

Nea Hokkanen & Noora Väisänen

HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKEMYK- SIÄ PYÖRÖOVI-ILMIÖN TAUSTOISTA KOTIHOIDON ASIAKKAILLA

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitajakoulutus

2021



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Nea Hokkanen Noora Väisänen	Sairaanhoitaja (AMK)	Toukokuu 2021
Opinnäytetyön nimi		
Hoitohenkilökunnan näkemyksiä pyöröovi-ilmiön taustoista kotihoidon asiakkailta		67 sivua 8 liitesivua
Toimeksiantaja		
Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri)		
Ohjaajat		
Niina Luukkonen Marko Issakainen Päivi Laitinen Mia Kosonen		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden kotihoiton asiakkaiden pyöröovi-ilmiöön johtavia syitä sekä siihen johtavia juurisyitä hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita, joilla voidaan vähentää pyöröovi-ilmiön esiintyvyyttä Sosterissa. Toimeksiantaja toimi Itä-Savon sairaanhoitopiiri eli Sosteri.</p> <p>Työ toteutettiin laadullisena haastattelututkimuksena, johon osallistui 8 henkilöä Sosterin eri yksiköistä sekä osastoilta. Tutkimusaineisto koostui yhdestä ryhmämuotoisesta teema-haastattelutilanteesta, joka toteutettiin verkkovälitteisesti. Aineiston analysointi tapahtui teemoittelemalla. Teemahaastattelun teoreettista viitekehystä varten laadittiin kirjallisuuskat-saus, johon haettiin tietoa sekä kotimaisista että kansainvälisistä lähteistä. Lisätietoa saa-tiin myös toimeksiantajan edustajilta.</p> <p>Pyöröovi-ilmiöön johtaviksi tekijöiksi todettiin heikentynyt toimintakyky ja lääkityksen sekä tiedonkulun ongelmat. Esille nousi suuri määrä riskitekijöitä, jotka pystyttiin jakamaan sekä asiakkaisiin liittyviksi että sairaalalähtöisiksi tekijöiksi. Pyöröovi-ilmiön esiintymistä ja syntyä ehkäiseviksi keinoiksi muodostuivat hoitosuunnitelman tekeminen, resurssien uudelleen-kohdentaminen ja lisääminen, prosessikuvausten selkiyttäminen, operatiivisen johdon yh-distäminen ja vaihtoehtoisten hoitopaikkojen muodostaminen.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat hoitohenkilöstön selkeästi tunnistavan pyöröovi-ilmiöön johtavia syitä ja riskitekijöitä. Pienestä otannasta huolimatta tulokset ovat pitkälti yhteneviä teoreetti-sen viitekehyyksen kanssa. Johtopäätöksenä voidaan todeta pyöröovi-ilmiön juurisyiden, ris-kitekijöiden sekä ehkäisykeinojen rajautuvan selkeästi määritettäviin alueisiin asiakkaan ja hoitavan tahon osalta. Teemahaastattelun pohjalta kehittämiskohteeksi nousivat hoitotah-don puheeksiotto ja prosessikuvausten selkiyttäminen. Ohje hoitotahdon puheeksiotosta hoitohenkilökunnalle ja kvantitatiivinen tutkimus päivystykseen hakeutumisen syistä olisivat mielenkiitollisia jatkotutkimuskohteita. Lisäksi olisi kiinnostavaa tehdä haastattelututkimus kotihoiton asiakkaille päivystykseen hakeutumisen syistä.</p>		
Asiasanat		
Sairaalakierre, juurisyy, ikääntynyt, kotihoito		

Author (authors)	Degree	Time
Nea Hokkanen Noora Väisänen	Bachelor of Health Care	May 2021
Thesis title		
Health care staff's views on background to revolving door phenomenon in home care clients		67 pages 8 pages of appendices
Commissioned by The Eastern Savonia Hospital District (Sosteri)		
Supervisor		
Niina Luukkonen Marko Issakainen Päivi Laitinen Mia Kosonen		
Abstract		
<p>The purpose of this thesis was to find out the causes leading to the revolving door phenomenon in elderly home care clients, as well as to find the root causes leading to it from the perspective of the nursing staff. The aim was to find areas of development that could reduce the incidence of the revolving door phenomenon in Sosteri. The client was Sosteri, the Eastern Savonia Hospital District.</p>		
<p>The work was carried out as a qualitative interview study, in which 8 people from various units and departments of Sosteri participated. The research material consisted of one themed group interview, which was conducted online. The material was analysed thematically. For the theoretical framework of the thematic interview, a literature review was carried out, for which information was sought from both domestic and international sources. Additional information was also obtained from the client's representatives.</p>		
<p>Impaired functional capacity and problems with medication and information flow were identified as factors leading to the revolving door phenomenon. A large number of risk factors emerged that could be divided into both customer-related and hospital-related factors. Measures to prevent the occurrence and emergence of the revolving door phenomenon included making a treatment plan, reallocating and increasing resources, clarifying process descriptions, merging operational management, and creating alternative treatment sites.</p>		
<p>The research results show that the medical staff are able to clearly identify the causes and risk factors leading to the revolving door phenomenon. Despite the small sample size, the results are largely consistent with the theoretical framework. In conclusion, it can be stated that the root causes of the revolving door phenomenon, the risk factors and the means of prevention are limited to clearly defined areas for the client and the caregiver. On the basis of the thematic interview, the development and clarification of process descriptions, and improving the communication regarding the limitation of treatment became areas for development. As further research proposals, guidelines could be developed for bringing up the topic of treatment delimitations, and a quantitative study could be conducted to find out the admission diagnoses for seeking emergency care services. In addition, it would be interesting to conduct an interview study for home care clients on the reasons for seeking emergency care.</p>		
Keywords		
Hospital readmissions, root cause, elderly, home care		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPAIIRI	7
3	IKÄÄNTYNEEN AKUUTTI SAIRASTUMINEN	9
	Hoidon piiriin ohjautuminen	11
4	PYÖRÖOVI-ILMIÖ	12
4.1	Pyöröovi-ilmion yleisimmät riskitekijät	12
4.2	Juurisyys	16
5	KOTIHOITO	18
5.1	Asiakkaan hoitoon ohjautuminen akuutissa tilanteessa	19
5.2	Kotiutuminen	21
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
7.1	Laadullinen tutkimus	25
7.2	Tiedonhaun prosessi	27
7.3	Aineiston keruu	30
7.4	Aineiston analyysi	33
8	TULOKSET	33
8.1	Vanhuksen pyöröovi-ilmioon johtavat syyt	34
8.2	Hoitohenkilökunnan havaitsemat asiakas- ja sairaalalähtöiset pyöröovi-ilmion riskitekijät kotihoidon asiakkailla	37
8.3	Pyöröovi-ilmion syntymistä ja esiintymistä ehkäisevät keinot	44
9	POHDINTA	49
9.1	Tulosten tarkastelu	49
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	53
9.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	56
9.4	Opinnäytetyöprosessin tarkastelu	57
	LÄHTEET	60

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaustaulukko

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Tietoinen suostumus

Liite 4. Haastattelurunko

1 JOHDANTO

Vuonna 2018 Suomessa säännöllisen kotihoidon piirissä oli 67671 yli 65-vuotiaasta ihmistä, joista 1189 asui Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella (Sotkanet 2018). Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella 65 vuotta täyttäneiden prosenttiosuus yksi maan suurimmista (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus KYS-erityisvastuualueella 2019, 6).

Pyöröovi-ilmiö eli niin sanottu sairaalakierre voidaan mieltää useisiin eri sairastiloihin liittyväksi ilmiöksi. Sillä tarkoitetaan toistuvia sairaalahoitajaksoja erikseen määritellyn ajan sisällä. (Bjorvatn 2012, 809-810; Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta 2016, 110.) Sairaalaan voi joutua olemassa olevan sairauden takia tai alkuperäisen sairaalahoidon syystä seuranneesta komplikaatiosta (Bjorvatn 2012, 818). Toistuvat päivystykseen kohdistuvat uusintakäynnit ovat herättäneet kiinnostuksen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välisiin ongelmiin, jotka pitävät yllä pyöröovi-ilmiötä (Conroy ym. 2013, 25). Vähentämällä pyöröovi-ilmiön esiintyvyyttä voidaan myös vähentää sairaanhoitopiirien kustannuksia (HOTUS. 2017, 2). Opinnäytetyössämme tarkastelemme sairaalakierteisyyttä 30 vuorokauden aikaikkunassa, jonka sisällä kotiutunut iäkäs joutuu takaisin hoidon piiriin.

Mitä pidemmälle vanhuuteen edetään, sitä yleisemmäksi tulee monisairastavuus ja alttius komplikaatioihin kasvaa. Yhä pienemmät akuutit ongelmat ja muutokset olosuhteissa riittävät laukaisemaan äkillisen sairaalahoidon tarpeen. Juuri näistä syistä vanhukset ovat alttiita sairaalakierteelle. (Wuorela & Viikari 2019, 3.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri). Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden pyöröovi-ilmiöön johtavia syitä hoitoon osallistuvien ammattilaisten näkökulmasta. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita, joilla voidaan vähentää pyöröovi-ilmiön esiintyvyyttä Sosterissa.

Opinnäytetyö rajattiin koskemaan kotihoidon asiakkaita, koska odottamattomia sairaalahoitajaksoja ja päivystyskäyntejä ilmenee usein kotihoidon asiakkailla (Rönneikkö ym. 2018, 115). Opinnäytetyö tehtiin ryhmämuotoisena haastattelututkimuksena hoitohenkilökunnalle, koska Sosterin ohjeistuksen mukaan AMK-opinnäytetyöhön ei saa haastatella asiakkaita.

2 ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI

Sosteri tarjoaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä sosiaali- ja ympäristöterveydenhuollon palveluja. Sen jäsenkuntia ovat Rantasalmi, Enonkoski, Sulkava ja Savonlinna. Näistä Rantasalmi ja Sulkava hankkivat Sosterilta vain erikoissairaanhoidon palveluja. Sosterin toiminta-alueen väkiluku oli vuoden 2016 lopussa noin 43 000 henkilöä. (Sosteri 2018g.)

Sosterin arvoja ovat hyvinvointi, asiakkaan ensisijaisuus, vastuullisuus ja uudistuva osaaminen. Sen tehtävänä on tuottaa hyvinvointia ja terveyttä alueensa väestölle yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan eritysvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa (KYS-erva). "Jonottamatta hoitoon ja hoidosta kotiin" on tiivistetysti Sosterin visio. Sen toiminnassa on keskeistä asiakas ensin -ajattelu. (Kuntayhtymän strategia talousarvio ja -suunnitelma 2019-2021, 2018.)

Ensihoitoon kuuluvat äkillisesti sairastuneiden tai loukkaantuneiden potilaiden kiireellinen hoito ja tarvittaessa heidän kuljettamisensa hoitoyksikköön ambulanssilla. Etelä-Savon pelastuslaitos toimii Sosterin alueen ensihoidon palvelun tuottajana. (Sosteri 2018b.)

Sosterin päivystys tarjoaa kiireellistä tutkimusta ja hoitoa (Sosteri 2018h). Päivystyksessä toimivat sekä sisätautipäivystys että kirurginen päivystys (Jobiili s.a.). Päivystyksessä sairaanhoitaja arvioi hoidon tarpeen ja ohjaa asiakkaan tarkoituksenmukaiseen hoitoon (Sosteri 2018h). Vuonna 2018 erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä Sosterin alueella oli 75 vuotta täyttäneillä 1003,4 kappaletta tuhatta saman ikäistä kohden; perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä vastaavasti samana vuonna oli 11,2 kappaletta tuhatta saman ikäistä kohden (Sotkanet s.a.).

Geriatrinen akuuttiosasto 2B tarjoaa lyhytaikaista hoitoa lähinnä iäkkäille potilaille. Suurin osa potilaista tulee osastolle päivystyksen kautta. Osaston potilaat koostuvat pääasiassa sydän- ja tulehdussairaista, lisäksi kyseiselle osastolle tulee jatkohoitoon myös neurologisia potilaita. Osastolla työskennellään moniammatillisesti, tavoitteena potilaan toimintakyvyn tukeminen ja parantaminen. (Sosteri 2018a.)

Kirurgisella vuodeosastolla 2A hoidetaan erikoissairaanhoidon kirurgisia potilaita. Osastolla hoidetaan erilaisista leikkauksista tulleita potilaita, niin vatsan alueen kirurgisia potilaita kuin suu- ja hammaskirurgisiakin potilaita. Osastolla on erikoisosaamista haavanhoidosta ja avanneleikattujen potilaiden hoidosta. (Sosteri 2018d.)

Kotihoidon alueina Sosterissa ovat Savonlinna, Kerimäki, Punkaharju, Savonranta ja Enonkoski. Ympäri vuorokautiset kotihoidon palvelut ovat saatavilla vuorokauden ympäri Savonlinnassa ja Kerimäellä. Kotihoidon palveluiden tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan kotona selviytyminen silloin, kun päivittäisistä arjen askareista ei kyetä suoriutumaan ilman ulkopuolista apua. Sosterissa kotihoidon palveluihin kuuluvat henkilökohtainen hoiva ja hoito, lääkkeenjako, kotiutus, kotikuntoutus, muistiohjaus ja erilaiset tukipalvelut. Tukipalveluihin kuuluvat ateriapalvelu, kauppapalvelu ja turvapuhelin. (Sosteri 2018e.)

Sosterin alueella tarjotaan myös sairaalatasoista sairaanhoitoa kotiin, tehostetun kotisairaanhoidon toimesta (TEHOSA). Kotisairaanhoidon toimesta on mahdollista silloin, kun asiakkaan hoito ei vaadi jatkuvaa sairaalaseurantaa. Hoito on määräaikaista ja sitä toteutetaan lääkärijohtoisesti kotisairaalan oman henkilöstön toimesta. Kotisairaaloiminnalla pyritään vähentämään ja lyhentämään laitoshoidon kestoa. Kotisairaalan asiakkuuden myöntämisen perusteita on runsaasti ja kotiuttava lääkäri tekee arvion siitä, pystyykö asiakasta hoitamaan kotiin. Kotisairaalassa hoidetaan infektiopotilaita, vaativia haavanhoitoja, syöpäpotilaita, palliatiivista hoitoa tarvitsevia sekä saattohoitopotilaita kotona. Kotisairaalan toimesta voidaan tehdä myös hoidontarpeen arviointeja kotihoidon asiakkaille sekä palveluasumisen asukkaille. (Sosteri 2018f.)

3 IKÄÄNTYNEEN AKUUTTI SAIRASTUMINEN

Vaikka iso osa iäkkäistä on hyväkuntoisia, tarvitaan sairaalahoitoa yhä useammin mitä vanhemmaksi tullaan. Noin puolet yli 85-vuotiaista tarvitsee vuosittain sairaalahoitoa. (Wuorela & Viikari 2019.) Sairaalakäynnit liittyvät iäkkäillä usein kroonisen sairauden akuutteihin tilanteisiin, kuten pahenemisvaiheisiin tai komplikaatioihin. Hauraat iäkkäät päätyvät usein toistuvasti päivystykseen erinäisten kaatumisten, sekavuuden tai epäselvän toimintakyvyn laskun takia. Ikääntyessä elimistön sietokyky akuuttiin stressitekijään, kuten sairastumiseen tai elinolosuhteiden muutokseen heikkenee, ja yhä pienemmät muutokset riittävät aiheuttamaan akuutin sairaalahoidon tarpeen. (Wuorela & Viikari 2019; Kerminen ym. 2019, 2.)

Elimistön ikääntyessä tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat lääkeaineiden farmakokinetiikkaan ja farmakodynamiikkaan. Farmakokinetiikka käsittää elimistön vaikutukset lääkeaineisiin ja farmakodynamiikka käsittää lääkeaineiden vaikutukset elimistössä. (Koskinen ym. 2012, 50-65.) Näiden lisäksi monisairastuvuuden lisääntyminen ja niiden myötä kasautuvien lääkevalmisteiden määrä hankaloittavat lääkehoidon toteuttamista optimaalisesti (Wuorela & Viikari 2019).

Jotta akuutisti sairastuneen iäkkään hoidon suunnittelu ja toteutus tapahtuisivat optimaalisesti, edellyttävät ne sekä lääkityksen sekä sairauksien selvittämistä, mutta myös sairastumista edeltävän toimintakyvyn selvittämistä. Päivystyksessä voidaan iäkkään hoidon suuntaviivojen kannalta joutua tekemään isoja päätöksiä, joten jo ennen niiden aloitusta tulisi potilaan kokonaistoimintakyky olla selvitetty. Ongelmana akuuttitilanteissa kuitenkin on, että aikaa taustaselvitysten tekemiseen on usein vähän. Omaisilta saatu tieto toimintakyvystä voi helpottaa tilanteen kartoittamista, mutta jotta omaisilta saatu tieto iäkkään toimintakyvystä olisi luotettava, tulisi näiden olla viettänyt aikaa iäkkään kanssa vähintään 4 tuntia viikossa. Ammattilaisen silmämääräisen tarkastelun tuottama arvio toimintakyvystä ei ole luotettava. (Wuorela & Viikari 2019.)

lökkään kyky toipua akuuteista sairastumisista heikkenee vähitellen, ja jäljellä olevan kokonaistoimintakyvyn merkitys korostuu (Wuorela & Viikari 2019). Toimintakyvyllä käsitetään ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen muodostama kokonaiskapasiteetti, joka on edellytyksenä arkipäivän ja itselle mieleisistä toimintojen suorittamiseen. Toimintakykyyn heikentävästi vaikuttavat läkkäillä usein pitkäaikaiset sairaudet, mutta taustalla voi olla myös oireeton, piilevä tai diagnosoimaton geriatrinen ongelma tai oireyhtymä. Näitä ovat mm. vajaaravitsemus, kaatumiset, masennus, muistisairaudet sekä hauraus-raihnaus-oireyhtymä, jossa elimistön fysiologinen rappeutuminen on kiihtynyt. (Kerminen ym. 2019.) Sairaalahoido itsessään on iäkkään toimintakykyä uhkaava tekijä, ja riski kasvaa, mitä hauraammasta ja monisairaasta henkilöstä on kyse (Wuorela & Viikari 2019).

Iäkkäällä yleistilan heikkenemisellä tarkoitetaan toimintakyvyn heikentymistä, jonka aiheuttaja on epäselvä. Yleistilan laskun on todettu olevan yksi yleisimmistä päivystykseen hakeutumisen syistä vanhimmissa ikäryhmissä (Haapamäki ym. 2012, 19), ja lähes poikkeuksetta puolet tästä tulositystä päivystykseen tulleista on naisia (Leppänen ym. 2019, 2298; Haapamäki ym. 2012, 15). Yleistilan laskun vuoksi tehtyjen käyntien päädiagnoosikoodeista hyvin yleinen ICD-10-koodiston diagnoosi oli *R53 Huonovointisuus ja väsymys*, jota on käytetty erityisesti päivystyksissä epäspesifinä nimikkeenä iäkkään yleistilan laskun ja kotona pärjäämättömyyden yhteydessä (Haapamäki ym. 2012, 20). Oirediagnoosien osuus on iäkkäillä yleisesti ottaen suuri. Noin puolella tästä syystä hoitoon hakeutuvilla on edeltävän kuukauden aikana ollut ainakin yksi päivystyskäynti. (Leppänen ym. 2017, 2300.)

Yleistilassa tapahtuva heikkeneminen voi olla kuukausienkin aikana kehittyvä hiljainen taustaprosessi, jonka aiheuttajana ei ole uusi lääketieteellisesti hoidettava ongelma, vaan syynä on perussairauksien kehityksen myötä tapahtuvaa rappeutumista (Wuorela & Viikari 2019; Kerminen ym. 2019). Päivystyksellisessä tilanteessa on kyettävä erottamaan, onko kyseessä iäkkään lääketieteellisistä syistä johtuva hätätilanne vai onko toimintakyvyn akuutti romahdus seurausta taustalla tapahtuneesta pitkäaikaisesta yleistilan heikkenemisestä (Wuorela & Viikari 2019). Tavallisesti yleistilan laskun aiheuttajaksi taustalla löydetään virtsateiden tulehdus, keuhkokuume, tai sydämen vajaatoiminta (Haapamäki ym. 2012, 19; Leppänen ym. 2019, 2297). Kuitenkaan noin

viidenneksessä tapauksista yleistilan laskun perimmäistä syytä ei löydetä (Leppänen ym. 2019, 2297). Tyypillisimmin näin käy hauraiden ja gerasteenisten eli vanhuuden rappeuttamien iäkkäiden kohdalla (Wuorela & Viikari 2019).

Hoidon piiriin ohjautuminen

Yleisimmin akuutisti sairastunut iäkäs päätyy sairaalahoitoon päivystyksen kautta (Schepel ym. 2018, 20). Lähes poikkeuksetta suurin osa päivystykseen saapuvista iäkkäistä saapuu kotoaan, ja näistä noin 20—46 % näistä on säännöllisen kotihoidon piirissä (Saari ym. 2019, 2508; Malmström ym. 2014, 19).

Päivystykseen saavuttua tehdään lääkityslistan tarkistus ja jatketaan hoitoa siitä, mihin ensihoito jäi. Potilas siirtyy osastolle jatkohoitoon nopeastikin, jos on selkeästi todettavissa, ettei tämä ole kotikuntoinen. (Laitinen 2020.) Käytetyn lääkityksen tarkistus on vaativa ja aikaa vievä prosessi, mutta välttämätön, ja arvio tulisi tehdä jokaisen päivystyskäynnin yhteydessä (Wuorela & Viikari 2019). Moniammatilliseen lääkehoidon arviointiin osallistuvat vähintään sairaanhoitaja ja lääkäri sekä lisäksi farmaseutti. Yli 75-vuotiaille arviointi tulisi tehdä vähintään kerran vuodessa. Tarpeen arvioinnin tekoon voi havaita lääkäri tai sairaanhoitaja, mutta erityisesti kotihoidossa sairaanhoitaja on keskeisessä roolissa arvion tarpeen tunnistamisessa. (Fimea 2017.)

Päivystys on olennaisessa osassa iäkkään lääkityksen ongelmien havaitsemisessa. On todettu, että jopa 89—100 % päivystykseen saapuvista, yli 6 lääkevalmistetta käyttävillä iäkkäillä, on löydettävissä ei-akuutti lääkityksestä johtuva ongelma, joka vaatii interventioita viimeistään kotiutusvaiheessa. Suomessa kokonaislääkityksen selvitys päivystyksissä on todettu puutteelliseksi, ja kahdessa yliopistosairaalan päivystyspisteessä tehdyllä tutkimuksessa todettiin kaikkien iäkkäiden paitsi yhden lääkityksen olevan kokonaistarkastettu ja asianmukainen. Riittämätön lääkityshistorian selvitys voi johtaa virheellisiin lääkemääräyksiin ja vaikeuttaa varsinaisen tulosyyn selvittämistä. Erityisesti verenpaine- sekä nesteenoistolääkkeistä aiheutuvien haittojen seurauksena lisääntyvät heikentynyt kokonaisvointi, huimaus, pyörtyminen ja kaatumiset. (Schepel ym. 2018, 21.)

Akuutisti sairastuneen iäkkään arviointiin päivystyksessä tulisi kohdentaa nopeaa, systemaattista ja strukturoitua geriatrasta arviointia, jonka pohjalta hoitolinjausten teko on mahdollista (Wuorela & Viikari 2019). Geriatrisen arvioinnin toteutus päivystyksessä todennäköisesti vähentää sairaalahoidon tarvetta sekä kestoja, ja voi vähentää sairaalassa uusintakäyntejä (HOTUS 2018, 1). Kuitenkaan kattavan geriatrisen arvioinnin teko päivystysolosuhteissa ei ole Wuorelan ja Viikarin (2019) mukaan otollista, hoitoajan ollessa siellä lyhyt. Päivystyksessä hankittua tietoa tulisi kuitenkin täydentää myöhemmin vuodeosastohoidon aikana.

