

Katja Somersaari

Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas turvallisesti kotiin

Turvallisen kotiutumisen kehittäminen Oulunkylän kuntoutussairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (YAMK)

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

08.02.2013

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Katja Somersaari Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas turvallisesti kotiin Turvallisen kotiutumisen kehittäminen Oulunkylän kuntoutus- sairaalassa. 68 sivua + 10 liitettä 8.2.2013
Tutkinto	Fysioterapeutti (YAMK)
Koulutusohjelma	Kuntoutuksen koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaajat	Yliopettaja Elisa Mäkinen Yliopettaja Pekka Paalasmaa
<p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kuntoutujalähtöisesti ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumisprosessia. Kehittämistyön tarve oli työelämälähtöinen ja se on osa Oulunkylän kuntoutussairaalan kotiuttavan kuntoutuksen kehittämistä. Kehittämistehtävinä oli selvittää, mitkä tekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta edistävät / heikentävät turvallista kotiutumista sekä kuvata, mitä ovat turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot. Tehtävänä oli myös tuottaa kuvaus siitä, minkälaiset ovat ne ydintekijät toimintaohjeiden sisällössä, jotka tukevat ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista. Kehittämistyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa ja laadullista tutkimusotetta. Prosessissa erottui kolme selkeää vaihetta: tutkimusmetodilta ja aineiston analysoinnin osuudelta lonkkamurtumapotilaiden haastatteluvaihe, yhteiskehittämisen vaihe hoito- ja kuntoutusosaston henkilökunnan kanssa sekä reflektoinnin ja kehittämistoiminnan hyväksynnän vaihe organisaation johdon kanssa. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällön analyysin avulla.</p> <p>Ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat kokivat turvallista kotiutumista edistäviksi tekijöiksi sisäisten ja ulkoisten turvallisuustekijöiden täyttymisen sekä henkilökuntaan kohdistuvien toiveiden ja odotusten täyttymisen. Heikentävinä tekijöinä potilaat kokivat epävarmuutta ja pelkoa kotona ja kotiympäristössä selviytymisessä sekä tyytymättömyyttä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan vuorovaikutusta sekä toimintaa kohtaan. Potilaat kokivat epävarmuutta siitä, tulevatko he saamaan apua ja palveluita kotiuduttuaan, epävarmuutta kotiympäristön haasteisiin liittyvissä tekijöissä sekä kuntoutumiseen ja pelkoihin liittyen. Henkilökunnan kokemat turvallisen kotiutumisen onnistumisen keinot muodostuivat toimenpiteistä, joilla pyritään luomaan potilaan ja muiden toimijoiden välille informatiivinen sekä potilaan osallisuutta, luottamusta ja turvallisuutta tukeva vuorovaikutussuhde. Kehittämistyön tuotoksena syntyi toimintaohjeet, joka sisältää ydintekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen tueksi. Ohjeiston sisällössä painottui henkilökunnan toimenpidekeskeisyys, tehtävänjaon ja organisoinnin selkeyttäminen sekä informoinnin tehostaminen eri toimijoiden välillä, potilaan ja omaisten osallisuuden tukeminen potilaan kuntoutumisessa ja kotiutumisessa sekä potilaan sisäisten turvallisuustekijöiden huomioon ottaminen kotiutuksessa vuorovaikutuksen ja vertaistuen keinoin.</p>	
Avainsanat	ikääntynyt lonkkamurtumapotilas, kuntoutuminen, turvallinen kotiutuminen

Author Title	Katja Somersaari Elderly hip fracture patient home safely Developing a Safe Discharge Home at Oulunkylä Rehabilitation Hospital.
Number of Pages Date	68 pages + 10 appendices 8 February 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructors	Elisa Mäkinen, Principal Lecturer Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer
<p>The purpose of this study was to develop a safe discharge process from rehabilitation hospital to home for an elderly hip fracture patient from the viewpoint of the elderly patient. The need for this development case came from work life and it is a part of Oulunkylä Rehabilitation Hospital's geriatric rehabilitation service development. Development aims were to map which factors facilitate or diminish safe return home from the hospital and illustrate what the means and factors for a successful discharge process are. These factors were to be pointed out from the viewpoint of an elderly hip fracture patient. Furthermore, the aim was to highlight the key points from the contents of the code of conduct, which support the safe discharge of an elderly hip fracture patient. The development study was carried out by using functional research approach and the data was analyzed through qualitative methods. The process manifested with three distinct phases. Firstly, research method and data analyzing was conducted by hip patient interviews. Secondly, developing the process was carried out in cooperation with the employees of the care and rehabilitation ward. Lastly, reflecting and approval of the development study was elaborated with the organization management. This study shows that the elderly hip fracture patients in this case study feel that factors facilitating safe discharge process home were the fulfillment of both internal and external safety factors as well as fulfillment of the hopes and expectations towards the staff. The factors to raise uneasiness toward the discharge are insecurities and fear of not coping and getting on with the life at home and the home environment. In addition, they are not satisfied with the care and rehabilitation staff's interaction and actions. Patients experience insecurities concerning the availability of help and services after discharging, challenges in the home environment and concerning rehabilitation and fears. The staff on the other hand pinpointed that the factors of a successful discharge concern the informative and participating, trust and security inciting communication between patients and other parties. As the result of this development study was produced a code of conduct that includes the key factors supporting the safe discharge process of an elderly hip fracture patient. The contents of the code of conduct emphasize the procedure orientation of the staff, the simplifying of the task allocation and organization and the optimization of information flow between different parties. In addition the emphasis is on supporting the patient's and the next of kin's part in the patient rehabilitation and discharge process. Furthermore the patient's internal safety factors are to be accounted for by means of interaction and peer support as a part of the discharge process.</p>	
Keywords	elderly patient with hip fracture, rehabilitation, safe discharge

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUJUJALÄHTÖINEN, TURVALLINEN KOTIUTUMISPROSESSI	3
2.1	Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas kuntoutujana ja turvallisen kotiutumisprosessin kehittäjänä	4
2.2	Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutumisprosessi	6
2.3	Turvattomuuden kokemus kotiutumisen yhteydessä	10
2.4	Kokonaisvaltainen geriatrinen hoito ja kuntoutus turvallisen kotiutumisen kulmakivenä	13
2.5	Ikääntyneestä lonkkamurtumapotilaasta turvallisesti kotiutuva aktiivinen kuntoutuja kokonaisvaltaisen ja vuorovaikutuksellisen tuen keinoin	16
3	KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	18
3.1	Oulunkylän kuntoutussairaala ja geriatrinen jatkohoito- ja kuntoutusosasto 3B	18
3.2	Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutumis- ja kotiutumisprosessi	20
4	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄT	23
5	MENETELMÄLLISET RATKAISUT	24
5.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa	24
5.2	Kehittämistyön eteneminen ja aikataulu	26
5.3	Haastateltavien ja kehittämisryhmän valinta sekä kuvaus	27
5.4	Aineiston kerääminen	28
5.4.1	Aineistonkeruu potilashaastatteluiden kautta	30
5.4.2	Aineistonkeruu moniammatillisen kehittämisryhmän ensimmäisessä ryhmäkeskustelussa	30
5.4.3	Aineistonkeruu moniammatillisen kehittämisryhmän toisessa ryhmäkeskustelussa	31
5.5	Aineiston analysointi	32
5.5.1	Potilaiden teemahaastatteluiden analysointi	32
5.5.2	Kehittämisryhmän ensimmäisen tapaamisen tuottaman aineiston analysointi	33
5.5.3	Kehittämisryhmän toisen tapaamisen tuottaman aineiston analysointi	36
5.6	Johtoryhmän tapaaminen ja kehittämistoiminnan hyväksyminen	37
6	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	39

6.1	Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta turvallista kotiutumista edistävät ja heikentävät tekijät	39
6.2	Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot	46
6.3	Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista tukevien toimintaohjeiden sisällön ydintekijät	50
7	TURVALLISEN KOTIUTUMISEN YDINTEKIJÖINÄ TAVOITTEELLINEN, INFORMATIIVINEN, RAUHALLINEN JA VUOROVAIKUTTEINEN YHTEISTOIMINTA	52
8	POHDINTA	55
8.1	Tulosten tarkastelu	55
8.2	Kehittämispöytäkirjojen ja menetelmällisten ratkaisujen tarkastelua	57
8.3	Eettiset kysymykset	58
8.4	Kehittämistyön hyödynnettävyys ja sovellettavuus	60
8.5	Loppusanat ja jatkotutkimusaiheita	61
	LÄHTEET	63
	Liitteet	
	Liite 1. Suostumus haastatteluun	
	Liite 2. Suostumus kehittämissyömätyöskentelyyn	
	Liite 3. Tutkimushenkilötiedote potilaille	
	Liite 4. Tutkimushenkilötiedote henkilökunnalle	
	Liite 5. Teemahaastattelurungot ennen ja jälkeen kotiutumisen	
	Liite 6. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista heikentävät tekijät	
	Liite 7. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät	
	Liite 8. Sisällön analyysi turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen keinoista	
	Liite 9. Sisällön analyysi turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijöistä	
	Liite10.Sisällön analyysi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista tukevien toimintaohjeiden ydintekijöistä	

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä Suomessa lisääntyy nopeasti ja valtaosa ikääntyneistä haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin se on mahdollista, sillä kotona voi elää omaan tahtiin tutussa ympäristössä. Kuitenkin osa ikääntyneistä haurastuu ja heidän elinpiirinsä kaventuu hiljalleen. Vuosien karttuessa turvattomuus sekä turvattomuuden tunteen merkitys korostuvat, mikä saattaa entisestään kaventaa ikääntyneen ihmisen elämänpiiriä ja heikentää hänen hyvinvointiaan. (Mankkinen 2011:1; Markkanen 2004: 12.) Kotona asuvien ikääntyneiden tukeminen on suuri haaste yhteiskunnalle. Tutkimuksia tarvitaan lisää ikääntyneiden turvattomuuden yleisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä siitä, millainen ympäristö tukee ikääntyneiden turvallisuutta ja itsenäistä selviytymistä. (Pitkälä – Eloniemi-Sulkava – Huusko – Laakkonen – Pietilä – Raivio – Routasalo – Saarenheimo – Savikko – Seppänen-Järvelä – Vataja – Strandberg – Tilvis 2007: 3852 – 3854; Savikko – Routasalo – Tilvis – Pitkälä 2006: 198.)

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoa ja kuntoutusta kannattaa tutkia ja kehittää, sillä lonkkamurtumien kokonaismäärät tulevat edelleen kaksin- kolminkertaistumaan tulevana vuosikymmeninä, jolloin tämä potilasryhmä on yhteiskunnassamme merkittävä terveydenhuollon palveluita tarvitseva ryhmä. Potilaiden siirtymävaiheet eri palvelujärjestelmien ja hoitoketjujen kuntoutuksen poluilla ovat haasteellisia ja kehittämisen kohteita valtakunnallisestikin. Asiakkaan näkökulmasta on keskeistä, että nämä palvelukokonaisuudet kytetään muodostamaan saumattomasti (Hallitusohjelma 2011: 57; Honkanen – Luukinen – Lüthje – Nurmi-Lüthje 2008: 6; Kaste – hanke 2008 - 2011: 42; Piirtola 2011: 5) ja asiakasnäkökulmaa tulisikin korostaa ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa, sillä ikääntyneen potilaan aktiivisen roolin hyödyistä kuntoutumisprosessissa on näyttöä. (Pitkälä ym. 2007, 3854 - 3855; Järnström 2011, 5 - 6.)

Oulunkylän kuntoutussairaalassa on hoidettu ja kuntoutettu ikääntyneitä jo 20 vuoden ajan. Sairaala on mukana WDC Helsinki 2012 ohjelmakokonaisuudessa omalla geriatrisen kuntoutuksen palveludesign – hankkeellaan, jossa asiakas- ja palvelunäkökulma korostuvat. Hankkeessa ikäihmisten kuntoutusta kehitetään sekä ennaltaehkäisevän että kotiuttavan kuntoutuksen näkökulmasta (Ilvonen – Renvall 2012). Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö on osa Oulunkylän kuntoutussairaalan kotiuttavan kuntoutuksen kehittämistä ja sen avulla pyritään kehittämään kuntoutujalähtöisesti ikääntyneen lonk-

kamurtumapotilaan turvallista kotiutumisprosessia yhdessä potilaiden sekä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kanssa. Kehittämistyön hyötyinä voidaan nähdä uuden tiedon tuottaminen ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksen ja turvallisen kotiutumisen tukemisessa sekä hoito- ja palveluketjun toimivuuden lisäämisessä tämän potilasryhmän kotiutumisprosessissa huomioimalla potilaiden kokonaisvaltaisen tuen tarpeet jo hoito- ja kuntoutusjakson aikana ennen kotiutumista. Kehittämistyöllä pyritään myös lisäämään ikääntyneen potilaan hyvinvointia, vähentämään kotiutuvan potilaan turvatomuuden kokemusta ja näin ollen ehkäisemään potilaan pikaista paluuta sairaalaan eli joutumista ns. ”pyöröovisyndroomaan” terveydenhuoltojärjestelmässämme. Kehittämistyön tuotoksena Oulunkylän kuntoutussairaalan jatkohoito- ja kuntoutusosastolle syntyi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijät, joista varsinaiset toimintaohjeet oli suunniteltu muodostettavan pian kehittämistyön valmistumisen jälkeen yhdessä koko jatkohoito- ja kuntoutusosaston henkilökunnan kanssa.

2 IKÄÄNTYNEEN LONKKAMURTUMAPOTILAAN KUNTOUTUJALÄHTÖINEN, TURVALLINEN KOTIUTUMISPROSESSI

Ikääntyneellä lonkkamurtumapotilaalla tarkoitetaan tässä kehittämistyössä lonkkamurtuman saanutta, aikaisemmin kotona tai kodinomaisissa oloissa asuvaa ja sinne palaamista tavoittelevaa ikääntynyttä henkilöä, joka saapuu leikkaavasta sairaalasta Oulunkylän kuntoutussairaalaan jatkohoito- ja kuntoutusjaksolle. Kuntoutujalähtöisyyden käsitettä käytetään kehittämistyössä rinnakkain asiakaslähtöisyyden käsitteen kanssa ja potilas- käsitettä rinnakkain kuntoutuja – käsitteen kanssa. Kuntoutujalähtöisyys ja siihen läheisesti liittyvä potilaan itsemääräämisoikeus ovat tämän kehittämistyön arvoperusteita ja ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat on otettu turvallisen kotiutumisen kehittämiseen mukaan heitä haastatteleamalla ja huomioimalla heidän mielipiteensä koko kehittämissuorituksen ajan.

Turvallisuus pitää sisällään objektiivisen sekä subjektiivisen turvallisuuden ulottuvuudet. Subjektiivisella turvallisuudella tarkoitetaan ihmisen kokemaa turvallisuuden tunnetta ja objektiivisen turvallisuuden tasoa voidaan kuvata esimerkiksi tilastoilla, eivätkä ne ole loogisessa suhteessa toisiinsa. Turvallisuuteen vaikuttavat uhkien ja riskien poissaolon lisäksi ihmisen elämänhallinta ja sosiaalinen turvallisuus. Nämä tekijät yhdessä antavat ihmiselle tunteen siitä, onko elämä turvallista vai ei. (Mankkinen 2011: 8.) Turvallisuuteen liitetään mm. myös ikääntyneen ihmisen autonomisuuden ja arvostuksen käsitteet, toimijuuden, toimintakyvyn sekä terveyden edistäminen ja tukeminen (Aschan 2011: 25). Myös turvattomuuden käsite on ilmiönä monimutkainen. Inhimillinen turvattomuus läpäisee kaikki ihmisen elämän osa-alueet liittyen elämisen ehtoihin ja elämänkokemuksiin. Turvattomuuden lähikäsitteitä ovat pelko, uhka, vaara ja riski. (Vaapio 2009: 5 – 6.)

Käsitettä ”kotiutua sairaalasta” käytetään yleisesti silloin, kun kotiutumista kuvataan potilaan näkökulmasta ja ”kotiuttaa sairaalasta” silloin, kun potilaan kotiutumista tarkastellaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta (Keskinen 2008: 7; Markkanen 2004: 7). Tässä kehittämistyössä käytetään molempia käsitteitä niiden eri yhteyksissä.

2.1 Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas kuntoutujana ja turvallisen kotiutumisen prosessin kehittäjänä

Suomen väestöstä tulee arvioiden mukaan olemaan vuonna 2015 yli 65-vuotiaita 20,5 % ja yli 85-vuotiaita 2,3 %. Vuonna 2040 yli 85-vuotiaita on jopa 26,6 % väestöstä ja vuonna 2040 jopa 5 %. Ikääntyneiden toimintakyky on tällä hetkellä keskimäärin aikaisempaa parempi, mutta yksilölliset erot voivat olla suuria. Suomessa tapahtuu yli 7000 lonkkamurtumaa vuosittain ja heistä n. 70 % tapahtuu keskimäärin 80-vuotiaille naisille. Lonkkamurtuman saaneiden miesten keskimääräinen ikä on 75 vuotta. Lonkkamurtumista yli 90 % tapahtuu kaatumisen seurauksena, joista noin puolet tapahtuu omassa kodissa. (Lonkkamurtumapotilaan käypähoitosuositus 2006: 362; Mankkinen 2011: 6.) Suomessa ennen kotona asuneista ikääntyneistä lonkkamurtuman saaneista potilaista lähes 30 % päätyy pitkäaikaiseen laitoshoittoon tai sosiaalihuollon laitokseen (Hurskainen – Huusko – Ylinen 2006: 1139).

Kuntoutumisessa on aina kyse ihmisen toimintamahdollisuuksien luomisesta ja lisääntymisestä. Se voidaan nähdä myös muutosprosessina. Kuntoutumisen yleisenä päämääränä on paras mahdollinen tasapaino kuntoutujan omien fyysisten, psyykkisten ja psykososiaalisten toimintaedellytysten, toimintatarpeiden sekä hänen toimintaympäristönsä välillä. Kuntoutumisen lähtökohtana on aina kuntoutujan oma elämäntilanne, hänen merkityksensä, tarpeensa, roolinsa, voimavaransa sekä identiteettinsä. Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja usein pitkäjänteistä toimintaa. Kuntoutujalähtöisessä toimintamallissa kuntoutuja on kuntoutusprosessinsa aktiivinen, tavoitteellinen sekä autonominen toimija joka pyrkii ymmärtämään, suunnittelemaan, tulkitsemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 189; Pitkälä ym. 2007: 3854.) Ikääntyneen potilaan kuntoutuksen lähtökohtana on, että toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävien toimien tulee olla osa kuntoutusta tarvitsevan ikääntyneen jokapäiväistä elämää. Ikääntyneiden hoidossa ja palvelussa kuntoutujalähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoitoja ja palveluja saava henkilö on ”ytimessä”, kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hänen hoito ja palvelunsa järjestetään, koordinoidaan ja johdetaan niin, että kokonaisuhoito ja palvelut limittyvät yhteen kuntoutujan kannalta parhaalla tavalla. (Kempainen 2011: 75; Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2002: 19; Jyrkämä 2011: 153–154.)

Kuntoutujalähtöisen toiminnan kehittäminen on haasteellinen tehtävä ja siihen tarvitaan kaikkien ikääntyneiden hoito- ja kuntoutustyössä toimivien sitoutumista sekä hyvää yhteistyötä. Kuntoutujalla on oltava mahdollisuus osallistua vastuullisesti oman kuntou-

tuksensa sekä tarvittavien palvelujen suunnitteluun ja arviointiin, sillä kuntoutujan kokemus laatu kertoo, tuottaako palvelu juuri sitä mitä hän tuntee tarvitsevänsä (Alaranta – Lindberg – Holma 2008: 648, 652). Kuntoutujalähtöisessä kehittämisessä on kyse kuntoutujan voimavarojen esiin nostamisesta ja vahvistamisesta sekä sellaisten työtapojen kehittämisestä, joissa kuntoutuja on tasa-arvoisesti mukana. Kuntoutujalähtöisessä ajattelussa potilas on hoidon ja palvelun laadun suhteen kokija, kontrolloija, konsultti sekä kehittäjä. Ikääntyneiden on kuitenkin todettu olevan haluttomia arvioimaan omaa hoitoaan, sillä he näkevät henkilökunnan kiireen ja useimmat kokevat, että henkilökunta tekee parhaansa. Osa kokee ulkopuolisen tutkijan epäluotettavana, eikä halua kertoa kokemuksistaan. Ikääntynyt potilas voi myös kokea riippuvuutta henkilökunnasta, eikä uskalla avun loppumisen pelossa ilmaista kielteisiä kokemuksiaan (ns. Tukholmasyndrooma). (Voutilainen – Vaaraman – Backman – Paasivaara – Eloniemi-Sulkava – Finne-Soveri 2002: 39 - 40.) Männistö (1998: 71) pohtii tutkimuksessaan, että potilaan turvallisuuden parantamiseen liittyvissä kehittämishankkeissa tulisi selvittää hyvin, mitä turvallisuudella tarkoitetaan potilaan sekä hoitajien näkökulmasta, sillä turvallisuuden käsite on hyvin laaja-alainen ja kontekstisidonnainen.

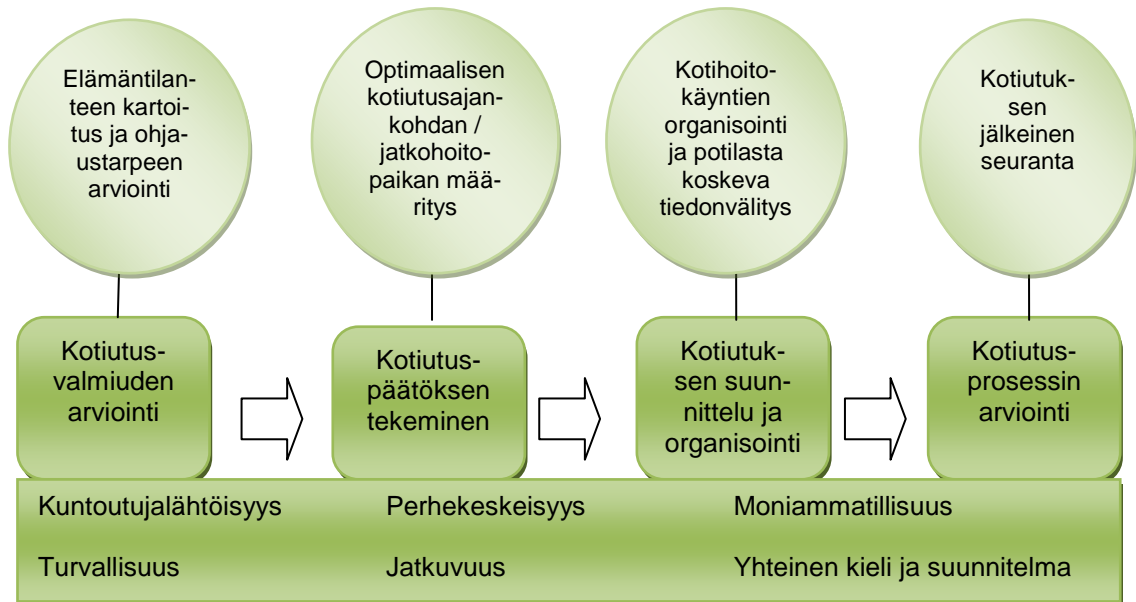
Kuntoutujalähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä kuntoutujat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. (Perälä – Hammar 2003: 2; Voutilainen ym. 2002: 38.) Ikäihmisten laatusuosituksessa (STM 2008: 12) palveluiden kehittämistä ohjaavina arvoina ja yhteisinä periaatteina nähdään mm. ikääntyneen osallisuus, yksilöllisyys sekä turvallisuus. Hyvän laitoshoidon ominaisuuksina Voutilaisen ym. (2002: 39) selvityksen mukaan ikääntyneet arvostavat mm. yksilöllisyyttä, henkilökunnan ammattitaitoa, kunnioitusta ikääntyneitä kohtaan, kiireettömyyttä, tasavertaista vuorovaikutussuhdetta, riittävää tiedonsaantia ja osallistumista omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, hoidon jatkuvuutta hoitopaikasta toiseen ja henkilökunnan tukea yhteyden säilyttämisessä omaisiin ja läheisiin. Heikko kuntoutujalähtöisyys voi johtaa potilaan heikkoon sitoutumiseen, mikä näkyy kuntoutuksen heikkona tuloksellisuutena myös toimintakyvyssä. Voidaan myös olettaa, että kuntoutujalähtöinen toimintatapa tukee kuntoutusprosessin aikana potilaan valinta- sekä päätösvaltaa. Ilman kuntoutujan omaa sitoutumista sekä roolia kuntoutumisen toivotut tulokset jäävät saavuttamatta. (Holmi 2012: 7; Järvikoski ym. 2011: 160; Pitkälä ym. 2007; 3854.) Ratkaisevasti motivaatioon vaikuttavat ikääntyneen käsitykset pystyvyydestään, onnistumisestaan ja toimintansa vaikutusten näkemisestä (Niemi 2011: 26).

Tehokkaalla kuntoutuksella voidaan nopeuttaa ikääntyneen toimintakyvyn palautumista, lyhentää sairaalahoidon kestoa ja vähentää pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista (Hurskainen ym. 2006: 1139; Sund – Juntunen – Lüthje – Huusko – Mäkelä – Linna – Liski – Häkkinen 2008: 9). Kuntoutumista edistävässä toiminnassa on kuitenkin tärkeää luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen ja turvallisuuden tunteen takaaminen kuntoutujalle (Ilvonen 2004: 36.) Jotta ikääntyneen kuntoutujan ja hänen läheistensä kokonaisvaltainen tukeminen mahdollistuisi, tulisi hoito- ja kuntoutustyöntekijöiden ymmärtää kasvun, kehityksen ja elämänhistorian merkitys hänen nykyhetken voimavaroille. Ikääntyminen ja siihen liittyvät muutokset merkitsevät ihmiselle uutta haastetta, joka muokkaa minäkäsitystä ja mahdollistaa uusien sopeutumiskeinojen ja voimavarojen kehittymisen. Kuitenkin esimerkiksi tapaturmainen lonkkamurtuma voi olla ikääntyneelle traumaattinen kriisi ja olennaista on ihmisen itsensä tapahtumalle antama merkitys. (Hurskainen ym. 2006: 1139; Järvikoski ym. 2004: 161; Kettunen ym. 2002: 66 – 67.) Knaapi-Junnilan (2012: 129) tutkimuksessa todetaankin, että ikääntyneiden lonkan tekoniivelleikkauksesta toipuvien kuntoutujien kokemus vuorovaikutuksen toteutumisesta kuntoutumisen eri vaiheissa aikaansaa kuntoutujille luottamuksen ja turvallisuuden tunteita sekä tyytyväisyyttä kuntoutumisprosessiin kokonaisuutena. Vuorovaikutuksen sisällöllä ja sen toteutumisen tavoilla on myös paljon merkitystä luottamuksen ja turvallisuuden tunteen syntymiseen (Ilvonen 2004: 36). Kuntoutuksen informatiivisuus ja ohjauksen ulottuminen organisaatorajojen ulkopuolelle vaikuttaa todennäköisesti positiivisesti myös turvattomuuden kokemukseen läheisesti yhteydessä oleviin potilaan kokemuksiin pelkoihin ja epävarmuuteen (Järvikoski ym. 2004: 161). Myös kuntoutujalähtöisyyden ja saumattoman palveluketjun toteutuessa ikääntyneen potilaan turvattomuuden tunne vähenee. (Hyppönen – Hämäläinen – Pajukoski – Tenhunen 2005: 186.)

2.2 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutumisprosessi

Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan saapuessa sairaalaan ja jonka tarkoituksena on helpottaa siirtymistä ympäristöstä toiseen. Prosessiajattelussa toiminta mielletään yksiköiden ja ammattiryhmien rajat ylittävinä toisiaan seuraavina toimintojen ketjuina, jossa prosessien toimivuuteen ja lopputulokseen vaikuttavat kaikki toimintoketjujen osat sekä toiminnan sujuvuus. (Hiidenhovi 2001: 22.) Kotiutumisprosessi yhdistää sairaalan ja kotihoidon toimintaprosessit (Koponen 2003: 18). Kotiutumisprosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: kotiutumisvalmiuden arviointiin, kotiutuspäätöksen tekemiseen, kotiutumisen organisointiin sekä kotiutumisprosessin arviointiin. Kotiutumisprosessissa korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. Prosessin (Kuvio

1.) jokaisessa vaiheessa korostuu kuntoutujälähtöisyys, moniammatillisuus ja perhekeskeisyys. (Gardner 2002: 18 – 19; Hammar 2008: 24; Keskinen 2008: 7; Rantasalo 2007: 33 - 40.)



Kuvio 1. Ikääntyneen potilaan kotiutumisen onnistumisen mahdollistava kotiutusprosessi mukaellen (Gardner 2002 – Hammar 2008 – Keskinen 2008 – Rantasalo 2007).

Jo sairaalaan tulovaiheessa tulisi tunnistaa ne potilaat, joiden kotiutuminen sairaalahoidon jälkeen tulee olemaan haasteellista ja joilla on ennakoitavissa ongelmia kotona selviytymisessä. Kotiutumisen tukemisen edellytyksenä on potilaan toimintakyvyn, voimavarojen sekä eri vaihtoehtojen huolellinen arviointi. Kotiutumista valmisteleva henkilö tarvitsee laaja-alaisesti tietoa potilaan elämästä. Kotiutumista varten tehdään suunnitelma, jossa määritellään potilaan kotiutumisvalmius, kotiutumisajankohta, ennen kotiutumista tarvittava ohjaus, mahdolliset apuvälineet kotona, kodinmuutostyöt sekä kotona tarvittavat palvelut. Kotihoidon henkilöstön tulisi tietää potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa. Sanallisen tiedon lisäksi on kirjallisen informaation välittäminen jatkohoidosta vastaaville hoidon jatkuvuuden ja saumattomuuden kannalta tärkeää. Keskeisenä yhteistyön välineenä toimivat potilaan hoito- ja palvelusuunnitelma sekä hoitotyön lähete. Kotiutumispalavereita pidetään myös tärkeinä. Potilaan kotiututtua hänen tilannettaan ja kotiutumisen onnistumista tulisi seurata. (Keskinen 2008: 7 – 8.)

