



Integraatio sote-palveluissa: sote-ammattilaisten kokemuksia ja näkemyksiä iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolusta

Artikkelissa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation käytännön toteuttamista hoitopolkujen näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) ammattilaisten kokemuksia ja näkemyksiä hoidon ja palvelujen yhteensovittamisesta. Tutkimustehtävänä oli kuvata tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku ja tunnistaa eri toimijoiden välisen monialaisen yhteistyön kehittämiskohtia. Aineisto tuotettiin haastattelemalla 14 sote-ammattilaista (edustettuina lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät) hoitopolun eri toimijatahoilta. Analyysissa hyödynnettiin temaattista analyysia.

Käytännön esimerkkinä tutkimuksessa on iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku. Iäkkään potilaan monisairastavuus ja muistiongelmien kohdistavat hoidon sujuvuudelle ja jatkuvuudelle erityishaasteita, jotka on huomioitava erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyössä. Käytämme hoitopolun käsitettä metaforana kuvaamaan potilaan kulkua kotoa kotiin eri hoitotahojen kautta.

Tutkimuksen tulosten mukaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kotihoidon eri tahot toimivat varsin erillisinä. Iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolun kehittämiskohtina tunnistettiin muun muassa puutteellinen ennakoarviointi, vaillinaiset läheteet, tiedon katveet ja kotiuttamiseen liittyvät ongelmat. Vastuutahon puuttuminen jättää esimerkiksi leikkauskelpoisuuden varmistamisen paljolti potilaiden itsensä vastuulle, mikä johtaa leikkausten viime hetken peruuntumisiin ja siten sote-resurssien hukkakäyttöön.

Monialaisessa alueellisessa yhteistyössä laaditut hoitopolut ovat käytännönläheisiä ja konkreettisia eri toimijoiden yhteistyön lisäarvon. Tulokset ovat sovellettavissa sote-integraation toimeenpanoon hoitopolkuja laajemminkin, kun hyvinvointialueilla tavoitellaan ja kehitetään yhteistyön ohjaamaa, yhteensovittavaa toimintatapaa.

ASIASANAT: integraatio, hoitopolku, iäkkäät ihmiset, tekonivelleikkaus

ANNELI HUJALA, HELENA TASKINEN, SARIANNA ALASAARI, KAISA HAATAINEN, EIJA LÖNNROOS

YDINASIAAT

- Useiden tutkimusten mukaan integroiduilla hoitopoluilla voidaan edistää sekä organisaatio- että potilaslähtöisten tavoitteiden saavuttamista.
- Iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolkuun kohdistunut tutkimuksemme osoitti, että eri tahojen (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kotihoito) toiminnan yhteensovittamisessa oli puutteita.
- Integraation tarkastelu hoitopolkunäkökulmasta toi esiin yhteistyön konkreettisia kehittämis-kohteita. Tuloksia voidaan hyödyntää hyvinvointialueilla myös laajemmin palvelujen yhteensovittamisessa.
- Jatkotutkimusta kannattaa kohdistaa erityisesti potilaiden omiin kokemuksiin.

JOHDANTO

Tässä artikkelissa tarkastelemme sosiaali- ja terveydenhuollon integraation käytännön toteuttamista hoitopolkujen näkökulmasta. Erityisinä huomion kohteina ovat eri hoitotahojen toimintojen ja palvelujen yhteensovittaminen ja monialainen yhteistyö.

Hoitopolku on oiva metafora konkretisoimaan hoidon organisointia ja koordinoitua eri toimijatahojen välillä (1). Yksittäisen potilaan kannalta hoitopolku on hänen itsensä kulkema matka, joka lähtee potilaan kotoa, kulkee eri hoitotahojen kautta ja päättyy takaisin kotiin (2, 3). Tässä tutkimuksemme tarkoitamme hoitopolulla laajaa, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimijatahoja yhdistävää prosessia, jossa osallisina ovat eri organisaatiot, kuten sairaalat, terveyskeskukset ja kotihoito sekä niissä toimivat sote-ammattilaiset. Tällaista eri organisaatioita yhdistävää hoitopolkua ei ole tutkimuksemme kontekstissa määriteltä tai kirjattu viralliseksi toimintamalliksi, vaikka se onkin potilaan kulkema polku eri hoitotahojen välillä.

Aiemmassa tutkimuksessa hoitopolun käsitettä on määriteltä monin tavoin. Hoitopolku on hoidon standardoinnin ja kehittämisen prosessi (4,5) sekä integraation ja moniammatillisen yhteistyön muoto. Hoitopolku kuvaa hoitoprosessin vaiheet ja jäsentää eri toimijoiden tehtäviä ja yhteistyötä (6). Parhaimmillaan se toimii konkreettisenä työvälineenä hoitoprosessin eri vaiheiden yhteensovittamisessa (1,7,8) ja ohjaa

saavuttamaan hoidon kokonaistavoitteet optimaalisen tehokkaasti (9). Hoitopolku voi kuvata eri toimijoiden välistä yhteistyötä, vaikka yhteistyön osapuolet ja heidän vastuunsa pysyvätkin erillisinä (10). Käytännön esimerkkinä tutkimuksemme on iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku (Kuvio 1).

Iäkkään potilaan hauraus, monisairastavuus ja muistiongelmät kohdistavat hoidon sujuvuudelle ja jatkuvuudelle erityishaasteita, jotka on huomioitava erikoissairaanhoidon (ESH), perusterveydenhuollon (PTH) ja sosiaalihuollon yhteistyössä. Nivelrikko puolestaan on tyypillinen iäkkäiden ihmisten tuki- ja liikuntaelinsairaus (11). Elinajan piteneminen ja iäkkäiden toimintakyvyn suhteellinen paraneminen tuovat tekonivelleikkausten piiriin yhä vanhempia ihmisiä. Hoidossa on tärkeää huomioida, että monisairaat ja hauraat potilaat toipuvat leikkauksesta ja kuntoutuvat suunnitellusti. Tämä edellyttää sujuvaa ja toimivaa yhteistyötä hoidon toteuttajilta. Koordinoidulla yhteistyöllä voidaan vähentää potilaiden postoperatiivisia ongelmia, kuntoutumisen haasteita ja hoidon kustannuksia sekä parantaa hoidon laatua (12,13). Kun potilas siirtyy hoitavalta taholta toiselle vaikkapa ESH:n ja PTH:n välillä, riskejä voivat aiheuttaa muun muassa epäselvyydet ja virheellisydet lääkehoitossa, puutteellinen tiedonkulku tai riittämätön jälkiseuranta (14).

Iäkkäiden potilaiden erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistäviä hoitopolkuja on tutkittu etenkin Norjassa, jossa hoitopolut ovat osa kansallista iäkkäiden pitkäaikaissairaiden ihmisten terveydenhuollon kehittämissuunnitelmaa (14,15). Hoitopolkututkimukset ovat kohdistuneet muun muassa potilaiden sairaalasiirtoihin (15) ja iäkkäiden, hauraiden ja monisairaiden ihmisten ideaaleihin geneerisiin (16) sekä eri tutkimusasetelmisiin hoitopolkuihin (14,17,18). Ortopedisten potilaiden hoitopolkututkimus on kohdistunut enimmäkseen sairaalan sisäisten hoitopolkujen vaikuttavuuteen, kuten klinisiin vaikutuksiin ja postoperatiivisten komplikaatioiden vähentämiseen ja kustannuksiin (12,19) sekä hoitoaikojen lyhentämiseen (12,20,21). Laadullisissa ortopedian alan tutkimuksissa on tarkasteltu hoitopolun kriittisiä vaiheita ja ideaalimallia leikkauspotilaan nopeaan kotiutumiseen (22), potilaiden kokemuksia hoitopolusta (23) sekä ortopedien suhtautumista

hoitopolkujen implementointiin (24). Suomessa hoitopolkuun perustuvilla tutkimusasetelmilla on tutkittu muun muassa tekonivelpotilaan hoitoketjun vaikuttavuutta (25).

Tämä laadullinen haastattelututkimuksemme tuo esiin hoitopolun toteuttamisessa mukana olevien sote-ammattilaisten ääniä käytännön näkökulmasta. Tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku toimii esimerkkinä iäkkään ihmisen hoitokokonaisuudesta ja konkretisoi eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Yhteistyön ja yhteensovittamisen tarve korostuu erityisesti eri toimijatahojen rajapinnoilla (7,26). Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää paitsi kyseisen hoitopolun kehittämisessä myös laajemmin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimintojen yhteensovittamisessa uusilla hyvinvointialueilla.

TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella sote-ammattilaisten kokemuksia ja näkemyksiä hoidon ja palvelujen yhteensovittamisesta. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välisen integraation käytännön toteuttamisesta. Tutkimustehtävänä oli kuvata tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku ja tunnistaa hoitopolun eri toimijoiden välisen monialaisen yhteistyön kehittämiskohtia.