4 PYÖRÖVI-ILMIÖ

Kun potilas joutuu palaamaan takaisin hoidon piiriin nopealla aikataululla kotiutumisen jälkeen, puhutaan pyörövi-ilmiöstä (Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta 2016, 110). Asiakas voi tällöin käyttää toistuvasti ja usein terveydenhuollon, kuten ensihoidon tai päivystyksen palveluita. Tällaisia uusintakäyntejä ja sairaalahoitajaksoja luonnehtivat niiden ennakoimattomuus, tarpeettomuus ja että nämä olisivat ehkäistävissä tiettyihin juurisyihin puuttumalla. Ilmiöön eivät kuitenkaan lukeudu asiakkaat, joilla on jo ennalta sovittuja sairaala- tai kontrollikäyntejä, eikä säännönmukaisesti tapahtuvia hoitoja sairaalassa, kuten dialyysia tai syöpähoitoja.

Takaisin sairaalaan palaaminen aiheuttaa potilaalle ylimääräistä haittaa ja saattaa vaikuttaa hänen terveydentilaansa; lisäksi potilaalle ja yhteiskunnalle muodostuu palaamisesta ylimääräisiä kustannuksia (HOTUS 2017, 1). Suuri osa pyörövi-ilmiöön johtavista tekijöistä on ennestään olemassa olevien sairauksien akuuteiksi muuttuneita ilmentymiä (Jäntti 2014), ja jopa 70 % pyörövi-ilmiöistä olisi mahdollisesti ehkäistävissä erilaisilla terveydenhuollon toimilla (Conroy ym. 2013, 27).

4.1 Pyörövi-ilmiön yleisimmät riskitekijät

Riskitekijällä tarkoitetaan tekijää, joka lisää sairastumisen riskiä. Riskitekijä voi olla etiologinen tai ei-etiloginen (Hoidokki s.a.). Riskitekijät voidaan jakaa fysiologisiin, demografisiin, ympäristön aiheuttamiin, käyttäytymiseen liittyviin ja perinnöllisiin riskitekijöihin. Fysiologiset riskitekijät liittyvät yksilöön itseensä,

kuten ylipaino ja korkea verenpaine. Demografiset riskitekijät liittyvät koko alueen väestöön, sisältäen muun muassa iän, sukupuolen, uskonnon ja tulotason. Ympäristön aiheuttamia riskitekijöitä esiintyy runsaasti. Niihin voidaan lukea esimerkiksi ilmansaasteet, mahdollisuus puhtaaseen veteen ja työympäristön sisältämät riskit. Käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät ovat tekijöitä, joihin yksilö itse pystyy vaikuttamaan. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi tupakointi, liiallinen alkoholinkäyttö ja fyysinen liikkumattomuus. Perinnöllisiä riskitekijöitä voivat olla erilaiset geneettiset sairaudet, jotka lapsi perii vanhemmiltaan. (EU-PATI 2015.)

Hughesin ja Withamin (2018) mukaan 30 vuorokauden aikana takaisin hoitoon palanneiden potilaiden tyypillisimmät syyt olivat hengitystieinfektiot, aivohalvaus ja kaatuminen tai liikuntakyvyttömyys. Potilaista 27% palasi sairaalaan saman syyn takia, jonka vuoksi oli alun perin hakeutunut hoitoon. Syöpä ja sydänsairaudet olivat myös tyypillisiä sairauksia, joiden takia potilas hakeutui takaisin hoitoon (Bjorvatn. 2013, 818).

Sairausten eteneminen, kirurgiset komplikaatiot ja infektiot kasvattavat myös riskiä joutua palaamaan hoidon piiriin (Bjorvatn. 2012, 818). Yleisin infektio, jonka takia sairaalahoitoon hakeuduttiin, oli virtsatieinfektio (Rönnekkö ym. 2018, 214). Oheissairastavuuden on todettu olevan merkittävä pyöröviilmiön riskitekijä (Bjorvatn 2012, 818).

Kriittisimmäksi ajankohdaksi kotiutumisen jälkeen on todettu seuraavat 30 vuorokautta ja sitä on pidetty joissain yhteyksissä sairaalahoidon laadun mittarina. (Bjorvatn 2013, 809.) Hoitojakson pituudella on todettu olevan yhteys uusintakäyntien todennäköisyyteen. Alkuperäisen hoitojakson pidentyneen keston huomattiin olevan riskitekijä uusintakäynnille, samoin edellisen jakson sijoittuminen edeltävän 6 kuukauden ajalle (Rasmussen 2017). Jos hoitojakso ylittää 6 vuorokautta, kohosi riski nopealle uusintakäynnille (Traissac 2010). Bjorvatnin ym. (2013) mukaan keskimääräisen hoitoajan ylittyessä, väheni uusintakäynnin riski jokaista vuorokautta kohti. Lyhyen osastohoidon keston on todettu olevan uusintakäynniltä suojaava tekijä nopeille, alle 30 vuorokauden sisällä tapahtuville sairaalassa uusintakäynneille (Hughes & Witham 2018, 5; Traissac 2010). Päinvastainen tulos todettiin Bjorvatnin ym. (2013) tutkimuk-

nessa, jolloin pidempi osastohoito oli suojaava tekijä nopeilta alle 30 vuorokauden uusintakäynneiltä. Kotiuttaminen päivystyksestä yöaikaan kasvatti uusintakäyntien riskiä verrattuna päivällä tapahtuneisiin kotiutuksiin (Ylä-Mononen 2014, 307).

Polyfarmasialla eli viiden tai useamman reseptilääkkeen samanaikaisella käytöllä (WHO 2019) on todettu olevan yhteys riskitekijänä odottamattomille päivystysten uusintakäynneille (Conroy 2013, 27; Naseer ym 2020, 6). Naseerin ym. (2020) löydöksenä oli tunnistettu ero polyfarmasiasta riskitekijänä päivystyskäynneille vain suuren pääkaupungin alueella, verrattaessa pienempiin kaupunkeihin, missä polyfarmasialla ei ollut tilastollista vaikutusta. Schepel ym. (2018) totesivat tutkimuksessaan, että kahden suomalaisen yliopistosairaalan päivystykseen hakeutuneista oli 92—100 % todettavissa kliinisesti merkittäviä ongelmia lääkityksessä, ja juurisyiksi päivystyskäynteihin ongelmat lääkityksessä todettiin 16—29 % tapauksista. Päivystyksestä alkaneista sairaalajaksoista 10—30 % todettiin lääkkeisiin liittyviksi.

Kotihoidon palveluiden käyttö oli tunnistettu kahdessa tutkimuksessa alle 30 vuorokauden uusintakäynnin riskitekijäksi (Rasmussen ym. 2017; Naseer ym. 2020, 6). Kotihoidon asiakkailla lyhyttä sairaalahoitojaksoa ennakoiviin vuorokausiin hitaasti kehittyvä lisäys kotihoidon käyttämään aikaan asiakkaan luona (min/kk), jolloin sairaalaan joutumisen hetkellä oli kuukausittainen aika lisääntynyt noin 7,5 tunnilla. Lisäksi hoitojaksoa edeltävien 3 kuukauden aikana asiakkaan yhteydenotot kotihoitoon, ja tätä koskevat konsultaatiot lisääntyivät jopa 86 %. (Fournaise ym. 2017, 437.)

Potilaan sosiodemografiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, sosiaalinen status ja monisairastavuus ovat myös riskitekijöitä, jotka altistavat sairaalahoitoon palaamiselle. Myös hoitojen monimutkaisuus on yhdistetty potilaan hoitoon palaamiseen. (Bjorvatn 2012, 816.)

Korkea ikä on todettu useissa tutkimuksissa uusintakäyntiä ennustavaksi tekijäksi 30 vuorokauden sisällä (Bjorvatn 2012, 814; Hughes & Witham 2018, 5; Rasmussen 2017). Päinvastaiseen tulokseen tultiin kahdessa tutkimuksessa, joissa iän ei todettu olevan merkittävä riskitekijä (Naseer ym. 2020, 6; Ylä-Mononen ym. 2014, 307).

Miessukupuolen on osoitettu olevan vahva riskitekijä takaisin sairaalahoitoon palaamisessa (Bjorvatn 2013, 814; Naseer ym. 2020, 5; Hughes & Witham 2018, 9). Hughesin ja Withamin (2018) mukaan ero johtuu miesten erilaisesta terveyskäyttäytymisestä naisiin verrattuna. Traissacin ym. (2010) mukaan miessukupuolen koettiin olevan suojaava tekijä aikaisia sairaalaan palaamisia vastaan. Tämä selittyy todennäköisemmin naisten pidemmällä elinajanodotteella, jolloin miehien harvemmin täytyy asua yksin. Vaikka naisten osuus päivystyskävijöistä on todettu olevan yli puolet (Haapamäki ym. 2012, 20), ei naissukupuolta todettu riskitekijäksi missään tutkimuksessa.

Matalan koulutustason on yhdistetty olevan myös riskitekijä sairaalaan palaamiselle (Naseer ym. 2020, 5). Epämääräiset oireet, kuten huimaus ja väsymys, voivat olla merkki yksinäisyydestä, joka voi lisätä uusintakäyntien riskiä (Rönneikkö ym. 2018, 125). Kotihoidon palveluiden saaminen on liitetty alle 30 vuorokauden uusintakäynnin riskitekijäksi muutamissa tutkimuksissa (Rasmussen ym. 2017; Naseer ym. 2020, 5). Vertailtaessa Tukholman ja pienemmän kaupungin Dalarnan päivystyskäyntejä iäkkäillä, osoittautui Dalarnassa kotihoidon palveluiden saanti uusintakäynteihin liitettävissä olevaksi riskitekijäksi, mutta tilastollista merkitystä sillä ei ollut Tukholmassa. Vastaavasti Tukholmassa riskitekijöiksi osoittautuivat polyfarmasia sekä alhainen koulutustaso, muttei Dalarnassa. (Naseer ym. 2020, 4.)

Mikäli geriatriselta osastolta kotiutuvan asiakkaan kotiutusdiagnoosi oli delirium tai hän kotiutui kotiin, kasvattivat ne sairaalaan palaamisen riskiä. Myös hoidon pituuden ylittäessä 6 vuorokautta, lisäsi se riskiä joutua palaamaan sairaalaan kotiutuksen jälkeen. (Traissac ym. 2010.)

Sisätautiosastolta kotiutuvilla on Traissacin ym. (2010) mukaan suurempi riski joutua palaamaan sairaalahoitoon on arkisin kotiutetuilla potilailla verrattuna viikonlopun kotiutukseen. Kuitenkin Ylä-Monosen (2014) mukaan riski uusintakäynnille kasvaa, mikäli kotiutus tapahtuu viikonloppuna. Myös potilaiden saapuminen sekä kotiuttaminen kello 00-05 välillä lisäsi riskiä uusintakäynnille.

Päivystyksen ensiarvion luokitus hoidon kiireellisyydestä ohjaa potilaan hoidon suuntaa ja resurssien tarpeen arviota. Triage-arviossa käytetyn ESI (*emergency severity index*) luokituksen ylittäessä 3 (kaksi tai useampi hoidon resurssia, esim. verikoe), ennustaa se todennäköisyyttä palata päivystykseen 72 tunnin sisällä kotiutumisesta. Myös useat päivystyksenaikaiset tutkimustoi-
menpiteet todettiin riskitekijäksi. (Ylä-Mononen ym. 2014, 307.)

4.2 Juurisyy

Juurisyy sanana on synonyymi sanoille alkusyy ja perimmäinen syy (Kielitoimiston sanakirja 2018). Syy-seurausketjussa juurisyy on ensimmäinen lenkki, eli ongelman perimmäinen aiheuttaja. (Andersen & Fagerhaug 2006, 15.) Ongelmien ratkaisuisissa on ensin löydettävä niitä aiheuttava perimmäinen syy. Poistamalla tämän syyn, ongelma saadaan selvitettyksi. Jos kyseistä syytä ei selvitetä ja poisteta, ongelma aiheuttaa edelleen oireita. (Dogget 2005, 34.)

Suomessa iäkkäiden päivystyksestä alkaneissa sairaalahoitjaksoissa 10—30 % oli havaittavissa suora syy-seuraussuhde lääkityksen ja tulosityn välillä. Ongelmat lääkityksessä liittyivät väärään annosteluun munuaisen vajaatoimintapotilailla, kliinisiin interaktioihin, tarpeettomasti käytettyyn lääkkeeseen sekä lääkkeiden haittavaikutuksiin. (Schepel ym. 2018, 26.)

Conroy ym. (2013) mukaan 70 % potilaista uusintakäynnit olivat yhteydessä jonkin muun erikoisalan ensikäyntiin. Lääketieteellisiä juurisyyitä, joita sairaalaan palaamisen taustalta on todettu yleisimmiksi ovat lonkkamurtuma kaatumisen seurauksena, kaatuminen sekundaarisesti johtuen enkefalopatiasta, hengenahdistus ja lisääntyvä yskä sekä lisääntyvä desorientaatio. Conroy ym. (2013), Rönneikön ym. (2018) ja Kehusmaan (2018) mukaan kognitiovaje tai sen ongelmat nostivat riskiä sairaalaan palaamiselle.

Hallgrenin ym. (2015) tutkimuksessa haastateltiin kotihoidon asiakkaita. Heiltä kysyttiin kokemuksia päätöksistään, mitkä saavat heidät hakeutumaan sairaalahoitoon samanaikaisesti saadessaan kotihoidon palveluja. Löydökset osoittivat vanhusten luottavan enemmän sairaalahoitoon kuin kotihoitoon, riippumatta hoidon tarpeesta. Luottamus sairaalahoitoon yhdistettiin sairaaloiden korkeaan saavutettavuuteen, asiantuntevaan henkilökuntaan ja parempaan

hoidon laatuun verrattuna kotihoitoon. Osallistujat kuvasivat sairaalahoidon ai-noaksi vaihtoehdoksi, kun kohdattiin vakava tilanne. Ikääntyneen huoli ja tur-vattomuuden tunteet olivat tärkeässä roolissa hakeuduttaessa sairaalahoi-toon; turvallisuuden tunne sairaalassa korostui. Osallistujien mukaan oli hel-pompi hakeutua sairaalaan kuin ottaa yhteyttä kotihoiton henkilökuntaan. Ko-tihoidon henkilökunnan koettiin olevan huonosti tavoitettavissa, ja tästä syystä ambulanssin soittaminen koettiin varmempana ja helpompana vaihtoehtona kuin kotihoiton henkilöstön tavoittelu.

Ikääntyneiden päivystyskäyntejä leimataan herkästi sosiaalisista ja turhista syistä tapahtuviksi, jotka lisäävät päivystyksen tarpeetonta kuormitusta. läk-käiden on kuitenkin todettu hakeutuvan hoitoon vasta ollessaan vakavasti sai-raita ja jo aiemmin perusterveydenhuollosta apua hakeneena. Toisaalta päi-vystykseen lähtöä lykätään tarpeettoman kauan, jottei ikääntynyt aiheuta omasta mielestään turhaa vaivaa hoitohenkilökunnalle. Voidaan todeta iäk-kään tekevän päätöksensä lähteä päivystykseen painavin syin ja tämä on lä-hes poikkeuksetta keskustellut asiasta ennalta joko terveydenhoidon ammatti-laisen tai läheisen kanssa. (Mylläri ym. 2014, 19.) Päivystykseen liitettävissä olevia juurisyytä ovat potilaan puutteellinen aikaisemman lääkehoidon selvittä-minen ja lääkityksen kokonaistarkistuksen tekemättä jättäminen (Schepel ym. 2018, 28).

Puuttamalla uusintakäyntien taustalla oleviin juurisyyhin interventioiden avulla, voidaan pyrkiä lieventämään pyörövi-ilmiotä. Interventioihin tulisi sisällyttää lääkityksen tarkistus ja kotiutumiseen liittyvän kommunikaation huomiointi. Va-kavasti sairaiden potilaiden kohdalla interventioissa tulee huomioida, että pal-liatiivinen hoitolinja voi olla tarkoituksenmukaisempaa, kuin aktiivinen hoidon järjestäminen. Kuntoutus ennen kotiutumista voi vähentää sairaalakierteen syntymistä alentuneen toimintakyvyn takia, lisäksi perushoidon riittävä huomiointi voi myös vähentää kierteen syntymistä. Tunnistamalla dementian aikai-semmassa vaiheessa vähennetään lisääntyneestä sekavuudesta johtuvia sai-raalaan palaamisia, varsinkin jos niitä on esiintynyt jo aiemmin. Jos potilas saapuu sairaalaan takaisin alkuperäisen syyn takia, voi geriatrisen asiantunti-jan osallistaminen hoitoon olla tarpeen. Interventioiden huomioidessa kaikki edelliset tekijät, jopa 70 % sairaalaan palaamisista olisi ollut mahdollisesti es-tettävissä. (Conroy ym. 2013, 26-27)

5 KOTIHOITO

Kotihoito on kuntien järjestämä palvelukokonaisuus, joka sisältää asiakkaan kotona tapahtuvan sairaanhoidon, toimintakykyä tukevan kotihoidon ja tukipalvelut (Sosiaalihuoltolaki 3. §20; THL 2019). Se on kohdennettu ihmisille, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut iästä riippumatta. Sen avulla tuetaan kotona selviytymistä tilanteissa, joissa asiakas ei alentuneen toimintakykynsä takia kykene suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan (Ikonen 2013), tai on kykenemätön sairauden tai toimintakyvyn aleneman takia käyttämään muita terveys- ja sairaanhoidon palveluita (Kotihoito ja kotipalvelut s.a.).

Kotisairaanhoito käsittää terveyden- ja sairaanhoidolliset tehtävät asiakkaan kotona, kuten näytteenoton, terveydentilan mittaukset sekä arvioinnin ja lääkeshoidon seurannan. Kotipalvelu auttaa ja tukee asiakasta arjessa selviytymisestä ja henkilökohtaisista toiminnoista, kuten hygienian hoitamisesta. (Kotihoito ja kotipalvelut s.a.). Tukipalveluja ovat turva-, kauppa-, ateria- ja peseytymispalvelu, joita järjestetään pääosin kotihoidon asiakkaalle, mutta myös osana ehkäiseviä palveluita. Tavoitteena on mahdollistaa iäkkäiden asuminen omassa kodissaan ja oman toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollisimman pitkään. (Vanhuspalvelulaki 2. §5. mom.; Kotihoito 2019.)

Kotihoidon palvelut voidaan myöntää säännöllisenä tai määräaikaisena. Säännöllistä kotihoitoa saavilla asiakkaila on jatkuva ulkopuolisen avun tarve useissa arkielämän toiminnoissa, ja he tarvitsevat pääosin päivittäistä terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa hoivaa ja terveydenhoitoa, mm. lääkityshoidon toteuttamisessa tai sairauden hoidossa. Asiakas voi olla myös omaistensa hoidossa, jolloin nämä tarvitsevat säännöllistä kotihoidon tukea tekemänsä hoitotyön tueksi. Määräaikaisena palvelut voidaan myöntää asiakkaalle, joka tarvitsee tukea kotiutumiseen, mm. uuden sairauden hoidon aloittamiseksi. (Kotihoidon, kotihoidon tukipalveluiden ja palveluasumisen myöntämisen perusteet 2019, 5.) Kotiin saatavan kotihoidon ja sen tukipalvelujen lisäksi muita kotona asumista tukevia toimia ovat julkiset, yksityiset ja järjestöjen tuottamat palvelut sekä omaishoito (Kotihoito 2019).

Edellytyksenä kotihoidon palveluiden saamiselle on palvelutarpeen arvio, jossa asiakkaan toimintakyky kartoitetaan moniulotteisesti, käyttäen valtakunnallisesti yhtenäistä ja tasavertaista arviointia (Vanhuspalvelulaki 3§.15. mom.). Tämä toteutetaan RAI-arvioinnilla (*resident assesment instrument*), joka arvioi asiakkaiden, terveydentilaa, palveluntarpeita ja toimintakykyä vähintään neljältä eri ulottuvuudelta. Näitä ovat psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen sekä kognitiivinen ulottuvuus (Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 2021). Sosterissa palvelutarpeen arviossa käytetään RAI-kotihoidon (*RAI-HC*) tai RAI-screener Oulu-järjestelmien MAPLe-5-mittaria (*Method for assessing priority levels*). Se arvioi sekä päivittäisistä (*ADL*) että välineellisistä (*IADL*) toiminnoista suoriutumista, kognitiota (*CPS*), päätöksentekokykyä, käytösoireita, lääkityksiä, kaatumisia, kotioloja, haavoja, riittämätöntä ravitsemusta sekä riskiä joutua laitoshoidon. (Kotihoidon, kotihoidon tukipalveluiden ja palveluasumisen myöntämisen perusteet 2019, 4.)

Kotihoidon palvelujen kokonaisuus suunnitellaan palveluntarpeen arvioinnin perusteella, ja asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma tarvittavista tukitoimista ja -palveluista. Kaikilla yli 75-vuotiailla on lakisääteinen oikeus saada pyydettyä palveluntarpeen arvio. Arvio on maksuton, mutta se ei automaattisesti johda palveluiden myöntämiseen. (Sosteri 2018e.)

5.1 Asiakkaan hoitoon ohjautuminen akuutissa tilanteessa

Sosterissa on käytössä äkillisten tilanteiden toimintamalli, jonka tavoitteena on välttää kotihoidon asiakkailla tarpeettomia päivystyskäyntejä toteuttamalla tilanarvio päivystyksen ulkopuolella. Tällöin kotihoidon piiristä ei hakeuduta suoraan päivystykseen ilman kotihoidon lääkärin, sairaanhoitajan, ensihoidon tai TEHOSA:n tekemää arviota. Perustana tilanarviolle on NEWS-pisteytys (*varhaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä*), joka sisältää verenpaineen, pulssin, lämmön sekä saturaation mittauksen, tajunnantason arvion ja tiedon siitä, onko potilaalla käytössä lisähappi. Näiden pohjalta määräytyvät pisteet sijoittavat potilaan riskiluokkaan (matala-keskisuuri-korkea), joiden mukaan saadaan toimintaehdotukset. Tilanarvion kirjaus tapahtuu erilliselle lomakkeelle, mikä toimii myös konsultaation pohjana soittaessa. Mikäli katsotaan tarpeelliseksi, kirjataan lisäksi mittaukset verensokerin ja virtsan liuskatestin osalta. (Lehmusoksa s.a.)

Kotihoidon asiakkaan tilan huonontuessa äkillisesti, konsultoi kotihoidon työntekijä oman alueensa sairaanhoitajaa tai henkeä uhkaavassa tilanteessa soittaa hätänumeroon. Tehdyn tilanarvion ja saadun riskiluokan perusteella voidaan asiakkaan tilaa päättää seurata kotihoidossa ja konsultoida lääkäriä, jos tilanne todetaan ei-kiireelliseksi tai kuljettaa ensihoidon saattamana päivystykseen tilanteen vaatiessa mahdollisesti sairaalahoitoa. Aina kotihoidon työntekijät eivät kuitenkaan tavoita asiakasta akuutin tilanteen sattuessa, vaan tämä on voinut hakeutua omatoimisesti akuuttihoiton piiriin mm. soittamalla itse ambulanssin tai hakeutumalla muulla tavoin päivystykseen. (Laitinen 2020.)

Kotona asuvien suomalaisten iäkkäiden pääasiallisia syitä sairaalahoitoon hakeutumiseen olivat perussairauksien oireiden pahentuminen sekä saatavuusongelmat perusterveydenhuollon palveluissa. Päivystyksiin ohjautuvista kotoaan saapuvista iäkkäistä merkittävä osa on säännöllisen kotihoidon piirissä — noin 20—46 %. (Haapamäki ym. 2014, 18; Saari ym. 2019, 2298) Tyypillisimmin kotihoidon asiakkaiden hoitoon tulon syynä ovat sydänperäiset vaivat. Luotettavasti kotihoidon asiakkaiden osuutta päivystyksen käyttäjinä ei kuitenkaan voida tutkimuksissa tarkastella, sillä kirjaamiskäytännöt ovat Suomen päivystyksissä kirjavia. (Haapamäki ym. 2014, 22.)