Kotiutumista ja kotihoitoa voidaan suunnitella ja toteuttaa eri tavoin toimijanäkökulmas- ta riippuen, mutta hoito- ja palveluketjujen toimijoilla tulisi olla yhdessä sovitut tavoitteet ja palvelut tulisi järjestää niin, että asiakaslähtöinen toimintamalli on mahdollista. Poti- laan hoito tulisi olla koordinoitua ja vastuunjako selkeää myös palveluiden rajapinnoilla. Tiedonsiirron tulisi olla viiveetöntä ja koordinoitua niin horisontaalisesti kuin vertikaali- sestikin. Potilaalle on tärkeää oma selviytyminen kotona, toipuminen sairaudesta tai eläminen kroonisten sairauksien kanssa. Potilaat toivovat riittävää jatkohoidon ohjausta sisältäen kirjalliset ohjeet ja tieto siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä, lisää tur- vallisuu- den tunnetta. Annetun tiedon ymmärtäminen tulisi varmistaa. Potilaalle on tär- keää se, että kotiutumisen huolellinen suunnittelu aloitetaan riittävän varhain, jolloin hänellä on mahdollisuus valmistautua tilanteeseen. Omaiset pitävät tärkeänä sitä, mi- ten potilas pystyy suoriutumaan toiminnoistaan ja miten omaisia tuetaan potilaan hoi- dossa kotiutumisen jälkeen. Hoitotyön ammattilaiset ja kotipalvelun työntekijät määritte- levät toimintaansa potilaan tarvitseman hoidon ja hoivan kokonaisuutena, kun taas lääkäreiden kiinnostuksen kohteena ovat potilaan lääketieteellinen hoito ja toimintakyky sekä potilasvirtojen seuraaminen sairaalassa. (Hammar 2008: 24 – 25; Keskinen 2008: 20 – 21.)

Moniammatillisen työryhmän on todettu olevan merkityksellinen potilaan tehokkaan kotiutumissuunnitelman laatimisessa kotiutumista valmistele- van henkilön tukena. Toi- mivan tiimityön edellytyksiä on, että jäsenet arvostavat toistensa näkemyksiä ja luotta- vat toistensa arviointeihin, vaikka näkemuseroja kuntoutushenkilökunnan välillä olisikin. (Markkanen 2004: 8.) Kotiutumisprosessi sekä sen kehittäminen tulisi huomioida laaja- alaisesti, ei ainoastaan ajatuksessa, tulivatko kaikki listalla olevat asiat hoidetuksi. Pro- sessissa tarvitaan hyvää yhteistyötä ja riittävää tiedon vaihtoa eri osapuolten välillä, laaja-alaisesti tehtyä toimintakyvyn arviointia ja riittävän ajoissa moniammatillisesti, yhteisellä kielellä tehtyä kotiutumissuunnitelmaa, jossa huomioituna ovat myös potilaan sekä omaisen näkökulmat. Potilaan kotiutuminen tulisi suunnitella ennakoivasti yhteis- toimintana potilaan kotona selviytymisen tukemiseksi ja potilaan sekä hänen läheisten- sä tulisi olla aktiivisia hoidon ja palveluiden suunnittelussa sekä päätöksenteossa. Ko- tiutukseen osallistuvan henkilökunnan välillä voi olla näkemuseroja potilaan valmiuksis- ta kotiutua. Sairaalasta kotiin lähetettävä potilas voi myös tuntea olonsa liian heikoksi tai olonsa kotona turvattomaksi, eikä sen vuoksi tahdo lähteä kotiin, jolloin hoito- ja kuntoutushenkilökunta on ristiriitaisessa tilanteessa. (Hammar 2008: 59; Lämsä 2008: 16; Männistö 1998: 73; Keskinen 2008: 8, 37.)

Yleisesti voidaan todeta, että sairaalasta kotiutuvat ja kotihoidon palveluita tarvitsevat potilaat ovat usein ikääntyneitä, yksin asuvia naisia, joilla on useita sairauksia ja vaivoja sekä heikentynyt toimintakyky. Potilaat selviytyvät perustoiminnoista, mutta tarvitsevat apua välinetoiminnoissa, kuten siivouksessa, tavaroiden kantamisessa ja kaupassa käynnissä. Ikääntyneen asiakkaan onnistunut kotiutuminen ja sujuva kotihoito vaativat yhteisiä toimintaperiaatteita ja viiveetöntä tiedonkulkua eri tahojen kesken sekä palveluiden yhteensovittamista perustuen asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin. (Hammar 2008: 55 – 56.) Erilaisilla sairaalasta järjestetyillä tukipalveluilla on myönteisiä vaikutuksia potilaan kotona selviytymiseen, esimerkiksi hoito- ja kuntoutushenkilökunnan tekemällä kontrollipuhelulla tai järjestämällä seurantakäynnin potilaan luokse. Myös lupa palata tarvittaessa sairaalaan voi lisätä kotiutumisen onnistumista. (Keskinen 2008: 8.) Onnistuneeksi kotiutuminen katsotaan Koposen (2003 14 - 15) tutkimuksessa raportoitujen aikaisempien kansainvälisten tutkimusten mukaan silloin, kun huomioidaan potilaan kokemus valmiudesta kotiutua, potilaan osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun, hoidon jatkuvuus ja riittävä avun saanti kotona, potilaan riittävä tiedon saaminen sekä tehokas kommunikaatio ja yhteistyö hoitajien kanssa. Kotiutumisen onnistumisen tekijöitä ovat myös sen ennalta suunnittelu sekä potilaalle annettu aika valmistautua kotiutumiseen. (Markkanen 2004: 7.) Potilaalle myöhään tuleva tieto kotiutumisesta voi aiheuttaa ahdistusta ja epämukavuutta, koska tulevaan ei ehdi sopeutua. Potilas ei kykene paikallistamaan itseään tai tilannetta tapahtumien jatkumolle ja hänet on ulkoistettu itseään koskevasta tiedosta, jolloin hän vieraantuu arjesta. (Lämsä 2008: 18.)

Potilaiden sairaalasta kotiutumisesta on tehty useita tutkimuksia Suomessa 1990- ja 2000- luvuilla, mutta tutkimukset ovat pääosin pienistä, paikallisista aineistoista (Keskinen 2008: 10). Ulkomaalaisia tutkimuksia aiheesta on runsaasti, mutta tuloksiin on syytä suhtautua kriittisesti kulttuuristen ja sosiaali- sekä terveyspalvelujärjestelmissä olevien erojen takia. Myös ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kotiutumisesta on tehty eri puolilla Suomea tutkimuksia ja raportteja. Esimerkiksi Kauppila (2002: 30) raportoi kirjoittamassaan artikkelissa moniammatillisen lonkkahoitoketjun luomisen positiivisista kokemuksista Vantaalla. Mäkelä – Kivelä (2009) raportoivat yhtenäisen kotiuttamisen mallista vuosina 2007 – 2009, jossa potilashaastattelujen, kirjallisuuskatsauksen, toimintakykymittareiden, lähtötilanteen kartoituksen, luotujen hyvien käytäntöjen ja toimijoiden käytännön kokemusten pohjalta tuotettiin yhtenäisen kotiuttamisen malli, joka sisälsi hyvän kotiuttamisprosessin standardit kriteereineen.

Kotiutumisprosessin, kuten monenlaisten muidenkin palveluiden yhteensovittaminen potilaan kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi on haasteellista. Esteenä hyvän palvelun toteutumiselle ovat mm. erilaiset organisaatorakenteet, työnjakoon liittyvät ongelmat, hoidon jakaantuminen eri sektoreiden kesken sekä asenteet. (Hammar 2008: 55 – 56; Keskinen 2008: 10.) Saumattomalla hoito- ja palveluketjulla tavoitellaan uusien palvelutarpeiden syntymistä ehkäisevää toimintamallia, jossa hoito ja palvelu yhdistyvät asiakaskeskeiseksi ja saumattomaksi kokonaisuudeksi yli organisaatio- ja hallintarajojen. Laadukas palvelutoiminta perustuu kattavaan palvelutarpeen, elinympäristön ja potilaan voimavarojen arviointiin niin, että ihmisen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset, kielelliset ja kulttuuriset tarpeet sekä voimavarat ja ympäristötekijät arvioidaan. (Hallitusohjelma 2011: 57; Hammar 2008: 26; Kaste – hanke 2008 - 2011: 42; Koponen 2003: 18; STM - Suomen Kuntaliitto 2008: 31.)

Aikaisemmat tutkimukset ja selvitykset osoittavat, että kotiutumisessa ja kotihoidossa esiintyvät ongelmat ovat varsin yhteneviä. Ne liittyvät hoidon jatkuvuuteen, yhteisten tavoitteiden ja vastuunjakokysymysten tunnistamiseen eri ammattiryhmien ja organisaatiotahojen välillä, kotihoidon panostukseen toipilasajassa, potilasta hoitavan sairaalan saamaan palautteeseen sekä tiedonkulkuun ja yhteistyöhön sairaalan- ja kotihoidon välillä kuten myös sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. (Hammar 2008: 55 – 56; Keskinen 2008: 10.) Kuitenkin eri toimijoiden erilaiset näkökulmat vaikeuttavat yhtenäisten kotiuttamisprosessien luomista. (Huhtala – Kouki – Kuparinen – Ruuhijärvi 2008: 3; Niemelä – Koivuranta-Vaara – Lyytinen 2007: 2.)

2.3 Turvattomuuden kokemus kotiutumisen yhteydessä

Ikääntyneiden turvattomuudesta on Suomessa tehty muutamia tutkimuksia ja julkaisuja, kuten esimerkiksi sisäasiainministeriön julkaisu ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi (Mankkinen 2011) sekä Railon (2007) tutkimus turvallisuudesta ja turvattomuudesta yksin kotona asuvan ikäihmisen kokemana, mutta niiden sisältö painottuu kokonaisturvallisuuden tai turvattomuuden aihepiiriin eikä kotiutumisen yhteydessä koettuun turvattomuuteen. Ikääntyneen potilaan turvattomuuden kokemuksesta sairaalasta kotiutumisen yhteydessä ei juuri ole aikaisempia tutkimuksia saatavilla.

Turvattomuus on yksilöllinen, mutta yleinen ikääntyneen kotona pärjäämistä vaikeuttava sekä kotiutumisen pelkoa aiheuttava kokemus, joka lisääntyy iän myötä ja pahimmillaan voi rajoittaa ikääntyneen elämänpiiriä merkittävästi (Mankkinen 2011: 5). Yleinen

turvattomuuden tunne voi ilmetä pelkona, psykosomaattisena oirehdintana sekä huolestuneisuutena. Tuntiessaan turvattomuutta ihmisen sisäisen hyvän olon ja elämähallinnan tunne horjuvat, mikä vaikuttaa elämänlaatuun sekä psyykkiseen hyvinvointiin. (Savikko – Routasalo – Tilvis – Pitkälä 2006: 199.) Turvattomuuden tunnetta voivat aiheuttaa mm. heikko palvelujen saatavuus, heikompiosaisuus, maantieteellinen etäisyys omaisista, sairaus tai sairauden pelko tai kivut. Kaatumisen pelko on yleisin yksittäinen ikääntyneen kokema pelko. Turvattomaksi itsensä kokevilta ei välttämättä löydetä mitään sairautta tai muuta fyysistä syytä, joka haittaisi kotona asumista. Nämä ikääntyneet ovat tyypillisesti yksin asuvia naisia. (Mankkinen 2011: 1; Savikko ym. 2006: 199.)

Ikääntyneistä noin 50 - 60 % kokee itsensä yksinäiseksi omassa kodissaan (Mankkinen 2011: 1, 7 - 8) ja usean kohdalla turvattomuus, koettu yksinäisyys tai yksin asuminen, masentuneisuus sekä tyytymättömyys läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät tyypillisesti yhteen. Turvattomuuden kokeminen merkitsee enemmän yksinäisyyttä ja masennusta sekä vähemmän elämähallua ja onnellisuutta. Erityisesti yöt koetaan usein turvattomiksi, jos ketään ei ole saatavilla. Turvattomuus voi ilmentyä esimerkiksi turhapuhelinsoitoina tai lisääntyneinä lääkärisäkäynteinä, myös itsetuhoiset ajatukset voivat liittyä turvattomuuden kokemukseen. Turvattomuuden kokemus yhdistetään myös toimintakyvyn laskuun, epävarmuuteen selviytyä omasta arjesta ja yksin liikkumisen pelkoihin. Turvattomuus on myös yhteydessä ikääntyneen henkilön koti- ja laitoshoidon palveluntarpeisiin sekä niiden arviointiin. (Ala-Nikkola 2003: 43; Hurnasti 1998: 13; Koponen 2003: 14 - 15, 61, 166; Laatikainen 2009, 21; Nikkola 2003: 43; Uotila 2011, 53; Savikko ym. 2006: 198, 205.) Kun asiaa kysytään ikääntyneiltä itseltään, terveydenhoitopalvelujen saatavuus ja laatu ovat usein tärkein turvallisuuteen vaikuttava tekijä. (Mankkinen 2011:1, 9 - 10.)

Ikääntyneen potilaan turvalliseen kotiutumiseen vaikuttavat ulkoiset, sisäiset ja jatkuvuustekijät sekä fyysiseen jaksamiseen, sosiaaliseen tukeen ja oman kodin turvallisuuteen liittyvät tekijät hyvin yksilöllisesti, mutta turvallisuus merkitsee ikääntyneille potilaille ennen kaikkea toista ihmistä, joka tarvittaessa auttaa. Tämä aiheuttaa vaatimuksia kotiutuvan potilaan jatkohoidon suunnittelulle. (Knaapi-Junnila 2012: 9; Männistö 1998: 71; Railo 2007.) Lonkan alueen leikkauksen ja sen myötä toimijuuden muutoksen kannalta tarkasteltuna turvattomuuden kokemukseen vaikuttaa ihmisen ja hänen ympäristönsä ohella se, miten ihminen tulkitsee häneen kohdistuvien vaatimusten ja käytettävissä olevien resurssien suhteen. Jos ennestään tuttu toiminta ei ole enää mahdollista,

se heikentää elämänhallinnan tunnetta sekä uskoa itseen ja omaan tulevaisuuteen. Voidakseen hyvin on tärkeää, että ihminen kokee elinympäristönsä ja siinä toiminnan ymmärrettäväksi, mielekkääksi ja hallittavaksi. (Knaapi-Junnila 2012: 9 – 10.) Hyvä kuntoutus edellyttää sosiaalisen tuen huomioimista, koordinoimista ja järjestämistä yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Hyviksi ja luotettaviksi koetut sosiaaliset verkostot suojaavat ihmistä turvattomuudelta ja stressiltä. Sen lisäksi, että niillä on ennaltaehkäisevä vaikutus, ne myös helpottavat ihmisen selviytymistä ongelmatilanteessa. Verkostojen tarjoama tuki voi olla sekä emotionaalista että aivan konkreettista apua. Tuen vastaanotto ei ole aina helppoa ja avun tarvitsija voi kokea menettävänsä muiden häntä kohtaan tunteman arvostuksen, mikä saattaa estää avun hyväksymisen. (Karjalainen – Vilkkumaa 2011: 56 – 57; Knaapi-Junnila 2012: 9 – 10; Savikko ym. 2006: 204.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt Suomessa voisi asua kotona. Yksin asuvien määrä on kasvanut erityisesti kaupungeissa asuvilla. Vuonna 2015 Suomessa on arviolta noin 350 000 75–85 – vuotiasta, joista yli 90 % tulee asumaan omassa kodissaan. (Laatikainen 2009: 21; Mankkinen 2011:1, 9 – 10.) Samassa iässä toimintakyky alkaa alentua ja 85 - 90 vuoden iässä turvallisuusriskit lisääntyvät merkittävästi. Viime vuosien aikana palvelurakenteet ovat pirstaloituneet ja samanaikaisesti vanhuspalveluiden rakenteessa on tapahtunut muutos laitospalveluista avopalveluihin ja kotona asumisen tukemisen kehittämiseen. Läheiset, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät sekä tukipalveluiden antajat auttavat kotiutuvaa silloin, kun hänen omat voimavarat eivät riitä yksin kotona selviytymiseen. (Perälä ym. 2003: 34.) Kuitenkin joka viides yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista tunsivat olonsa turvattomaksi Helsingin kotihoitoa käsittelevän tutkimuksen mukaan (Markkanen 2004: 14). Kuntien edustajien mukaan kotipalvelun käynnit eivät useinkaan auta turvattomuuteen, koska työntekijöillä ei ole useimmiten aikaa kohdata vanhusta aidosti. Joitakin turvattomia tosin saattaa helpottaa tieto kotipalvelun työntekijän tulemisesta tiettyyn aikaan. (Koskinen ym. 2008: 548, 555.)

Palvelujärjestelmät ovat asiakkaan kannalta usein varsin monimutkaisesti järjestettyjä ja nopeasti uudistuvien palvelumuotojen hallitseminen voi olla ikääntyneelle ja hänen lähipiirilleen haasteellista. Kotona asuminen on usein merkinnyt hoivan ja turvallisuustarpeiden liian alhaista tasoa resurssien niukkuuden vuoksi, mikä näkyy ikääntyneiden tapaturma- ja onnettomuustilastoissa kotona tapahtuvien tapaturmien ollessa ikääntyneiden yleisin tapaturmatyyppi. (Mankkinen 2011:1, 9 - 10.) Kunnan vanhuspalvelujen resurssit vaikuttavat kuitenkin siihen, voivatko turvattomuutta kokevat saada hoitopai-

kan vai pitääkö heidän sinnitellä kotona. (Laatikainen 2009: 21.) Sairaalasta kotiutumisen jälkeen ensimmäiset vuorokaudet ja viikot ovat ikääntyneille potilaille stressaavia ja kriittisiä, jolloin takaisin sairaalaan joutumiset ovat yleisiä. Jos potilaita kotiutetaan liian nopeasti ja liian huonossa kunnossa, he joutuvat palaamaan sairaalapalveluiden tarpeen kasvaessa takaisin sairaalaan pian kotiutumisen jälkeen, jolloin voidaan puhua pyöröovisyndroomailmiöstä, *revolving door, readmission*. (Lämsä 2008: 14; Markkanen 2004: 16 – 17.) Nopeasti kotiutumisen jälkeen uudelleen sairaalan päivystykseen lähteminen voi liittyä turvattomuuden tunteeseen – ei niinkään sairauden uusimiseen. (Hammar 2008: 27; Koponen 2003: 14 – 15.)

2.4 Kokonaisvaltainen geriatrinen hoito ja kuntoutus turvallisen kotiutumisen kulmakivenä

Tavoite ikääntyneiden kotona asumisen ensisijaisuudesta ei toteudu ilman kuntoutusta. Ikääntyneen vanhenemista koskeva tieto on lisääntynyt kahden viime vuosikymmenen aikana voimakkaasti. Vanhenemisen ja kulttuurin sekä ympäristön välisten yhteyksien uudenlainen ymmärtäminen on laajentanut näkemystä ikääntymisestä, jolloin tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen on tuonut uusia näköaloja myös ikääntyneiden kuntoutukselle. (Koskinen – Pitkälä – Saarenheimo 2008: 547 – 548.) Ikääntyneiden turvallisuuden parantamisessa keskeisenä asiana on tullut esille viranomaisten välisen ja järjestöjen kanssa tehtävän yhteistyön kehittäminen sekä ikääntyneen elämäntilanteen tarkastelu kokonaisvaltaisesti. On kuitenkin vaarana, että asiantuntijat keskittyvät omaan osaamisen alueeseensa ja ikääntyneen kokonaistilanne jää huomiotta. Näiden seikkojen johdosta ikääntyneen turvallisuuden kannalta keskeiset asiat saattavat jäädä huomaamatta. Myöskään sellainen tieto, joka olisi ikääntyneen turvallisuuden ja hyvinvoinnin kannalta keskeistä, ei saavuta niitä jotka sitä tarvitsisivat. (Mankkinen 2011: 5-6.)

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoito ja kuntoutus on pääpiirteiltään hyvin tyypillistä geriatrasta kuntoutusta. Erityispiirteinä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa korostuvat varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus sekä yhteistyö avohoidon, potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Lonkkamurtumapotilaan käypähoito – suositus 2011.) Ikääntyneiden kuntoutusta tulisikin tarkastella kokonaistilanteen sekä ikääntyneen elinympäristön kautta eikä erillisinä palveluina, joilla kuntoutujan sen hetkiset terveystarpeet voidaan tyydyttää. Kuntoutuksen näkökulmasta on myös tärkeää hahmottaa vanhenemista sosiaalisena prosessina, jonka eri vaiheissa se saattaa saada hyvin erilaisia merkityksiä. Ikääntyneen toimintakykyä tarkastellessa tulisi se nähdä

niin ympäristöllisen, fyysisen kuin sosiaalisenkin toiminnan kautta. Sosiaalinen tuki on kuntoutuksen erottamaton osa ja tukea voi antaa konkreettisesti, henkisesti, tiedollisesti sekä arviointituen muodoissa. (Karjalainen – Vilkkumaa 2011: 57, 159.)

Erilaisten riskiryhmien ja ongelmien tunnistaminen sekä intervention oikeanaikainen kohdentaminen ovat ikääntyneiden kuntoutuksen keskeisiä tehtäviä. Ikääntyessä hauraus, toiminnanvajaudet ja monisairastavuus lisääntyvät. Haurauteen voi liittyä myös ikääntyneiden peloista yleisin, kaatumisen pelko, mikä saa karttamaan tai vähentämään liikkumista, joka lisää osaltaan kaatumisia ja laskee elämän laatua. Liikkumisen vaikeudet sekä masennus ja yksinäisyys ovat kaikki tunnettuja riskitekijöitä ikääntyneen toiminnanvajauksien ja avuntarpeen syntymisessä, laitoshoidon tarpeessa sekä ennenaikaisessa kuolevuudessa. (Alila – Hölsä – Joutsu – Puska 1999: 10 – 11; Koskinen ym. 2008: 554; Mankkinen 2011: 1.) Jotta ikääntyneen kotona asumista ja selviytymistä voidaan parantaa, myös turvattomuuden kokemuksen tunnistaminen ja lievittäminen on haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle (Koskinen 2008: 553; Savikko 2006: 205).

Kuntoutusprosessi on aina vuorovaikutuksellinen haaste ja kuntoutujan motivaation sekä kuntoutusprosessin sujumuuden kannalta keskeistä on verkoston sisäisen vuorovaikutuksen laatu. Hyvä vuorovaikutus edellyttää suhteen rakentamista sellaiseksi, että kuntoutuja voi kokea siinä avoimuutta, luottamusta ja arvostusta. Rohkaisevassa, kuuntelevassa ja kunnioittavassa ilmapiirissä kuntoutujan on mahdollista kokea tulevan hyväksytyksi ja ymmärretyksi, jolloin myös hän itse voi paremmin ja ymmärtää itseään paremmin. Ikääntyneelle kuntoutujalle kuntoutustapahtuma merkitsee oppimisprosessia ja oman elämän uudelleen rakentamista muodostamalla uusia merkityksiä muuttavassa elämäntilanteessa. Kuntoutuja tunnustelee voimavarojaan ja ennakoii toimintaansa siinä sosiokulttuurisessa ympäristössä, jossa hän elää ja kuntoutustyöntekijät ovat tässä prosessissa kuntoutujan tukena. (Kettunen ym. 2002: 83; Järvikoski – Karjalainen 2008: 90 – 91.)

Kotiutumista kuvataan useissa lähteissä prosessina. Myös kuntoutuminen on prosessi, jossa tilannetta ja sen muuttumista tulisi arvioida koko ajan. Kuviossa 2. havainnollistuu, kuinka ikääntyneen kuntoutujan, myös lonkkamurtumapotilaan, kotiutumisprosessi ja kuntoutumisprosessi voidaan nähdä kulkevan limittäin. (Koskinen ym. 2008: 555; Hiidenhovi 2001: 22; Gardner 2002: 18 - 19; Keskinen 2008: 7.)



Kuvio 2. Ikääntyneen kuntoutumis- ja kotiutumisprosessi mukaellen (Gardner 2002 – Hammar 2008 – Keskinen 2008; Rantasalo 2007; Koskinen ym. 2008).

Laaja-alaisessa, moniammatillisessa kuntoutustarpeiden arvioinnissa otetaan huomioon kuntoutujan yksilöllinen tilanne, tarpeet, toiveet ja odotukset (kuntoutujälähtöisyys)

sekä hänen voimavaransa (voimavaralähtöisyys). Kuntoutujan omat käsitykset tilanteestaan sekä hänen kuntoutukselle antamansa merkitykset ovat yhteistyönä toteutettavan kuntoutuksen tärkeitä lähtökohtia. (Koskinen ym. 2008: 555, 561 – 563.) Kuntoutujalle laaditaan kuntoutussuunnitelma, joka perustuu myös asetukseen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Myös omainen otetaan mukaan kuntoutussuunnitelman laadintaan. Kuntoutussuunnitelma pitää sisällään kuntoutuksen toteutumisen seurannan, arvioinnin sekä suunnitelman tarpeellisesta yhteydenpidosta. (Rissanen 2008: 625.) Ainoastaan yhteisten tavoitteiden kautta kuntoutujan voidaan ajatella kokevan kuntoutumisen mielekkääksi ja ryhtyvän sen vaatimiin elämänmuutoksiin. Kuntouttavan ja kuntoutujan autonomiaan painottavan työotteen ottaminen käyttöön kaikessa gerontologisessa työssä onkin tulevaisuudessa hyvin keskeistä. (Laki lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta 1015/1991 5 §; Koskinen ym. 2008: 555, 561 - 563.)

2.5 Ikääntyneestä lonkkamurtumapotilaasta turvallisesti kotiutuva aktiivinen kuntoutuja kokonaisvaltaisen ja vuorovaikutuksellisen tuen keinoin

Ikääntyneen potilaan kotiutumisista on tehty paljon tutkimuksia, mutta valtaosa niistä on painottunut organisaation sekä työn organisoinnin näkökulmiin sen sijaan, että niiden kiinnostuksen kohteena olisivat olleet ikääntyneen kokemukset ja omat näkemykset kotiutumisesta. Kuntoutuksen paradigman muutos ei näy vielä tutkimustasolla, kun aiheena on ikääntyneen potilaan kotiutuminen. Ikääntynyt ihminen voi yhtä lailla olla käytäntöjen kehittäjänä kuin nuoremmatkin. Ikääntynyt potilas voidaan myös nähdä aktiivisena kuntoutujana, jolloin tuetaan kuntoutujalähtöisyyden toteutumista. On tutkittu, että hyvään kuntoutujalähtöiseen hoitoon kuuluu luottamuksellinen hoitosuhde, turvallisuuden tunteen rakentaminen kuntoutujalle, ikääntyneen sekä hänen läheistensä kokonaisvaltaisuuden toteutuminen sekä kuntoutujan antama merkitys tapahtumille. Kaikki nämä tekijät ovat haasteellisia toteuttaa ja huomioida ikääntyneen kotiutumisprosessia kehittäessä, jos niitä ei samalla avata kaikille ikääntyneiden kuntoutumisen ja kotiutumisen parissa toimiville. Ikääntyneen potilaan mukana olo kehittämisessä ja hänen kokemustensa huomioiminen on tämän vuoksi hyvin tärkeää.

Kotiutumisprosessia voidaan tarkastella monella tapaa eri toimijoiden näkökulmista, mutta siinä korostuu aina turvallisuuden sekä jatkuvuuden periaatteet. Tutkimusten valossa kotiutumisen suunnittelu tulisi alkaa jo potilaan saapuessa sairaalaan ja moniammatillisuuden sekä perhekeskeisyyden tulisi korostua koko hoito- ja kuntoutusjakson ajan. Viitekehystä tarkastellessa ilmeneekin varsin selvästi, että ikääntyneen poti-

laan kotiutumisprosessi sekä kuntoutumisprosessi ovat hyvin yhteneväiset ja niitä on hyvin vaikea erottaa toisistaan. Ikääntyneen potilaan kuntoutuksessa huomionarvoista on yhtä lailla perhekeskeisyyden sekä moniammatillisuuden toteutuminen sekä ikääntyneen roolin muuttuminen asteittain hoito- ja kuntoutusjakson aikana potilaasta aktiiviseksi toimijaksi, joka siirtyy kotiutuessaan sairaalaympäristöstä tuttuun kotiympäristöön. Erityisesti psykososiaalisen toimintakyvyn huomioiminen on tärkeää ikääntyneen kuntoutuksen sekä kotiutumisen parissa toimiville. Kotiutuessaan ikääntyneellä potilaalla tulisi olla varmuus omasta pärjäämisestä omassa kotiympäristössä, vaikka hänen toimintansa ei olisi enää samanlaista kuin kodistaan sairaalaan joutuessa. Se, kuinka ikääntynyt kotiin palaava potilas itse kokee oman pärjäämisensä suhteessa ympäristöön, on hyvin yksilöllistä ja hänen kuntoutuksen parissa toimivilla on suuri merkitys tässä yksilöllisessä tukemisessa.

Turvattomuuden kokemuksen tunnistaminen ja lievittäminen kotiutumistilanteessa erityisesti yksin asuvan ikääntyneen kohdalla on suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuololle. Jos ikääntynyt lonkkamurtumapotilas kokee turvattomuutta jo sairaalassa ollessaan, hän todennäköisesti kokee sitä myös kotiutuessaan. Potilaan psykososiaalinen tukeminen jo sairaalajaksolla voi vähentää turvattomuuden kokemusta, joka on myös merkittävä tekijä potilaan uudelleen sairaalaan hakeutumisessa ja pyöröovisyndroomaan joutumisessa. Myös se kuinka potilasta tuetaan kotona vaikuttaa potilaan turvattomuuden kokemukseen. Palvelujärjestelmät ovat potilaan kannalta monimutkaisia ja usein hoivan taso kotona on liian alhainen, mikä voi lisätä turvattomuuden kokemusta. Kuntoutuksen jatkuvuus korostuu ikääntyneen henkilön kotiutumisessa, sillä sairaalassa saavutetut kuntoutumisen tulokset eivät säily kotona, jos ikääntynyt ei uskalla tai kykene toimimaan aktiivisesti omassa elinympäristössään. Turvattomuuden huomioiminen ikääntyneen potilaan kotiutumisprosessissa on tämän kehittämistyön teoreettiseen viitekehykseen peilaten tärkeää niin potilaan kokonaisuhyvinvoinnin kuin yhteiskunnan sosiaali- ja terveystaloudenkin riittävyyden kannalta.