HOITOPOLKU INTEGROIVANA TOIMINTAMALLINA

Kontekstista riippuen hoitopolusta käytetään erilaisia nimityksiä, kuten hoitoketju, palveluketju, (integroitu) palvelupolku ja asiakaspolku (englanniksi esim. clinical pathway, critical pathway, care map, integrated care pathway, patient journey) (5,12,27). Hoitopolun käsite on saanut alkunsa kriittisen polun käsitteestä (critical pathway) teollisuudessa (28); terveydenhuoltoon käsite on omaksuttu 1980-luvulla (12). Suomessa hoitoketjutyö on alkanut 1990-luvun lopulla (29). Hoitopolkuja ja niiden keskeisiä vaiheita on kuvailtu vuokaavioiden, tarkistuslistojen tai erilaisten mallien avulla (4), jotka useimmiten ovat olleet diagnoosi- tai potilasryhmäkohtaisia (5).

Alun perin hoitopolun käsite on viitannut sairaalan sisäiseen, aikaan sidottuun, potilasryhmäkohtaiseen ja rutiininomaiseen prosessikuvaukseen (5). Terveystieteiden hoitopoluissa painottuvat organisaation (esim. sairaalan) sisä-

nen hoidon koordinointi, hoidon strukturointi ja tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen. Hoitopolun käsite on ajan mittaan laajentunut tarkoittamaan edellistä laajempaa, asiakaslähtöistä palvelupolkua, jossa keskiössä on potilaan itsensä näkökulma ja johon sisältyy hoidon ja palvelujen jatkuvuus sekä yhteistyö yli sektori- ja organisaatorajojen (30,31).

Hoitopolut ovat moniulotteisia, monitoimijaisia ja kontekstisidonnaisia interventioita, joiden vaikuttavuutta ja hyötyjä voi olla osin haasteellista todentaa (32,33). Hoitopolkujen tavoitteet ja niistä saatava hyöty riippuvat luonnollisesti siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Useiden tutkimusten mukaan integroiduilla hoitopoluilla voidaan kuitenkin saavuttaa samanaikaisesti sekä organisaatio- että potilaslähtöisiä tavoitteita. Hoitopolkujen käytön on todettu lisäävän terveydenhoitojärjestelmän sekä systeemi- että organisaatiotason vaikuttavuutta (6) ja vähentävän kustannuksia (12,20,34); tosin osassa tutkimuksia näyttö kustannusten alentumisesta on jäänyt epäselväksi (32). Sote-ammattilaisten näkökulmasta hoitopolkujen ja niistä keskustelemisen on todettu parantaneen työntekijöiden välistä yhteistyötä ja selkeyttävän rooleja (31), joskin tätä on myös kyseenalaistettu (27).

Potilaiden näkökulmasta tutkimustulokset ovat osoittaneet hoitopolkujen käyttöönoton vähentäneen hoitovirheitä, optimoineen hoidon tuloksia (6), parantaneen hoidon laatua (6,12,32) sekä vähentäneen leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja lyhentäneen hoitoaikoja (12,21). Hoitopolkututkimuksissa on raportoitu potilaiden kokemuksista, kuten tyytyväisyydestä hoitoon (13,32), hoidon saatavuuden paranemisesta (32) sekä paremmasta vuorovaikutuksesta hoitohenkilökunnan kanssa (13).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tunnistettu lukuisia hoitopolkujen toimivuuden edistäjiä ja esteitä. Hoitopolkujen onnistunutta toimeenpanoa edistävät johdon ja muiden ammattiryhmien vahva sitoutuminen toimintaan (18,27,35). Käytäntöön juurtuneen hoitopolun on todettu jäsentävän eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä toimivan johtamistyökaluna toiminnan muutoksessa (18). Ammattilaisten riittävät tiedot ja osaaminen, toimiva vuorovaikutus sekä jatkuva, sujuva ja avoin tiedon kulku ja tiedon vaihto eri toimijoiden välillä edistävät hoitopolun toimivuutta (6,31).

Tutkimukset ovat osoittaneet useita hoitopolkujen käytännön toteuttamisen esteitä tai vaikeuttajia, jotka ovat usein edistävien tekijöiden kääntöpuolia. Haasteita aiheuttavat riittämätön henkilöstö, puutteellinen koulutus, alhainen motivaatio ja ajan puute (6,36). Hoitopolkujen toimivuutta voi haitata merkittävästi sote-ammattilaisten puutteellinen tiedonsaanti (esim. 22,25) ja epäselvyydet hoitopolkujen kehittämisen vastuissa (22). Tutkimuksissa on tarkasteltu myös ortopedien suhtautumista ja sitoutumista hoitopolkujen implementointiin; vastustusta saattoi aiheuttaa lääkärin autonomian väheneminen tai resurssien ja ajan puute (24). Tantun tutkimuksen (37) mukaan potilaan hoitoprosessien tai palveluketjujen hallintaa vaikeutti kokonaisnäkemysten puutteellisuus: palveluketjulle ei ollut nimetty vastuuhenkilöä tai johtajaa, vaan kukin vastasi vain tuottamastaan palvelusta, jolloin hoitoprosessin koordinointi jäi puutteelliseksi (31). Haasteita voivat aiheuttaa niin ikään perusterveydenhuollon ja sairaaloiden erilaiset tulkinat ja näkemykset hoitopolusta (38).

Hoitopolkuja on myös kritisoitu (39). Vaikka ”hoitopolkufilosofia” (40) auttaakin ylittämään organisaatioiden ja ammattilaisten välisiä rajoja ja siten sujuvoittamaan hoitoprosesseja, se ei ole ”keittokirjalääketedettä” (4), joka automaattisesti ratkaisisi toiminnan yhteensovittamisen ongelmia. Hoitopolku on aina sovitettava paikallisiin olosuhteisiin (6). Tutkimuksissa onkin varoitettu hoitopolun liiallisen idealisoinnin ja standardoinnin riskeistä: liian yksinkertaistetut tulkinnat voivat aiheuttaa uudenlaisia jännitteitä toimijoiden välille (15,41). Potilaiden omat kokemukset tulisi nostaa vahvemmin esille hoitopolkujen kehittämisessä (42,43).

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tämä tutkimus on osa laajempaa Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Itä-Suomen yliopiston käynnissä olevaa Hauraan elämän riskit – kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin vaikuttavuus iäkkäillä tekonivelleikkauspotilailla (HERIT)-tutkimushanketta. HERIT-hanke kohdistuu suunniteltuun polven tai lonkan tekonivelleikkauksen tuleviin yli 65-vuotiaisiin ja monisairaisiin potilaisiin. Edennyt nivelrikko on suunnitellun tekonivelleikkauksen yleisin syy (11). Tutkimushankkeen laadullisen, sote-integraatioon kohdistuvan osatutkimuksen aineisto hankittiin haas-

tatteleamalla 14 sote-ammattilaista (edustettuina lääkärit ortopedian, geriatrian ja yleislääketieteen erikoisaloilta, sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät; 1–2 kustakin ammattiryhmästä).

Käytämme hoitopolun käsitettä metaforana kuvaamaan tekonivelleikkauspotilaan kulkua sote-järjestelmässä, vaikka tällaista kaikki toimijatahot yhdistävää tekonivelleikkauspotilaan hoitopolkua ei ole virallisesti kuvattu tai määriteltä. Haastateltavat rekrytoitiin iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolun eri toimijatahoilta eli erikoissairaanhoidosta (ortopedian poliklinikalta ja osastolta), perusterveydenhuollosta (vastaanotosta, koti- ja terveyskeskussairaala) ja kotihoidosta, 1–2 kultakin taholta. Haastatelluista viisi on myös tutkimusryhmän jäseniä, jotka työskentelevät tekonivelleikkauksen ja iäkkäiden ihmisten hoidon parissa. Lisäksi kaksi heistä osallistui tämän artikkelin kirjoittamiseen.

Tutkimus on suoritettu noudattaen tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita (44). Tutkimukselle on laadittu tietosuojaseloste ja haettu Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriltä eettisen toimikunnan lausunto. Osallistuvilta organisaatioilta haettiin tutkimusluvat. Organisaatioiden keski- ja lähijohdolta pyydettiin osallistujajohdokkaita, joita lähestyttiin sähköpostilla tai puhelimitse. Haastattelut toteutti hankkeen tutkija (artikkelin 1. kirjoittaja) suojatulla online-yhteydellä (yksi puhelinhaastatteluna) ja ne äänitallennettiin ja litteroitiin. Haastateltavat saivat etukäteen tutkimuksen tiedotteen, haastattelurungon ja suostumuslomakkeen. Tietoinen suostumus palautettiin joko allekirjoitettuna tai suostumus äänitallennettiin haastattelun aikana. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli 50 minuuttia. Litteroitu aineisto käsitti noin 220 sivua (Calibri 12, riviväli 1,15).

Haastateltavia pyydettiin kertomaan iäkkään tekonivelpotilaan hoidosta heidän oman työnsä näkökulmasta haastattelurungon teemojen vapaamuotoisesti ohjailmana. Keskeisinä teemoina olivat monisairastavuus ja hauraus iäkkäiden hoito- ja palvelukokonaisuudessa, tekonivelleikkauspotilaan hoitopolun rakenteelliset järjestelyt, käytännön yhteistyö (lähetekäytännöt, tiedonkulkua, hoidon jatkuvuus, potilaan informointi ja seuranta) ja vuorovaikutus eri osapuolten kesken.