Itse asiakkaiden syihin päättää hakeutua akuuttihoiton piiriin on tutkittu haastatteluilla sekä Suomessa että Ruotsissa. Hallgrenin ym. (2015) haastattelututkimuksessa selvitettiin ruotsalaisten kotihoidon asiakkaiden syitä ja perusteita hakeutua akuuttihoiton piiriin omatoimisesti. Vaikka voitaisiin olettaa, että kotiin tuotu hoito ja hoiva lisäisivät ikääntyneen kokemaa turvallisuuden tunnetta, todettiin tutkimuksessa sen olevan suuressa määrin riippuvainen hoitohenkilökunnan toimintatavoista, ammattiosaamisesta, kotikäyntien tiheydestä sekä siitä, kuinka asiakkaan osallistaminen hoitoonsa ja päätöksentekoon toteutui. Osa kotihoidon asiakaista uskoi työntekijöiden kykenevän vain yksinkertaisesti hoitotoimiin, kuten lääkkeiden jakoon. (Hallgren ym. 2015, 309.)

Suomessa erityisesti kotihoidossa asiakkailla on turvattomuuden tunteen todettu olevan yhteydessä muistioireen vaikeusasteeseen (Kehusmaa ym. 2016, 4). Ruotsissa turvattomuutta ja oman pärjäämisensä epävarmuutta kokevilla kotihoidon asiakkailla on todettu olevan selkeä taipumus hakeutua

omatoimisesti päivystyspalveluihin (Hallgren ym. 2015, 309). Näin ollen muistioireiden myötä lisääntyvä turvattomuuden tunne voivat selittää Rönneikön ym. (2018) tutkimuksen tulosta, missä uusien kotihoidon asiakkaiden ennakoimattomien sairaalakäyntien diagnooseista jopa viidesosan todettiin koostuvan dementia- ja muistisairauksista. Useissa tutkimuksissa on myös todettu päivystyspalveluiden käytön lisääntyvän korkean iän myötä. Tutkimusten tulosten perusteella yhteys iän myötä yleistyviin muistisairauksiin, ja sitä kautta lisääntyvään turvattomuuden kokemukseen voivat selittää hyvin iäkkäiden suurta edustusta päivystyskäynneissä. (Bjorvatn. 2012, 818; Haapamäki ym. 2012, 26; Hughes & Witham. 2018, 9; Rasmussen ym. 2017.)

Hallgrenin ym. (2015) mukaan asiakkaan päivystykseen hakeutumiseen myötävaikuttivat kotihoidon henkilöstön epävarmuus, osaamisen puutteellisuus ja näiden huono tavoitettavuus avuntarpeen sattuessa. Tästä syystä ambulanssin soittaminen koettiin helpompana vaihtoehtona kuin kotihoidon työntekijöiden tavoittelu. Samantapainen tulos ilmeni suomalaisessa tutkimuksessa, jossa erään haastateltavan perusteluna ambulanssin soittamiselle oli nopeampi hoitoon ja tutkimuksiin pääsy. Jos asiakas olisi hakeutunut hoitoon päivystyksen kautta, olisi tämä joutunut odottamaan odotustilassa todennäköisesti pitkäänkin. (Mylläri ym. 2014, 24.)

Hoitohenkilöstön välittämä toiminnan epävarmuus ja osaamisen puutteellisuus lisäsivät epäluottamusta kotihoidon tarjoamaan hoitoon, jolloin sairaalahoitoon hakeutuminen nähtiin turvallisena ja laadullisesti korkeampana vaihtoehtona. Asiakkaat näkivät resurssit kotona tapahtuvaan hoitotyöhön vähäisenä ja hoitajien taidon toteuttaa ja koordinoita hoitoa puutteellisena, mikä herätti epävarmuutta kotona pärjäämisessä. Jotkin hoitajaksot asiakkaat kokivat tarpeettomina, ja olleen lähtöisin hoitajan omasta epävarmuudesta hoitaa asiakasta, jolloin hoitajien koettiin turvautuvan liian herkästi sairaalahoidon puoleen. (Hallgren ym. 2015, 308.)

5.2 Kotiutuminen

Kotiutuminen on prosessi, jossa potilas kotiutuu osastohoidosta takaisin kotiinsa. Potilas voi kotiutua kotiin itsenäisesti tai palvelujen turvin. Jos potilaalla

on käytössä esimerkiksi kotihoidon palveluja, osallistuvat kotiutumiseen potilas itse, lähettävä yksikkö ja vastaanottava yksikkö. Potilaan kotiutumisesta osastolta vastaa osaston kotiutushoitaja. (Kotiutumisprosessi Sosterissa 2019.)

Onnistuneen kotiutuksen kannalta kriittisintä aikaa ovat ensimmäiset viikot kotiutuksen jälkeen. Onnistuneessa kotiutuksessa asiakkaan palvelutarpeet on arvioitu ja mitoitettu siten, että tämä saa tarvitsemaansa apua ja riittävää kuntoutusta. Riittävällä seurannalla kotiutuksen jälkeen vähennetään sairaalaan palaamista. (Kehusmaa ym. 2018, 4.) Varhainen kotiuttamisen suunnittelu, aikataulutettu kotiutumissuunnitelma ja potilaan osallistaminen kotiutumiseen yhdessä hyvän tiedonkulun ja yhteistyön kanssa ovat edellytyksiä hyvään kotiutumiseen (Kotiutumisprosessi Sosterissa 2019).

Kotiutettaessa toimintakyvyltään heikentyneitä iäkästä potilasta, on kotiutuminen herkkä vaihe, jonka suunnittelu tulisi aloittaa jo sairaalaan tultaessa (Kehusmaa ym. 2018, 4). Kotiutuksen valmistelun ja suunnittelun tärkeys korostuvat, mitä vähemmän asiakas kykenee hoitamaan asioitaan itsenäisesti (Wuorela & Viikari 2019). Mikäli kuntoutumista ei sairaalahoidon aikana tapahdu riittävästi, voidaan iäkkäälle suunnitella kuntoutusjakso kuntoutusosastolla ennen kotiutusta, tai kotona tapahtuva tehostettu kuntoutusjakso (Kerminen ym. 2019).

Sosterissa kotiuttaminen alkaa jo asiakkaan saapuessa päivystykseen. Jos asiakas saa kotihoidon palveluja ja on kotihoidon lähettämänä päivystyksessä, kerätään siirtoon liittyvät tiedot kotihoidon työntekijältä. Päivystyksessä pyritään selvittämään, miksi asiakkaan tila on heikentynyt ja estää voinnin heikentyminen edelleen. Jos todetaan, että asiakas ei ole kotiutettavissa nopealla aikataululla, siirretään hänet jatkohoitoon tarkoituksenmukaiselle osastolle. Osastolla jatketaan päivystyksessä aloitettua hoitoa ja jälleen tarkastetaan lääkitys, huomioiden päivystyksessä mahdollisesti tehdyt lääkemutokset. Hoidon ohella kartoitetaan asiakkaan kotioloja ja toimintakykyä. Jos asiakkaan vointi on oleellisesti muuttunut, ennen kotiutusta tulee järjestää kotiutuspalaveri. Palaveriin osallistuu asiakas itse, mahdollisesti omaiset, hoitohenkilökunnan edustaja ja mahdollisesti sosiaalityöntekijä. Sosterissa palaveriin osallis-

tuu tarvittaessa kotihoidon kotiutustiimin työntekijä. Kotihoidon kanssa on ennen kotiutusta sovittava kotiutumisaikataulusta ja mahdollisesti uusien lääkkeiden hankkimisesta. Kotiutuva asiakas saa aina kolmen päivän lääkkeet mukaan sairaalasta, jotta muutokset keretään päivittämään ajan tasalle myös kotioidossa. (Laitinen 2020.)

Kotiutuvalla asiakkaalla tehdään aina hoitotyön yhteenveto, joka näkyy myös asiakkaalle itselle omakannassa. Hoitotyön yhteenvedossa yhdelle sivulle on tiivistetty asiakkaan sairaalajakson pääasiat, asiakkaan senhetkinen toimintakyky, hoito-ohjeet ja jatkohoitosuunnitelma. Siitä käyvät ilmi myös lääkityksen oleelliset tiedot ja muutokset sekä lähtöpäivänä annetut lääkkeet. (Laitinen 2020.)

Sosterissa alkuvaiheen kotiutukset hoitaa erillinen kotiutustiimi, joka vastaa asiakkaiden turvallisesta kotiutumisesta näiden siirtyessä uusiksi kotihoidon asiakkaiksi eri lyhytaikaishoidon yksiköistä sekä osastoilta. Tiimin tehtävänä on kotiutumisen suunnittelu kotiuttavan yksikön, asiakkaan ja tämän omaisten kanssa, sekä toteuttaa kotiutukseen liittyvien palveluiden tarveselvitys, niiden käynnistäminen ja koordinointi. Kahden viikon aikana tiimi hoitaa asiakkaan tarpeiden sekä hoidon ja tukipalvelujen tarpeen selvittämisen. Tämän ajanjakson jälkeen asiakas siirtyy oman alueensa kotihoidon tiimin hoidettavaksi. (Kotiutustiimi 2018.)

Uusille kotihoidon asiakkaille ja pitkään palvelujen piiristä poissa olleille asiakkaille aloitetaan aina 4 viikon mittainen arviointijakso, mikäli asiakas tarvitsee kotihoidon päivittäisiä käyntejä. Jakson aikana arvioidaan asiakkaan palvelujen tarvetta. Jakson lopulla palvelutarve arvioidaan ja jatkohoito suunnitellaan arvioinnin perusteella. (Kotihoidon, kotihoidon tukipalvelujen ja palveluasumisen myöntämisen perusteet 2019, 5.)

Aktivoiva arviointijakso voidaan aloittaa kaikille uusille kotihoidon asiakkaille, joilla palveluntarve on oleellisesti muuttunut. Edellytyksinä aktivoivalle arviointijaksolle ovat riittävä kognitio, jotta omatoimisuus on mahdollista, motivoituneisuus, sitoutuminen, mahdollisuus kuntoutua aiempaan toimintakyyn tai lähelle sitä ja asumisolojen turvallisuus. Aktivoiva arviointijakso on mahdollista

vain silloin, kun asiakkaalla ei ole ollut käytössä kotihoidon palveluja jo aiemmin tai niitä on vähän. (Kotiutumisprosessi Sosterissa 2019.)

MAPLe-mittariston avulla eri puolilla Suomea sairaalaan päätyneiden ikääntyneiden palvelutarpeita ja niihin vastaamista kotiutumisen jälkeen seurattiin 4kk ajan. Kaikista kotiutuneista noin 50 % sijoittui kahteen suurimpaan avuntarpeen ryhmään mutta vain 4 % todettiin omatoimisiksi. Kolmannes kaikista kotiutuneista ei kuitenkaan 4 kuukauden seuranta-aikana ollut säännöllisen kotihoidon piirissä eikä saanut edes lyhytaikaista kotihoitoa huolimatta siitä, että merkittäväällä osalla oli todettu avun tarvetta osastohoidon aikana. (Kehusmaa ym. 2018, 4.) Kotihoidon asiakkuuden alussa tehdyllä RAI-arviolla on mahdollista tunnistaa tekijöitä, jotka voivat enteillä akuuttia ja ennakoimatonta sairaalahoitojaksoa vuoden sisällä (Rönneikkö ym. 2018, 125).

Iäkkään lyhytaikainen sairaalahoito voi johtaa tämän toimintakyvyn heikkeneemiseen, mikä taas johtaa kotiutumisen jälkeisen avuntarpeen lisääntymiseen (Kerminen ym. 2019). Tämä on todettu Fournaisen ym. (2019) tutkimuksessa, missä kotiutumisen jälkeen tarve kotihoidon viettämään aikaan ikääntyneiden luona kasvoi tasaisesti 6 kuukauden ajan, kunnes käynneillä vaadittava aika oli kasvanut lähes yhdeksällä tunnilla kuukaudessa.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden pyöröovi-ilmiöön johtavia syitä hoitoon osallistuvien ammattilaisten näkökulmasta. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita, joilla voidaan vähentää pyöröovi-ilmiön esiintyvyyttä Sosterissa.

Keskeisinä tutkimuskysymyksinä olivat seuraavat:

1. Mistä syistä iäkkään pyöröovi-ilmiö syntyy?
2. Millaisia asiakas- ja sairaalalähtöisiä riskitekijöitä hoitohenkilökunta on havainnut kotihoidon asiakkailla olevan?
3. Millä keinoilla pyöröovi-ilmiön esiintymistä ja syntyä voidaan ehkäistä?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin kertaluontoisesti teemahaastattelulla, johon osallistui henkilökuntaa toimeksiantajan valitsemista yksiköistä.

7.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen kohteena ovat pääasiassa prosessit, joihin on määrittäminen eli kvantitatiivisin menetelmin mahdotonta pureutua niiden monimutkaisen olemuksen vuoksi. Tutkimusotteena laadullinen suuntaus on soveltuva tilanteissa, joissa tietyistä ilmiöistä on vähän tai ei lainkaan aikaisempaa teoretietoa, eikä tarkoituksena ole pyrkiä saamaan tilastollisia vertailtavissa olevia tuloksia. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää ilmiötä selittäviä malleja sekä teorioita, jotka tulkitsevat ilmiön todellisuutta. Laadullista tutkimusta voidaan pitää tien viitoittajana tuleville tutkimuksille. (Kananen 2014, 17-19.)

Opinnäytetyön toteutustavaksi sovittiin jo alkuvaiheessa laadullinen lähestymistapa teemahaastattelun muodossa. Toimeksiantajan näkemyksestä teemahaastattelu koettiin sopivimpana aineistonkeruumenetelmänä. Menetelmän käyttöön opinnäytetyössä päädyttiin yhteisymmärryksessä toimeksiantajan, opinnäytetyön tekijöiden sekä sen ohjaajien kanssa. Kirjallisuudessa teemahaastattelu on suotuisa tutkimusmenetelmä tilanteissa, kun tiedetään jo ennalta, että tutkimusaihe tuottaa vastauksia laajasti ja monitahoisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34.) Tutkimustehtävämme luonteeseen peilaten oli laadullinen lähestymistapa soveltuvin, kun tavoitteena oli löytää henkilöstön omien havaintojen pohjalta juurisyitä, jotka selittivät iäkkäiden sairaalakierteen syntyminen.

Laadullisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat aineiston keruu avoimin menetelmin, aineistolähtöinen päättely, tutkimustehtävien tarkentuminen tutkimusprosessin aikana, ihmislähtöisyys, luonnollisten olosuhteiden painottaminen, tiedon kontekstuaalisuus sekä osallistujien vähäinen määrä ja näiden valitseminen tarkoituksenmukaisuuden perusteella (Kylmä & Juvakka 2012, 22-29). Erona kvantitatiiviseen tutkimukseen toteutetaan aineiston keruu mahdollisimman avoimin menetelmin ja teorioita testaavia hypoteeseja luodaan tutkimuksen edetessä eikä alussa. Myöskään ei voida ennalta määrittää, mitä ja

kuinka paljon aineistoa kerätään. Laadullisen aineiston analyysia eivät ohjaa säännöt tulkintojen tekemisessä kuten määrällisessä, vaan analyysin prosessi on syklinen. Itse tutkija toimii koko tutkimusprosessin ajan aktiivisessa roolissa ja on tutkimuksen keskeinen laadullinen väline. (Kananen 2014, 18-19; Kylmä & Juvakka 2012, 28.)

Tutkimuksen kohteena on tyypillisesti vain muutamia havaintoyksiköitä ja tavoitteena on ymmärtää osallistujien subjektiivista näkökulmaa tutkittavasta ilmiöstä. Näin ilmiöstä luodaan syväluotaava käsitys. Tämä mahdollistaa ilmiön syvällisen tutkimisen ja ymmärtämisen, mutta yleistysten tekemistä se ei mahdollista. (Kananen 2014, 17.)

Sekä haastateltavien omat tulkinnat ilmiöstä että tutkijan aineiston pohjalta muodostamat tulkinnat ja tulokset ovat tiiviisti sidoksissa sen kontekstiin ja ihmisten tulkinnat samastakin ilmiöstä voivat poiketa (Kananen 2019). Tästä syystä ihmislähtöinen tutkimus on altis tulkintojen moninaisuudelle. Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat vuorovaikutteisuusluonne tutkijan ja tutkijan välillä; keskinäisellä vuorovaikutuksella ja sen laadulla tutkija ja tutkittava vaikuttavat toinen toisiinsa. (Kylmä & Juvakka 2012, 28.) Tutkijan on kuitenkin pyrittävä vuorovaikutussuhteessa puolueettomana (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72).

Laadullisen tutkimuksen tuloksiin pääsemistä ohjaa induktiivinen eli aineistolähtöinen päättely. Tällöin tutkijat poimivat keräämästään aineistosisällöstä yksittäisiä havaintoja, tarkastelevat niiden välillä vallitsevia yhteyksiä ja merkityksiä, muodostaen näistä lopussa yhden kokonaisuuden. Kun tutkittavat ovat aineiston analyysin pohjalta tulleet tiettyyn tulokseen analysoimansa aineiston pohjalta, tapahtuu tutkimustulosten esittäminen ja ilmiön kuvaus sanallisesti. Kuvaus ilmiöstä luodaan sanallisesti, ja se tulisi esittää mahdollisimman ymmärrettävästi ja kokonaisvaltaisesti. (Kananen 2019, 19.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta vahvistavat siinä saavutettu saturaatio, eli kylläntyminen, jolloin tutkittavien tai lähteiden tutkimustulokset alkavat toistua. Laadullisen haastattelun osallistujien kokonaismäärä määräytyy saturaation mukaan; tutkimusta jatketaan tai tehdään uusia haastatteluja niin kauan, kunnes vastaukset alkavat toistaa itseään. (Kananen 2019, 19.)

7.2 Tiedonhaun prosessi

Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjallisuushaku tehtiin kattavana kirjallisuushakuna. Tällöin tiedonhaku kohdennetaan tutkittavan asian kannalta olennaisiin ja oman tutkimuksen kohteen kannalta sovellettavissa olevien tutkimusten löytämiseen, ja tuottamaan näiden pohjalta kattava yhteenveto. Lisäksi tavoite synteessin lisäksi voi olla tutkimusten puutteen osoittaminen (CRD 2008), mitä arvioimme myös kirjallisuuskatsauksessamme. Hakustrategiassa edettiin PICO-mallin (CRD. 2008) mukaan, jolloin alkuvaiheen hakuja varten konseptit täsmennettiin taulukon 1 mukaisesti:

Taulukko 1. PICO-malli

P	<i>Asiakasryhmä</i>	<i>Yli 65-vuotiaat kotona asuvat ikääntyneet, kotihoiton asiakkaat, ei hoivakodin asukkaat</i>
I	<i>Mielenkiinnon kohde</i>	<i>Hoitohenkilökunnan näkemykset juurisyistä</i>
Co	<i>Konteksti</i>	<i>Sairaalakierre, päivystys, kotihoito</i>

Täsmennyksen jälkeen koostettiin sekä lista keskeisistä hakusanoista, synonyymeista ja niiden katkaisusta sekä suomeksi että englanniksi. Nämä on esitelty taulukossa 2. Hakuihin käytettiin Boolean operaattoreita (AND/ OR/ NOT).

Taulukko 2. Keskeisimmät hakusanat suomeksi ja englanniksi

Keskeiset hakusanat suomeksi		Vastikkeet englanniksi
<i>Ikääntynyt</i>	<i>Ikään*</i>	<i>Elderly</i>
<i>Vanhus</i>	<i>Vanhu*</i>	<i>Older people</i>
<i>läkäs</i>	<i>läk* /läkk*</i>	<i>Over 65</i>
<i>Kotihoito</i>	<i>Kotihoi*</i>	<i>Home care</i>
<i>Pyöröovi-ilmiö</i>	<i>Pyöröovi-ilmiö*</i>	<i>Revolving door (syndrome)</i>
<i>Sairaalakierre</i>	<i>Sairaalakier*</i>	-
<i>Uusintakäynti</i>	<i>Uusintakäyn*</i>	<i>Readmission (-s)</i>
<i>Odottamaton / ennakoimaton uusintakäynti</i>	-	<i>Unplanned admission (-s)</i>
<i>Syy</i>	-	<i>Cause (-s)</i>
<i>Aiheuttaja</i>	-	
<i>Juurisyys</i>	<i>Juurisy*</i>	<i>Root cause (-s)</i>
<i>Geriatrinen (potilas)</i>	<i>Ger*/ Geriatri*</i>	<i>Geriatric (patient, -s)</i>

Tiedonhankinta kohdennettiin ensisijaisesti oman tieteenalan julkaisukäytäntöjen mukaisiin tietokantoihin, jotka on esitelty taulukossa 3. Muita hankintatapoja olivat manuaalinen internethaku, jo löydettyjen tutkimusten lähdeviitteiden tarkistus relevanttien tutkimusten havaitsemiseksi sekä toimeksiantajalta saadut tutkimukset ja kirjallisuus. Tiedonhaku toteutettiin aikavälillä 12/2019-4/2020.

Taulukko 3. Käytetyt tietokannat

Käytetyt tietokannat
<i>EBSCO</i>
<i>Medic</i>
<i>ScienceDirect</i>
<i>PubMed</i>
<i>Cochrane</i>
<i>Julkari</i>
<i>Terveysportti</i>

Tutkimuslähteiden hallintaan ja kirjanpitoon käytettiin Microsoftin One Note - ja Teams -sovelluksia. Myöhemmin käyttöön otettiin Mendeley reference management -työpöytäohjelma, sillä useiden lähteiden hallinta edellisten sovellusten kautta koettiin hankalana.

Sisäänottokriteereitä määrittäessä halusimme rajata mukaan otettavaksi tutkimuksia, jotka ovat sovellettavissa suomalaiseseen väestöön ja sen terveydenhuollon järjestelmään, erityisesti päivystyksen ja kotihoidon osalta. Tästä syystä USA:ssa toteutetut tutkimukset olivat poissulkukriteerinä, sillä vakuutuspainotteisessa hoitojärjestelmässä hoitoon hakeutumisen syyt vääristäisivät tuloksia oleellisesti.

Tutkimuksia pyrittiin etsimään ensisijaisesti pohjoismaista (Suomi, Ruotsi, Norja, Tanska), joissa kulttuuri, väestö- sekä terveyspalveluiden rakenne olisivat mahdollisimman vertailukelpoisia. Lisäksi Iso-Britannia, Ranska, Belgia otettiin toteutusmaina mukaan. Tutkittavien ikähaarukka rajattiin alkamaan 65-vuotiaasta ylöspäin, jota pidetään ikääntyneen ihmisen määritelmänä. Tästä

poikettiin Bjorvatnin (2012), yli 60-vuotiailla tehdyn tutkimuksen osalta, sillä tulosten katsottiin olevan merkittäviä työmme kannalta.

Tutkimuksissa sairaalakierteen määrittelyyn käytettiin useita eri aikaikkunoita, eikä yhtä yhtenäistä määritelmää sen syntymiselle kirjallisuudessa ollut. Toimeksiantajan kanssa tutkimuksia rajaavaksi aikaikkunaksi päätettiin 30 vuorokautta, jolloin yksinomaan yli 30 vuorokauden ajanjaksolla sairaalakerrettä selittävät tutkimukset rajattiin pois. Poikkeuksena mukaan otettiin Rönneikön ym. (2018) suomalainen tutkimus, jossa vuoden seuranta-aika sekä RAI- arvioinnin käyttö katsottiin toimeksiantajan kanssa tarpeelliseksi näkökulmaksi sisällyttää teoriaosuuteen.