3 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tämän kehittämistyön toimintaympäristönä on Oulunkylän kuntoutussairaala ja siellä sijaitseva jatkohoito- ja kuntoutusosasto 3B, jonka keskeisenä tehtävänä on antaa laadukasta geriatria hoitoa ja kuntoutusta ikääntyneille jatkohoito- ja kuntoutushoitopotilaille.

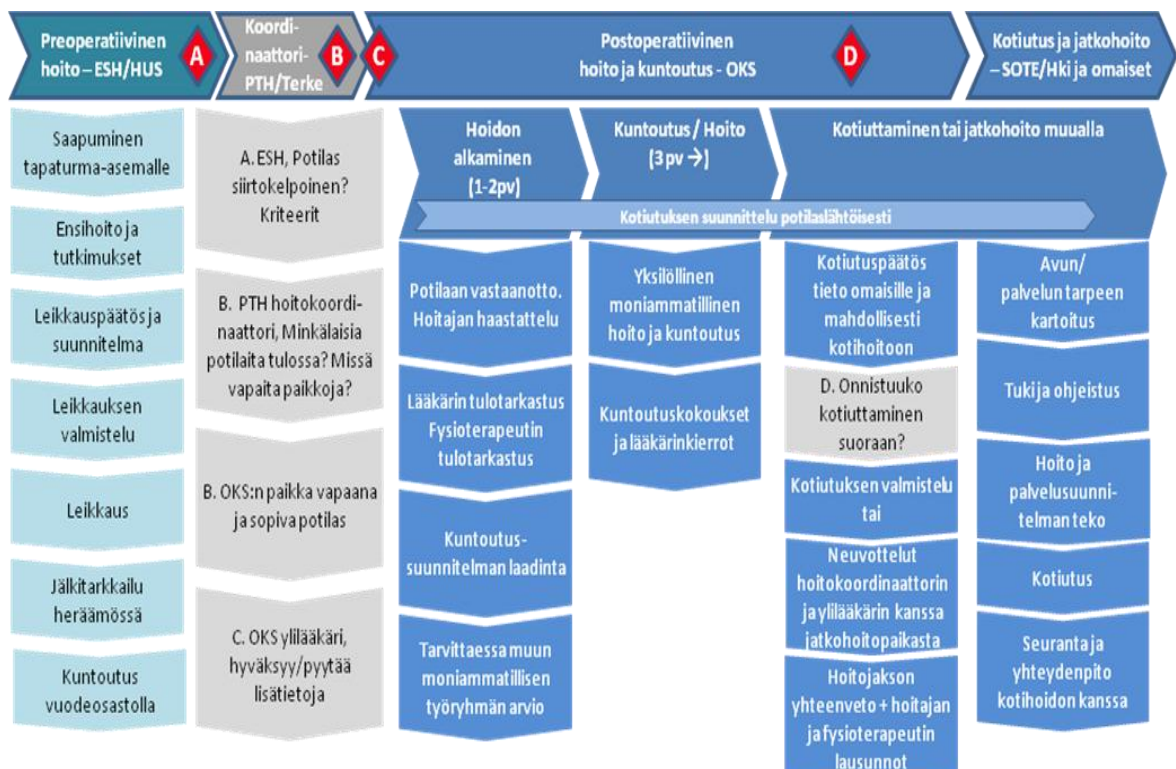
3.1 Oulunkylän kuntoutussairaala ja geriatrinen jatkohoito- ja kuntoutusosasto 3B

Oulunkylän sairaskotisäätiön ylläpitämä Oulunkylän kuntoutussairaala tuottaa säätiön sääntöjen mukaisesti hoitoa ja kuntoutuspalveluja ensisijaisesti sotainvalideille ja heidän hoitotilanteensa salliessa muille veteraaneille ja vanhuksille. Sotainvalidien ja veteraanien määrän vähentyessä on meneillään palvelurakennemuutos, jossa korostuu erityisesti Helsingin kaupungin ja vuoden 2012 alusta lukien myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tilaama hoito ja kuntoutus. Oulunkylän sairaskotisäätiö on Helsingin kaupungin tytäryhteisö, jonka toimintaa ohjaa ja valvoo Helsingin kaupunkikonserni. Säätiön 1.5.2010 saaman sidosyksikköaseman (ns. in house -asema) suhteessa Helsingin kaupunkiin on ajateltu edesauttavan palvelurakennemuutosta ja uusien potilasryhmien ohjaamista kuntoutussairaalaan vapautuneille paikoille. Merkittävin uusi palvelu on sairaalatasoinen jatkohoito- ja kuntoutus, jonka kehittämiseen on panostettu jo kolme vuotta. Keskeisenä kehittämisen kohteena on ollut hoito- ja kuntoutusprosessit, jotka on pyritty kehittämään sotaveteraanien ja invalidien kuntoutuksesta sairaalatasoiseen ja kliinistä osaamista vaativaan hoitoon ja kuntoutukseen. (Oulunkylän kuntoutussairaalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2012: 3; Ilvonen – Anttila – Juho – Sirén – Somersaari – Pietilä – Katajaisalo 2011: 9.)

Oulunkylän sairaskotisäätiön arvot ovat asiakaslähtöisyys, oikeudenmukaisuus, taloudellisuus, turvallisuus, yrittäjämielisyys, ekologisuus sekä suvaitsevaisuus. Arvoista kuusi ensimmäistä mukailee Helsingin kaupungin arvoja. Seitsemäs arvo, suvaitsevaisuus, lisättiin ja määriteltiin vuoden 2011 aikana. Suvaitsevaisuus kuvaa kuntoutussairaalan ilmapiiriä ja asenteita ja on tärkeä arvo säätiön muutosvaiheessa aina henkilökunnan keskinäisistä suhteista laajempaan verkostoitumiseen sekä yhteistyöhön. Oulunkylän kuntoutussairaalan tärkein tehtävä eli missio on tukea iäkkäiden toimintakykyä ja tarjota kustannustehokkaasti kuntoutusta ja toimintakykyä edistäviä palveluja, joiden avulla mahdollisimman moni iäkäs pystyy asumaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Visiona nähdään tilanne, jossa Oulunkylän kuntoutussairaala on arvostettu geriatrisen kuntoutuksen osaamiskeskus, jonka monipuolisia kuntoutuspalveluja halu-

taan ostaa niiden hyvän laadun ja vaikuttavuuden vuoksi. (Oulunkylän kuntoutussairaalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2012: 4.)

Tutkiva kehittämistyö toteutetaan Oulunkylän kuntoutussairaalassa 25 paikkaisella jatkohoito- ja kuntoutusosastolla 3B, joka on erikoistunut monialaiseen geriatriseen hoitoon ja kuntoutukseen, jonka tilaajina ovat Helsingin kaupunki ja HUS. Osasto perustettiin syksyllä 2010 ja vuonna 2011 lähes kaikki ja vuoden 2012 alkaen kaikki potilaat olivat HUS-sairaaloista tulevia geriatrisia potilaita. Potilaista yli puolet on ortopedis-traumatologisia ja heistä valtaosa lonkkamurtumapotilaita. Lonkkamurtumapotilaat saapuvat läheteellä osastolle 3B suoraan HUS:n erikoissairaanhoidosta 3-14 vuorokauden siirtoviiveellä operaatiosta, jolloin puhutaan akuutista - postakuutista hoidosta. Jatkohoidon kesto vaihtelee potilaskohtaisesti noin 21:sta 36 vuorokauteen. Oulunkylän kuntoutussairaalaan rooli lonkkamurtumapotilaan hoitoketjussa on ruuhkahuippujen tasaamisessa sekä jonojen hallitsemisessa. Kuntoutuksessa potilaan tavoitteena on kotiutuminen eli paluu lähtötilanteeseen. Suurin osa jatkohoito- ja kuntoutuspotilaista kotiutuukin edeltävään asuinpaikkaansa. (Ilvonen ym. 2011: 11, 20.) Jatkohoito- ja kuntoutusosasto toimii näin ollen osana ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoito- ja palveluketjua, jossa potilaan kotiutumisprosessi yhdistää sairaalan ja kotihoidon palveluprosessit. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Lonkkamurtumapotilaan hoito- ja palveluprosessi erikoissairaanhoidon ja kodin välillä (Ilvonen ym. 2011: 36).

Kaarlolan (2011) mukaan lonkkamurtumapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa on todettu kehittämistarpeita pääkaupunkiseudulla mm. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaon selkiyttämisessä. Erikoissairaanhoidon tulisi vastata laadukkaasta, nopeasta ja välittömän kuntoutuksen mahdollistavasta toimenpiteen suorittamisesta ja perusterveydenhuollolla tulisi olla lonkkamurtumapotilaan palveluketjun kokonaisvastuu. Lonkkamurtumapotilaan palveluketjun avainasioina nähdään Haapiaisen (2011) mukaan mm. potilaslähtöisyys, potilaan ja omaisten informointi sekä hoitoon ja kuntoutukseen sitouttaminen, yhteistyön tehostaminen eri toimijoiden välillä sekä katkeamattoman tiedonsiirron toteutuminen. Yleisenä periaatteena pääkaupunkiseudulla akuutin lonkkamurtuman saaneiden potilaiden kuntoutuksessa on se, että potilaiden hoito on näyttöön perustuvaa, kustannustehokasta ja vaikuttavaa. Tavoitteena on myös hoitokäytänteiden yhtenäistäminen sekä parantaminen pilotein testaamalla. (Ilvonen ym. 2011: 13, 15.)

3.2 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutumis- ja kotiutumisprosessi

Oulunkylän kuntoutussairaalan jatkohoito- ja kuntoutusosaston Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutumisprosessi Oulunkylän kuntoutussairaalassa alkaa 1-2 vuorokauden kuluttua jo potilaan saapumisesta osastolle 3B, jolloin hänelle tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Tämän jälkeen kotiutumista aletaan suunnitella potilaslähtöisesti. Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen tarkoituksena on palauttaa potilaan toimintakyky kodin / lähtöympäristön edellyttämälle tasolle. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tavoitteena on oikea-aikainen ja turvallinen kotiutus. Potilaan kuntoutus alkaa kokonaisvaltaisella moniammatillisella arvioinnilla. Kotiuttavan kuntoutuksen ydintiiminä toimii osaston lääkäri, vastaava sairaanhoitaja, sairaanhoitaja, omahoitaja, fysioterapeutti sekä potilas / omainen. Muut monialaisen tiimin jäsenet eli toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja, jalkaterapeutti sekä ravitsemustyöntekijä ovat mukana tarpeen mukaan. (Ilvonen ym. 2011: 22.) Osaston henkilökunnan resurssit ovat hyvät ja henkilökunta on gerontologisen kuntoutuksen ammattilaisia (Ilvonen ym. 2011: 9, 31).

Jokaisen lonkkamurtumapotilaan hoito- ja kuntoutusjakson sisältö sekä pituus ovat yksilöllisiä. Hoidon ja kuntoutuksen sisältö riippuu potilaan toimintakyvyn tasosta ja diagnooseista. Toimintakyvyn mittaamista ja arviointia tehdään eri ammattiryhmien näkökulmista mm. Post Acute RAI:n sekä Welmed -testausprotokollan avulla. Kaikkien potilaiden kuntoutuksen etenemistä seurataan päivittäin ja moniammatillinen tiimi koontuu kerran viikossa kuntoutuskokoukseen, jossa tarkistetaan potilaan kuntoutus-

suunnitelman tavoitteet, suunnitellaan kotiutumisen ajankohtaa, jatkohoitoa sekä tarveharkintaisesti mahdollisia kotikäyntejä. Kierroilla kerran viikossa potilas tapaa moniammatillisen tiimin ja samalla osallistuu oman hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Hoitokokouksia järjestetään tarvittaessa, jolloin potilaan lisäksi myös omainen kutsutaan paikalle. Lonkkamurtumapotilaan, kuten muidenkin ikääntyneiden potilaiden, kotiutumismahdollisuuden ja ajankohdan arviointi tehdään moniammatillisesti, mutta lääkäri tekee kotiutumispäätöksen. Jos kotikäynti nähdään välttämättömänä kotiutumisen onnistumisen mahdollistumiseksi, se tehdään yhdessä potilaan, fysioterapeutin sekä toimintaterapeutin kanssa. Joskus paikalla on myös kotihoidon edustaja. (Ilvonen ym. 2011: 31 - 32.)

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutumisprosessi etenee yksilöllisesti kotiutumisvaiheeseen, jossa hän siirtyy Oulunkylän kuntoutussairaalaan omaan kotiin / palvelutaloon tai harvoissa tapauksissa jatkohoitoon muualle. Jokaisella potilaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä kotiutumiseen osallistuvalla ammattihenkilöllä on omat tehtävänsä jotka on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoito- ja kuntoutushenkilökunnan tehtävät kotiutumistilanteessa (Ilvonen ym. 2011: 35)

Kotiuttaminen tai jatkohoito muualla

Osapuoli	Tehtävät
<i>Vastuuhoitaja (moduuli)</i>	Tekee hoitotyön yhteenvedon ja kokoaa eri ammattiryhmien laatimat asiakirjat yhteen ja antaa ne potilaalle. Ottaa tarvittaessa yhteyden kotihoidon työntekijöihin ja omaisiin. Antaa potilaalle ja omaisille suullista informaatiota. Mikäli potilas siirtyy toiseen hoitolaitokseen hoitaa yhteyden ja tarvittavat asiakirjat.
<i>Osaston lääkäri</i>	Päätää kotiutumisesta tai jatkohoitoon siirtämisestä muuhun laitokseen. Kirjoittaa reseptit sekä laatii epikriisin (loppuarvion).
<i>Sairaanhoitaja</i>	Varmistaa lääkelistan, jakaa kotiin mukaan annettavat lääkkeet (pariksi päiväksi).
<i>Fysioterapeutti</i>	Kirjoittaa loppuarvion, antaa kotihoito-ohjeet ja tarvittaessa lähettää fysioterapia- ja fysioterapia-ohjeet omaan terveysaseman fysioterapiaan. Tarvittaessa kotikäynti.

<i>Erytistyöntekijät</i>	Toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä tarvittaessa mukana kotiuttamisessa.
<i>Vastaava sairaanhoitaja</i>	Ilmoittaa hoitokoordinaattorille potilaan kotiutumisesta.
<i>Osastosihteeri</i>	Lähetää laskutustiedot maksajalle. Kirjaa potilaan lähteneeksi. Arkistoi potilasasiakirjat ja huolehtii kuntoutusselosteen jakelusta.
<i>Hallinto</i>	Laskutus

Jotta potilaan turvallinen kotiutuminen saavutetaan, tarvitaan tiivistä yhteistyötä hoitokoordinaattoreiden, kotihoidon sekä omaisten kanssa. Omainen on tärkeä yhteistyökumppani, joka auttaa potilaan hoito- ja kuntoutushenkilöstöä ymmärtämään potilaan taustaa ja käyttäytymistä. Omalla osallistumisellaan omainen tuo myös sisältöä ja jatkuvuutta ikääntyneen hoitoon ja kuntoutukseen. Potilaan kotiutumisen jälkeen hoitosuhde loppuu, eikä tietoa potilaan voinnista kotiutumisen jälkeen saavuteta, kuin poikkeustapauksissa jos esimerkiksi kotihoidosta soitetaan potilaan asioista. Tämä koetaan puutteeksi ja tulevaisuuden kehittämiskohteeksi. Tulevaisuuden tavoitteena onkin tarjota ryhmäkuntoutuskäyntejä ja toimintakyvyn seurantaa / arviointia siitä hyötyville jatkohoito- ja kuntoutuspotilaille, jolloin kuntoutuksen pidempiaikaista vaikuttavuutta on mahdollista myös mitata. (Ilvonen 2004: 10; Ilvonen ym. 2011: 31.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄT

Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kuntoutujalähtöisesti ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumisprosessia. Tavoitteena oli ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallinen kotiutuminen.

Täsmennetyt kehittämistehtävät

- 1) Selvittää, mitkä tekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta
 - a) edistävät b) heikentävät turvallista kotiutumista?
- 2) Kuvata, mitä ovat turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot?
- 3) Tuottaa kuvaus siitä, minkälaiset ovat ne ydintekijät toimintaohjeiden sisällössä, jotka tukevat ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista?

Kehittämisprosessin tuotoksena syntyi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöiden kuvaus.

5 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö oli vaiheittain etenevä opinnäytetyö, jossa käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa ja laadullista tutkimusotetta. Kehittämistyössä on ollut useita eri kehittämisvaiheita.

5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Toimintatutkimukselle tyypillisesti kehittämisprosessi eteni tässä kehittämistyössä syklisesti suunnitellen, toimien, havainnoiden ja reflektoiden. Toiminnan kehittäminen sisältää useita reflektiivisiä kehiä ja tämäkin kehittämistyö oli luonteeltaan reflektiivinen eli toiminta eteni prosessimaisesti täydentyen. (Aaltola 2007: 202 – 203; Toikko – Rantanen 2009: 53.) Kuten toimintatutkimukselle on tunnusomaista, tässä kehittämistyössä pyrittiin toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuuteen sekä pyrkimykseen tuottaa samanaikaisesti välitöntä ja käytännöllistä hyötyä työelämään. Koska toimintatutkimus on laskettavissa myös tulkitseviin hermeneuttisiin menetelmiin, sillä tutkijan on pystyttävä tulkitsemaan tilannetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä, voidaan sanoa, että kehittämistyössä on laadullinen tutkimusote (Anttila 2007: 22; Pitkäranta 2012: 143). Tässä kehittämistyössä erottui kolme selkeää vaihetta: tutkimusmetodiltaan ja aineiston analysoinnin osuudeltaan laadullinen haastatteluvaihe (vaihe 1a/b), yhteiskehittämisen vaihe hoito- ja kuntoutusosaston henkilökunnan kanssa (vaihe 2a/b) sekä reflektoinnin ja kehittämistoiminnan hyväksynnän vaihe organisaation johdon kanssa (vaihe 3). Lopputuotoksena syntyi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöiden kuvaus.

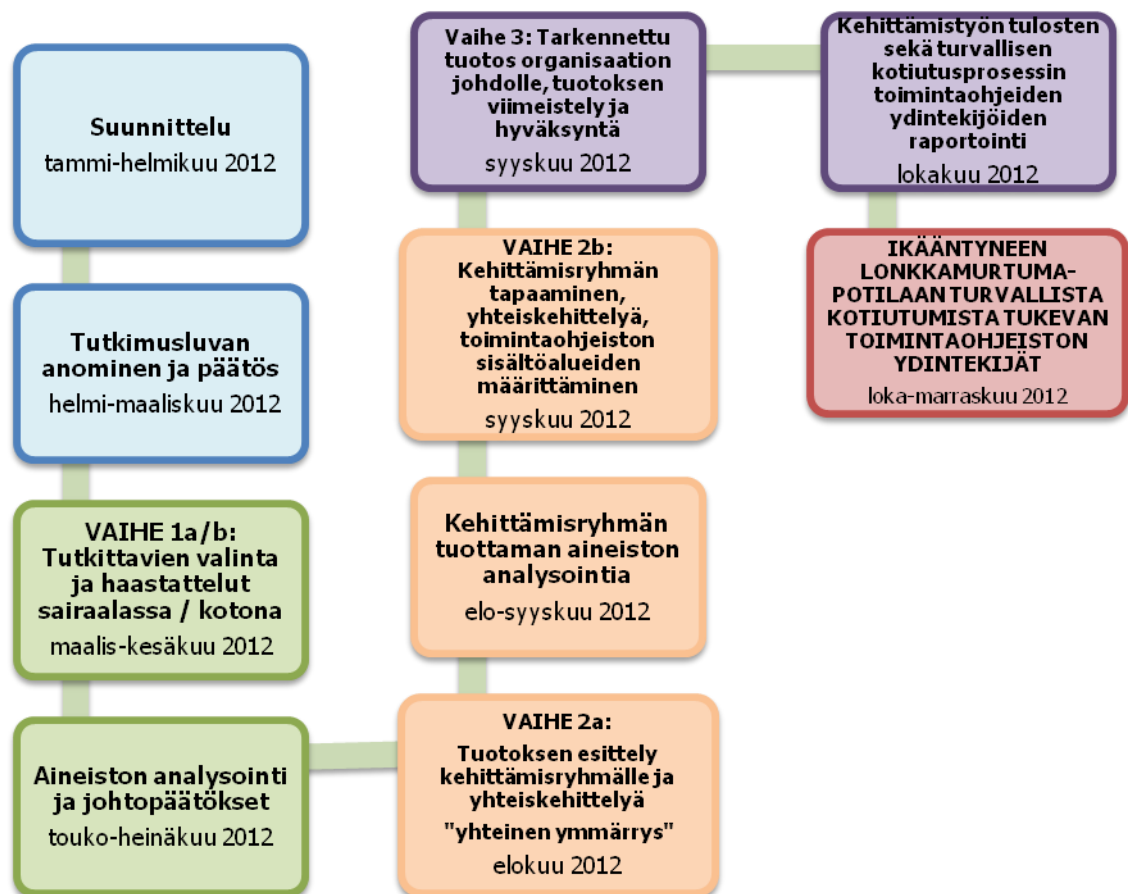
Ikääntyneet toimivat itse konkreettisesti tiedonantajina sekä kehittäjinä. Samalla he olivat aktiivisia kuntoutujia keskellä kuntoutumis- sekä kotiutumisprosessia. Heitä ympäröivä henkilökunta oli mukana kehittämisessä omilla toimijanäkökuulmillaan. Kehittämistyö käynnistyi toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheella, tutkimussuunnitelman luomisella ja luvan anomisella. Kehittämistyö eteni potilashaastatteluihin, joiden jälkeen haastattelut litteroitiin ja niille tehtiin laadullinen sisällön analyysi. Sisällön analyysin kautta tuotettiin tiivistettyä materiaalia yhteiskehittämiseen osallistuvan henkilökunnan tiedon tuottamisen lähtökohdaksi ja tueksi. Kehittämisryhmä tapasi yhteensä kaksi kertaa ja haastateltavilta saatu tieto pidettiin mielessä koko kehittämisprosessin ajan kehittämisryhmän vetäjän tuella. Kehittämisryhmän tapaamisissa tuotettu tieto analysoitiin myös laadullisella sisällön analyysillä. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen ryhmän tuotos

tuotiin uudelleen arvioitavaksi ja tarkastettavaksi toiseen tapaamiseen. Toisen tapaamisen jälkeen tuotettua tietoa arvioi ja analysoi sekä lopulta tuotoksen sekä jatkosuunnitelmat hyväksyi Oulunkylän kuntoutussairaalan supistettu johtoryhmä (Kuvio 5.).

Tässä kehittämistyössä korostui aiheen arvosidonnaisuus ja erilaisten tutkimusmenetelmien sekä objektiivisen ja subjektiivisen lähestymistavan yhdistäminen (Aaltola ym. 2007: 196; Heikkinen ym. 1999: 46). Kehittämistyön arvomaailma pohjautui potilaiden äänen kuulemiseen ja heidän kokemustensa huomioon ottamiseen heitä palvelevan toiminnan kehittämisessä. Toisaalta arvomaailma rakentui myös ikääntyneen henkilön kunnioittamisesta sekä pyrkimyksestä tuottaa ikääntyneille entistä laadukkaampaa hoitoa ja kuntoutusta. Kehittämistyössä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutumiseen sekä turvattomuuden kokemukseen liittyvä tieteellinen teoria yhdistyi ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kokemuksiin sekä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan käytännön potilastyössä tehtyihin havaintoihin aiheesta eli ns. hiljaiseen tietoon (*tacit knowledge*) sekä jo olemassa oleviin osaamiseen perustuviin käytäntöihin (*knowing in practice*). Kehittämistyön tutkimuksellinen ote eteni tulkinnallis-hermeneuttisesta kohti kriittis-emansipatorista paradigmaa. Kehittämistyön alussa toteutetuissa teemahaastattelussa tiedon intressi oli praktinen, jolloin kiinnostuksen kohteena olivat potilaiden teemoille antamat kokemukselliset tulkinnat ja merkitykset, joita pyrittiin ymmärtämään. Laadullisen sisällön analyysin jälkeen tutkimusote vaihtui kriittiseen teoriaan nojaavaan tutkimusotteeseen eli emansipatoriseen ajatukseen, jolle ominaista on kohderyhmän, tässä kehittämistyössä kehittämisryhmän, tietoisuuden lisääminen sekä muutosprosessien käynnistäminen ja edistäminen. Yhteiskehittämisen osiossa tässä kehittämistyössä tiedon intressi oli emansipatorinen, jolloin opinnäytetyön tekijän rooli tutkijana ja kehittäjänä oli yhteistoiminnan koordinoija, tukija sekä osallistuja. (Anttila 2007: 23 – 25, 57; Heikkinen ym. 1999: 75; Heikkinen 2007: 208; Opinnäytetyöpakki 2012.)

5.2 Kehittämistyön eteneminen ja aikataulu

Kehittämistyön aiheidea alkoi muodostua jo opintojen käynnistyessä syksyllä 2011. Varsinainen kehittämistyön suunnittelu tapahtui tammi-helmikuussa 2012. Tutkimuslupa-anomus haettiin Oulunkylän sairaskotisäätiöltä / Oulunkylän kuntoutussairaalan toimitusjohtajalta ja sopimus tehtiin Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa. Kuviossa 4. on esitelty kehittämistyön aikataulu.



Kuvio 4. Kehittämisprosessin eteneminen ja aikataulu.

Kun kehittämistyön lupa-asiat olivat kunnossa, työ käynnistyi ja ikääntyneitä lonkkamurtumapotilaita pyydettiin haastatteluihin sitä mukaa, kun heitä saapui osastolle (vaihe 1a). Kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen potilaille tehtiin toinen haastattelu käymällä potilaan kotona, jotta saatiin informaatiota koko kotiutumisprosessin ajalta (vaihe 1b). Haastattelut toteutettiin maaliskesäkuun aikana, jonka jälkeen aineisto analysoitiin ja

sen jälkeen jatkokehittämään yhdessä hoito- ja kuntoutushenkilöstön kanssa kahdessa tapaamisessa elo-syyskuussa (vaihe 2a/b). Tämän jälkeen tuotosta reflektettiin organisaation johdon kanssa (vaihe 3). Haasteena työn aikataululle oli työntekijöiden kesälomaus sekä hoito- ja kuntoutushenkilöstön koolle saaminen. Vielä kesällä -12 aikataulu oli alustava ja se suunniteltiin niin, että sitä voitiin muuttaa tarpeen mukaan. Aikataulussa kuitenkin pysyttiin ja työn valmistuminen ajallaan alkoi varmistua kesän lopussa -12. Kehittämistyö julkaistiin joulukuussa 2012 kirjallisessa sekä sähköisessä muodossa ja se on saatavissa Theseus – tietokannasta (<https://publications.theseus.fi/>). Kehittämistyö kokonaisuudessaan toimitettiin luettavaksi kaikille kehittämistyöhön osallistuville organisaatio- ja yhteistyötahoille.

5.3 Haastateltavien ja kehittämisryhmän valinta sekä kuvaus

Kaikki kehittämistyöhön osallistuvat haastateltavat olivat ikääntyneitä potilaita. Neljällä potilaalla oli lonkkamurtuma ja yhdellä lantion alueen murtuma, mikä ei eronnut hoito- ja kuntoutusprosessiltaan juurikaan lonkkamurtuman saaneesta potilaasta. Sattumaa oli, että kaikki haastateltavat olivat naisia, joilla kaikilla lonkkamurtuma oli tullut ensimmäisen kerran. Hyvin monilla lonkkamurtumapotilailla on useita muita sairauksia, myös muistisairauksia. Jotta haastatteluihin voitiin valikoida juuri ne potilaat, joiden vapaaehtoisesta osallistumisesta ja kyvykkyydestä kertoa omia kokemuksiaan voitiin varmistua, tehtiin potilasvalintaan kriteerit. Potilaat valikoitiin haastatteluihin talomme ylilääkärin sekä geriatriin määrittelemien kriteereihin, jotka olivat:

1. Potilas on joutunut sairaalahoitoon lonkkamurtuman vuoksi.
2. Potilaan MMSE (minimental-state examination) – testi on vähintään 22.
3. Potilaan GDS15 (myöhäisiän depressioseula) – testi on korkeintaan 6. Testissä huomioidaan vain pitkäaikainen depressio, jotta mahdollinen lonkkamurtumasta aiheutuva mielialan lasku ei poissulje potilasta haastatteluista.
4. Jos epäillä deliriumia, tehdään CAM (confusion assesment method) – seula. Deliriumin kriteerien täytyessä potilasta ei hyväksytä tutkimukseen.

Kehittämistyön haastatteluihin soveltuvista potilaista ilmoituksen haastattelijalle tekivät yhteistyössä toimien jatkohoito- ja kuntoutusosaston lääkäri ja / tai vastaava sairaanhoitaja. Vastaava sairaanhoitaja kysyi suostumuksen haastateltaviksi soveltuvilta potilailta niin, että haastattelijan henkilöllisyys ei selvinnyt eikä potilaita painostettu. Kaikille

haastatteluun soveltuville annettiin tutkimushenkilötiedote (liite 3.) sekä suostumus haastatteluun (Liite 1.) – lomakkeet. Yhteensä kuudelta potilaalta kysyttiin halukkuutta haastatteluun ja viisi heistä oli suostuvaisia. Nämä viisi haastateltavaa olivat naisia, joista neljä asui yksin omassa kodissa ja yksi asui palvelutalossa.