Aineiston temaattinen analyysi (45,46) eteni seuraavasti: 1) alustavien koodien tunnistaminen ja niiden yhdistäminen alustaviksi teemoiksi (kirjoittaja 1), 2) teemojen uudelleentarkastelu aiempaan kirjallisuuteen peilaten (kirjoittajat 1–3), 3) lopullisten teemojen määrittely ja nimeäminen (kaikki kirjoittajat) sekä 4) tulosten raportointi (kaikki kirjoittajat).

TULOKSET: HOITOPOLUN KEHITTÄMISKOHDAT

Tutkimuksen tuloksina esitämme seuraavassa iäkkään tekonivelpotilaan hoitopolun kehittämisen seitsemän kriittistä kohtaa, jotka perustuvat haastateltujen sote-ammattilaisten esiin nostamiin integraation, palvelujen yhteensovittamisen ja monialaisen yhteistyön haasteisiin (ks. Kuvio 1). Tulosten esittämisessä hyödynnämme haastateltujen aineisto-otteita.

1. Puutteellinen ennakoarviointi

Iäkkään tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku alkaa yleensä perusterveydenhuollossa. Lähetteen leikkausarvioon tekee terveyskeskuslääkäri tai konsultoiva ortopedi. Alkuarvio on voitu tehdä myös yksityissektorin lääkärin vastaanotolla. Tätä ennen hoitopolussa on toteutettu konservatiivisen hoidon keinoja kuten kivun hoitoa, painonhallintaa, soveltuvaa liikuntaa, fysioterapeutin arvioon perustuvaa harjoittelua, fysikaalista ja manuaalista terapiaa, apuvälineitä ja nivelensisäisiä injektioita. Lähetettä tekonivelleikkaukseen harkitaan vasta kun nämä keinot eivät auta.

Tutkimuksemme tulosten perusteella hoitopolun ensimmäinen kehittämiskohta liittyy iäkkään potilaan arviointiin tekonivelleikkaukseen lähettämistä harkittaessa. Tällöin olennaista on leikkaushoitoon ja toipilasvaiheeseen vaikuttavien riskien tunnistaminen, pitkäaikaissairauksien hyvän hoitotasapainon varmistaminen ja lääkehoidon optimointi. Kokonaisvaltainen preoperatiivinen arviointi sisältää lisäksi fyysisen toimintakyvyn arvioinnin ja optimoinnin. Ennakoarvioinnin merkitystä on viime aikoina korostettu yhä enemmän ja sen katsotaan olevan perusterveydenhuollon tehtävä (47).

Eli just tän pitkäaikaissairauksien hoitotasapainot, obesiteetti ynnä muut asiat, hemoglobiini, anemian hoito, sokeritasapainon hoito, ylipainoon puuttuminen esimerkiksi, niin ne

pitäis olla tehokkaasti hoidettuna jo siinä vaiheessa, kun potilasta aletaan lähettää. (H6)

Erikoissairaanhoidon edustajien mielestä ennakoarviointi perusterveydenhuollossa on joko puutteellista tai sitä ei ole tehty lainkaan. Kun potilas tulee erikoissairaanhoitoon leikkausarvioon, hoitotasapainosta huolehtimisen suhteen ollaan usein jo myöhässä.

... erikoissairaanhoidon näkökulmasta ... ajattelen että se monisairastavuus ja hauraus pitäis tunnistaa jo ja huomioida jo siellä perusterveydenhuollossa, että sinne minun mielestä tarvittais niitä työkaluja ja menetelmiä tunnistamiseen ja huomioimiseen... (H3)

... pitäis tapahtua siellä perusterveydenhuollon puolella vielä paljon enemmän kun mitä siellä tällä hetkellä tapahtuu. (H6)

Vastuu ennakoarvioinnista voidaan perusterveydenhuollossa nähdä täysin eri tavalla kuin erikoissairaanhoidossa. Koska tekonivelleikkaus on erikoissairaanhoidollinen toimenpide, PTH:ssa ajatellaan, että ESH on vastuutaho ja ennako- ja jälkitoimenpiteiden arviointi tehdään siellä.

... ja sitten ehkä oletetaan että siellä hoitavalla taholla [ESH:ssa] sitten arvioidaan se, että pärjääkö potilas vaikka leikkauksen jälkeen kotona vai tarviiko jotakin kuntouttavaa jaksoa tai tämmöistä. (H12)

Perusterveydenhuollossa lähetettä tekevä lääkäri ei välttämättä tiedä, muista tai tule ajatelleeksi, mitä asioita juuri tekonivelleikkauksen yhteydessä on otettava etukäteen huomioon. Esimerkiksi potilaan iho-ongelmat tai suunhoidon tarve voivat tässä vaiheessa jäädä huomiotta. Suun terveydenhuoltoon voi olla pitkät jonotusajat ja käyntejä voidaan tarvita useita, joten arviointi ja hoidon aloitus pitäisi tehdä ajoissa.

Sen vain [on] jotenkin aatellu, että se [suunhoidon tarve] tulee sitten siellä kun leikkauspäätös tehdään. (H12)

Osa sekä ESH:n että PTH:n haastateltavista arvioi, että ennakoarvioinnin paikka olisi perus-

terveydenhuollossa, jossa voitaisiin ”ottaa koppi” sekä ennakkotilanteesta että leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja kuntoutuksesta. Toisaalta ennakoarviointi vaatii kuitenkin vahvaa asiantuntemusta ja osaamista ja tietynlaisen rutiinin muodostumista.

... sitten jos miettii sitä että missä se tehtäis... pitäis olla kuitenkin toimijat, jotka ikään kuin hallitsee tämän konseptin. Että olis tasalaatuista ja sitähan periaatteessa vois tämmönen maakunnallinen malli sitten kyllä tuottaa... (H5)

Tekonivelleikkauksen yhteydessä leikkausriskien tunnistaminen on olennaista, mutta iäkkään potilaan kokonaistilanne, kuten hauraus, monisairastavuus ja muistisairaus, voivat jäädä niin PTH:ssa kuin ESH:ssakin liian vähälle huomiolle.

...[hauraus] on aika vieras asia, että se ei varmasti oo monelle lääkärikkään selvä, mitä kaikkee siihen kuuluu ja miten sitä arvioidaan... semmosta kokonaisvaltaista arviotaan potilaasta kukaan ei tee. (H4)

2. Läheteet vaillinaisia

Toinen hoitopolun alkuvaiheen kehittämiskohta on lähete, jolla potilas lähetetään perusterveydenhuollosta leikkausarvioon. Erikoissairaanhoidon mukaan läheteiden laatu on varsin vaihtelevaa, mikä aiheuttaa ESH:ssa lisätöitä.

[On] läheteitä, joissa on kaikki asiat prikulleen, tarkalleen tehty. Ja sitten on hyvin ylimalkaisia läheteitä, että sit kaikkea maan ja taivaan väliltä tulee vastaan. (H6)

... läheteet on todella puutteellisia. Niitä hyvin harvoin palautetaan takaisin mutta ei niissä oo, niissä ei oo perussairauksia monesakaan kaikkia luetella. Osa[ssa] saatetaan [luetella], tärkeimmät, muutama knoppi ottaa mitä hän sairastaa. Mutta suurin osa niistä puuttuu ja lääkityksiä ei juuri ole missään... Että ne saadaan sitten etsiä kissojen ja koirien kans. (H7)

Perusterveydenhuollossa käsitys läheteistä voi olla hyvin erilainen kuin läheteen vastaanottavalla taholla. Lähete muotoillaan leikkaukseen

pääsyn kriteerien perusteella, ja oletuksena on, että potilas täyttää kyseiset kriteerit.

Mutta yritän pitää [läheteen] lyhyenä, kun kirurgialle on menossa, niin en paljon kirjoita siihen. (H12)

Terveyskeskuslääkärillä on paljon hyvin erilaisia potilaita ja siten paljon hyvin erilaisia ohjeistuksia. Lähettävälle lääkärielle voikin olla epäselvää, mihin asioihin milloinkin pitäisi kiinnittää huomiota lähetettä tehtäessä.

Mutta tietysti se olis tärkeetä tavallaan se kotitilanne ja toimintakyky siihen [läheteeseen] avata, että en osaa sanoa tuleeko se aina avatua siihen... (H12)

Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon haastateltavat esittivät ratkaisuksi strukturoitua eli rakenteista lähetettä, mikä tarkoittaa, että läheteeseen olisi pakotetusti täytettävä tietyt asiat. Rakenteinen lähete poistaisi ainakin osin sen ongelman, että perusterveydenhuollon lähetävä lääkäri ei tiedä tai tule ajatelleeksi sitä, mikä on milloinkin oleellista tietoa erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Kuvantamisen ja psykiatrian alueilla rakenteinen lähete on jo kehitetty.