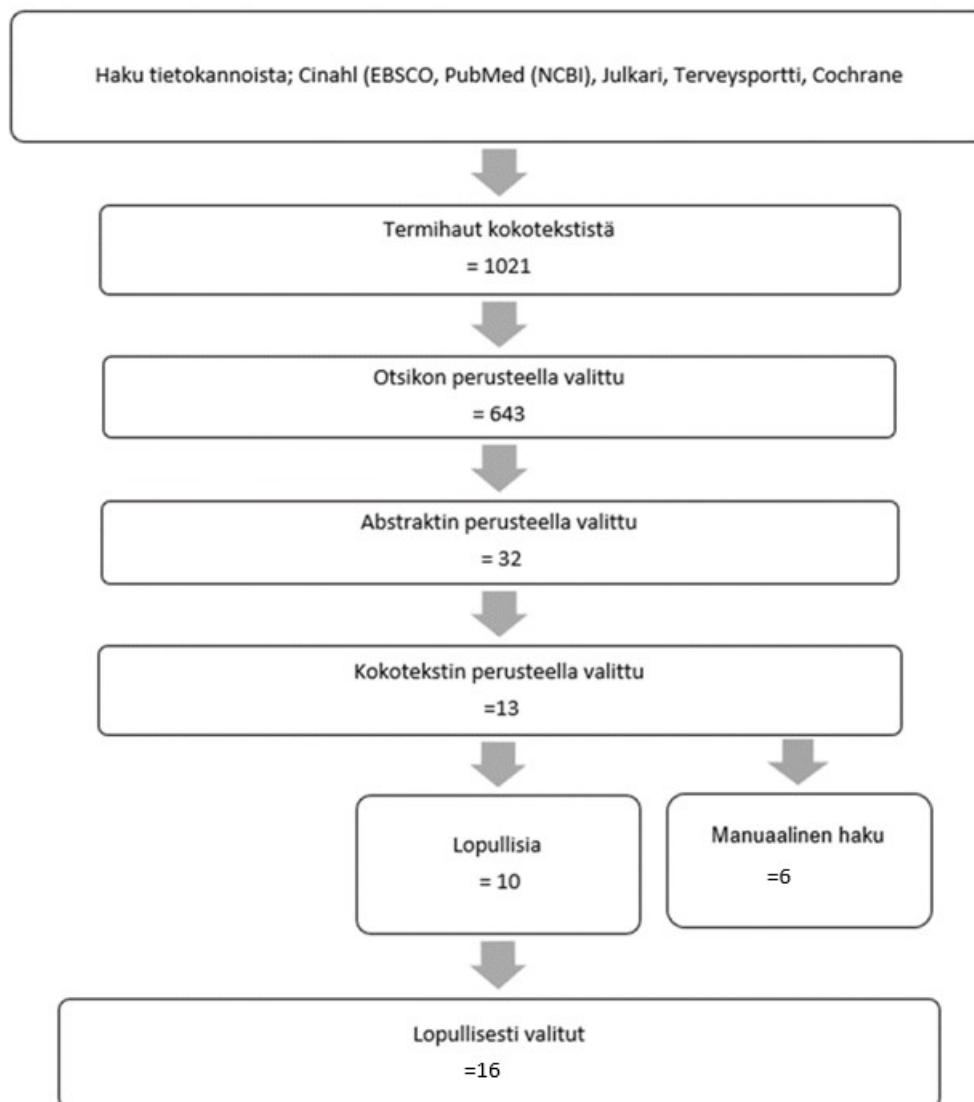
Sisäänottokriteerit läpäisseistä pyrittiin ensisijaisesti valikoimaan ne, joissa otoskoko kattoi maantieteellisesti laajan ja vaihtelevan alueen, tutkimus oli toteutettu kohorttina tai tutkimustulos vastasi tutkimustehtävään muita paremmin ja kattavammin (taulukko 4).

Taulukko 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aikarajaus 2010 -	Kotihoidon asiakkaita ei voitu eritellä tuloksista
Vastaa tutkimustehtävään	>65-vuotiaita ei voitu eritellä tuloksista
Suomen tai englanninkielinen	Tutkimus tehty USA:ssa
Tutkimusasetelma sovellettavissa Pohjoismaiseen väestöön	
Tukittavat yli 60-vuotiaita	
Koko tutkimusselostus saatavilla	
Alkuperäistutkimus saatavilla	
Vertaisarvioitu	

Lopullisia kirjallisuuskatsaukseen käytettäviä tutkimuksia valittiin 16 kappaletta. Tutkimuksia oli tehty Suomessa (n=9), Ruotsissa (n=2), Tanskassa (n=2), Englannissa (n=2) ja Norjassa (n=1).

Rekisteripohjaisia tutkimuksia näistä oli 11 kappaletta, juurisyyanalyysejä hyödyntäviä 3 kappaletta ja kohorttitutkimuksia 2 kappaletta. Kaikki tutkimukset ovat aikaväliltä 2010-2020.



Kuva 1 Kaavio tutkimusten valintaprosessista.

7.3 Aineiston keruu

Toimeksiantaja valitsi haastatteluihin osallistuvat henkilöt sovituista toimipisteistä. Haastateltavia oli 10 ja aineiston keruu tapahtui yhdellä haastattelukerralla.

Menetelmänä teemahaastattelu on soveltuva tutkimusmenetelmä silloin, kun

halutaan ymmärtää tai arvioida jonkin ilmiön todellisuutta, sen vaikuttavuutta, tai on tarpeen määrittää siihen liittyvä ongelma. Tutkittavan ilmiön todellisuus ja sen ymmärrys saadaan haastattelemalla siitä subjektiivista kokemusta omaavia osallisia. Teemoilla käsitetään kysymystä laajempi kokonaisuus; se on keskustelun aihe. (Kananen 2014, 76.) Tällöin ilmiön lähestyminen haastateltaessa tapahtuu ennalta valikoitujen, kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousevien pääteemojen kautta, jolloin keskustelu etenee yleiseltä tasolta yksityiseen, sisällöllisesti tarkemmin rajautuviin keskustelun aiheisiin (Kananen 2012, 99).

Yksinkertaistettuna teemahaastattelun vaiheet ja ominaispiirteet voidaan kuvata neljässä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimus suunnataan tiettyyn kohderyhmään, joiden tiedetään omaavan kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Toisessa vaiheessa tutkijat perehtyvät valitsemaansa ilmiöön tai aiheeseen niin, että pystyvät hahmottamaan sen kokonaisuutena. Perehtymisen pohjalta muodostetaan ilmiöön liittyvät teema-alueet. Analyysia jatketaan kolmannessa vaiheessa, jolloin muodostetaan haastattelun runko teema-alueiden pohjalta. Neljäs ja viimeinen vaihe sisältää haastattelun toteuttamisen. (Hirsjärvi ym. 2000; Kananen 2014.)

Jotta haastattelun sisältö olisi tutkimuksen sisällön kannalta mahdollisimman hedelmällinen, tulee kohderyhmä rajata tarkoin niihin, joita ilmiö koskettaa ja joilla on tästä subjektiivista kokemusta. Haastattelussa edetään haastateltavan ehdoilla ja tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä haastateltavien subjektiivisesta näkökulmasta. (Kananen 2014, 76.) Näin valotetaan ilmiötä monesta kulmasta tutkijan ennalta valitsemien teemojen, mutta myös haastateltavien itse luomiensa merkitysten ja olettamusten kautta (Kylmä & Juvakka 2012). Haastateltavien määrä on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta (Hirsjärvi ym. 2000, 58). Opinnäytetyöhömmme haastatteluun osallistui 10 haastateltavaa 6 eri yksiköstä. Varman saturaation saavuttaminen yhdellä haastattelukerralla oli siis epätodennäköistä, mutta haastattelutilanteessa nousevan asiasisällön rikkauteen vaikuttivat myös haastattelijan taidot. (Hirsjärvi ym. 2000.)

Teemahaastattelu eteni ennalta valittujen teemojen kautta, jotka johdattivat keskustelijoita aiheeseen yleisellä tasolla. Menetelmänä teemahaastattelu on

puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, minkä ominaispiirteenä on ennalta tiettyjen näkökantojen määrittäminen ja päättäminen, muttei kaikkien. (Hirsjärvi & Hurme 2000). Haastattelun kulkua ja sisältöä ohjaamaan laadittiin teemahaastattelurunko (liite 4), johon kirjattiin keskusteltavat teemat sekä aihepiiriä laaventavat ja tarkentavat apukysymykset. Jotta keskustelu etenisi mahdollisimman vapaasti ja spontaanisti, täytyy kysymykset muotoilla avoimiksi. Vältettäviä kysymysmuotoja ovat dikotomiset itsestään selvät kysymykset. (Kananen 2014, 79.) Dikotominen kysymys sisältää joko-tai -asettelun eli on kahden vaihtoehdon kysymys (KvantiMOTV s.a.).

Ryhmähaastattelutilanteessa haastattelijan rooli keskustelun aikaansaamisessa ja ohjaamisessa on vielä korostetumpi kuin tavallisessa kahdenkeskeisessä haastattelussa. Tavoite on vapaamuotoisempi yksilöhaastatteluun verrattuna, ja keskustelu etenee spontaanisti osallistujien huomioiden ja monipuolisten näkökantojen pohjalta. Haastattelijan on ennen kaikkea varmistettava, että keskustelu pysyy aiheessa ja valikoitujen teemojen ympärillä. Ryhmähaastattelun etuina useamman henkilön yhtäaikainen haastattelu on nopea tiedonsaanti samanaikaisesti usealta vastaajalta. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Ongelmakohtia ryhmähaastattelussa voivat muodostaa keskustelua dominoivat osapuolet, jolloin näkökulmien saanti jää osapuolilta vajaaksi. Haastateltavien välillä voi myös vallita hierarkiasuhde, joka voi rajoittaa osapuolten näkemysten nostamista sen pelossa, että se vaikuttaisi haitallisesti esim. työyhteisön yhteishenkeen, tai esimies-alaisuuteeseen. Muita mahdollisia ongelmakohtia ovat haastateltavien saapumatta jättäytyminen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63.)

Kummatkin opinnäytetyön tekijät toimivat haastattelutilanteessa haastattelijoina, mikä sujuvoitti keskustelun ohjaamista. Haastattelutilanne toteutettiin verkkovälitteisenä ja tallennettiin audiovisuaalisena materiaalina. Haastattelu tapahtui Skypen välityksellä. Viikko ennen haastattelua lähetimme kaikille haastateltaville saatekirjeen (liite 2). Haastattelua edeltävänä päivänä kaikille lähetettiin verkkolinkki, jota kautta he pääsivät verkossa tapahtuvaan haastatteluympäristöön.

7.4 Aineiston analyysi

Kerätyn haastatteluaineiston analyysin toteutimme teemoittelemalla. Aineiston litterointi ja karkea alkutarkastelu tehtiin mahdollisimman pian aineiston keräämisen jälkeen, tavoitteena oli viimeistään 2 viikon kuluessa haastattelusta. Litteroinnin osalta pysyimme suunnitellussa aikataulussa.

Analysointivaihe laadullisessa tutkimuksessa alkaa jo itse haastattelutilanteessa, jolloin haastattelija tekee havaintoja esille nousevien keskustelun sisältöjen toistuvuudesta ja yhteyksistä (Hirsjärvi & Hurme 2000). Aineiston analyysi tapahtuu hyvin tiiviisti sen kontekstissa ja säilyttää sisältönsä sanallisessa muodossa. Litterointitavaksi valitsimme peruslitteroinnin. Tuolloin puhe litteroidaan sanatarkasti puhekielellä, mutta täytesanat ja toistot jätetään kirjoittamatta. Myös aiheeseen liittymätön keskustelu voidaan jättää litteroimatta. (Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely s.a.) Päädyimme tähän, sillä sanatarkka litterointi ryhmähaastattelun purkamisessa olisi ollut huomattavan työläs ja aikaa vievä, ottaen huomioon ryhmäkoon ja haastattelutilanteen pituuden (2h).

Aineistoa analysoidessa etsitään yhdistäviä tekijöitä. Järjestely tehdään sähköisesti taulukoimalla ne omiksi kokonaisuuksiksi. Järjestelyn jälkeen teemoja pystyy tarkastelemaan ja löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta voi löytyä teemoja, joita ei haastattelun teemarungossa tule esille ja niitä tulee tarkastella ennakkoluulottomasti. Haastateltavien kuvaukset luetaan, jotta niiden sisällöt ymmärretään. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Jokaisesta kuvauksesta kerätään ne ilmaisut, jotka ovat tärkeitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Jokaisesta tärkeästä ilmaisusta muodostetaan merkitys, ja ryhmitellään yhteenkuuluvat merkitykset teemoittain. (Turunen, Perälä & Meriläinen 1994.) Teemoittelun jälkeen aineistosta tehdään johtopäätöksiä. Tuloksia tulkitaan ja niistä muodostetaan synteesi. Saatuja tuloksia verrataan jo aiemmin muodostettuun teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

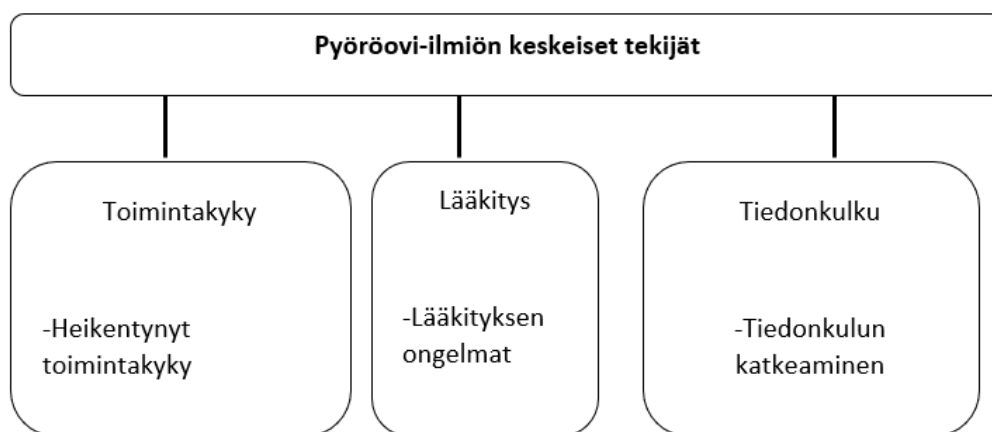
8 TULOKSET

Ryhmämuotoisessa teemahaastattelussa haettiin vastauksia kolmeen eri tutkimuskysymykseen. Nämä kattoivat kolme eri pääteemaa, joihin haettiin vastauksia henkilökunnan näkökulmasta. Ensimmäisessä kysymyksessä etsittiin

vastauksia pyörövi-ilmion keskeisistä tekijöistä, toisessa kysymyksessä ilmiön asiakas- ja sairaalalähtöisiä juurisyitä, ja kolmannessa ilmiön ehkäisykeinoja. Tässä luvussa esitämme haastattelun tulokset.

8.1 Vanhuksen pyörövi-ilmioon johtavat syyt

Merkittävimmät teemat, jotka vaikuttivat vanhuksen pyörövi-ilmion syntymiseen, olivat toimintakyky, lääkitys ja tiedonkulku (kuva 2).



Kuva 2 Pyörövi-ilmion keskeiset tekijät.

Asiakkaiden **toimintakyvyn** koettiin laskevan osastohoidon aikana. Sairaala-asiakkaille tuli vähemmän liikuntaa kuin kotona, minkä seurauksena yleiskunto laski. Lisäksi asiakkaita kotiutettiin liian huonokuntoisina, jolloin edellytykset kotona pärjäämiselle kotihoidon turvin eivät olleet riittäviä. Toimintakyvyn laskuun liitettiin myös asiakkaan oma motivaatio kuntoutumiseen ja omahoitoon. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti yksin kotona ja kerran viikossa käyvä fysioterapeutti ei riittänyt ylläpitämään asiakkaan toimintakykyä ja motivaatiota omahoitoon.

Lääkityksessä ilmeni ongelmakohtia kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan oma sitoutuminen lääkehoitoon saattoi olla puutteellista, johtuen esimerkiksi muistamattomuudesta. Sen merkitys nähtiin pienenä verrattuna lääkityksen kokonaisuuden hallintaan, joka kuului lääkehoidosta vastaaville ammattilaisille. Asiakkaiden lääkehoitojen tarkastelu ja optimointi sairaalahoidon aikana koettiin

jäävän vähemmälle huomiolle, erityisesti erikoisalakohtaisilla osastoilla, joissa korostui akuuttien vaivojen hoitaminen. Tällöin lääkityksen kokonaistarkastelun arvio jäi vaillinaiseksi tai tekemättä kokonaan. Polyfarmasian merkitys lääkityksessä ilmenevien ongelmien osalta oli merkittävä, ja tämä nousi haastattelussa esille useaan otteeseen. Iäkkäiden lääkityslistat saattoivat olla hyvin pitkkiä, eivätkä aina välttämättä ajantasaisia.

”---ni esimerkiks se lääkehoidon toteutuminen, tarvittavat lääkkeet. Sitten ku hoidetaan yhdellä lääkkeellä toisen haittavaikutusta, jolloin ajaudutaan tällaiseen kierteeseen. Et se hallitsematon monilääkitys on aina iso riski.”

Lääkityksen ongelmiin liitettiin myös niiden kirjaamiskäytännöt. Potilastietojärjestelmässä kotihoidon lehdeltä ei välttämättä löytynyt kirjausaikoja tai kirjauksia lainkaan, esimerkiksi siitä milloin asiakas on ottanut aamulääkkeensä tai onko niitä otettu lainkaan. Tämä vaikeutti päivystyksessä tehtävää hoidon tarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua. Iäkkäiden lääkityslistojen koettiin nykyisin olevan hyvin pitkät, ja niiden sisältävän tarpeettomia tai iäkkäälle sopimattomia lääkkeitä. Hallitsemattoman monilääkityksen haastateltavat näkivät isona ongelmana.

Kolmantena aiheena esille nousi **tiedonkulku**, erityisesti tiedonkulun katkeaminen hoidon eri vaiheissa. Yksiköiden välinen tiedonkulku koettiin puutteelliseksi niin kotihoidon kuin osastojenkin kesken. Myös tiedonkulku jatkohoitoon siirtyessä oli puutteellista. Yksiköiden välillä tieto saattoi jostain syystä jäädä kulkeutumatta tai se kulkeutui vain osittain. Tiedonkulun katkeamisen selittäväksi tekijäksi nähtiin kirjausten puuttuminen ja/tai niiden laatu. Kotihoidossa kirjaamiseen on käytössä mobiili, jonka käyttämisessä on huomattu olevan hankaluutta eikä se välttämättä aina toimi. Kirjaaminen mobiililaitteella on kömpelöä ja hidasta, kirjoittaessa tila saattoi loppua kesken tai kirjaus vei aikaa tarpeettoman pitkään. Syyksi kirjauksien sisällön köyhyyteen esitettiin mobiililla tehtäviä kirjauksia, sillä kirjoitustila on rajallinen ja laitteella voidaan valita tiettyjä fraaseja. Fraasit ovat valmiiksi potilastietojärjestelmään tallennettuja lauseita tai kirjoitusmalleja.

”Sanotaanko että siinä mobiililla on oikeesti niin pieni se plus, että se on haastava käyttää siihen. Just ehkä tämän takia kirjataan niitä hampaat pesty, aamulääkkeet annettu. Ja sekin johtuu suurinpiirtein siitä, että on ne fraasit siinä et nappaat vaan näin.”

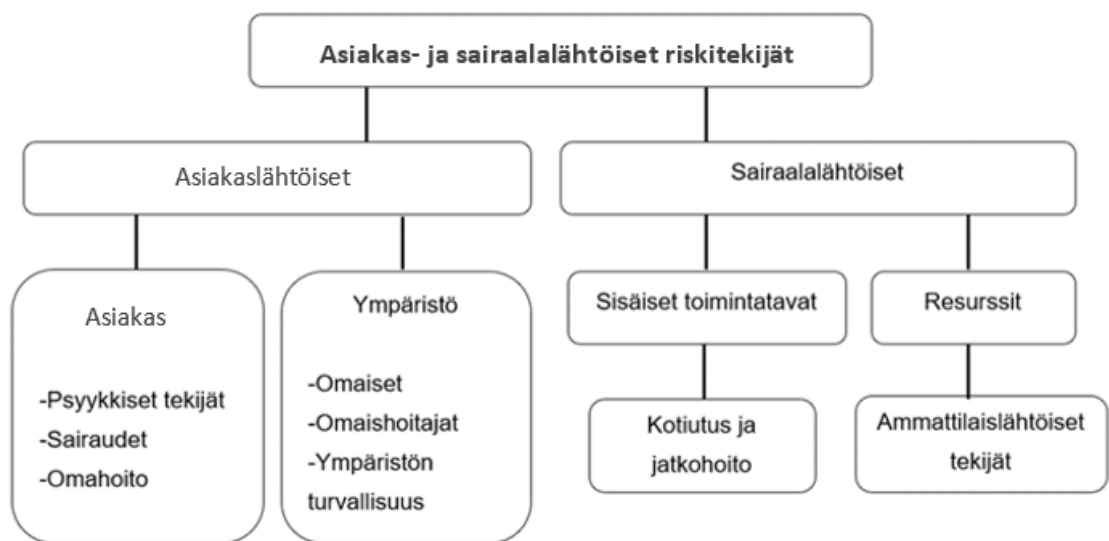
Jos mobiililla kirjaaminen ei onnistu, kirjaamisaikaa tietokoneella on vasta käyntien jälkeen työvuoron lopussa; tällöin ajantasainen kirjaaminen ja kirjausten lukeminen ei onnistu. Kirjausten laatu oli iso ongelma tiedonkulun katkaisemisessa. Kirjaukset olivat olleet sisällöltään köyhiä, lähinnä kerrottu mitä asiakkaalle on tehty ja kuvaukset itse asiakkaan toimintakyvystä puuttuvat. Esimerkiksi päivystyksessä kirjauksista pyritään selvittämään mitä asiakkaalle on tapahtunut, millä aikavälillä ja mitkä ovat olleet sairaalaan johtaneet olosuhteet. Lähihoitajilla ole samanlaista velvoitetta kirjata jokaista asiakkaan luona käyntiä kuin sairaanhoitajalla. Mikäli asiakkaan luona käynnit ovat olleet lähihoitajapainotteisia, saattoi asiakkaan tilaa ja toimintakykyä kuvaavia kirjauksia olla niukasti. Kotihoidossa tapahtuvilla lääkärintierroilla sairaanhoitaja ei välttämättä itse ole käynyt asiakkaan luona, vaan hänen täytyy lääkärintierroilla luottaa asiakkaasta tehtyihin kirjauksiin.

”Et siinä vaiheessa kun me mennään tonne lääkärintierrolle ja siellä ruvetaan lukemaan, että pesty hampaat, vaihdettu vaatteet. Ja se on kuitenkin joittenkin isojen kipujen takia sinne mennä sinne tierrolle ja siinä vaiheessa, kun et oo ite kerenny siellä käymään siellä asiakkaan luona niin sit on luotettava niihin kirjauksiin, mitä siellä on.”

Potilastietojärjestelmien käyttäminen saattoi myös olla hankalaa. Tiedon etsiminen järjestelmästä on hankalaa, koska kirjauksia on useissa eri kohdissa. Kirjaukset saattavat siis olla tehtynä, mutta niitä ei osata hakea, koska ei tiedetä mistä ne löytyvät.

8.2 Hoitohenkilökunnan havaitsemat asiakas- ja sairaalalähtöiset pyörövi-ilmion riskitekijät kotihoidon asiakkailla

Pyörövi-ilmion riskitekijät voitiin jakaa kahteen pääteemaan, asiakas- ja sairaalalähtöisiin syihin (kuva 3). Näistä teemoista saatiin jäsenneltyä useampia alateemoja.



Kuva 3 Asiakas- ja sairaalalähtöiset riskitekijät

Asiakaslähtöisiä tekijöitä voitiin jaotella suoraan potilaaseen sekä tämän ympäristöön liittyviksi. Asiakkaaseen suoraan liittyviä olivat psyykkiset tekijät, sairaudet, sekä omahoito. Asiakkaan ympäristöön liittyivät omaiset, omaishoitajat sekä ympäristön turvallisuus.