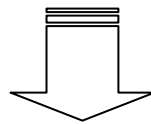
Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvaan moniammatilliseen kehittämisryhmään kutsuttiin Oulunkylän kuntoutussairaalan geriatri, jatko- hoito- ja kuntoutusosaston vastaava sairaanhoitaja, sairaanhoitaja, kaksi fysioterapeuttia, toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja sekä kaksi lähihoitajaa. Sosiaaliohjaajaa ei kuitenkaan ollut talossa kehittämisryhmän tapaamisten aikaan, joten sosiaaliohjaaja ei ollut mukana. Kaikki ryhmäläiset työskentelevät samalla jatkohoito- ja kuntoutusosastolla ikääntyneiden potilaiden parissa. Heille kaikille annettiin tutkimushenkilötiedote (Liite 4.) sekä suostumuskaavake kehittämisryhmätyöskentelyyn (Liite 2.). Ryhmäläisten valinta tehtiin yhdessä osaston palvelupäällikön kanssa. Tarkoituksena oli, että ryhmään osallistuisi mahdollisimman moni eri ammattitaustan omaava potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuva henkilö. Ensimmäisessä kehittämisryhmän tapaamisessa geriatri sekä toinen fysioterapeuteista oli estynyt saapumaan paikalle. Toisessa tapaamisessa yksi lähihoitaja oli estynyt saapumaan paikalle. Kehittämisryhmä tuotti tietoa johtoryhmän toiminnan hyväksynnän sekä päätöksenteon tueksi. Organisaation johtoryhmään osallistui sairaalamme toimitusjohtaja, geriatri, kuntoutusesimies sekä palvelupäällikkö, joka toimii jatkohoito- ja kuntoutusosaston esimiehenä. Geriatri osallistui sekä kehittämisryhmään käytännön potilastyötä tekevänä lääkärimäisenä että johtoryhmään kehittämistyön etenemisen arvioijana sekä kehittämistyön tuotosten sekä jatkosuunnitelmien hyväksyjänä.

5.4 Aineiston kerääminen

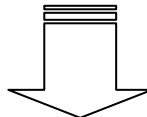
Aineistonkeruuta koskevia yksityiskohtaisia ratkaisuja ei voitu tehdä etukäteen, vaan toimintatutkimukselle tyypillisesti niitä hiottiin kehittämisprosessin edetessä, sillä prosessin ja kehittämistehtävien muuntuessa prosessin aikana myös aineistonkeruun ja tutkimusmenetelmien täytyi mukautua muutoksiin (Heikkinen 1999: 74). Aineistonkeruu toteutui kuitenkin pääpiirteittäin suunnitelman mukaisesti. Kehittämisryhmän toisen tapaamisen tavoite muuttui hieman alkuperäisestä tavoitteesta eli toimintaohjeiden luomisesta toimintaohjeiden ydintekijöiden luomiseksi. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Aineistonkeruu ja analysointi sekä potilaiden haastatteluiden ja kehittämisryhmätyöskentelyn kulku

Kehittämiskysymys	Aineistonkeruumenetelmä	Analyysimenetelmä	Tulos
<p>1. Mitkä tekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta edistävät turvallista kotiutumista?</p> <p>2. Mitkä tekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta heikentävät turvallista kotiutumista?</p>	1.teemahaastattelu potilaille sairaalassa	laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuvaus potilaiden näkemyksestä turvallista kotiutumista edistävästä / heikentävästä tekijöistä
<p>1. Mitkä asiat kotiutumisessa sujuivat turvallisuutta edistään?</p> <p>2. Mitkä asiat kotiutumisessa sujuivat turvallisuutta heikentään?</p>	2.teemahaastattelu potilaille kotona	laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuvaus potilaiden näkemyksistä turvallista kotiutumista edistävästä ja heikentävästä tekijöistä
Mitä ovat turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot?	1.ryhmäkeskustelu, yhteiskehittelyä	laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi	Kuvaus hoito- ja kuntoutushenkilökunnan näkemyksestä turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijöistä ja keinoista.
Minkälainen on toimintaohjeiden sisältö, joka tukee ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista?	2.ryhmäkeskustelu, yhteiskehittelyä ja reflektointia	laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi	Tuotos ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöistä.



Johdon kanssa turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöiden sekä jatkokehittämisen hyväksyminen



Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöiden kokoaminen yhdessä osaston henkilökunnan kanssa

5.4.1 Aineistonkeruu potilashaastatteluiden kautta

Haastatteluvaiheissa (vaihe 1a/b) oli tarkoitus selvittää teemahaastattelun keinoin, *mitkä tekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta a) edistävät b) heikentävät turvallista kotiutumista*. Käytännön hyöty ja merkittävyys olivat keskeisimmät kriteerit kysymyksiä valittaessa ja asetettaessa (Pitkäranta 2012: 47). Aineistonkeruu aloitettiin potilashaastatteluilla. Kotiutumisen jälkeen teemahaastattelun kehittämiskysymyksinä olivat: mitkä asiat kotiutumisessa sujuivat turvallisuutta edistäen / heikentäen? Haastatteluissa käytettiin teemahaastattelurunkoa (Liite 5.), mutta haastattelun poikkeaminen rungon ulkopuolelle niin haastattelijan kuin haastateltavankin toimesta sallittiin. Teemojen pohjana oli aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia ja osastolla kerättyä havainto- sekä kokemustietoa aiheista ikääntyneen potilaan turvattomuuden kokemus kotiutumisen yhteydessä sekä turvallinen kotiutuminen. Haastattelut nauhoitettiin ja jokaiselta haastateltavalta kysyttiin nauhoitukseen lupa jo suostumusasiakirjassa (Liite 1.) ja siitä mainittiin myös tutkimushenkilötiedotteessa (Liite 3.). Aineistoa eli haastattelumateriaalia tuli yhteensä 130 sivua, 54 sivua ennen kotiutumista ja 76 sivua kotiutumisen jälkeen.

5.4.2 Aineistonkeruu moniammatillisen kehittämiss ryhmän ensimmäisessä ryhmäkeskustelussa

Moniammatillisen kehittämiss ryhmän ensimmäisessä tapaamisessa oli paikalla jatkohoitaja ja kuntoutusosaston vastaava sairaanhoitaja, sairaanhoitaja kaksi lähihoitajaa, fysioterapeutti sekä toimintaterapeutti. Kehittämiss ryhmän ensimmäisellä kokoontumiskerralla tavoitteena oli tehdä kuvaus hoito- ja kuntoutushenkilökunnan näkemyksestä siitä, *mitä ovat turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot?* Kehittämiss ryhmän tapaaminen sisälsi alussa katsauksen tapaamisen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä potilaiden haastatteluista saadusta informaatiosta, jonka jälkeen ryhmä jakaantui kahteen pienryhmään miettimään, keskustelemaan ja raportoimaan osaston kotiutumisprosessien solmukohtia ja vahvuuksia sekä onnistuneen kotiutumisprosessin tekijöitä ja keinoja. Potilashaastatteluiden sisällön analyysien taulukot olivat ryhmäläisten käytössä koko keskustelun ajan ja kehittämiss ryhmän vetäjä kävi muistuttamassa potilaiden mielipiteiden huomioon ottamista kehittämistoiminnassa. Tuotokset siirrettiin post it – lapuilla taululle, jonka jälkeen tuotoksista keskusteltiin yhdessä ja varmistettiin, että koko ryhmä löysi tuotoksesta yhteisymmärryksen. Ryhmä oli sitä mieltä, että kotiutumisprosessin vahvuudet ovat myös onnistumisen tekijöitä, joten ne yhdistettiin turval-

lisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijöihin. Kehittämisryhmän vetäjä kirjoitti myös kaikki yhteiskeskustelusta tulleet lisäajatukset ylös ja huomioi ne lopullisessa tuotoksessa. Ryhmän kokoontumisen jälkeen kehittämisryhmän vetäjä kokosi tuotokset ja teki niistä laadulliset sisällön analyysit taulukkomuodossa (Liitteet 8. ja 9.). Kehittämisryhmän vetäjän rooli oli vetää johdonmukaisesti ja informatiivisesti ryhmän kulku alusta loppuun saakka, ohjata ryhmiä, kun heillä oli kysymyksiä tai epävarmuutta, kuuluiko jokin asia kehitettävään aiheeseen vai ei, ohjata ryhmäkeskusteluita pysymään ensimmäisen kokoontumisen aiheessa ja herättää tuotosten yhteenvedon sekä yhteiskeskustelun hetkellä keskustelua aiheista, jotka jäivät muuten vaillinaiseksi tai epäselviksi post it – lapuilla ollessaan.

5.4.3 Aineistonkeruu moniammatillisen kehittämisryhmän toisessa ryhmäkeskustelussa

Toisella kokoontumiskerralla kehittämisryhmässä oli paikalla jatkohoito ja kuntoutusosaston vastaava sairaanhoitaja, sairaanhoitaja, kaksi fysioterapeuttia, kaksi lähihoitajaa, toimintaterapeutti sekä osastonlääkärinä sekä Oulunkylän kuntoutussairaalan ylilääkäri toimiva geriatri. Tapaamisen alussa refleктоitiin edellisen tapaamisen tuotosta ja hyväksyttiin tuotos ilman muutosehdotuksia. Toisella kokoontumiskerralla haettiin vastausta kehittämiskysymykseen, *minkälaiset toimintaohjeet tukevat ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista?* Ryhmässä alettiin ideoida lumipallomenetelmän avulla konkreettisia keinoja ja toimenpiteitä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumiseksi. Lumipallomenetelmällä kehittämiskysymykseen haettiin ensin vastausta yksin miettimällä, sitten parikeskustelulla, sen jälkeen neljän ryhmässä ja lopulta keskustelua aiheesta käytiin koko kahdeksan hengen ryhmän kesken. Ryhmäläiset kirjasivat ajatukset paperille ja ryhmän vetäjä kirjasi jälleen yhteiskeskustelun tuottamat lisäajatukset itselleen ylös. Ryhmän vetäjä kokosi ryhmän tuottamat ajatukset yhteen. Lumipallomenetelmän avulla tuotettu sisältö eli *turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijät* analysoitiin laadullisen sisällön analyysin keinoin ja tehtiin taulukkomuotoon (Liite 10.)

5.5 Aineiston analysointi

Aineiston analyysin tarkoituksena toimintatutkimuksessa on täsmentää tutkimustehtävää, löytää linjaa myöhemmin tapahtuvaa aineistonkeruuta varten ja siten kohdentaa kehittämistyötä tarkoituksenmukaiseen suuntaan (Heikkinen 1999: 76). Tässä kehittämistyössä haastatteluaineiston sisällönanalyysi oli aineistolähtöistä.

5.5.1 Potilaiden teemahaastatteluiden analysointi

Teemahaastattelun jälkeen potilaiden haastattelut (ääninauhat) purettiin ja aineisto analysoitiin induktiivista logiikkaa noudattaen etenemällä analyysissä yksittäisistä asioista yleisiin (Tuomi 2009: 95). Haastatteluaineistosta esiin nousevat turvallista kotiutumista heikentävien ja edistävien tekijöiden teemat käsitteellistettiin ja näiden käsitteiden mukaan määriteltiin ilmiötä koskevat ala- ja yläluokat sekä näitä luokkia yhdistävät ilmaukset (Taulukko 3.) (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109).

Taulukko 3. Ote sisällön analyysin etenemisestä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävästä tekijöistä

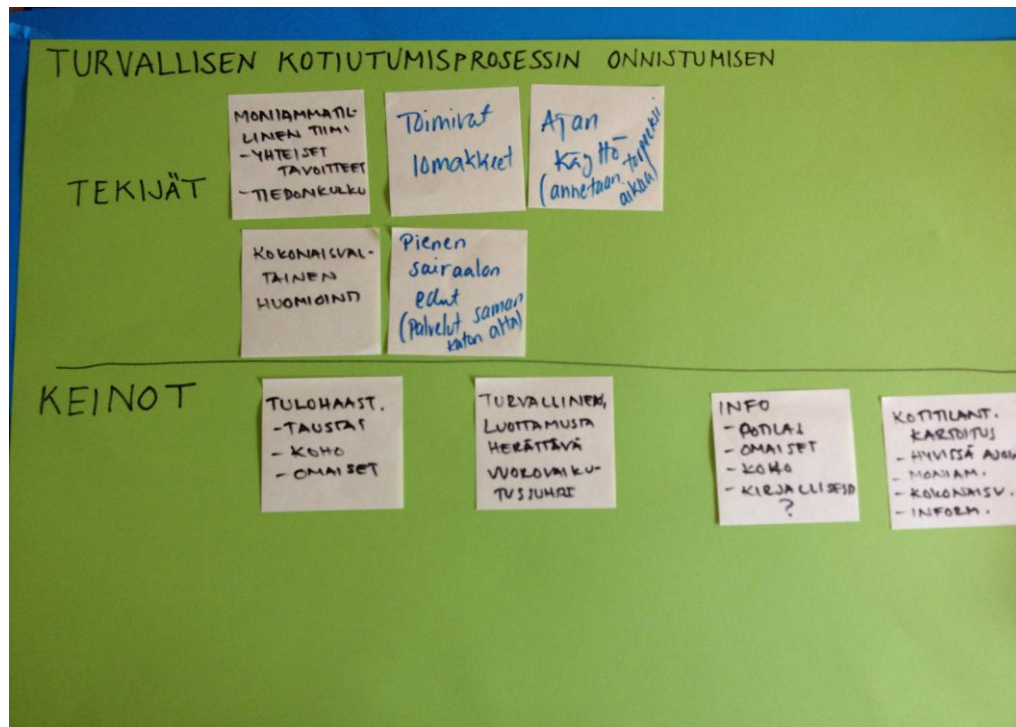
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty luokka
Ei auta olla epävarmaa oloa	Luottaa, että pärjää kotona	Potilaan luottamus itseensä	Potilaan kokemien sisäisten turvallisuustekijöiden täytyminen
Luotan tähän kuntooni jotenkin	Luottaa omaan kuntoonsa niin sairaalassa kuin kotonakin		
Pakkohan minun on pystyä kävelemään	Luottaa, että uskaltaa kävellä kotonakin		
En pelkää, että "ahaa minä kaadun"	Luottaa, että ei kaadu		
"Siitä asti kun me lähdettiin (saattajan kanssa) sairaalasta, mä olin niin kuin herran huomassa"	Luottamus henkilökunnan ammattitaitoon	Potilaan luottamus kuntoutushenkilökuntaa kohtaan	
"Mä luotan näihin ihmisiin, et ne puhuu rehellisesti"	Luottamus, että henkilökunta puhuu rehellisesti potilaan asioista		
"Kyl mä olen apua saa-	Luottamus, että apua voi		

nut, kun mä olen pyytänyt ja vielä sanotaan, että sitä vartenhan me täällä olemme”	pyytää henkilökunnalta ja sitä saa tarvittaessa		
”Teihin mä luotan, et te ootte mukana minul vielä pitämäs kotiovella niin mulle jää turvallinen olo”	Potilaan tunne, että siirtyminen kotiin hoidetaan turvallisesti		
”Joo se kertoo sitä luotamuksesta, että uskaltaa kysyä”	Uskaltaa kysyä henkilökunnalta omista asioista		

Myös pelkistetyt ilmaukset haluttiin näkyviin aineiston analyysin etenemisen läpinäkyvyyden edistämiseksi. Haastattelut litteroitiin ja niille tehtiin laadullinen aineistolähtöinen sisällön analyysi, jonka tuloksena tuli kuvaus potilaiden näkemyksestä turvallista kotiutumista edistävästä (Liite 7.) sekä heikentävistä (Liite 6.) tekijöistä.

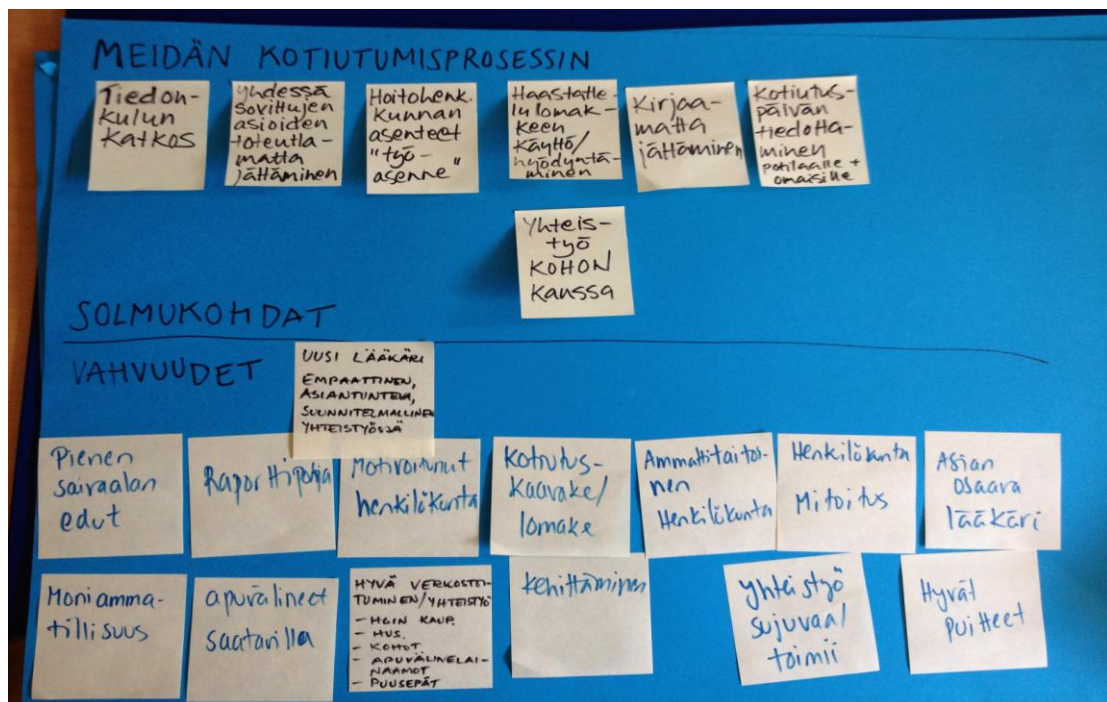
5.5.2 Kehittämisyhmän ensimmäisen tapaamisen tuottaman aineiston analysointi

Kehittämisyhmän ensimmäisessä tapaamisessa ryhmän tavoitteena oli tehdä kuvaus hoito- ja kuntoutushenkilökunnan näkemyksestä turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijöistä ja keinoista. Ryhmä jaettiin kahtia ja molemmat ryhmät keskustelivat yhdessä, jonka jälkeen he jaottelivat itse tuottamansa aineiston postereille. Kehittämisyhmän vetäjä oli havainnollistanut ryhmälle kehittämistehtävän luokittelemalla postereihin valmiiksi ”turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot” (Kuva 1.) sekä ”meidän kotiutumisprosessin solmukohdat ja vahvuudet” (Kuva 2.).



Kuva 1. Turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot

Ryhmä tuotti aineiston post it – lapuille ja liitti ne postereihin. Tämän jälkeen koko ryhmä keskusteli yhdessä posteriin liitetystä asiasta, jotka kehittämissuunnitelman vetäjä kirjasi ylös, mikä rikastutti tuotosta entisestään.



Kuva 2. Jatkohoito- ja kuntoutusosasto 3B:n kotiutumisprosessin solmukohdat ja vahvuudet

Kehittämisryhmän vetäjä teki tuotoksista laadullisen sisällön analyysit taulukkomuodossa käyttäen induktiivista päättelyn logiikkaa (Liitteet 8. ja 9.). Esimerkkinä tästä analyysin muodostamisesta on koottu otteet taulukkomuotoon (Taulukot 4. ja 5.).

Taulukko 4. Ote sisällön analyysin etenemisestä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen tekijöistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Moniammatillinen tiimi, jolla on yhteiset tavoitteet ja sujuva tiedonkulku	Sujuva yhteistyö ja toimivat käytännöt eri toimijoiden välillä potilaan kuntoutumisen tukena	Turvalliseen kotiutumiseen tähtäävä laadukas gerontologinen hoito- ja kuntoutustoiminta
Yhteistyö on sujuvaa organisaation sisällä kuntoutuksen tukipalveluiden kanssa (huolto, keittiö, viriketoiminta)		
Toimiva yhteistyö organisaation ulkopuolisten toimijoiden kanssa		
Moniammatillisen tiimin käytössä hyvät lomakkeet (kotiutuskaava-ke ja raporttipohjalomake), jotka lisäävät kuntoutus- ja kotiutus-toiminnan sujuvuutta		
Voimavarana uuden lääkärin yhteistyö- ammatti- sekä potilaan kohtaamisen taidot	Henkilökunnan hyvä ammattitaito ja motivaatio gerontologisen potilaan tavoitteellisessa sekä kokonaisvaltaisessa hoidossa ja kuntoutuksessa	
Hoito- ja kuntoutushenkilökunnan ammattitaito ja motivaatio		
Yhteiset tavoitteet potilaan kuntoutumis- ja kotiutumisprosessissa		
Potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja gerontologiset erityispiirteet huomioiden		

Taulukko 5. Ote sisällön analyysistä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen keinoista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Selvitetään hyvin potilaan taustat tarvittaessa myös koholta ja omaisilta	Huolellinen moniammatillinen potilaan tulotilanteen ja kotiolojen selvittely jo hyvissä ajoin kuntoutumisen tavoitteiden määrittämisen	Luodaan potilaan ja muiden toimijoiden välille informatiivinen sekä potilaan osallisuutta, luottamusta ja turvalli-
Potilaan taustojen kartoittamisessa huomioidaan moniammatillisuus,		

kokonaisvaltaisuus ja informatiivisuus	tueksi	suutta tukeva vuorovai- kutussuhde
Kartoitetaan potilaan kotona pärjäämistä tukevien palveluiden tarve		
Keskustellaan potilaan kanssa jo jakson alussa missä hän on ja miksi	Potilaan ja hänen kuntoutus- ja kotiutumisprosessissa toimivien tehokas tiedottaminen koko prosessin ajan	
Kerrataan tarpeen mukaan, jos potilaalla on tiedon omaksumisen haasteita		
Huomioidaan kotihoito ja omaiset tiedottamisessa		
Informoidaan potilaan omaisia potilaan palvelunsaantimahdollisuuksista kotona pärjäämisen tukemisessa (esim. palvelusetelit)		
Informoidaan kotiutuessa myös kirjallisena potilaalle tärkeät asiat (yhteystiedot, jatkokontrollit ym.)		

Laadullisen sisällön analyysin jälkeen ryhmän vetäjä kokosi analysoitavan aineiston kehittämiskysymyksiin vastaten ja kokosi ne kuviomuotoon turvallisen kotiutumisen onnistumisen tekijöiksi (Kuvio 9.) ja keinoiksi (Kuvio 10.) Tätä päättelyprosessia ohjasi koko kehittämistyön ajan suunnitelma aineistonkeruusta ja sen analysoinnista sekä potilaiden haastattelun ja kehittämissyöskentelyn kulusta kehittämistyön tarkoitus ja kehittämistehtävät huomioiden (Taulukko 2.).

5.5.3 Kehittämissyöskentelyn toisen tapaamisen tuottaman aineiston analysointi

Kehittämissyöskentelyn toisessa tapaamisessa ryhmän tavoitteena oli tuottaa vastaus kysymykseen, minkälainen on **toimintaohjeiden sisältö, mikä tukee ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista?** Kehittämissyöskentely huomioi jo aikaisempien kehittämissyöskentelyjen tuotokset ja tuotti niihin lisäsisältöä miettimällä kysymystä, *mitä ovat potilaan tukemisen keinot turvallisen kotiutumisen onnistumiseksi?* Ryhmä käytti yhteiskehittämissyöskentelyssä lumipallo -yhteiskehittämissyöskentelyn menetelmää eli ensin he miettivät kehittämiskysymykseen vastausta yksin, sitten pareittain ja sitten 4+3 henkilön ryhmissä, jolloin ryhmäläiset tuottivat post-it -lapuille yhteisesti mietityt vastaukset. Jokainen keino esiteltiin koko ryhmälle, mikä herätti paljon tuotosta rikastuttavaa keskustelua. Jälleen kehittämissyöskentelyn vetäjä kirjasi yhteiskehittämissyöskentelystä heränneet asiat ylös ja teki tuotoksesta laadullisen sisällön analyysin induktiivisen päättelyn logiikkaa noudattaen. Tämän jälkeen hän kokosi asiat taulukkomuotoon (Liite 10.).

Taulukko 6. Ote sisällön analyysistä ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöistä

pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
Kuullaan omaisten huoli potilaaseen liittyvissä asioissa	Potilaan ja omaisten huolen huomioiminen kotiutumiseen liittyen vuorovaikutuksen sekä vertaistuen keinoin	Turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöinä kaikkien potilaan hoidon, kuntoutuksen ja kotiutumisen parissa toimivien tavoitteellinen, informatiivinen, rauhallinen ja vuorovaikutteinen toiminta
Tarjotaan potilaille sosiaalista - ja vertaistukea antavaa pienryhmätöimintää		
Kotikäynnin yhteydessä annetaan potilaalle kirjallinen informaatio	Potilasta informoiminen myös kirjallisesti kotikäynnin sekä kotiutumisen yhteydessä	
Kotiutuessa annetaan potilaalle kirjallinen informaatio		

5.6 Johtoryhmän tapaaminen ja kehittämistoiminnan hyväksyminen

Kehittämisyhmän kahden tapaamisen jälkeen kehittämistyön tekijä esitteli johdolle lyhyesti työn etenemisen tärkeimmät vaiheet, jotka päättyivät *turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöiden* luomiseen yhdessä osaston moniammatillisen kehittämisyhmän kanssa. Johdon osallistuminen kehittämistoimintaan koettiin tärkeäksi, jotta myös jatkokehittäminen mahdollistuisi. Johtoryhmässä oli mukana Oulunkylän kuntoutussairaalan toimitusjohtaja, kuntoutusesimies, jatkohoito- ja kuntoutusosaston palvelupäällikkö sekä ylilääkärinä sekä jatkohoito- ja kuntoutusosaston lääkärinä toimiva geriatri. Geriatrilla oli kaksoisrooli tämän kehittämistyön kehittämistoiminnassa, sillä hän osallistui kehittämiseen sekä osaston hoito- ja kuntoutustyötä tekevänä ammattihenkilönä että johtoryhmässä vaikuttavana asiantuntijana. Johtoryhmä toivoi pieniä muutoksia kehittämisyhmän tuotoksiin. *Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen tekijät* – tuotokseen he toivoivat muutettavaksi termin gerontologinen, muutettavan geriatriiseksi, sillä jatkohoito- ja kuntoutusosastolla tehdään sairaalatasoista geriatria lääketieteellistä hoitoa ja kuntoutusta. *Turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöistä* johtoryhmä halusi poistettavan kohdan elämänkaariajattelusta sen epämääräisen kuvauksen vuoksi. Näiden muutosten jälkeen tuotokseen sekä jatkosuunnitelmiin saatiin hyväksyntä.

Johtoryhmä oli erityisen tyytyväinen kehittämisyhmän tekemään aloitteeseen pitää kehittämistilaisuus koko henkilökunnan kesken, jossa toimintaohjeet saataisiin eteenpäin kohti konkretiaa niin, että koko osasto pääsee vaikuttamaan siihen. Myös

suunnitelma potilasta tukevasta sosiaalista- ja vertaistukea antavan pienryhmätoiminnan aloittamisesta osastolla koettiin tärkeänä. Prosessi suunniteltiin etenevän kehittämistyön päättymisen jälkeen niin, että koko jatkohoito- ja kuntoutushenkilökunta kokoontuu yhdessä kehittämään varsinaiset toimintaohjeet jo luotuja ydintekijöitä hyödyntäen. Tulevassa kehittämistilaisuudessa kehittämissryhmässä ideoidut uudet tiedotteet eli jatkohoito- ja kuntoutusosaston esite sekä kotikäyntiesite oli tarkoitus tehdä valmiiksi niin, että koko henkilökunta hyväksyy esitteet. Lisäksi kehittämistilaisuudessa suunniteltiin kehitettävän sitä, kuinka ikääntyneen potilaan turvattomuus sairaalan osastolla voidaan tunnistaa ja kuinka turvattomuutta tuntevaa potilasta voidaan tukea? Kehittämistilaisuudessa oli tarkoitus luoda kotiutusvartti – lomake, joka tukee potilaan ja henkilökunnan välistä tiedonkulkua kotiutumiseen ja kuntoutumiseen liittyvissä asioissa. Henkilökunnan keskinäistä informaatiota tukemaan suunniteltiin mietittäväksi omaa kaavaketta ns. sähköinen kurva, jossa selkeästi ja lyhyesti varmistetaan onko kotiutumiseen liittyvät ydinkohdat suoritettu. Lisäksi tulevaisuudessa ikääntyneen turvallisen kotiutumisen toimintaohjeita testataan käytännössä ja arvioidaan sen toimivuutta. Ohjeita tullaan myös edelleen jatkokehittämään mm. kotihoidon kanssa yhteistyötä sekä omaisyhteistyötä kehittämällä.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Tämän kehittämistyön tulokset voidaan jakaa kolmeen osaan kehittämistehtävien mukaisesti: lonkkamurtumapotilaiden haastatteluista saatuihin tuloksiin, hoito- ja kuntoutustyöntekijöiden kehittämistoiminnasta saatuihin tuloksiin sekä näiden yhteisesti muodostamasta kehittämistoiminnan lopputuotoksesta eli ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöistä.