...että sitten se että se [hauraus, monisairastavuus] tulis ihan oikeesti muistettua siihen läheteeseen niin se pitäis olla järjestelmässä. (H12)

Läheteiden ja ennakoarvioinnin puutteellisuuden arvioitiin olevan monitekijäinen asia. Osa-syyksi arveltiin terveyskeskuslääkäreiden vaihtuvuutta, jonka vuoksi yksittäiselle lääkärielle ei ehdi muodostua rutiinia tekonivelleikkattavien potilaiden hoitoon. Myös ortopedian oman roolin katsottiin vaikuttavan: kyse on osittain siitä, jakavatko ortopedian asiantuntijat itse riittävästi informaatiota ja painottavatko he leikkaukseen liittyvien asioiden merkitystä tarpeeksi perusterveydenhuoltoon päin. Yhteinen näkemys tarvittavasta tiedosta puuttuu.

Ja sitten se, juurikin se, että se toisen työn ymmärrys, että mitä tietoa se erikoissairaanhoido tarvi sieltä PTH:sta. Ja myös sitten päinvas-toin, sitten kun potilas palaa sinne. (H3)

Lähetteen saatuaan potilas jää odottamaan kutsua ESH-sairaalan ortopedian poliklinikalle. Hoitotakuun mukaan tämä aika voi olla pisimmillään kolme kuukautta. Mikäli lähetävä lääkäri ei ole ennakkoarviointia ja lähetettä tehdessään kartoittanut riskitekijöitä ja ohjeistanut potilasta, tämä aika jää hoitotasapainon varmistamisen ja ennakkokuntoutumisen kannalta hyödyntämättä.

3. Potilastietoa jää katveeseen

ESH-sairaalassa on ortopedian toimialueen oma sisäinen hoitopolku, jonka mukaan potilaan hoito etenee. Kun potilas saapuu erikoissairaanhoidon leikkausarviokäynnille ja esitarkastukseen, hänestä tehdään ESH-sairaalan ortopedian poliklinikalla moniammatillinen arviointi. Ortopedin lisäksi potilas tapaa sekä fysioterapeutin että sairaanhoitajan. Lisäksi sosiaalityöntekijä auttaa potilasta sosiaaliturva-asioissa pyydettyä.

No me pyrimme näitä [iäkkään/hauraan/mo-
nisairaahan potilaan] riskejä tietysti käymään läpi silloin kun potilas tulee poliklinikalle leikkausarvioon. Että siinä meillä, meidän tutkimusprotokollaan kuuluu rutiinisti [ortopedilla käynnin lisäksi] fysioterapeutin suoritettamana tutkimus liikuntakyvystä ja ohjaus sitten siihen liikkumiseen ennen ja jälkeen leikkauksen. Ja sen jälkeen sairaanhoitajan perusteellinen haastattelu, lääkityksen läpi käyminen ja niitten kotiolojen selvittäminen. (H6)

Leikkausarvio- ja esitarkastuskäynti erikoissairaanhoidossa on strukturoitu ja siinä pyritään ottamaan iäkkään ihmisen erityispiirteet huomioon. Sairaudet ja potilaan käyttämä lääkitys kirjataan. Huomio on erityisesti niissä lääkkeissä, jotka on leikkauksen vuoksi tauotettava.

... eihän me esimerkiksi pyritä optimoimaan potilaan lääkityksiä. Ei me tiedetä ikäihmisten kohdalta sitä että kuinka säännöllisesti on käyty esimerkiksi vuosikontrolleissa pitkäaikaisairauksiensa kannalta ja sit meillä löytyy esimerkiksi tällasia diabeetikkoja että me siirretään toistuvasti leikkauksia, koska hänen sokeritasapainonsa on aivan pielessä. (H6)

Vaikka tietoa tuotetaan ESH:n esitarkastuskäynnillä runsaasti, sitä ”jää katveeseen” (H5) eli se

ei välttämättä siirry eteenpäin erikoissairaanhoidon sisällä. Hoitajan haastattelussa potilaalta kysellään laajasti ja perusteellisesti erilaisia asioita, kuten lääkitystä, suorituskykyä ja mahdollisia leikkausriskejä. Kyse on kuitenkin enemmänkin potilaan itsensä ohjauksesta kuin tiedon tuottamisesta hoitopolun seuraavia vaiheita varten. Haastattelussa tuotettu potilastieto kirjataan vain sairaalan sisäiseen järjestelmään hoitopäiväkirjauksena. Kotona pärjäämisestä kyselee erityisesti fysioterapeutti, joka tallentaa oman yhteenvetonsa hoitopäiväkirjauksen lisäksi myös Kanta-palveluun. Tiedon siirtyminen ortopedian osastolle jää kuitenkin pitkälti osaston hoitajien oman aktiivisuuden varaan. Esitarkastuskäynnin ja leikkauksen välillä voi olla pitkä aikaviive.

Sitten taas sinne osastolle päin, niin eipä me oikeastaan sinnepäin olla [yhteydessä] muuta kun sitten me luotetaan siihen, että ne lukee meidän kirjaukset siitä... Mut siinäkin on monenlaista käytäntöä kuulemma... Niin että ei tuu luettua [osastolla] niitä meidän tekstejä. Mut ne kannattais kyllä käydä lukemassa siinä. (H7)

Esitarkastuksessa tuotettu potilastieto ei palaudu myöskään takaisinpäin tai eteenpäin hoitopolun muille, ESH:n ulkopuolisille toimijoille. Perusterveydenhuoltoon tai kotihoitoon tietoa siirtyy niukasti tai ei ollenkaan. Ortopedin teksti löytyy myöhemmin potilaan tiedoista Kanta-palvelusta, samoin fysioterapeutin. Näiden hyödyntäminen kuitenkin vaatii, että ne sieltä aktiivisesti etsitään. Käytännössä tietoa ”takaisin” perusterveydenhuoltoon ei siten juurikaan siirry.

Ja sitten taas tiedonkulku esimerkiksi siitä, että mitä se ... [potilasta haastatteleva hoitaja ortopedian poliklinikalla] tekee havaintoja ja mistä hän sanoo potilaalle et pitäis käydä nyt omalla lääkärillä, niin mä en tiedä et miten hyvin välittyy ihan oikeesti, että sitä en tiedä... (H5)

Tieto esitarkastuskäynnillä todetuista potilaskoh-
taisista riskeistä tai asioista, jotka pitäisi hoitaa kuntoon ennen leikkausta, ei välity lähetävälle lääkärille eikä kotihoitoon asiakkailta kotihoitoon.

... se on aika pitkälti potilaan omista käsissä, tietenkin kehoitetaan hakeutumaan perusterveydenhuoltoon hoitamaan asia kuntoon... Tarvittaessa pyritään olemaan yhteydessä sinne päin tai laittamaan jotain viestiä, mutta kyl se pitkälti potilaan omille harteille sitten jää. Näin mä ymmärtäisin. (H6)

Eri toimijoiden yhteistä ymmärrystä kaivataan erityisesti siitä, miten kunkin toimijatahon oma toiminta vaikuttaa hoitopolun muissa vaiheissa.

...että ei riitä että täällä piiri pieni pyörii... että kaikki se mitä me täällä tehdään vaikuttaa meitä ennen olevaan ja meidän jälkeen tulevaan, ja sen kautta siihen potilaaseen. (H3)

4. Leikkauksekelpoisuuden varmistaminen

Leikkaukspäätöksen jälkeen potilas odottaa leikkauksia (hoitotakuun mukaan max 6 kk). Tämä on leikkauksarvion odottamisen lisäksi toinen potentiaalinen ajanjakso leikkauksekelpoisuuden varmistamisen eli ”potilaan optimoinnin” kannalta. Edellä on todettu, että hoitotasapainon varmistaminen ja muut ennakkotoimet eivät ole perusterveydenhuollon eivätkä erikoissairaanhoidon vastuulla.

Me ollaan huonoja ihmisiä puuttumaan siihen [sairauksien hoitotasapainoon] niin kun ortopedit, ei me, me mietitään sitä leikkauksen teknistä suorittamista ja mitä implantteja me käytetään ja tämmösiä asioita. Ja sitten me kyllä aika helposti unohdetaan et minkälainen sokeri- tai verenpaine potilaalla on. Sitten tulee yllätyksiä että kun tullaan leikkauksaliiniin niin systolinen paine on 200. (H6)

Potilas saa esitarkastuskäynnillä ortopedian poliklinikalta opasvihkosen, johon on koottu kaikki keskeiset asiat tekonivelleikkauksen osalta. Hoitaja merkitsee vihkoseen leikkauksista edeltävien verikokeiden ajankohdat ja muistuttaa tarkastuskäynnistä hammaslääkärillä. Potilas järjestää nämä käynnit itse. Vastuu leikkauksen valmistautumisesta, esimerkiksi verenpaineongelman tai verensokeritasapainon hoitamisesta, painon pudotuksesta ja muusta leikkaukseen kuntoutumisesta jää pääosin potilaan itsensä (tai hänen omaisensa) vastuulle.

... että kaikki perussairaudet pitäis olla [leikkauksivaiheessa] hoitotasolla ja sitten valtuutetaan potilas sitten käymään joko siellä omassa terveyskeskuksessa kun tiedetään, että ei ihan heti tule se leikkaus, että on vaikka jonossa neljä – kuusi kuukautta niin siinä kerkii hoitaa perussairaudet kuntoon, lääkitykset kuntoon...(H7)

... se on potilaan tehtävä ja potilaan vastuulla välittää sitä et mitä tässä pitäis pistää kuntoon ennen leikkausta. (H5)

Asiat on tulleet ilmi vasta siinä vaiheessa kun leikkauksia on jo annettu. Jos näihin ois pystytty puuttumaan aikaisemmin, niin paljolta ylimääräiseltä työltä säästyttäis. (H6)

Leikkauksekelpoisuuden puutteellinen varmistaminen johtaa usein siihen, että leikkauksia joudutaan perumaan ja peruutettaville ajoille ei saada järjestettyä korvaavasti potilaita samoista syistä.

