuivat yksin, joilla oli monia sairauksia ja toimintakyvyn alenema. Apua tarvitsivat kotitöiden tekemisessä, tavaroiden kantamisessa ja asioiden hoitamisessa. PALKO-mallilla ei ollut vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn, terveydentilaan</p>	<p>Kotiutumiskäytäntöjen toimivuus. Kotihoidon asiakkaat.</p>

			<p>tai kuolleisuuteen. PALKO-malli on kuitenkin kustannustehokkaampi tavalliseen käytäntöön verrattuna ja jos kotiutumiskäytäntöjä kehitettäisiin PALKO-mallin mukaisesti voisi kunnat tuottaa palveluja tehokkaammin ikääntyneelle väestölle.</p>	
--	--	--	--	--



PYYNTÖ  
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi  
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

**Laitos, yritys, yhteisö,  
jolle pyyntö osoitetaan:**

Tiedot poistettu

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Tavoitteena kartoittaa terveysaseman ikäihmisen kotiutumisprosessia, siihen liittyviä vaihteita, hyviä puolia ja kehitettäviä puolia työntekijöiden näkökulmasta.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	terveysasema. Haastateltavina kotiutumisprosessissa toimivat henkilöt fysioterapeutti, lääkäri, hoitaja ja kotihoiton työntekijä.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Laadullinen tutkimus. Yksilölliset teemahaastattelut, jotka nauhoitetaan ja litteroidaan. Aineisto analysoidaan sisällönanalysillä.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Aineisto kootaan vuoden 2016 syys-marraskuun aikana.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Marraskuu- joulukuu 2016
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	----- päivänä ----- kuuta 200 ----- opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Anne Henttonen Merja Reunanen
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi <u>Mirja Kantia</u> puh <u>Poistettu</u>	
Osoite: <u>Poistettu</u>	

Anomus käsitelty \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lupa myönnetty

\_\_\_\_\_ lupa eväty, peruste: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allekirjoitus**

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.  
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

## LIITE 3: Saatekirje

**Saatekirje**

Hyvä terveysaseman työntekijä!

Olen fysioterapeuttiopiskelija Mikkelin ammattikorkeakoulusta ja valmistun joulukuussa 2016. Opintoni sisältävät opinnäytetyön tekemisen. Opinnäytetyöni on laadullisen tutkimuksen keinoin toteutettava ja se käsittelee ikäihmisen (yli 65-vuotiaiden) kotiutumisprosessia. Tavoitteenani on selvittää yksilöhaastattelulla terveysasemanne käytänteitä ikäihmisen kotiutumisprosessiin liittyen työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii (nimi poistettu) terveysasema.

Suostumuksellanne haastattelen teitä ja nauhoitan haastattelut. Haastattelut litteroidaan ja ne käsitellään sisällönanalyysillä. Haastatteluista teen johtopäätökset, jotka tulevat lopulliseen raporttiin. Raportti toimitetaan Mikkelin ammattikorkeakoululle, (nimi poistettu) terveysasemalle sekä (nimi poistettu) sosiaali- ja terveyskeskukselle. Raportti arkistoidaan myös Theseus-tietokantaan.

Tietojanne käsitellään luottamuksellisesti ja haastateltujen nimet eivät paljastu raportissa. Myös litterointivaiheessa voidaan liian tunnistettavia muresanoja tai lauseita muokata tunnistamattomaan muotoon. Terveysaseman nimeä ei tuoda julki raportissa. Tunnistetietonne hävitetään tutkimuksesta litteroinnin jälkeen.

Haastatteluajan sovimme yhdessä puhelimitse tai kasvotusten. Jos teillä ilmenee kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, ottakaa yhteyttä minuun. Yhteystietoni löydätte saatekirjeen lopusta.