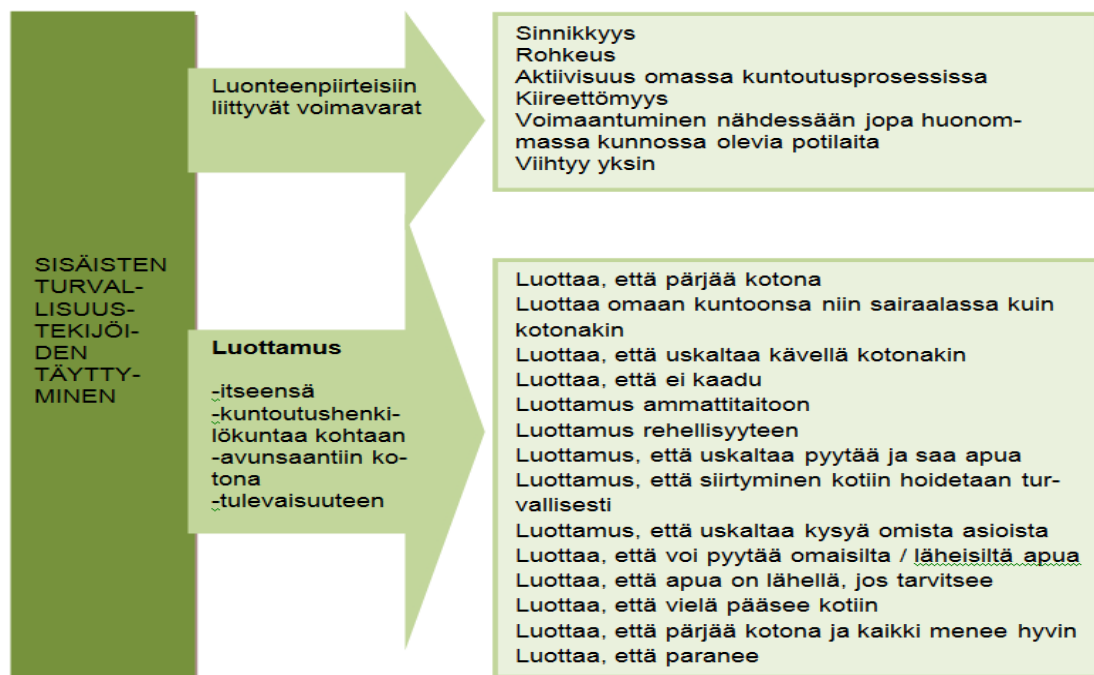
6.1 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan näkökulmasta turvallista kotiutumista edistävät ja heikentävät tekijät

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kokemuksista turvallista kotiutumista edistävissä tekijöissä rakentui kolme asiakokonaisuutta: sisäisten turvallisuustekijöiden täyttyminen, ulkoisten turvallisuustekijöiden täyttyminen sekä henkilökuntaan kohdistuvien toiveiden ja odotusten täyttyminen.

Sisäisten turvallisuustekijöiden täyttyminen turvallisen kotiutumisen edistäjänä

Sisäisten turvallisuustekijöiden joukosta hahmottui kaksi asiakokonaisuutta: luonteenpiirteisiin liittyvät voimavarat sekä luottamus. Turvallista kotiutumista edistäviä luonteenpiirteitä erottui haastateltavilta useampia. Näitä olivat sinnikkyys, rohkeus, kiireettömyys sekä yksin viihtymisestä nauttiminen. Haastateltavat kokivat myös, että omia sisäisiä turvallisuustekijöitä vahvistaa potilaan oma aktiivisuus kuntoutumisprosessissa sekä voimaantumisen tunne nähdessään jopa huonompikuntoisempia potilaita osastolla.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät



Katja Somersaari 2012

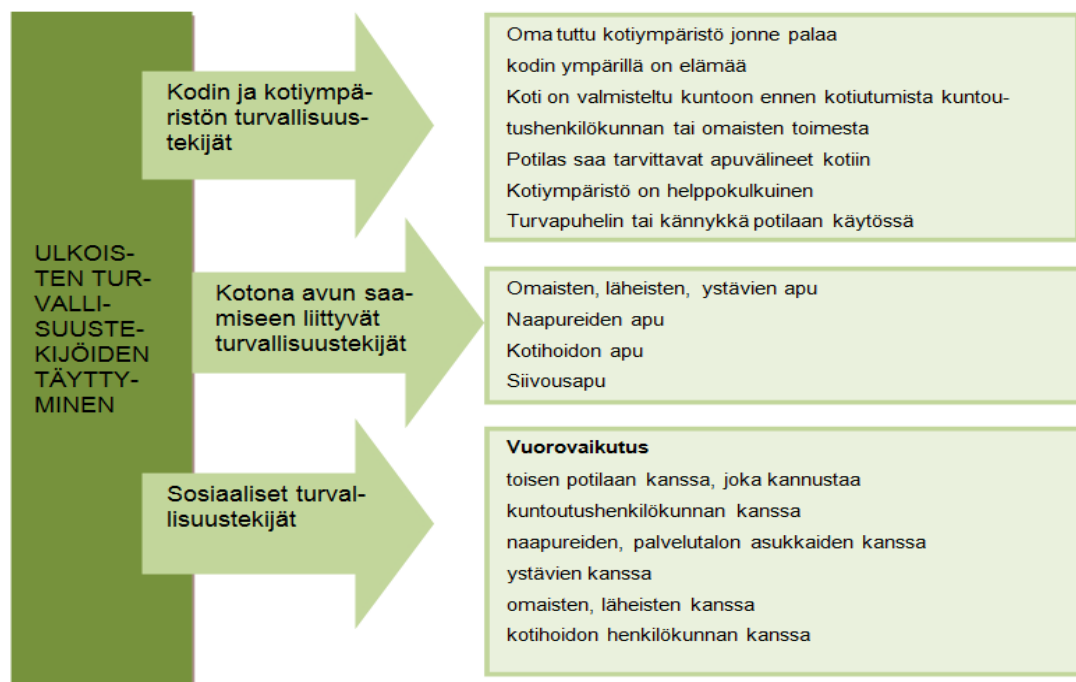
Kuvio 5. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät 1/3.

Haastateltavien keskusteluista erottui vahvasti myös luottamus turvallista kotiutumista edistävänä tekijänä. Luottamus yhdistettiin hyvin erilaisiin asioihin. Haastateltavat kokivat merkityksekkäänä sen jo sairaalassa ollessaan, että luottaa itseensä ja tulevaisuuteen, joihin liittyvät luottamus omaan pärjäämiseen kotona, rohkeuteen kävellä kotonakin sekä uskoon, että ei tule kaatumaan kotona ja pääsee vielä kotiin. Luottamus yhdistettiin myös kuntoutushenkilökuntaan. Potilaat kokivat, että luottamus henkilökunnan ammattitaitoa kohtaan, rehellisyyttä kohtaan sekä avun pyytämisen helppoutta kohtaan sekä siihen, että siirtyminen kotiin hoidetaan turvallisesti edistävät turvallista kotiutumista. Potilaat kokivat myös, että luottamus siihen, että kotona tulee saamaan apua edistää turvallista kotiutumista. Tarvitaan luottamusta siihen, että omaisilta ja läheisiltä voi pyytää apua ja apua on lähellä jos sitä tarvitsee. (Kuvio 5.)

Ulkoisten turvallisuustekijöiden täyttyminen turvallisen kotiutumisen edistäjänä

Ulkoisia turvallisuustekijöitä, jotka edistävät turvallista kotiutumista voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: kodin ja kotiympäristön turvallisuustekijöihin, kotona avun saamiseen liittyviin turvallisuustekijöihin sekä sosiaalisiin turvallisuustekijöihin. (Kuvio 6.)

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät 2/3



Katja Somersaari 2012

Kuvio 6. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät 2/3.

Haastateltavat kokivat, että turvallisuuden tunnetta kotiutuessa edistää oma tuttu kotiympäristö jonne palaa, tieto siitä, että kodin ympärillä on elämää, koti on valmisteltu kuntoon jo ennen kotiutumista kuntoutushenkilökunnan tai omaisten toimesta, potilas saa tarvittavat apuvälineet kotiin, kotiympäristö on helppokulkuinen ja potilaalla on kotona turvapuhelin tai kännykkä.

Avun saamiseen liittyviä tekijöitä olivat omaisten, läheisten ja ystävien apu, naapureiden apu, kotihoidon apu sekä siivousapu.

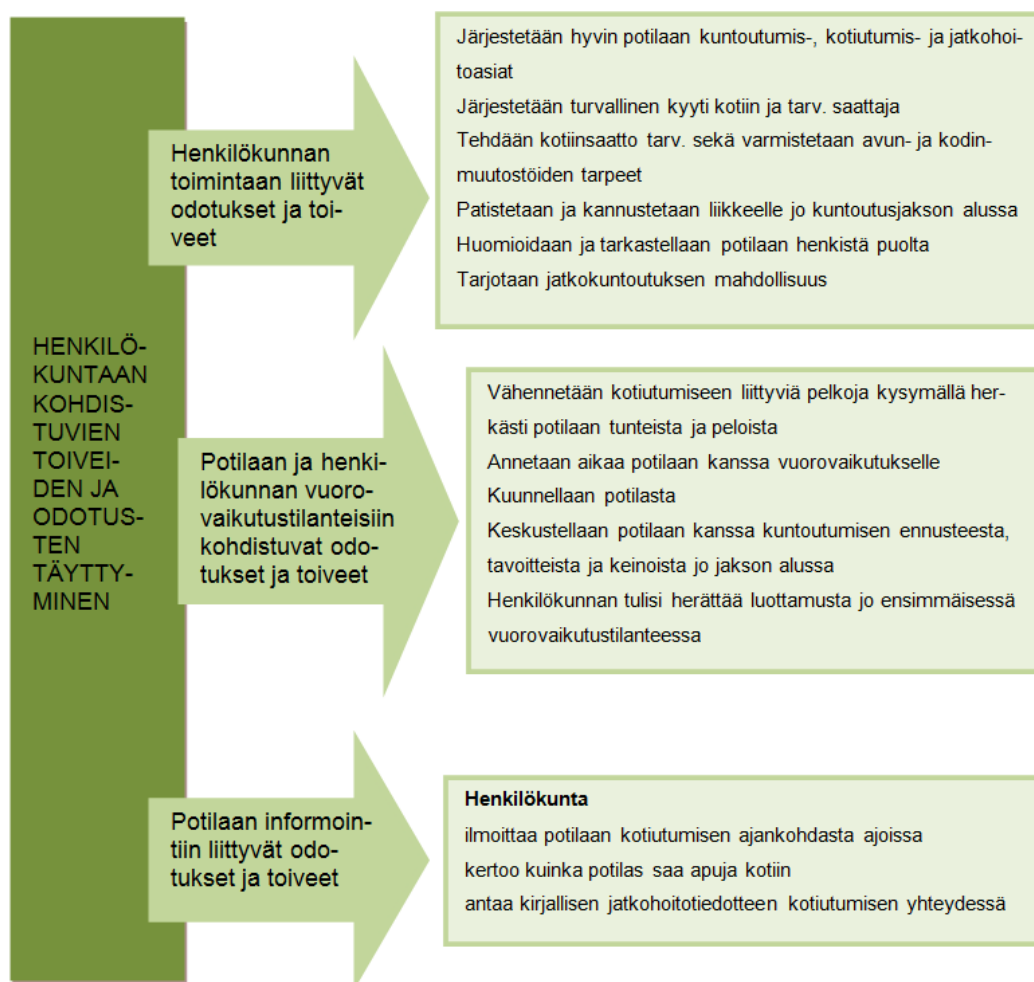
Sosiaalisia turvallisuustekijöitä turvallista kotiutumista edistävinä tekijöinä erottui haastatteluista vuorovaikutuksen merkitys. Vuorovaikutus koettiin tärkeänä sairaalassa ol-

lessa kuntoutushenkilökunnan sekä toisen potilaan kanssa ja kotiutumisen jälkeen ystävien, omaisten / läheisten sekä kotihoidon henkilökunnan kanssa.

Henkilökuntaan kohdistuvien toiveiden ja odotusten täytyminen turvallisen kotiutumisen edistäjänä

Henkilökuntaan kohdistuvien toiveiden ja odotusten täyttymisen joukosta hahmottui kolme asiakokonaisuutta: henkilökunnan toimintaan liittyvät odotukset ja toiveet, potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutustilanteisiin kohdistuvat odotukset ja toiveet sekä potilaan informointiin liittyvät odotukset ja toiveet. (Kuvio 7.)

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät 3/3



Katja Somersaari 2012

Kuvio 7. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät 3/3.

Haastateltavat kokivat turvallisuutta edistäväksi sen, että potilaan kuntoutumis-, kotiutumisen- ja jatkohoitoasiat järjestetään hyvin, kotiin järjestetään turvallinen kyyti ja tarvittaessa saattaja, tehdään tarvittaessa kotiinsaatto ja varmistetaan avun- sekä kodinmuutostöiden tarpeet. Haastateltavat kokivat myös tärkeäksi sen, että heitä patistetaan ja kannustetaan liikkeelle jo heti kuntoutusjakson alussa, huomioidaan ja tarkastellaan potilaan henkistä puolta ja tarjotaan myös jatkokuntoutuksen mahdollisuus.

Potilaan ja henkilökunnan välisiin vuorovaikutustilanteisiin kohdistuvia toiveita ja odotuksia erottui haastatteluista paljon. Haastateltavat kokivat tärkeäksi sen, että kotiutumiseen liittyviä pelkoja vähennetään kysymällä herkästi potilaan tunteista ja peloista kotiutumiseen liittyen, annetaan aikaa vuorovaikutukselle potilaan kanssa, kuunnellaan potilasta sekä keskustellaan potilaan kanssa kuntoutumisen ennusteesta, tavoitteista ja keinoista jo jakson alussa. Lisäksi mainittiin, että henkilökunnan tulisi herättää luottamusta jo ensimmäisessä vuorovaikutustilanteessa.

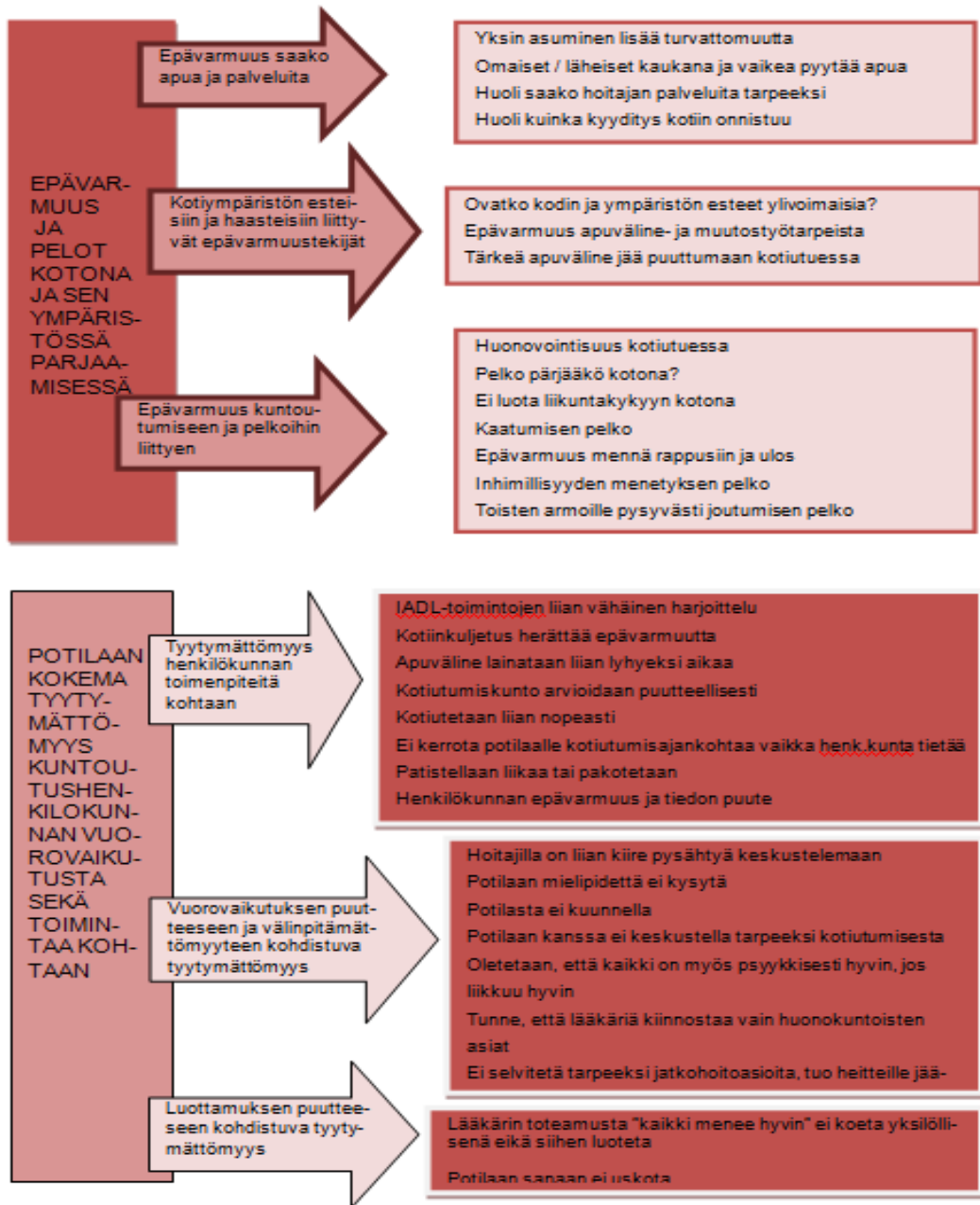
Turvallista kotiutumista edistävänä tekijänä myös potilaan informointiin liittyen erottui odotuksia ja toiveita. Haastateltavat toivoivat, että henkilökunta ilmoittaisi potilaan kotiutumisen ajankohdasta ajoissa, kertoisivat, kuinka apuja saadaan kotiin ja antaisivat kirjallisen jatkohoitotiedotteen kotiutumisen yhteydessä.

Turvallista kotiutumista heikentävinä tekijöinä epävarmuus ja pelot kotona ja sen ympäristössä pärjäämisessä

Haastatteluista erottui kaksi selkeää asiakokonaisuutta turvallista kotiutumista heikentävinä tekijöinä. Potilaat kokivat epävarmuutta ja pelkoa kotona ja sen ympäristössä selviytymisessä sekä tyytymättömyyttä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan vuorovaikutusta sekä toimintaa kohtaan.

Potilaat kokivat epävarmuutta siitä, tulevatko he saamaan apua ja palveluita kotiututtuaan, epävarmuutta kotiympäristön esteisiin ja haasteisiin liittyvissä tekijöissä sekä epävarmuutta kuntoutumiseen ja pelkoihin liittyen. (Kuvio 8.).

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista heikentävät tekijät



Katja Somersaari 2012

Kuvio 8. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista heikentävät tekijät.

Yksin asumisen koettiin lisäävän turvattomuutta, kuten sen, että omaiset / läheiset asuvat kaukana ja heiltä on vaikea pyytää apua. Turvallista kotiutumista heikentävinä tekijöinä koettiin myös huoli siitä, saako hoitajan palveluita kotona tarpeeksi sekä huoli siitä, kuinka kyyditys kotiin onnistuu.

Kotiympäristön esteisiin ja haasteisiin liittyvinä epävarmuustekijöinä erottui haastatteluista epävarmuus siitä, ovatko kodin ja kotiympäristön esteet ylivoimaisia ylittää, epävarmuus apuväline- ja muutostyötarpeista sekä epävarmuus siitä tulevatko kaikki tärkeät apuvälineet mukaan kotiutuessa. Kuntoutumiseen liittyviä pelkoja ja epävarmuustekijöitä oli huonovointisuus kotiutuessa, pelko siitä pärjääkö kotona, kaatumisen pelko, epävarmuus mennä rappusiin ja kodista ulos, inhimillisyyden menetyksen pelko, toisten armoille pysyvästi joutumisen pelko sekä epäluottamus omaan liikuntakykyyn kotona.

Turvallista kotiutumista heikentävinä tekijöinä potilaan kokema tyytymättömyys kuntoutushenkilökunnan vuorovaikutusta sekä toimintaa kohtaan

Haastatteluista voitiin erottaa kolme potilaan tyytymättömyyttä herättävää asiakokonaisuutta: tyytymättömyyttä henkilökunnan toimenpiteitä kohtaan, vuorovaikutuksen puutteeseen ja välinpitämättömyyteen kohdistuvaa tyytymättömyyttä sekä luottamuksen puutteeseen liittyvää tyytymättömyyttä.

Haastateltavat kokivat turvallista kotiutumista heikentäviksi tekijöiksi tyytymättömyyttä henkilökunnan toimenpiteisiin liittyen. Näitä olivat IADL -toimintojen liian vähäinen harjoittelu, epävarmuus kotiinkuljetuksessa, liian lyhyeksi aikaa lainattu apuväline, puutteellisesti arvioitu kotiutumiskunto, liian nopea kotiuttaminen, kotiutumisajankohdan kertominen liian myöhään, vaikka henkilökunta jo ajankohdan tietää, liika patistaminen ja pakottaminen liikkeelle lähtiessä sekä henkilökunnan epävarmuus ja tiedonpuutteen ilmeneminen.

Vuorovaikutuksen puutteeseen ja välinpitämättömyyteen liittyen haastatteluista ilmeni, että hoitajilla on liian kiire pysähtyä keskustelemaan, potilaan mielipidettä ei kysytä, potilasta ei kuunnella eikä potilaan kanssa keskustella tarpeeksi kotiutumisesta. Lisäksi koettiin tyytymättömyyttä siitä, että kuntoutushenkilökunta olettaa kaiken olevan hyvin myös psyykkisesti jos potilas liikkuu hyvin. Tyytymättömyyttä aiheutti myös tunne, että lääkäriä kiinnostaa vain huonokuntoisten asiat sekä se, että henkilökunta ei selvitä tarpeeksi jatkohoitoasioita, mikä tuo potilaalle heitteillejätön tunteen.

Luottamuksen puutteeseen kohdistuvaa tyytymättömyyttä potilaat kokivat siinä, että heidän mielestään potilaan sanaan ei uskota eikä lääkärin toteamukseen ”kaikki menee hyvin” luoteta eikä toteamusta myöskään koeta yksilöllisenä.

6.2 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen tekijät ja keinot

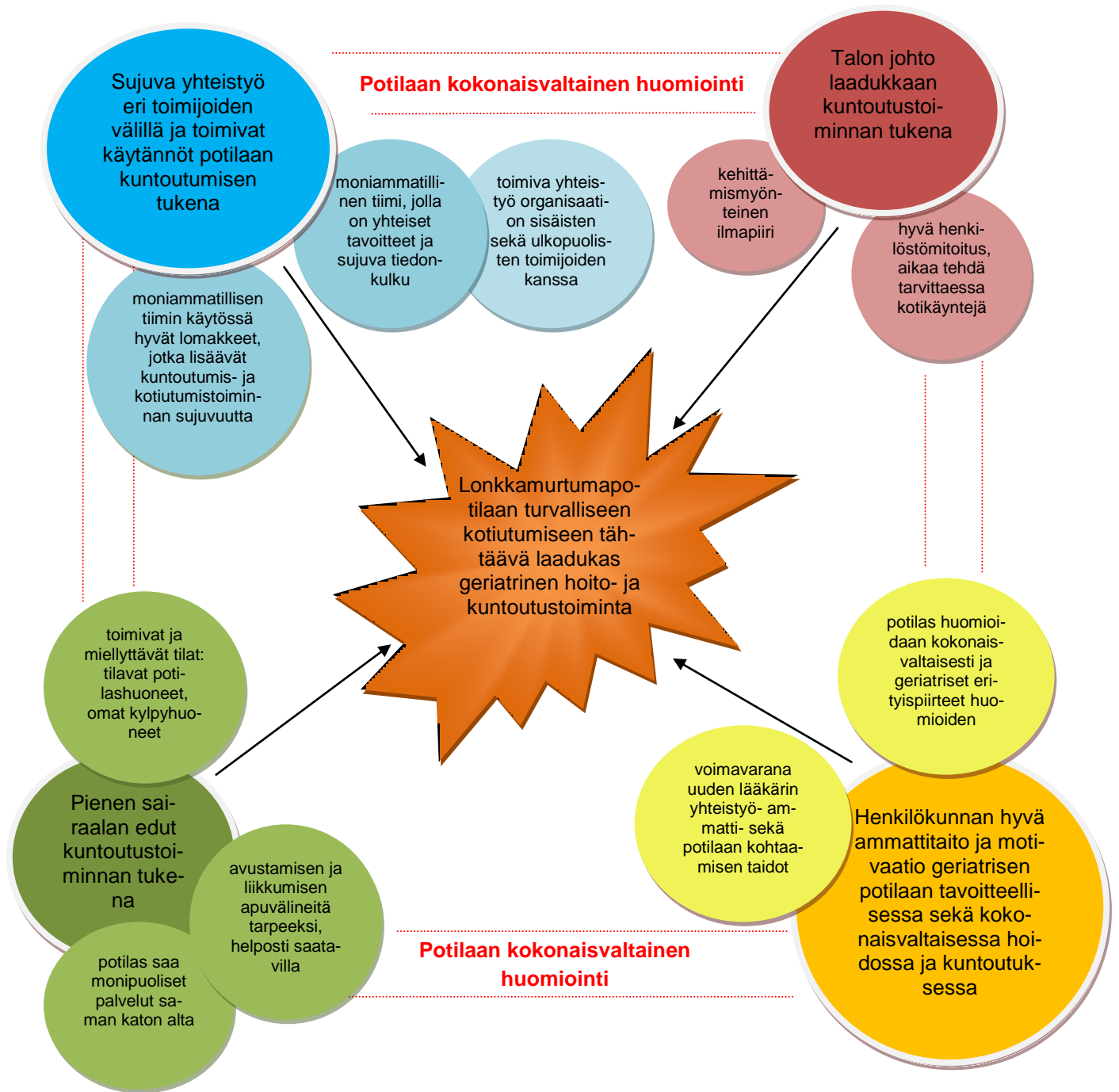
Jatkohoito- ja kuntoutusosaston henkilökunnasta koottu kehittämisryhmä koki ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan onnistumisen tekijöiksi niin ammatilliseen toimintaan kuin työympäristöönkin liittyviä asioita. Henkilökunta koki, että näillä onnistumisen tekijöillä tähdätään **ikäntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen mahdollistavaan laadukkaaseen geriatriseen kuntoutus- ja kotiutustoimintaan.** (Kuvio 9.)

Onnistumisen tekijät rakentuivat henkilökunnan hyvästä ammattitaidosta ja motivaatiosta geriatrisen potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja kuntoutuksessa. Henkilökunta koki voimavaraksi sen, että jatkohoito- ja kuntoutusosastolla toimii lääkäri, jolla on hyvät yhteistyö-, ammatti- sekä potilaan kohtaamisen taidot. Henkilökunta koettiin ammattitaitoisena ja motivoituneena ja potilas huomioidaan henkilökunnan mielestä kokonaisvaltaisesti ja geriatriset erityispiirteet huomioiden.

Pienen sairaalan edut koettiin myös onnistumisen tekijöiksi. Etuina nähtiin Oulunkylän kuntoutussairaalan toimivat ja miellyttävät tilat: tilavat potilashuoneet ja omat kylpyhuoneet. Koettiin, että liikkumisen sekä avustamisen apuvälineitä on tarpeeksi ja ne ovat helposti saatavilla. Se, että potilas saa monipuoliset palvelut saman katon alta, koettiin myös pienen sairaalan eduksi ja turvallisen kotiutumisen onnistumisen tekijäksi.

Talon johdon tuki koettiin kehittämismyönteisen ilmapiirin sekä hyvän henkilöstömitoituksen mahdollistajana. Henkilökunta koki myös johdon tueksi sen, että tarvittaessa henkilökunnalla on aikaa tehdä kotikäyntejä, jos turvallinen kotiutuminen näin vaatii.

Sujuva yhteistyö eri toimijoiden välillä ja toimivat käytännöt potilaan kuntoutumisen tukena edesauttavat kehittämisryhmän mielestä turvallista kotiutumista. Moniammatillisen tiimin käytössä olevat hyvät lomakkeet (kotiutuskaavake ja raporttipohjalomake) sekä moniammatillinen tiimi, jolla on yhteiset tavoitteet ja sujuva tiedonkulku ovat myös tekijöitä, jotka edistävät onnistunutta ja turvallista kotiutustoimintaa.



Kuvio 9. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen tekijät.

Hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kokemat Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen keinot muodostuivat hyvin konkreettisista toimenpiteistä, joilla pyritään luomaan potilaan ja muiden toimijoiden välille informatiivinen sekä potilaan osallisuutta, luottamusta ja turvallisuutta tukeva vuorovaikutussuhde. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen onnistumisen keinot.

Onnistumisen keinoina koettiin kiireettömien, luottamusta sekä turvallisuutta herättävien vuorovaikutustilanteiden luominen potilaiden, omaisten sekä henkilökunnan välille. Näiden vuorovaikutustilanteiden luomisen mahdollistumiseksi koettiin, että potilasta tulisi kuunnella sekä huomioida potilaan sanaton viestintä (sydämen syke, eleet) ja mielipiteet sekä reagoida niihin. Potilaalle tulisi olla läsnä ja antaa hänelle aikaa. Potilaan mahdollinen huoli kotiutumiseen liittyen tulisi huomioida ja keskustella huolenaiheista potilaan kanssa.

Potilaan ja hänen kuntoutumis- ja kotiutumisprosessissa toimivien tiedottaminen koko prosessin ajan koettiin turvallisen kotiutumisen onnistumisen keinoksi. Potilaan kanssa keskustelu jo jakson alussa missä hän on ja miksi koettiin tärkeäksi keinoksi potilaan tehokkaan tiedottamisen ja turvallisen kotiutumisen tukemiseksi. Potilaalle tärkeistä asioista, kuten yhteystiedoista ja jatkokontrolleista tiedottaminen myös kirjallisesti erityisesti kotiutuessa koettiin tärkeäksi. Erityisesti jos potilaalla on tiedon omaksumisen haasteita, potilaan tiedon omaksumisen varmistaminen, kertaamalla tarpeen mukaan oli hoito- ja kuntoutushenkilökunnan mielestä tärkeä turvallisen kotiutumisen keino.

Hoito- ja kuntoutushenkilökunta näki turvallisen kotiutumisen keinona sen, että potilaan saapuessa hoito- ja kuntoutumisjaksolle tulisi potilaan tulotilanne ja kotiolot selvittää huolellisesti, tarvittaessa myös omaisilta ja kotihoidolta, jotta kuntoutumisen tavoitteiden määrittäminen tarkentuisi. Potilaan tukipalveluiden tarve kotona tulisi henkilökunnan mielestä kartoittaa ja huomioida moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus sekä informatiivisuus.