... on tosi paljon tämmöisiä pommeja, jotka tulee sitten. Pitäisikin saaha nopeasti se leikkauksia. Mut ei voidakaan antaa sitä, koska suu on täysin hoitamatta. (H7)

Leikkauksia joudutaan perumaan juuri hampaiden tai iho-ongelmien, korkean verenpaineen ja korkean verensokerin takia. Perusterveydenhuollossa tätä ongelmaa ei haastateltavien mukaan välttämättä tunnistettu.

5. Iäkkään leikkaukspotilaan osastohoidon erityishaasteet Tekonivelleikkauksen jälkeen hoito jatkuu ortopedian osastolla, normaalitapauksessa parin vuorokauden ajan. Kuten yllä todettiin, tieto esimerkiksi potilaan hauraudesta tai muistisairaudesta ei välttämättä välity automaattisesti ortopedisen osaston henkilökunnalle, vaikka ne olisikin tunnistettu riskitekijöiksi hoitopolun aiemmissa vaiheissa.

Kyllähän niitä on ja osastollakin on... valvonnassa on, näitä tämmösiä kun sitten on tätä karkailua ja sekavuutta ja laitojen yli tulemistä. (H1)

Osaston hoitajat toteuttavat kuntouttavaa työotetta kiireen ja niukkojen resurssien keskellä.

Fysioterapeutti käy osastolla antamassa henkilökohtaista ohjausta liikkumiseen ja apuvälineiden käyttöön. Hän tapaa potilaan kolmessa eri vaiheessa: poliklinikan esitarkastuksessa, osastolla ja jälkikontrollissa. Fysioterapeutit ovat aktiivisesti mukana kotiutuksen suunnittelussa ja potilaan kannalta siten hyvä yhteistyölinkki sairaalan sisäisessä yhteistyössä.

Kiireen takia iäkkään potilaan neuvontaan ei ole aina riittävästi aikaa. Varsinkin kotiutusvaiheessa potilaalle tulee paljon erilaista ohjeistusta (esim. verenohennuslääkkeen pistämisen ja haavahoidon ohjeet), jota iäkkään ihmisen voi olla vaikea sisäistää. Haavahoidon ohjeistaminen tapahtuu usein juuri kotiutusvaiheessa, jolloin potilaalla on muutenkin paljon omaksuttavaa ja muistettavaa.

Joo, kyllä sitähän monesti noissa potilaspalautteissakin on, että varsinkin kun sehän on siinä lähtöpäivänä just h-hetkellä tämä, että siinä on niin valtava se ryysis että kun siinä on kaikenlaista ohjausta, niin fysioterapeutin ja sairaanhoitajan, voi olla jonkun muunkin ammattikunnan [ohjausta] vielä, että sitten varmaan tuo kiire hoitajilla tekee sen, että se on hyvin nopea se haavanhoito-ohjaus. (H1)

Keskeinen haaste osastohoidon osalta onkin se, miten iäkkäiden potilaiden (tunnistetut tai tunnistamattomat) erityispiirteet, tarpeet ja riskit ehditään huomioida osastohoidossa. Iäkkään potilaan muistiongelmia, sekavuus ja gerastenia ovat varteenotettavia riskejä potilaan ennusteen ja potilasturvallisuuden kannalta.

6. Kotiuttamisen ongelmat

Kotiutus sairaalasta tekonivelleikkauksen jälkeen tapahtuu yleensä suoraan kotiin. Iäkkään monisairaana ja hauraana potilaan kohdalla se ei aina onnistu.

Ei ... potilaat itse osaa ajatellakaan, että mitenkä paljon se rajoittaa sitten sitä liikkumista ja mitenkä vähäistä se on sen leikkauksen jälkeen se liikkuminen sitten. Ja miten voipunut sitä on sitten ison leikkauksen jälkeen... Ei siinä kyllä kapusta kädessä seistä hämmentelässä puuroa ja laittelemassa ruokaa. (H7)

... siellähän pitää olla ...[kotona] kunnossa. Että miten pärjää pesuissa. Miten saa ruokaa. Miten lääkahoito hoituu. Kuka käy kaupassa, kuka käy apteekissa, että kaikki tällaiset asiat pitää olla kunnossa että hän pärjää siellä kotona. (H11)

Mikäli potilasta ei voida kotiuttaa omaan kotiin, väliaikainen hoitopaikka on järjestettävä joko PTH-sairaalan osastolle tai muulle lyhytaikaispaikalle, kuten kuntien terveyskeskusosastoille. Kotiin voidaan niin ikään tarvita tukipalveluja ja kotihoitoa.

Kotiuttamiseen liittyvistä yhteydenotoista vastaa ortopedian osaston kotiutushoitaja. Kotiutusjärjestelyt alkavat usein vasta potilaan kotiuttamispäivänä. Tällöin voidaan tarvittaessa katsoa ortopedian poliklinikalla aiemmin tehtyjä hoitopäiväkirjauksia riskitekijöistä tai kotona pärjäämisestä, jos ne on sinne kirjattu; potilaan juuri tultua osastolle näihin tietoihin ei yleensä ehditä paneutua.

Jatkohoidon järjestely voi olla varsin haastavaa. Se, mihin tahoon on oltava yhteydessä, vaihtelee paitsi potilaan tilanteen myös paikkakunnan mukaan.

... varmasti on hankala [ESH-sairaalassa] hahmottaa kehen ne ottaa [yhteyttä] yksittäisissä organisaatioissa. Ja se on oikeastaan semmoinen aika iso kipukohta. (H8)

Hyvinä yhteistyökäytäntöinä haastateltavat mainitsivat ESH-sairaalan yhteydessä toimivan sosiaali- ja terveystalvelujen tilannekeskuksen, jossa on myös kotihoidon yhteyspiste. Yhteyspisteen kautta kotiutushoitajat löytävät aiempaa helpommin jatkohoidosta vastaavan tahon yhteystiedot potilaan kotiuttamista varten. Uutena yhteistyökäytäntönä on ESH-sairaalan ja alueen kuntien yhteinen joka-aamuinen tilannekuvapalaveri, joka toteutetaan online-yhteydellä ja jossa jaetaan ajantasaista tietoa vapaista kotiutuspaikoista.

ESH-sairaalan kotiutuksen organisointi pohditutti sekä PTH-sairaalan että kotihoidon toimijoita, usein yleisemminkin kuin nimenomaan tekonivelleikkauspötiläiden kohdalla. Paljon riippuu siitä, kuka tekee potilaan kotiutuksesta tai siirrosta päätöksen ja millä perusteilla.

Mä oon välillä miettinytkin, et minkälaista erikoissairaanhoidossa on se kotiutushoitaja, et onks siellä semmoista selkeätä kotiutushoitajamallia, että nää asiat täytyy kattoo ennen kun asiakas voi kotiutua. Että jos asiakas tarvii sairaalasängyn, niin ei asiakas voi tulla kotiin ilman sairaalasänkyä. (H9)

Turhat välivaiheet kotiutuksessa, erityisesti muistisairaiden ihmisten kohdalla, herättivät keskustelua. PTH-sairaalan kannalta yhteistyön ongelmaksi koettiin ESH-sairaalan lääkärit, jotka saattavat luvata potilaalle liikaa.

... että [ESH-sairaalan] lääkärit voi luvata vaikka potilaalle, että nyt kun [PTH-sairaalan] menette niin sitten ei tarvii enää kottiin lähtee, että sieltä järjestelävät asioita ja tämmöistä. Ja sitten ne [potilaat] on ihan ihmeisään sitten kun heille aloitetaan kotijuttuja järjestelemään. --- ESH-sairaalan lääkärit lupavat mitä PTH-sairaalassa tehdään. Eihän he tiedä [sen] toimintaa ollenkaan. (H11)

PTH-sairaalassa on lisäksi koettu, että ESH-sairaala siirtää vastuun potilaan kotiuttamisesta liian helposti heille, jolloin seuraa potilaan kannalta turha välivaihe. Varsinkin muistisairaahan ihmisen kohdalla tällaisesta kotiutusvastuun siirrosta johtuva lyhyt, pahimmillaan vain yhden vuorokauden PTH-sairaalajakso on turha ja usein jopa haitallinen. Toisaalta potilas voi joutua olemaan sairaalassa tai lyhytaikaispaikalla ilman sairaalahoidon tarvetta vain siksi, että kotiin ei pystytä järjestämään riittävää tukea.

7. Kotihoidon ”sivurooli”

Kotihoito voi jäädä kokonaan paitsi oleellisesta tiedosta koskien jo asiakkaanaan olevia leikkauspotilaita. Kotihoidon asiakkuus ei käy ilmi potilastiedoista. Kotihoito ei välttämättä ole edes tietoinen leikkauksilähettestä tai leikkauspäätöksestä.