Psyykkisten tekijöiden osalta yksinäisyyttä ja turvattomuuden tunnetta selittivät pääosin omaisten ja muiden läheisten puuttuminen. Kotihoidon käynnit asiakkaiden luona toivat asiakkaalle sosiaalista kontaktia, mutta kokemuksena oli, että hoitajan asiakkaan luona vietettyä aikaa ollaan jatkuvasti supistamassa. Syynä ajan supistamiseen olivat joko suuret asiakasmäärät tai hoitajien kiire.

Syyksi iäkkäiden hakeutumiselle sairaalahoitoon nähtiin heidän kokemansa turvattomuus kotona, jolloin sairaalaympäristöön hakeutuminen koettiin mielekkäämpänä ja enemmän turvaa antavana. Äkillinen muutos sairaalaympäristöstä kotiin loi turvattomuuden tunnetta asiakkaalle erityisesti silloin, jos asiakkaalla oli jo ennestään muistin alenemaa tai todettu muistisairaus. Asiakkaat saattoivat kokea epävarmuutta omiin kykyihinsä pärjätä kotona, mihin arvioitiin liittyvän erityisesti kaatumisen pelko. Kotiutumisen jälkeen saattoi asiakkaiden pelon tunne jäädä ikään kuin ”päälle”, jolloin kotiutumisvaiheen tuottama epävarmuuden tunne jää asiakkaalle pidemmäksi aikaa. Pelokkuus ja epävarmuus yhdistettiin keskusteluissa liittyvän erityisesti muistisairaisiin asiakkaisiin.

”---sellaset ketkä vähänniinku jännittää sitä kotona oloa ja yksiseen sinne jäämistä. Kotihoidon käynnit tosissaan kestää tosi vähän aikaa, elikkä se että aika monelle voi jäädä semmonen jännitys et miten he pärjää siellä kotona, ennenku sit huomataan että pärjätään tai sit se pelko vähänniinku jää.”

Monisairaajat asiakkaat olivat korkean riskin ryhmä sairaalaan nopeasti palautumiselle. Asiakasryhminä korostuivat erityisesti muistisairaajat ja sydämen vajaatoimintapotilaat. Sydämen vajaatoimintapotilaat kuvattiin myös ”salakavalana” asiakasryhmänä, koska oireiden tunnistaminen voi olla hankalaa. Muistisairaajat asiakkaat voivat unohtaa omat hoitosuunnitelmansa, jonka vuoksi he saattavat omaistensa avulla hakea apua sairauteensa. Todellisuudessa kyseinen apu voi olla hänelle jo järjestetty. Kotihoidon asiakkaissa päihteiden käyttäjien osuutta pyörövi-ilmiössä ei nähty merkitsevänä. Kokemus oli, että heitä tavataan harvoin sairaalakierteessä.

”Muistisairaajat näkyvät meillä ja sydämen vajaatoiminta on yksi salakavala”

Asiakkaan oma motivaatio ja sitoutuminen omahoitoon olivat myös vaikuttavana tekijänä pyörövi-ilmiön muodostumiselle. Jos jo lähtökohtaisesti asiakas oli yksin asuva, koki yksinäisyyttä eikä lähiomaisia tai tukiverkoston ollu, olivat asiakkaan omat motivaatiotekijät omahoitoon heikot. Asiakkaan lähiomaiset saattoivat vahvistaa asiakkaan uskoa omaan pärjäämättömyyteensä. Tämä

korostui etenkin, jos omaiset olivat sitä mieltä, ettei asiakas pärjää kotona. Omaiset saattoivat siis vaikuttaa kotona pärjäämiseen myös negatiivisella tavalla.

“--- että tavallaan sellanen turvaton olo sillä potilaalla jo, ja saattaa olla vaikka yksinäisyyttä ja tällasta, ja jos vielä omaisetki siinä komppaa, että et tuu pärjäämään kotona, niin silläkin on sitten vaikutusta siinä kotona pärjäämisessä.”

“Sitten on paljon niitä omaisia, jotka on sitä mieltä että siellä kotona ei pärjätä vaikka siellä pärjättäiski---”

Asiakkaalla itsellään saattoi olla myös epärealistiset käsitykset omasta terveydentilastaan, minkä selittäväksi tekijäksi liitettiin erityisesti hoidon linjausten ja -rajausten puuttuminen. Jos terveydentilan ja hoidon tulevaisuuden odotuksia ei oltu asiakkaalle itselleen selkiytetty, saattoi se luoda asiakkaalle epärealistiset odotukset paranemisestaan, jolloin asiakas hakeutui päivystykseen etsiesään hoitoa. Jos asiakkaan hoidonrajaukset puuttuivat tai selkeitä hoidon linjauksia ei ollut tehty, ei asiakas välttämättä hyväksynyt tai ottanut vastaan kotiapuja lainkaan, koska odotuksena oli parantua ja apujen vastaan ottaminen nähtiin ikään kuin luovuttamisena. Näkemyksenä oli, että asiakas ei tällöin ollut hyväksynyt tilaansa tai sairautensa etenemistä. Asiakas ei välttämättä ollut valmis käymään keskustelua hoidonrajauksista, jolloin rajaukset jäivät tekemättä.

”Ja samaan liittyy sit siihen kun ei oo niitä hoidon rajauksia linjauksia huolella tehty, niin sitten ehkä tää asiakas ei ota sinne kohtiin niitä apuja, vaan hänellä on sellanen ajatus vielä et hän tästä paranee koska se on se merkki sit jos sinne otetaan apuja tai -välineitä nii tavallaan joutuu itelleen myöntää että nyt sairaus etenee ja ehkä kuolema on sit tulossa.”

Asiakaslähtöisiin syihin lukeutuivat myös asiakkaan **ympäristöön** liittyvät tekijät. Niistä esille nousivat omaiset, omaishoitajat ja ympäristön turvallisuus.

Omaisten ja tukiverkoston puute loi asiakkaille turvattomuutta, ja turvattomuus korostui etenkin niillä asiakkailla, jotka tunsivat kotiutumisen itselleen jollain tavalla haastavana. Omaisten puuttuessa asiakkaan kokonaiskuva jäi vaillinaiseksi, vaikka sitä yritettiin kokonaisvaltaisesti kartoittaakin. Omaisten käsitys asiakkaan tilanteesta saattoi olla epärealistinen. He saattoivat olla sitä mieltä, että asiakas ei enää pärjäisi kotona yksin ja vaativat asiakkaan hoitoon pääsyä, vaikka hoitohenkilökunnan mielestä hoitoon pääsulle ei ollut perusteita. Varsinkin kauempana asuvat omaiset olivat enemmän huolissaan asiakkaan kotona pärjäämisestä, joten he olivat sitä mieltä, että asiakkaan olisi parempi olla sairaalassa. Omaiset eivät myöskään välttämättä olleet valmiita keskustelemaan esimerkiksi hoidonrajauksista.

Väsyneet omaishoitajat olivat yksi iso syy asiakkaan sairaalaan joutumiselle. Asiakkaan itsensä terveydentila ei välttämättä ollut muuttunut, mutta omaishoitajan väsymisen takia hakeuduttiin päivystykseen. Tätä esiintyi erityisesti palliativisessa hoidossa olevien asiakkaiden ja omaishoitajien keskuudessa. Vaikka asiakkaalla olisi lupapaikka johonkin hoitoyksikköön ja hoitosuunnitelman mukaan kotisairaala ohjaa asiakkaan asianmukaiseen paikkaan, saattavat omaishoitajat ja läheiset olla hädän tullessa enemmän yhteydessä ensihoitoon. Ensihoidon kuljettamana asiakas saattaa päätyä väärin perustein päivystykseen.

Sairaalan **sisäisistä toimintatavoista** nousseita alateemoja olivat hoitoon pääsyn kriteerit, hoidon saatavuus, hoitavien tahojen organisointi sekä yksiköiden sisällä että niiden välillä tapahtuva yhteistyö ja kommunikaatio. Kotihoidon kriteerien koettiin jatkuvasti kiristyvän. Toisaalta taas kotihoidon resurssien ei koettu riittävän vastaamaan niihin tarpeisiin, joita joillakin asiakkailla oli. Potilasmassa on aiempaa huonokuntoisempaa ja tämä vaatii enemmän resursseja. Kotihoidon tiukentuneiden kriteerien myötä osalle asiakkaista oli vaikea järjestää apuja ja tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa. Kriteerit kotihoidon saamiseen voivat jäädä täyttymättä, vaikka vanhus selkeästi kaipaisi tukea kotona pärjäämiseen.

Ensihoidon näkökulmasta tilanteisiin, joissa vanhus oli kotona pärjäämätön, ei ole käytettävissä tarpeeksi apukeinoja kotona pärjäämisen tueksi, jotta tuossa hetkessä välttyttäisiin tarpeettomalta kuljetutukselta. Kotona pärjäämättömälle

vanhukselle ensihoidolla ei ollut tarpeeksi apukeinoja käytettävissä, joilla olisi tuettu kotona pärjäämistä. Siitä syystä vanhus voitiin joutua kuljettamaan tarpeettomasti päivystykseen.

“---eikä oo siinä hetkessä kohdentaa tarpeeks hyviä suunnitelmia siihen miten vanhus pärjäis siellä kotona ja siinä mielessä ainut paikka on kuljettaa sitten sinne päivystykseen, ja sitten taas toisaalta päivystyksessä välttämättä --- että onko sitä paikkaa muualle laittaa ku sitte kotia jos ei osastohoidon kriteerit jostain syystä täyty.”

Osastoilla sekä päivystyksessä oli painetta saada potilaat siirtymään eteenpäin jatkohoitoon tai kotiin. Asiakasmäärät päivystyksen osalta olivat isoja, eikä seurantaa vaativille potilaille aina riittänyt tiloja päivystyksessä, jolloin painetta potilaiden siirtoon osastoille kohdistettiin päivystyksestä. Osastoille saatettiin myös ilmoittaa tulevaisuutta potilaita päivystyksestä, vaikka edellinen ei ollut osastopaikaltaan siirtynyt eteenpäin. Osastoilla paine siirtää potilas seuraavaan jatkohoitopaikkaan nähtiin riskitekijänä liian aikaiseen kotiutukseen.

“Paine näkyy, että jos vaikka osasto on täynnä ja pitäis sitten saada nopeesti eteenpäin ihmisiä. Niin se tavallaan siihen kotiutumiseen tekee tietyt riskit, että siinä saattaa tulla ehkä liian aikainen kotiutus sen takia, että on niinku painetta saada ihmisiä jatkohoitopaikkaan.”

Nykyistä organisaatiomallia pidettiin myös sairaalalähtöisenä riskitekijänä. Kentällä toimii useita tekijöitä (kotihoito, TEHOSA, ensihoito), joilla kaikilla on oma erillinen johto. Nykyjärjestelmälle kyseinen malli on kankea ja siitä syystä tiedonkulussa oli ongelmia.

Yhteistyö ja kommunikaatio eivät aina toimineet osaston ja kotihoidon välillä. Kotihoidon asiakkaan kotiutuminen osastolta koettiin haasteellisena nivelkohdaksi. Näkemyksenä oli, ettei jatkohoittoa koskeva informaatio aina tavoita kotihoitoa.

Sairaanhoitopiirin resursseilla oli oma merkityksensä pyöröovi-ilmiön syntymiselle. Kotihoidon ja kotisairaalan resurssit ovat liian pieniä siihen nähden mitä kentällä tarvitsisi tehdä. Palvelut ovat myös epätasa-arvoisia asiakkaiden kesken. Kaukana asuville ei pystytty resurssien puuttuessa tarjoamaan samanlaisia palveluja kuin lähellä taajamaa tai taajamassa asuville. Lisäksi osastoilla on puutetta potilaspaikoista, jonka takia asiakkaita kotiutetaan ehkä liian nopeasti. Nopean kotiutuksen vuoksi voi olla, että asiakasta ei ole tutkittu loppuun asti ja hän joutuu nopealla tahdilla palaamaan takaisin päivystykseen. Yöaikaista turvattomuutta aiheutti kotisairaalan aukioloajat. Kotisairaala on auki vain kello 7–22, jonka vuoksi oireenmukaista hoitoa ei saa yöaikaan.

Ensihoidon työskentelytapa on hyvin suoraviivaista ja ohjeistettua. Vähäisten toimintatapojen vuoksi päivystys on usein se paikka, minne asiakas päädyttään kuljettamaan. Lisäksi asiakkaat ovat usein monisairaita, eikä välttämättä ole selkeää syytä esimerkiksi yleistilan laskun syyksi. Usein ensihoito on sitten paikalla ”liian myöhään”, jolloin asiakasta ei enää ensihoidon keinoilla pystytä hoitamaan ja hänet on pakko kuljettaa päivystykseen.

Kotihoidossa ei ole aikaa hahmottaa asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti. Aikaisemmin viimeistään kotiutuksesta seuraavana päivänä sairaanhoitajalle oli varattu tunnin mittainen asiakaskäynti tilanteen kartoittamiseen, mutta nyttemmin aika on vähennetty puoleen tuntiin. Kotihoidossa monella hoitajalla on myös puutteellinen välineistö mukana työpäivän aikana. Esimerkiksi saturatiomittareita ei kotihoidon yksikköä kohden ollut kuin muutama, joten niitä ei edes riitä kaikille. Vaikka laitteita ja välineitä olisikin saatavilla, kaikki hoitajat eivät niitä kannu mukanaan, koska niiden kantaminen koettiin hankalana. Kotihoidossa on käytössä myös NEWS-pisteytysjärjestelmä, mitä kuitenkin käytetään hyvin vähän. Osasyynä käytön vähyyteen arveltiin olevan välineistön puuttuminen, mutta toisaalta myös, koska hoitajat ”eivät viitsi tai kehtaa”.

”NEWS-pisteikkö, mikä meillä on ollut käytössä, ni sitä käytetään tosi vähän. Eli se, että osittain puuttuu myös se välineistö siihen, mutta osittain on myöskin sitä, että ei kehata eikä viititä.”

Suuri osa ammatillaislähtöisistä riskitekijöistä liittyi hoitajien osaamiseen, ammattitaitoon ja toimintatapoihin. Esiin nousi hoitajien suuri vaihtuvuus etenkin

kotihoidossa, lisäksi työntekijöistä moni oli sijaisia ja opiskelijoita. Etenkin kentällä olevilla kokemattomilla hoitajilla ei riitä osaaminen tai heillä ei ole tarpeeksi tietoa asiakkaiden kokonaistilanteen hahmottamiseksi; kuitenkin tiedon puutetta kerrottiin olevan kokeneemmillakin hoitajilla. Kotihoitoon tarvittaisiin lisäkoulutusta, esimerkiksi liittyen sydämen vajaatoimintapotilaisiin, mutta koulutuksen järjestäminen jokaiselle työntekijälle nähtiin haastavana, vaikka tarvetta sille olisi.

Kokonaiskuvan puutetta selitettiin myös hoitajien vaihtuvuudella. Asiakkaiden luomassa ei välttämättä perehdytty tietoihin ennalta, vaan lähdettiin sillä olettamuksella, että seuraava hoitaja perehtyy asioihin paremmin. Asiakkaan kokonaiskuvan hahmottamiseen koettiin vaikuttavan paljon mahdolliset jatko-hoito-ohjeet; koettiin että niihin perehtyminen oli puutteellista. Jatko-hoito-ohjeet ovat usein hyvin pitkiä, mistä syystä niitä ei lueta joko ollenkaan tai niitä ei lueta ajatuksella läpi.

Hoitajien toimintatavat olivat myös osasyynä pyörövi-ilmion muodostumiselle. Seurantamittaukset jäivät tekemättä joko huolimattomuuden tai tietämättömyyden vuoksi. Joskus syynä oli myös välineistön puuttuminen. Joko kiireen tai ajattelemattomuuden vuoksi ei puututtu kotona pärjäämistä haittaaviin ilmeisiin asioihin. Lisäksi riskitekijänä nähtiin toistuvasti saman asiakkaan luona käyvä hoitaja. Pahimmillaan kaavoihin kangistunut hoitaja ei huomionnut optimoinnin tekemiä listoja, vaan teki työt ulkomuistista. Tuolloin kerrottiin unohtuvan herkästi mitata esimerkiksi asiakkaan paino.

Hoidon tarpeen arviointi oli riskitekijä pyörövi-ilmion muodostumiselle. Hoitajilla voi olla erilaiset käsitykset asiakkaan hoidon todellisesta tarpeesta. Mittaukset on saatettu tehdä ohjeiden mukaisesti, mutta tuloksiin ei ole reagoitu. Toinen hoitaja voi esimerkiksi ilta-aikaan huomata tulosten olevan hälyttäviä ja alkaa silloin selvittää asiaa, joka olisi voitu jo aiemmin hoitaa virka-aikana. Hoidon tarpeen arvio oli puutteellista kokemattomuuden takia, jolloin ei osattu kokonaisvaltaisesti arvioida asiakkaan tilannetta kiireisillä asiakaskäynneillä.

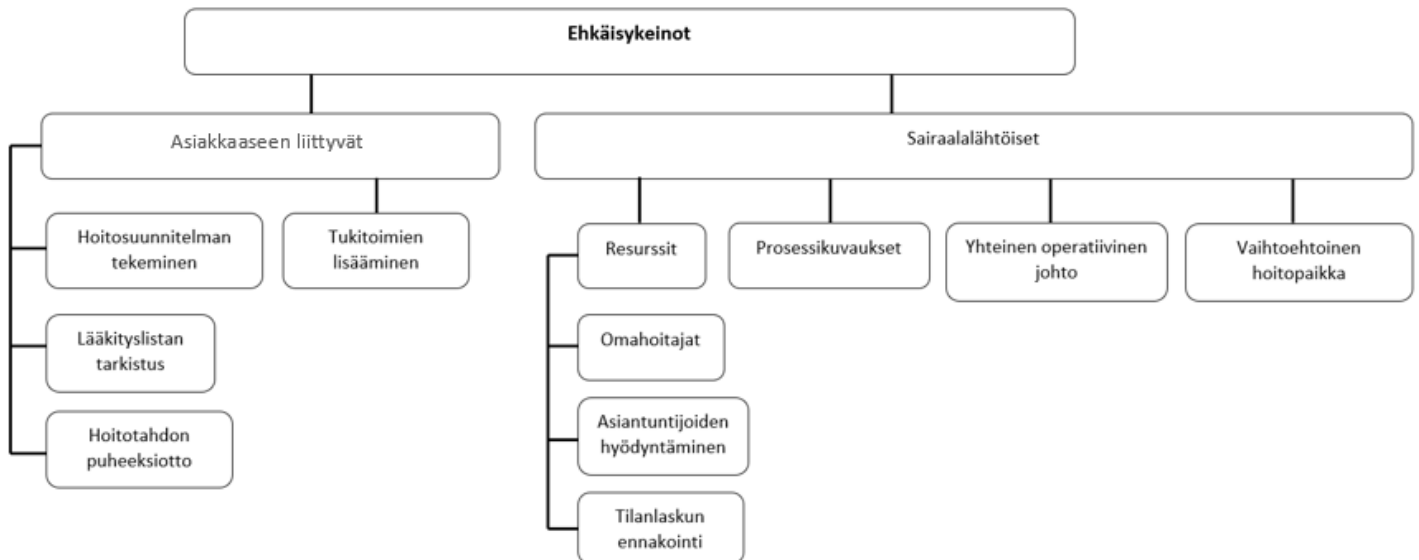
Riskitekijänä oli myös ammattilaisten uskallus ottaa asioita puheeksi. Päivystyksessä on huomattu, että monelta kotihoidon asiakkaalta puuttuvat hoidon rajaukset, jotka pitäisi ottaa puheeksi pitkäaikaishoidon eli kotihoidon puolelta.

Päivystyksessä hoidonrajaukset ovat haastavampia tehdä. Puuttuvien hoidonrajausten takia moni asiakas ohjautuu päivystykseen, vaikka asiakas voitaisiin hoidonrajausten ollessa selviä, hoitaa hoitosuunnitelman mukaan turvallisesti kotona. Hoidonrajausten tekemisessä on tietynlaista osaamattomuutta tai niitä tehdään liian myöhään hoitohenkilökunnan oman uskalluksen puutteen takia.

” ---toki myös sitten että meillä on varmasti vielä semmosta tietynlaista osaamattomuutta ehkä en tiää onks tää oikee sana, mutta asioiden (hoidonrajaukset) puheeksottamiseksi ja näitten linjausten tekemiseksi.”

8.3 Pyöröovi-ilmiön syntymistä ja esiintymistä ehkäisevät keinot

Pyöröovi-ilmiötä ehkäisevät keinot pystyttiin jakamaan kahteen pääteemaan, asiakas- ja sairaalalähtöisiin keinoihin (kuva 4). Ne saatiin jaoteltua useampaan alateemaan.



Kuva 4 Pyöröovi-ilmiön ehkäisykeinot

Asiakaslähtöisistä pyöröovi-ilmiön ehkäisykeinoista esille nousivat hoitosuunnitelman tekeminen, lääkelistojen tarkistaminen, hoitotahdon puheeksi otto ja tukitoimien lisääminen.

Asiakaskohtaisen ennakoivan hoitosuunnitelman esitettiin helpottavan jatko-hoitopaikan koordinoitua. Mahdollisten ongelmien ilmetessä olisi asiakkaan hoitokertomuksessa jo selvillä, mihin hoitopaikkaan, yksikköön tai ammattilaiseen voitaisiin ottaa yhteyttä. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi saattohoitopotilaan osalta lupapaikkaa osastolta, tai että tiettyyn osastoon tai yksikköön otetaan yhteyttä lääkitykseen tai meneillään olevaan hoitoon liittyvissä ongelma-kohdissa.

Kotihoitoon pyöröovi-ilmiön ehkäisykeinoksi ehdotettiin sairaanhoitajan käyntiä kotiutuville asiakkaille viimeistään seuraavaksi aamuksi. Käynnillä sairaanhoitaja tekisi kokonaisvaltaisen arvioinnin asiakkaan tilanteesta, mukaan lukien lääkityksen tarkistuksen. Käynnille varattaisiin riittävästi aikaa, jotta tilanne saataisiin kartoitettua mahdollisimman tarkasti.

Lääkelistojen tarkistamisella voidaan ehkäistä pyöröovi-ilmiön syntymistä. Niistä voidaan tarkistettaessa huomata mahdollisesti iäkkäille lääkehaittoja aiheuttavia lääkkeitä tai niiden yhdistelmiä. Lääkehaittojen takia iäkkäät esimerkiksi kaatuvat, jonka seurauksena he voivat murtaa lonkkansa ja siten joutuvat pahimmillaan leikkaukseen.

”--- että oltas katottu ne kissan mittaset lääkelistat sellasiksi että olis edes yritetty harkita niin etteivät iäkkäät altistu lääkehaittoille jonka takia he esimerkiksi kaatuu, joutuvat päivystykseen lonkkansa murtaneena ja altistuvat sitten esimerkiksi kirurgialle.”

Yksi esille noussut ehkäisykeino liittyi iäkkäille tehtäviin toimenpiteisiin. Iäkkäisiin kohdistuvia toimenpiteitä ei tulisi sulkea automaattisesti pois, vaan tarkoin harkittuina ne voisivat jopa palauttaa asiakkaan toimintakykyä. Toimenpiteillä käsitettiin esimerkiksi leikkaustoimenpiteet tai muut operoinnit, joita normaali-asetelmissa iäkkäillä ehkä vältettäisiin siihen liittyvien riskien ja komplikaatiomahdollisuuksien takia. Huonokuntoisenkin asiakkaan toimintakyky voi toimenpiteiden avulla palautua jopa niissä määrin, että asiakas voisi vielä palata kotiin, ehkä jopa entisestään parantuneella toimintakyvyllä.