Ystävällisin terveisin

Mirja Hänninen

Yhteystiedot

Mirja Hänninen

puh. (poistettu)

mirja.kantia@edu.mamk.fi

Ohjaavat opettajat

Anne Henttonen

anne.henttonen@mamk.fi

Merja Reunanen

merja.reunanen@mamk.fi



## **Teemahaastattelurunko**

### Kotiutumisprosessin kuvaus

1. Kuvaile omin sanoin terveysaseman ikäihmisen kotiutumisprosessia
2. Kuvaile terveysaseman käytänteitä ikäihmisen kotiutumiseen liittyen

### Kotiutumisessa vaikuttavat tekijät

1. Kuvaile ikäihmisen kotiutumisprosessiin vaikuttavia tekijöitä
  - hlöhohtaiset, organisaation liittyvät
2. Kuvaile mitkä tekijät ohjaavat ikäihmisen kotiutumisprosessia
3. Kuvaile ikäihmisen omaa osallistumista kotiutumispäätökseen

### Kotiutumisprosessin henkilöstön yhteistyö ja tiedonkulku

1. Kuvaile omaa rooliasi kotiuttamisessa
2. Kuvaile jäsenten välisiä tehtäviä kotiutumisprosessissa
  - Kuka tekee aloitteen kotiuttamisesta ja milloin
3. Kuvaile jäsenten välistä tiedonkulkua asiakkaaseen/potilaaseen liittyen
4. Kuvaile tiedonkulun kanavia

### Onnistunut kotiutuminen

1. Kuvaile millainen onnistunut kotiutuminen on?
  - Mikä onnistumiseen on johtanut?
2. Kuvaile kotiutumisprosessin haasteellisia kohtia?
  - Kerro esimerkki milloin kotiutuminen voisi epäonnistua?
  - Mistä haasteellisuudet voivat johtua?
  - Miten ongelmakohtia on pyritty ratkaisemaan?

### Haastattelun lopetus

1. Tuliko itsellesi mieleen jotain sanottavaa ikäihmisen kotiutumisprosessista tai jotain lisättävää
2. Kiitokset haastattelusta

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>”Niin, hyvä hoito, sitten kotiuttaminen, kotiuttamisen oikea-aikaisuus, että se on niin kuin toimii.”</p> <p>”Joo se on minun mielestä tärkeätä, että saadaan potilas mobilisoitua mahdollisimman pian, että jos se viivästyy tai epäonnistuu, niin silloin se on, silloin pitkittyy kotiuttaminen.”</p> <p>”- - pitää saada paikkoja lisää, että tulee akuutteja. Minä luulen, että se oli varmaan yksi tekijä, että liian nopeasti.”</p>	<p>Kotiuttamisen oikea-aikaisuus</p> <p>Viivästyminen</p> <p>Liian nopeasti</p>	<p>Oikea-aikaisuus</p>
<p>”No tuota tavallaan kaikki on se tiimityö, elikkä kun puhutaan sairaanhoitaja, fysioterapeutti, palveluohjaaja ja lääkäri, niin kaikkien nämä on tärkeitä ja yhteistyössä - -”</p> <p>”No kyllä se siitä, että se yhteistyö on toiminut, koska ollaan monen ihmisen kanssa tekemisissä ja eri tahojen kanssa, että silloin kun se on saatu yhteys toimimaan - -”</p> <p>”Eli se on moniammatillista se kotiutusvaihe.”</p> <p>”Sitten kotihoidon kanssa ja vuodeosaston kanssa yhteistyössä pääpiirteittäin.”</p>	<p>Tiimityö – yhteistyö</p> <p>Eri tahojen kanssa toimiminen</p> <p>Kotiutusvaiheen moniammatillisuus</p> <p>Kotihoidon ja vuodeosaston yhteistyö</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö</p>

<p>”- kaikki on saatu järjestettyä sillä tavalla, että tieto on kulkenut. Sehän se on tärkein, että tieto kulkee. Useinhan se silloin siinä epäonnistuu se kotiutus, jos joku tieto on jäänyt jonnekin matkalle tai sitä ei ole otettu huomioon.”</p> <p>”- ettei siinä varmaan se viesti kulkenut riittävän hyvin sinne.”</p> <p>”Niin tuota, minusta se niin kuin menee hyvin, että tiedonkulussa voihan niissä joskus olla katkoksia, mutta pyritään siihen, että hoituis hyvin ja jouhevasti saadaan ne palvelut sitten käyntiin ja pyörimään.”</p>	<p>Tieto kulkee - tiedon jääminen matkalle</p> <p>Viestin kulkeminen</p> <p>Tiedonkulku – joskus voi olla tiedonkulussa katkoksia</p>	<p>Tiedonkulku</p>
---	---	--------------------