... ja [kotioidossa] ei oo välttämättä edes mitään tietoa, että asiakas on käyny jossain [esim. yksityisellä lääkäriällä, ortopedin vastaanotolla tms.] ... ja siellä on jo arvioitu jostain asiaa ja ehkä tehty lähete jonnekin. Ja sit tulee kutsu kotiin, [siitä] vaan [kotioidossa] kuullaan tai ei kuulla. (H9)

Käytännössä tämä kotihoidon jääminen väliin johtuu siitä, että leikkaukseen valmistautumiseen liittyvät asiat on vastuutettu potilaalle itselleen. Esimerkiksi kirjeet ja ohjeet tulevat potilaalle (tai hänen omaiselleen/läheiselleen) itselleen. Ne voivat olla jopa kotihoidon ’nähtävissä’ asiakkaan kotona, mutta asiakkaan posti ei kuulu kotihoidon työntekijöiden vastuulle eikä asiakkaan luona käytettävän lyhyen ajan huomioiden sen tarkistaminen olisi edes mahdollista.

Ennen leikkausta kotihoito voisi seurata ja hoitaa iho-ongelmia tai ohjata asiakkaansa hammashoittoon, jos heillä olisi tieto leikkauksesta ja sen vaatimista ennakkotoimenpiteistä.

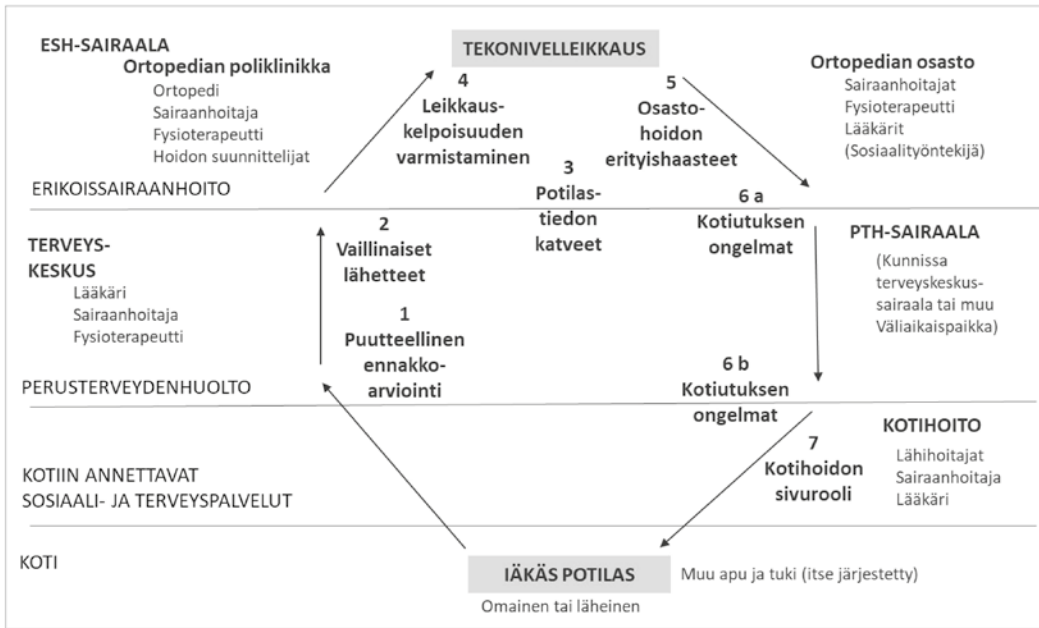
...joitakin vuosia sitten oli tällainen tapaus, että asiakas meni toimenpiteeseen ja [kotioidossa] oli ehkä hämäästi tietoa että milloin on menossa ja minne. Ja sitten tuli sieltä takaisin, että hänellä oli jotain haavaumia esim. varpaitten välissä tai näin et ei voinutkaan leikata. (H9)

Ongelmaksi voi muodostua väliaikaisen kotihoidon tarve. Kotiuttamisesta vastaavat henkilöt eivät aina ole tietoisia siitä, mikä taho vastaisi väliaikaisen kotihoidon tarpeen arvioinnista. Palvelujen myöntämisen kriteerit ovat tiukat.

... ei oikeastaan tiedetä sitä et minkä verran he saavat sit kotipalvelulta apuja. Ja kun sitten on vielä niitä, jotka menee siihen ensikäynnin arvioonkin, et kun senhän pystyis potilaat aina tekemään ennen leikkausta, iäkkäät, jotka tietää tarvitsevansa niin se pitäiskin tavallaan ite tehdä se palvelupyynnö jo sinne kotioidolle niin. (H14)

Että jos ei oo päivittäistä kotihoidon tarvetta niin silloin kaupunki ei anna kotiapuja ollenkaan. (H11)

Vaikka kotiolojen ja kotona pärjäämisen kartoitusta tehdään hoitopolulla monessa kohdassa, kotiuttamisen ongelmat näyttävät siitä huolimatta tulevan vastaan yllättäen. Kun jatkohoitoa vaativia potilaita kertyy jonoksi asti odottamaan siirtoa, paineet kohdistuvat helposti juuri kotihoitoon. Jatkohoitopaikan etsiminen tai kotiin annettavan tuen vaateet tulevat usein esiin vasta viime hetkellä, jolloin kiire aiheuttaa haasteita



Kuvio 1. Iäkkään tekoniivelpotilaan (integroidun) hoitopolun kehittämiskohdat.

asioista vastaavien tahojen vuorovaikutukselle. Kun toisten työtä ei tunneta, muodostuu vääranlaisia, epärealistisia odotuksia. Juuri kotiuttamiseen liittyvissä yhteydenotoissa kotihoito olikin kokenut asiataonta käyttäytymistä, kuten ylimielistä suhtautumista, esimerkiksi erikoissairaanhoiton lääkäreiden taholta.

POHDINTA

Tutkimuksemme tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon integraation käytännön toteuttamista sote-ammattilaisten näkökulmasta. Esimerkkinä oli iäkkään tekoniivelleikkaukspotilaan hoitopolku, joka konkretisoi erikoissairaanhoiton, perusterveydenhuollon ja kotihoiton välistä yhteistyötä. Tuloksina tunnistettiin hoitopolun seitsemän kehittämiskohtaa (Kuvio 1).

Tutkimuksemme keskeiset tulokset ja päätelmät voidaan tiivistää seuraavasti:

Eri hoitotahojen toiminta ei ole yhteensovittua. Toimijat keskittyvät oman osa-alueensa hoitamiseen mahdollisimman hyvin, mutta eivät tunnista tai koe keskinäisen yhteistyön tuottavan lisäarvoa, kuten aiemmassakin tutkimuksessa on todettu (22). Erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja kotihoito eivät ole yhteistyökumppaneita, vaan erillisiä toimijoita potilaan hoitopolun varrella. Yhteensovittavat käytännön

toimintamallit puuttuvat. Tekoniivelleikkauksen hoitopolku on erikoissairaanhoitovetoinen, mutta mikään taho ei ole varsinaisesti vastuussa leikkauksen edeltävistä toimenpiteistä tai leikkauksen jälkeisen tuen tarpeen suunnittelusta. Eri tahojen epäselvä vastuunjako on tunnistettu haasteeksi myös aikaisemmissa tutkimuksissa (22,38). Hoitoprosessin onnistuneen kokonaistuloksen saavuttamiseksi ei riitä, että kukin taho hoitaa vain oman osuutensa (7). Hoitopolun organisaatiot ja toimijat ovat nykyisin hyvinvointialueilla saman hallinnon ja rahoituksen alla. Hyvinvointialueilla onkin nyt erinomainen mahdollisuus luoda uudenlaisia yhteistyörakenteita integroimaan hoitoa alueellisesti. Rakenteelliset muutokset eivät kuitenkaan yksinään riitä, vaan tarvitaan yhteistyön konkreettista organisoimista ja yhteensovittavaa johtamista (48).

Iäkkään potilaan kokonaisvaltainen hoito on haasteellista. Tutkimuksemme tuloksista voidaan päätellä, että itse tekoniivelleikkauksen erikoissairaanhoitossa toimii yleisesti ottaen hyvin ”vai-va pois ja kotiin” (H2) -periaatteella silloin, kun operaatioon ei liity ylimääräisiä ongelmia. Iäkkään henkilön kohdalla tilannetta vaikeuttaa se, että terveyteen liittyviä ongelmia on usein monia, eikä kokonaisvaltaisesta hoidosta yleisesti ottaenkaan ole vastuussa mikään sote-taho. Teko-

nivelleikkaukseen liittyviä riskejä tunnustetaan hoitopolun eri kohdissa, mutta kokonaisvaltaista näkemystä iäkkäistä potilaasta ei synny. Monisairastavuus voi olla tiedossa diagnoosien luettelona tai pääteltävissä monilääkityksestä, mutta tieto sairauksien vaikeusasteista ja niistä aiheutuvista toiminnallisista rajoitteista usein puuttuu. Tyypilliset geriatriiset oireyhtymät, kuten gerastenia tai kognitiivinen heikentyminen, voivat olla jääneet tunnistamatta kaikilta toimijatahoilta. Kokonaisvaltainen arviointi olisikin tärkeää saada osaksi iäkkäiden ja monisairaiden henkilöiden hoitopolkuja (47).