Myös potilaan osallisuuden tukeminen kuntoutumis- sekä kotiutumisprosessissa oli hoito- ja kuntoutushenkilökunnan näkökulmasta kotiutumisen turvallisuutta lisäävä keino. Tähän liittyen erityisesti koettiin tärkeäksi se, että potilaan annetaan aktiivisesti osallistua oman kotiutumisensa suunnitteluun ja toteutukseen.

6.3 Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista tukevien toimintaohjeiden sisällön ydintekijät

Hoito- ja kuntoutushenkilökunnasta koottu kehittämisryhmä koki, että jo potilaan hoito- ja kuntoutusjakson alussa olisi tärkeää keskustella potilaan sekä omaisten kanssa potilaan sairaalassa olon tarkoituksesta ja tavoitteista rauhallisessa ilmapiirissä. Kaikkia toimijoita tulisi myös informoida kirjallisesti informaation kulun varmentamiseksi. Potilasta kannustetaan määrittämään hänen tavoitteensa, voimavaransa ja haasteensa kuntoutumiselle ja kotiutumiselle, jotka kirjataan potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Kehittämisryhmä ideoi, että potilaalle voidaan laittaa tavoitteet myös kirjallisena huoneen seinälle ”tauluksi”, joka muistuttaa kaikkia toimijoita yhteisestä päämäärästä. Kehittämisryhmä koki myös, että potilaan kanssa keskusteltujen tietojen omaksuminen tulee varmistaa. Potilaan esitiedot tulee selvittää hyvin potilaalta itseltään sekä tarvittaessa omaisilta ja kotihoidolta jo ennen moniammatillista kuntoutuskokousta, jolloin kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen selkiytyy tiedonkulun tehostumisen vuoksi.

Omaisten rooli koettiin tärkeänä ikääntyneen potilaan kuntoutuksessa. Kehittämisryhmä koki, että omaisia tulee vastuuttaa ja osallistaa enemmän potilaan kuntoutuksen ja kotiutumisen suunnittelussa ja mahdollisesti myös toteutuksessa. Omaisilta tulisi myös tiedustella, kuinka he haluaisivat osallistua potilaan kuntoutukseen. Omaisten ja potilaan informoinnin vuoksi osastolle koettiin tarpeelliseksi tehdä esite, jossa kerrotaan osaston toimintaperiaatteet mm. kuntouttavan hoitotyön otteen toteuttamisesta, aktiivisesta kuntoutuksesta sekä potilaan tavoitteesta kotiutua, eikä jäädä pitkäaikaiseen sairaalahoitoon. Kotiutuskeskustelun pitäminen jo jakson alussa potilaan ja tarvittaessa omaisten kanssa rauhallisessa ympäristössä kiireettömästi, koettiin myös tärkeäksi osaksi toimintaohjeiden ydintekijöitä luodessa. Keskusteluun osallistuu moduulin hoitaja tai moniammatillinen tiimi. Keskustelussa tulisi huomioida, että potilas varmasti ymmärtää mistä keskustellaan. Potilasta kannustetaan kertomaan huolenaiheensa ja potilaalle jaetaan tietoa hänen kotiutumiseen liittyvistä asioista.

Kehittämisryhmä koki potilaan ja omaisten kotiutumiseen liittyvän huolen huomioimisen tärkeäksi vuorovaikutuksen sekä vertaistuen keinoin. Potilaiden ja omaisten huoli potilaan kuntoutumiseen, hoitoon tai kotiutumiseen liittyen tulee kuulla ja siihen tulee myös reagoida. Potilaille koettiin tärkeäksi aloittaa potilaan kuntoutumiseen ja kotiutumiseen liittyvä vertaistukea antava ja sosiaalisuutta tukeva pienryhmä, joka kokoontuisi viikoittain osaston tiloissa. Ryhmästä hyötyvät potilaat arvioidaan yh-

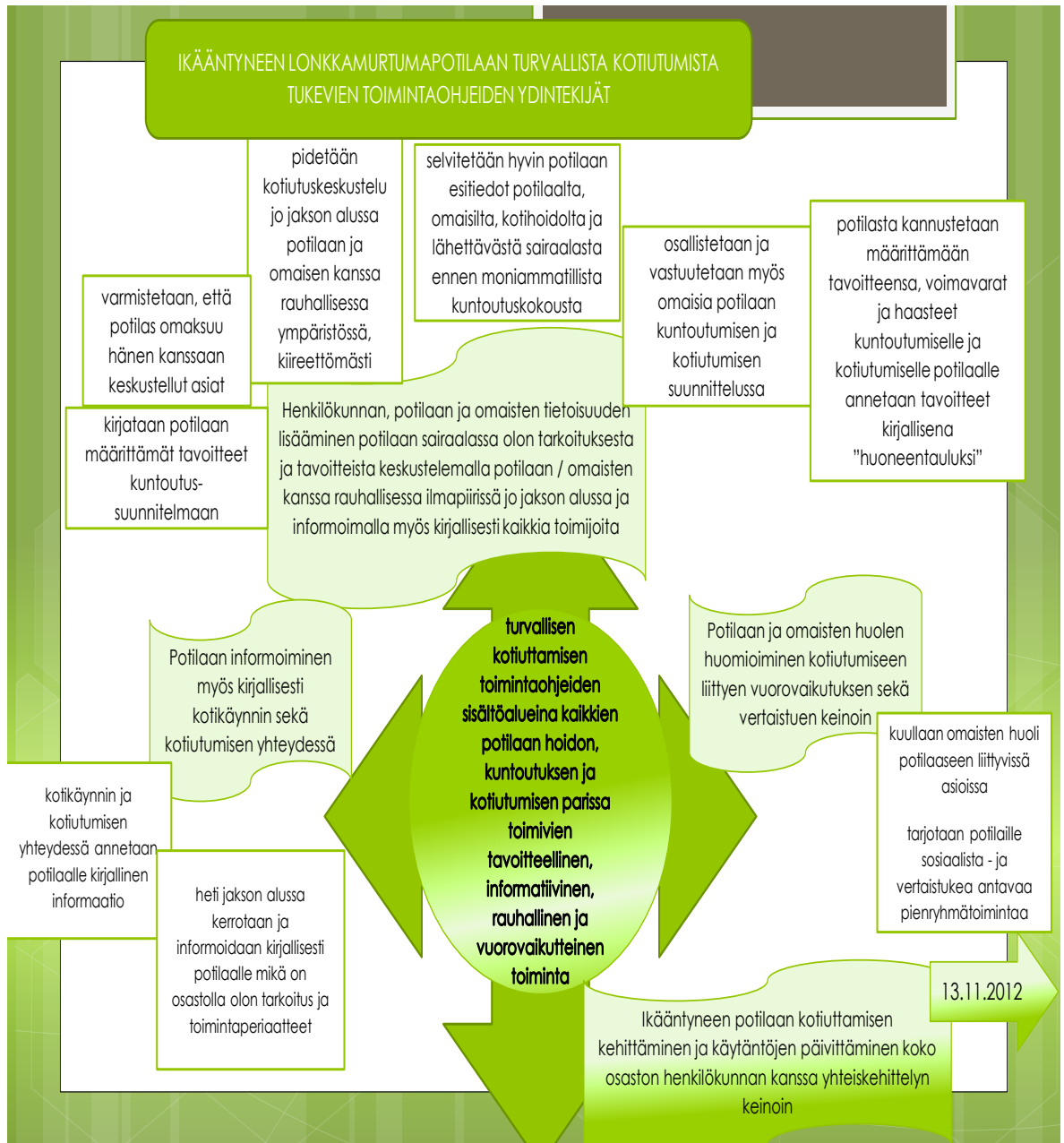
dessä moniammatillisen tiimin kanssa sekä tiedustelemalla potilailta itseltään halukkuutta osallistua ryhmään. Ryhmän vetäjiksi suunniteltiin osastolla työskentelevät ystäväpiirikoulutuksen käynyt fysioterapeutti sekä lähihoitaja.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan informaation kulun tehostamiseksi koettiin tärkeäksi, että potilasta informoidaan kotikäynnin sekä kotiutuskeskustelun yhteydessä myös kirjallisesti. Kotiutumiseen liittyvä informaatio sisältää mm. jatko-suunnitelman, jossa näkyy mm. mahdolliset jatkokontrollit sekä terapiat. Kotikäynnin yhteydessä koettiin tärkeäksi antaa potilaalle ja mahdollisesti myös omaisille jatkossa esite, jossa on tietoa kotikäynnin tarkoituksesta ja sen sisällöstä.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutumisen kehittäminen sekä käytäntöjen päivittäminen koettiin hyvin tärkeäksi tehdä yhdessä koko osaston henkilökunnan kesken yhteiskehittämisen menetelmiä apuna käyttäen. Kehittämisryhmä toivoi, että sairaalan johto antaisi mahdollisuuden kokoontua koko osaston hoito- ja kuntoutushenkilökunnan voimin rakentamaan ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeet käyttäen apuna kehittämisryhmän jo tuottamia toimintaohjeiden ydintekijöitä. Samalla oli tarkoitus päivittää osaston kotiuttamistoiminnan käytännöt ja luoda kotiuttamisen ”chek list”. Kehittämisryhmä koki, että ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kotiutustoiminnan kehittämiseen liittyy myös osaston arvomaailma, joihin kehittämisryhmä toivoi koko osaston voimin päivitystä huomioiden lonkkamurtumapotilailta saatu haastattelutieto sekä kehittämisryhmän tuottama tieto.

7 TURVALLISEN KOTIUTUMISEN YDINTEKIJÖINÄ TAVOITTEELLINEN, INFORMATIIVINEN, RAUHALLINEN JA VUOROVAIKUTTEINEN YHTEISTOIMINTA

Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden haastatteluiden sekä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kahden kerran yhteiskehittämisen sekä Oulunkylän kuntoutussairaalan johtoryhmän antaman hyväksynnän tuloksena syntyi toimintaohjeet, jotka sisältävät ydintekijät ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen tueksi (Kuvio 11.). Kuvioon kiteytettiin tämän kehittämistyöntärkeimmät tulokset ja lopputuotos.



Kuvio 11. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista tukevien toimintaohjeiden ydintekijät.

Toimintaohjeiden sisällössä painottui hoito- ja kuntoutushenkilökunnan toimenpidekeisyyksy, tehtävänjaottelun ja organisoimnin selkeys sekä informaation kulun tehostaminen eri toimijoiden välillä, potilaan ja omaisten osallisuuden tukeminen potilaan kuntoutumisessa ja kotiutumisessa sekä potilaan sisäisten turvallisuustekijöiden huomioon ottaminen kotiutuessa vuorovaikutuksen ja vertaistuen keinoin.

Kehittämissryhmä koki, että potilaan sairaalassa olon tarkoitus tulisi olla selkeä kaikille potilaan kuntoutumisessa sekä kotiutumisessa mukana oleville toimijoille jo heti hoito- ja kuntoutusjakson alussa. Näin ollen potilaan kuntoutumisen tavoite selkiytyy ja yhteisen tavoitteen määrittäminen helpottuu. Potilasta tulisi kannustaa määrittämään omat kuntoutumisensa tavoitteet, voimavarat sekä haasteet ja ne tulisi kirjata ylös hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan ja huomioida, että myös potilas itse näkee ne kuntoutusjakson aikana. Kehittämissryhmä ideoi ns. ”huoneentaulu” – mallia, jossa kuntoutumisen ja kotiutumisen tavoitteet olisivat potilaan huoneen seinällä muistuttamassa kuin taulu, josta myös omaiset näkevät sen hetkiset tavoitteet.

Omaisilla voi olla suuri rooli ikääntyneen kuntoutumisen ja kotiutumisen onnistumisessa. Kehittämissryhmä näki omaiset kuntoutumisen voimavarana ja kehittämissryhmän mielestä omaiset tulisikin huomioida paremmin potilaan kuntoutumisessa ja kotiutumisen suunnittelun tukena. Henkilökunnan olisi hyvä kertoa omaisille rauhallisessa ilmapiiirissä kuinka he voivat vierailuiden aikana aktivoita ja tukea potilasta esimerkiksi viemällä potilasta talon tapahtumiin tai kävelylle sen sijaan, että omaiset esimerkiksi lisäisivät omalla huolehtimisellaan potilaan epävarmuutta liikkuu. Omaiset olisi hyvä ottaa mukaan ”kotiutuskeskusteluun”, jossa käydään läpi potilaan toimintakyky ja elämäntilanne ennen lonkkamurtumaa ja sairaalajaksoa sekä mahdolliset haasteet, joita on vastassa potilaan kotiuduttua. Potilaan sekä hänen omaistensa lisäksi kotihoidolta sekä potilaan lähettävästä sairaalasta tulisi selvittää hyvin potilaan esitiedot jo ennen ensimmäistä moniammatillista kuntoutuskokousta, jossa yhteisesti ja moniammatillisesti mietitään jokaisen potilaan kuntoutumista sekä kotiutumista.

Hoito- ja kuntoutushenkilökunnan tulisi varmistua siitä, että potilas on varmasti omaksunut hänen kanssaan keskustellut asiat. Keskustelutilanne tulisi olla rauhallinen ja kiireetön. Kotikäynnin yhteydessä sekä kotiutuessa tulee potilaalle valtavasti informaatiota pienessä ajassa ja potilaan voi olla vaikeaa omaksua kaikkea informaatiota kerralla. Tämän vuoksi potilaan informoiminen myös kirjallisesti, koettiin tärkeäksi turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöissä. Potilaalle ideoitin annettavaksi kotikäyn-

nin sekä kotiutumisen yhteydessä kirjallinen esite, jota ei vielä ole osaston käytössä aikaisemmin ollut. Koettiin, että osastolle tarvittiin myös osaston esite, jossa potilas ja hänen mahdolliset omaiset näkisivät osastolla toteutettavan kuntouttavan hoitotyön otteen tärkeyden, potilaan osastolla olon tarkoituksen sekä osaston kuntoutus- ja kotiutustoiminnan periaatteet.

Kehittämisryhmä totesi, että potilaan sekä omaisten kotiutumiseen liittyvä huoli tulisi tunnistaa ja se tulisi myös huomioida vuorovaikutuksen sekä vertaistuen keinoin. Omaiset saattavat huolehtia kuinka kotiutuva potilas tulee pärjäämään enää kotioloissa, he saattavat nähdä potilaan voinnin huonompana kuin potilaan hoito- ja kuntoutushenkilökunta eivätkä omaiset välttämättä näe potilaan kuntoutusjakson aikana lisääntyneitä voimavaroja. Omaisten huoli saattaa kehittämisryhmän mielestä jopa heikentää potilaan kuntoutumista, jonka vuoksi huolen kuuleminen ja siitä keskusteleminen on hyvin tärkeää potilaan onnistuneen ja turvallisen kotiutumisen kannalta. Kehittämisryhmä koki, että potilaat kokevat usein turvattomuutta ja erilaisia pelkoja kotiutumiseen liittyen. Nämä potilaat olisi tärkeä tunnistaa ja tukea heitä turvattomuuden tunteen ja pelkojen lievittämisessä. Näille erityistukea tarvitseville potilaille ideoitii kerran viikossa osaston tiloissa kokoontuva ”psykososiaalinen vertaistukiryhmä”, jonka vetäjänä suunniteltiin toimivan jatkohoito- ja kuntoutusosaston lähihoitaja sekä ystäväpiiri ohjaajakoulutuksen käynyt fysioterapeutti. Ryhmän tarkoituksena olisi herättää yhteiskeskustelua potilaiden kokemasta turvattomuudesta sekä huolista ja peloista kotiutumiseen liittyen. Ryhmän aikana potilaille voidaan jakaa informaatiota heitä askarruttavissa asioissa ja potilaita voidaan kannustaa keskustelemaan heitä yhdistävissä asioissa ja näin ollen olemaan vertaistukena myös toinen toisilleen. Ryhmä päätettiin alkavaksi jo marraskuun aikana 2012.

Kehittämisryhmä koki hyvin tärkeäksi, että varsinaisten toimintaohjeiden luomiseen osallistuisi koko osaston henkilökunta. Lupa yhteiskehittämissiltapäivään saatiin talon johdolta ja se pidettiin 13.11.2012.

8 POHDINTA

Tämä kehittämistyö ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisesta kotiutumisesta on edennyt usean eri vaiheen kautta laadullisesta teemahaastatteluosuudesta kehittämissuunnan toimintaan ja sairaalan johdon kehittämiselle antaman hyväksynnän kautta konkreettiseen yhteiskehittämisellä tehtyyn tuotokseen. Kehittämistyö on myös edennyt loogisesti teoreettisen viitekehyksen rakentamisesta kohti käytännönläheisyyttä päätyen lopulta suoraan osaksi Oulunkylän kuntoutussairaalan kotiuttavan kuntoutuksen päivittäisiä toimintatapoja ja käytäntöjä. Kehittämistyö on käynnistännyt ja kehittänyt Oulunkylän kuntoutussairaalassa ikääntyneen potilaan kotiuttavan kuntoutuksen prosesseja, joita hoito- ja kuntoutushenkilökunta jatkokehittää ja jalostaa edelleen.

Kehittämistyöhön osallistuneet ovat yhtä mieltä siitä, että tämän kehittämistyön tulokset ovat sovellettavissa lonkkamurtumapotilaiden lisäksi myös muiden ikääntyneiden potilasryhmien kuntoutus- ja kotiutustoimintaan. Tämän vuoksi pohdinnassa puhutaan ikääntyneistä potilaista yleisesti.

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän kehittämistyön tulokset vahvistavat jo tutkittua tietoa siitä, kuinka tärkeää on huomioida kuntoutuva potilas kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Vaarana onkin, että asiantuntijat keskittyvät omaan osaamisen alueeseensa ja ikääntyneen kokonaistilanne jää huomioimatta, jolloin myös kotiutuvan ikääntyneen turvallisuuden kannalta keskeiset asiat saattavat jäädä huomioimatta (Mankkinen 2011: 5-6). Kehittämistyön tulokset antavat viitteitä siitä, kuinka oleellista potilaan fyysisen puolen kuntoutuksen lisäksi on ikääntyneen mahdollisen turvattomuuden tunteen tunnistaminen ja sen voittamisen tukeminen, jotta kotiutuminen sujuisi onnistuneesti ja kotiutuva ikääntynyt voisi myös jäädä turvallisesti kotiin luottaen omaan pärjäämiseensä. Kehittämistyön lopputuotoksena syntyi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijät, joista kehittämistyön jälkeen muodostettiin koko jatkohoito- ja kuntoutusosaston henkilökunnan kanssa varsinaiset toimintaohjeet. Näissä ydintekijöissä korostui kehittämissuunnan aikana esiin noussut kotiutuvan potilaan turvattomuuden tukemisen tarve ja siihen pyritään tulevaisuudessa vastaamaan Oulunkylän kuntoutussairaalan kotiutus- ja kuntoutustoiminnassa aikaisempaa paremmin.

Sosiaalinen tuki on kuntoutuksen erottamaton osa (Karjalainen ym. 2011: 57, 159). Tämän kehittämistyön haastattelut antoivat tarkempaa tietoa siitä, minkälaista tukea ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat toivoivat kotiutuessaan ja minkälaiset tekijät lisäsivät heidän turvallisuuden tunteen rakentumista. Tulokset osoittivat, että turvallinen ja onnistunut kotiutuminen rakentuu ikääntyneiden potilaiden mielestä monista eri tekijöistä. Sosiaaliset turvallisuustekijät rakentuivat teemahaastattelun tuomassa aineistossa vuorovaikutuksellisista tilanteista. Haastateltavat kokivat tärkeäksi onnistuneen kotiutumisen tekijäksi vuorovaikutuksen toteutumisen kaikkien heidän kuntoutukseen sekä elämäänsä osallistuvien kanssa. Heillä joilla ei ollut omaisia, vuorovaikutustilanteet painottuivat kontakteihin ystävien ja naapureiden kanssa tai kotihoidon käynteihin. Tästä herääkin ajatus siitä, kuinka paljon potilaiden turvallisuutta ja hyvinvointia voisimme tukea mahdollistamalla enemmän aikaa kotihoidon työntekijöille ikääntyneiden kotikäynneillä, jolloin myös vuorovaikutustilanteille jäisi enemmän aikaa? Entä hyödynnettäkö vapaaehtois- ja järjestötoimintaa tarpeeksi yksinäisten ja turvattomuutta kokevien ikääntyneiden kohdalla? Kuinka paljon tämä lisäisi ikääntyneen turvallisuutta ja vähentäisikö yksinäisyyden ja turvattomuuden lievittyminen pyöröovisyndroomaan joutumista?

Ikääntyneiden kanssa työtä tekevillä saattaa olla kiire eikä heillä ole aikaa pysähtyä ja yrittää kuulla sitä, mitä ikääntynyt ei aina sano suoraan (Mankkinen 2011: 5-6). Myös tässä kehittämistyössä tuli esiin haastateltavien toive henkilökunnan aktiivisuudesta kysyä potilaan vointia, vaikka potilas vaikuttaisikin päällisin puolin hyvinvoivalta. Haastateltavat halusivat myös keskustella henkilökunnan kanssa kuntoutumisesta sekä kotiutumiseen liittyvistä peloista ja muista tunteista. Myös kehittämissyhmä koki tärkeäksi sosiaalisen kanssakäymisen sekä sanallisen että sanattoman vuorovaikutuksen toteutumisen potilaiden kanssa. Kehittämissyhmä ei kokenut kiirettä vuorovaikutusta heikentäväksi tekijäksi, mutta vuorovaikutustilanteissa koettiin tärkeäksi rauhallinen ja kiiretön ympäristö. Kehittämissyhmä piti myös tärkeänä, että vuorovaikutukselle annetaan aikaa ja ollaan ”oikeasti potilaalle läsnä”. Tämän kehittämistyön tulokset vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia siitä, että lonkan alueen leikkauksesta toipuvien kuntoutujien kokemus vuorovaikutuksen toteutumisesta kuntoutumisen eri vaiheissa aikaansaa kuntoutujille luottamuksen ja turvallisuuden tunteita sekä tyytyväisyyttä kuntoutumisprosessiin kokonaisuutena (Knaapi-Junnila 2012:129).

8.2 Kehittämispöcessin ja menetelmällisten ratkaisujen tarkastelua

Toimintatutkimukselle tyypillisesti, tämä kehittämistyö rakentui useista eri vaiheista ja siinä käytettiin erilaisia kehittämistoiminnan menetelmiä. Kehittämistyössä pyrittiin toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuuteen sekä pyrkimykseen tuottaa samanaikaisesti välitöntä ja käytännöllistä hyötyä työelämään. Tämä kehittämistyö on vastannut hyvin näihin pyrkimyksiin.

Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden teemahaastattelut olivat kehittämistyön aineistonkeruun ensimmäinen osuus. Haastattelumateriaalia tuli paljon (yhteensä 130 sivua). Haastatteluiden toteuttaminen sekä sairaalassa että kotona koettiin hyväksi informaation keräämisen kannalta. Kaikki viisi haastateltavaa antoivat haastattelun mielellään myös kotonaan. Haastattelutilanne oli samalla myös vuorovaikutustilanne ja asiaa etukäteen suunnittelematta, mahdollisuus potilaille kysyä heitä kotiutumisen jälkeen askarruttamaan jääneistä asioista. Viidestä haastateltavasta kaksi oli haastattelijan ”omia kuntoutettavia”. Haastattelija ei kokenut merkittävää eroa siinä, kertoivatko tutut haastateltavat haastateltavista asioista eri tavalla kuin vieraamat. Mahdollisesti haastateltavien ja haastattelijan erilaiset asetelmat rikastuttivat haastattelutilanteita kokonaisuudessaan ja se voitiin ainakin haastattelijan näkökulmasta kokea positiivisena.

Kehittämistyöhön osallistuva hoito- ja kuntoutushenkilökunta sekä Oulunkylän kuntoutussairaalan johtoryhmä pitivät tärkeässä arvossa potilaiden teemahaastatteluita osana toiminnan kehittämistä. Haastattelut olivat ikään kuin kivijalka, jonka päälle kehittämistoiminta rakentui. Osaston moniammatillisen kehittämissryhmän kokoontuessa kehittämistyön tekijän tärkeä tehtävä oli välittää potilaiden mielipiteet ryhmälle ja muistuttaa niistä kehittämisen eri vaiheissa, sillä ammattilaisten kesken kehittäminen painottuu helposti liikaa asiantuntijanäkökulmien pohdintaan. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että juuri potilaiden kokemukset kertovat, tuottaako palvelu sitä mitä potilaat tuntevat tarvitsevänsä (Alaranta ym. 2008: 648, 652).

Moniammatillisen kehittämissryhmän tapaamisia oli kaksi, mikä todettiin erittäin tarpeelliseksi. Kaksi tuntia oli riittävä aika yhteen tapaamiseen, sillä tapaamisen tavoitteet ja sisältö olivat tarkoin etukäteen suunniteltuja. Ryhmäläiset olivat motivoituneita jatkohoit- ja kuntoutusosaston kehittämiseen ja heidät valittiin osaston palvelupäällikön toimesta. Ryhmäkeskustelu aineistonkeruumenetelmänä osoittautui toimivaksi ryhmän

pohtiessa kotiutumisen prosessin onnistumisen tekijöitä ja keinoja sekä turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöitä. Ryhmäkeskustelua rikastutti aineistonkeruun havainnollistaminen mm. post it -lappuja käyttäen sekä kehittämisryhmän vetäjän aktiivinen rooli yhteiskeskustelua eteenpäin vetämisessä. Moniammatillinen ryhmä itsessään toi monipuolisia näkökulmia kehittämiseen jokaisen pohtiessa kotiutustoimintaa omaa asiantuntijuutta hyödyntäen. Yksi merkityksellisimpiä asioita kehittämisryhmän toiminnassa oli ryhmän toive saada kokoontua koko osaston henkilökunnan kesken luomaan varsinaisia ikääntyneen potilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeita. Tähän tarvittiin organisaation asiantuntijajohdon (hoidon ja kuntoutuksen esimiehet: lue tte tähän) hyväksyntä, mikä saatiin kehittämistyön tekijän esitellessä työn em. ryhmälle.

Johdon tapaaminen oli välttämätöntä, jotta kehittämistyön tuottama uusi tieto saatiin käytäntöön. Johtoryhmän johtamis- ja kuntoutusalan asiantuntijaosaamisesta oli kehittämistyön kannalta suurta apua kehittämisen prosesseja esitellessä ja niitä reflektoidessa. Sairaalan geriatrilla, ylilääkärillä oli kaksoisrooli hänen osallistuessa sekä moniammatillisen kehittämisryhmän kokoontumiseen että sairaalan johtoryhmään. Oulunkylän kuntoutussairaalan johdon myönteinen suhtautuminen toiminnan kehittämiseen kannusti ja motivoi osaston hoito- ja kuntoutushenkilökuntaa jatkamaan kehittämistoimintaa myös varsinaisen kehittämistyön jälkeen koko osaston voimin, mikä toi lisäarvoa kehittämistyölle.

8.3 Eettiset kysymykset

Tässä kehittämistyössä on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisten ratkaisujen huomiointia koko kehittämisprosessin ajan. Tärkeitä kehittämistyöhön liittyviä eettisiä kysymyksiä olivat: Mitä tai keitä tutkimus hyödyttää? Tuottaako se mahdollisesti jollekin haittaa? Turvataanko kehittämistyöhön osallistuvien itsemääräämisoikeus? Perustuuko osallistuvien mukanaolo vapaaehtoiseen suostumukseen? Turvaako tutkimus kehittämistyöhön osallistuvien yksityisyyden ja luottamuksellisuuden? (Jyrkämä 2006: 15.)

Kehittämistyön aihevalinnan lähtökohdat olivat eettisesti hyväksyttäviä, sillä kehittämistyöllä pyrittiin ikääntyneen elämänlaadun ja hyvinvoinnin lisäämiseen niin sairaalassa kuin hänen kotiuduttuaankin. Eettisyys huomioitiin työn jokaisessa vaiheessa. Ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden haastatteluja suunniteltaessa oli arvioitava, kuinka

säilyttää haastateltaviksi kutsuttavien ikääntyneiden potilaiden vapaus kieltäytyä osallistumasta haastatteluun ilman, että heille tulisi tunnetta painostamisesta tai velvoittamisesta. Tämän vuoksi haastattelun esitteli potilaiden hoitoon harvemmin osallistuva osaston vastaava sairaanhoitaja, eikä kehittämistyön tekijä joka itsekin saattoi osallistua haastateltaviksi kutsuttavien potilaiden kuntoutukseen. Haastateltaviksi kutsuttiin vain potilaita, joilla ei ollut muistisairautta, sillä haluttiin varmistua siitä, että haastateltavat ymmärtävät kehittämistyön tarkoituksen ja ovat kykeneväisiä tekemään itse valinnan, haluavatko varmasti osallistua haastatteluihin. Haastateltavat saivat myös kirjallisen informaation kehittämistyöstä (Liite 3.) ja aikaa lukea se rauhassa. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluihin osallistumisesta (Liite 1.) ja haastattelut toteutettiin rauhallisessa ympäristössä haastateltavien yksityisyys huomioiden. Myös kehittämissuostumukseen osallistuneita informoitiin tarkoin kehittämistyöstä (Liite 4.) ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumiseen (Liite 2.).

Omaisten mukaan kutsumista tähän kehittämistyöhön ei koettu tarpeelliseksi, koska kaikki potilaat pystyivät kertomaan kokemuksistaan itse. Kotihoidon mukaan kutsumista mietittiin, mutta kehittämissuostumukseen epäiltiin pysyvän avoimempaa ja tuotteliaampaa, kun kaikki kehittämissuostumukseen osallistuneet tuntevat toisensa. Kehittämistyön tuottama tieto jaettiin kotihoidolle toisen projektin kautta, joka oli jatkumoa kehittämistyölle.