Hoitotahdon puheeksiotto ja hoidonrajausten tekeminen vaikuttavat myös ehkäisevästi pyörövi-ilmion syntymiseen. Puheeksiottoon ehdotettiin systemaattista toimintatapaa, joka helpottaisi asian esille tuomista luontevasti ennen kuin asia on akuuttina edessä. Hoidonrajuuksia toivottiin tehtävän asiakasta hoitavan tahon ja pitkäaikaishoidon puolesta jo ennen terveydentilan heikkenemistä.

Tukitoimia lisäämällä voidaan mahdollistaa asiakkaan kotona asumista ja kuntoutumista entistä paremmin. Apuvälineiden saaminen on tänä päivänä aiempaa helpompaa ja niitä pystytään aiempaa paremmin kartoittamaan. Intervallija omaishoidon tukea järjestämällä voidaan myös tukea kotona pärjäämistä. Lisäksi pitämällä kotiutuspalavereita ja tarvittaessa lisäämällä kotihoidon käynnejä voidaan pyrkiä vähentämään tai ainakin huomioimaan ilmiselviä ongelmia.

Sairaalalähtöisistä ehkäisykeinoista nostettiin esille resurssit, johon sisältyivät asiakkaan tilanlaskun ennakointi, asiantuntijoiden hyödyntäminen sekä omahoitajat. Lisäksi esille nousivat prosessikuvaukset, yhteinen operatiivinen johto ja vaihtoehtoinen hoitopaikka.

Omahoitajien käyttöä kotihoidossa esitettiin yhdeksi pyörövi-ilmion ehkäisykeinoksi. Omahoitajilla tarkoitettiin asiakkaan luona keskitetysti käyviä tiettyjä hoitajia. Toisin sanoen hoitajalla on tällöin tietyt omat asiakkaat, joiden luona tämä käy, jolloin asiakkaat pysyvät tuttuina ja asiakkaan kokonaiskuvan hallinta paranee. Käytäntöä esitettiin käytettäväksi sekä kotihoidossa, että kotiutusvaiheessa eli "nivelkohdassa" kuten haastateltavat sitä kuvasivat, kun asiakas pääsee osastolta kotiin. Omahoitajien hyödyntämisen eduksi esitettiin, että asiakkaan voinnin lasku voitaisiin havaita aikaisemmin, jos tämän luona käyvät tutut hoitajat. Nykyisten ohjelmien kuten optimoinnin takia koettiin, ettei samojen hoitajien käynneille saada toivottua jatkuvuutta.

"---toki nykyään sitä on pyritty, että sais ne niin sanotusti omat hoitajat siellä käydä, mutta se on valitettavasti hankalaa nykyisten ohjelmien myötä, että saatas se sellanen jatkuvuus siihen."

Asiantuntijoiden hyödyntämisessä nostettiin esille sekä lääkärien että hoitajien hyödyntäminen. Lääkäreiden osalta geriatriaan perehtynyttä lääkäriä voitaisiin

hyödyntää konsultaatioapuna useammin, etenkin erityisalakohteisilla osastoilla. Osastolla 2B toteutuu asiakkaiden hoidossa geriatriaan perehtyneen lääkäriin hyödyntäminen. Kokemuksena haastateltavilla oli, että muilla erityisalakohteisilla osastoilla iäkkäiden hoidon ja lääkityksen kokonaisvaltainen arvio voi jäädä puutteelliseksi tai tekemättä. Tätä ongelmaa helpottamaan oli jo aloitettu 2B:n lääkärin näkemyksen hyödyntäminen kirurgisella osastolla, jolloin geriatriaan perehtynyt lääkäri käy aamukierrolla läpi varsinaisen kiertävän lääkärin kanssa iäkkäät potilaat. Tällöin molempien lääkärin erikoisosaamisen avulla saadaan esimerkiksi optimoitua lääkelista iäkkäälle sopivaksi huomioiden samalla erikoisalakohtainen hoito. Haastateltavat myös pohtivat, hyödynnetäänkö SAS-hoitajaa tarpeeksi tarkoituksenmukaisen jatkohoitopaikan etsimisessä. SAS-hoitaja kuuluu moniammatilliseen SAS-ryhmään (=suunnittele-arvioi-sijoita), joka kokoontuu kerran viikossa arviomaan asiakkaan sosiaalisen- ja terveydentilan perusteella palvelutarpeen arviointia. Hoitajan työkuvaan kuuluu yhteistyö asiakkaan, omaisten, hoitolaitosten sekä asumispalveluiden välillä.

Kotihoidossa asiakkaan mittauksiin ja niiden kehityssuuntaan reagoimiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Erityisesti painon tai verenpaineen osalta reagointi tulisi tapahtua hyvin varhaisessa vaiheessa ja esimerkkinä esitettiin erityisesti tilanne, jolloin mittausarvot ovat nousujohteisia. Kun sydämen vajaatoiminta-asiakkaan tilanne pääsee pahenemaan ilman, että mittauksiin reagoitaisiin varhaisessa vaiheessa ja päädytään ensihoidon kutsumiseen, tulee ensihoito paikalle ikään kuin ”myöhässä”, jolloin kotona hoitaminen ei ole enää mahdollista ja asiakas on pakko kuljettaa sairaalaan. Tällaiset tilanteet nähtiin mahdolliseksi välttää, jos kotihoidossa tehtäisiin tiheämmin mittauksia ja niiden varoittavaan kehityssuuntaan reagoitaisiin aikaisemmin. Sydämen vajaatoimintapotilaat nähtiin ryhmänä, joiden oireilu ja tilanlasku voivat olla monimuotoista, mutta jonka takana on usein kuitenkin itse sairauden oireiden paheneminen, jos mittauksiin kotihoidossa ei ole reagoitu.

Ensihoidon näkökulmasta toivottiin selkeyttä prosessikuvauksiin eri toimijoiden välillä ja huomioimaan niiden välisiä liittymäpintoja. Prosessikuvauksilla voidaan siis käsittää sisäiset toimintaohjeet Sosterissa.

Esille tuotiin ajatus yhteisestä operatiivisesta johdosta kentälle, jolloin kaikki kentällä toimijat eli ensihoito, kotihoito ja Tehosa toimisivat yhden johdon alta, joka koordinoisi näiden toimintaa. Tällöin pystyttäisiin kohdentamaan hoitoa ja tukea tarkoituksenmukaisesti ilman, että tieto joutuisi kulkemaan usean välikäden kautta, ja että useamman toimijan ei tarvitsisi käydä kohteessa.

Esille nousi myös idea vaihtoehtoisen hoitopaikan hyödyntämisestä. Käytännössä tämä tarkoittaisi lyhytaikaishoitoon tarkoitettua osastoa, jonne potilaita voidaan tarvittaessa siirtää, mikäli tila ei vaadi päivystys- tai sairaalan osastotasoista hoitoa, mutta jatkohoidon selvittelyt ovat tarpeen esimerkiksi kotona pärjäämättömyyden takia. Esimerkkinä käytettiin geriatrista päiväsaataalaa tai poliklinikkatyyppistä osastoa, missä olisi mahdollista toteuttaa esimerkiksi kokonaislääkityksen arvioita, mikä ei yksistään olisi päivystyksellisen hoidon aihe. Tällaisen osaston toimintaa verrattiin kuntoutusosaston tai geriatrisen akuuttiosaston tyyppiseksi, missä olisi käytettävissä geriatrista erikoisosaimista niin lääkäreiden, hoitajien kuin fysioterapeuttien osalta. Tällä menettelyllä päivystykseen ohjautuvaa asiakasvirtaa saataisiin priorisoitua, jolloin akuuteimmat vaivat jäisivät päivystykseen hoidettaviksi ja epäselvissä tilanteissa lisäselvittelyjä vaativat ohjautuisivat tälle vaihtoehtoiselle osastolle. Etuna tälle olisi, että osastolla on enemmän aikaa miettiä hoitoratkaisuja tarkemmin sekä tarvittaessa ottaa kantaa lääkityksiin. Nykyisin samalla periaatteella tapahtuvaa toimintaa toteutetaan kotihoidon asiakkailla, mikäli kotona pärjääminen on heikentynyt ja on tarpeen miettiä ratkaisuja, siirretään asia SAS-hoitajalle, joka etsii sopivinta hoitopaikkaa.

Vaikka pyöröovi-ilmiön ehkäisemiseksi nostettiin esille useita eri keinoja, tuotiin esille myös sen pysyvyys. Jollain tasolla pyöröovi-ilmiötä tulee aina olemaan, mutta tärkeintä on pyrkiä hahmottamaan asiakkaan kokonaistilanne ja löytämään mahdollisimman paljon keinoja pyöröovi-ilmiön pysäyttämiseksi.

”---tässä tulee haasteeksi se, että meidän pitää siis varmaan jonkun verran hyväksyä tätä. Ja kestää sitä ja ymmärtää, että nää potilaat nyt käy täällä. Ja juuri nyt me saadaan selville tän verran, pääasia että yritetään, pyritään siihen kokonaisuuden hahmottamiseen ja hyvien suunnitelmien tekoon, mutta yhdeltä istumalta ei välttämättä kaikki maailman asiat ratkee.”

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Haastateltavien mukaan asiakkaiden toimintakyky on yhteydessä pyöröovi-ilmiöön. Haastattelussa nousi esille asiakkaan toimintakyvyn lasku osastohoidon aikana ja asiakkaan oma motivaatio toimintakyvyn ylläpitämiseen. Myös Conroyn ym. (2013), Rönneikön ym. (2018) ja Kehusmaan (2018) mukaan kognition ongelmat kasvattivat pyöröovi-ilmiön syntymisen riskiä.

Lääkityksen tiedostettiin esittävän merkittävää roolia uusintäkäyntien osalta. Polyfarmasiasta suorana riskitekijänä uusintäkäynneille on vahvaa näyttöä (Naseer ym. 2014; Conroy ym. 2013; Rönneikkö ym. 2018; Schepel ym. 2015). Schepel ym. (2015) ovat todenneet iäkkäiden päivystyskäynneistä jopa 30 % johtuvan suoraan lääkityksestä johtuvasta syystä. Asiakkaan lääkityksen kokonaisarvioinnin haastateltavat arvioivat jäävän vähemmälle huomiolle erityisalakohtaisissa yksiköissä, kuten päivystyksessä tai osastolla, jolloin lääkityslistan kriittinen tarkastelu voi jäädä tekemättä eikä sopimattomia lääkkeitä karsita pois. Päivystyksessä asiakkaan sisäänottovaihe on Schepelin ym. (2015) mukaan kriittinen nivelkohta ja altis nimenomaan lääkityksen virheille. Tutkimuksessaan he toteavat, että päivystykseen saapuvista iäkkäistä lähes poikkeuksetta jokaisella on ristiriitaisuuksia lääkityksissään, joten todennäköisesti jokaisella asiakkaalla olisi lääkityksessään jotain, joka vaatisi ammattilaisen puuttumista.

Esille tuotiin asiakkaan taustatietojen selvittämisen vaikeus päivystyksessä. On todettu, että valtaosa sairaalahoitoon päätyvistä saapuu sinne ensin päivystyksen kautta, missä virheet ja sopimattomuudet lääkityksessä tapahtuvat yleisimmin potilaan sisäänottovaiheessa (Schepel ym. 2013). Haastateltavien mukaan päivystyksen aikaista taustatietojen selvitystä vaikeuttivat siihen käytettävän ajan rajallisuus, sekä saatavissa olevien hoitotietojen, kuten kotihoidon kirjausten saatavuus tai puutteet. Päivystys ei siis välttämättä saa tietoa esimerkiksi siitä, mitä lääkkeitä tämä on saanut ennen sairaalaan tuloaan. Tämä voisi potentiaalisesti rajoittaa päivystyksessä käytettävien lääke- sekä muiden hoitojen mahdollisuutta lääkkeisiin liittyvien riskien takia, tai johtaa

muun kuin itse juurisyyn hoitoon. Myös aikaisemman toimintakyvyn selvittäminen voi jäädä puutteelliseksi, mikäli kotihoidon teksteistä se ei selkeästi käy ilmi. Tieto aikaisemmasta toimintakyvystä vaikuttaa valittuun hoitolinjaan ja sen intensiteettiin (Wuorio & Viikari 2019).

Haastattelussa nousivat laajalti esille tiedonkulun ongelmat pyörövi-ilmion syntymiseen vaikuttavina tekijöinä. Yhdeksi sairaalakierteen juurisyistä on todettu huono sairaalansisäinen kommunikaatio, erityisesti kotiutusvaiheessa (Conroy ym. 2013). Haastateltavat näkivät kotiutusvaiheen kriittisenä nivelkohana asiakkaan hoitoprosessissa, missä on riski useille erilaisille virheille.

Hallgrenin ym. (2015) mukaan turvattomuus ja epäluottamus kotihoitoon kasvattavat pyörövi-ilmion esiintyvyyttä. Turvallisuuden tunne sairaalassa korostui. Asiakkaiden mukaan kotihoito on huonosti saavutettavissa, joten ambulanssin soittaminen koettiin varmempana. Nämä tutkimuksessa esille nousseet tekijät eivät haastattelussa tulleet ilmi.

Vaikka asiakkaan kokema turvattomuuden tunne nähtiin henkilöstön näkökulmasta sairaalaan palaamisen riskitekijänä, ei turvattomuuden varsinaisesta juurisyystä muodostunut haastatteluissa selkeää käsitystä. Hallgren ym. (2015) yhdistivät kotihoidon asiakkaiden kokeman turvattomuuden juontuvan henkilöstöön. Vaikka tutkimuksessaan he totesivat asiakkaiden sekä omaisten kuitenkin luottavan terveydenhuollon henkilöstöön, aiheuttivat puutteet henkilöstön itsevarmuudessa, lääketieteellisessä osaamisessa, sekä psykososiaalisissa kohtaamistaidoissa epäluottamusta ja turvattomuutta.

Haastateltavien kokemuksena oli, että sydämen vajaatoiminta sekä muistisairaudet olivat merkittävimmät pyörövi-ilmioon päätyvät sairausryhmät. Sydänsairaudet olivat Bjorvatnin (2013) mukaan tyypillisiä syitä takaisin hoitoon haakeutumiselle. Tutkimuksissa nousi esille useita sairauksia, jotka johtavat helposti pyörövi-ilmioon, mutta haastateltavien keskuudessa muita sairauksia ei noussut esille. Riskitekijäksi haastattelussa tunnistettiin asiakkaiden monisairastavuus, jonka myös Bjorvatn (2013) totesi olevan merkittävä riskitekijä.

Asiakkaiden ympäristöihin liittyviä tekijöitä, kuten omaiset, omaishoitajat ja ympäristön turvallisuus, nousi esille haastattelussa. Omaishoitajien väsymyksen vuoksi päivystykseen saatetaan hakeutua, vaikka asiakkaan sairaudessa ei muutoksia olisikaan tapahtunut ja kotona olisikin pärjätty aiempaan tapaan. Kehusmaan ym. (2018) mukaan omaisten ja omaishoitajien voimavarat on arvioitava oikein ja mahdolliset tukitoimet sovitettava voimavarojen ja yksilöllisen kokonaistilanteen mukaisesti.

Tutkimusmateriaalista ei noussut esille riskitekijöitä, jotka olisivat liittyneet sairaalan sisäisiin toimintatapoihin. Haastateltavat toivat esille kuitenkin hoitoon pääsyn kriteerit, hoidon saatavuuden, hoitavien tahojen organisoinnin, yksiköiden sisäisen ja niiden välisen yhteistyön ja kommunikaation sekä jatkuvasti kirstytyvät kotihoidon kriteerit. Haastateltavat miettivät myös, ovatko kotihoidon ja Tehosan resurssit liian pieniä asiakas- ja tehtävämäärään nähden.

Osan haastateltavien kokemuksena oli, että asiakkaita kotiutetaan liian aikaisin. Saaren ym. (2017) mukaan Itä-Savossa iäkkäiden sairaalahoitajaksot ovat keskimääräisesti pidempiä muihin KYS-ervan alueisiin verrattuna, ja potilaat ovat iäkkäämpiä kuin neljässä muussa sairaanhoitopiirissä. Toisaalta Itä-Savossa suunnitelmallinen kuntoutus ja erilaiset hoitotoimenpiteet toteutuvat suuremmissa määrin muihin alueisiin verrattuna. Vaikka kirjallisuuskatsaukseen sisältyneissä tutkimuksissa nähtiin pidentynyt osastohoitoaika riskitekijänä, voisi pitkä hoitoaika olla kuitenkin myös eduksi — iäkkäiden moninaiset sairaudet ja muut ongelmat vaativat aikaa ja selvittelyä, jotta kotiutumien olisi turvallista (Palonen ym. 2020, 7).

Sairaalalähtöisistä riskitekijöistä pyöröovi-ilmion syntymiselle yhtenä tekijänä nostettiin esille resurssit. Haastattelussa kerrottiin etenkin kotihoidossa olevan liian vähän työntekijöitä asiakas- ja työmäärään nähden. Lisäksi tuli ilmi, että kotihoidossa työntekijöiden ammattitaidon koettiin olevan puutteellista, johtuen mm. opiskelijoiden ja sijaisten käytöstä työvoimana. Puutteellisen ammattitaidon vuoksi esimerkiksi seurantamittaukset voivat jäädä tekemättä tai hoitajilla on eri käsitys hoidon tarpeesta. Hallgrenin (2015) mukaan sairaalaan hakeuduttiin herkästi, koska koettiin kotihoidon henkilökunnan olevan huonosti tavoitettavissa. Koettiin myös, että sairaalassa hoidon laatu oli parempaa ja henkilökunta asiantuntevampaa.

Haastattelussa pyrimme löytämään pyöröovi-ilmiötä ehkäiseviä keinoja. Ehkäisykeinot pystyttiin jakamaan kahteen teemaan, potilaaseen liittyviin ja sairaalalähtöisiin tekijöihin.

Asiakaslähtöisiä tekijöitä, joilla pyöröovi-ilmiön syntymistä voidaan pyrkiä ehkäisemään ovat ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen, hoitotahdon puheeksiotto, lääkityslistan tarkistaminen ja tukitoimien lisääminen. Conroyn ym. (2013) mukaan interventioiden avulla voidaan pyrkiä lieventämään pyöröovi-ilmiötä. Interventioihin tulisi sisällyttää esimerkiksi lääkityksen tarkistus ja hoitosuunnitelman laatiminen. Conroyn ym. (2013) mukaan tulee huomioida, että palliatiivinen hoitolinja voi olla tarkoituksenmukaisempaa kuin aktiivinen hoidon järjestäminen. Schepelin ym. (2018) mukaan päivystykseen hakeutuneista asiakkaista 16—29 % lääkityksen ongelmat todettiin juurisyysiksi sairaalaan hakeutumiselle. Kyseistä tutkimustulosta tarkasteltaessa voidaan todeta, että lääkityslistan tarkastamisella on suuri merkitys pyöröovi-ilmiön lieventämisessä ja ehkäisyssä. Farmaseuttien hyödyntäminen päivystyksessä toteutetuissa lääkityslistojen tarkistuksissa ei Schepelin ym. (2013) mukaan häirinnyt päivystyksen rutiineja, jolloin lääkäreillä sekä hoitajilla jäi enemmän aikaa keskittyä potilaiden hoitamiseen. Haastatteluaineistossamme esille tuodun lääkityksen selvittämisen, sekä tarkistuksen toteuttamisen haasteellisuuden osalta, voisi farmaseutin tai muun lääkealan ammattilaisen mukaan ottaminen Sosterin päivystyksessä olla hyödyllistä.

Sairaalalähtöisiä tekijöitä nousi esille haastattelussa useita. Haastateltavat toivat esille myös ideoita, jotka eivät välttämättä ole mahdollisia toteuttaa, mutta jotka ehkäisisivät paljon pyöröovi-ilmiön muodostumista. Keinoiksi haastateltavat ehdottivat resurssien uudelleenkohdentamista ja lisäämistä, prosessikuvausten selkiyttämistä, operatiivisen johdon yhdistämistä ja vaihtoehtoisten hoitopaikkojen muodostamista. Conroyn ym. (2013) mukaan kuntoutus ennen kotiutumista ja perushoidon riittävä huomiointi voivat vähentää pyöröovi-ilmiön syntymistä. Lisäksi kotiutumiseen liittyvän kommunikoinnin huomiointi voi vähentää ilmiön syntymistä.

Opinnäytetyön loppuvaihetta työstäessä hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS 2020) oli julkaissut oman suosituksensa iäkkään turvallisesta kotiutumisesta

sairaalasta. Tähän suositukseen sisällytettyjen tutkimusten tulokset vahvistivat lähes kaikki opinnäytetyöhöemme jo aiemmin valikoituneiden tutkimusten tuloksia. Ehkäisykeinoiksi uusintakäynneille hoitosuosituksen mukaan esitettiin resurssien (henkilöstön sekä tietotaidon), organisaatioiden välisen yhteistyön sekä lääkityksen tarkistusten lisäämistä. Koska hoitosuosituksen kokoamat tulokset sekä ehkäisyn, että juurisyiden ja riskitekijöiden osalta ovat erittäin lähellä opinnäytetyömme tuloksia, voidaan nähdä tämän kasvattavan opinnäytetyömme validiteettia eli oikeellisuutta ja sitä kautta koko työmme luotettavuutta.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Jokaiseen tieteellisesti toteutettuun työhön kuuluu, että siihen on sisällytetty oma osionsa luotettavuustarkastelusta. Eettisyyden sekä luotettavuuden tarkastelua on tapahduttava aktiivisesti työn jokaisessa vaiheessa, sillä jälkikäteen luotettavuutta ei ole mahdollista parantaa. Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida käsitteiden validiteetti sekä reliabiliteetti -kautta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta; jos tutkimus toistettaisiin tekijöiden kuvailemilla menetelmillä, saataisiin samanlaisia tuloksia. Validiteetti taas käsittää käytettyjen mittareiden sekä käsitteiden oikeellisuutta ja osuvuutta tutkittavan ilmiön selvittämiseksi. (Kananen 2019, 30.)

Ennen opinnäytetyön aloittamista ja valintaa opinnäytteen tekijöiden tulisi perehtyä hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tähän molemmat opinnäytetyöntekijät olivatkin jo tutustuneet aikaisemmalla opintojaksolla. Koko opinnäytetyöprosessin ajan noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) asettamia hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, joiden noudattaminen kuuluu kaikille tutkimukseen osallistuville, niin tutkijoille kuin ohjaajillekin. Koko opinnäytetyön prosessin aikana tulee noudattaa yleistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä.

Tutkimusprosessimme luotettavuuden alkupisteenä oli tutkimusongelman määrittely. Mikäli tutkimusongelmaa sekä tutkittavia asioita ei ole määritetty oikein, johtaa tämä seuraavienkin vaiheiden epäonnistumiseen. (Kananen 2019, 31.) Tähän haimme ohjausta ja neuvoa ohjaavilta opettajilta.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy tarvittavien sopimusten tekeminen ja tutkimusluvan hankkiminen (Arene 2020, 6). Sen mukaisesti teimme opinnäytetyösopimuksen, jonka allekirjoitti kumpikin opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantajan edustaja. Lisäksi haimme tutkimusluvan, kun opinnäytetyömme suunnitelma oli hyväksytty.

Pohjana tutkimuksen tavoitteen pääsemiselle sekä luotettavuudelle on kattavan ja huolellisen teoriaosuuden koostaminen, sillä se toimii pohjana koko tutkimusprosessille. Hyvän käytännön mukaan tutkimusten valintaprosessiin osallistuu kaksi tekijää. Tällöin välttyään tulkintojen ristiriidattomuudelta. (CRD 2008; Kananen 2019, 35.) Tutkimukset ja kirjallisuus teoriapohjaan hankittiin useasta eri lähteestä, jotta tutkittavasta aiheesta saatiin mahdollisimman kattava kuva. Käytettäviksi tutkimuksiksi valikoitui sekä kansainvälistä että suomalaista tutkimuskirjallisuutta. Sisäänottokriteerit valittiin huolella siten, että tutkimukset olisivat mahdollisimman hyvin verrattavissa suomalaiseen väestöön. Olemme pyrkineet välttämään plagiointia viittaamalla julkaisuihin oikeaoppisesti ja merkitsemällä ne lähdeluetteloon oppilaitoksemme antamien ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tehtiin jo osaltaan eräänlaista ennakkoarviota tutkimuksen eettisyyden toteutumisesta. Tuossa vaiheessa perehdyimme haastattelun toteuttamisen eettisiin kohtiin sekä ihmisiä koskevan tutkimuksen eettisiin haastekohtiin. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa tulee huomioida erityisesti itsemääräämisoikeuden sekä tietosuojan toteutuminen. (Arene 2020, 7.) Tärkeä haastattelutilanteen eettisyyden ja luotettavien tulosten kannalta myös oli, että haastattelijat eivät johdattele tai heijasta omia mielipiteitään tutkittaviin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 69).

Tieteellisessä tutkimuksessa tulee pyrkiä luotettavuuteen ja avoimuuteen (Arene 2020, 10). Tähän pyrimme mahdollisimman läpinäkyvällä informaatiolla. Ennen haastattelujen toteutumista haastateltavat saivat sähköpostilla saatekirjeen, joka on kuvattu sellaisenaan opinnäytetyön liitteissä (liite 2). Kirjeessä kerrottiin tehtävän tutkimuksen tausta ja tavoite lyhyesti, keskeiset tutkimuskysymykset, toteutustapa, aineiston tallennus ja säilytys sekä kuinka

osallistujien tietosuoja on huomioitu ja aiotaan toteuttaa (kuvattu myös liitteessä 2). Halusimme painottaa anonymiteetin säilyttämistä ja tulosten luottamuksellisuutta, vaikka haastattelutilanne taltioidaankin ääni- ja kuvamateriaalina. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Tiedonannolla pyrimme takaamaan tutkittaville mahdollisimman läpinäkyvää informaatiota tutkimuksesta, mikä esittäminen on myös eettisesti perusteltua, kun tutkimuksen kohteena ovat ihmiset. Tutkimuksen kohteella on oikeus tiedonantoon, jonka perusteella tämä joko antaa suostumuksen osallistua tai olla osallistumatta (Arene 2020, 9).

Vaikka toimeksiantaja oli valikoinut haastattelun osallistujat etukäteen, oli heillä mahdollisuus halutessaan kieltäytyä osallistumasta haastatteluun. Haastattelun alussa luimme ääneen tietoisuuden lomakkeen (liite 3). Lukemisen jälkeen haastateltavat omalla vuorollaan kertoivat nimensä sekä kantansa siitä hyväksyvätkö he ehdot. Kaikki haastateltavat hyväksyivät lomakkeen sisällön ja haastattelua jatkettiin. Tietoisuuden lomakkeen (liite 3) mukaan jokaisella oli mahdollisuus halutessaan keskeyttää osallistumisensa haastattelun aikana ilman, että syytä tarvitsi selittää tarkemmin. Kukaan osallistujista ei keskeyttänyt haastattelua. Haastattelun loppuvaiheessa muutaman haastateltavan oli palattava töihin, joten he poistuivat. Tässä vaiheessa tutkimuskysymykset oli keretty jo käydä kokonaisuudessaan läpi, joten tilanteesta poistuneilla ei todennäköisesti ollut vaikutusta uuden asiasisällön poisjäämiseen. Tällä oli kuitenkin mahdollisesti lievä vaikutus saavutettuun saturaatioon.

Alun perin haastatteluiden oli tarkoitus tapahtua kasvotusten yhtenä isona haastattelutilanteena. Kuitenkin samaan aikaan nousseen COVID-19-pandemian aikana jouduttiin sosiaalisia kontakteja rajoittamaan, joten katsottiin toimeksiantajan kanssa parhaimmaksi toteuttaa haastattelut verkkovälitteisesti. Haastattelu tässä muodossa asetti kuitenkin rajoituksia, ja haasteita luotettavuuden toteutumiselle. Verkkovälitteisenä tilanne ei ole aito ryhmätilanne, vaan poissulkee keskusteluista normaalin ryhmädynamiikan, osallistujien eleet, katsekontaktit ja ilmeet (Kananen 2014, 127). Osa haastateltavista oli kokoontunut yhdessä samaan tilaan haastatteluja varten, jolloin ryhmädynamiikka ja keskustelu tapahtui näiden kesken luontevammin. Tämä osaltaan

helpotti haastattelun eteenpäin viemistä, kun osallistujat saivat keskustella keskenään.

Tallensimme haastattelutilanteen audiovisuaalisena tallenteena salasanalla suojattuna. Tallennetta säilytimme pilvipalvelussa ja muistitikulla. Ne hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Haastatteluun osallistuvien henkilöllisyys ja haastattelun sisältö oli vain opinnäytetyön tekijöiden sekä toimeksiantajan edustajan tiedossa. Osallistuvien henkilöllisyys ei tule ilmi opinnäytetyössä missään vaiheessa. Tällä varmistamme tietosuojan pitävyyden.

Aineiston analysointivaiheeseen osallistuivat kummatkin opinnäytetyöntekijät, mikä parantaa tutkimuksen sisäistä validiteettia eli tulkinnan ristiriidattomuutta. Aineistosta nousevia tuloksia verrattiin myös aikaisempiin samansuuntaisten tutkimusten tuloksiin (Kananen 2019, 34). Vaikkei kirjallisuuskatsauksemme löytynyt kuin yksi lähes samankaltaisella tutkimusasetelmalla toteutettu tutkimus, ovat muiden tutkimusten löydökset tietyin osin vertailtavissa omiin tuloksiimme. Vertailtaessa keräämäämme aineistoa tutkimuskirjallisuuteen, vahvistaa se työmme validiteettia, johtopäätösten ja löydösten ollessa hyvin samankaltaisia.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä työssä haettiin vastauksia iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden pyöröviilmiön syntyyn, jota tarkasteltiin henkilökunnan näkökulmasta. Pyöröviilmiöön johtavia tekijöitä olivat heikentynyt toimintakyky sekä lääkityksen ja tiedonkulun ongelmat. Hoitohenkilökunnan havaitsemat riskitekijät jaettiin asiakas- ja sairaalalähtöisiksi tekijöiksi. Asiakaslähtöisiä riskitekijöitä olivat asiakkaan tietyt sairaudet, psyykkiset tekijät sekä puutteet omahoidossa. Asiakaslähtöisiin riskitekijöihin lukeutuivat myös ympäristöön liittyvät tekijät, kuten omaiset, omaishoitajat ja ympäristön turvallisuus. Sairaalalähtöisiä tekijöitä olivat sisäiset toimintatavat, kotiutus ja jatkohoito, resurssit sekä ammatillaislähtöiset tekijät. Pyöröviilmiön esiintymistä ja syntyä ehkäiseviä keinoja olivat hoitosuunnitelman tekeminen, resurssien uudelleenkohdentaminen ja lisääminen, prosessikuvausten selkiyttäminen, operatiivisen johdon yhdistäminen ja vaihtoehtoisten hoitopaikkojen muodostaminen.

Haastattelun tuloksena saatiin vastauksia kaikkiin kolmeen tutkimuskysymykseen ja suurelta osin ne olivat samansuuntaisia jo olemassa olevan tutkimustiedon kanssa, kattaen jo kirjallisuuskatsausvaiheessa esiin tulleita tuloksia. Kokonaisuudessaan voitaisiin siis todeta, että tutkimuksemme tulokset vahvistavat jo olemassa olevaa tutkimustietoa pyöröovi-ilmiön juurisyistä. Haastattelusta nousi ilmi myös uusia asioita ja havaintoja, mitä ei kirjallisuuskatsausaineistostamme löytynyt lainkaan. Näitä olivat hoitotahdon puuttuminen ja prosessikuvausten selkiyttäminen.

Kehittämisehdotuksena päivystyspoliklinikalla voitaisiin hyödyntää geriatrissa osaamista iäkkäiden akuuttien käyntien osalta. Koska ajantasaisen lääkityksen selvittäminen ja tarkistaminen on haasteellista, päivystyksessä voisi olla hyödyllistä käyttää farmaseutin asiantuntijuutta. Näin hoitohenkilöstölle jäisi enemmän aikaa potilaiden konkreettiseen hoitoon. Lisäksi lääkityslistojen tarkistamiseen ja päivittämiseen pidettyä perehdytystä voisi tehostaa niin lääkärin kuin muunkin hoitohenkilöstön osalta. Hoitotahdon puheeksiotolle kehitettävä systemaattinen toimintatapa ja prosessikuvausten selkiyttäminen nousivat myös kehittämiskohteiksi.

Opinnäytetyötä tehdessä nousi esille useita jatkotutkimusehdotuksia. Jatkotutkimusehdotuksena voisi kehitellä ohjeen hoitotahdon puheeksiottoon hoitohenkilökunnalle. Jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää myös esimerkiksi kvantitatiivisella tutkimuksella päivystykseen johtavia syitä. Lisäksi olisi kiinnostavaa tehdä haastattelututkimus kotihoidon asiakkaille päivystykseen haautumisen syistä.

9.4 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu

Opinnäytetyön aihe valikoitui koulun aihepankista. Alussa mietimme kahden eri vaihtoehdon välillä, mutta päädyimme kuitenkin kyseiseen aiheeseen. Puntaroimme aiheen hyödyllisyyttä ja monipuolisuutta tulevan ammattiosaamisemme kannalta. Lisäksi harjoittelujemme takia molemmat kiinnostuivat kysei-

sestä aiheesta. Aihe oli alun perin paljon nykyistä laajempi, mutta ideointivaiheessa jouduimme rajaamaan sitä paljon. Rajauksia oli tehtävä, jotta opinnäytetyö olisi laajuudeltaan ensimmäistä AMK-opinnäytetyötä vastaava.

Tiedonhaun aloitimme jo ideointivaiheessa ja käytimme siihen runsaasti aikaa. Tiedonhakua jatkoimme lähes suunnitteluvaiheen loppuun asti. Kuitenkin mieleenkiitoisia lähteitä löytyi lähes vahingossa vielä prosessin loppupuolellakin. Tästä esimerkkinä hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS 2020) toteuttama kirjallisuuskatsaus, joka aiheeltaan ja tutkimustuloksiltaan oli hyvin samanlainen lähes valmiin opinnäytetyömme kanssa. Tämän päätimme sisällyttää pohdinta osioon.

Kyseinen opinnäytetyö oli molemmille ensimmäinen suurempi kirjallinen projekti, johon olimme osallistuneet tai tehneet. Haastattelun pitäminen oli myös molemmille uusi kokemus. Vaikka haastattelu oli uusi tilanne, eikä se toteutunut alkuperäisin suunnitelmin, onnistui se odotettua sujuvammin ja paremmin. Haastateltavat olivat innoissaan opinnäytetyömme aiheesta ja keskustelu kulki pitkälti omalla painollaan haastattelurungon mukaisesti. Haastateltavat olivat myös pohtineet tutkimuskysymyksiä ennalta.

Opinnäytetyö sujui alussa pitkälti suunnitellun aikataulun mukaisesti. Aloimme suunnitella opinnäytetyötämme syksyllä 2019 ja suunnitelmaseminaarimme pidimme jo huhtikuussa 2020. Teemahaastattelun pidimme toukokuussa 2020, jonka jälkeen litteroimme materiaalin. Kun saimme litteroinnin tehtyä, alkoikin molemmilla kesäloma. Kesäloman aikana emme saaneet työstettyä opinnäytetyötä toivotulla tavalla, koska omien elämäntilanteidemme takia jouduimme priorisoimaan työnteon opinnäytetyön tekemisen edelle. Syksyllä aloitimme pikkuhiljaa teemoittelemaan litteroitua tekstiä. Motivaatio oli molemmilla hukassa, joten opinnäytetyö ei edennyt vielä syksyllä juurikaan. Kevättalvella 2021 kuitenkin motivaatio alkoi löytymään ja saimme tehtyä opinnäytetyötä reippaasti eteenpäin ja usko sen valmistumiseen vahvistui. Motivaation puuttumisesta huolimatta ohjaajat jakoivat kannustaa työn tekemisessä läpi koko prosessin.

Opinnäytetyötä tehdessämme opimme tutkimuksen toteuttamisen metodiikkaa laadullisen tutkimuksen osalta. Opimme myös, miten hakea näyttöön perustuvaa tutkimuskirjallisuutta, kuinka sitä voi hyödyntää ja miten sitä tarkastellaan kriittisesti. Opinnäytetyöprosessin aikana opimme paljon pyöröovi-ilmiöstä ja sen ehkäisykeinoista.

Alun perin suunnittelimme käyttävämmä litteroidun tekstin teemoittelussa koodausta, mutta se osoittautui niin haastavaksi, että jouduimme muuttamaan suunnitelmia. Välillä haasteita teki yhteisen ajan löytäminen opinnäytetyön tekemiseksi. Molempien työn tekijät kävivät töissä ja opiskelivat samalla, joten aikaa oli vain rajallisesti. Tästä selvisimme jaottelemalla osuuksia molemmille tehtäväksi ja yhteisen ajan löytyessä kävimme niitä yhdessä läpi. Kuitenkin löysimme myös yhteistä aikaa, jolloin pystyimme viemää työtä yhdessä eteenpäin.

Kokemuksena opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista, mutta haastavaa. Kun työ tehtiin kahdestaan, pystyi ajatuksia pomputtelemaan ja miettimään yhdessä. Samansuuntainen ajatusmaailma helpotti tekemistä paljon. Kun toisen ajatus katkesi, toinen pystyi jatkamaan samalla ajatuksella. Yhdessä tekeminen antoi myös pontta tekemiselle.

LÄHTEET

Andersen, B. & Fagerhaug, T. 2006. Root cause analysis: Simplified tools and techniques. 2. painos. Wisconsin: William A. Tony.

Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Ry. Päivitetty: 9.1.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportti/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382> [viitattu: 1.5.2021].

Bjorvatn, A. 2013. *Hospital readmission among elderly patients. The European Journal of Health Economics* 14, 809-820.

Centre for reviews and dissemination. 2009. Systematic reviews. CDR's guidance for undertaking reviews in health care. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf [viitattu 27.3.2020].

Conroy, S.P., Dowsing, T. & Hsu, R. 2013. Understanding readmissions: an in-depth review of 50 patients readmitted back to a acute hospital within 30 days. *Journal of European geriatric medicine*. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.sciencedirect.com. [viitattu: 11.5.2021].

Dogget, M. 2006. Root Cause Analysis: A Framework for Tool Selection. *Quality Management Journal* 4, 34.

EUPATI. 2015. Risk factors in health and disease. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.eupati.eu/pharmacoepidemiology/risk-factors-health-disease/> [viitattu 25.4.2020].

Fimea. 2017. Moniammatillinen lääkehoidon arviointi osaksi iäkkäiden lääkehoidoa. Päivitetty: 28.8.2017. WWW-aineisto. Saatavissa: <https://www.fimea.fi/-/moniammatillinen-laakehoidon-arviointi-osaksi-iakkaiden-laakehoitoa> [viitattu 25.4.2020].

Fournaise, A., Espensen, N., Jakobsen, S. & Andersen-Ranberg, K. 2017. Increasing primary health-care services are associated with acute short-term hospitalization of Danes aged 70 years and older. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764917301572?casa_token=vQUHXFp-pYq0AAAAA:nzQKvtezEA8CF5bOoccl8K5blZKu2zmc_J_AFWUakBEWjSaN-gEfqY8TIXdC9f7O5jqJUBeZfu [viitattu 11.5.2021].

Haapamäki. E., Huhtala. H., Löfgren. T., Mylläri. E., Seinelä. L. & Valvanne. J. 2012. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä: 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011-2012. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2014/1650-iakkaat-paivystyksen-kayttajina> [viitattu: 11.5.2021].

Hallgren, J., Bravell. M., Aslan, A. & Josephson. I. 2015. In Hospital We Trust: Experiences of older peoples' decision to seek hospital care. *Geriatric nursing* 36 (2015), 306-311.

Hoidokki s.a. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.hoidokki.fi/> [viitattu 13.4.2020].

HOTUS. 2017. Kotiutusmenetelmien vaikuttavuus potilaan palaamiseen sairaalahoitoon kotiutuksen jälkeen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2017-4.pdf> [viitattu 24.4.2020].

HOTUS. 2018. Geriatrisen arvioinnin merkitys päivystyspoliklinikalla. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2018-9-final.pdf> [viitattu: 11.5.2021].

Ikonen, E. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi. 2018. Sosteri. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalipalvelut-ikaantyneille/ikaantyneen-palvelutarpeen-arviointi/> [viitattu 13.4.2020].

Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosterin kotihoidon omavalvontasuunnitelma Savonlinna ja Enonkoski. 2017.Sosteri. WWW-dokumentti Päivitetty 14.11.2017. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/kotihoidon-omavalvontasuunnitelma-2017-paivitetty-14-11-17.pdf> [viitattu 14.4.2020].

Jobiili. s.a. Päivystys (Savonlinnan keskussairaala) - Sosteri. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.jobiili.fi [viitattu 5.4.2020].

Jäntti, P. 2014. Akuutisti sairastunut vanha ihminen. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuk-sia/akuutisti-sairastunut-vanhus [viitattu 25.4.2020].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2019. Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas — avain opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittamiseen. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kerminen, H., Kiviniemi, K. & Havulinna, S. 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. TOIMIA-suositus. TOIMIA tietokanta. Päivitetty: 3.10.2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.terveysportti.fi [viitattu 23.4.2020].

Kielitoimiston sanakirja. 2018. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/net-mot.exe?motportal=80> [viitattu 9.2.2020].

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotihoidon, kotihoidon tukipalveluiden ja palveluasumisen myöntämisen perusteet. 2019. Sosteri. Päivitetty 19.11.2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://isshp.oncloudos.com/kokous/20192847-8-1.PDF> [viitattu 13.4.2020].

Kotihoito ja kotipalvelut. s.a. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> [viitattu 6.4.2020].

Kotihoito. 2019. THL. Päivitetty: 11.10.2019. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito> [viitattu 13.4.2020].

Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoito. s.a. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoito> [viitattu 6.4.2020].

Kotiutumisen prosessi Sosterissa. 2019. Sosteri. Word-tiedosto. Organisaation sisäinen materiaali.

Kotiutustiimi. 2018. Sosteri. Päivitetty 22.3.2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalipalvelut-ikaantyneille/kotihoito/kotiutustiimi/> [viitattu 14.4.2020].

Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.12.2019. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/ika-talo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/apua-arkeen/kunnallinen-ja-yksityinen-kotihoito> [viitattu 27.3.2020].

Kuntayhtymän strategia talousarvio ja -suunnitelma 2019-2021. 2018. Sosteri. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.sosteri.fi/wp-content/uploads/sites/3/2019/03/strategia_uusi.docx.pdf [viitattu 23.12.2019].

Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely. s.a. Tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/aineistonhallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-ka-sittely.html> [viitattu 9.4.2020].

KvantiMOTV. s.a. Kyselylomakkeen laatiminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/metelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html> [viitattu 24.4.2020].

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. -2. painos. Helsinki: Edita.

Laitinen, P. 2020. Hoitotyön kliininen asiantuntija. Sähköpostiviesti. 8.4.2020. Sosteri.

Laitinen, P. 2020. Hoitotyön kliininen asiantuntija. Suullinen tiedonanto. 8.4.2020. Sosteri.

Lehmusoksa, T. s.a. Kotihoidon äkillisen tilanteen toimintamalli ja NEWS. Sosteri. Kotoa kotiin -luento Xamkissa 13.2.2019.

Leppänen, J., Kerminen, H. & Jämsen, E. 2019. Yleistilan lasku iäkkään potilaan päivystyskäynnin syynä. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/117993/Yleistilan_lasku_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y [viitattu: 11.5.2021].

Malmström, T., Hörhammer, I., Peltokorpi, A., Linna, M., Koivuranta-Vaara, P. & Mikkola, T. 2017. Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta — ikääntyneet potilaat. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://acris.aalto.fi/ws/portalfiles/portal/30375609/1831paivystyksenkysynta_nro8_ebook.pdf [viitattu: 11.5.2021].

Medication safety in polypharmacy. 2019. WHO. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?ua=1> [viitattu 9.4.2020].

Naseer, M., Agerholm, J., Fastbom, J., Schön, P., Ehrenberg, A. & Dahlberg, L. 2019. Factors associated with emergency department revisits among older adults in two Swedish regions: A prospective cohort study. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494319302031?via%3Dihub> [viitattu: 11.5.2021].

Palonen, M., Kariniemi, P., Peltola, P., Pesonen, H-M., Rantanen, A. & Siira, H. HOTUS – iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta, HOTUS-hoitosuosituksen lyhennelmä. WWW-aineisto. Saatavissa:

<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/netti-hoitosuositus-iaek-kaeaen-kotiutuminen.pdf> [viitattu: 11.4.2021].

Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. 2021. THL. WWW-aineisto. Päivitetty 8.3.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla> [viitattu 23.3.2021].

Rasmussen. M.G., Ravn. P., Molsted. S., Tarnow. L. & Rostoj. S. 2017. Readmissions to hospital of medical patients – a cohort study. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.sciencedirect.fi [viitattu: 11.5.2021].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006 KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html [viitattu 24.4.2020].

Saari, H., Lönnroos, E., Mäntyselkä, P., Ryyänen, O. & Kokko, S. 2019. Mitä on perusterveydenhuollon lyhytaikainen sairaalahoito? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/mita-on-perusterveydenhuollon-lyhytaikainen-sairaalahoito/> [viitattu: 11.5.2021].

Salonoja, M. & Mononen, J. 2018. Geriatriinen päivystyspotilas. Akuuttihoito-opas. Terveysportti-tietokanta. Päivitetty: 23.5.2018. WWW-aineisto. Saatavissa: www.terveysportti.fi [viitattu:25.4.2020].

Schepel, L., Lehtonen, L., Airaksinen, M., Ojala, R., Ahonen, J. & Lapatto-Reiniluoto, O. 2018. Medication reconciliation and review for older emergency patients requires improvement in Finland. *International journal of risk and safety in medicine* 30 (2018/2019) 19-31.

Sosteri. 2018a. Akuuttiosasto 2B. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.5.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/osastot/akuuttiosasto-2b-yleislaaketiede/> [viitattu 14.4.2020].

Sosteri. 2018b. Ensihoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.2.2019. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/paivystykset/paivystys/ensihoito/> [viitattu 3.4.2020].

Sosteri. 2018c. Kirurgian ja naistentautien osasto 3A. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.1.2020. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/osastot/kirurgian-ja-naistentautien-osasto-3a/> [viitattu 13.4.2020].

Sosteri. 2018d. Kirurgian osasto 2A. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.6.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/osastot/kirurgian-osasto-2a/> [viitattu 13.4.2020].

Sosteri. 2018e. Kotihoito. Päivitetty: 31.1.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalipalvelut-ikaantyneille/kotihoito/> [viitattu 13.4.2020].

Sosteri. 2018f. Kotisairaala. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.2.2020. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/kotisairaalatehosa/> [viitattu 13.4.2020].

Sosteri. 2018g. Organisaatio. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/organisaatio/> [viitattu 26.3.2020].

Sosteri. 2018h. Päivystys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/paivystykset/paivystys/> [viitattu 26.3.2020].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta – Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi. 2016. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-727-5> [viitattu 26.3.2020].

Sosiaali- ja terveyspalvelut KYS-eritysvastuualueella. 2019. THL. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138956/URN_ISBN_978-952-343-427-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 14.4.2020].

Sotkanet. s.a. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szZMS41PBAA=®ion=s7Ys-BwA=&year=sy5ztDbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201911131146> [viitattu 5.4.2020].

Sotkanet. 2018. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 65 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s85KBQA=®ion=s07MBAA=&year=sy5ztDbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740> [viitattu: 11.5.2021].

Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018. 2019. THL. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138194/Tr21_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y [viitattu 14.4.2020].

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Tilastokeskus. s.a. Kvalitatiivinen tutkimus. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html [viitattu 5.4.2020].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 25.4.2020].

Turunen. H., Perälä. M-L. & Meriläinen. P. 1994. Golaizzin fenomenologisen menetelmän sovellus. *Hoitotiede* 1, 8-15.

Traissac, T., Videau, M., Bourdil, M., Bourdel-Marchasson, I. & Salles, N. 2010. The short mean length of stay of post-emergency geriatric units is associated with the rate of early readmission in frail elderly. *Aging clinical and experimental research* Vol 23, 217-222.

Ylä-Mononen, S., Koivisto, A., Palonen, M. & Åsted-Kurki, P. 2014. Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 26, 299-309.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980.

Wuorela. M. & Viikari. L. 2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15095> [viitattu 14.4.2020].

KIRJALLISUUSKATSAUSTAULUKKO

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Mielenkiinnon kohteet opinnäytetyön osalta
Bjorvatn, A. 2012. Hospital readmissions among elderly patients. <i>European Journal Health Economics</i> 14, 809-820	Selvittää vanhusten sairaalassa uusintakäyntien esiintyvyyttä sekä niihin liitettävissä olevia tekijöitä. Kaikissa Norjan julkisissa sairaaloissa.	Norja. Yli 60-vuotiaat. Empiirinen analyysi 8.v ajalta. N=975 702. Arvioi: diagnoosit, hoidon pituus, uusintakäyntien määrä ja aika-väli.	Pitkä sairaalassaoloaika yhteydessä pienempään riskiin uusintakäynnille. Potilaan ikä, monisairastavuus ja hoitojen monimutkaisuus kasvattavat sairaalaan palaamisen riskiä. Diagnostisien tutkimusten suuri määrä pienentää ko. riskiä.	Tutkimuksessa tarkasteltiin kattavasti sairauksia syinä hoitoon palaamiseen, huomioiden potilaiden ominaisuuksia. 30 vrk ajanjakso kotiutuksesta kriittisen vaihe. Ehdottaa minimi hoitoaikaa tietyille diagnooseille.
Conroy. S.P, Dowsing. T & Hsu. R. 2013. <i>Understanding readmissions: An in-depth review of 50 patients readmitted back to an acute hospital within 30 days.</i>	Kehittää syvällinen ymmärrys siitä, jotka johtavat lyhytaikaisiin uusintakäynteihin sairaalassa alle 30vrk sisällä kotiutumisesta. Keskussairaalan akuuttiyksikkö.	UK. Yli 70-vuotiaat. Rekisteritutkimus. N=50. Juurisyyanalyysi; haastateltiin ammattilaisia, läheisiä sekä tarkasteltiin potilastietoja syiden ja ratkaisujen selvittämiseksi.	Yli puolet uusintakäynteistä yhteydessä alkuperäiseen käyntiin. 70% kaikista arvioitu vältettäväksi. Yleisimmät tulokset; reisiluun murtuma kaatumisesta, kaatuminen enkefalopatian takia, hengenahdistus ja lisääntyvä yskä, lisääntyvä desorientaatio.	Tunnisti interventiot, joilla uusintakäyntejä voitaisiin välttää. Tulokset sekundaarisia pohjautuen primaarikäyntiin, ja olisivat suurilta osin vältettävissä.
Fournaise. A., Espensen. N., Jakobsen. S. & Andersen-Ranberg. K. 2017. Increasing primary health-care services are associated with acute short-term hospitalization of Danes aged 70 years and older.	Arvioida vanhuksilla ilmeneviä lyhytaikaisia sairaalahoitojaksoja (<48h) ja ennustavia tekijöitä, liittyen koti-hoidon ja PTH palveluiden tarpeeseen/lisääntymiseen. Kotihoidon asiakkaat.	Tanska, 2017. N=443. 12kk aikana vanhukset, joilla lyhyt sairaalahoitojakso (alle 48h). Selvitettiin asumistiedot (kh-palvelut vai ilman). PTH-kontaktit viim. 6 tai 12kk ajalta kerättiin.	Ennen akuuttia sairaalahoitoa kontaktit PTH (lääkäri; kh konsultointi, verikokeet/näytteet) lisääntyivät merkittävästi 3kk ennen akuuttia sairaalahoitojaksoa. Kotihoidon käyttämä aika asiakkaan luona (min/kk) lisääntyi asteittain ja merkittävästi 12kk ajan ennen akuuttia sairaalahoitojaksoa; keskim. 7h 29min/kk. Keski-ikä 80,6, naisia 57%. Keskim. sairaalassaoloaika 21h 26min.	Ensimmäisen osastojakson jälkeen 25% joutui 30vrk sisällä uudestaan lyhyelle <48h sairaalahoitojaksolle. Ensimmäiselle akuutille (alle48h) hoitojaksolle joutuneista 54% oli kotihoidon asiakkaita. Kh-asiakkaiden kotiutumisen jälkeen näiden kotihoidon tarve kasvoi entisestään, ja 6kk mennessä oli kasvanut 39% (aika asiakkaan luona; kasvu keskimäärin 8h ja 54min).

<p>Haapamäki. E., Huh-tala. H., Löfgren. T., Mylläri. E., Seinela. &Valvanne. J. 2014. <i>lääkkäät päivystyksen käyttäjinä</i></p>	<p>Kuvata ja selittää iäkkäiden päivystyspalveluiden käyttöä. Tampereen yhteispäivystys Acuta.</p>	<p>Suomi. Yli 70-vuotiaat. Rekisteritutkimus. Käynnit 2.v ajalta. N= 26 767.</p>	<p>Keskimääräinen käyntimäärä vuorokauden aikana yli 70- vuotiailla oli 36,7. Kaksi kolmasosaa kävijöistä naisia. Käyntien määrä nousi rajusti 90.v täyttäneillä. Yt-lasku 12.6% kaikista käynneistä; näistä yli puolet naisia.</p>	<p>Yleisin tulodiagnoosi; 1) huonovointisuus ja väsymys, 2) eteisvärinä/eteislepatus, 3) keuhkokuume. Yt-laskun takia tulleilla todettiin myöhemmin VTI (10,5 %), keuhkokuume (7,6 %). Puolet kaikista päivystykseen tulleista tarvitsi sairaalahoitoa.</p>
<p>Hallgren, J., Bravell. M., Aslan, A. & Josephson. I. 2015. <i>In Hospital We Trust: Experiences of older peoples' decision to seek hospital care</i></p>	<p>Selvittää, mitkä olivat kotihoitoa saavien vanhusten syyt ja omat näkemykset hakeutua päivystykseen.</p>	<p>Ruotsi. Yli 66-vuotiaat. Kotihoidon asiakkaita haastateltiin näiden kokemuksista ja syistä hakeutua päivystykseen. Juurisyyanalyysi.</p>	<p>Tunnistettiin kolme pääkategoriaa; ylempiärvoin terveydenhuolto, ihmisten huolet sekä biomedikaaliset tarpeet. Sairaalahoito nähtiin ylempiärvoinena sekä asiakkaan, läheisten että hoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Vanhusten syyt hakeutua hoitoon painavia. Vähäiset kh käynnit loivat turvatomuutta; ambulanssin soittaminen koettiin helpommin tavoitettavana kuin kotihoidon työntekijät. Epäluottamus hoitajien osaamiseen.</p>
<p>Malmström. T., Hörhammer. I., Peltonkorpi., A., Linna. M. Koivuranta-Vaara. P. & Mikkola. T. 2014. <i>Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta—ikäntyneet potilaat</i></p>	<p>Selvitettiin iäkkäiden ihmisten päivystyksen käyttöä isoissa kaupungeissa; Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku ja Vantaa. ESH ja PTH päivystykset.</p>	<p>Suomi. Yli 75-vuotiaat. Rekisteritutkimus. N=320 659. Rekisteritutkimus. Hilmo.</p>	<p>yli 75-vuotiailla käyntejä keskimääräinen 1,5-2,3/ vanhus. Yleisimpiä tulosyitä olivat vammat, mahavaivat sekä sydämeen ja verenkiertoon liittyvät sairaudet.</p>	<p>Merkittävä osuus kaikista päivystyskäynneistä (20 %) koostuu kotihoidon asiakkaista. Kotihoidosta saavuttiin tavallisimmin sydämen vajaatoiminnan takia.</p>
<p>Mylläri. E., Kirsi. T. & Valvanne. J. 2014. <i>Miksi iäkäs ihminen hakeutuu päivystykseen?</i></p>	<p>Laadullinen haastattelututkimus. Selvitettiin asiakkaiden syitä hakeutua päivystykseen. Tampere Acuta.</p>	<p>Suomi. 2014. N=21 Juurisyyanalyysi</p>	<p>Pääpaino syynä hoitoon hakeutumiselle oli avuntarve: ei lähde ilman painavaa syytä. Lähes poikkeuksetta jokainen vanhus keskusteli läheisen/ hoitotyön ammattilaisen kanssa päivystykseen hakeutumisesta.</p>	<p>Osa näki ambulanssipalvelut keinona ohittaa pitkät odotusajat; keino saada hoitoa silloin kun haluaa. Kotihoidon työntekijöiden merkitys asiakkaan hoitopaikan valintaa ohjaavana ammattilaisena.</p>
<p>Naseer. M., Agerholm. J., Fastbom. J., Schön. P. & Ehrenberg. A. 2020. <i>Factors associated with emergency department revisits among older adults in</i></p>	<p>Selvittää tyyppi-potilaan piirteet ensimmäisellä päivystyskäynnillä, ja päivystyksen uusintakäynnillä 30vrk sisällä.</p>	<p>Ruotsi. Yli 65-vuotiaat. Rekisteripohjainen prospektiivinen kohortti. N= 16 688.</p>	<p>Tunnisti riskitekijöiksi: miessukupuoli, elinajanodote oli vuosi, polyfarmasia (>10) ja yli 11 pth käyntiä päivystyksen palveluiden käyttö.</p>	<p>Dalarnassa kotiavun saaminen oli liitetävissä oleva riskitekijä, muttei Tukholmassa. Tukholmassa matala koulutustaso, polyfarmasia ja laitoshoido olivat riskitekijä, mutteivat Dalarnassa.</p>

two Swedish regions: A prospective cohort study.				
Rasmussen. M, Ravn. P, Molsted. S, Tarnow. L & Rostej. S. 2017. <i>Readmission to hospital of medical patients — a cohort study.</i>	Arvioida äkillisten sairaalassa uusintakäyntien esiintyvyyttä ja niihin liitettäviä riskitekijöitä yli 65.v potilailla, jotka kotiutuvat sisätautien osastoilta.	Tanska , 2017. Kohortti, 4v. N=21 634. Huomioi: kotihoidon palvelut. Ei arvioinut uusintakäyntien juuri- tai tulosyitä; vain käynteihin liitettävissä olevia riskitekijöitä/ potilaiden "ominaisuuksia".	Uusintakäynnin riski suurempi, kun kotiutus oli arkipäivänä, vrt. vklp. Infektiosairaat eniten alttiita uusintakäynnille, mutta myös korkeassa riskissä kuolla sairaalaan. 15,9 % oli uusintakäynti alle 30rvk kuluessa. 83,2 % ei ollut uusintakäyntiä. Jos ensi dg. oli kontakti th ilman että sai diagnoosia; uusintakäynnin riski pienempi.	Tunnistetut riskitekijät: pitkä ensimmäinen hoitajakso, miessukupuoli, hoivakotiasukas, kotihoidon palvelut, hoitajakso viim. 6kk aikana ja kohtalainen/korkea CCI. Riski kasvoi lineaarisesti iän myötä.
Rönnekkö. J, Jämsen. E, Mäkelä. M, Finne-Soveri. H & Valvanne. J. 2018. <i>Reasons for home care clients' unplanned hospital admissions and their associations with patient characteristics.</i>	Selvittää uusien kotihoidon asiakkaiden odottamattomien sairaalakäyntien syitä ja niitä ennustavia tekijöitä RAI-arvion kautta.	Suomi . Yli 63-vuotiaat. Rekisteritutkimus 3.v ajalta. Asiakkaan seurantajakso 1.v.	Yleisin tulosyö oli infektiosairaus; VTI. RAI-HC mittarin käytöllä voidaan ennustaa tulevan sairaalahoitjakson syytä uusilla khasiakkailta.	Yksinäisyys lisäsi todennäköisyyttä päätyä sairaalahoitoon epämääräisten geriatristen oireiden takia. Dementia kotiutusdiagnoosina korreloi omaishoitajan kuormittuneisuuteen.
Schepel, L., Lehtonen, L., Airaksinen, M., Ojala, R., Ahonen, J. & Lapatto-Reiniluoto, O. 2018. <i>Medication reconciliation and review for older emergency patients requires improvement in Finland.</i>	Lääkityksen kokonaistarkistuksen kattavuus ja vaikuttavuus päivystykseen hakeutuneilla iäkkäillä, joilla käytössä yli 6 reseptilääkettä.	Suomi , 2018. Yli 65-vuotiaat. Interventiotutkimus; farmaseutin tekemä lääkityksen kokonaisarviointi.	Suomessa lääkitysten arvion teko päivystyksessä on puutteellista. Tunnistettiin lääkityksen ongelmat juurisyynä päivystyskäynteihin. Tyypillinen akuutti ongelma yhdessä päivystyksessä oli	Iso osa lääkitysongelmista liittyi vääränlaiseen annosteluun/ käyttöön munuais-ten vt. potilailla. Päivystyskäynneillä tunnistetuista juurisyistä diureetit ja verenpainelääkkeet olivat yhteydessä yleiseen huonovointisuuteen, huimaukseen, pyörtymiseen ja kaatuiluun; löydös korreloi muiden tutkimusten kanssa.
Saari. H., Lönnroos. E., Mäntyselkä. P., Ryyänen. O. & Kokko. S. 2019. <i>Mitä on perusterveydenhuollon lyhytaikainen sairaalahoido?</i>	Selvitettiin 1-31vrk kestäneistä hoitajakoisoista KYS-erva-alueella niiden esiintyvyys, kohdentuminen, tulodiagnoosi ja ikäjakauma.	Suomi . Yli 75-vuotiaat. Rekisteritutkimus; HILMO-aineisto.	Jokaisessa SHP akuutti sairaus oli yleisimmin keuhkokuume (10-15%). Yleisimmät tulodiagnoosit; 1. sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (1.sydämen vt, 2. eteisvärinä, 3. aivoinfarkti)	Keuhkokuume ja sydämen vajaatoiminta yleisimmät alkaneiden hoitajaksojen syyt. Sosterissa hoitajaksot keskimääräistä pidempiä ja potilaat iäkkäämpiä kuin muualla. Suunnitelmallista kuntoutusta ja hoitotoimenpiteitä tehtiin Itä-Savossa myös enemmän kuin muilla alueilla.

			2. hengityselinten sairaudet (81% keuhko-kuume)	
THL. 2018. <i>Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut.</i>	Selvitettiin kotiutettujen iäkkäiden palvelutarvetta ja heidän saamia palveluja 4kk sairaalasta kotiutumisen jälkeen.	Suomi. Yli 75-vuotiaat. RAI-vertailukehittämisaineisto. N=599.	4% kotiutuneista arvioitiin omatoimiseksi. Puolet kotiutuneista sijoittui kahteen eniten apua tarvitsevien ryhmään.	Kolmannes kotiutetuista ei säännöllisten palveluiden piirissä 4kk aikana, vaikka huomattavalla osalla arvioitu sairaalassa avuntarvetta.
THL. 2016. <i>Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvalliseksi mutta hoidon suunnitteluun osallistamisessa on kehitettävää.</i>	Hoidon laatua kartoitettiin asiakas- selyillä koti- hoidon sekä ympärivuorokautisen hoidon asiakkailla.	Suomi. Rekisteritutkimus; HILMO-aineisto. RAI-HC	Turvattomuuden kokemus lisääntyi mitä merkittävämpää oli muistioireilu.	län myötä yleistyvät kognitiiviset oireet + turvattomuuden tunne. Hypoteesi; siksi hyvin vanhoilla on suuret käyntimäärät päivystyksissä?
Witham, M. & Hughes, L. 2018. <i>Causes and correlates of 30 day and 180 day readmission following discharge from a Medicine for the Elderly Rehabilitation unit.</i>	Hiljattain sairaalahoitosta kotiutuneiden riskitekijät ja syyt päätyä takaisin sairaalahoitoon alle 30 ja 180vrk ajanjaksoilla.	UK. Kohorttitutkimus. N=3984. Tutkittiin 13.v ajalta.	Selvitsi että ¼ potilaista uusintakäynnin syy oli eri kuin alkuperäisellä sairaalakäynnillä.	Sairaalasta kotiutuminen takaisin kotiin ennusti uusintakäyntiä 30vrk sisällä, kun taas syöpä, aiempi sydäninfarkti ja COPD 180vrk.
Ylä-Mononen. S, Palonen. M, Koivisto. A-M, & Åsted-Kurki. P. 2014. <i>lääkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät.</i>	Kuvata yli 75.v päivystyspotilaiden uusintakäyntien (<72h) syytä, ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Yliopistosairaalan päivystyspoliklinikka.	Suomi. Yli 75-vuotiaat. Hoitotieteellinen rekisteritutkimus. N= 4611.	3% kaikista yli 75.v potilaista palaa 72h sisällä takaisin päivystykseen. Kaikista potilaista 70% oli naisia; uusintakäyntiin sukupuolella ei ollut yhteyttä. Nopeaa uusintakäyntiä ennusti: Tulo- ja kotiutus yöaikaan (00-05), diagnoosit: vatsa- ja lantion alueen kipu, verenvuoto hengitysteistä sekä kuume, useita toimenpiteitä päivystyksessä (lab, kuvantaminen jne.).	Triage ESI>3 tunnistettiin riskitekijäksi. Kuvaa tuloksissa keskimääräisen hoitoajan keston, tulo- ja kotiutusajat. Tunnisti 10 yleisintä tulosyytä (ICD); ei sisältänyt mielenterveyden häiriöitä.

Saatekirje haastattelututkimukseen

Arvoisa haastateltava,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta XAMK:sta. Opinnäytetyömme aiheena on hoitohenkilökunnan näkemyksiä pyöröovi-ilmiön taustoista kotihoidon asiakkailta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden pyöröovi-ilmiöön johtavia syitä, hoitoon osallistuvien ammattilaisten näkökulmasta. Tavoitteena on löytää kehittämiskohteita, joilla voidaan vähentää pyöröovi-ilmiön esiintyvyyttä Sosterissa.

Keskeisinä tutkimuskysymyksinä opinnäytetyössämme ovat:

1. Mistä syistä iäkkään pyöröovi-ilmiö syntyy?
2. Millaisia asiakas- ja sairaalalähtöisiä riskitekijöitä hoitohenkilökunta on havainnut kotihoidon asiakkailta olevan?
3. Millä keinoilla pyöröovi-ilmiön esiintymistä ja syntyä voidaan ehkäistä?

Pyöröovi-ilmiöksi määritetään tilanne, jossa vastikään sairaalahoidosta kotiutettu palaa nopealla aikataululla ja ennakoimattomasti takaisin hoitoon (kuten päivystys tai osastohoito). Ilmiöstä voidaan käyttää myös nimitystä sairaalakierte. Asiakas voi käyttää toistuvasti ja usein terveydenhoidon resursseja, kuten ensihoidon tai päivystyksen palveluja, ja tällä voi olla nopeasti toistuvia sairaalahoitajaksoja. Näitä uusintakäyntejä ja sairaalahoitajaksoja luonnehtivat niiden ennakoimattomuus, tarpeettomuus ja että nämä olisivat ehkäistävissä tiettyihin juurisyihin puuttumalla. Ilmiöön eivät kuitenkaan lukeudu asiakkaat, joilla on jo ennalta sovittuja sairaalakäyntejä tai kontroleja, eikä säännönmukaisesti tapahtuvia hoitoja sairaalassa, kuten dialyysia tai syöpähoitoja. Opinnäytetyössämme tarkastelemme sairaalakierteisyyttä 30vrk aikaikkunassa, jonka sisällä kotiutunut iäkäs joutuu takaisin hoidon piiriin. Juurisyillä haemme aiheuttajia, eli syy-seurausketjussa ensimmäisiä ongelmakohtia, jotka johtavat sairaalakierteisyyteen. Näitä ovat tekijät, joihin puuttumalla koko ongelma olisi ratkaistavissa tai lievennettävissä, ja vastaavasti puuttumatta jättäminen mahdollistaa ongelman jatkumisen.

Aineiston keruu toteutetaan ryhmämuotoisena teemahaastatteluna ja se tapahtuu yhdellä haastattelukerralla. Haastattelu toteutetaan verkossa video- ja äänivälitteisenä. Tämän toteutukseen varataan noin kaksi tuntia. Osallistujat saavat ennen haastatteluja linkin, jonka kautta pääsee haastattelun verkkoympäristöön. Haastattelu tallennetaan ääni- ja kuvamateriaalina ja tallennettu materiaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Materiaalia käsitellään luotamuksellisesti ja haastateltavien henkilöllisyys jää ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Valmiista opinnäytetyöstä ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Mikäli teillä herää kysyttävää haastatteluun liittyen, ottakaa meihin yhteyttä.

Nea Hokkanen

Noora Väisänen

Tietoinen suostumus

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyön haastatteluun. Työn aiheena on ”Hoitohenkilökunnan näkemyksiä pyöröovi-ilmion taustoista kotihoidon asiakkailla”. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden pyöröovi-ilmioon johtavia syitä hoitoon osallistuvien ammattilaisten näkökulmasta. Tavoitteena on löytää kehittämiskohteita, joilla voidaan vähentää pyöröovi-ilmion esiintyvyyttä Sosterissa. Toimeksiantajana opinnäytetyössä toimii Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Haastattelu toteutetaan ryhmämuotoisena teemahaastatteluna ja se toteutetaan verkkovälitteisenä Skype-palvelimen kautta. Haastattelu nauhoitetaan kokonaisuudessaan.

Minulle on selvitetty kyseessä olevan tutkimuksen tarkoitus ja siinä käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Olen myös tietoinen siitä, että haastatteluun osallistuminen ei aiheuta minulle minikäänlaisia kustannuksia. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon ja minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen. Haastattelusta kerätty aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelu nauhoitetaan sekä antamiani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön tarpeisiin. Olen tietoinen siitä, että voin keskeyttää haastatteluun osallistumiseni milloin vain ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa minun kohteluuni millään tavalla. Mikäli peruutan suostumukseni, siihen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana opinnäytetyön aineistoa.

Vahvistan osallistumiseni tähän haastatteluun ja opinnäytetyön aineiston keräämiseen.

Haastateltavan nimi

Haastattelurunko

Taustatiedot:

- haastateltavan yksikkö ja titteli
- kokemus kliinisestä työstä

1) Mistä syistä vanhuksen pyöröovi-ilmiö syntyy?

- Mitkä ovat ne asiakasryhmät, jotka ovat alttiita pyöröovi-ilmiölle?
- Mitä asiakaskohtaisia näkemyksiä syistä on havaittu?
- Mitä toimipaikkakohtaisia näkemyksiä syistä on havaittu?
 - kotiuttaminen
 - tarkistuslistat
 - hoitotyön yhteenveto, raportointi
- Asiakas persoonana / sairauden merkitys

2) Millaisia asiakas- ja sairaalalähtöisiä juurisyy hoitohenkilökunta on havainnut kotihoidon asiakkailta olevan?

- Miten riskitekijöitä voidaan tunnistaa hoitotyössä?
 - Lääkityksen merkitys
 - Hoitotasapaino
 - Asiakkaan oma hoitoon osallistuminen

3) Millä keinoilla pyöröovi-ilmiön esiintymistä ja syntyä voidaan ehkäistä?

- Mitä asiakaskohtaisia keinoja on?
- Mitä toimipaikkakohtaisia keinoja on?
 - yhteiset toimintatavat