Tiedon jakaminen ammattilaisten välillä on puutteellista. Yhteistyön esteeksi esitetään usein puutteellista tiedonkulkua (31,49,50) ja tietojärjestelmien erillisyyttä (mm. 51,52). Tieto ei kuitenkaan kulje itsestään ilman inhimillistä panosta. Tiedonkulun sijasta pitäisikin mieluummin puhua tiedon jakamisesta. Kullakin toimijataholla on vastuu tiedon jakamisesta edelleen – ja vastuu etsiä tietojärjestelmistä tietoa, jota muut tahot ovat sinne potilaasta kirjanneet. Tiedon kirjaaminen tai sen etsiminen koetaan lisätyönä, joka vie aikaa potilastyöltä (41). Tärkeää potilastietoa tuotetaan jokaisessa hoitopolun osuudessa, mutta seuraavat toimijat hyödyntävät vain välttämättömän perustiedon. Lisäksi potilastieto kulkee enimmäkseen vain yhteen suuntaan. Palautetta hoitopolulla 'takaisin päin' tulisikin lisätä. Tietoa ei siirry riittävästi etukäteen erikoissairaanhoidon, eivätkä muut tahot puolestaan saa riittävästi palautetietoa erikoissairaanhoidosta. Tiedon jakamisen ongelmat liittyvät vahvasti edellä mainittuun yhteensovittavien toimintamallien puuttumiseen.

Potilasta vastuutetaan, mutta ei osallisteta. Hieman kärjistetysti muotoillen voidaan todeta, että tekonivelpotilaan osallistaminen ilmeni potilaan vastuuttamisena, mutta ei osallisuuden mahdollistamisena (15). Jopa potilastiedon välityksessä hoitotaholta toiselle paljon jää potilaan omalle vastuulle, mikä voi iäkkään ihmisen osalta olla haastavaa. Iäkkäille potilaille jaettavan tiedon tulee olla kohderyhmälle sopivassa muodossa, kuten hyvät kokemukset sairaalan jakamasta tekonivelleikkauspotilaan ohjekirjasesta osoittivat. Osallistamisen kehittämiseksi on keskeistä kuulla potilaita ja myös heidän läheisiään, etenkin muistiongelmiaisten kohdalla (41).

Yhteenvetona voidaan todeta, että hoitopol-

ku – laajasti ymmärrettynä käsitteenä – saattaisi toimia hyvinvointialueiden toiminnan organisoinnin ja yhteensovittavan johtamisen konkreettisenä työvälineenä. Esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirissä on laadittu tätä potilasryhmää kuvaava hoitoketjukuvaus. Hoitoprosessin ajatteleminen potilaan matkana voi motivoida hyvinvointialueiden erillisiä hoitotahoja ja ammattilaisia tehostamaan yhteistyötä ja auttaa konkreettisesti soimaan keskinäisen yhteistyön lisäarvoa.

Tutkimuksemme haastatellut sote-ammattilaiset tunnistivat selkeitä hoitopolun kehittämis-kohteita. Yhteensovittavassa johtamisessa (48) onkin tärkeää osallistaa hoitotahot, ammattilaiset ja potilaat hoitopolkujen eri vaiheiden suunnitteluun, implementointiin sekä toteutuksen jatkuvaan arviointiin (6,36,53). Keskeistä on luoda yhteistyön kehittämiselle otollinen ympäristö. Usein itse kehittämisen prosessi on tärkeämpää kuin konkreettinen lopputulos (esim. tarkkaan määritelty hoitopolku).

Laaja-alaisen, integroidun hoitopolun kehittämisehdotukset voidaan tutkimuksemme tulosten perusteella tiivistää seuraavasti:

- eri toimijatahojen yhteydenpidon ja vuoropuhelun (esim. yhdessä toteutetut koulutukset ja keskustelufoorumit) lisääminen yhteisen näkemyksen muodostamiseksi
- potilastietojärjestelmien käytön tehostaminen: potilastietoihin näkyviin kaikki keskeiset hoitotahot, kuten kotihoidon asiakkuus
- läheteiden laadun ja lähetekäytäntöjen kehittäminen
- leikkauskelpoisuuden, leikkausriskien ja kotiuttamiskriteerien yhteinen määrittely
- hyvinvointialueen johdon selkeä tuki uusille yhteistyön toimintamalleille
- yhteistyön vaatimien aikaresurssien huomiointi, jotta kokonaisvaltaisen hoidon ”saattaen vaihdettava” -periaate toteutuisi hoitopolulla
- käytännön tason yhteistyön toimintamallit, esim. ESH:n konsultaatio perusterveydenhuoltoon ja kotihoitoon – ja päinvastoin.

Tutkimuksemme tulokset ovat sovellettavissa tekonivelhoitopolun lisäksi yleisimminkin, kun hyvinvointialueilla tavoitellaan ja kehitetään yhteistyön ohjaamia, integroivia toimintatapoja. Vaikka integroidun hoitopolun vaikuttavuuden todentaminen on vaikeaa, on tärkeää tehdä näkyväksi yhteistyön puutteen käytännön seurauk-

sia. Turhia kustannuksia ja resurssien hukkakäyttöä syntyy esimerkiksi silloin kun leikkauksia joudutaan siirtämään, koska leikkauskelpoisuuden oikea-aikainen optimointi ei kuulu selkeästi kenenkään tehtäviin. Myös ylimääräiset siirrot hoitopaikasta toiseen kotiuttamisen yhteydessä aiheuttavat lisätyötä ja kustannuksia – ja sen lisäksi turhaa inhimillistä kärsimystä.

Sote-alan integraatiota määritellään turhan usein pelkästään organisaatioiden näkökulmasta (54). Tässä tutkimuksessa tuotiin esille käytännön sote-ammattilaisten ääntä. Jatkotutkimusta kannattaa kohdistaa erityisesti potilaiden omien kokemusten esille tuomiseen.

Tutkimuksemme luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kautta (55). Haastateltujen määrä (n=14) oli rajallinen, mitä voidaan pitää tutkimuksen heikkoutena, mutta osallistujat edustivat kuitenkin hyvin hoitopolun kokonaisuutta (ESH, PTH, kotihoito, eri ammattiryhmät) ja toivat esille oman työnsä asiantuntemus- ja kokemustietoa käytännön näkökulmasta. Näin saatiin sisällöllisesti rikas ja moninäkökulmainen haastatteluaineisto, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta, erityisesti uskottavuutta,

ja lisää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää myös refleksiivisyyttä vahvistavaa monitieteellistä tutkijatrigulaatiota, kuten aineistomme tulkinnasta käytyä monitieteellisen tutkijaryhmän yhteistä, aiempaan tutkimusnäyttöön perustuvaa keskustelua. Tutkimuksemme ei pyrkinyt perinteiseen yleistettävyyteen, vaan tulosten ja niistä johdettujen tulkintojen voidaan olettaa soveltuvan ja olevan siirrettävissä myös muihin samantyyppisiin toimintaympäristöihin.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta on rahoittanut Sirkka ja Jorma Turusen säätiö

KIRJOITTAJEN KONTRIBUUTIOT:

Hujala, Lönnroos ja Haatainen suunnittelivat osatutkimuksen ja sen tuloksia raportoivan tutkimusartikkelin. Hujala teki haastattelut ja aineiston alustavan analyysin, jota täydennettiin Hujalan ja Taskisen yhteisellä tulkinnalla. Hujala, Taskinen ja Alasaari osallistuivat käsikirjoituksen kirjoittamiseen. Kaikki kirjoittajat kommentoivat käsikirjoitusta ja hyväksyivät artikkelin lopullisen version.

Hujala, A., Taskinen, H., Alasaari, S., Haatainen, K., Lönnroos, E. *Integrated care in practice: Insights and experiences of professionals on a care pathway for older joint replacement patient. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2024; 61: 472–487.

This article examines the implementation of integrated care based on a care pathway approach. The aim of the study was to study the experiences and perceptions of care professionals on the integration of care and services. The research task was to identify the key points of multidisciplinary collaboration between different actors. 14 care professionals were interviewed (this included physicians, nurses, physiotherapists, social workers) from different care providers. The data was analyzed by thematic analysis.

The care pathway of an older surgery patient worked as an example of integrated care. The multimorbidity and memory problems of an older patient pose special challenges to the continuity of care, which must be taken into account in collaboration between specialized care (ESH), primary care (PTH) and social care. We use the concept care pathway as a metaphor for describing the patient's journey from home to home through different care providers.

The findings show that in joint replacement surgery different actors of specialized care, primary care and home care work quite separately. Inadequate preoperative assessment, incomplete referrals, blind spots of information and problems related to hospital discharge were identified as key points in the development of the care pathway.

Adopting the idea of an extended care pathway can enhance practice-level collaboration and demonstrate its added value. The results can be applied at the wellbeing services counties aiming towards integrated care.