Tietosuojan huomioitiin niin, että aineistoa käytettiin ainoastaan tutkimustarkoituksiin, työhön osallistuvat esiintyivät nimettöminä ja aineisto suojattiin ulkopuolisilta. Kehittämistyön tulokset esitettiin kokonaisuutena niin, että yksittäiset vastaukset eivät erottuneet joukosta. (Anttila 2005: 269.) Haastattelumateriaali tuhottiin kehittämistyön valmistumisen jälkeen niin ääninauhalta kuin paperiltakin.

On tutkittu, että ikääntynyt potilas voi kokea riippuvuutta henkilökunnasta, eikä uskalla avun loppumisen pelossa ilmaista kielteisiä kokemuksiaan, jolloin puhutaan ns. Tukholma-syndroomasta (Voutilainen ym. 2002: 39 -40). Tästä ilmiöstä oli mahdollisesti kyse myös tämän kehittämistyön haastatteluissa, sillä osastolla toteutetussa haastattelussa ennen kotiutumista potilaat jättivät kertomatta arkaluontoisempia asioita, joista halusivat kuitenkin puhua jälkimmäisessä haastattelussa omassa kodissaan hoito- ja kuntoutusjakson ollessa päättynyt.

Ikääntyneet ovat usein haluttomia arvioimaan omaa hoitoaan ja he voivat kokea ulkopuolisen tutkijan epäluotettavana (Voutilainen ym. 2002: 39 - 40). Tässä kehittämis-

työssä haastateltaviksi kutsutuista vain yksi potilas kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Haastattelija ei ollut täysin ulkopuolinen tutkija, sillä hän toimi sekä kehittämistyön tekijänä että osaston fysioterapeuttina. Tämän ei koettu olevan ongelma haastateltavien eikä haastattelijan puolelta. Kehittämistyön tekijä pyrki pysymään mahdollisimman neutraalina ja objektiivisena kehittämistyön eri vaiheissa. Sekä haastattelijana että kehittämissryhmän vetäjänä hän pyrki huomioimaan, ettei johdattele keskustelua haluamaansa suuntaan, vaan esittää neutraaleja ja informatiivisia lisäkysymyksiä keskustelun rikastuttamiseksi.

8.4 Kehittämistyön hyödynnettävyys ja sovellettavuus

Koska jo aihevalinta tehtiin Oulunkylän kuntoutussairaalan toiminnan kehittämisen tarpeista lähtien, tuli työstä erittäin hyödyllinen erityisesti sairaalalle, mutta mahdollisesti myös muille samankaltaista ikääntyneen kotiutustoimintaa toteuttaville tahoille. Tämä kehittämistyö on käynnistänyt Oulunkylän kuntoutussairaalan jatkohoito- ja kuntoutusosastolla uusia kuntoutus- ja kotiutustoiminnan käytännön prosesseja huomioiden erityisesti asiakaslähtöisyyden ikääntyneiden kuntoutus- ja kotiutustoiminnan kehittämisen perustana. Prosesseja käynnistyi ennalta suunniteltua enemmän ja ne jatkuvat edelleen mm. viikoittaisena kotiutumista ja siihen liittyviä huolia käsittelevänä potilaille suunnattuna pienryhmätoimintana sekä kotihoidon ja Oulunkylän kuntoutussairaalan yhteistyöprojektina. Ikääntyneen potilaan turvallisen kotiutumisen kehittäminen on kirjattu myös Oulunkylän kuntoutussairaalan vuoden 2013 toimintasuunnitelmaan. Tuloksia tullaan hyödyntämään myös maaliskuussa käynnistyvällä uudella jatkohoito- ja kuntoutusosastolla.

Vaikka kehittämistyön aihe oli ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallinen kotiutuminen, voidaan todeta, että jatkohoito- ja kuntoutuspotilaiden osuus Oulunkylän kuntoutussairaalan kokonaispotilasmäärästä lisääntyy koko ajan ja samalla kehittämistyön tuomia uusia käytäntöjä ja sen tuotosta voidaan hyödyntää jatkossa myös muilla sairaalan osastoilla. Samankaltaista ikääntyneiden kotiuttavaa kuntoutustoimintaa toteutetaan Suomessa lukuisissa muissakin sairaaloissa, joissa kehittämistyön tuloksia voidaan mahdollisesti myös hyödyntää. Toisaalta jokaisessa toimivuutta ja asiakaslähtöisyyttä arvostavassa kuntoutusyksikössä voisi olla hyvä käydä omia kehittämissprosesseja läpi henkilökunnan kanssa, eli käyttää samaa kehittämistapaa, jolla samanlainen motivaatio ja innokkuus voisi syntyä juuri oman yksikön kehittämiseen.

Tällä kehittämistyöllä voi olla parhaassa tapauksessa myös yhteiskunnallista hyötyä, jos se käynnistää ikääntyneen potilaan turvallista kotiutumista edistäviä uusia kehittämisprosesseja myös muissa vastaavissa sairaaloissa. Ikääntyneen potilaan turvattomuuden tunnistaminen ja siihen reagoiminen jo kuntoutussairaalaissa ollessa voisi säästää yhteiskunnan sosiaali- ja terveydenhuollon varoja, jos turvattomuuden liitännäisoireita, esimerkiksi päivystykseen hakeutumista, voitaisiin tällä tavoin vähentää.

8.5 Loppusanat ja jatkotutkimusaiheita

Kuntoutuminen voidaan nähdä muutosprosessina (Järvikoski ym. 2011: 189), myös kotiutumista kuvataan useissa lähteissä prosessina (Koskinen ym. 2008: 555; Hiidenhovi 2001: 22; Gardner 2002: 18 - 19 Keskinen 2008: 7). Tämän kehittämistyön teoriaa tarkastellessa ilmeni, että kotiutumis- ja kuntoutumisprosessit kulkevat erottamattomasti limittäin ikääntyneen potilaan matkalla sairaalaan ja lopulta kotiin (Kuvio 2.). Aikaisemmissa aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa ei tällaisesta vertailusta ole raportoitu tai prosessien yhteyksiä ei ole ainakaan korostettu. Kuntoutumis- ja kotiutumisprosessien yhtäläisyyksien ja niiden erottamattomuuden tiedostaminen voi tuoda tulevaisuudessa-kin uusia näkökulmia kotiutustoiminnan tutkimiseen, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

Kuntoutus- ja kotiutustoiminta ovat rajapintoja ylittäviä ja useiden toimijoiden yhteistyötä vaativia prosesseja. Kotiutustoimintaa tulisikin tarkastella monesta eri näkökulmasta potilaat huomioiden, ei ainoastaan asiantuntijanäkökulmasta, kuten useissa tutkimuksissa ja raporteissa on ollut asetelmana (Hammar 2008: 59; Lämsä 2008: 16; Männistö 1998: 73; Keskinen 2008: 8, 37). Kuntoutumis- ja kotiutumisprosessissa tulisi myös huomioida potilaan roolin muuttuminen apua tarvitsevasta potilaasta asteittain autonomisemmaksi ja aktiivisemmaksi toimijaksi, joka kotiutuessaan luottaa siihen, että pärjää kotona juuri hänelle yksilöllisesti laadittujen apujen turvin. Toisen ihmisen tuki kotona on tärkeä osa turvallisuutta potilaille (Männistö 1998:71). Tässä kehittämistyössä ilmeni kuitenkin, että toisten ihmisten tuki on vain yksi tekijä kotiutuvan ikääntyneen potilaan ulkoisten turvallisuustekijöiden joukossa. Ikääntyneen turvallisuus rakentuu hyvin monista elementeistä ja aikaisemmin kotiutustoiminnan painotus onkin ehkä ollut liikaa ulkoisten, erityisesti konkreettisten ja välineellisten turvallisuustekijöiden huomioimisessa. Kuten haastatteluista kävi ilmi, ulkoiset turvallisuustekijät rakentuvat kotona avunsaamiseen liittyvien turvallisuustekijöiden lisäksi kodin ja kotiympäristön turvallisuustekijöistä sekä sosiaalisista turvallisuustekijöistä.

Aina potilaan tarvitsema apu ei ole ulkoista ja konkreettista. Sisäisten turvallisuustekijöiden huomioiminen ja niissä tukeminen edistää ikääntyneen potilaan turvallista kotiutumista tämän kehittämistyön valossa. Luottamuksen saavuttaminen niin itseensä, kuntoutushenkilökunnan toimintaa sekä kotona avunsaantia kohtaan, olivat potilaille merkityksellisiä asioita sisäisen turvallisuuden tunteen rakentamiseksi. Potilaiden positiiviset luonteenpiirteet tukivat sisäistä turvallisuutta, mutta kuntoutushenkilökunnan rooli oli myös suuri tuettaessa epävarmoja potilaita erityisesti luottamuksen saavuttamisessa kotioloissa pärjäämiseen. Tukea tarvitsevien potilaiden tunnistaminen koettiin haasteellisemmaksi kuin tuen antamisen. Mahdollisesti yksi tämän kehittämistyön merkityksellisimmistä asioista onnistuneen kotiutumisen kehittämisessä oli hoito- ja kuntoutushenkilökunnan tietoisuuden lisääminen siitä, mistä ikääntyneen kotiutuvan potilaan turvallisuus rakentuu. Osittain tämä tietotaito on varmasti esiintynyt kuntoutustoiminnassa ainakin ”hiljaisena tietona”, mutta sen tuominen osaksi kotiuttavan kuntoutuksen käytäntöjä oli kehittämistyöhön osallistuvan jatkohoito- ja kuntoutusosaston henkilökunnan sekä sairaalan johtoryhmän mielestä tärkeää. Potilaiden psykososiaalisten tarpeiden tunnistamiseen ja huomioimiseen tulisikin mahdollisesti tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota kuntoutusalan käytännön tutkimustoiminnassa, työssä ja kuntoutusalan koulutuksissa.

Tämän kehittämistyön lopputuotos eli ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista tukevien toimintaohjeiden ydintekijät sisältävät niin asiantuntija, asiakas, omais- sekä organisaationäkökulmat. Ennen kaikkea ohjeissa painottuu ikääntyneen potilaan osallisuuden tukeminen, vuorovaikutuksen tehostaminen ja potilaan psykososiaalisen tuen tunnistaminen sekä siihen reagoiminen osana laadukasta kuntoutus- ja kotiutustoimintaa. Tässä kehittämistyössä koettiin arvokkaaksi, kuinka jatkohoito- ja kuntoutusosaston koko henkilökunta saatiin osallistumaan ja jopa innostumaan kehittämistoiminnasta. Tämän onnistumiseen vaikuttivat varmasti useat tekijät, mutta mahdollisesti suurin motivoiva tekijä osallistumiseen oli potilailta saatu haastattelupalaute, kehittämisen käytännönläheisyys, pyrkimys konkretiaan, henkilökunnan mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä sekä organisaation johdon tuki kehittämistyön toteuttamiseen.

LÄHTEET

Aaltola, Juhani – Valli, Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus. Juva.

Ala-Nikkola, Merja 2003. kotona, sairaalassa vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Alaranta, Hannu – Lindberg, Heidi – Holma, Tupu 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko 2008 (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki.

Allila, Anja – Hölsä, Pentti – Joutsu, Liisa – Puska, Arja 1999. Turvallista elämää seniorivuosiin. Tietoa kotitapaturmista ikäihmisten parissa toimiville. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Nettijulkaisu. < <http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/06/Turvallista-elamaa-seniorivuosiin.pdf>>. Luettu 14.6.2012.

Anttila, Pirkko 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Akatiimi Oy. Hamina.

Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Akatiimi Oy. Hamina.

Aschan, Hanna 2011. Turvallinen vanhuus. Vanhustyön vastuunkantajat. 13.10.2011. Helsinki Marina Congress Center. Diaesitys. Nettijulkaisu. <http://www.vanhustyonvastuunkantajat.fi/@Bin/143139/3.+Aschan_Turvallinen+vanhuus.ppt>. Luettu 13.6.2012.

Gardner, Sirpa 2002. vanhuksen kotiutusprosessin elementit – kuvaus kotiutusohitajan toiminnasta. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.

Haapiainen, Reijo 2011. SOVE – tulevaisuushankekuvaus. Palvelukonsepti ja tuotteistus: kotiuttava kuntoutus Oulunkylän kuntoutussairaalassa. Laatijoina Ilvonen, Katja – Anttila, Jarmo – Juho, Sari – Sirén, Sanna – Somersaari, Katja – Katajaisalo, Eija 2011.

Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STAKES:n tutkimuksia 179. STAKES.

Heikkinen, Hannu – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti 1999. ”Siinä tutkija missä tekijä”. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Atena-kustannus. WSOY. Juva.

Heikkinen, Hannu 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Toim. Aaltola, Juhani – Valli, Raine. PS-kustannus. WSOY. Juva.

Hiidenhovi, Hannele 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos. Tampere.

Holmi, Markku 2012. Kuntoutustyö. Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä. Fysioterapian pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä.

Honkanen, Risto – Luukinen, Heikki – Lüthje, Peter – Nurmi- Lüthje, Ilona, Palvanen, Mika 2008. Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Ihmisellä on vain yksi henki. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Nettijulkaisu. < <http://www.kotitapaturma.fi/wp-content/uploads/2011/06/ikaihminen-kaatumistapaturmat-ja-niiden-ehkaisy.pdf>>. Luettu 14.6.2012.

Huhtala, Miia – Kouki, Suvi – Kuparinen, Suvi – Ruuhijärvi, Juho 2008. Kotiuttamisprosessi terveydenhuollossa. HUS Ihannesairaala- hanke. Nettijulkaisu. < <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,28073,28049>>. Luettu 13.6.2012.

Hurnasti, Tuula 1998. Takaisin kotiin. Liikuntavammaisten ihmisten kotiutuksen tukitoimet. Projektiraportti. Helsingin invalidien yhdistys Ry.

Hurskainen, Kari – Huusko, Tiina – Ylinen, Jari 2006. Kuntoutusvuodeosastot erikoissairaanhoidossa. Suomen lääkirlehti 10/2006 vsk 61.

Hyppönen, Hannele – Hämäläinen, Päivi – Pajukoski, Marja – Tenhunen, Emmi 2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Loppuraportti. Stakesin raportteja 6/2005. STAKES.

Ilvonen, Katja 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vanhusten lyhytaikaishoidon yksikön hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro Gradu tutkielma. Turun yliopisto. Turku.

Ilvonen, Katja – Anttila, Jarmo – Juho, Sari – Sirén, Sanna – Somersaari, Katja – Katajisto, Eija 2011. SOVE – tulevaisuushankekuvaus. Palvelukonsepti ja tuotteistus: kotiuttava kuntoutus Oulunkylän kuntoutussairaalassa.

Ilvonen, Katja – Renvall, Janne. Geriatriksen kuntoutuksen palveludesign 2012. Nettijulkaisu. < <http://wdchelsinki2012.fi/ohjelma/2011-12-29/geriatriksen-kuntoutuksen-palveludesign>>. Luettu 16.1.2012.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva.

Jyrkämä, Jyrki 2011. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Toim. Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo. STAKES. Bookwell Oy. Jyväskylä.

Jyrkämä, Jyrki 2006. Vanhukset toimijoina - vanhusten läsnäolo ja osallisuus tutkimuksessa. Teoksessa Topo, Päivi (toim.) 2006: Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Työpapereita 21/2006. STAKES. Helsinki: Valopaino Oy. 14 - 19.

Järnström, Sanna 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatriassa sairaalassa. Väitöskirja Tampereen yliopiston paino. Tampere.

Järvikoski, Aila - Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro Oy. Helsinki.

Kaarlola, Anne 2011. SOVE – tulevaisuushankekuvaus. Palvelukonsepti ja tuotteistus: kotiuttava kuntoutus Oulunkylän kuntoutussairaalassa. Laatijoina Ilvonen, Katja – Anttila, Jarmo – Juho, Sari – Sirén, Sanna – Somersaari, Katja – Katajaisalo, Eija 2011.

Kauppila, Timo 2002. Moniammatillisen lonkkahoitoketjun luominen Vantaalla. Kunnallislääkäri No. 4/2002/17.vsk.

Kettunen, Reetta – Kähäri-Wiik, Kaija – Vuori-Kemilä, Anne – Ihalainen, Jarmo 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY. Helsinki.

Keskinen, Päivi 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju. Opinnäytetyö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Koponen, Leena 2003. Väitöskirja. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Tampere.

Knaapi-Junnila, Sari 2012. Kuntoutuminen lonkan tekonivelleikkauksesta – Kuntoutujien omat tarinat. Fysioterapian pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä.

Laatikainen, Tanja 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009.

Laki lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta (1015/1991) 5 §. Nettijulkaisu. < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015>>. Luettu 1.10.2012.

Lihavainen, Katri – Hartikainen, Sirpa – Rantanen, Taina – Sipilä, Sarianna 2011. Iäkkäiden henkilöiden kipu ja liikkumiskyky. Tutkittua tietoa ja käytännön suosituksia liikumiskyvyn tukemiseen liikunnan avulla. Katsaus. Gerontologia 25(4), 2011.

Lonkkamurtumapotilaan hoidon käypähoito – suositus. Duodecim 2006; 122(3). Lonkkamurtumapotilaan käypähoito – suositus 2011. Nettijulkaisu. < <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50040>>. Luettu 12.2.2012.

Lämsä, Riikka 2008. ”En olisi vielä kotiin lähdessä”. Sairaalaosaston arkiset käytännöt potilaan silmin. Tutkimusraportti osana Helsingin yliopiston yhteiskuntatieteiden laitoksessa tehtyä väitöskirjaa sekä HUS:n ihannesairaala – hanketta. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Mankkinen, Taina 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011.

Markkanen, Päivi 2004. ”Pyörövisyndrooma”, Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoitoon onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen. Hoitotieteen laitos. Turun Yliopisto. Turku.

Mäkelä, Laura – Kivelä, Hilikka. 2009. Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2007 – 2009. HUS. Nettijulkaisu.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,28073>>. Luettu 11.6.2012.

Männistö, Terttu 1998. Iäkkään potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.

Niemelä, Anna-Liisa - Koivuranta-Vaara, Päivi - Lyytinen, Anna-Liisa 2007. Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon. Työryhmäraportti. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2007:10.

Niemelä, Kristiina 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio.

Nurmi, Ilona - Lüthje, Peter - Narinen, Anja - Tanninen, Salla 2003. Reisiluun yläosan murtumapotilaiden selviytyminen ja kokonaiskustannukset. Alkuperäistutkimusartikkeli. Duodecim 2003; 119:123-30.

Oulunkylän kuntoutussairaalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2012.

Opinnäytetyöpakki 2012. Nettijulkaisu. <<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiTutkimusotteet.aspx>>. Luettu 8.10.2012.

Piirtola, Maarit 2011. Ikääntyvien ja iäkkäiden henkilöiden murtumat – ilmaantuvuus, ennustavat tekijät ja seuraukset. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Turku.

Pitkälä, Kaisu – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Huusko, Tiina – Laakkonen Marja-Liisa – Pietilä Minna – Raivio, Minna – Routasalo, Pirkko – Saarenheimo, Marja – Savikko, Niina – Seppänen-Järvelä, Riitta - Vataja, Katri Strandberg, Timo – Tilvis, Reijo 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Katsausartikkeli. Lääkärilehti 42/2007 vsk 62.

Pitkäranta, Ari 2012. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK.

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes aiheita 29. Helsinki: Stakes.

Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P. & Teperi, J. 2003. PALKOmalli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Stakes aiheita 27. Helsinki: Stakes.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki Rajaniemi, Jere - Sarvimäki, Anneli 2005. Ikäihmisten kokemuksia kotiinkuntoutuksesta. Helsingin kaupungin kotiinkuntoutusyksiköiden arviointia. Raportteja 1/2005. Ikäinstituutti, Helsinki. Nettijulkaisu. <www.ikainstituutti.fi/tuotteet/julkaisusarjat/raportteja/ikaihminen+kokemuksia>. Luettu 2.12.2011.

Railo, Minna 2007. Turvallisuus ja turvattomuus yksin asuvan iäkkään kokemana. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku. Nettijulkaisu. <http://med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2007/Railo.pdf>. Luettu 13.6.2012.

Rantasalo, Katri 2007. Sairaalasta kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Rissanen, Paavo 2008. Kuntoutussuunnitelma. Kirjassa Kuntoutus. Toim. Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko 2008. Duodecim. Helsinki.

Savikko, Niina – Routasalo, Pirkko – Tilvis, Reijo – Pitkälä, Kaisu 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Artikkel. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006: 43 198-206.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. <http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf>. Luettu 22.2.2012.

Sosiaaliportti. Nettijulkaisu. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/tutkimus/miten_tutkia_kaytanta/>. Luettu 9.2.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. STM. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö - Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi>. Luettu 7.6.2012.

STM –julkaisuja 2003:19. Kuntoutuksen tutkimisen kehittämissuunnitelma. STM. Helsinki.

STM –julkaisuja 2008:6. KASTE 2008-2011. STM. Helsinki.

Sund, Reijo – Juntunen, Merja – Lüthje, Peter – Huusko, Tiina – Mäkelä, Matti – Linna, Miika – Liski, Antti – Häkkinen, Unto 2008. PERFECT –lonkkamurtuma. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Stakesin työpapereita 18/2008.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Uotila, Hanna 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Tampereen yliopiston paino. Tampere.

Voutilainen, Päivi – Vaaraman, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Elniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, Harriet 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakesin oppaita. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Vaapio, Sari 2009. Turvallisuuden / turvattomuuden kokeminen. VI gerontologisen epidemiologian jatko- ja täydennyskoulutuskurssi 13- 14.10.2009. Turun yliopisto. Turku. Nettijulkaisu. <[http://www.wdb.utu.fi/yleislaak/tiedotus.nsf/61345dc704eae28ac22568bd00428706/8278dd26e5949004c22575d1001c9d92/\\$FILE/vaapio.pdf](http://www.wdb.utu.fi/yleislaak/tiedotus.nsf/61345dc704eae28ac22568bd00428706/8278dd26e5949004c22575d1001c9d92/$FILE/vaapio.pdf)>. Luettu 13.6.2012.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002.
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>>. Luet-
tu 9.2.2012.

Vataja, Katri – Seppänen-Järvelä, Riitta 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. PS-kustannus. Juva.

Liite 1.**Suostumus haastatteluun osallistumiseen 9.3.2012**

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt saatekirjeen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkivan kehittämistyön ja haastattelun tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja myös suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni haastatteluun on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkivan kehittämistyön tekijälle Katja Somersaarelle p. 0401514972 tai katja.somersaari@okks.fi.

Suostun osallistumaan tutkivaan kehittämistyöhön vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Helsingissä _____

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Helsingissä _____

Suostumuksen vastaanottajan yhteystiedot:

Katja Somersaari

Fysioterapeutti

Kuntoutuksen YAMK-opiskelija

p. 0401514972

katja.somersaari@okks.fi

Liite 2.**Suostumus kehittämistyöryhmätyöskentelyyn osallistumiseen 9.3.2012**

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt saatekirjeen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkivan kehittämistyön ja kehittämistyöryhmän työskentelyn tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja myös suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni kehittämistyöryhmätyöskentelyyn on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkivan kehittämistyön tekijälle Katja Somersaarelle p. 0401514972 tai katja.somersaari@okks.fi.

Suostun osallistumaan tutkivaan kehittämistyöhön vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Helsingissä _____

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Helsingissä _____

Suostumuksen vastaanottajan yhteystiedot:

Katja Somersaari

Fysioterapeutti

Kuntoutuksen YAMK-opiskelija

p. 0401514972

katja.somersaari@okks.fi

Liite 3.**Tutkimushenkilötiedote potilaille****9.3.2012**

Tervetuloa mukaan kehittämään Oulunkylän kuntoutussairaalan toimintaa!

Kehitämme täällä Oulunkylän kuntoutussairaalan jatkohoito- ja kuntoutusosastolla **ikäntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen prosessia** ja teillä, hyvä potilaamme, on mahdollisuus osallistua kehittämiseen!

Kehittämistyö on osa Metropolian Ylemmän Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen opintojani. Opinnäytetyötäni ohjaavat Metropolian yliopettaja Elisa Mäkinen ja lehtori Pekka Paalasmaa ja sen on hyväksynyt Oulunkylän kuntoutussairaalan toimitusjohtaja Katja Ilvonen sekä ylilääkäri Jarmo Anttila.

Pyydän teiltä lupaa toteuttaa 2 haastattelua siitä aihepiiristä, mitkä tekijät hoito- ja kuntoutusjakson aikana ja 2 viikkoa kotiutumisen jälkeen olette kokeneet heikentävän tai edistävän turvallista kotiutumista? Ensimmäinen haastattelu tapahtuu osastolla ja toinen toivomallanne tavalla, joko puhelimitse tai kotikäyntinä. Nämä tiedot tulevat olemaan meille hyvin arvokkaita, jotta voimme kehittää lonkkamurtumapotilaiden kotiutumista vielä onnistuneemmaksi ja turvallisemmaksi.

Kehittämistyöhön osallistuminen on teille vapaaehtoista eikä haastatteluun osallistuminen tule vaikuttamaan millään tavoin täällä saamaanne hoitoon ja kuntoutukseen. Teillä on oikeus keskeyttää haastatteluun osallistuminen milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämistyössä kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti. Nimiänne ei luovuteta kenenkään ulkopuolisen tietoon, eikä ketään yksityistä henkilöä voida tunnistaa raportista. Analysoin tutkimusaineiston itse ja nauhoitettu materiaali hävitetään tutkimuksen valmistuttua viimeistään helmikuussa 2013. Valmiin työn saatte elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseustietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta.

Mikäli haluatte osallistua kehittämistyöhön, voitte ottaa yhteyttä suoraan minuun tai osastomme henkilökuntaan. Halutessanne annan erittäin mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä ennen kuin teette päätöksenne mahdollisesta osallistumisesta.

Ystävällisin yhteistyöterveisin:

Katja Somersaari, fysioterapeutti

Kuntoutuksen YAMK -opiskelija, p. 0401514972

katja.somersaari@okks.fi tai katja.somersaari@gmail.com

Liite 4.**Tutkimushenkilötiedote henkilökunnalle****9.3.2012****Tervetuloa mukaan kehittämään Oulunkylän kuntoutussairaalan toimintaa!**

Osastollamme kehitetään **ikäntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen prosessia** vuoden 2012 aikana ja sinulla, hyvä kollegani ja oman alasi asiantuntija, on nyt mahdollisuus päästä kehittämiseen mukaan. Aiheeseen liittyen teen tutkivan kehittämistyön, mikä on samalla osa Metropolia Ylemmän Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen opintojani. Opinnäytetyötäni ohjaavat Metropolian yliopettaja Elisa Mäkinen ja lehtori Pekka Paalasmaa ja sen on hyväksynyt Oulunkylän kuntoutussairaalan toimitusjohtaja Katja Ilvonen sekä ylilääkäri Jarmo Anttila.

Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kuntoutujalähtöisesti eli potilailta haastattelemalla saadun tiedon pohjalta ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumisprosessia. Tuotoksena teemme yhdessä monialaisen tiimin kanssa osastollemme **ikäntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisen toimintaohjeet**.

Tehtävänäsi on osallistua kehittämistyöryhmään (2 tapaamista / 2h), jossa yhdessä keskustellen ja toimien on tarkoitus:

- 1) Kuvata, mitä ovat turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijät ja keinot?
- 2) Tuottaa toimintaohjeet, jotka tukevat ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista?

Kehittämistyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voit perua osallistumisesi niin halutessasi. Käsittelen yhdessä tuottamamme tiedot luottamuksellisesti ja mahdollisimman anonyymisti. Keskusteluryhmässä jokaisen osallistuminen ammattiryhmästä riippumatta on tasavertaista. Tulen nauhoittamaan keskustelut myöhempää analysointia varten ja tuhoan nauhat työn valmistamisen jälkeen.

Ilmoitathan minulle osallistumisestasi pian,
Ystävällisin yhteistyöterveisin:

Katja Somersaari
Fysioterapeutti
Kuntoutuksen YAMK -opiskelija
p. 0401514972
katja.somersaari@okks.fi tai katja.somersaari@gmail.com

Liite 5.**Teemahaastattelurungot ennen ja jälkeen kotiutumisen**

JATKOHOITO- JA KUNTOUTUSOSASTOLTA KOTIUTUVAN IKÄÄNTYNEEN LONKKAMUR-
TUMAPOTILAAN HAASTATTELU

AVOIMET KYSYMYKSET:

- **Miltä sinusta tuntuu lähteä kotiin?**

- **Koetko, että sinun on turvallista palata kotiisi / palvelutaloon?**
 - Kyllä:
 - Ei: Katso seuraava kysymys

- **Tunnetko olosi jotenkin turvattomaksi, kun olet pian kotiutumassa?**
 - Kyllä: Millä tavalla koet turvattomuutta?
Mitkä tekijät lisäävät turvattomuuden tunnettasi?
Mitkä tekijät voisivat vähentää turvattomuuden tunnettasi?
 - Ei: Jatka seuraavilla avoimilla kysymyksillä.

- **Mitkä tekijät mielestäsi auttavat sitä, että kotiutumisesi sujuu turvallisesti?**

- **Pelkäätkö jotakin kotiutumiseesi liittyen?**
 - Kyllä: Minkälaisia asioita?
 - Ei.

- **Kuvailisitko minulle, mikä tekee kotiutumisestasi onnistuneen?**

TARKENTAVIA KYSYMYKSIÄ: (jos kysymyksiin ei saatu vielä vastausta)

- Koetko **vointisi ja kuntosi** olevan sellainen, että pärjääät kotona?
 - Kyllä:
 - Ei: Mikä mielestäsi tulee heikentämään pärjäämistäsi?

- Onko **liikuntakykyysi** sellainen kuin toivoit sen olevan kotiutumisen hetkellä?
 - Kyllä. Millainen liikuntakykyysi tällä hetkellä on?
 - Ei: Heikentääkö liikuntakykyysi kotona pärjäämistäsi tai kotiutumisesi turvallisuutta?

- Onko sinulla **kipuja**?
 - Kyllä: Estävätkö kivut sinua liikkumasta kotona tai kodin ulkopuolella?
Estävät kivut sinua selviytymästä kotiaskareistasi?
Vaikuttavatko kivut mielialaasi?
Koetko kipujen lisäävän turvattomuuden tunnetta kotona?
 - Ei.

- Onko sinulla ollut **kotihoidon apua** aikaisemmin?
 - Kyllä: Minkälaista apua olet saanut?
Koetko olosi turvalliseksi kotihoidon käyntien vuoksi?
 - Ei. Toivoisitko kotihoidon apua kotiisi? Tekisikö se sinulle turvallisen olon?

- Onko sinulle nyt suunniteltu **kotihoidon käynnejä**, kun palaat kotiin / palvelutaloon?
 - Kyllä: Minkälaista apua tulet kotihoidolta saamaan?
Koetko, että kotihoidon käynnit lisäävät kotona asumisen turvallisuutta?

- Onko sinulla **omaisia tai muita läheisiä** auttamassa kotiutumisessa?
 - Kyllä: Minkälainen merkitys heillä on sillä, että kotiutumisesi sujuu turvallisesti?
 - Ei: Kokisitko heidät tarpeellisiksi turvallisen kotiutumisen kannalta?

- Oletko saanut **keskustella** mielestäsi tarpeeksi **hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kanssa** kotiutumiseesi liittyvistä asioista?

- Kyllä: Koetko keskustelun tärkeäksi, jotta kotiutumisesi onnistuisi hyvin ja turvallisesti?
 - Ei: Olisitko kokenut keskustelun tärkeäksi, jotta kotiutumisesi sujuisi turvallisesti?

- Onko **sinua kuunneltu** mielestäsi tarpeeksi kotiutumisen suunnittelussa?
 - Kyllä: Millä tavalla?
 - Ei: Miten olisit toivonut huomioitavan paremmin?

- Oletko saanut mielestäsi **tarpeeksi tietoa** kotiutumiseen liittyen?
 - Kyllä.
 - Ei: Mitä tietoa olisit erityisesti toivonut?

- Tiedätkö **keneltä osastomme henkilökunnasta voit kysyä** kotiutumiseesi liittyviä asioita?
 - Kyllä: Kuka tämä henkilö on?
 - Ei: Toivoisitko, että sinulle olisi kerrottu tämä henkilö?

- Oletko kokenut, että olet saanut **osallistua kotiutumisesi suunnitteluun**?
 - Kyllä: Millä tavalla?
 - Ei: Olisitko kokenut sen tarpeelliseksi? Miksi?

- Koetko **apuvälineiden** vaikuttavan kotiutumisesi turvallisuuteen?
 - Kyllä: Millä tavalla?
 - Ei: Pystytkö liikkumaan ilman apuvälineitä?

- **Olisiko sinulla vielä jotakin, mitä haluaisit sanoa tai mistä haluaisit keskustella?**

- **Kuinka koet nyt, onko sinun turvallista palata takaisin kotiisi / palvelutaloon?**

HAASTATTELU POTILAALLE 2 VIIKKOA KOTIUTUMISEN JÄLKEEN**AVOIMET KYSYMYKSET:**

Miltä tuntuu olla kotona?

Kuinka ensimmäiset päivät sujuivat?

Mitkä asiat onnistuivat kotiutumisessasi?

Mitä meni pieleen kotiutumisessasi?

Mitkä asiat kotiutumisessasi sujuivat niin, että sinulle tuli turvallinen olo?

Mitkä asiat kotiutumisessasi sujuivat niin, että sinulle tuli turvaton olo?

Koetko turvattomuutta tai pelkoa tällä hetkellä? Millä tavalla?

TARKENTAVIA KYSYMYKSIÄ: (jos kysymyksiin ei saatu vielä vastausta)

- Oletko **uskaltanut liikkua** normaalisti kotonasi?
 - Kyllä.
 - Ei: Miksi et?

- Häiritsevääkö **kivut** elämääsi?
 - Kyllä: Millä tavalla?
 - Ei.

- Koetko itsesi **yksinäiseksi**?
 - Kyllä: Millä tavalla?
 - Ei. Miksi ei?

- Ovatko sinun **jatkohoitoon liittyvät asiat**, kuten esimerkiksi kotihoidon käynnit, mahdolliset jatkokontrollit ym. asiat, hoidettu toivomallasi tavalla?
 - Kyllä: Koetko, että tämä vaikuttaa kotiutumisen turvallisuuteen? Miten?
 - Ei: Mitä olisit toivonut hoidettavan paremmin?
Koetko, että tämä vaikuttaa kotiutumisen turvallisuuteen? Miten?

- Lisäisivätkö kirjalliset **kotiutus- ja jatkohoito-ohjeet** kotiutumisesi onnistumista ja turvallisuutta?
 - Kyllä: Miksi? Minkälaiset?
 - Ei: Oletko saanut suullisesti riittävästi neuvontaa?

- Tehtiinkö sinulle **kotikäynti** ennen kotiutumista tai **kotiin saatto**?
 - Kyllä: Lisäikö tai heikensikö kotikäynti / saatto mielestäsi turvallista kotiutumista?
 - Ei: Olisitko toivonut kotikäyntiä / kotiin saattoa? Miksi?

- Oliko sinulla **apuväline- tai kodin muutostöiden tarpeita** kotiutumiseen liittyen?
 - Ei: Keskusteltiiniko kanssasi apuvälinetarpeista / muutostöistä?
 - Kyllä: Keskusteltiiniko kanssasi apuvälinetarpeista / muutostöistä?
Kuka nämä asiat järjesti eteenpäin?
Kuinka sait apuvälineet kotiisi?

- Saitko mielestäsi **riittävästi tietoa** kotiutumiseen liittyen?
 - Kyllä.
 - Ei: Mitä tietoa olisit erityisesti toivonut?

- Saavuttiko kotiutumiseen liittyvä tieto sinut **riittävän aikaisin**?
 - Kyllä: Milloin?
 - Ei: Milloin olisit toivonut saavan tiedon? Miksi?

- Tarvitsetko mielestäsi **jatkokuntoutusta** esimerkiksi fysioterapiaa tai kotijumppaohjeita kotiutumisen jälkeen?
 - Kyllä: Onko sellaista järjestetty? Millä tavalla? Kysyttiinkö haluasi jatkokuntoutukseen?
 - Ei: Miksi et?

- **Olisitko kiinnostunut osallistumaan kotona pärjäämistä tukevaan liikuntaryhmään Oulunkylän kuntoutussairaalassa, jos sellainen tulevaisuudessa järjestetään?**
 - Kyllä: Saako sinulle soittaa ja ilmoittaa, jos sellainen ryhmä aloitetaan?
 - En.

Liite 6.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista heikentävät tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty luokka
<p>Jos pitäisi mennä yksin kotiin, niin tuntisin itseni ihan turvattomaksi</p> <p>Kaipaisin, että olisin lähempänä joitakin</p> <p>Onhan niilläkin (omaisilla) omakin elämä, ne eivät voi lähteä mihinkään</p> <p>Voinko luottaa, että saan hoitajan sinne</p> <p>Ajattelin, että kuinka kauan minut nyt sitten viedään</p>	<p>Yksin asuminen ja turvattomuuden kokemus</p> <p>Omaisten / läheisten kaukainen sijainti</p> <p>Omaisilta / läheisiltä avun pyytämisen vaikeus</p> <p>Huoli siitä, saako hoitajan palveluita tarpeeksi</p> <p>Kuinka kyyditys kotiin järjestyy ja kuka saattaa</p>	<p>Avun ja palveluiden saamiseen liittyvät epävarmuustekijät</p>	<p>Potilaan kokenema epävarmuus ja pelot kotona ja sen ympäristössä pärjäämisessä</p>
<p>Kotona on valtavan paljon haasteita, ovi on kapea, vanha talo, pieni WC</p> <p>En minä ensinnäkään tiedä voiko niitä (apuvälineitä) asentaakaan</p> <p>Suihkutuoli olisi ollut ihan välttämätön</p>	<p>Epävarmuus siitä ovatko kodin ja ympäristön esteet ylivoimaisia ylittää</p> <p>Epävarmuus kodin apuväline- ja muutostyötarpeista</p> <p>Tärkeä apuväline jää puuttumaan kotiutuessa</p>	<p>Kodin ympäristön esteisiin ja haasteisiin liittyvät epävarmuustekijät (heikentävät varmuutta liikkua kotiympäristössä)</p>	
<p>Tuli takapakkia taudin kanssa (juuri ennen kotiutumista)</p> <p>Tuleeko toimeen vai eikö tule? nämä kaksi asiaa tavaltaan koko ajan pyörii mielessä</p> <p>On epävarma olo</p>	<p>Potilas kokee itsensä huonovointiseksi kotiutuessaan</p> <p>Kotona pärjäämättömyyden pelko</p> <p>Potilas ei luota liikunta-</p>	<p>Kuntoutumiseen ja pelkoihin liittyvät epävarmuustekijät</p>	

jalassa	kykyynsä kotona		
Pelkäsin sitä kaatumista, että jos minulla ei pidäkään toinen jalka	Kaatumisen pelko		
En tiedä mikä siinä on, mutta en nyt heti lähtisi rappusiin	Potilas on epävarma uskaltaako lähteä rappusiin ja kodistaan ulos		
Jollain lailla tuntuu, että menettää inhimillisyytensä, kun joutuu toisten armoille	Inhimillisyyden menetyksen pelko		
Lähinnä minua pelottaa se, että joutuisin jonnekin hoitolaitokseen	Toisten armoille pysyvästi joutumisen pelko (pitkäaikaiseen laitoshoitoon)		

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty ilmaus
Täällä kotona joutuu ihan miettimään ruoanlaitot ja kaikki	IADL-toimintojen liian vähäinen harjoittelu kuntoutusjakson aikana	Potilaan kokema tyytymättömyys henkilökunnan toimenpiteitä kohtaan	Potilaan kokema tyytymättömyys kuntoutushenkilökunnan vuorovaikutusta sekä toimintaa kohtaan
Minulla oli niin epävarma tunne koko sen matkan, kun tulin kotiin	Kotiinkuljetus herättää potilaassa epävarmuutta		
hän laittoi liian nopeasti palautuspäivän tuohon (rollaattoriin)	Apuväline lainataan liian lyhyeksi aikaa		
Se kotiutuminen oli päätetty ennen kuin sain tämän taudin	Potilaan kotiutumiskunto arvioidaan puutteellisesti eikä reagoida voinnin muutokseen		
Semmoinen tunne tuli, että pikkusen hosuttiin	Potilas kotiutetaan liian nopeasti		
Jos he saavat tietää,	Vaikka henkilökunta poti-		

<p>että milloin se kelonaika on, niin hyvä tietää kyllä minunkin</p> <p>Se lonkka oli kyllä niin kipeä, että en voinut liikkua, niin sitten ne toiset hoitajat ottivat ja veivät</p> <p>Eivät ne tiedä kaikkea ne tytöt siellä</p>	<p>laan kotiutumisaikojen, sitä ei kerrota potilaalle</p> <p>Potilasta pakotetaan tai patistellaan liikaa</p> <p>Henkilökunnan epävarmuus ja tiedon puute</p>		
<p>Semmoinen tunne tulee, että ei ole tarpeeksi aikaa pysähtyä keskustelemaan</p> <p>Pitäisi aina kysyä, eikä sanoa, että sinä menet nyt kotiin</p> <p>Kaikessa tässä kuntoutuksessa pitäisi kuunnella potilasta eikä vaan kulkea ohi ja sanoa, että kaikki on hyvin</p> <p>Olen yrittänyt kysyä, niin minulle on aina sanottu, että ”katsotaan”</p> <p>Voi vaikuttaa päältä käsin, että kaikki on hyvin, mutta ei kaikki ole hyvin</p> <p>Joka on mennyt hyvin eteenpäin tässä prosessissa, niin se ei kiinnosta lääkäriä</p> <p>Jollakin lailla se on heitteillejätö, kun ei tiedä kenenkä puoleen kääntyä</p>	<p>Hoitajilla on liian kiire pysähtyä keskustelemaan</p> <p>Potilaan mielipidettä ei kysytä</p> <p>Potilasta ei kuunnella</p> <p>Potilaan kanssa ei keskustella tarpeeksi kotiutumiseen liittyvistä asioista</p> <p>Oletetaan, että potilaalla on kaikki myös psyykkisesti hyvin, jos hän liikkuu hyvin ja on päällisin puolin hyvävointinen</p> <p>Potilaalle tulee tunne, että lääkäriä kiinnostaa vain huonompikuntoisten potilaiden asiat</p> <p>Potilaalle ei selvitetä tarpeeksi jatkohoitoasioita mikä tuo heitteille jäämisen tunteen</p>	<p>Vuorovaikutuksen puutteeseen ja välinpitämättömyyteen kohdistuva tyytymättömyys</p>	

Lääkärit sanovat, että "kyllä se siitä", harvoin sanotaan ihan suoraan	Lääkäriin toteamusta "kaikki menee hyvin" ei koeta yksilöllisenä eikä siihen luoteta	Luottamuksen puutteeseen kohdistuva tyytymättömyys	
Tuli tunne, että jos minua ei uskota, niin pidetäänkö minua ihan vanhuudenhöperönä?	Potilaan sanaan ei uskota		

Liite 7.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista edistävät tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty ilmaus
<p>Jos on tällainen luonne, että minun pitää onnistua, olin päättänyt että lähden täältä</p> <p>En minä epäile lähtiesäni, lähden kun lähden</p> <p>Jos ei yritä, niin ei tule yhtään mitään</p> <p>Ei minulla ole mihinkään kiire</p> <p>Kun katselen tätä ympäristöä, potilaita, niin ajattelen, että ihmiset hän ovat paljon nuorempia kuin minä ja todella huonossa kunnossa</p> <p>Olen kai vähän erakko, että viihdyn itseni kanssa</p>	<p>Sinnikkyys</p> <p>Rohkeus</p> <p>Aktiivisuus omassa kuntoutumisprosessissa</p> <p>Kiireettömyys</p> <p>Voimaantuminen nähdessään, että osastolla on huonompikuntoisempiakin potilaita</p> <p>Viihtyy yksin</p>	<p>Potilaan luonteenpiirteisiin liittyvät voimavarat</p> <p>Potilaan luottamus itseensä</p> <p>Potilaan luottamus kuntoutushenkilökuntaa kohtaan</p>	<p>Potilaan kokemien sisäisten turvallisuustekijöiden täyttyminen</p>
<p>Ei auta olla epävarmaa oloa</p> <p>Luotan tähän kuntooni jotenkin</p> <p>Pakkohan minun on pystyä kävelemään</p> <p>En pelkää, että ahaa minä kaadun</p>	<p>Luottaa, että pärjää kotona</p> <p>Luottaa omaan kuntoonsa niin sairaalassa kuin kotonakin</p> <p>Luottaa, että uskaltaa kävellä kotonakin</p> <p>Luottaa, että ei kaadu</p>		
<p>Siitä asti kun lähdimme (saattajan kanssa) sairaalasta, olin niin kuin herran huomassa</p>	<p>Luottamus henkilökunnan ammattitaitoon</p>		

<p>Luotan näihin ihmisiin, että ne puhuvat rehellisesti</p> <p>Kyllä olen apua saanut, kun olen pyytänyt ja vielä sanotaan, että sitä vartenhan me täällä olemme</p> <p>Teihin minä luotan, että olette mukana minua vielä pitämässä koti-ovellakin, niin minulle jää turvallinen olo</p> <p>Se kertoo luottamuksesta, että uskaltaa kysyä</p>	<p>Luottamus, että henkilökunta puhuu rehellisesti potilaan asioista</p> <p>Luottamus, että apua voi pyytää henkilökunnalta ja sitä saa tarvittaessa</p> <p>Potilaan tunne, että siirtyminen kotiin hoidetaan turvallisesti</p> <p>Uskaltaa kysyä henkilökunnalta omista asioista</p>		
<p>Sitten täällä on yhdet sukulaiset, että heihin voi luottaa kyllä sitten (kotiutuessa)</p> <p>Tässä talossa on niin paljon meitä vanhuksia, niin tästä aika paljon kotihoitajia poikkeaa</p>	<p>Luottaa, että voi pyytää omaisilta / läheisiltä apua kotiutuessa ja saa apua jos tarvitsee</p> <p>Luottaa, että apua on lähellä jos tarvitsee</p>	Potilaan luottamus avunsaantiin kotona	
<p>Koti on aina koti, jossa elää omaa elämää</p> <p>Kyllä minusta on vielä nytkin siihen että minä selviän</p> <p>Lonkka on nyt leikattu ja pakkohan sen on toimia</p>	<p>Luottaa, että pääsee kotiin</p> <p>Luottaa, että pärjää kotona ja kaikki menee hyvin</p> <p>Luottaa, että paranee</p>	Potilaan luottamus tulevaisuuteen	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty ilmaus
<p>Olen asunut jo yli 40 vuotta siellä. Mene sinne turvallisesti ja olen kotona turvallisesti siellä</p> <p>Ihminen kaipaa tavallaan elämää ympärilleen, olkoon se sitten ikkunan</p>	<p>Oma tuttu koti ja ympäristö, jonne palaa</p> <p>Kodin ympärillä on elämää</p>	<p>Kodin ja kotiympäristön turvallisuustekijät</p>	<p>Potilaan kokemien ulkoisten turvallisuustekijöiden täyttyminen</p>

<p>takana taikka tässä ympäristössä</p> <p>Kaikki mitä täällä oli tehty ja laitettu minulle valmiiksi, siinä on se turvallisuus</p> <p>Jo tieto rollaattorin olemassaolosta tuo turvaa</p> <p>Minun piha on hyvä, ei ole rappuja</p> <p>Sitten minä soitan vaikka minun pojille</p>	<p>Koti on valmisteltu kuntoon ennen kotiutumista kuntoutushenkilökunnan (kodinmuutostyöt) tai omaisten (siivous, kaupassa käynti) toimesta</p> <p>Potilas saa tarvittavat apuvälineet kotiin</p> <p>Kotiympäristö on helppokulkuinen</p> <p>Turvapuhelin tai kännykkä käytössä</p>		
<p>Hän soitti minulle, että kunhan pääset kotiin hän tuo ruokaa ja mitä tarvitset</p> <p>Onhan näitä ihmisiä siinä, jotka minut auttoivat Töölöönkin</p> <p>Kyllä ne heti tulee apua antamaan ja apteekissa käyvät jos tarvitsee</p> <p>Saan siivouksen ja kaiken, ei niissä ole mitään huolta</p>	<p>Omaisten / läheisten / ystävien apu</p> <p>Naapureiden apu</p> <p>Kotihoidon apu</p> <p>Siivousapu</p>	<p>Kotona avunsaamiseen liittyvät turvallisuustekijät</p>	
<p>Minulla on huonetoveri, joka on aivan varma, että kaikki menee hyvin ja hän kannustaa</p> <p>Kyllä täällä aika kaveriksikin tullaan</p> <p>Siellä me pelataan kesällä mölkkyä ja meillä on ohjelmaa aina</p>	<p>Toisen potilaan kanssa sosiaalista vuorovaikutusta sairaalassa: kannustusta</p> <p>Kuntoutushenkilökunnan kanssa sosiaalista vuorovaikutusta</p> <p>Naapureiden / palvelutalon asukkaiden kanssa sosiaalista vuorovaikutusta</p>	<p>Sosiaaliset turvallisuustekijät</p>	

Se merkitsee hirveän paljon, että tapaa ihmisiä	Ystävien kanssa sosiaalista vuorovaikutusta	
Kyllä aina joku soittaa ja kyselee ja saattaa tulla illalla myöhään tänne	Omaisten / läheisten kanssa sosiaalista vuorovaikutusta: vierailut ja yhteydenpito	
Tiistaina tuli oikein miehenin mies ja esitteli itsensä	Kotihoidon henkilökunnan kanssa sosiaalista vuorovaikutusta	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty ilmaus
Meni kyllä yli kaikkien odotusten tämä kotiintulo	Henkilökunta järjestää hyvin potilaan kuntoutus-, kotiutumisen ja jatkohoitoasiat	Henkilökunnan toimintaan liittyvät odotukset ja toiveet	Potilaan henkilökuntaan kohdistuvien toiveiden ja odotusten täytyminen
..Että se on turvallinen se kuljetus, että pääsen kuten haluan	Henkilökunta järjestää turvallisen kyydin kotiin ja tarvittaessa saattajan		
Se sujui äärettömän hyvin. Hän oli kai terapeutti joka saattoi minut, aivan ihana	Henkilökunta tekee kotiinsaaton tarvittaessa ja varmistaa avun- ja kodinmuutostöiden tarpeet		
Vaikka kuinka olisi tehnyt mieli jäädä sinne sänkyyn, niin piti nousta ja se oli hyvä	Henkilökunta patistaa ja kannustaa liikkeelle jo heti kuntoutusjakson alussa		
Ehdottomasti pitäisi huomioida ja vähän katsastella myös henkistä puolta	Henkilökunta huomioi potilaan henkisen puolen ja tarkastelee sitä		
Se (jatkokuntoutus) olisi aika hyvä sen takia, että sehän lisää varmuutta, siis turvallisuutta	Henkilökunta järjestää potilaalle jatkokuntoutusta esim. OKS:ssa		

<p>Toivoisitko, että potilaalta kysytään herkemmin pelkäätkö lähteä kotiin? -kyllä nimenomaan</p> <p>Jokainen on tavallaan niin kuin lapsi, että toivoisi että otettaisi enemmän yhteyttä</p> <p>Täytyisi aina kysyä potilaalta, että mitä mieltä sinä olet</p> <p>Mahdollisuutta keskustella siitä hyvästä toipumisesta. Tämä on se mitä minä olisin halunnut</p> <p>Monen ihmisen ensimmäiset sanat, luotto tulee siitä</p>	<p>Vähennetään kotiutumiseen liittyviä pelkoja kysymällä herkästi potilaan tunteista ja peloista kotinlähtöä ajatellen</p> <p>Potilaan vuorovaikutustilanteelle annetaan aikaa</p> <p>Potilasta kuunnellaan</p> <p>Keskustellaan potilaan kanssa hänen kuntoutumisen ennusteesta, tavoitteista, keinoista jo jakson alussa</p> <p>Henkilökunnan tulisi herättää luottamusta jo ensimmäisessä vuorovaikutustilanteessa</p>	<p>Potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutustilanteisiin kohdistuvat odotukset ja toiveet</p>	
<p>Siitä (kotiutumisen) voisi puhua ensinnäkin aikaisemmin, niin aikaisin kuin voidaan</p> <p>Kun tietäisin mitä apua minä saan</p> <p>Se on juuri se, että turvaa taustansa, et saa tietää (jatkohoitotiedotteesta) enemmän jos tarvitsee</p>	<p>Henkilökunta ilmoittaa potilaan kotiutumisen ajankohdasta ajoissa</p> <p>Kertoo, kuinka potilas saa apuja kotiin</p> <p>Antaa kirjallisen jatko-hoitotiedotteen kotiutumisen yhteydessä</p>	<p>Potilaan informointiin liittyvät odotukset ja toiveet</p>	

Liite 8.

Sisällön analyysi turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijöistä

Taulukko 1. Sisällön analyysi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen tekijöistä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kokemana

pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
moniammatillinen tiimi, jolla on yhteiset tavoitteet ja sujuva tiedonkulku	sujuva yhteistyö ja toimivat käytännöt eri toimijoiden välillä potilaan kuntoutumisen tukena	turvalliseen kotiutumiseen tähtäävä laadukas gerontologinen hoito- ja kuntoutustoiminta
yhteistyö on sujuvaa organisaation sisällä kuntoutuksen tukipalveluiden kanssa (huolto, keittiö, viriketoiminta)		
toimiva yhteistyö organisaation ulkopuolisten toimijoiden kanssa		
moniammatillisen tiimin käytössä hyvät lomakkeet (kotiutuskaavake ja raporttipohjalomake), jotka lisäävät kuntoutus- ja kotiutustoiminnan sujuvuutta		
voimavarana uuden lääkärin yhteistyö-ammatti- sekä potilaan kohtaamisen taidot	henkilökunnan hyvä ammattitaito ja motivaatio gerontologisen potilaan tavoitteellisessa sekä kokonaisvaltaisessa hoidossa ja kuntoutuksessa	
hoito- ja kuntoutushenkilökunnan ammattitaito ja motivaatio		
yhteiset tavoitteet potilaan kuntoutumis- ja kotiutumisprosessissa		
potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja gerontologiset erityispiirteet huomioiden		
henkilökunnalle annetaan tarpeeksi aikaa tehdä kotikäyntejä	talon johto laadukkaan kuntoutustoiminnan mahdollistumisen tukena	
hoito- ja kuntoutushenkilöstöä on tarpeeksi		
hyvä henkilöstömitoitus		
kehittämismyönteinen ilmapiiri	pienen sairaalan edut kuntoutustoiminnan tukena	
sairaalassa on toimivat ja miellyttävät tilat (tilavat potilashuoneet, omat kylpyhuoneet)		
potilas saa monipuoliset palvelut saman katon alta		
apuvälineitä potilaille sekä henkilökunnan ergonomian tueksi on tarpeeksi		

Liite 9.

Sisällön analyysi turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen keinoista

Taulukko 2. Sisällön analyysi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallisen kotiutumisprosessin onnistumisen keinoista hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kokemana

pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
selvitetään hyvin potilaan taustat tarvittaessa myös koholta ja omaisilta	huolellinen moniammatillinen potilaan tulotilanteen ja kotiolojen selvittely jo hyvissä ajoin kuntoutumisen tavoitteiden määrittämisen tueksi	luodaan potilaan ja muiden toimijoiden välille informatiivinen sekä potilaan osallisuutta, luottamusta ja turvallisuutta tukeva vuorovaikutussuhde
potilaan taustojen kartoittamisessa huomioidaan moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus ja informatiivisuus		
kartoitetaan potilaan kotona pärjäämistä tukevien palveluiden tarve		
keskustellaan potilaan kanssa jo jakson alussa missä hän on ja miksi	potilaan ja hänen kuntoutus- ja kotiutumisprosessissa toimivien tehokas tiedottaminen koko prosessin ajan	
kerrataan tarpeen mukaan, jos potilaalla on tiedon omaksumisen haasteita		
huomioidaan kotihoito ja omaiset tiedottamisessa		
informoidaan potilaan omaisia potilaan palvelunsaantimahdollisuuksista kotona pärjäämisen tukemisessa (esim. palvelusetelit)		
informoidaan kotiutuessa myös kirjallisena potilaalle tärkeät asiat (yhteystiedot, jatkokontrollit ym.)		
potilasta kuunnellaan ja huomioidaan potilaan mielipiteet	kiireettömien, luottamusta sekä turvallisuutta herättävien vuorovaikutustilanteiden luominen potilaan sekä hoito- ja kuntoutushenkilökunnan välille	
ollaan potilaalle läsnä		
annetaan potilaalle aikaa		
kuunnellaan myös potilaan sanatonta viestintää (esim. sydämen syke, eleet) ja reagoidaan siihen		
huomioidaan potilaan huoli kotiutumiseen liittyvissä asioissa ja keskustellaan huolenaiheista		
luodaan potilaan ja henkilökunnan välille turvallisuutta ja luottamusta herättävä vuorovaikutussuhde		
annetaan potilaan osallistua kotiutumisensa suunnitteluun ja toteutukseen	potilaan osallisuuden tukeminen kuntoutumis- ja kotiutumisprosessissa	

Liite 10.

Sisällön analyysi ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan turvallista kotiutumista tukevien toimintaohjeiden ydintekijöistä

pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
<p>Heti jakson alussa kerrotaan ja informoidaan kirjallisesti potilaalle mikä on osastolla olon tarkoitus ja toimintaperiaatteet</p> <p>Potilasta kannustetaan määrittämään tavoitteensa, voimavarat ja haasteet kuntoutumiselle ja kotiutumiseen</p> <p>Potilaalle annetaan tavoitteet kirjallisena ”huoneentauluksi”</p> <p>Kirjataan potilaan määrittämät tavoitteet kuntoutussuunnitelmaan</p> <p>Pidetään kotiutuskeskustelu jo jakson alussa potilaan ja omaisen kanssa rauhallisessa ympäristössä, kiireettömästi</p> <p>varmistetaan, että potilas omaksuu hänen kanssaan keskustellut asiat</p> <p>selvitetään hyvin potilaan esitiedot potilaalta, omaisilta, kotihoidolta ja lähettävästä sairaalasta ennen moniammatillista kuntoutuskokousta</p> <p>Osallistetaan ja vastuutetaan myös omaisia potilaan kuntoutumisen ja kotiutumisen suunnittelussa</p> <p>Kuullaan omaisten huoli potilaaseen liittyvissä asioissa</p> <p>Tarjotaan potilaille sosiaalista - ja vertaistukea antavaa pienryhmätoimintaa</p> <p>Kotikäynnin yhteydessä annetaan potilaalle kirjallinen informaatio</p> <p>Kotiutuessa annetaan potilaalle kirjallinen informaatio</p> <p>Kokoonnutaan koko osaston henkilökunnan voimin ja päivitetään kotiutumisen käytännöt ja checklist</p> <p>Päivitetään osaston arvot huomioiden potilaiden haastattelutieto sekä kehittämisryhmän tuottama tieto</p>	<p>Henkilökunnan, potilaan ja omaisten tietoisuuden lisääminen potilaan sairaalassa olon tarkoituksesta ja tavoitteista keskustelemalla potilaan / omaisten kanssa rauhallisessa ilmapiirissä jo jakson alussa ja informoimalla myös kirjallisesti kaikkia toimijoita</p> <p>Potilaan ja omaisten huolen huomioiminen kotiutumiseen liittyen vuorovaikutuksen sekä vertaistuen keinoin</p> <p>Potilasta informoiminen myös kirjallisesti kotikäynnin sekä kotiutumisen yhteydessä</p> <p>Ikääntyneen potilaan kotiutumisen kehittäminen ja käytäntöjen päivittäminen koko osaston henkilökunnan kanssa yhteiskehittelyn keinoin</p>	<p>Turvallisen kotiutumisen toimintaohjeiden ydintekijöinä kaikkien potilaan hoidon, kuntoutuksen ja kotiutumisen parissa toimivien tavoitteellinen, informatiivinen, rauhallinen ja vuorovaikutteinen toiminta</p>