Keywords: care pathway, integrated care, older people, joint replacement surgery

Saapunut 03.04.2023
Hyväksytty 18.01.2024

- (1) Seys D, Panella M, VanZelm R, ym. Care pathways are complex interventions in complex systems: New European Pathway Association framework. *Int J Care Coord* 2019;22:5–917. doi: 10.1177/2053434519839195
- (2) Ly S, Runacres F, Poon P. Journey mapping as a novel approach to healthcare: a qualitative mixed methods study in palliative care. *BMC Health Serv Res* 2021; 21:915. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06934-y>
- (3) Ketola T, Alaverdyan A. Ihmisiä kohtaamassa: Asiakaslähtöisen palveluohjauksen jäljillä työikäisten palveluissa. Palvelupolut kuntoon (PAKU) -hankkeen loppuraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-595-1>
- (4) Currie VL, Harvey G. The use of care pathways as tools to support the implementation of evidence-based practice. *J Interprof Care* 2000;14:311–324. <https://doi.org/10.1080/13561820020003874>
- (5) Vanhaect K, Panella M, van Zelm R, ym. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways* 2010;14:117–123. <https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019>
- (6) Seckler E, Regauer V, Rotter T, ym. Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice* 2020;21. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01179-w>
- (7) Sinkkonen S, Taskinen H, Rissanen S. Sosiaali- ja terveystieteiden integrointi ja johtaminen. Kirjassa: Rissanen S, Lammintakanen J (toim.). Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen. Helsinki: WSOYpro; 2017:105–128.
- (8) Tepponen M. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto 2009. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0702-8>
- (9) Panella M, Marchisio S, Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality of Health Care* 2003;15:509–521. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg057>
- (10) Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *Int J Integr Care* 2011;11(Spec Ed):e007. URL: <http://www.ijic.org>
- (11) Käypä hoito. Polvi- ja lonkkanivelrikko 2018. Luettu 29.3.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50054>
- (12) Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, ym. Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2009;7. doi:10.1186/1741-7015-7-32
- (13) Feng JE, Novikov D, Anoushiravani AA, ym. Total knee arthroplasty: improving outcomes with a multidisciplinary approach. *J Multidiscip Healthc* 2018;11:63–73. doi: 10.2147/JMDH.S140550
- (14) Rösstad T, Salvesen O, Steinsbekk A, ym. Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospital: A cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2017;17. doi: 10.1186/s12913-017-2206-3
- (15) Olsen CF, Astrid B, Jonas D, ym. Patient Flow or the Patient's Journey? Exploring Health Care Providers' Experiences and Understandings of Implementing a Care Pathway to Improve the Quality of Transitional Care for Older People. *Qualitative Health Research* 2021;31:1710–1723. <https://doi.org/10.1177/104973232111003>
- (16) Berntsen G, Strisland F, Malm-Nicolaisen K, ym. The Evidence Base for an Ideal Care Pathway for Frail Multimorbid Elderly: Combined Scoping and Systematic Intervention. Review. *J Med Internet Res* 2019;21:e12517 doi: 10.2196/12517
- (17) Rösstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, ym. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2013;13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- (18) Rösstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, ym. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Serv Res* 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0751-1>
- (19) Loftus T, Charlie A, Russell J, ym. A simplified pathway for total knee arthroplasty improves outcomes. *J Knee Surg* 2014;27:221-228. DOI: 10.1055/s-0033-1360657
- (20) Ho DM, Huo MH. Are Critical Pathways and Implant Standardization Programs Effective in Reducing Costs in Total Knee Replacement Operations? *Journal of the American College of Surgeons* 2007;205:97–100. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.03.009>
- (21) Featherall J, Brigati DP, Faour M, ym. Implementation of a total hip arthroplasty care pathway at a high-volume health system: effect on length of stay, discharge disposition, and 90-day complications. *The Journal of Arthroplasty* 2018;33:1675–1680. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.01.038>
- (22) Oosterholt RI, Simonse LWL, Boess SU, ym. Designing a care pathway model—A case study of the outpatient total hip arthroplasty care pathway. *Int J Integr Care* 2017;17. doi: 10.5334/ijic.2429
- (23) Gualandi R, Masella C, Viglione D, ym. Exploring the hospital patient journey: what does the patient experience? *PLoS One* 2019;14:1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224899>
- (24) Manning BT, Callahan CD, Robinson BS, ym. Overcoming Resistance to Implementation of Integrated Care Pathways in Orthopaedics. *The Journal of Bone & Joint Surgery* 2013; 95. doi: 10.2106/JBJS.L.01312

- (25) Silvennoinen-Nuora L. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2010. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8251-9>
- (26) Hammar T. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa – Kotihoidon asiakkaiden tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. 2008. Luettu 29.3.2023. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>
- (27) Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16:360–367. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00101.x>
- (28) Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. The care pathway: concepts and theories: an introduction. *Int J Integr Care* 2012;12. doi: 10.5334/ijic.812
- (29) Nuutinen M. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. *Duodecim* 2017;133:1283–1290. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13795.pdf>
- (30) Faber MJ, Grande S, Wollersheim H, ym. Narrowing the gap between organisational demands and the quest for patient involvement: The case for coordinated care pathways. *Int J Care Coord* 2014;17:72–78. <https://doi.org/10.1177/2053435414540616>
- (31) Gartner J B, Abasse KS, Bergeron F, ym. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Serv Res* 2022;22. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>
- (32) Baxter S, Johnson M, Chambers D, ym. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* 2018;18:1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- (33) Hughes G, Shaw S, Greenhalgh T. Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Quarterly* 2020;98:446–492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>
- (34) Everink IHJ, van Haastregt JCM, Evers S, ym. An economic evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for older patients with complex health problems. *PLoS one* 2018;13: e0191851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191851>
- (35) Averlant L, Calafiore M, Puisieux F, ym. Barriers and Facilitators in the Uptake of Integrated Care Pathways for Older Patients by Healthcare Professionals: A Qualitative Analysis of the French National “Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy” Pilot Program. *Int J Integr Care* 2021;21:1–11. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5483>
- (36) Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, ym. Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Serv Res* 2010;10. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/182>
- (37) Tanttu K. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa – Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasan yliopisto 2007. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-187-1>
- (38) Skrove GK, Bachmann K, Aarseth T. Integrated care pathways—A strategy towards better care coordination in municipalities? A qualitative study. *Int J Care Coord* 2016;19:20–28. <https://doi.org/10.1177/2053434516649777>
- (39) Checkland K, Hammond J, Allen P, ym. Road to Nowhere? A Critical Consideration of the Use of the Metaphor ‘Care Pathway’ in Health Services Planning, Organisation and Delivery. *Journal of Social Policy* 2019;49:405–424. <https://doi.org/10.1017/S0047279419000400>
- (40) Allen D. Lost in translation? ‘Evidence’ and the articulation of institutional logics in integrated care pathways: from positive to negative boundary object? *Sociology of Health & Illness* 2014;36:807–822. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12111>
- (41) Pinder R, Petchey R, Shaw S, ym. What’s in a care pathway? Towards a cultural cartography of the new NHS. *Sociology of Health and Illness* 2005;27:759–779. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00473.x>
- (42) Davidson L, Scott J, Forster N. Patient experiences of integrated care within the United Kingdom: a systematic review. *Int J Care Coord* 2021;24:39–56. <https://doi.org/10.1177/20534345211004503>
- (43) Lawless MT, Marshall A, Mittinty MM, ym. What does integrated care mean from an older person’s perspective? A scoping review. *BMJ open* 2020;10:1–16. doi:10.1136/bmjopen-2019-035157
- (44) TENK. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- (45) Braun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G. Thematic analysis. In Liamputtong P. *Handbook of research methods in health social sciences*. Singapore: Springer; 2019: 843–860. (eBook.)
- (46) Vaismoradi M., Turunen H. & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 2013;15:398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- (47) Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2022. Suomen arthroplastiayhdistys. https://www.saply.fi/wp-content/uploads/2021/01/HH_2022.pdf

- (48) Taskinen H, Hujala A. Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Kirjassa: Hujala A, Taskinen H (toim.). Uudistuva Sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press; 2020:47–75.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202011278264>
- (49) Cameron A, Lart R, Bostock L, ym. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health & Social Care in the Community* 2014;22:225–33.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- (50) D’Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, ym. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 2005;19:116–131.
<https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- (51) Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *Int J Integr Care* 2018;18:1–14.
 doi: 10.5334/ijic.3068
- (52) Virtanen P, Smedberg J, Nykänen P, ym. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Luettu 29.3.2023.
<https://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=16201>
- (53) Lonkan ja polven nivelrikko (VSHP–Duodecim). Lääkärin tietokannat – Duodecim (terveysportti.fi)
- (54) Kaehne A. Care Integration–From” One Size Fits All” to Person Centred Care: Comment on” Achieving Integrated Care for Older People: Shuffling the Deckchairs or Making the System Watertight for the Future? *Int J Health Policy Manag* 2018; 7.
 doi: 10.15171/ijhpm.2018.51
- (55) Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy; 2007.

ANNELI HUJALA
FT, vieraileva tutkija
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

HELENA TASKINEN
FT, vieraileva tutkija
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

SARIANNA ALASAARI
YTM

KAISA HAATAINEN
FT, dosentti
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos

EIJA LÖNNROOS
LT, professori
Itä-Suomen yliopisto
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö