

**KOTISAIRAALA SODANKYLÄN KUNTAAN
VUONNA 2017**

Leena Ollila

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2016

Lapin AMK Rovaniemi
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä(t)	Leena Ollila	Vuosi	2016
Ohjaaja(t)	Raija Seppänen		
Toimeksiantaja	Sodankylän kunta, perusterveydenhuolto, terveyskeskuk- sen vuodeosasto		
Työn nimi	Kotisairaala Sodankylän kuntaan vuonna 2017		
Sivu- ja liitemäärä	88 + 6		

Suomessa on meneillään valtakunnallinen, julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden kehittäminen ja uudistaminen. Sen yhtenä tavoitteena on vähentää laitoshoidon lisäämällä kotiin annettavia palveluja ja samalla hillitä kuntien palveluiden järjestämisestä koostuvia kustannuksia. Uudistuksella pyritään myös takaamaan riittävät palvelut jatkuvasti kasvavalle ikäihmisten määrälle ja tukemaan heidän kotona selviytymistään.

Tämän opinnäytetyönä toteutetun, toiminnallisen kehittämistyön tarkoituksena on ollut luoda Sodankylän kuntaan perusterveydenhuollontasaisen kotisairaalan käynnistämisen suunnitelma ja kotisairaalapotilaan saumaton hoitopolku. Tavoitteena on laitoshoidon vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen sekä kustannusten hillitseminen. Työssä tarkastellaan tärkeimpiä syitä kotisairaaloiminnan käynnistämiseksi, pohditaan minkälaiset potilaat hyötyvät kotisairaalahoidosta ja mitä etuja kotona toteutettava hoito tarjoaa sekä mitä muita tutkimusaineistosta nousseita ideoita täytyy huomioida, kun käynnistetään kotisairaaloimintaa Sodankylän kunnassa.

Tämä kehittämistyö toteutettiin laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin ja lähestymistapa oli konstrukttiivinen. Kotisairaaloiminnan lähtökohtia kuvattiin lakeihin, asetuksiin ja suosituksiin sekä Sodankylän kunnan ikäihmisten hoitotyön nykytilaan ja resursseihin perustuen. Tutkimusaineistoa ja ideoita kerättiin hoitajille suunnatulla lomakekyselyllä, moniammatillisten ryhmäkeskusteluiden avulla sekä käytännön kokemustietoon ja kahteen kotisairaalaan tutustumalla.

Saatujen kehittämisideoiden tuloksena luotiin Sodankylän kunnan tarpeita vastaava Sodankylän Kotisairaalan käynnistämisen suunnitelma ja kotisairaalapotilaan saumaton hoitopolku. Moniammatillisesti toteutettavan palvelukokonaisuuden käynnistämällä vuonna 2017 voidaan parantaa ikäihmisten hoitotyöhön osallistuvien eri organisaatioiden välistä yhteistyötä ja hoitaa Sodankylän ikäihmiset inhimillisesti kotona tai palveluasumisyksiköissä ilman raskaita laitossiirtoja kustannuksia säästäten. Tuomalla palvelut kotiin tuetaan ikäihmisten sairauksista paranemista ja kuntoutumista elämänlaatua parantamalla.

Asiasanat kotisairaala, kotihoito, kotisairaanhoito, kotisairaala-
hoito, saattohoito

Lapland University of Applied Sciences
School of Social Services, Health and Sports
Development of Working Life and Leadership
Nurse (upper UAS)

Author(s)	Leena Ollila	Year	2016
Supervisor(s)	Raija Seppänen		
Commissioned by	Sodankylä Municipality	Basic Health Care	Inpatient Ward
Subject of thesis	Home hospital to Sodankylä Municipality in 2017		
Number of pages	88 + 6		

The purpose of this study was to create a strategy for providing the customers with primary health care level hospital services at home. Another aim was to create a flexible, uninterrupted nursing pathway for the patients at home. Furthermore, the goal was to reduce institutional care, to support living at home and to cut down expenses.

This thesis focuses on examining the most important reasons for providing hospital services at home, assessing what kind of patients benefit from nursing at home and what the actual benefits are. Furthermore, the thesis lists the ideas to be considered when launching hospital services at home. It was made by using qualitative research methods with constructive approach. The starting point for hospital services at home was described on the basis of prevailing laws, statutes and recommendations. The current state and resources in the care work of elderly people in Sodankylä were also considered. The research material and ideas were collected through questionnaires aimed at nurses, multi-professional group discussions as well as data based on practical experience and visits to two units providing hospital services at home.

The plan for launching hospital services that meet the needs of Sodankylä municipality was based on the results of the development ideas received through the study. Co-operation between various organizations involved in the care of elderly people can be improved by launching a multi-professional service complex in 2017. Furthermore, the elderly people can receive humane care either at home or in housing units without having to move from one institution to another. This will also cut down expenses. By bringing the services home to the elderly people their rehabilitation and recovery from diseases can be supported and their quality of life will be improved.

Key words: hospital services at home, home care, home nursing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSEN- ASETTELU	3
3 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	4
3.1 LAIT, ASETUKSET JA SUOSITUKSET.....	4
3.2 PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISVASTUU JA RESURSSIT.....	6
3.3 SODANKYLÄN TERVEYSKESKUKSEN JA VANHUSTYÖN NYKYTILA.....	8
3.4 KOTISAIRAALATOIMINNAN KEHITTÄMISEN HAASTEITA JA HYÖTYJÄ13	
4 HOITOTYÖ KOTISAIRAALA YMPÄRISTÖSSÄ.....	17
4.1 KOTONA TAPAHTUVA HOITOTYÖ	17
4.2 MONIAMMATILLINEN JA ASIAKASLÄHTÖINEN HOITOTYÖ.....	22
4.3 IHMISEN KOKONAISVALTAINEN HYVINVOINTI JA TERVEYS.....	24
4.4 KOTI HOITOYMPÄRISTÖNÄ.....	27
4.5 HOITOOIN OSALLISTUJAT JA TOTEUTTAJAT.....	28
5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI.....	31
5.1 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIMAINEN ETENEMINEN.....	31
5.1.1 Kehittämistyön ideointi ja suunnittelu.....	31
5.1.2 Tavoitteiden määrittely.....	33
5.1.3 Varsinaisen ”kenttätyön” eteneminen.....	34
5.1.4 Kehittämistyön päättäminen ja arviointi.....	42
5.2 LÄHESTYMISTAVAN JA MENETELMÄN VALINTA.....	43
5.3 AINEISTON KERUU.....	45
5.4 AINEISTON ANALYYSI.....	46
5.4.1 Lomakekyselyn sisällönanalyysi.....	46
5.4.2 Hoitajilta saatujen vastausten analysointi.....	47
5.4.3 Potilailta saatujen vastausten analysointi.....	50
5.4.3 Ryhmäkeskustelujen analysointi.....	50
6 SODANKYLÄN KOTISAIRAALATOIMINNAN KUVAUS.....	52
6.1 KOTISAIRAALAN KÄYNNISTÄMISEN SUUNNITELMA.....	52
6.2 KOTISAIRAALAPOTILAAN SAUMATON HOITOPOLKU.....	55
7 POHDINTA.....	57
7.1 TULOSTEN TARKASTELUA.....	57
7.2 OMAN OSAAMISEN KEHITTYMINEN.....	59
7.3 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	60
7.4 JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	61
LÄHTEET.....	62
LIITTEET	69

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1. SODANKYLÄN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTON KUORMITUKSEN KUUKAUSITTAINEN VERTAILU VUOSINA 2014–2016	10
KUVIO 2. VUODEOSASTON KOTISAIRAALATYYPPISET POTILAAT TAMMI-ELOKUUSSA VUONNA 2016.....	11
KUVIO 3. KOTISAIRAALAN MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN PELKISTETTY KUVIO.....	23
KUVIO 4. KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUMINEN MUKAILLEN YKSINKERTAISTA MUUTÖSTYÖN PROSESSIA	33
KUVIO 5. SODANKYLÄN KOTISAIRAALAN TOIMINTATAVAN SUUNNITELMA.....	55
KUVIO 6. SODANKYLÄN KOTISAIRAALAPOTILAAN SAUMATON HOITOPOLKU.....	56

1 JOHDANTO

Terveystalouden taloudelliset tekijät ja toiminnan tehokkuus ovat tänä päivänä valtakunnallisesti ykkösasioita sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa. Haasteena koetaan riittävän laadukkaiden palveluiden järjestäminen ikääntyvälle väestölle. Suomen hallituksen strategisen ohjelman (2015) yhtenä kärkihankkeena mainitaan ikäihmisten kotihoidon kehittäminen, jolla varmistetaan vanhustaloudellain toteutuminen kotihoitoa ja kotiin annettavia palveluja lisäämällä. Ohjelma pitää sisällään myös julkisen sosiaali- ja terveystalouden palveluiden tuotannon monipuolisuuden lisäämisen ja uudistamisen. Uudistamisen myötä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jää kuntien tehtäviksi. Valtakunnalliset linjaukset siirtää hoitotyön painopistettä laitoshoidosta kotiin annettavaan hoitoon, haastaa organisaatiot, kuten terveyskeskukset ja vanhustyön palveluasumisyksiköt kehittämään yhteistyötään esimerkiksi kotisairaaloimintaa kehittämällä.

Laki lääkkeiden velvoitevarastoinnista (979/2008) määrää terveystalouden toimintayksiköt, kuten terveyskeskukset, ylläpitämään laissa määrättyä lääkeaine- ja valmistevalikoimaa sekä lääkkeiden käyttökuntoon saattamiseen käytettäviä tarvikkeita. Sosiaalihuollon toimintayksiköillä, kuten vanhustyön palveluasumisyksiköillä ei lain mukaan ole lupaa säilyttää tai varastoida lääkkeitä. Kotisairaalan toteuttamassa lääkehoidossa tarvitaan sosiaali- ja terveystalouden yksiköiden tiivistä yhteistyötä.

Tämä kehittämistyö käsittelee kotisairaaloimintaa tehostettuun kotisairaanhoidon verrattavissa olevana toimintana ja määrittelee kotisairaaloiminnan yhteneväisesti terveystaloudellain (2011, 25 §) kanssa. Kotisairaaloiminnan aloittamisella pyritään vähentämään nimenomaan julkisessa perusterveystaloudellain ikäihmisille annettavaa laitoshoidoa ja osoittamaan siitä saatava hyöty asiakaslähtöisyyden, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden näkökulmasta. Sairaaloimintaisen hoidon vieminen kotiin pitää pystyä toteuttamaan asiakaslähtöisesti ja ilman, että hoidon laatu kärsii. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan tässä kehittämistyössä sitä, että tuetaan potilaan asemaa, oikeuksia ja itsemääräämisen mahdollisuutta. Potilaalle annetaan mahdollisuus, sairauden ja hoidon vaativuudesta riippumatta, valita perinteisen laitoshoidon sijaan kotisairaaloiminto. Sai-

raalatasoista hoitoa annetaan kotiin hoidettaville, lähinnä Sodankylän kunnan aikuisväestölle, ikäihmisille sekä palveluasumisyksiköihin. Kustannusvaikuttavuus näkyy laitoshoidon vuodepaikkojen vapautumisena ja hoitoaikojen lyhentymisenä.

Toiminnallisen kehittämistyöni tarkoituksena on luoda perusterveydenhuollontasoisen kotisairaalan toimintatavan suunnitelma, uuden toiminnan käynnistämiseksi Sodankylän kunnassa. Tavoitteena on ikäihmisten ja aikuisväestön laitoshoidon vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen sekä heidän toimintakyvyn säilyttäminen ja kuntoutumisen nopeuttaminen. Tällä kehittämistyöllä vastataan myös siihen yhtenäiseen strategiseen ajatteluun, jota sekä valtakunnan että kunnan ja kohdeorganisaation tasolla on terveydenhuollon palveluista linjattu. Aihe on tärkeä sen ajankohtaisuuden vuoksi ja siksi, että sen vaikutukset toteutuessaan ovat yhteiskunnallisesti niin suuret sekä taloudellisesti että hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja inhimillisyyden kannalta.

Tässä kehittämistyössä käytetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja konstruktivistista lähestymistapaa. Konstruktivistiselle lähestymistavalle ominainen prosessin arviointi joudutaan jättämään käytännön toteutuksesta pois, sillä tutkimukseen käytettävä aika ei siihen riitä. Tutkimusaineistoa kerätään moniammatillisilla ryhmäkeskusteluilla, lomakekyselyllä ja käytännön kokemustietoa keräämällä. Aineisto analysoidaan induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen.

Työelämän kehittämisen ja esimiestyön ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamiseen vaadittavat koulutuskohtaiset osaamisalueet liittyvät asiantuntija- ja johtamisosaamiseen sekä tutkimus- ja kehittämisosaamiseen. Kehittämistyön tekemisellä pyrin parantamaan myös omia valmiuksiani toimia työelämässä asiantuntija- ja esimiestehtävissä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen arvoperustan mukaisesti. Samalla pyrin syventämään omaa tietotaitoani niin, että kykenen valmistumiseni jälkeen ottamaan vastuun oman ammattialani johtamisen ja terveyden edistämisen käytäntöjen kehittämisestä ja arvioinnista ja toimimaan moniammatillisissa ryhmissä. Tämän kehittämistyön tekemisellä voin saavuttaa Lapin ammattikorkeakoulussa käytössä olevat, EU-maiden yleiset, EQF7-tason mukaiset osaamistasovaatimukset.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSENASETTELU

Tämän toiminnallisen kehittämistyön tarkoitus on luoda perusterveydenhuollontasoisien kotisairaalan toimintatavan suunnitelma, uuden toiminnan käynnistämiseksi Sodankylän kunnassa. Kehitysprosessin tuloksena saadun toimintatavan suunnitelman avulla voidaan varmistaa uuden yksikön tehokas toiminnan aloittaminen ja selvittää hoitotyön kohderyhmät ja toteuttamisen keinot sekä luoda uusi saumaton hoitoketju perusterveydenhuollon kentälle.

Tavoitteena on ikäihmisten ja aikuisväestön laitoshoidon vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen. Tavoitteena on myös heidän toimintakyvyn säilyttäminen ja kuntoutumisen nopeuttaminen. Kaikki tämä tuo kustannussäästöjä laitoshoidon vuodepaikkojen vapautumisena ja hoitoaikojen lyhentymisenä.

Kehittämistyön kysymyksenasettelu koskee Sodankylän terveyskeskuksen kehittämää, kotisairaaloiminnan käynnistämisen suunnitelmaa ja kysymykset ovat:

1. Minkälainen Kotisairaalan käynnistämisen suunnitelma palvelee Sodankyläläisiä?
2. Minkälainen on Sodankylän Kotisairaalapotilaan saumaton hoitopolku?

3 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

3.1 Lait, asetukset ja suositukset

Suomessa terveydenhuollon palveluita ja niiden järjestämistä ohjaavat useat lait, asetukset ja suositukset. Julkisten organisaatioiden velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä lähtee jo perustuslaista. Suomen perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä huolenpitoon ja turvaan. Kunnat tukevat kotona selviytymistä kotipalvelun ja sitä täydentävien tukipalvelujen sekä kotisairaanhoidon avulla. Nämä palvelut kuuluvat sosiaalihuollon alaisuuteen ja niistä säättää sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Kotisairaanhoidosta ja kotisairaalahoidosta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksella eli sote-uudistuksella tavoitellaan palveluiden laadun parantamista, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Uudistuksen keskeisenä pyrkimyksenä on vahvistaa erityisesti perusterveydenhuollon asemaa. Hallitus on äskettäin tarkentanut strategiset linjaukset, joiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on päätetty toteuttaa pääosin valtionrahoituksella. Sitä täydentävät asiakasmaksutulot, maakuntien toisilleen tuottamista palveluista saatavat tulot sekä maakuntien muut omat tulot. Uudistuksen yhteydessä luodaan valinnanvapauslainsäädäntö, joka mahdollistaa, että palveluiden käyttäjä voi itse valita palveluiden julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajan. Palveluiden järjestämisen verkostomaisella toimintatavalla taataan mahdollisimman täydellinen potilas- ja asiakastietojen integraatio ja tiedon liikkuminen eri organisaatioiden välillä. (Myllärinen 2016.)

Vuonna 2011 voimaan tulleen uuden terveydenhuoltolain painopistealueita ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, palveluiden ja hoidon laatu, perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden välinen yhteistyö sekä hyvinvoinnin edistäminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Näiden lisäksi potilaan roolia halutaan näkyvämmäksi hoidon suunnittelussa ja toteutusvaiheessa ja lisätään sekä monipuolistetaan kotiin saatavia palveluja ja kuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 35; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määräävän lain (980/2012) tavoitteena on myös turvata ikääntyneiden mahdollisuus

asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja tulla myös hoidetuksi kotonaan sairauksien yllättäessä. Terveystieteiden tutkimuksissa pitäisi olla tarkemmin kirjattuna kotisairaaloiminnan toteuttamiseen liittyvät yksityiskohdat. Tällä hetkellä palveluiden tuottajat joutuvat soveltamaan asetuksia omien käytäntöjen mukaisesti esimerkiksi sairaalakäyttöön tarkoitettujen lääkkeiden kotona toteutettavan lääkeshoidon osalta. (Poukka 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat yhdessä antaneet Laatusuosituksen (2013) hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Suosituksen tavoitteena on turvata hyvä, terveyttä ja toimintakykyä tukeva ikääntyminen tarjoamalla vaikuttavat ja riittävän laadukkaat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille ihmisille. Laatusuosituksen tavoitetta voivat hyödyntää oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa monet eri tahot, kuten kuntaorganisaatiot, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat.

Ennusteiden mukaan (Tilastokeskus 2013, 15, 67; Kunnallisalan tutkimussäätiö 2014, 15–16) Suomen väestö vanhenee ikärakenteeltaan kovaa vauhtia. Ennusteissa koko maan väestön kasvusta 90 % on yli 75-vuotiaiden määrän kasvua. Juuri ikäihmiset tarvitsevat lisää hoivaa ja on myös tutkittu, että palveluiden tarve kasvaa erityisesti parin viimeisen vuoden aikana ennen kuolemaa. Kaikkiaan vuoteen 2040 mennessä ikäihmisten eli yli 65-vuotiaiden määrän arvellaan nousevan koko maassa kolmen vuoden takaisesta 980 000 hengestä yli 1,5 miljoonaan eli heidän osuus koko maan väestöstä kasvaa silloisesta 18 prosentista yli 26 prosenttiin. Lapin maakunnassa asuu noin 180 000 asukasta. Ennusteen mukaan ikääntyminen on vielä nopeampaa Lapissa verrattuna koko maahan. Yli 65-vuotiaiden osuuden Lapin maakunnan väestöstä ennustetaan kasvavan jopa 28,9 prosenttiin. (Lapin liitto 2015.) Tilastojen mukaan Sodankylässä oli tänä vuonna 2016, kesäkuun lopussa, 2181 yli 65-vuotiasta asukasta. Ikääntyvien määrän kasvu ja terveyskeskusten vuodeosastojen ylikuormittuminen pakottavat kunnat ja julkisen terveydenhuollon organisaatiot suunnittelemaan ja kehittämään uusia palvelumuotoja sekä tekemään entistä tiiviimpää yhteistyötä keskenään, jotta voidaan turvata ikäihmisille riittävien palveluiden saanti ja sujuvat palveluketjut.

3.2 Palveluiden järjestämisvastuu ja resurssit

Kunnilla on sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu ja niistä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Vuonna 2015 voimaan tulleen uuden kuntalain (410/2015) tarkoituksena on edistää kunnan toiminnan suunnitelmallisuutta ja taloudellista kestävyyttä. Kunnat on veloitettu lain mukaan ikääntyneiden palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen. Suunnittelussa tulee painottaa kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. (Vanhuspalvelulaki 980/2012 § 1-2). Parhaaseen mahdolliseen tulokseen päästään tekemällä tiivistä yhteistyötä yli rajojen eri organisaatioiden välillä moniammatillisesti. Kuntien on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten ja ikääntyneitä väestöä edustavien järjestöjen kanssa, sekä laadittava yhdessä suunnitelma niistä toimenpiteistä, joilla tavoitteet toteutuvat. Moniammatillisesti toteutettu joustava yhteistyö mahdollistaa kotiin vietävien palveluiden lisäämisen.

Sodankylän kunnan vanhustyön kehittämissuunnitelma vuosille 2010 – 2018 pyrkii vastaamaan kunnan vanhusväestön lisääntyviin palvelutarpeisiin. Valtakunnallisten suositusten mukaan jokaisessa kunnassa tulee olla ajan tasalla oleva ikääntymispoliittinen ohjelma, joka turvaa ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja jonka kunnan poliittinen johtoon virallisesti hyväksynyt ja vahvistanut. Sodankylän kunnan ikääntymispoliittisen strategian lähtökohtina ovat sosiaali – ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja Lapin lääninhallituksen antamat suositukset, ottaen huomioon Sodankylän paikalliset olosuhteet.

Sote-uudistuksen myötä tulevat muutokset myös peruspalveluiden rahoituksessa ja palveluiden järjestämisessä johtavat siihen, että palveluiden tuotantotavat on ajateltava uudelleen ja pyrittävä järjestämään ne mahdollisimman joustavasti ja tehokkaasti. Tällainen kehitys edellyttää joustavia organisaatioita, jotka pystyvät reagoimaan palvelujen kysynnän muutoksiin nopeasti. (Sodankylän kuntastrategia 2014, 10.) Resursseja on nyt suunnattava enemmän koteihin ja palveluasumisyksiköihin, pois laitoshoidosta ja tarjottava jatkuvasti kasvavalle ikääntyneiden ihmisten määrälle riittävät palvelut. Kotisairaaloiminnan kehittäminen on yksi mahdollisuus laitoshoidon purkuun.

Perusterveydenhuolto muodostaa maan terveysjärjestelmän perustan. Kari Mattilan (2005) laatiman artikkelin mukaan kunnat antavat perusterveydenhuollon palveluita terveyskeskuksissa, työterveydenhuollossa sekä yksityisillä lääkäri- asemilla. Perusterveydenhuollon lääkäreille saapuvista potilaista alle kymmenen prosenttia ohjataan erikoissairaanhoidon. Terveystenhuollon hyvän toimivuuden kannalta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sujuva yhteistyö on keskeinen tekijä. Jatkuvasti pyritään parantamaan organisaatioiden välistä tiedonkulkua, poistamaan hoidollisia päällekkäisyyksiä ja rakentamaan joustavia, organisaatioiden rajat ja jopa kuntarajat ylittäviä hoitoketjuja.

Lapin sairaanhoitopiiri on 15 kunnan omistama kuntayhtymä, joka vastaa väestön erikoissairaanhoidon palveluista. Niitä ovat päivystys- ja ensihoito, medisiininen hoito, operatiivinen hoito, psykiatrisen hoito sekä sairaanhoidolliset tukipalvelut. Palveluihin kuuluu lisäksi päihdeongelmaisten hoito ja kuntoutus yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Lapin sairaanhoitopiirin (2015) tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisussa, *Sairaala sote-kuntoon*, Eva Salomaa toteaa, että on tärkeää pitää mielessä sote-uudistuksen keskeiset tavoitteet. Niitä ovat entistä sujuvammasta palvelu- ja hoitoketjut, asiakaslähtöisyys ja palvelujen tuottaminen uusilla tavoilla vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015.)

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin muodostavat Kemin ja Tornion kaupungit sekä Keminmaan, Simon, Tervolan ja Ylitornion kunnat. Tavoitteena on edistää alueen ihmisten hyvinvointia tarjoamalla laadukasta, oikein kohdennettua hoitoa potilasta kunnioittaen. Toiminta toteutetaan yhteistyössä kuntien, perusterveydenhuollon ja pohjoisen Suomen sairaanhoitopiirien kanssa. Sairaanhoitopiiri kehittää jatkuvasti osaamistaan ja palveluitaan, jotta se voi tarjota nykyaikaista ja asiantuntevaa hoitoa myös tulevaisuudessa. Sairaanhoitopiirin ylläpitämät yleissairauksien erikoissairaanhoidon palvelut on keskitetty Kemissä sijaitsevaan Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Psykiatrian erikoissairaanhoidon avopalvelut on hajautettu jäsenkuntiin ja sairaalapalvelut tuotetaan Torniossa sijaitsevassa Keroputaan sairaalassa, joka hallinnollisesti kuuluu keskussairaalaan. Kemin, Tornion, Keminmaan, Simon ja Tervolan terveyskeskusten yhteispäivystys toimii Länsi-

Pohjan keskussairaalassa arkisin klo 16.00 - 08.00 ja viikonloppuisin ja arkipyhinä ympäri vuorokauden. Ylitornion terveyskeskuspäivystys toimii Länsi-Pohjan keskussairaalassa arkisin klo 20.00 - 8.00. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2016.)

Lapin luotsin (2015) tekemän selvityksen mukaan tilanne peruspalveluiden saatavuudessa ja laadussa on Lapin maakunnassa pääosin hyvä. Kuntien välillä on kuitenkin suuria eroja. Uuden hallitusohjelman myötä on huoli siitä, että peruspalveluiden tarjonta saattaa vähetä. Lapin pitkät etäisyydet, harva asutus, huonot tietoliikenneyhteydet ja jatkuvasti pienenevät taloudelliset resurssit hankaloittavat palveluiden turvaamista. Väestön vanheneminen ja keskittyminen kaupunkeihin ja taajamiin pakottaa miettimään uudenlaisia palvelujen tuottamistapoja etenkin maaseuduilla ja muilla harvaan asutuilla alueilla. Tästä johtuen välimatkat ovat pitkiä myös eri terveydenhuollon yksiköiden välillä ja se erityisesti haastaa kuntia järjeistämään toimintaansa, kun ne pyrkivät tuottamaan laadukkaita terveyspalveluita taloudellisesti ja vaikuttavasti.

Lappilaiset kaupungit ja kunnat tekevät hyvää yhteistyötä ja sitä vielä tehostamalla päästään yhdessä kestävämmälle kehityssuunnalle. Erityisesti Rovaniemeltä Lapin keskussairaalaan pitäisi pystyä kotiuttamaan nopeammin potilaita kotikuntaan, mutta se ei läheskään aina onnistu Sodankylän terveyskeskuksen vuodeosastopaikkojen ollessa täynnä. Kittilä, Ivalo ja Pelkosenniemi ovat tämän vuoden puolella myös ottaneet Sodankylän kunnan asukkaita hoidettavakseen, kun laitospaikat ovat olleet täynnä. Liikettä tapahtuu turhaan myös toiseen suuntaan, eli päivystyksestä joudutaan lähettämään potilaita erikoissairaanhoidon, sellaisissakin tilanteissa, joissa perusterveydenhuollontasoinen hoito olisi potilaalle riittävä.

3.3 Sodankylän terveyskeskuksen ja vanhustyön nykytila

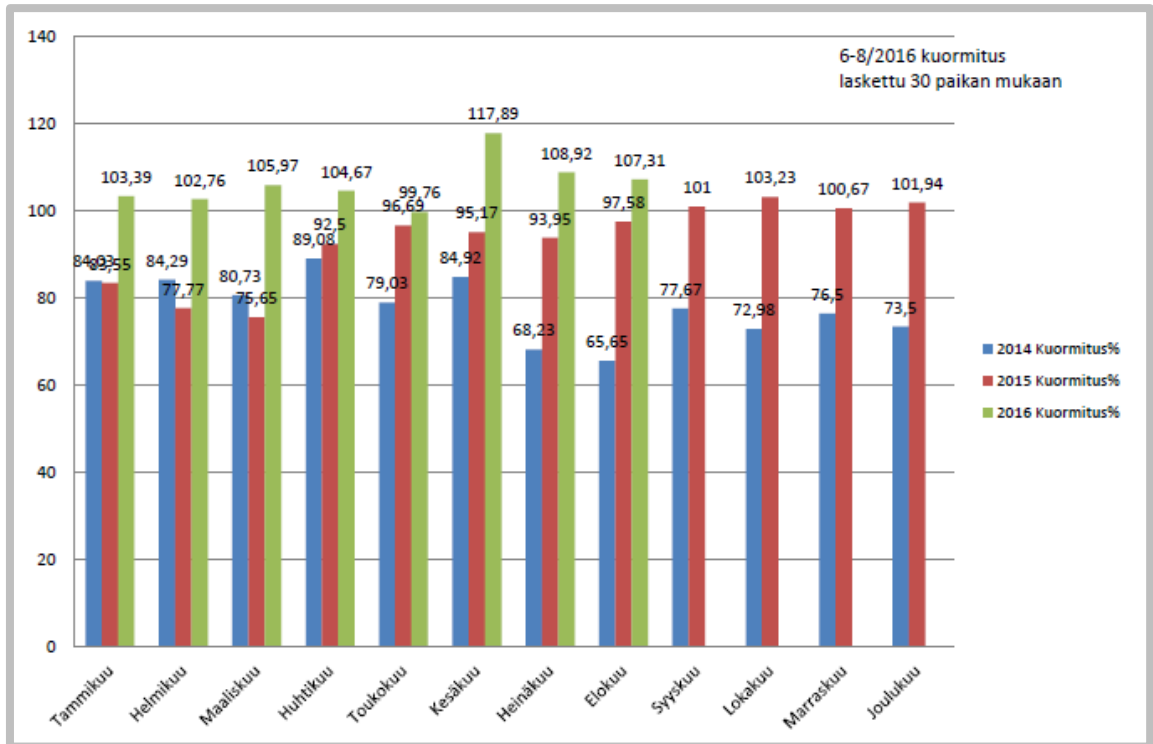
Sodankylän terveyskeskus tuottaa tällä hetkellä kuntalaisille laadukkaat ja oikea-aikaiset perusterveydenhuollon alaiset sairaalapalvelut. Päivystyspoliklinikka toimii viikon kaikkina päivinä klo 8 - 21. Yöaikainen potilaspäivystys on siirtynyt 2.6.2014 alkaen Rovaniemelle ja toimii klo 21 – 8 Lapin keskussairaalan yhteispäivystyksessä. 1.1.2016 alkaen yöaikainen sairaanhoitajien puhelimitse tekemä hoidon tarpeen arviointi siirtyi vuodeosaston sairaanhoitajille. Hoitoa tarvitsevat

pääsevät sairaanhoitajan vastaanotolle hoidon tarpeen arvioinnin mukaisesti 1-3 arkipäivän sisällä tai lääkärin vastaanotolle 5-6 päivän kuluessa, kun kyse on kiireettömästä hoidon tarpeesta. Sodankylän terveystalossa toimii 40-paikkainen vuodeosasto, jossa annetaan perusterveydenhuollon sairaanhoitoa ja hoidetaan myös pitkäaikaista laitoshoidon tarvitsevia potilaita. Vuodeosastolla toteutetaan kuntoutumista tukevaa ja voimavaralähtöistä hoitotyötä moniammatillisesti. Hoitotyön tavoitteena on toteuttaa potilaiden tarpeista lähtevää, toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa. (Sodankylän kunta 2016.) Tulevaisuuden suunnauksena on, että vuodeosaston pitkäaikaishoidon saadaan vähennettyä ja hoitoajat lyhennettyä parantamalla palveluketjujen sujuvuutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja vanhustyön eri organisaatioiden välillä.

Sodankylässä ikäihmisille tarjotaan ympärivuorokautista, sosiaalihuollon alaista hoitoa ja hoivaa, kolmessa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Niitä ovat Hannuksenkartano ja Nutukas, jotka ovat Sodankylän kunnan omistamia yksiköitä ja Helmikoti, jonka omistaa Sodankylän Vanhustenkotiyhdistys ry. Kunta järjestää kaikkiin tehostetun palveluasumisen yksiköihin henkilökunnan ja erilaiset palvelut. SAS-työryhmä on moniammatillinen ryhmä, joka kokoontuu kerran kuukaudessa käsittelemään asiakkaiden palveluasumiseen sijoittamiseen liittyviä asioita. Hannuksenkartano tarjoaa hoitoa ja valvontaa kodinomaisessa ympäristössä, vaativille asiakkaille. Lisäksi siellä järjestetään asiakkaille omaishoitajien lomien ajaksi lyhytaikaisia hoitajaksoja. Asuntosiipeä on neljä: Väarti, Ponku, Saaga ja Veiki. Nutukas on tarkoitettu keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastaville ikäihmisille. Nutukkaassa asutaan kodinomaisissa pienryhmäkoteissa. Pienryhmäkoteja on viisi: Tiuhta, Peski, Kontti, Pieko ja Risku. Helmikoti on yksikkö muistisairaille vanhuksille. Helmikodissa asutaan kodinomaisissa pienryhmäkoteissa tai palveluasunnoissa. (Sodankylän kunta 2016.)

Vanhuspuolella on meneillään laaja remontti ja laajennus Helmikodin palveluasumisyksikössä. Yksikköön saadaan remontin jälkeen lisätilat kymmenelle tehostetun palveluasumisyksikön vaativalle asukkaalle. Helmikodin remonttityöt aloitettiin maaliskuussa 2015 ja valmista pitäisi tulla lokakuussa 2016. Helmikodin asukkaita on sijoitettu remontin ajaksi kahteen muuhun tehostetun palvelun asumisyksikköön, Hannuksenkartanoon ja Nutukkaaseen sekä terveystaloksen

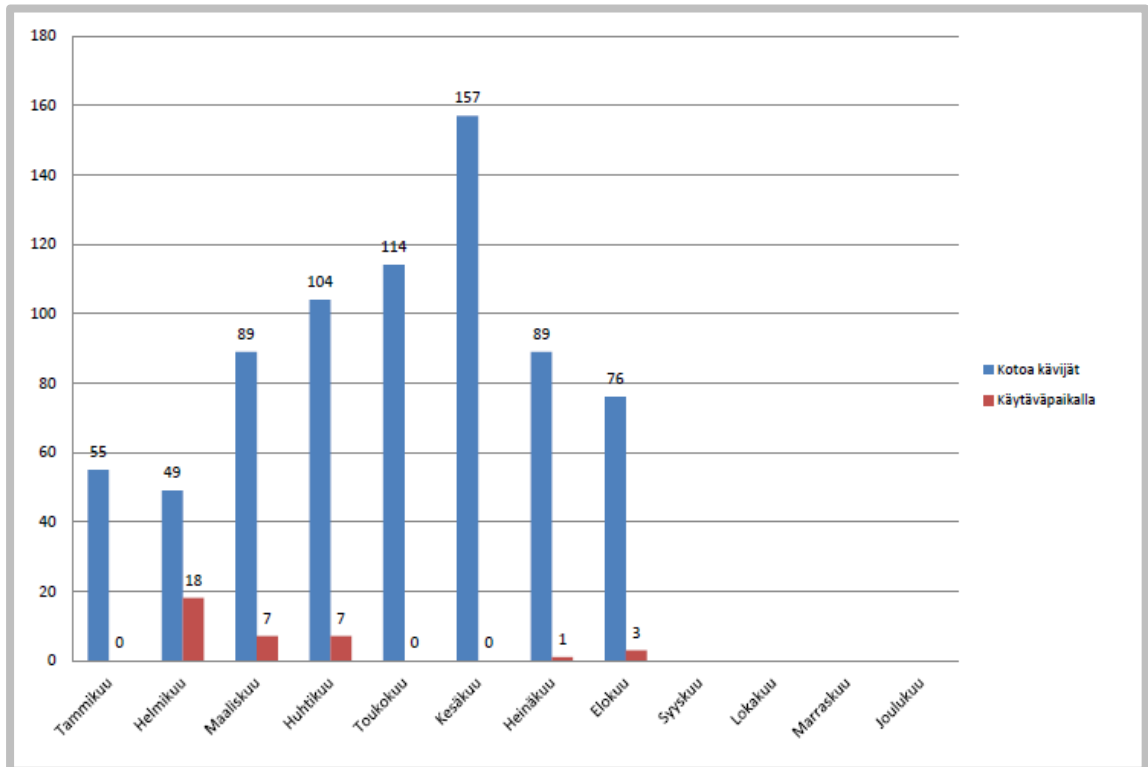
vuodeosastolle. Eli remontin ajan terveystakeskuksen vuodeosastolla vallitsee poikkeustilanne, sillä osasto toimii väistöttilana Helmikodilta siirretyille kymmenelle asukkaalle ja vuodeosaston paikkatilanne on tämän vuoksi pudotettu neljästäkymmenestä potilaspaikasta kolmeenkymmeneen potilaspaikkaan. Poikkeustilanteesta on seurannut vuodeosaston ylikuormittuminen, jota alla oleva (Kuvio 1) havainnollistaa.



Kuvio 1. Sodankylän terveystakeskuksen vuodeosaston kuormituksen kuukausittainen vertailu vuosina 2014–2016 (Hoppula 2016.)

Ylikuormittumisesta on seurannut kotiuttamisten ruuhkautuminen ja kustannusten kasvu. Sodankylän kunnan asukkaille on jouduttu poikkeustilan vuoksi ostamaan vuodepaikkoja lähikuntien terveystakeskuksista, kuten Kittilästä, Pelkosenniemeltä ja Ivalosta sekä pitämään potilaita turhaan erikoissairaanhoidon yksikössä. Helmikodin remontin valmistuttua Sodankylän kunnassa tehostetaan ja lisätään kotiin annettavia palveluja ja käynnistetään Sodankylän Kotisairaalan toiminta vuoden 2017 alusta alkaen. Vuodeosastolla on seurattu käsikirjanpidolla vuoden 2016 alusta alkaen kotisairaalatyyppisten kotoa käyvien potilaiden määriä. Seuraava pylväskuvio (Kuvio 2) osoittaa, minkä verran kotisairaaloitoa mahdollisesti tarvitsevia, kotona asuvia potilaita, on tänä vuonna kuukausittain

hoidettu vuodeosastolla. Tästä potilasmäärästä voidaan jo päätellä, että kotisairaalan tarve on ilmeinen.



Kuvio 2. Vuodeosaston kotisairaالاتyyppiset potilaat tammi-elokuussa 2016 (Hoppula 2016.)

Kustannustehokkuudella ymmärretään yleisesti, että kun palvelua voidaan toteuttaa mahdollisimman edullisesti kustannuksia säästäen ja silti toiminta on edelleen tehokasta ja sillä on vaikutusta, toimitaan kustannustehokkaasti. Kangasharju (2008) on määritellyt palveluiden tuottamisen kustannukset ja tästä seuraavan kustannustehokkuuden erittäin ymmärrettävästi. Yhden tuotantoyksikön, esimerkiksi sairaalan, palvelutuotannon kustannukset syntyvät palveluiden tuottamiseen käytettyjen panosten määrästä ja panosten hinnoista. Panos tarkoittaa tässä hoitohenkilökunnan tekemää työtä. Lisäksi siihen lasketaan kuuluvaksi työtilat ja käytettävät laitteet sekä lääkkeet. Panosten hinta koostuu luonnollisesti työpanoksen tekijän ansiotasosta, toimitilojen kustannuksista ja hoitoon käytetyistä välineistä. (Kangasharju 2008, 9.) Myös Petrin (2010) on tutkimusartikkelissaan osoittanut, että organisaation kustannusten lasku on suurelta osin seurausta tehokkaammasta henkilökunnan osaamisen hyödyntämisestä ja työn uudesta koordinoinnista. Samalla sen on havaittu tuovan hoitohenkilöstölle positiivisia seurauksia. Työtyytyväisyys on lisääntynyt, työmoraali ja innostuneisuus

ovat parantuneet, työuupumustapaukset ovat vähentyneet ja työntekijät ovat pysyneet pidempään ja sitoutuneet organisaation toimintaan. (Petri 2010, 79.)

Kun tuotantoyksikkö valitsee eri panoksista (lääkärin tai sairaanhoitajan tekemä työ) edullisemman, sen panoskäyttö on alloktiivisesti tehokasta. Alloktiivinen tehokkuus kasvaa esimerkiksi silloin, kun vähän hoitoa vaativat asiat hoituvat sairaanhoitajan tekemänä ja lääketieteellisesti vaativimmat asiat ohjataan lääkäreille. Kun käytössä on lisäksi paras mahdollinen teknologia tehokkuuden saavuttamiseksi, voidaan puhua kustannustehokkaasta toiminnasta. (Kangasharju 2008, 11 – 12.) Sairaالاتasoisen hoidon kustannuksia voidaan näin säästää järkevällä suunnittelulla ja moniammatillisen yhteistyön tuloksena. Suomalaisen kotisairaالاتoiminnan kustannustehokkuudesta ei ole olemassa aivan tarkkaa tutkimustietoa, mutta toiminnan on arvioitu olevan jopa puolet edullisempaa kuin vuodeosastohoito (Poukka 2009).

Kun kotiin annettava hoito järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (912/19923 §:n 6 momentissa) mukaisena kotisairaالاتoimintana, potilaan maksamaan palvelumaksuun sisältyvät myös lääkehoidosta kertyvät kustannukset. Tällöin kotisairaالاتan hoitomaksuun sisältyvät lääkärin määräyksen mukainen hoito, sairaanhoitajien kotikäynnit ja hoidon toteuttaminen, käytettävät lääkkeet ja nesteet, näytteiden otto sekä hoidon toteutuksessa käytettävät välineet. Kotisairaالاتa vastaa hoitajakson aikana potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja seurannasta. Jatkohoidon ohjaus on myös olennainen osa hoitoa ja sisältyy hoitomaksuun. Kotisairaالاتan hoitomaksu kerryttää maksukattoa. Seuraavassa taulukossa näkyy hoitopäivämaksujen vertailua Sodankylän vuodeosaston, erikoissairaالاتhoidon ja Sodankylän Kotisairaالاتan kesken. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) on eritelty maksun suuruus potilaalle sekä hoidosta kunnalle aiheutuva kustannus.

Taulukko 1. Hoitopäivämaksujen vertailu (Hoppula 2016)

	Potilas/asiakas	Kunta
Sodankylä vuodeosasto	49,50 €/22,80 €	284,25 €
LSHP/Erikoissairaanhoido/sisätaudit	41,50 € /19,20 €	370,00 € 725,00 € 1094,00 € 2050,00 € 4200,00 €
LSHP/Erikoissairaanhoido/kirurgia	41,50 € /19,20 €	578,00 € 641,00 € 659,00 € 759,00 € 817,00 € 1021,00 €
Kotisairaala/kotikäynti (1-3*/vrk)	25,00 €	185,73€ (kotisaattohoito 325 €)
Kotisairaala/palveluasumisyksikkö	9,60 €	

3.4 Kotisairaaloiminnan kehittämisen haasteita ja hyötyjä

Kotisairaaloiminnan kehittämisessä on aikaisempien tutkimusten perusteella noussut esiin monia haasteita. Tässä luvussa esittelen muutamia esiin tulleita haasteita, joita tutkimusten mukaan ovat iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen, laitoshoidon jonojen purkaminen, geriatrisen osaamisen lisääminen, palveluiden oikea kohdentaminen sekä kunnallisen päätöksenteon luomat haasteet. Kotisairaaloimintaa koskevia kotimaisia tutkimuksia ja artikkeleita hain hakusanoilla: kotisairaala, kotisairaaloiminta, sairaalatasoinen hoito ja tehostettu kotisairaanhoido. Kansainvälisiä tutkimuksia hain hakusanoilla home hospital, hospital at home ja nursing at home.

Kotisairaaloimintaa on meillä kansallisesti tutkittu aika vähän. Tutkimukset ovat liittyneet pääasiassa kotisairaalayksiköiden tekemiin tyytyväisyyskyselyihin, jotka on suunnattu kotisairaalahoidoa saaville potilaille ja heidän omaisilleen. Aikaisemmat tutkimukset ovat käsitelleet muun muassa kotisairaalan toiminnassa mukana olevien omaisten ja potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja sairaanhoitajien tyytyväisyyttä omaan työhönsä kotisairaalan hoitajina. Kotisairaaloiminta on tutkimuksissa rinnastettu toteutettavan hoitotyön perusteella tehostettuun kotisairaanhoidoon, josta löytyy jonkin verran enemmän tutkimustietoa. Myös ammattikorkeakoulujen opiskelijat ovat tehneet kotisairaaloiminnan varsinaista toimintaa koskevia ja hoitajien kokemuksia kuvaavia opinnäytetöitä aiheeseen liittyen.

Seuraavaksi muutama kotimaassa tehty tutkimus kotiin annettavan hoidon toteuttamisessa ilmenneistä haasteista.

Turjamaa (2014) on kuvannut ja arvioinut väitöskirjassaan sitä, miten iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavaroja voidaan tunnistaa ja tukea sekä itse asiakkaiden että henkilökunnan lähtökohdista. Hänen tutkimuksensa koostui neljästä osatutkimuksesta, joiden aineisto oli kerätty erilaisista lähteistä. Ensimmäisessä osatutkimuksessa aineistona oli ollut iäkkäiden voimavaroja käsittelevät aiemmat tieteelliset artikkelit (n=17). Toisessa osatutkimuksessa aineisto kerättiin tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidon henkilökunnan (n=32) ryhmähaastatteluista. Kolmannen osatutkimuksen aineisto koostui kotihoidon asiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmista (n=437). Neljännen osatutkimuksen aineisto kerättiin videoimalla kotikäyntejä ja haastatteleamalla virikkeitä antavien kotihoidon hoitajia (n=14) sekä heidän asiakkaitaan (n=23).

Tutkimustulokset osoittivat, että iäkkäät asiakkaat ja kotihoidon henkilökunta pitivät sosiaalisia suhteita erittäin tärkeinä kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavaroina. Niihin liittyivät tärkeänä osana perhe- ja ystävyysuhteet sekä luottamuksellinen suhde heitä hoitavan kotihoidon henkilöstön kanssa. Mielekkään arjen mahdollistivat kokonaisvaltainen toimintakyky ja mahdollisuus selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Positiivinen elämänasenne ja itseluottamus olivat myös tärkeitä arjessa selviytymisen keinoja. Voimavaroja tukevinä tekijöinä koettiin kotihoidon palvelut sekä ympäristön riittävä turvallisuus ja toimivuus. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunnan päivittäisessä hoitotyössä voimavarojen huomiointi ja tukeminen oli melko vähäistä. Asiakkaan luona tapahtuva työskentely koettiin usein kiireiseksi ja asiakkaan puolesta tehtiin paljon asioita. Lisäksi työskentely tuntui päivittäisten toimintojen ja lääkehoidon toteuttamisen osalta rutiinomaiseksi suorittamiseksi. Myös hoito- ja palvelussuunnitelmat tehtiin enemmän hoitotyön suorittamisen lähtökohdista eikä asiakkaan voimavaroja huomioitu riittävästi. Jotta todella edistettäisiin iäkkäiden asiakkaiden kotona asumista, tarvitaan yksilöllisesti suunniteltuja kotihoidon palveluita. Palveluiden toteuttamisen tulisi lähteä aina asiakkaan voimavarojen tukemisen tarpeesta ja toimintakyvyn tarkastelusta.

Finne-Soveri ym. (2014) osoittivat terveydenhuollon tutkimuksessaan, miten Porvoon kaupungissa laitoshoidon jonojen purku säästösyistä, kotihoidon geriatrisen osaamisen tehostaminen ja lääkäreiden tavoitettavuuden lisääminen puhe- ja kuuloapuvälineiden käyttöön vaikuttivat kotihoidon laatuun ja terveydenhuollon menoihin. Tutkimuksessa analysoitiin yhteensä 125 931 kotihoidon asiakkaan RAI (resident assessment instrument) -arviointia 30 kunnasta, joista Porvoosta oli 2 523 asiakasta. Tilastollisina menetelminä käytettiin suoria jakaumia. Asiakkaiden tarpeita kuvattiin kolmella mittarilla: kognitio, palveluntarve ja terveydentilan vakaus. Hoidon laatua kuvaavien indikaattoreiden (n = 28) aihealueet olivat 1) fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky (n = 9), 2) turvallisuus (n = 3), 3) oireiden ja kärsimyksen lievittäminen (n = 6), 4) toimintakyvyn riskitekijät (n = 4) ja 5) terveydentila, hoidot ja palvelut (n = 6).

Keskeisten tutkimustulosten mukaan laitoshoidon vähentämisestä ja entistä sairaampien potilaiden kotiuttamisesta huolimatta, onnistuttiin parantamaan kotihoidon laatua lisäämällä geriatrista asiantuntemusta ja hoitajien osaamista. Kotihoidon asiakkaiden perinteiset sairaalahoitajaksot vähenivät kolmanneksella lähtötasosta, terveydentilaa onnistuttiin vakauttamaan ilman sairaalapalveluihin turvautumista ja turvallisuus kehittyi parempaan suuntaan. Terveyskeskussairaalan ja erikoissairaanhoidon käytön väheneminen toi kaupungille 1,2 miljoonan euron säästöt yhden vuoden ajalta. Haasteena koettiin entistä huonokuntoisempien potilaiden raskas hoitotyö niukkojen hoitajaresurssien vuoksi.

Karlsson & Noro (2014) Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta ovat selvittäneet artikkelissaan suomalaisen vanhustenhuollon päällimmäisiä haasteita. Nämä haasteet nousivat esiin, kun vanhushuollon tilaa selvitettiin koko maassa ennen vanhuspalvelulain voimaan astumista vuonna 2013. Selvityksen perusteella tarkempia toimenpiteitä vaativiksi asioiksi nousivat talous ja voimavarat, laitoshoidon purkaminen ja voimavarojen kohdentaminen, asiakasnäkökulma sekä kunnallisen päätöksenteon haasteet.

Selvityksen mukaan henkilöstön asiantuntemus tulisi kohdentaa joustavasti kotihoitoon niin, että asiakkaiden tarpeet arvioidaan mahdollisimman monipuolisesti ja tarjotaan apua, hoitoa ja palvelua oikeaan aikaan. Samalla on havaittu tarve kehittää kotihoidon prosesseja, jotta hoitoa ja etenkin kuntoutusta voidaan antaa

kotiin. Tärkeäksi koetaan, että ikäihmisten sairaalahoitojaksoja lyhennettäisiin ja heidät kotiutettaisiin mahdollisimman nopeasti esimerkiksi tehostetun kotihoidon ja kotona tapahtuvan kuntoutuksen avulla. Esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeen fysioterapeutit antaisivat kuntoutusta asiakkaan kotona, hänen omassa toimintaympäristössään. Myös omaiset tulisi ottaa mukaan asiakasta koskevaan päätöksentekoon, jotta yhteistyössä voitaisiin suunnitella, minkälaisella panoksella he voivat hoitoon osallistua. Yhteisen näkemyksen luominen ja sitouttaminen on tärkeää hoidon toteuttamisen kannalta. Sekä potilaan että omaisten sitouttaminen vaatii entistä tiiviimpää yhteistyötä ja vuorovaikutusta.

Ulkomailla kotisairaaloimintaa on tutkittu myös vielä vähän. Muutama kansainvälinen tutkimus kustannushyödyistä on tehty, mutta tulokset eivät ole voineet aukottomasti osoittaa, voidaanko kotiin annettavalla sairaalatasoisella hoidolla saavuttaa merkittäviä säästöjä. Eräs Englantilainen tutkimus on osoittanut monia hyötyjä, mutta myöskin haasteita, mitä sairaalatasoisen hoidon vieminen kotiin on tarjonnut. Hyötyjä ovat olleet muun muassa moniammatillisena yhteistyönä toteutetun kotihoidon tuoma turvallisuudentunne, jota aktiivinen puhelimen kautta annettu ohjaus on vahvistanut. Yhteistyön on todettu myös vahvistuvan eri toimijoiden kantaessa oman vastuunsa palveluiden järjestämisessä.

Dean (2013) kertoo artikkelissaan muutamia hyötyjä, joita kotiin annettavien palveluiden lisääminen on tuonut iäkkäämmille ihmisille Englannissa. Siellä palvelujen tarjoajat ovat yhdistäneet voimansa ja tarjosivat kotiin akuuttihoitoa, mielen-terveyspalveluja ja sosiaalipalveluja. Lääkäri ja sairaanhoitajat ovat muuttaneet työskentelytapojaan niin, että ikäihmiset ovat voineet välttää siirtymisen perinteiseen sairaalahoitoon. Hoitotyön painopistettä on siirretty enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan. Ja kun hoitoa tehdään yhdessä ja tavataan muiden yksiköiden hoitajia, saadaan suoraan oikea aikaista tietoa, miten jokainen tilanne kannattaisi tehokkaimmin hoitaa. Sairaalaista kotiuttamiset voidaan toiminnan vakiintuessa hoitaa nopeammin ja kotiin pääseminen tukee monin tavoin potilaan toimimista. Vaikka kotiin annettavat palvelut tuovat hyötyjä, mukaan mahtuu myös haasteita. Tässä artikkelissa kerrottiin monimutkaisten organisaatiorakenteiden tuovan toisinaan esteitä sujuvan yhteistyön toteutumiselle.

4 HOITOTYÖ KOTISAIRAALA YMPÄRISTÖSSÄ

4.1 Kotona tapahtuva hoitotyö

Kotona tapahtuva hoitotyö ja kaikenlainen kotona asumisen tukeminen auttavat aikuisväestöä ja etenkin ikäihmisiä säilyttämään omat voimavaransa ja pysymään aktiivisina ja elämänhaluisina. Arkisiin toimintoihin tarvittavat taidot pysyvät yllä ja elämä on laadukkaampaa kotona asuvilla kuin laitoshoidossa olevilla. Kotona perheen sisällä ollaan jatkuvassa vuorovaikutuksessa, jossa erilaisten roolien kautta kukin vaikuttaa toistensa terveyteen. Näin perherakenne voidaan nähdä perheen terveyttä ennustavana tekijänä. Kodin on todettu olevan tärkeä paikka, jota ei nähdä vain materiaalisena asuntona, vaan perheen yhteisenä tilana ja henkisenä suojapaikkana. Kotona asuminen nähdään osoituksena hyvästä terveydestä ja elämänhallinnasta ja usein iäkkäämmän ihmisen kotona asuminen antaa myös muille perheenjäsenille turvallisuuden tunteen. Yleensä sekä vanhemmat että lapset haluavat, että kotona asumista voitaisiin jatkaa yhdessä mahdollisimman pitkään. (Palomäki 2014, 25, 95.) Koti on hoitopaikkana ihanteellinen potilaalle, sillä hän saa herätä silloin kun haluaa ja pystyy säilyttämään oman päivä- ja ruokailurytmensä. Levätä voi aina kun siltä tuntuu ja perheenjäsenen tuki on aina tarvittaessa läsnä. (Agge 2016, 20.)

Ihmisen hoitamiseen ja hoitotyöhön, niin myös kotona toteutettavaan hoitotyöhön, tarvitaan hoitotieteen arvokasta näkökulmaa, kun tarkastellaan hoitamisen keskeisiä ilmiöitä eli ihmistä, terveyttä, kärsimystä, hoitamista, hoitotyötä ja ympäristöä. Tieteen tehtävänä on kehittää tietoa moniin erilaisiin tarkoituksiin ja tutkimuksessa käytettävät keskeiset käsitteet on tärkeää määritellä ja ymmärtää niiden merkitys, jotta tiedetään mitä niillä tarkoitetaan yleisellä, teoreettisella tasolla ja mikä asiakokonaisuuden kannalta on keskeistä. (Eriksson ym. 2012, 34–35.) Siksi teoreettisen tiedon tuottamisen tavoitteena on kuvata hoitotieteen peruskäsitteitä ja niiden välisiä suhteita mahdollisimman kattavasti ja kokonaisvaltaisesti. Kun haetaan tieteellistä tietoa tutkittavista ilmiöistä, keskeisten käsitteiden avulla selkeytetään lukijalle tutkimuksen sisältö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 146–147.)

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa, kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Valvira 2015.)

Kotisairaanhoido on potilaan kotiin vietävää, terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa sairaanhoitoa. Kotona toteutettuna se helpottaa potilaan sairaalasta kotiutumista ja hänen kotona selviytymistään. Samalla kotisairaanhoido tukee omaisia heidän työssään hoitaa sairasta läheistään kotona. Kotisairaanhoido lasketaan kuuluvaksi erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimenpiteet. Niitä ovat muun muassa näytteiden ottaminen, erilaiset mittaukset, lääkityksen toteuttaminen ja valvominen sekä asiakkaan voinnin seuraaminen ja kivun lievittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Kotisairaalahoido määritellään terveydenhuoltolaissa (2011, 25§) ja sosiaali- ja terveysministeriön määritelmässä (2016) hoidoksi, joka on usein määräaikaista ja melko lyhytaikaista. Hoito toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti potilaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa, kuten palveluasumisyksiköissä. Parhaaseen tulokseen päästään, kun hoito voidaan järjestää moniammatillisesti, potilaan tarpeet huomioivana eli asiakaslähtöisenä terveyden- tai sairaanhoidona. Sitä voidaan verrata tehostettuun kotisairaanhoido ja se voi olla joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoido ovat esimerkiksi kotihoitoon soveltuva erikoissairaanhoido ja saattohoito. Ero kotisairaalan ja kotisairaanhoidon välillä voi olla häilyvä. Mikäli kotisairaalahoido pidetään selkeästi sairaalahoidon vaihtoehtona ja sitä annetaan vain lääkärin läheteellä, ero kotisairaanhoidon kanssa on melko selvä. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät aina myös hoitoon, kun taas kotisairaanhoidon asiakkaan on maksettava ne usein erikseen.

Kotisairaala on hoitoa toteuttava erillinen yksikkö. Yksikössä työskentelee omat lääkärit, sairaanhoitajat ja usein myös fysioterapeutti. Hoitoon lähettävä lääkäri tekee arvion potilaan soveltuvuudesta ja tarpeesta kotisairaalan asiakkaaksi. Suomessa kotisairaalahoidon asiakkaaksi tuleminen ja hoidon toteuttaminen vaativat lääkärin lähetteen, olemassa olevan diagnoosin ja hoitosuunnitelman. Hoitosopimusta voidaan muuttaa tarpeen vaatiessa. Kotisairaalan kiistaton etu

on joustavuus. Toiminta voidaan viedä myös vanhainkoteihin ja palvelutaloihin. Jos esimerkiksi anemiasta kärsivä, iäkäs ihminen tarvitsee hoitona punasolutiputusta, se voidaan toteuttaa vaivattomasti hoitokodin tutussa ympäristössä. Potilasta ei tarvitse siirtää laitoksesta toiseen ammattitaitoisen henkilökunnan vuoksi, vaan sairaanhoitajat tulevat potilaan luokse. Kotisairaalan voi hyvin muokata paikallisiin olosuhteisiin sopivaksi. (Poukka 2009.)

Kotisairaaloitten vastuu myös saattohoidosta kotona on viime vuosina kasvanut. Tavoitteena on, että sairaalahoitoa toteuttava, hoitotyön ammattilaisista koostuva yksikkö pystyy hoitamaan vaativatkin hoitotilanteet kotona. Potilaalla on oltava jatkuva hoitokontakti ja hänen on saatava lisäksi riittävästi psyykkistä apua lähestyvään, pelottavaan kuolemaansa. Saattohoito kotona edellyttää siksi potilaan kokonaisvaltaista ja turvallista hoitosuhdetta ja suurta omaisille annettavaa tukea. Suurin syy siihen, että potilas palaa pikaisesti takaisin sairaalaan, on usein omaisille annettava riittämätön tuki ja asioista tiedottaminen. Hoidon järjestäminen ei silloin vastaa potilaan ja omaisten tarpeisiin. (Hänninen 2013.) Potilaan jatkuva siirtäminen hoitopaikasta toiseen ei ole inhimillistä, eikä varmasti säästä kustannuksia. Asiakkaalle kotisairaalahoido merkitsee lisääntyneitä yksilöllisyyttä, valinnanvapautta ja vaihtoehtoja sekä asiakaslähtöisyyttä.

Saattohoito (hospice-hoito) on lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa silloin, kun elinaikaa odotetaan olevan vain päiviä tai viikkoja. Se voi olla osa palliativista eli oireita lievittävää hoitoa ja sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään inhimillisiä arvoja kunnioittaen. Käypähoito -suosituksen (2012) mukaan oireita lievittävä lääkehoito on vain yksi osa kuolevan hoitoa, joten on myös tärkeää huolehtia psykologisista, sosiaalisista ja hengellisistä ongelmista. Saattohoidossa kuolevalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Kotisairaala mahdollistaa tämän toteutumisen kotona tutussa ympäristössä ilman laitosisuutta. Tähän vaiheeseen siirtyminen on potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa tärkeä hoitopäätös, johon kirjataan saattohoidon sisältö mukaan lukien potilaan omat toiveet ja läheisten näkemykset. (Valvira 2008.)

Jyrkkiö & Hietanen (2015) kertoo tutkimusartikkelissaan, että yli 60 % ihmisistä toivoisi kuolevansa kotona. Ylilääkäri Hänninen Terhokodista osoittaa luvun olevan vieläkin suuremman 68,1 % (Hänninen 2016). Suomessa tämä toive voidaan toteuttaa melko harvoin. Syynä ovat eurooppalaisen palliatiivisen yhdistyksen (EAPC) selvityksen mukaan riittämättömät saattohoidon tukitoimet. Terveystieteiden ammattilaisten antaman hoitotyön yhtenä keskeisenä tavoitteena on elämän ylläpitäminen ja ihmisen kärsimyksen lievittäminen. Toisinaan hoitotyöhön liittyy läheisesti myös ihmisen tukeminen elämästä luopumisen vaiheessa. Hoitotyön tekijän on osattava tukea kuolevaa asiakasta ahdistuksessa, pelossa, luopumisen surussa ja tuskassa. (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 169–170.)

Valtakunnallisten saattohoitosuosituksien (2010) tarkoituksena on edistää ja yhdistää eri yksiköissä toteutettavia hyviä saattohoitokäytäntöjä ja tukea hoitohenkilökuntaa erilaisissa vaikeissa päätöksentekotilanteissa sekä turvata hyvä kuolema ihmiselle kuuluvana oikeutena muiden oikeuksien joukossa. Saattohoitosuosituksissa korostetaan kuolevan potilaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa ja inhimillisyyttä, joihin kotisairaalahoidolla voidaan vastata. Saattohoito-ohjeistuksessa käydään läpi elämän loppuvaiheeseen kuuluvan hoidon erityispiirteitä ja päätöksen teossa huomioitavia asioita.

Saattohoidossa korostuu niin sanottu palliatiivinen eli oireenmukainen hoito. Hoitolla pyritään hyvään perushoittoon, kohentamaan kuolevan oloa minimoimalla kipuja ja pahaa oloa sekä välttämään turhia hoitotoimenpiteitä. Näillä toimenpiteillä pystytään nostamaan elämän loppuvaiheen laatua. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 24, 171.) Kotona toteutettava saattohoito ja saattohoitopäätöksen tekeminen jää useimmiten perusterveydenhuollon vastuulle. Saattohoitoa toteuttavat usein kunnan kotisairaanhoidon ja kotisairaala yhteistyössä. Potilaalle saattohoitopäätös saattaa olla hyvin vaikea ja ahdistava tieto. Tästä syystä hoitoyksiköiden välisen yhteistyön tulee toimia saumattomasti, potilaan ja omaisten voimavarat huomioiden (Pihlainen 2010, 17). Kotisaattohoidon lähtökohtana tulee aina olla potilaan oma toivomus. Kotona toteutettavan hoidon suurena etuna on se, että potilaalla on mahdollisuus osallistua perheen asioihin ja olla mukana arjessa omien voimavarojensa mukaisesti.

Saattohoidon toteuttamiseen kotona tarvitaan ainakin yksi potilaan hoitoon osallistuva omainen, joka sitoutuu potilaan ja hoitajien yhteisiin suunnitelmiin. Kaikkien kotisaattohoidossa mukana olevien ja hoitoa toteuttavien henkilöiden vastuut tulee määritellä selkeästi. Etenkin potilaan ja omaisten on oltava kaikista järjestelyistä ja hoidon mahdollisuuksista riittävän hyvin tietoisia. Potilaan ja hänen omaisensa tai läheisensä täytyy aina saada yhteys potilasta hoitavaan hoitajaan tai lääkäriin, vuorokauden ajasta riippumatta. Potilaalla on oltava mahdollisuus siirtyä tarvittaessa laitoshoitoon milloin tahansa myös kellonajasta tai päivystyspisteen sijainnista riippumatta. Omaiset ja läheiset tarvitsevat riittävästi ohjausta, rohkaisua, kannustusta ja arvostusta, jotta he jaksavat hoitaa potilasta kotona. Kotisaattohoidon toteuttamisen esteenä tai keskeytymisen syynä on usein omaisten fyysinen ja henkinen jaksamattomuus ja riittämättömyys. Vapaaehtoisia tukihenkilöitä ja seurakunnan työntekijöitä voidaan käyttää apuna tukemassa perhettä. Kotisaattohoitoa voidaan toteuttaa myös kodinomaisissa laitoksissa kuten palveluasunnoissa, ryhmäkodeissa ja vanhainkodeissa. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 25.)

Kotona toteutettava hoito tukee luonnollisesti elämästä luopumista, koska potilas voi tehdä sen yhdessä läheistensä kanssa tutussa ympäristössä. Saattohoitoneuvottelussa asiakkaan, omaisten ja hoitajien kanssa linjataan yhdessä hoitoa ja sen mahdollisuuksia. Hoidossa on turvattava kuolevan ihmisen yksilöllisyyden säilyminen ja hänen tahtonsa kunnioittaminen. Potilaan tulee voida osallistua itseään koskeviin hoitoratkaisuihin ja kokea säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Saattohoito tarkoittaa hyvää perushoitoa ja hyvän elämänlaadun kokemista sairaudesta huolimatta, inhimillistä kohtelua sekä kipujen lievitystä. Tärkeä rooli hoitotyössä on myös läheisten huomioimisella ja tukemisella. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 171; Saattohoitosuositus 2010, 17.) Saattohoitopotilaan hoitamiseen liittyvät keskeiset arjen hoitotehtävät takaavat potilaalle, että hänestä pidetään hyvää huolta, hän tuntee olonsa turvalliseksi ja saa laadukasta hoitoa. Ilman läheisten ihmisten sitoutumista ja ammattilaisten osallistumista hoitoon, on mahdotonta toteuttaa riittävän laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa kotona.

4.2 Moniammatillinen ja asiakaslähtöinen hoitotyö

Yhä enenevässä määrin *moniammatillinen yhteistyö* nousee keskiöön, kun suunnitellaan, toteutetaan ja kehitetään hoitotyötä. Yleisesti moniammatillisuus mielletään eri organisaatioissa työskentelevien ammatti-ihmisten väliseksi yhteistyön tekemiseksi. Isoherrasen (2012, 22) mielestä kysymys on yhteistyöstä, jossa osallistujilla on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan. Siihen liittyvään ongelmaan tai tehtävään päätökseen haetaan ratkaisua yhdessä keskustellen. Seuraavassa on suora lainaus siitä, miten Isoherranen kuvaa moniammatillisen yhteistyön käsitettä väitöskirjassaan.

”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomiomaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsaa. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuista. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.”

Isoherrasen (2012) tutkimuksen mukaan moniammatillisessa yhteistyössä kohdataan usein myös monia haasteita pyrittäessä potilaslähtöiseen työskentelyyn. Haasteiksi voivat muodostua esimerkiksi roolit, vastuukysymykset, yhteiset käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Myöskin organisaatioiden rakenteet saattavat jarruttaa yhteisen tiedon ja toimintamallin luomista. Yleisesti on kuitenkin käsitys, että moniammatillinen yhteistyö tuottaa laadukasta ja luotettavaa tietoa ja kehittää organisaatioiden toimintaa, kunhan haasteita ei kasaudu liikaa estämään yhteistyön sujumista. (Isoherranen 2012, 5.)

Hoitotyön tutkimussäätiön (2015) julkaisun ja Petrin (2010) tutkimuksen tulokset osoittivat samoin, että ikääntyneiden hoitotyö edellyttää moniulotteista eri toimijoiden yhteistyötä ja kehittämistarpeina nousivat esille potilaiden kotihoito ja siir-

tyminen kodin ja laitoshoidon välillä. Keskeiseksi teemaksi on noussut ikäihmisten kotihoidon kokonaisvaltainen kehittäminen, joka vaatii laaja-alaista tarkastelua toimivien ratkaisujen kehittämiseksi ja käyttöönottamiseksi. Petrin mukaan moniammatillisen yhteistyöstä saatavat positiiviset vaikutukset näkyvät niin potilaiden hoidossa ja terveysalan ammattilaisten hoitotyön toteuttamisessa kuin koko organisaation toiminnassa. Potilaan hyötyinä hän mainitsi tutkimustuloksissaan hoidon ja hoivan laadun paranemisen ja tehostumisen, hoidon kokonaisvaltaisemman toteutumisen ja parempi potilastyytyväisyys. Sairaalassaoloajat olivat lyhentyneet ja myös toistuvat takaisin sairaalaan palaamiset olivat vähentyneet. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 3; Petri 2010, 78–79.)

Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön lisää tiedon ja osaamisen näkökulmia, joilla saadaan mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys kulloinkin kehitettävänä olevasta asiasta. Vastuu potilaan hoidosta ja vastuut yhteistyöstä, sekä vastavuoroinen riippuvuus tiimin jäsenten välillä ymmärretään Kvarnströmin (2008, 192) mukaan määrääviksi tekijöiksi, kun määritellään ammattiryhmien välistä ja ammattiryhmät ylittävää yhteistyötä, jota seuraava (Kuvio 3) pelkistetyllä, mutta erittäin kuvaavalla tavalla osoittaa.



Kuvio 3. Kotisairaalan moniammatillisen yhteistyön pelkistetty kuvio (Google-kuvahaku, hakusanoilla kotisairaala ja yhteistyö.)

Asiakaslähtöinen hoitotyö pitäisi nähdä sosiaali- ja terveysalalla kaiken toiminnan arvoperustana ja lähtökohtana. Asiakaslähtöisyys -periaatteen mukaan jokainen

asiakas on kohdattava ihmisarvoisena yksilönä, olipa hänen toimintakykynsä tai -vajeensa minkälainen tahansa. Asiakaslähtöisyyden keskeinen idea on se, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation, vaan enemmänkin asiakkaan tarpeista lähtien, mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulisi palvella ensisijaisesti asiakkaan tarpeita ja palvelua suunniteltaessa tarpeen tulisi nousta asiakkaan esilletuomista asioista ja kysymyksistä eikä organisaatiota tukevista ja hyödyttävistä tekijöistä. Tämä edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta aitoa vastavuoroista keskustelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla niin, että voitaisiin käyttää jo olemassa olevia palvelumahdollisuuksia uusien rinnalla kustannustehokkaasti. Asiakas on palvelujen keskipisteessä ja tarvittavat palvelut ja toiminnot suunnitellaan hänen lähtökohdistaan. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18.)

Järnström (2011) on väitöskirjassaan kuvannut asiakaslähtöisyyden koostuvan kolmesta tärkeästä ulottuvuudesta. Niitä ovat itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus sekä tiedonsaanti. Itsemääräämisoikeus antaa ikäihmisille mahdollisuuden tehdä omia valintoja ja päätöksiä vapaasti ja hallita kykyjensä mukaan omia asioitaan. Heidän tarpeitaan ja toiveitaan tulee kuunnella ja tarjota vaikuttamisen mahdollisuutta. Osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus toteutuu, kun ikäihminen voi itse määritellä ongelmansa, asettaa tavoitteensa yhteistyössä ammattilaisten kanssa ja osallistua tasavertaisesti hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon eli häntä pidetään arvokkaana kanssatoimijana. Kolmas tärkeä ulottuvuus on tiedonsaanti, joka on edellytys aktiiviselle osallistumiselle. Myös ikäihmisillä on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan ymmärrettävällä tavalla. (Järnström 2011, 48.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön perustuvaa ja hoidon on perustuttava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Asiakaslähtöinen toiminta takaa laadukkaan, turvallisen ja asianmukaisesti toteutetun hoidon.

4.3 Ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi ja terveys

Ihmisen hoitamisessa on otettava huomioon hänen kokonaisvaltainen hyvinvointinsa. Minkä enemmän ikää kertyy, sen tärkeämpää on huolehtia kaikista terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä osatekijöistä. Koska ikäihmisen toimintakyky on usein jo luonnostaan joiltakin osin rajoittunutta, täytyy panostaa entistä enemmän

niihin tekijöihin, jotka pitävät yllä heidän elämänhaluaan ja toimintakykyään. Elämä on elämisen arvoista silloin, kun fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista on huolehdittu riittävän hyvin.

Ikääntyneiden hoitotyö on ikäihmisen itsenäisen selviytymisen tukemista, huolenpitoa ja hoivaa. Vanhuspalvelulaki (980/2012), joka on astunut voimaan 2013, velvoittaa kuntia tukemaan ikääntyneen väestön toimintakykyä ja järjestämään heidän sosiaali- ja terveystalvet. Lain mukaan ikääntyneillä täytyy olla mahdollisuus vaikuttaa palveluiden kehittämiseen ja niiden sisältöön kunnassa ja lain tavoitteena on parantaa heidän mahdollisuuttaan saada laadukkaita palveluja. Lain toimeenpanon seuranta kuuluu Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen (2010) arvioivat tutkimusartikkelissaan suomalaisen aikuisväestön kokemaa elämänlaatua ja sen yhteyttä muun muassa terveystalvetjen käyttöön ja niistä saatuihin kokemuksiin. Heidän tutkimuksessaan elämänlaadussa on kyse yksilön omasta arviostaan siitä, millaisena hän kokee elämänsä siinä ympäristössä missä hän elää ja miten se toimii suhteessa hänen omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muihin hänelle tärkeisiin asioihin. Elämänlaatu on laaja ja monivivahteinen käsite, johon vaikuttavat ihmisen fyysisen ja psyykinen terveyden tila, itsenäisyyden aste, sosiaaliset suhteet ja yksilön ja hänen oman elinympäristönsä välinen suhde. Tulosten mukaan suomalaiset kokevat elämänlaadun yleisesti korkeaksi, vaikkakin sen on todettu laskevan merkittävästi 80 ikävuoden jälkeen. Heistä enää vain 57 % kokee elämänlaatunsa hyväksi. Iän karttuessa fyysiset vaivat ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkeneminen alkavat tasaisesti vähentää elämänlaatua. Tässä elämänvaiheessa on tärkeää hyvä terveystalvetjen saatavuus, mutta myös osallisuus arjen mielekkyyttä, virkistystä ja sosiaalisia suhteita tukevaan toimintaan. Arkipäivän sujuvoittamiseksi tulisi tarjolla olla myös helposti saatavaa ja ymmärrettävää tietoa eri hoito- ja palvelumahdollisuuksista sekä niiden hinnoista. (Vaarama ym. 2010, 128–131, 141.)

Saajanaho (2010) on selvittänyt väitöskirjassaan, millainen vaikutus ikäihmisten elämään ja toimintakykyyn on tavoitteiden asettamisella. Tutkimuksen mukaan

fyysinen hyvinvointi koostuu riittävästä toimintakyvystä ja mahdollisuudesta osallistua aktiivisesti. Usein ikäihmisten huono terveys, alhainen toimintakyky ja vähäinen liikunta estävät ikäihmisiä harjoittamasta aktiivista elämää ja osallistumasta. Tutkimus on osoittanut tavoitteiden asettamisen edistävän aktiivista ikääntymistä ja osallistumista, vaikka terveys ja toimintakyky olisivat hiukan laskeneet. Siksi ikäihmisiä tulisi rohkaista aktiivisuuteen ja auttaa heitä asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita elämässään, jolloin he saavat mielekästä tavoiteltavaa arkipäivän puuhiinsa. Tällöin mielikin pysyy virkeämpänä ja elämänhalu säilyy.

Psyykinen hyvinvointi on mielestäni ehkä tärkein osa ikäihmisten kokemaa onnistunutta vanhenemista. Iän myötä fyysinen toimintakyky heikkenee ja sosiaaliset suhteet vähenevät. Ikäihmiset kokevat itsensä helposti yksinäisiksi, syrjäytyneiksi ja turvattomiksi. Heidän elämänvaiheessaan koetaan usein masennusta ja elämänilon menettämistä. Psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimalla parannetaan samalla muita hyvinvoinnin osa-alueita. Kotisairaaloiminta mahdollistaa läheisten läsnäolon ikäihmisten hoidossa ja kotona asumisen mahdollistaminen lisää mielihyvän tunnetta ja auttaa ikäihmisiä jaksamaan vakavienkin sairauksien yllättäessä. Yksinäisyys ei vaivaa yhtä herkästi heidän voidessa jakaa arkeaan tuttujen ihmisten ympäröimänä, joilta he saavat psyykkisiä voimavaroja. Tutkijoiden Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routsalo (2012, 14–26) mukaan hyvä hoitajien antama psykososiaalinen tuki parantaa ikäihmisten psyykkistä toimintakykyä ja elämänlaatua ja vähentää samalla laitoshoidon tarvetta ja muiden terveyspalveluiden käyttöä. Ylipäätään kaikenlainen sosiaalinen kanssakäyminen ja tuki parantavat ihmisten yksilöllistä hyvinvointia.

Sosiaalinen hyvinvointi takaa elämän mielekkyyden ja osallisuus yhteisiin asioihin tuottaa tunteen, että iästään huolimatta kaikki ihmiset ovat arvokkaita ja tarpeellisia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015) määrittää myös yhdeksi yksilöllisen hyvinvoinnin tärkeäksi osatekijäksi sosiaaliset suhteet ja sitä kautta sosiaalisen pääoman. Terveys käsitetään fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, jolla on paljon laajempi merkitys, kuin pelkästään jonkin vaivan tai sairauden puute. Terveys on voimavara ja inhimillinen perusarvo, joka on välttämätön, jotta muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä voivat toteutua. Kotisairaalan

toiminnan käynnistäminen tukee näiden kaikkien keskeisten hyvinvoinnin tekijöiden ja inhimillisyyden toteutumista kotona annettavassa hoidossa.

4.4 Koti hoitoympäristönä

Kotona toteutettuna hoitotyö vaatii toteuttajaltaan erityisen paljon. On huomioitava kodin asettamat erityispiirteet hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Koti hoitoympäristönä on haasteellinen, vaikkakin toisaalta antaa paljon mahdollisuuksia toteuttaa yksilöllistä ja itsemääräämisoikeutta palvelevaa hoitotyötä (Saarelma 2005, 203.) Vuori-Kemilä ym. määrittelevät kirjassaan kotona annettavan läheisen hoidon haasteelliseksi sen vuoksi, että koti ei ole potilaalle ainoastaan hoitopaikka, vaan se on osa häntä itseään ja hänen identiteettiään. Koti on myös hyvin henkilökohtaista aluetta, joka sisältää ja heijastaa potilaan omia arvoja ja elämäntyyliä. Kodin sisällä ihmisen yksityisyys on suojassa, mutta kun hoitaja menee suorittamaan sinne työtään, yksityisyyden suoja rikkoontuu. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 123.)

Kotiin annettavien palveluiden laatua ja saatavuutta pyritään edistämään Sosi- ja terveysministeriön (2008, 9–10) julkaisemassa ikäihmisten palvelujen uudessa laatusuosituksessa. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa terveyspalveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuosituksen mukaisten palveluiden järjestäminen koskee erityisesti mm. kotihoitoa, palveluasumista, pitkäaikaista hoivaa tehostetun palveluasumisen yksiköissä antavia yksiköitä. Pyrkimys on taata ikäihmisille mahdollisuus asua omassa kodissa, olipa se sitten fyysisesti missä tahansa, tarjoamalla palvelut kotiin terveyttä edistävällä ja ennaltaehkäisevällä tavalla.

Palveluasumista järjestetään sellaisille henkilöille, jotka tarvitsevat terveydentilansa ja toimintakykynsä heikkenemisestä johtuen tuetun asumismuodon sekä hoitoa ja huolenpitoa, kun eivät enää kykene omatoimisesti suoriutumaan kaikesta. Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia, kun mietitään iäkkäiden ihmisten jokapäiväistä selviytymistä suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut. Palveluasuminen on yhteisnimitys sille kokonaisuudelle, joka sisältää sekä asumisen että siihen liittyvät palvelut.

Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeiden mukainen hoito ja huolenpito sekä toimintakyvyn huomioiva toiminta. Aktivoimalla asiakkaan osallistumista pyritään edistämään ja ylläpitämään hänen toimintakykyään. Lisäksi palveluihin voidaan liittää tukipalveluina esimerkiksi ateria-, vaatehuolto-, pesu- ja siivouspalvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään ympärivuorokautisesti. (Sosiaalihoitolaaki 1301/2014.)

Tutkimusten mukaan ikäihmisten oma toive on saada asua kotona mahdollisimman pitkään ja voida viettää jopa viime hetketkin kotona, jos siihen on kunnan palvelujen järjestämistavasta riippuen mahdollisuus. Samaan tulokseen on Vuoti (2011, 101) tullut väitöskirjassaan asumisympäristön suhteen, jossa hän on tutkinut pohjoisessa asuvien suurten ikäluokkien tulevaisuudenkuvia ikääntymistään ja sen tuomista mahdollisuuksista. Tulosten mukaan sosiaalinen ympäristö, jossa lähipiiri ja perhe voivat olla yhdessä, lisää hyvinvoinnin tunnetta.

Kotia ei koettu ainoastaan fyysisenä asumispaikkana, vaan se edusti vahvasti kokemusta vapaudesta ja itsemääräämisoikeudesta. Lisäksi sen koettiin tuottavan kokemuksen omasta pärjäämisestä ja itsenäisyydestä. Kotiin liittyivät tärkeänä osana sosiaaliset suhteet, mielekäs tekeminen sekä perheen, naapuruston ja ympäristön olemassaolo. Kotona haluttiin pärjätä niin pitkään kuin mahdollista, aivan elämän viimeisiin päiviin saakka. Kotona kuoleminen oli myös usean ikäihmisen toive. (Vuoti 2011, 103–104.)

4.5 Hoitoon osallistujat ja toteuttajat

Kaikilla hoitoon osallistuvilla ja sen toteuttajilla on oltava yhteinen näkemys kulloinkin tarpeellisesta ja yhteisesti hyväksyttävästä hoidosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alaisessa organisaatiossa, hoitotyön toteutuksessa hyödynnetään Käypä hoito -suositusten toimintaohjeita ja yhtenäisiä hoitokäytänteitä. Kotiin annettavan tehostetun sairaanhoidon, kuten kotisairaalahoidon järjestäminen nähdään perheen ja hoitohenkilökunnan välisenä tiiviinä yhteistyönä. Toiminnassa korostuvat perheen tuki, ohjauksen ja tiedon tarve, vaativampaan kotihoitoon erikoistuneen, kuten esimerkiksi kotisairaalan yksikön merkitys, kotihoidon haastavuus, hoitohenkilökunnan osaaminen ja koti toimintaympäristönä. Potilas ja hänen hoitoonsa osallistuvat omaiset ja muu perhe tarvitsevat tukea, ohjausta ja

erityisesti tietoa kaikesta hoitoon ja sairauteen liittyvistä mahdollisuuksista ja vaihtoehtoista. Hoitotyön ammattilaisten tulee huolehtia hoidon luotettavuudesta, riittävästä saavutettavuudesta ja jatkuvuudesta. Palvelujen ja resurssien tarvetta sekä vaikuttavuutta on arvioitava säännöllisesti. Siinä apuvälineenä on potilaan yksilöllinen, henkilökohtainen ja yhdessä omaisten kanssa laadittu hoitosuunnitelma. (Tervala 2014, 44–45.)

Kotiin annettavan hoidon toteutuksessa omaisten rooli on merkittävä. Omaiset auttavat sekä potilasta että hoitohenkilökuntaa hoidon onnistumisessa ja mahdollistavat hoidon toteuttamisen kotioloissa. Heidän tukemiseensa on kiinnitettävä riittävästi huomiota. Joanna Briggs Institute (2011) osoittaa Kotihoidossa olevan aikuisen saattohoitopotilaan omaishoitajan kuormittuminen -suosituksen mukaan, että hoitamisesta aiheutunut kuormitus voi pitkittyessään vaikuttaa myös omaishoitajien fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Omaishoitajilla on usein havaittu olevan esimerkiksi ahdistuneisuuden tunteita ja masennusoireita. Tämä vaikuttaa kielteisesti heidän kykyynsä osallistua kodin ulkopuolella tarjottavaan sosiaaliseen toimintaan. Suosituksen mukaan omaishoitajien fyysiseen terveyteen voivat vaikuttaa esimerkiksi riittämätön lepo ja uni. Tämän on koettu olevan seurausta siitä, että omaishoitajat kokevat velvollisuutenaan toteuttaa läheisen ihmisen hoitoa ehkä liiankin tunnollisesti. Heillä on myös usein liian vähän tietoa saattohoitopotilaan tilanteesta ja he kokevat tuen puutetta. Lisäksi vaikeasti sairaan saattohoitopotilaan ennenaikainen kuolema voi vaikuttaa omaishoitajan tunteisiin niin, että se hetkellisesti lisää heidän hoidosta kokemaa kuormitusta ja riittämättömyyden tunnetta.

Jokaisen hoitotyötä toteuttavan lääkärin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin on hallittava erityisosaamisensa, lisäksi potilaiden kohtaaminen, ohjaus ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö hyvää eettistä ammattitaitoa noudattaen. Kauppinen, Hujanen ja Niskanen (2014) ovat opinnäytetyönään koonneet Ylä-Savon sote kuntayhtymän kotisairaalityöhön liittyvän sairaanhoitajien osaamiskartan ja ovat selvittäneet siinä sairaanhoitajilta vaadittavaa osaamista. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien täytyy havainnoida potilasta kokonaisvaltaisesti. Kotona sijaitseva työympäristö vaatii tietynlaista sopeutumista ja tilanneherkkyyttä. Yhteistyöosaaminen eri organisaatioiden välillä ja omaisten kanssa on tärkeää ja siinä

korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot. Sairaanhoidajat kokevat tarvitsevänsä jatkuvaa lisäkoulutusta ja ammattitaidon ylläpitämistä, jotta sopeutuminen jatkuvasti muuttuviin työolosuhteisiin sujuisi helpommin. Kotisairaalassa toimivalta sairaanhoitajalta vaaditaan myös henkistä kestävyyttä ja teknologiaosaamisen hallintaa vaativassa työssään. (Kauppinen, Hujanen & Niskanen 2014, 37–40.)

5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

5.1 Kehittämistyön prosessimainen eteneminen

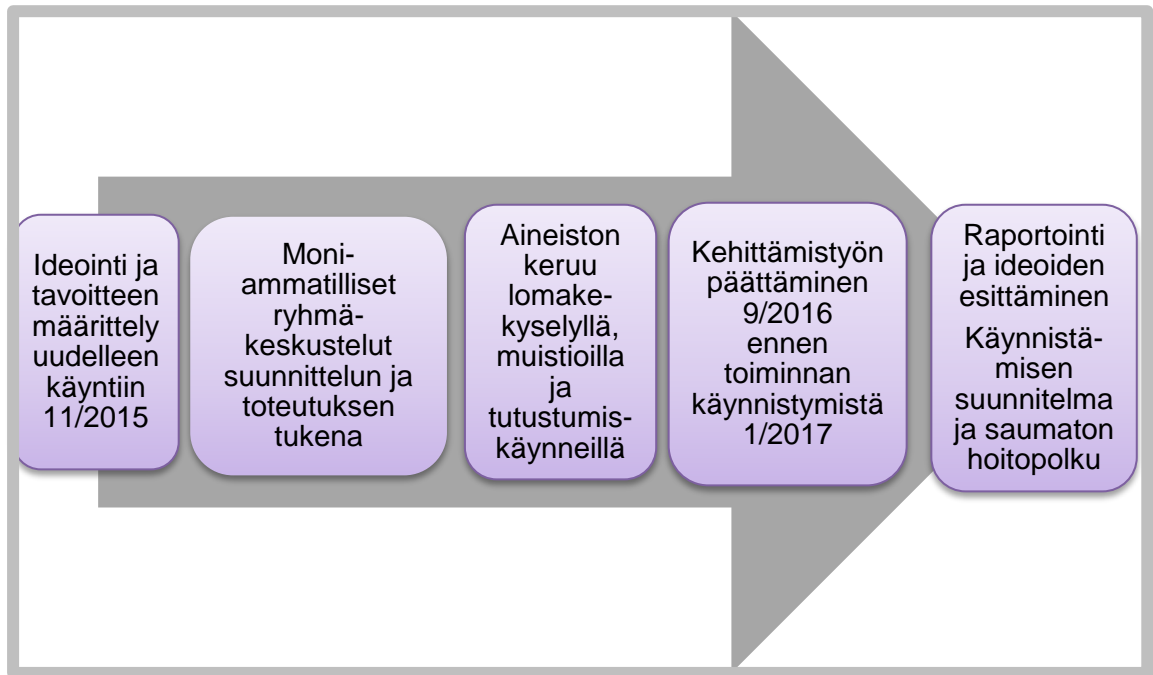
5.1.1 Kehittämistyön ideointi ja suunnittelu

Toiminnallinen opinnäytetyö on tavallaan kaksiosainen. Siinä voidaan erottaa toiminnallinen osuus ja sen prosessimainen kuvaus sekä opinnäytetyöraportti eli prosessin dokumentointi ja arviointi. Opinnäytetyön raportti on syntynyt samanaikaisesti ns. kenttätyön rinnalla, kun prosessin kirjoittamista ja arviointia on toteutettu koko prosessin ajan. Varsinaisen kehittämistyön toiminnallisen osuuden eteneminen on noudattanut mukailleen Ojasalon ym. (2013, 23) toiminnallisen kehittämistyön prosessimaista kulkua, joka alkaa ideoinnin ja tavoitteen määrittelyllä. Alkuvaihetta seuraa suunnitteluvaihe, prosessin toteuttaminen ja lopuksi päättäminen ja arviointi. Sodankylän Kotisairaaloiminnan ideointi on lähtenyt liikkeelle jo ennen tämän kehittämistyön aloittamista. Alustava suunnitelma Sodankylän Kotisairaalan toiminnasta oli jo olemassa, mutta se oli jäänyt kesken silloisen apulaisosastonhoitajan, siirryttyä muihin tehtäviin. Tästä tilanteesta oli luontevaa jatkaa kehittämistyön ideointia uudella innolla eteenpäin ja vuodeosaston osastonhoitajan pyynnöstä prosessi käynnistettiin uudelleen ja allekirjoitettiin toimeksiantositoumus (Liite 1). Seuraava kuvio (Kuvio 4) selvittää kehittämistyön etenemisen vaihe vaiheelta ja osoittaa prosessin lopuksi syntyneen Sodankylän Kotisairaalan käynnistämisen suunnitelman ja kotisairaala-potilaan saumattoman hoitopolun.

Varsinaisen ”kenttätyön” ideointi ja suunnittelu lähtivät käyntiin heti ensimmäisen työryhmän kokoontumisen jälkeen. Tein yhdessä vuodeosaston osastonhoitajan kanssa väljän toteutussuunnitelman, jonka mukaan kehitystyön käytännön toteutus voisi edetä. Suunnitelmaan kirjattiin toteutettavaksi neljä moniammatillisen työryhmän ryhmäkeskustelutilaisuutta, kaksi tutustumiskäyntiä jo toiminnassa oleviin pohjoisen kotisairaalayksiköihin Kittilään ja Kemijärvelle. Näiden ryhmäkeskusteluiden pohjalta kirjoitetut muistiot ja tutustumiskäynneiltä kerätty kokemustieto toimisivat sitten tiedonlähteinä Kotisairaalan käynnistämistä suunniteltaessa. Muut tutkimusaineiston keruumenetelmät jätettiin vielä tässä vaiheessa hautumaan.

Projektimaisessa kehittämisessä korostuu usein projektin suunnittelun merkitys. Varsinkin silloin, kun työskennellään verkostomaisesti, kuten tässä kehittämisessä, toimintaa ei voida aina ennalta suunnitella. Kehittämisprosessin kulkua joudutaan usein korjaamaan välillä ja suuntaa on haettava uudelleen. (Toikko & Rantanen 2010, 10, 56.) Prosessin etenemisen aikana tehdään erilaisia tehtäväkokonaisuuksia, joilla pyritään hahmottamaan prosessin etenemistä kuvaavaa toimintamallia.

Suunnitelmana on, että Kotisairaala toimii viikon jokaisena päivänä kahdessa vuorossa. Yöaikaan ei alkuvaiheessa toimintaa ole. Yöaikainen päivystysluontoinen toiminta jatkuu Sodankylässä edelleen kunnan järjestämän Yöpartion voimin, jota ensihoito tarvittaessa tukee ja vuodeosasto toimii tukiosastona, jonne potilaalla on aina mahdollisuus siirtyä. Fyysisesti kotisairaala sijaitsee alkuun vuodeosaston tiloissa, jossa tehdään kirjaukset potilasasiakirjoihin, säilytetään lääkkeet, liuokset ja kaikki hoitotarvikkeet. Kotisairaallalle laaditaan oma budjetti ja se toimii omana perusterveydenhuollon alaisena yksikkönä. Toiminta aloitetaan lääkärin, kolmen sairaanhoitajan ja yhden fysioterapeutin voimin. Vuodeosaston osastonhoitaja toimii yksikön esimiehenä. Kehittämistyön avulla kotisairaalan käynnistämisen mallintaminen etenee yksinkertaisen muutostyön prosessin mukaisesti. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kehittämistyön toteutuminen mukaillen yksinkertaista muutostyön prosessia (Ojasalo ym. 2010, 23.)

5.1.2 Tavoitteiden määrittely

Tavoitteiden määrittelemiseksi kehittämisprosessi lähti uudelleen käyntiin, kun terveyskeskuksen johtava hoitaja kutsui marraskuussa 2015 koolle terveyskeskuksen sisältä työryhmän, keskustelemaan ja suunnittelemaan kotisairaaloiminnan käynnistämistä Sodankylän kunnassa. Kotisairaaloiminnan aloittaminen Sodankylässä on ollut kunnan tavoitteena jo muutaman vuoden ajan.

Ensimmäiseen työryhmään kuuluivat terveyskeskuksen johtava lääkäri ja johtava hoitaja, vuodeosaston lääkäri, osastonhoitaja ja kaksi sairaanhoitajaa sekä fysioterapeutti. Johtava lääkäri piti alustavan puheenvuoron perusterveydenhuollon tilanteesta. Kehittämistyö haluttiin aloittaa nimenomaan vuodeosaston aloitteesta, sillä vuodeosaston ruuhkautuminen sellaisella potilasaineksella, jota voitaisiin hoitaa kotona, koettiin turhauttavaksi. Kotiuttamiset erikoissairaanhoidosta eivät onnistuneet, koska vuodeosastolla ei ollut vuodepaikkoja. Myös vanhuspalveluyksiköiden asukkaiden lisääntyneet potilassiirrot vuodeosastolle hoitoa saamaan aiheuttivat painetta uusien toimintatapojen suunnittelulle. Ensimmäinen tapaaminen sujui vapaamuotoisesti keskustellen ja paljon ideoita kotisairaaloiminnan tarpeesta, eduista ja mahdollisista toimintatavoista tuotiin esille, jokainen ehkä enemmän oman työnkuvan näkökulmasta.

Prosessin alkumetreiltä lähtien on ollut selvää uuden, erillisen organisaation kehittämisen perusterveydenhuollon kentälle. Tällä uudella palvelumuodolla kunta pystyisi vähentämään etenkin ikäihmisten ja aikuisväestön laitoshoidon, saaden samalla kustannussäästöjä vuodepaikkojen vapautumisena ja hoitoaikojen lyhentymisenä. Kotisairaaloiminta tukisi myös kotona asumista, jolloin ihmisten toimintakyky säilyisi parempana ja kuntoutuminen sairauksista ja toimenpiteistä nopeutuisi. Sodankylässä tavoitteeksi asetettiin kotisairaaloiminnan käynnistäminen heti täydellä teholla, antamalla hoitoa ympärivuorokautisessa palveluasunnoissa asuville, tehostetun palveluasumisen yksiköihin ja myös kotona yksin tai omaisten turvin asuville Sodankylän aikuisväestölle ja ikäihmisille.

5.1.3 Varsinaisen ”kenttätyön” eteneminen

Kehittämistyön toteutus voidaan katsoa lähteneeksi liikkeelle silloisen vuodeosaston osastonhoitajan toteamuksesta lokakuussa 2015, että kotisairaaloiminnan kehittäminen pitäisi ottaa uudelleen käsittelyyn. Ns. kahvipöytätasoinen vapaa puolen tunnin mittainen keskusteluhetki pidettiin osastonhoitajan työhuoneessa. Mukana olivat osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa ja vuodeosaston lääkäri. Tämä keskustelu käytiin ennen kuin varsinainen työryhmä aloitti ryhmäkeskustelutilaisuuksien pitämisen. Kehitysprosessi käynnistyi Sodankylän terveyskeskuksen vuodeosastolta kohti Kotisairaalan käynnistämistä varsin innokkaissa tunnelmissa ja se on edennyt sen jälkeen seuraavasti.

Alkuun työryhmän jäsenet olivat innoissaan ideoimassa ja suunnittelemassa kotisairaaloiminnan aloittamista. Tuntui hienolta olla luomassa jotain uutta palvelukokonaisuutta Sodankylän kunnalle. Kun prosessi alkoi olla puolessa välissä, oli havaittavissa väsymistä ja uskonpuutetta prosessin loppuunsaattamiseen. Tilanteeseen on vaikuttanut terveyskeskuksen johtavan hoitajan työpisteen siirtyminen kunnantalolle ja vuodeosaston lääkärin, joka oli suunnittelussa myös alusta asti mukana, siirtyminen muihin tehtäviin sekä vuodeosaston hoitajaresurssien vähäisyys. Kotisairaalaan siirtyvät hoitajat on suunniteltu otettavan vuodeosaston hoitajaresurssista. Sitoutuminen kotisairaaloiminnan kehittämiseen oli huolestuttavasti hiipunut.

Uutta potkua Kotisairaalan toimintamallin kehittämiseksi antoi ohjaava opettaja Raija Seppäsen antama idea ottaa asiakasnäkökulma kehitystyöhön näkyvämmän mukaan. Asiakasnäkökulman mukaan ottamiseksi työhöni, halusin kuulla myös toimeksiantajan mielipiteen asiaan. Laitoin sähköpostia ylemmälle esimiehelleni eli johtavalle hoitajalle ja sovimme tapaamisen. Hän piti ehdotusta erittäin hyvänä ja päätimme, että toteutan kyselyn kesän aikana niille potilaille, jotka ovat käyneet kotoa käsin vuodeosastolla hoidettavana alkuvuoden aikana. Tarkemmaksi ajanjaksoksi päätettiin 1.1. - 30.4.2016 välinen aika, jolta osastosihteerin avustuksella etsittiin listaa kyseisistä potilaista. Tein toukokuun puolella välissä tutkimuslupahakemuksen (Liite 2.) johtavan lääkärin ja vuodeosaston osastonhoitajan allekirjoitettavaksi. Toukokuun viimeisenä päivänä sain tutkimusluvan asiakaskyselyn toteuttamiselle. Laadin toukokuussa kyselylomakkeen saatekirjeineen valmiiksi elokuussa toteutettavaa kyselyä varten.

Kun kyselylomakkeiden lähettäminen tuli ajankohtaiseksi, kävi ilmi, ettei Pegasos-potilastietojärjestelmästä ole mahdollista saada erikseen listaa kotoa käsin hoidossa osastolla kulkevista potilaista. Eikä lain mukaan ollut mahdollista käydä kaikkien osastolla kyseisenä aikana kirjoilla olevien potilaiden tiedoissa tarkistamassa, ketkä heistä on ollut kotoa käyviä potilaita. Oli todettava, että kotoa käyville asiakkaille ei voitu lähettää tätä kyselyä. Vuodeosaston lähiesimiesten kanssa käydyn keskustelun jälkeen päätimme toteuttaa kyselyn kotoa vuodeosastolla käyvälle muutamalle potilaalle sekä kaikille hoitotyön ammattilaisille, jotka tekevät hoitotyötä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kyselyyn osallistuisivat vakinaisessa työsuhteessa ja sijaisina toimivat lähi- ja sairaanhoitajat eli yhteensä 35 hoitajaa. Halusimme saada asiakasnäkökulman ja myös koko osaston henkilökunnan näkemyksen paremmin esiin kotisairaaloimintaa kehitettäessä.

Suunnittelin uuden saatekirjeen (Liite 3) ja kyselylomakkeen (Liite 4) nopealla aikataululla. Kesälomien vuoksi lomakkeiden suunnittelu tehtiin yhdessä päivässä ja niiden hyväksyminen ohjaavalla opettajalla jäi tiukan aikataulun vuoksi kokonaan tekemättä. Olin itse tehnyt niistä alustavat versiot ja työpaikalla kyselylomake ja saatekirje "räätälöitiin" yhdessä osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa loppuun. Kyselylomakkeen tekninen toteutus jäi hiukan huonoksi. Ohjeistus kyselylomakkeen täyttämiseen ei ollut selvä, eikä aivan yksiselitteinen, mutta kaikeksi onneksi sain vastauksia hyvin neljään avoimeen kysymykseen.

Saatekirje ja kyselylomakkeita tulostettiin vuodeosaston kahvihuoneeseen, jossa oli myös suljettu palautuslaatikko lomakkeille. Kysely aloitettiin 25.7.2016 ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Vastauksia palautui yhteensä 19 kappaletta 40:stä, joten vastausprosentiksi muodostui 47,5 %. Vastauksista ainoastaan kaksi tuli kotoa käyville potilailta ja seitsemäntoista hoitohenkilökunnan vastaamina.

Marraskuun 2015 – maaliskuun 2016 välisenä aikana moniammatillinen työryhmä on kokoontunut neljä kertaa vaihtelevalla kokoonpanolla. Ryhmät on kutsuttu sähköpostiviestillä koolle ja koollekutsujana on toiminut terveyskeskuksen johtava hoitaja. Osallistujamäärä on vaihdellut 5-12 henkilöön. Työryhmään on kuulunut terveyskeskuksen johtava lääkäri ja johtava hoitaja, vuodeosaston lääkäri ja osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa ja fysioterapeutti sekä terveyskeskuksen oma apteekkari. Lisäksi työryhmän toimintaan on edellä mainittujen lisäksi osallistunut yhden kerran Sodankylän kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden esimiehiä ja yhden kerran Kemijärven Kotiutustiimin sairaanhoitajat ovat olleet suunnittelupalaverissa mukana. Loppuvuosi 2015 ja alkuvuosi 2016 kevääseen saakka oli aktiivista kehittämistyöhön paneutumista. Kesäaika eli toukokuu-elokuu meni työryhmän osalta hiljaiselossa, kun jokainen oli vuoronperään kesälomilla. Kesälomien jälkeen on tarkoitus kokoontua vetämään yhteen ryhmäkeskustelujen anti ja päättää yhdessä lopullinen Sodankylän Kotisairaalan toimintatapa.

Kotisairaalan kehittämisryhmän ensimmäinen kokoontuminen marraskuussa 2015 pidettiin ainoastaan terveyskeskuksen sisältä kerätyn työryhmän kesken. Paikalla oli 5 henkilöä. Ryhmäkeskusteluun osallistuivat vuodeosaston lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja kaksi sairaanhoitajaa. Tässä keskustelussa todettiin kotisairaalan toiminta todella tarpeelliseksi Sodankylän kunnassa. Vuodeosaston lääkäri ja osastonhoitaja alustivat puheenvuoroissaan osaston sen hetkistä tilannetta, joka pakottaa järjestämään ikäihmisten palveluja uudella tehokkaalla ja kuntoutusta tukevalla tavalla, lisäksi kunnan taloutta säästäen. Keskustelun tarkoituksena oli listata niitä asioita, jotka olivat saaneet Kotisairaalan aloittamisen ja kehittämisen uudelleen ajankohtaiseksi aiheeksi kunnassamme. Tärkeimmiksi syiksi todettiin:

- Ikäihmisten määrä on jatkuvassa kasvussa

- Tehostetun palveluasumisyksikkö Helmikodin laaja remontti, jonka takia terveystakeskuksen vuodeosasto toimii väistötilana kymmenelle palvelukodin asukkaalle, ainakin puolentoistavuoden ajan → vuodeosaston paikkaluvun pudottaminen kolmeen kymmeneen potilaspaikkaan. Tästä johtuen vuodeosaston kuormitus on ollut niin korkea.
- Terveysthuollon kustannukset kasvavat.

Toisen kerran kehittämisyhmä kokoontui marraskuun 2015 loppupuolella terveystakeskuksen videoneuvotteluhuoneessa, Kotisairaalan suunnittelupäivän merkeissä. Paikalla olivat terveystakeskuksen johtava lääkäri, johtava hoitaja, vuodeosaston osastonhoitaja sekä kaksi sairaanhoitajaa ja fysioterapeutti.

Suunnittelupäivän ryhmäkeskustelun pääsisältö 25.11.2015 muistion pohjalta auki kirjoitettuna oli seuraava:

- Toimintaan oma lääkäri, jota voi konsultoida ja joka tekisi tarvittaessa kotikäyntejä. Potilaiden hoitolinjaukset tulee olla ajoissa hyvin selvillä.
- Kotisairaalan työntekijöiden täytyy olla toimintaan sitoutuneita ja alkuun tarvittaisiin vuodeosaston vahvuudesta siirrettyä kolme sairaanhoitajaa, jotta saadaan toiminta käynnistettyä. Keskustelua käytiin hoitajien palkkauksesta ja tehtäväkuvien auki kirjoittamisesta. Työvaateasia sekä oman perustarvikelaukun tarve ratkaistaan myöhemmin.
- Fysioterapeutin työpanos selvitetään.
- Kirjaamiskäytännöstä pitää päättää ja selvittää, täytyykö käynneistä tehdä tilastointia sekä miten laskutus hoidetaan?
- Pyritään parantamaan potilaiden kotiutustilanteita erikoissairaanhoidosta olemalla yhteydessä LKS:aan ja sopimalla voiko kotisairaala tiimi hoitaa kotiuttamisen suoraan ilman potilaan lähettämistä vuodeosaston kautta. Mietitään, missä laajuudessa saattohoito otetaan mukaan?
- Perusturvalautakunnassa pitäisi miettiä Kotisairaalan hinnasto ja sopia maksukaton kerryttämisestä.
- Sodankylän Kotisairaalan käynnistäminen suunniteltiin toteutettavaksi huhti-toukokuussa 2015, jonka jälkeen informaation antaminen palveluiloissa ja yhteisten palaverien pito koettiin tärkeäksi.

- Lopuksi yhdessä muistutettiin, että maalaisjärjen käyttö on sallittua ja toivottavaakin kotisairaaloiminnan suunnittelussa.

Lisäksi suunnittelupäivään saapui kolme sairaanhoitajaa Kemijärven Kotiutustii-
mistä kertomaan omasta kotisairaaloiminnastaan ja sen toteuttamisesta ja hei-
dän omista kokemuksistaan hoidon toteuttajina. Toiminta Kemijärvellä on alkanut
vuoden 2015 alusta. Heillä on käytössä Kotiutustiimi-nimitys, koska heidän työn-
kuvansa on hiukan laajempi. Se käsittää kotihoidon ja kotisairaalan toiminnot yh-
distettynä ensimmäisellä kartoituskäynnillä, joka tehdään yhdessä eri ammatti-
ryhmän toimijoiden kesken. Kartoituskäynnin jälkeen Kotiutustiimi siirtää potilaan
kotihoidon asiakkaaksi ja tiimi jatkaa kotisairaalahoidon antamisella. Kemijärven
Kotiutustiimin sairaanhoitajat antoivat hyvää käytännön tietoa ja käytännön vink-
kejä, miten toiminta Sodankylässäkin saataisiin tehokkaasti käynnistettyä. Hei-
dän kokemuksen mukaan listattiin samantapaisia asioita, mitä oli jo tullut edellä
esille. Tarvitaan asiaan sitoutunut lääkäri, hoitajiksi ammattitaitoisia ja joustavia
sairaanhoitajia, fysioterapeutti kuntoutuksen näkökulmasta hoitoa toteuttamaan
sekä muiden yksiköiden työntekijät tiiviiseen yhteistyöhön. He painottivat omais-
ten merkittävää roolia, jonka olivat huomanneet olevan edellytys onnistuneelle
hoidolle. Omaiset ovat tärkeä ryhmä hoidon toteuttamisessa ja käytännön koke-
mus on osoittanut, että pitää olla vähintään yksi, mutta mieluummin useampi
omainen potilaan rinnalle, jotta hoito voidaan ylipäätään käynnistää.

*Edellisten lisäksi Kemijärven Kotiutustiimin toimintatapoja, jotka on havaittu hoi-
tajien mielestä hyviksi ja toimiviksi käytännön kokemuksen kautta ja jotka voisivat
toimia myös Sodankylän kotisairaalassa.*

- Toiminta 2-vuorossa, aamuvuoro 7.30–15.30, iltavuoro 13.30–20.30, vii-
konloppuisin 10–18. Kirjaaminen tehdään hoitotyön HOI -lehdelle, maksu
9.30 kerryttää maksukattoa.
- Kotiutustiimin antama hoitoaika on yleensä 1–3 viikkoa, haavanhoidot kes-
tävät joskus pidempään. Hoitotyön kenttä 35–50 km säteellä, pääsääntöi-
sesti kuitenkin kaupungin keskustan alueella. Käytännössä hoitoa saavat
kaikki potilaat, jotka tarvitsevat apua kotona pärjäämiseen. Mielenterveys-
potilaita hoidetaan vain poikkeustilanteissa.
- Tavoitteena varhaisen puuttumisen malli, ettei kuormitettaisi liikaa päivys-
tystä.

- Ensikäynti on maksuton ja kaikki potilaat tulevat lääkärin läheteellä.
- Toimitaan avoyksikkönä, erillään vuodeosastosta. Yksiköllä on oma kustannuspaikka, omat tavarat (haavanhoitopakki, kanylointipakki ja näytteenottopakki), omat tilat ja yksi puhelinnumero käytössä. Isommat ja kalliimmat tarvikkeet, kuten sairaalasänky ja tippatelineet tulevat akuuttiosastolta, joskus lainattu myös vuodeosastolta. Apuvälineiden ja tarvikkeiden kuljetuksesta on hyvä sopia, kuka hoitaa.
- Nimetyt vastuu lääkärin saaminen on välttämätön ja ensiarvoisen tärkeä asia.
- Tarvittaessa tarkistussoitot ovat käytössä ja tarvittaessa ambulanssi osallistuu esim. iv-hoitoihin (hälytys kenttäjohtajan kautta).

Kolmannessa ryhmäkeskustelussa olivat mukana työryhmän kahdeksan osallistujan lisäksi kotihoidon ja vanhuspalveluasumisyksiköiden viisi esimiestä eli yhteensä kolmetoista henkilöä. Terveyskeskuksen johtava lääkäri oli estynyt tulemasta paikalle. Kokoonnuimme terveyskeskuksen videoneuvotteluhuoneessa ja keskusteluilmapiiri oli hyvä, vaikkakin eri organisaatioiden edustajilla oli hiukan erilainen mielipide kotisairaaloiminnan käytännön toteutuksesta. Seuraavassa on koonti ryhmäkeskustelun tuloksista 3.2.2016 kirjoitetun muistion pohjalta.

- Osastonhoitaja alusti aiheeseen kertomalla missä kehitystyön osalta ollaan menossa. Kotisairaala aloittaa omana yksikkönä, fyysisesti toimipiste sijaitsee vuodeosastolla. Suunnitelman mukaan aloitusvaiheessa työskentelee 3 sairaanhoitajaa, kahdessa vuorossa viikon jokaisena päivänä. Fysioterapeutin työpanos on vielä selvityksen alla. Potilaita alkuun maksimissaan 5/päivä.
- Kotisairaalan vastuulääkärinä toimii vuodeosaston lääkäri. Mietitään vielä resurssi- ja toimenkuva -kysymykset tarkemmin. Esimerkiksi milloin potilas tapaa lääkärin ja miten lääkärin kotikäynnit järjestetään sekä miten asiakas otetaan kotisairaalan potilaaksi?
- Keskusteltiin ryhmässä kotipalveluyksiköiden ja tulevien kotisairaalan sairaanhoitajien oikeuksista, vastuista ja työnjaosta. Suunnitellaan sairaanhoitajien tarkat työnkuvat, ettei tehdä turhaan päällekkäistä työtä ja että toimitaan lain edellyttämällä tavalla. Mietitään fysioterapeutin osallistumista hoitoon. Keskustelua virisi myös siitä, olisiko Vasantien palvelutalolle tarpeen saada yöhoitajat?

- Kotisairaalan maksut peritään Rovaniemen taksan mukaan. Maksuihin sisältyvät potilaan tarvitsemat lääkkeet ja nesteet ne maksut kerryttävät potilaan maksukattoon. Kotisairaalan toimintasäde arvioidaan aina tapauskohtaisesti.
- Perusturvalautakunnalle laaditaan kirjelmä Kotisairaalan tarpeesta perusteluineen: Kotisairaalle oma budjetti ja oma kustannuspaikka. Toiminnan käynnistyessä oma lääkekaappi sekä huumelälääkkeet, jotta seuranta on mahdollista.
- Selvitetään happi-asia, mitä sen saaminen kotisairaalan käyttöön vaatii?
- Omaishoitajuskysymykset ja etuusasiat hoidetaan palveluohjauksen kautta.
- Keskusteltiin siitä, miten ensihoito linkittyy kotisairaalan toimintaan.
- Tehtiin suunnitelmaa tehtävistä ennen seuraavaa palaveria, joka sovittiin pidettäväksi 22.2. kunnantalolla. Johtava hoitaja laatii esityksen perusturvalautakunnalle. Osastonhoitaja selvittää lupa-asiat sekä kotisairaalan ja kotipalveluyksiköiden sairaanhoitajien työnkuvat. Tilakysymystä mietitään. Sairaanhoitajat selvittävät vuodeosaston sairaanhoitajien halukkuuden kotisairaalityöhön ja miettivät perusteluja sille, miksi kotisairaalan on järkevää toimia omana yksikkönä ja omalla budjetilla. Apteekkari kyselee tarjouksia lääkekaapeista. Lisäksi selvitetään kirjaamisen toteuttamista Pegasoksessa.

Neljäs kokoontumiskerta pidettiin Sodankylän kunnantalolla 22.2 2016. Työryhmään osallistui seitsemän henkilöä: vuodeosaston lääkäri, johtava hoitaja, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, terveyskeskuksen apteekkari ja fysioterapeutti. Keskustelujen pohjalta syntyi johtavan hoitajan laatima kirjelmä (Liite 6.), joka esitetään perusturvalautakunnalle kotisairaalan toiminnan hyväksymiseksi ja aloittamiseksi.

Tutustumiskäynnit kahteen kotisairaalaan ovat antaneet konkreettista kehitysideoita toiminnan eteenpäin viemiseksi. Sodankylän terveyskeskuksen vuodeosastolta on käynyt kaksi sairaanhoitajaa tutustumassa Rovaniemen kotisairaalaan loppuvuodesta 2015. He olivat kolmella kotisairaalan tekemällä kotikäynnillä mukana ja tutustuivat kotisairaalan vastaanottotilan arjen työhön ja tehtäviin sekä

hoidon toteuttamiseen vaadittaviin tarvikkeisiin. Rovaniemen kotisairaalan toiminta on laajempaa ja hoidot ovat erikoissairaanhoidon kriteerit täyttäviä, mutta tutustumiskäynti antoi hyvää tietoa käytännön työn toteutuksesta myös perusterveydenhuollontasoiseen yksikköön.

Rovaniemen kotisairaala on toiminut vuodesta 1998 ja sijaitsee fyysisesti terveyskeskussairaalan osasto A 1:n yhteydessä. Siellä kotisairaalan sairaanhoitajat ja lääkäri hoitavat potilaita B-siivessä sijaitsevassa vastaanottohuoneessa ja tekevät kotikäyntejä potilaiden kotiin. Kotisairaala tekee tiivistä yhteistyötä kotihoidon kanssa, joka tarvittaessa auttaa perushoidoissa, kuten pesuissa. Myös Rovaniemellä kokemus on osoittanut, että omaiset ovat erittäin tärkeässä roolissa ja heidän osallistuminen on edellytyksenä kotisairaalahoidon onnistumiselle. Hoitolinjaukset on sovittava potilaan ja omaisten kanssa ajoissa, kuitenkin viimeistään hoito- ja palvelusuunnitelman teon yhteydessä. Kotisairaalan potilaille taataan pääsy terveyskeskussairaalan osastolle tarvittaessa ellei kotona pärjää. Kotisairaalan tuella terveyskeskussairaalan osastoilta voidaan kotiuttaa akuuttihoitovaiheen jälkeen potilaita nopeammin kotiin tai palvelutaloihin, vaikka iv-nes-teytys tai iv-antibioottihoito olisivatkin vielä kesken. Kotisairaalahoidon tavoitteena on, että huonokuntoisetkin potilaat voidaan hoitaa loppuun asti kotona. Tämä tarkoittaa käytännössä erittäin tiivistä yhteistyötä Lapin keskussairaalan ja terveyskeskussairaalan kanssa.

Kittilän kotisairaalan toimintaan tutustui kaksi vuodeosaston sairaanhoitajaa. Käynti selkiytti aloitusvaiheeseen liittyviä, tärkeitä ja huomioonotettavia asioita. Kittilässä aloitettiin kotisairaalan pilottikokeilu maaliskuussa 2016. Toiminta keskitettiin alkuun terveyskeskuksen läheisyydessä oleviin kolmeen palveluasumisyksikköön ja vanhainkotiin. Kotisairaalan hoitajat toimivat aluksi vuodeosastolta käsin ja heidät laskettiin vuodeosaston vahvuuteen. Sairaanhoitajat tutustuivat kotisairaalan sairaanhoitajien työnkuvaan ja pohtivat toiminnan tulevaisuuden näkymiä ja toiminnan aloittamisen aiheuttamia muutoksia vuodeosastolla ja palveluasumisyksiköissä. Kittilän Kotisairaalan toimintasuunnitelmassa tehdyssä SWOT-analyysissä oli analysoitu kotisairaalatoiminnan mahdollisesti kohtaamia vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. (Jussila & Salmi 2015, 5, 10.)

Tutustumiskäynti Kemijärvellä oli tarkoitus tehdä kevään 2016 aikana, mutta se peruuntui vuodeosaston vähäisen sairaanhoitajaresurssin vuoksi. Kemijärven Kotiutustiimi on keskittynyt pääosin kotisaattohoitoon ja sen hoito on verrattavissa kotisairaaloiden tarjoamaan sairaalatasoiseen erityisosaamiseen. Toiminta on alkanut tammikuussa 2015. Hoito toteutetaan kotiin omaisten, kotihoidon ja kotiutustiimin yhteistyönä. Tiimin toiminnasta saatiin hyödynnettävää tietoa yhden ryhmäpalaverin kautta, johon osallistui kolme sairaanhoitajaa Kemijärven Kotiutustiimistä.

Kirjelmä Sodankylän kunnan perusturvalautakunnalle; Terveyskeskuksen johtava hoitaja on laatinut kaikista edellä mainituista ryhmäkeskusteluista laadittujen muistioiden pohjalta kirjallisen hakemuksen perusteluineen (Liite 6) kotisairaalan aloittamiseksi ja toimittanut kirjelmän Sodankylän perusturvalautakunnalle 11.3. pidettävään kokoukseen käsiteltäväksi.

5.1.4 Kehittämistyön päättäminen ja arviointi

Kehitysprosessi päättyy tämän kehittämistyön osalta tutkimustulosten analysointiin ja tutkimuskysymyksiin saatuihin ideoiden ja ehdotusten arviointiin. Uuden toiminnan käynnistämisen arviointia teen siltä osin, kuin se on mahdollista tehdä ennen suunnitelman käyttöönottoa. Kehittämistyöni opinnäytetyön osalta päättyy ennen toimintamallin käyttöönottoa. Arvioin prosessin toteutumista syyskuun loppuun 2016 saakka. Uuden kotisairaaloiminnan toimintatapa selkiintyy kehittämisprosessin aikana. Se räätälöidään Sodankylän kunnan tarpeiden mukaiseksi, jolloin se palvelee parhaiten juuri oman alueemme palvelurakenteen kehittämistä. Kotisairaaloiminnan käynnistäminen käsiteltiin Sodankylän perusturvalautakunnan kokouksessa 26.8.2016. Kokous hyväksyi Kotisairaalan toiminnan aloittamisen vuoden 2017 alusta alkaen. Perusturvalautakunnan päätöksestä uutisoitiin Lapin alueradiossa ja paikallislehti Sompiossa.

Viimeiseen ryhmäkeskustelun kokoonpanossa 12.9.2016 olivat mukana kolme henkilöä: terveystieteiden johtava lääkäri, johtava hoitaja ja minä sairaanhoitajana ja tutkijan roolissa. Johtava hoitaja kutsui sähköpostitse ryhmän koolle tarkistaaksemme yhdessä lopullisen Kotisairaalan toimintatavan mallia. Olin tehnyt alustavan kuvion kotisairaalapotilaan hoitopolusta ja teimme siihen yhdessä

muutamia lisäyksiä. Samalla kertaa sovimme työn sisältöön tehtävistä tarkennuksista ja Sodankylän terveyskeskuksen ja vanhustyön nykytilanteen yksityiskohmaisemmasta kuvauksesta. Näiden lisäysten jälkeen totesimme kuvioden 5 ja 6 vastaavan sellaista Sodankylän Kotisairaalan käynnistämisen suunnitelmaa ja kotisairaalapotilaan saumatonta hoitopolkua, jotka palvelevat parhaiten oman kuntamme ikäihmisiä, kotiin tarjottavan, lyhytaikaisen sairaalatasoisen hoidon tarpeessa.

5.2 Lähestymistavan ja menetelmän valinta

Organisaation kehittämistyön ensisijaisena tavoitteena on yleensä jonkin aineellisen tai aineettoman tuotteen kehittäminen tai prosessin systematisointi ja tehostaminen, jolloin se usein kohdistuu työyhteisön toimintaan. (Rantanen & Toikko 2009, 3.) Ennen varsinaisen kehittämistyön menetelmän valintaa on syytä pohtia kehittämistyön lähestymistapaa. Kehittämiskohdetta voidaan lähestyä monin eri tavoin. Lähestymistavan valinta kertoo toteutettavasta tutkimusstrategiasta ja se ohjaa kehittäjää myös menetelmävalinnoissa. (Ojasalo ym. 2009, 51; Kananen 2012, 25.) Kehittämistutkimuksella ei ole omia menetelmiä, vaan kehittäjä joutuu aina turvautumaan laadullisen eli kvalitatiivisen tai määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiin.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen, mitä tämäkin kehittämistyö edustaa, lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja se pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja syvällisesti. Laadullinen tutkimus ei myöskään pyri yleistyksiin vaan pyrkii ymmärtämään tutkittavaa asiaa ainutlaatuisena ilmiönä. Laadullisen tutkimuksen eräänä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja ja ymmärtää tutkimuskohteena olevaa ilmiötä, sen rakennetta ja tekijöitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50; Kananen 2012, 29 - 30). Laadullisille menetelmille on tyypillistä, että tutkija on lähellä tutkittavia ja on mukana heidän toiminnassaan sekä tekee ilmiöstä omia perusteltuja tulkin-tojaan. Tarkat perustelut ja erilaisten tutkimusaineistojen käyttö ovat hyvin oleellisia, sillä niillä voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Ojasalo ym. 2009, 94.) Näistä näkökulmista ajateltuna kvalitatiivinen lähestymistapa sopii tälle työlle. Joskin laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää myös määrällisen eli kvanti-

tatiivisen tutkimuksen aineksia, kuten kyselyjä. Tässä työssä lomakekysely suunnataan vuodeosastolla hoitotyötä tekeville ja kotoa käsin vuodeosastolla hoidossa käyville potilaille.

Tämän kehittämistyön lähestymistavasta voidaan löytää eniten konstruktivisen tutkimuksen piirteitä. Ojasalon ym. (2009, 38, 65–66) mukaan konstruktivisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu jonkin konkreettisen tuotoksen, mallin tai suunnitelman aikaansaaminen. Konstruktivisen tutkimuksen tavoitteena saavuttaa nimenomaan käytäntöä hyödyntävä uusi rakenne, jolla ratkaistaan aito käytännön ongelma. Uuden rakenteen luomiseksi tarvitaan jo olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta empiiristä eli käytännöstä kerättävää kokemustietoa ja toteutus tapahtuu moniammatillisen yhteistyön tuloksena. Näitä toimintatapoja käyttämällä luodaan uusi kotisairaaloiminnan aloittava toiminnan suunnitelma Sodankylän kuntaan.

Viimeaikoina organisaatioiden kehittäminen on nähty laajemmin eri verkostojen toteuttamana. Tällöin toimijoita ovat kaikki ne, joita kehittäminen tavalla tai toisella koskettaa. Esimerkiksi organisaation yhteistyökumppanit ovat toimijoita ja sitä kautta toiminnan kehittäjiä. Näin asiaa hiukan eri näkökulmasta katsovat toimijat voivat tuoda oman näkemyksensä toiminnan kehittämiseen ja rikastuttavat näin lopputulosta omilla ideoillaan (Toikko & Rantanen 2010, 17; Kananen 2012, 23). Vaikka kehittämistoiminnan suunnittelussa, dokumentoinnissa ja arvioinnissa korostetaan tiedon luotettavuutta, kuten tieteelliselle tutkimukselle on ominaista, voidaan tukeutua yhtä hyvin myös kokemustietoon.

Konstruktiviseen tutkimukseen liittyy usein idean testaaminen mahdollisin esikokein ennen varsinaista käyttöönottoa ja tutkimuksen kesto on usein pitkä ja vaatii organisaatiolta ja kehittäjiltä vahvaa sitoutumista ja pitkäjänteisyyttä kehitystyöhön. (Ojasalo ym. 2011, 67). Uuden toimintamallin toteuttaminen ja testaaminen voidaan tämän työn osalta suorittaa vasta tämän kehittämistyön valmistumisen jälkeen, koska opiskeluaika ylemmän amk-tutkinnon osalta on niin lyhyt ja prosessi on tutkimuksen osalta saatava ajoissa päätökseen. Siksi mallin toimivuuden tutkiminen olisi hyvä jatkotutkimusaihe tälle kehittämistyölle.

5.3 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä on monia. Aineisto voi olla muistioita, kokouspöytäkirjoja tai mitä tahansa kirjallista materiaalia. Joissakin tapauksissa aineisto voi perustua valmiisiin dokumentteihin eli ns. sekundääriseen aineistoon, jolloin siihen riittävästi perehtymällä tutkija voi saada vahvistuksen omille näkemyksille ja tulkinnoille. Kyselyjä voidaan myös käyttää, mutta ne eivät varsinaisia laadullisen tutkimuksen menetelmiä, vaan kuuluvat enemmän kvantitatiivisen tutkimuksen puolelle. (Kananen 2015, 132.) Tässä kehittämistyössä tutkimusaineistoa kerätään moniammatillisilla ryhmäkeskusteluilla, lomakekyselyllä ja käytännön kokemustietoa keräämällä. Prosessin alkuvaiheessa kerätään myös käytännön tietoa kyselemällä kokemuksia kahdelta jo pidempään toiminnassa olleelta kotisairaaltalta ja yhdeltä vasta toimintansa aloittaneelta kotisairaaltalta.

Moniammatillisesti eri kokoonpanoissa käytävät ryhmäkeskustelut tuottavat kirjallisia dokumentteja, kuten muistioita, joita voidaan käsitellä sellaisenaan tai niistä voidaan ottaa tutkimukseen tarvittavia osia (Kananen 2015, 162). Moniammatillisesti käytävät ryhmäkeskustelut mahdollistavat tiedon keräämisen moniulotteisesti ja monista lähtökohdista tarkasteltuna. Keskusteluilla saadaan usein monipuolisempaa tietoa kuin mitä mittauksiin perustuva data voi antaa. Keskustelemalla päästään todellisen asian ytimeen helpommin, sillä henkilöt, joilta tieto kerätään, tietävät asiasta mahdollisimman paljon ja heillä on asiasta käytännön kokemusta.

Toteutan kehittämistyön tutkimusaineiston kokoamiseksi myös vuodeosaston hoitajille ja kotoa käsin vuodeosastolla käyville potilaille lomakekyselyn, jossa on neljä avointa kysymystä. Avoimet kysymykset saattavat tuottaa hyvinkin kirjavan vastausaineiston tekstimuodossa, joka lisää ”käsityön” määrää, kun vastaukset täytyy luokitella jatkokäsittelyä varten. Toisaalta etuna on, että kaikki mahdolliset vaihtoehdot tulevat esille. (Kananen 2012, 125.) Kyselyyn vastaavat kaikki hoitotyötä tekevät eli lähihoitajat ja sairaanhoitajat. Kyselyn avulla saadaan selville hoitotyön ammattilaisten näkemys siitä, minkälaista kotiin annettavan sairaanhoidon, oman kunnan tarpeista katsottuna, pitäisi olla ja minkälaisille asiakkaille sitä heidän mielestään olisi järkevintä antaa. Näin heistä jokainen voi olla mukana

kehittämässä Sodankylän kunnan perusterveydenhuollon palvelutarjontaa. Samaa lomakekyselyyn osallistuvat lisäksi vuodeosastolla kotoa käsin käyviä potilaita, joiden hoidontarve ei vaadi jatkuvaa vuodeosastolla oloa. Selvitän heidän toiveitaan ja ideoitaan hoidon järjestämiseksi kotiin. Samalla toivon saavani perusteluja sille, miksi kotiin annettava hoito olisi parempaa, kannattavampaa ja ehkä järkevämpää, vai onko se? Tällaisilta ihmisiltä, jotka asuvat vielä kotona, eivätkä minkään palveluiden piirissä, saadaan tärkeää tietoa tulevan palvelun aloittamiseksi ja voidaan aloittaa toiminta mahdollisimman asiakaslähtöisesti.

Laadullisen tutkimuksen yhtenä tärkeänä tiedonkeruumenetelmänä voidaan pitää myös käytännön kokemustietoa. Tässä kehitystyössä keskitytään pelkästään Lapin alueen kotisairaaloitten toimintaan ja sieltä saatuun kokemustietoon.

Näyttöön perustuvaa hoitoa voidaan toteuttaa lisäämällä kokemustieto luotettavan tutkimustiedon rinnalle. Päätöksenteossa on syytä ottaa huomioon myös toimintaympäristö, jossa hoitotyötä toteutetaan. (Hotus 2016.) Pohjoisen alueen toimintayksiköt ovat alueellisten haasteiden ja asiakasvolyymin vuoksi parhaat toimintamallin esimerkit kehittää vastaavanlaista toimintaa Sodankylässä.

5.4 Aineiston analyysi

5.4.1 Lomakekyselyn sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on yleisesti käytetty analyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Se määritellään usein hoitotieteellisissä tutkimuksissa menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan muodostaa tutkittavasta ilmiöstä sitä kuvaavia kategorioita. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139; Kananen 2015, 171.) Tässä työssä käytetään induktiivista menettelytapaa ja edetään aineiston analyysissa saadun aineiston ehdoilla. Sisällönanalyysin voidaan katsoa onnistuneen, jos tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä käsitteitä, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä.

Tulosten analysoinnissa olen käyttänyt induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä (Liite 5) ja kerännyt lomakekyselyn tulokset käytännön toimivuuden ja ihmisten kokemusten ja käsitysten mukaan tutkimuskysymysten edellyttämiksi

kokonaisuuksiksi. Analyysin teko eteni prosessimaisesti, kolmessa vaiheessa, kuten (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 110) ovat kirjassaan kuvanneet. Ensimmäisessä vaiheessa redusoin eli tein aineiston pelkistämisen. Kirjasin ensin lomakekyselyn kysymyksittäin kaikki ilmaukset erilliselle konseptille. Sen jälkeen alleviivasin erivärisillä kynillä tutkimuskysymyksiin sopivat ja olennaiset ilmaukset ja jätin aineistosta pois tutkimuksen kannalta epäolennaiset ilmaukset. Hoitajilta saadut lomakekyselyn vastaukset, joita tuli 17 kappaletta, pelkistettiin tiivistämällä lauseet aihetta kuvaaviksi ilmaisuiksi. Jatkoin analyysia edelleen ryhmittelemällä yhteen samaan aihepiiriin kuuluvat ilmaisut alaluokiksi ja ne edelleen yläluokiksi. Yläluokista sain kotisairaaloiminnan suunnitelman tärkeimpiä aiheita ja ideoita kuvaavat pääluokat. Potilailta saatuja lomakekyselyn vastauksia tuli ainoastaan kaksi kappaletta. Niiden analysointia en pystynyt toteuttamaan sisällysanalyysillä, vaan mainitsin niistä saadut ideat omassa kappaleessaan.

5.4.2 Hoitajilta saatujen vastausten analysointi

Tutkimustulosten raportoinnissa suorien lainauksien systemaattista käyttöä voidaan pitää luotettavuuden kannalta keskeisenä keinona. Toisaalta niiden liikaa käyttämistä pitää välttää, etteivät ne peitä alleen ja vääristä tutkijan tekemää analyttistä arviota tuloksista. (Kyngäs ym. 2011, 147.) Lomakekyselyn neljän avoimen kysymyksen induktiivisen sisällönanalyysin jälkeen saatiin hyvin ideoita Sodankylän Kotisairaalan suunnitelman tekemiseksi. Hoitajilta saadut vastaukset jaoteltiin lomakekyselyn kysymyksistä johdettuina omiksi kappaleikseen ja mukaan otettiin muutama suora lainaus vastaajien lomakkeista värittämään tekstiä ja tekemään siitä mielenkiintoisempaa luettavaa. Suoria lainauksia edeltää aina tärkeimpiä ideoita käsittelevä ja avaava kappale. Toimintatavan ideat esitellään seuraavissa neljässä kappaleessa.

Hoitajien vastauksissa nousi esiin selkeimmin neljä syytä, miksi kotisairaaloiminta kannattaisi aloittaa Sodankylän kunnassa. Tärkeimmäksi syyksi mainittiin terveyskeskuksen vuodeosaston ja päivystyksen eli polin kuormituksen vähentäminen turhia sairaalasiirtoja välttämällä ja palvelutalojen hoitoa tehostamalla. Toiseksi vahvimmin nousi esiin kuntalaisille valinnanvapauden ja lisäpalvelun mahdollistaminen sekä eriarvoisuuden poistaminen, kun verrattiin palveluiden saatavuutta muuhun maahan. Kolmanneksi ja neljänneksi tärkeimmiksi syiksi

nähtiin asiakaslähtöisen hoidon toteuttaminen, inhimillisyyšnäkökulma huomioiden ja ammattitaidon tehokkaamman käytön mahdollistaminen työmotivaatiota ylläpitämällä ja säilyttämällä.

”Paine vuodeosastolla ja polilla vähenee sen myötä, että potilaita voidaan hoitaa kotona esim. antibioottihoidot.”

”Mielestäni tällainen mahdollisuus pitäisi olla myös täällä pohjoisessa, välimatkoista huolimatta.”

”Kuvittelen, että on helpompi asiakkaille olla kotona kuin esim. yötä/päivää kulkea edestakaisin tk:ssa.”

”Yksiköiden koulutettujen hoitajien ammattitaito voidaan ottaa tehokkaammin käyttöön.”

Lomakekyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä eniten kotiin annettavasta sairaalatasoisesta hoidosta hyötyisivät vaikeasti sairaat, kuten syöpää sairastavat, kuntoutuksesta hyötyvät sekä pitkäaikaissairaat ja muistisairaat. Suuressa osassa vastauksia oli mainittu kaikki nämä neljä ryhmää, joiden koettiin olevan suurimmat hyötyjät kotisairaaloiminnan aloittamisessa. Syöpää sairastavien saattohoitopotilaiden kohdalla vastauksissa mainittiin usein kotisairaala kotona olemisen ja omaisten mukaan ottamisen mahdollistajana sekä riittävän kivunhoidon toteuttajana. Vastauksien perusteella kuntoutuksen kannalta on hyvä saada kotiutettua potilaat suoraan erikoissairaanhoidosta kotiin, jotta kuntoutuminen lähtisi nopeammin edistymään ja omatoimisuus säilyisi. Useassa vastauksessa todettiin kodin olevan paras paikka pitkäaikaissairaille, joilla ei ole jatkuvaa sairaanhoidon tarvetta. Myös muistisairaiden todettiin hyötyvän kotiin annettavasta hoidosta, sillä hoitopaikanpaikan ja hoitajien vaihtumisen tiedettiin aiheuttavan lisääntyvässä määrin sekavuutta ja jopa aggressiivisuutta.

Lisäksi vastauksissa todettiin kaikkien kuntalaisten hyötyvän kotisairaaloiminnasta ja palvelun saamisen toivottiin olevan kaikenikäisten oikeus, lapsiperheitä unohtamatta. Yhdeksi ryhmäksi vastausten perusteella nousivat vielä lyhytaikaista hoitoa tarvitsevat palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen piirissä olevat potilaat.

”Saattohoitopotilaat, jotka haluavat olla kotona loppuun asti.”

”Kivuliaat, huonosti liikkuvat, vanhukset, saattohoitopotilaat.”

”Asiakaskunta voi koostua vauvasta–ikäihmisiin.” ”Kaikki, jotka pystyttäisiin kotona hoitamaan.”

Lomakekyselyyn vastanneiden hoitajien vastauksista nousi selkeästi esiin kolme mainittavaa etua, jotka olisivat seurausta kotiin järjestettävästä sairaalatasoisesta hoidosta. Tärkeimpänä ja eniten mainintoja saaneena etuna koettiin potilaan edun ja toiveiden mukaisen hoitopaikan ja hoitoympäristön järjestämisen. Sitä perusteltiin omaisten mukaan ottamisella ja yhteistyön tiivistämisellä. Toiseksi vahvimpana nousivat esiin infektioiden ja tartuntojen torjunta sekä kuntoutumisen edistäminen. Vastauksissa todettiin, että kotona toteutettavalla hoidolla pystytään hillitsemään tartuntatautien leviämistä ja sairaalainfektioiden välttäminen on myös kotioloissa helpompaa. Kotihoidon todettiin edesauttavan sairauksista toipumista ja paranemista. Kolmantena koettiin kotiin annettavan hoidon priorisoivan hoitotyön tarpeen eli hoitoa saivat oikeat potilaat oikeassa paikassa. Vastausten mukaan siitä seuraisi terveydenhuollon kustannusten hillitseminen sekä kunnalle että myös potilaille. Lisäksi yhdessä vastauksessa tuli esille pohdinta työpaikkojen lisääntymisen mahdollisuudesta.

”Syöpää sairastaville mahdollistetaan mahdollisimman pitkään kotona pärjääminen → potilaalle inhimillistä, mielekästä.”

”Kotona ei tule esim. tartuntoja sairaalabakteereille, mitkä taas pitkittävät hoitoa.”

”Yhteiskunnalle edullisempi hoitaa ihmisiä kotiin kuin laitoksiin.”

Tutkimustuloksissa hoitajien vastauksissa annettiin myös kotisairaaloimintaan liittyviä muita ideoita ja huomioonotettavia asioita. Tarvittavien tilojen ja riittävän työntekijämäärän suunnittelu koettiin tärkeäksi. Tässä kysymyksessä nousi uudelleen esiin moniammatillisen yhteistyön lisäämisen tarve ja entistä tiiviimmän yhteistyön tekeminen, kuten jo edellisessä kysymyksessä on todettu omaisten mukaan ottamisesta hoitotyön toteutukseen. Moniammatillisen yhteistyön toivottiin toteutuvan kotisairaalan sairaanhoitajien ja vanhuspalveluyksiköiden hoitajien välisellä tiiviimmällä yhteistyöllä ja konsultaatiotyön mahdollistamisella. Sairaanhoitajien tekemät tarkistuskäynnit koettiin myös tarpeellisiksi. Moniammatillisen yhteistyön toivottiin kaikin puolin olevan tehokkaampaa ja vuorovaikutteisempaa.

Hoitajien työnkuvien selkiyttäminen koettiin lisäksi tärkeänä. Vastauksista ilmeni myös sellainen seikka, että kotisairaaloiminnasta on epätietoisuutta ja tarvittaisiin enemmän tiedottamista ja yhteisten palaverien pitämistä aiheesta.

”Kotisairaalan täytyisi toimia myös tiiviissä yhteistyössä kotihoidon ja kotish:n kanssa.”

”Konsultaatiot eri yksiköistä, joissa ei sairaanhoitajaa paikalla → hoitontarpeen arvio.”

”Jos se kerryttää maksukattoa, niin varmaan potilaat käyttävät mahdollisuutta saada sairaanhoitoa kotiin.” ”En täysin tiedä sen toimintaa.”

5.4.3 Potilailta saatujen vastausten analysointi

Kahdelta potilaalta saadut ideat on kerätty tähän yhteen kappaleeseen. Potilailta saatuja ideoita ei voinut analysoida samalla tavalla sisällönanalyysillä kuin hoitajilta saatuja lomakkeita, koska niitä tuli niin vähän. Ne on kirjoitettu ja pelkistetty suoraan lomakekyselyn vastauksista paremmin luettaviksi lauseiksi. Toisen potilaan mielestä ajatus kotisairaalaista tuntuu palaamiselta siihen aikaan, kun sairaaloita ei ollut vielä kovinkaan monta ja jo ajatuskin asiasta tuntuu pöyristyttävältä. Hän suhtautuu kielteisesti koko asiaan, eikä kannata kotisairaaloiminnan aloittamista. Jos toiminta kuitenkin alkaisi, hänen mielestään eniten kotiin annettavista hoidoista hyötyisivät nuoret ja vain ohimenevästi sairaat potilaat sekä sellaiset, joilla on joku samassa taloudessa asuva turvaamassa avun saamisen kotona useammin. Toisen potilaan mielestä kunnan laajuus aiheuttaa potilaille paljon kulkemista, mutta asia on koko sote-uudistuksen ydinkysymyksiä ja siksi tärkeä. Hänen mielestään iv-lääkityksellä kulkevia on paljon ja heille hoito olisi henkisesti ja fyysisesti helpompaa toteuttaa kotona, kuin terveyskeskuksessa. Hän esitti idean tutustua Etelä-Karjalan kokemuksiin, jossa kotisairaaloimintaa jo toteutetaan.

5.4.4 Ryhmäkeskustelujen analysointi

Ryhmäkeskusteluiden pohjalta laaditut muistiot toivat esiin moniammatillisten työryhmien keskeisiksi nostamat asiat. Listasin keskusteluissa esiin tulleet asiat erillisille lomakkeille ja tein jokaisen viiden ryhmäkeskustelun sisällöistä yhteen-

vedon niistä asioista ja keskeisimmistä ideoista, jotka ovat hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta otettava huomioon kotisairaalan käynnistämisen suunnitelmaa laadittaessa. Muistioiden aiheissa näkyi jokaisen ammattiryhmän edustajan kokemus oman työn kannalta tärkeiksi kokemistaan asioista. Työryhmissä koettiin tärkeäksi kehittää kotisairaalan toimintaa yhdessä, jotta kaikki tarpeelliset ja tärkeät asiat tulisivat huomioituksi ennen toiminnan käynnistämistä. Ryhmäkeskusteluiden koettiin lisäävän yhteisen ymmärryksen löytymistä ja helpottavan päätösten tekoa.

6 SODANKYLÄN KOTISAIRAALATOIMINNAN KUVAUS

6.1 Kotisairaalan käynnistämisen suunnitelma

Uudet toimintamallit ja -tavat ovat osa organisaatioiden menestystä ja vahvistavat sen toimintastrategiaa. Ne kasvattavat usein taloudellista tulosta ja lisäävät asiakastytyvääisyyttä. Hyvä käytäntö voi olla sosiaalinen innovaatio eli täysin uusi toimintamalli. (Työterveyslaitos 2011.) Toimintamalli voidaan ymmärtää myös kehitysprosessin tuotoksena, joka on paikallisesta ratkaisusta yleistetty selkeä malli toteuttaa jokin tietty palvelukokonaisuus. Siinä määritellään toimintamallin käyttötarkoitus, keskeinen idea, osatekijät ja mallin syntymisen prosessi (Innovaatiokylä 2016). Sodankylän kunta pyrkii nyt uudella palvelurakenteen muutoksella turvaamaan ikäihmisten riittävien palvelujen saannin, tarjoamalla koteihin annettavia sairaalatasoisia palveluja mahdollisimman laadukkaasti ja kustannustehokkaasti yhteistyössä eri terveydenhuollon toimijoiden kanssa.

Sodankylän Kotisairaalan toiminnan tarkoituksena on toteuttaa sairaalatasoista hoitoa potilaan kotona tai muussa asuinpaikassa, kuten palvelutalossa tai hoitokodissa. Pyrkimyksenä on korvata laitospainainen sairaalahoitajakso tai lyhentää sitä tukemalla potilaan varhaista kotiutumista keskussairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolta, päivystyksestä ja lääkäreiden vastaanotoilta. Kotisairaalaan tullaan lääkärin läheteellä, josta ilmenee potilaan hoitosuunnitelma. Hoitolinjaukset on tärkeää sopia riittävän ajoissa ennen hoitoja etenkin hoitokodeissa asuvilla potilailla. Kotisairaalan sairaanhoitaja tekee ensiarvion potilaan hoidontarpeesta.

Kotisairaalan toimintaan on tavoitteena rekrytoida välittömään potilashoitoon kolme sairaanhoitajaa ja fysioterapeutti, jotka työskentelevät tiiviissä yhteistyössä omaisten kanssa. Kotisairaalan hyvien toimintaedellytysten takaamiseksi tavoitteena on perustaa kolme sairaanhoitajan vakanssia ja yksi fysioterapeutin vakanssi. Terveyskeskuksen lääkäreistä yhden vastuulla on kotisairaaloiminta. Kotisairaala vastaa hoitajakson aikana potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, seurannasta ja arvioinnista. Sairaanhoitajat tekevät hoitotoimenpiteet ja vievät tarvittavat lääkkeet, nesteet ja hoitotarvikkeet mukanaan potilaan kotiin. Kotisairaalan lääkäri tekee käynnin tarpeen mukaan.

Hoitoaika kotisairaalassa on muutamasta päivästä maksimissaan kolmeen viikkoon. Mikäli hoito kotisairaalassa kestää kolme viikkoa tai kauemmin tehdään potilaalle päätös säännöllisestä kotihoidosta tai kotisairaanhoidosta. Hoito käsittää suonensisäiset antibioottihoidot, nestehoidot, kivunhoidon, keskussairaaloiden jatkohoidot, haavanhoidot sekä saattohoidon. Potilaalla on mahdollisuus niin toivoessaan kuolla kotonaan tai paikassa, jossa hän on viimeiset vuotensa asunut. Saattohoidossa olevilla potilailla on tarpeen mukaan lupa siirtyä suoraan Sodankylän terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon. Kotisaattohoito kotisairaaloiminnan turvin edellyttää ainakin yhden potilaan läheisen sitoutumista hoitoon.

Perusterveydenhuollossa kotisairaalassa annettu hoito luokitellaan avohoidoksi, joten potilas maksaa hoitajien ja lääkärin käyntimaksut avohoidosta säädettyjen hoitomaksujen mukaan. Kotisairaalan hoitomaksu sisältää lääkärin määräyksen mukaisen hoidon, sairaanhoitajien, fysioterapeutin ja lääkärin kotikäynnit ja hoidon toteutuksen. Jatkohoidon ohjaus, suonen- ja lihaksensisäiset lääkkeet, suonensisäiset nesteet sekä näiden toteutuksessa tarvittavat välineet ja näyttöiden otto sisältyvät niin ikään hoitomaksuun. Kotisairaalan hoitomaksu kerryttää maksukattoa.

Kotisairaalan yhtenä tavoitteena on hoitaa Sodankylän vanhusväestö inhimillisesti loppuun asti, tutussa hoitopaikassa, ilman raskaita siirtoja vuodeosastolle sekä lisätä saumatonta yhteistyötä terveyskeskuksen ja vanhuspalveluyksiköiden henkilökunnan kesken. Tämä tarkoittaa yhteistyötä, koulutusta ja perehtymistä yhdessä asioihin. Samalla tehostetaan kotiutuksia ja laajennetaan osaamista. Kaikki resurssit ja koulutusta vastaava ammattitaito otetaan tehokkaasti käyttöön. Hoitotyön toteutus dokumentoidaan Pegasos-potilastietojärjestelmään ja säilytetään hoitosuunnitelman osalta paperiversiona potilaan henkilökohtaisessa kansiossa, josta suunnitelmaa on helppo seurata.

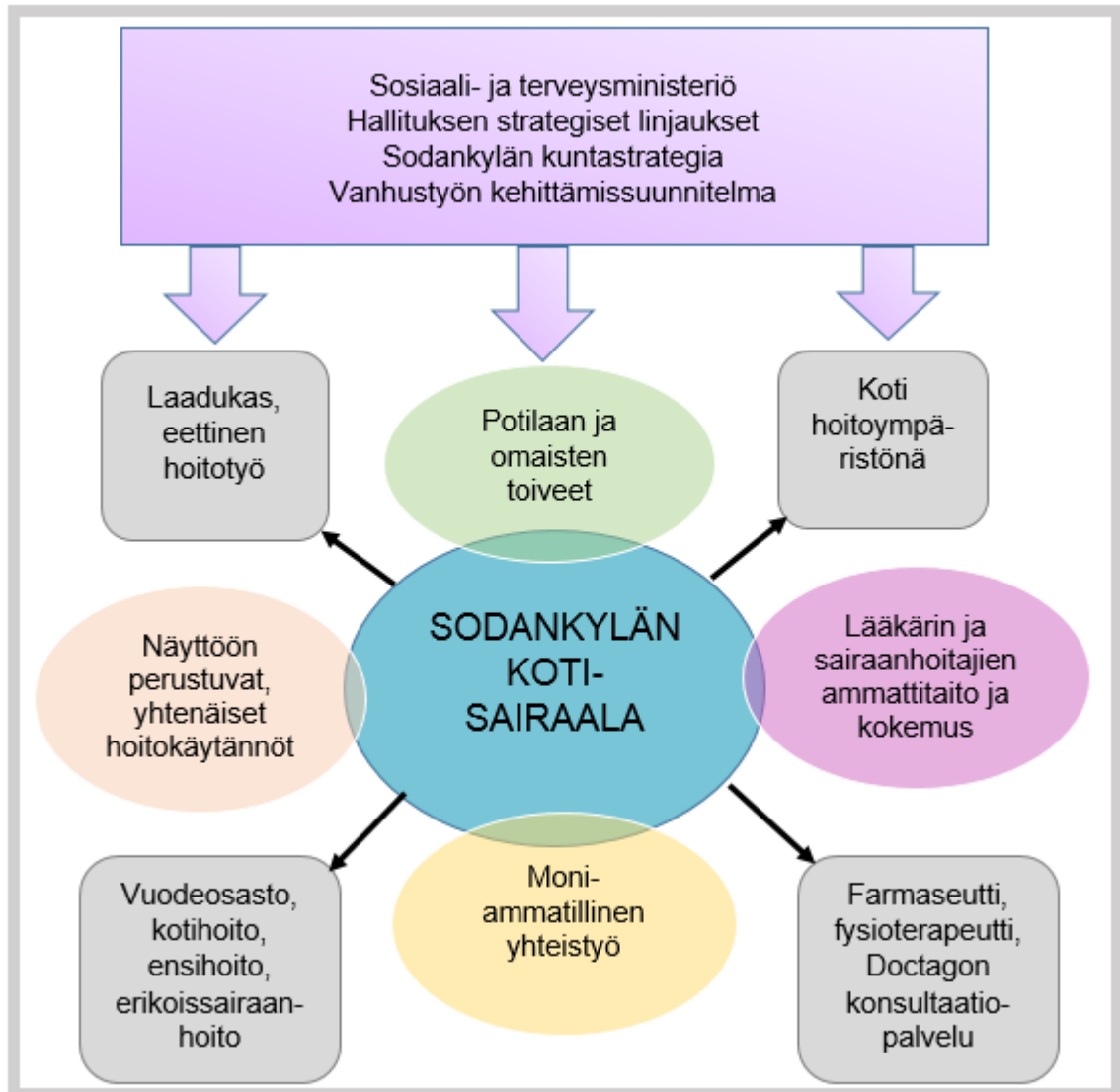
Kotisairaala toimii kahdessa vuorossa päivittäin klo 7-21. Yksi sairaanhoitaja työskentelee vuorossa kerrallaan. Fysioterapeutti tekee ensikäynnin hoitajan kanssa yhdessä. Fysioterapeutti arvioi apuvälineiden tarpeen ja fysioterapian tarpeen ja toteuttaa kotikuntoutusta. Tarvittaessa fysioterapeutti järjestää mahdollisia jatkokuntoutuksia. Vuodeosaston potilaspaikkojen vähentämisen myötä

vuodeosastolta vapautuu huonetilaa, johon kotisairaala voidaan fyysisesti sijoittaa. Yöllä vuodeosasto toimii tukiosastona. Kotisairaalan toimintasäde määräytyy tilanteen mukaan potilasturvallisuus, kotisairaalan resurssit sekä lääkityksen vaatimukset huomioiden. Kotisairaaloimintaa varten luodaan oma kustannuspaikka ja oma budjetti. Kotisairaalan budjetti irrotetaan tarvittavilta osin vuodeosaston budjetista. Lääke- ja tarvikkeiden tarkalla seurannalla voidaan arvioida kotisairaalan toimintaa ja suunnitella sen jatkokehittämistä. Kotisairaalan ensisijainen hankinta on erillinen lääkekaappi. Mahdollisesti yhteistyö laajenee kotimaisen Doctagon -lääkärikeskuksen kanssa, joka välittää valtakunnallisesti vanhuslääketieteellisiä lääkäripalveluja. Doctagonin rooli olisi palveluasumisyksiköiden ilta- ja yöaikaisesta hoidosta päättäminen konsultaatiopalvelun kautta. Tehostetun palveluasumisen lisäksi ikäihmisten kotona asumista tuetaan kotihoidon palveluilla ja kotisairaanhoidon järjestämisellä ja tavoitteena on tiivistää yhteistyötä kaikkien toimijoiden kesken.

Saamani tutkimusaineiston, aikaisemman tutkimustiedon ja käytännön tiedon analysoinnin ja raportoinnin tuloksena syntyi alla olevan kuvion (Kuvio 5.) mukainen Sodankylän kotisairaalan käynnistämisen suunnitelma. Sodankylän Kotisairaala tarjoaa laadukasta, eettisesti hyväksyttävää ja lyhytaikaista, akuuttivaiheen sairaalatasoista hoitoa. Hoidon toteuttamiseen otetaan mallia Hoitotyön Tutkimussäätiön kehittämästä Yhtenäisten käytäntöjen toimintamalli (YHKÄ) -kuvioista (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010). Hoito perustuu ajantasaiseen tutkittuun tietoon, tutkimusnäyttöön ja hoitajien kokemukseen sekä ammattitaitoon. Hoito toteutetaan moniammatillisesti potilaan kotona, yhteistyössä omaisten kanssa. Asiakslähtöisesti toteutettuna hoitotyö edellyttää, että potilas ja omaiset osallistuvat hoidon suunnitteluun alusta alkaen ja heidän toivonsa pyritään huomioimaan mahdollisuuksien mukaan.

Tässä kehittämisprosessissa ovat olleet mukana kohdeorganisaation toimijoiden lisäksi kotihoidon ja vanhuspalveluyksiköiden hoitotyön ammattilaiset, joten toimintamallissa on pyritty näin ottamaan huomioon kaikkien eri organisaatioiden mukanaolo toimintaa suunniteltaessa. Mukana kehitystyössä ovat olleet myös asiakkaat erittäin pienellä panoksella tutkimukseen ja kyselyyn käytettävän ajan niukkuuden vuoksi. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on tutkimuksen hyödyntäjän eli Sodankylän kunnan ja prosessin toteuttajien eli Sodankylän terveyskeskuksen

sekä vanhustalvueluyskoiden hoitotyön ammattilaisten välisen kommunikaation ja yhteistyön lisääminen.

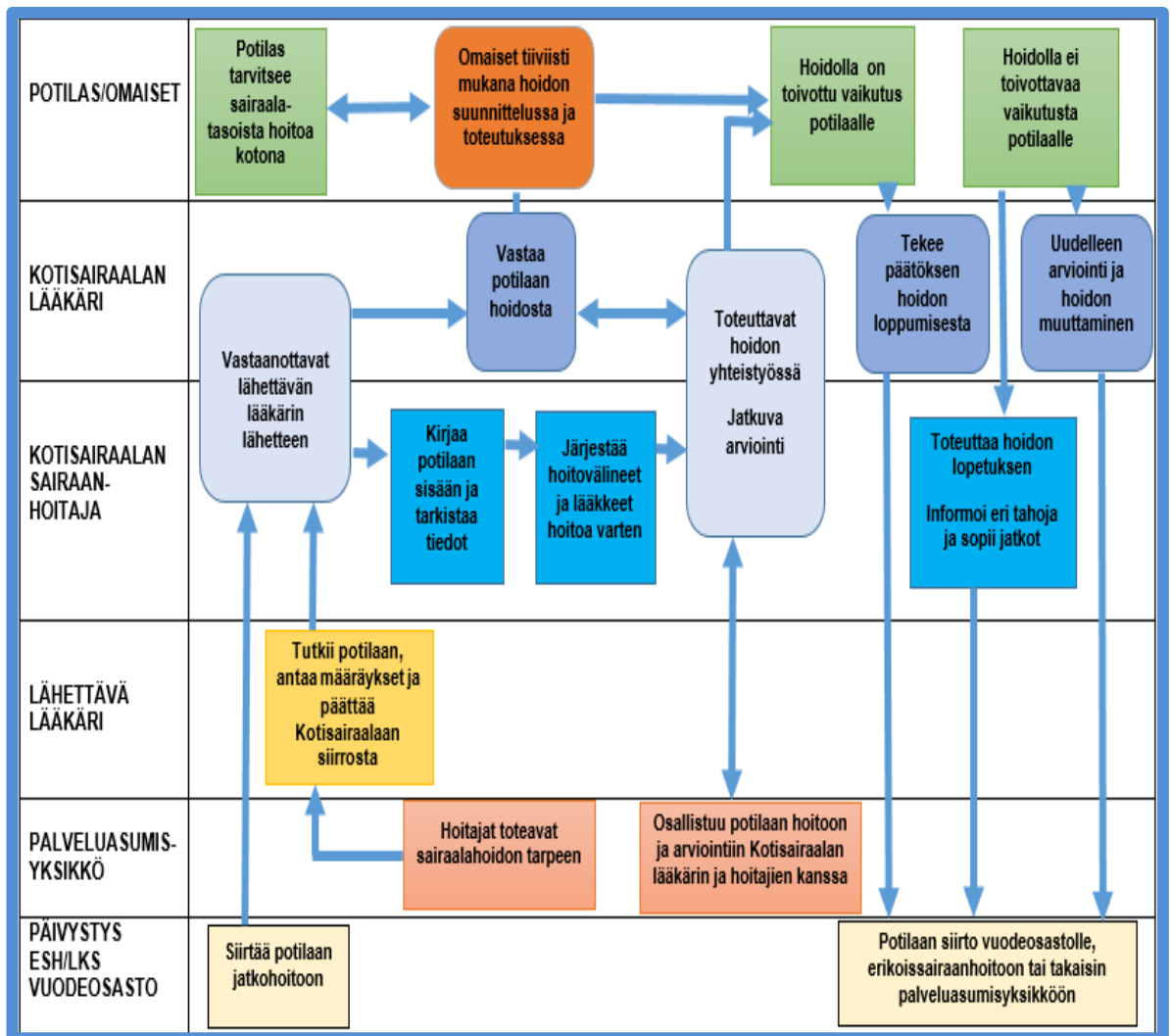


Kuvio 5. Sodankylän Kotisairaalan käynnistämisen suunnitelma (mukailien Hoitotyön tutkimussäätiön 2010 toimintamallia)

6.2 Kotisairaalapotilaan saumaton hoitopolku

Silvennoinen-Nuora (2010) määrittelee väitöskirjassaan hoitoketjun tai –polun sellaiseksi hoitoprosessin kokonaisuudeksi, jossa eri organisaatioiden toimijat tekevät työtä potilaan parhaaksi yli organisaatorajojen ja toteuttavat hoitotyötä suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti. Usein hoitotyö kohdistuu potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen ja se suunnitellaan toteutettavaksi moniammatillisesti niin, että potilaan ja perusterveydenhuollon resurssit otetaan riittävästi huomioon hoitoa suunniteltaessa. Silvennoinen-Nuora on todennut tutkimuksessaan myös, että hoitoketjut selkiyttävät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä

työnjakoa ja ja ohjaavat resurssien käyttöä siihen suuntaan, mikä varmistaa potilaalle oikea-aikaisen ja laadukkaan palvelun. (Silvennoinen-Nuora 2010, 91.) Alla olevaan kuvioon (Kuvio 6.) on kerätty kaikki kotisairaalapotilaan hoitoon osallistuvat tahot. Pääosin moniammatillisten ryhmäkeskustelujen tuloksena saatiin kokoon ryhmä eri organisaatioiden toimijoita. Heidän jokaisen osallisuudesta ja työtehtävästä kotisairaalapotilaan hoitotyössä syntyi Sodankylän Kotisairaalapotilaan saumaton hoitopolku -kuvio.



Kuvio 6. Sodankylän Kotisairaalapotilaan saumaton hoitopolku

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Hoitajien antamat, lomakekyselyn perusteella saadut kotisairaalan käynnistämisen ideat olivat pääosin samanlaisia kuin aikaisemmatkin tutkimukset kotisairaaloiminnasta ovat osoittaneet. Vuodeosaston ja poliklinikan kuormittuminen vähenisi ja samalla hoitotyön priorisoiminen toteutuisi eli oikeanlaiset potilaat pystyttäisiin hoitamaan oikeissa paikoissa. Kuntalaisten valinnanvapaus lisääntyisi ja kotisairaala toisi lisää palveluita kuntaan. Hoitajien arvion mukaan asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuisi paremmin kotona ja hoito lisäisi eettisen hoitotyön toteutumista inhimillisyyden näkökulmasta arvioituna. Kotisairaaloiminnan kautta hoitajien ammattitaito saataisiin paremmin käyttöön ja se kasvattaisi samalla työmotivaatiota ja työssä viihtymistä.

Kyselyn mukaan kotisairaaloiminnasta hyötyisivät eniten vaikeasti sairaat syöpäpotilaat, kuntoutuksesta hyötyvät potilaat ja muistisairaat. Myös pitkäaikaisairaat, joilla ei ole jatkuvaa sairaanhoidon tarvetta, koettiin sellaiseksi ryhmäksi, joka hyötyisi tarvittaessa kotiin annettavista hoidoista. Palveluasumisyksiköiden asukkaat olisi kyselyn mukaan luontevaa ja kustannustehokasta hoitaa omissa yksiköissään loppuun saakka, eikä siirtää laitoshoitoon. Kyselyn vastaukset toivat esiin myös sellaisen näkemyksen ja toiveen, että kaikenikäisillä ja kaiken kuntoisilla kuntalaisilla pitäisi olla oikeus valita kotona toteutettava hoito. Palvelun piiriin pitäisi ottaa kaikki kuntalaiset vauvasta vaariin.

Yksiselitteisesti kotisairaaloiminta koettiin ensisijaisesti moniammatillisesti toteutettavaksi ja asiakaslähtöiseksi toiminnaksi, joka lisää potilaan valinnanmahdollisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Samalla se tukee kotona asumista ja tutun sosiaalisen toimintaympäristön hyödynnettävyyttä, jolloin inhimillisyyden näkökulma tulisi huomioitua. Kotona toteutettavan hoidon koettiin myös hillitsevän tartuntatautien ja infektioiden leviämistä. Kotisairaaloiminnassa voidaan omaiset ottaa paremmin mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi se nopeuttaa sairauksista kuntoutumista ja vähentää näin kunnalle kertyviä hoitokustannuksia laitoshoitoon verrattuna. Lähes kaikissa lomakekyselyn vastauksissa painopiste oli hyvin samankaltainen moniammatillisen työryhmän ryhmä-

keskusteluista nousseiden ja käsiteltyjen aiheiden kanssa ja tukivat terveyskeskuksen johtavan lääkärin ja johtavan hoitajan näkemyksiä kehittämistyön tarpeellisuudesta ja toiminnan käynnistämisen toteutuksesta. Kustannusten osalta hoitopäivämaksujen vertailutaulukon mukaan Kotisairaalan toteuttamana hoidon vuorokausimaksu on huomattavasti edullisempi, mutta siinä ei ole huomioitu matkakustannuksia, eikä hoitajien hoitoon kuluva-aikaa, joten todelliset kustannukset jäävät suurelta osin arvailujen varaan.

Toiminnan käynnistämisen ideat hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta nostivat suurimmalta osin samoja asioita merkityksellisiksi ja huomioonotettaviksi palvelurakennemuutosten suunnittelussa, kuin mitä aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet. Kotisairaala toimii omana tuloksikkonaan. Sen toimintaa varten luodaan oma kustannuspaikka ja talousarvio, joka tarvittavilta osin voidaan irrottaa vuodeosaston talousarviosta. Tulosten mukaan Kotisairaalahoidon on pidettävä lyhytaikaisena, akuuttina hoitomuotona. Oman lääkärin saaminen ja ajoissa tehdyt hoitolinjaukset ovat tärkeimpiä asioita omaisten osallisuuden lisäksi. Hoidon toteuttamisen ja onnistumisen kannalta tarvitaan asiaan omistautunut ja sitoutunut henkilökunta, joiden tehtävän- ja työnkuvat on oltava riittävän yksilöityjä. Kotisairaalan käynnistämällä voidaan lisätä ja tiivistää julkisten organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä tehostaa potilaiden kotiuttamista erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kotihoidon välillä. Myös toiminnasta tiedottamista ja yhteisten palaverien pitämistä pidettiin tärkeinä toiminnan osa-alueina. Tulokset näyttävät olevan myös linjassa valtakunnallisten ja alueellisten strategioiden kanssa, mitkä omalta osaltaan ovat olleet vaikuttamassa tämän kehitysprosessin alkuun saattamisessa ja läpiviemisessä ja ohjaavat toimintaa omilla reunaehdoillaan.

Edellä jo aiemmissa kappaleissa esitettyjen tulosten lisäksi voidaan todeta lomakekyselystä saadun sellaista uutta tietoa, joista en aiheeseen perehtyessäni ole havainnut mainintaa muiden aikaisempien tutkimusten tuloksissa. Tulokset osoittivat, että hoitajien mielestä pohjoissuomalaiset potilaat ovat eriarvoisessa asemassa muuhun maahan nähden. Palveluita ei ole tasa-arvoisesti saatavilla. Tähän liittyen, koettiin tärkeäksi ulottaa kotisairaalahoitoa myös enemmän lapsiperheille. Erikseen mainittiin pienten lasten äidit, joilla voi olla vaikeutta päästä palveluiden piiriin miehen ollessa esimerkiksi työmatkalla sekä yksinhuoltajaäidit,

joilta saattaa puuttua kokonaan tukiverkosto ja avun hakeminen voi olla hankalaa ja työlästä. Kotiin annettavat hoitopalvelut sairauksien kohdatessa auttaisi myös lapsiperheitä.

7.2 Oman osaamisen kehittyminen

Oma rooli tutkijana muuttui prosessin myötä. Prosessin alkuvaiheessa koin olevani tasavertainen kehitystyöhön osallistuja, mutta prosessin edetessä rooli muuttui enemmän tutkimusaineiston kokoajaksi ja sivustaseuraajan rooliksi. Tällaisessa kehittämistyössä, jossa tarkoituksena on luoda täysin uusi palveluorganisaatio, on aivan luonnollista, että näin tapahtui. Julkisen organisaatorakenteen luominen edellyttää asioiden tietynlaisen esittämis- ja etenemisjärjestyksen, jotta toiminta etenee lakien ja säädösten mukaisesti oikealla tavalla. Kehittämistyön prosessin läpivieminen antoi kuitenkin paljon oppia tulevaisuudessa vaadittaville työelämävalmiuksille. Kehittämisprosessin käytännön toteutus on antanut paljon muutosjohtamiseen liittyviä käytännön oivalluksia, joita Lapin ammattikorkeakoulun korkeatasoinen opetus ja tutoriaalityöskentely ovat tukeneet ja opittujen aihekokonaisuuksien ymmärtäminen on syventynyt.

Koulutuskohtainen asiantuntijaosaaminen, tutkimus- ja kehittämisosaaminen sekä johtamisosaaminen ovat kehittyneet kehittämisprosessin ja opintojen aikana. Myös monenlaiset yksilöidymmät oppimisen taidot ovat kehittyneet ja parantuneet koulutuksen kuluessa. Koen itselleni tärkeimmiksi opeiksi ehkä esimiestyöhön liittyvän eettisen ja työyhteisöosaamisen, joissa vuorovaikutustaidot ja yhteiskunnalliset arvot nousevat tärkeimmiksi elementeiksi. Niissä koen olevani nyt vahva osaaja. Kansainvälistymisosaaminen on kehittynyt tiedonhankinnan myötä. Löydän ja osaan hyödyntää päätöksieni tukena tutkittua tietoa paremmin ja voin perustellusti toimia asiantuntijatehtävissä tulevaisuudessa. Olen oppinut ymmärtämään esimiehen roolin merkityksellisyyden työyhteisölle, samalla koulutuksen merkityksen oivaltaminen on kasvanut. Kaiken kaikkiaan oma esimiestyöosaaminen suhteutettuna koulutuksen osaamistavoitteisiin on saavuttanut vaadittavat, EU-maiden yleiset, EQF7-tason mukaiset osaamistasovaatimukset. Henkilökohtaisen oppimisen ja kehittymisen lisäksi kehittämistyön tuloksista on hyötyä myös Sodankylän kunnalle. Kehittämistyön tuloksina syntyneitä ideoita voidaan hyödyntää Sodankylän Kotisairaalan toiminnan laajentamisen

suunnittelussa ja jatkokehittämisen arvioinnissa sekä moniammatillisen yhteistyön lisäämisessä ja kehittämisessä. Uuden hyvinvointikeskuksen rakentaminen Sodankylään toteutetaan lähivuosina ja Kotisairaaloiminnan mukanaolo siinä prosessissa entistäkin tärkeämmällä sijalla.

7.3 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2012) on yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa uudistanut tutkimuseettisen ohjeen. Sen mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, noudattaen myös lainsäädännön määrittelemiä rajoja. Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja siinä on toteutettava tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta tuloksia julkaistaessa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden perustana käytetään usein sellaisia kriteerejä kuin uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Hirsjärven ym. (2009) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tutkijan riittävän tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Lukijan täytyy saada selkeä käsitys siitä, mitä tutkimuksessa on tehty ja hänen täytyy pystyä luottamaan saatuihin tutkimustuloksiin ja niiden pätevyyteen. Riittävä tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tässä tutkimuksessa tutkimuseettiset näkökulmat toteutuivat hyvin. Käyttämäni tiedonhankinta on ollut mahdollisimman ajantasaista ja toteutettu luotettavista lähteistä. Tiedonhaku on suoritettu asianmukaisia tiedonhankintamenetelmiä käyttäen, kuten kirjastotietokantoja, tieteellisiä tutkimusartikkeleita, erilaisia valtakunnallisia hoitosuosituksia sekä kotimaisia että kansainvälisiä artikkeliviitetietokantoja. Lähdeviitteiden käyttämisessä olen kunnioittanut jo aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia ja ilmoittanut niistä avoimesti. Olen merkinnyt myös kaikki käyttämäni lähteet lähdeluetteloon. Toimeksiantajani kanssa olen kirjoittanut toimeksiantosopimukset ohjaajalle hyväksyttäväksi ja lomakekyselyn toteuttami-

seen olen saanut tutkimusluvan Sodankylän terveyskeskuksen johtavalta lääkäriltä. Tutkimusluvan jälkeen kehittämistyö jatkui suunnitelman mukaisesti seuraaviin vaiheisiin.

Kehittämistyön toteutus ja eteneminen noudattivat Ojasalon ym. (2010) kuvaamaa yksinkertaista, käytännön kehittämistyöhön hyvin sopivaa, prosessimaista kulkua. (Kuvio 4.) Prosessin kaikki vaiheet on kirjoitettu auki sitä mukaa, kun prosessi on edennyt ja kaikki kerätty tieto on dokumentoitu kirjalliseen muotoon. Tällöin tutkijan omat ajatukset eivät päässeet vaikuttamaan liikaa aineiston laatuun. Tutkimusaineisto kerättiin laadulliselle tutkimukselle soveltuvin menetelmin lomakekyselyllä, virallisten dokumenttien avulla ja käytännön kokemustietoa keräämällä. Tutkimustulosten analysoinnissa käytin laadulliselle tutkimukselle tyypillistä sisällönanalyysiä, jonka tarkka ja yksityiskohtainen kuvaus antaa lukijalle luotettavan kuvan käytetystä analyysimenetelmästä.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Hoitajille toteutettu lomakekysely ja muutama potilailta saatu ehdotus toivat myös uusia näkökulmia ja ideoita kotisairaaloiminnan jatkotutkimusaiheiksi. Kyselyn pohjalta nousivat uusiksi kotisairaaloiminnan hyödyiksi pohjoisen ihmisten kokeman eriarvoisuuden poistuminen kotisairaaloiminnan myötä sekä kotisairaalahoitoon ulottaminen enemmän myös lapsiperheille täällä pitkien etäisyyksien maakunnassa. Hyviä jatkotutkimusaiheita ovat selvittää eriarvoisuuden todellinen kokeminen terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa ja lapsiperheille suunnatun kotisairaaloiminnan erityisvaatimukset. Muita mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita Sodankylän kunnassa olisivat kotisairaaloiminnan todelliset kustannusvaikutukset ja toiminnan vaikutukset ikäihmisten kuntoutumiseen sekä toiminnan vaikutukset moniammatillisen, organisaatioiden rajat ylittävän yhteistyön tekemiselle.

LÄHTEET

- Agge, E. 2016. Henkilökohtaisen rajan sisäpuolella. Reportaasi. Sairaanhoidaja-lehti 2/2016, 16–21.
- Dean, E. 2013. Integrated care is here and it works. *Nursing Standard (NURS STAND)*, 9/4/2013; 28(1): 18-20. (3p). Viitattu 26.9.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/resultsadvanced?sid=a2dda72f-f67d-45af-b8aa-e9fd556462de%40sessionmgr4009&vid=2&hid=4107&bquery=hospital+l>.
- Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmistien psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoitossa. *Hoitotiede* 2012, 24 (1), 14–26. Viitattu 8.6.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2105/se/h/0786-5686/24/1/ikaihmis.pdf>.
- Eriksson K., Isola A., Kyngäs H., Leino-Kilpi H., Lindström U. A., Paavilainen E., Pietilä A-M., Salanterä S., Vehviläinen-Julkunen K. & Åstedt-Kurki P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Terveydenhuoltotutkimus. Suomen lääkirilehti* 50–52/2014 vsk 69. Viitattu 7.9.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL502014-3467.pdf>.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 28.9.2016 <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>.
- Hoppula, M. 2016. Kotisairaaloiminnan käynnistämisen selvitys perusteluineen Sodankylän perusturvalautakunnalle. Vs Johtava hoitaja: Sodankylän terveyskeskus.
- Hoppula, M. 2016. Vuodeosaston tilastotietoa. Sähköposti leena.ollila@sodankyla.fi 12.9.2016. Tulostettu 16.9.2016.
- Holopainen A., Korhonen T., Miettinen M., Pelkonen, Perälä M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Hoitotyön tutkimussäätiö. Premissi* 1, 38–45. Viitattu 2.12.2015 <http://www.hotus.fi/hotus-fi/yhtenaisten-kaytantojen-kehittamisen-malli>.
- Hänninen, J. 2013. Saattohoito kotona vaatii monenlaista tukea. *Lääkirilehti. Pääkirjoitus* 36/2013. Viitattu 2.12.2015 www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/saattohoito-kotona-vaatii-monenlaista-tukea/.
- Hänninen, J. 2016. Kertomuksia saattohoidosta. Hyvä kuolema – yhteisvastuuhanke 2015–17. Viitattu 31.5.2016 http://www.xn--hyvkuolema-s5a.fi/wp-content/uploads/2016/05/hyva_kuolema_hanninen.pdf.

- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 14.2.2016 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequ.
- Joanna Briggs Institute 2011. Kotihoidossa olevan aikuisen saattohoitopotilaan omaishoitajan kuormittuminen Best Practice 15(6) 2011. Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Arja Holopainen, Virpi Jylhä. Viitattu 26.9.2016 http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-6_0.pdf.
- Jussila, R. & Salmi, R. 2015. Kotisairaala Kittilässä. Toimintasuunnitelma.
- Jyrkkiö, S. & Hietanen, P. 2015. Voisiko Suomessakin kuolla kotona? Suomen lääkärilehti. Pääkirjoitus 9/2015, vsk 70. Viitattu 8.4.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL92015-520.pdf>.
- Järnström, S. 2011. "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 26.9.2016 <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8508-4>.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kangasharju, A. 2008. Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus (VATT) julkaisu. Suomen kuntaliitto: Helsinki. Viitattu 12.7.2016. <http://www.localfinland.fi/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/tuloksellisuus/tuottavuuskasitteisto/Documents/Tuottavuusopas-2008-nettiversio.pdf>.
- Karlsson, M. & Noro, A. 2014. Monipuolisia palveluja kotiin. Lehtiartikkeli: Vanhusten kotihoitoa tärkeä vahvistaa. Tesso 2014 vol. 6 no. 5 s. 40–41. Viitattu 7.9.2016. <http://tesso.fi/artikkeli/vanhusten-kotihoitoa-t-rke-vahvista>.
- Kauppinen, A., Hujanen, T. & Niskanen, S. 2014. Sairaanhoidajan osaamiskartta Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kotisairaalassa. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2016 <https://www.theseus.fi/handle/10024/77075>.
- Kuntalaki 410/2015. I osa, yleiset säännökset, 1§.
- Kvarnström S. 2008. Difficulties in collaboration: A critical incident study of inter-professional healthcare teamwork. Journal of Interprofessional Care 22(2), 191–203.

- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138–148. Viitattu 27.8.2016 https://www.researchgate.net/profile/Tarja_Poelkki/publication/261723764_Sisallanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessa-tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf.
- Käypä hoito -suositus. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Julkaistu 20.12.2012. Viitattu 5.12.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.
- Laki lääkkeiden velvoitevarastoinnista 979/2008.
- Lapin luotsi 2015. Kuntien perustalvvelujen saatavuus ja laatu. Päivitetty 10.6.2015. Viitattu 9.4.2016 <http://luotsi.lappi.fi/kuntien-perustalvvelujen-saatavuus-ja-laatu>.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2015. Lapin sairaanhoitopiiri. Viitattu 8.9.2016 <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairanhoitopiiri>.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2015. Sairaala sote-kuntoon. Sairanhoitopiirin johtokunnan julkaisu. Julkaistu 16.2.2015. Viitattu 26.11.2015 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaala_sotekuntoon%289500%29.
- Lapin liitto, 2015. Yleiset tiedot ja tunnusluvut. Päivitetty 27.10.2015. Viitattu 9.4.2016 <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairanhoitopiiri>.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2014. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 8.9.2016 <http://www.lpshp.fi/fi/hallinto.html>.
- Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Suomalaisten terveys. *Duodecim* -artikkeli 18.7.2016. Viitattu 8.4.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052.
- Myllärinen, T. 2016. Sote-palvvelurakenneuudistus. Hallituksen tarkentavat linjaukset. www.kunnat.net/sote-uudistus.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Petri, L. 2010. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45, (2), 73 - 76.
- Peltomäki, P. 2014. Kotona asuvan ikäihmisen perheen hyvä vointi. – Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.9.2016 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9524-3>.

- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki. Viitattu 8.9.2016 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afe201504225791.pdf?sequence=1>.
- Poukka, P. 2009. Kotisairaala kaipaa lain kirjainta. Verkkajulkaisu. Viitattu 1.12.2015 <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kotisairaala-kaipaa-lain-kirjainta/>.
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Artikkel. Viitattu 9.1.2016 <http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919>.
- Saajanaho, M. 2016. Personal Goals in Old Age. Relationships with Resources in Life, Exercise Activity, And Life-Space Mobility. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 8.6.2016 https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/48499/Saajanaho_Milla_screen%20%282%29.pdf?sequence=1.
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005;121:203-9. Viitattu 19.7.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2048/connect?session=rTTOCjg-deEdk6yzi&url=http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94746.pdf>
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 19.10.2016 <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/handle/10024/66667>.
- Sodankylän kunta 2010. Sodankylän kunnan ikääntymispoliittinen strategia vuosille 2010–2018. – Hyvään vanhuuteen Sodankylässä. Viitattu 16.9.2016 www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/.../0090_sodankyla.pdf.
- Sodankylän kunta 2014. Sodankylän kuntastrategia 2014 – 2020. Kunnanvaltuusto hyväksynyt 27.3.2014. Viitattu 26.11.2015 www.sodankyla.fi/media/.../2014-04-14_kuntastrategia_2014-2020.pdf.
- Sodankylän kunta 2016. Ikäihmisten tehostettu palveluasuminen. Viitattu 15.9.2016 <http://www.sodankyla.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/Pages/Ik%C3%A4ihmisten%20tehostettu%20palveluasuminen.aspx>.
- Sodankylän kunta 2016. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveyspalvelut. Viitattu 16.5.2016 <http://www.sodankyla.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/Pages/Terveyspalvelut.aspx>.
- Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 21 §.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma kaste 2012 – 2015. Viitattu 1.12.2015 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=1.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisu (STM): 2013:11. Helsinki. Viitattu 30.5.2016 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. Viitattu 9.9.2016 <http://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoidon>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Lainsäädäntö. Viitattu 6.4.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>.
- Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 26.9.2016 <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>.
- Terveydenhuoltolaki 2010. 25 §. Kotisairaanhoidon.
- Terveydenhuoltolaki 2010. 8 §. Laatu ja potilasturvallisuus.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Terveystieteiden tutkimuskeskusten vuodeosastohoito 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2012. Viitattu 16.5.2016 http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/tr02_12.pdf.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Hyvinvointi ja terveyserot. Eriarvoisuus – keskeisiä käsitteitä. Päivitetty 23.12.2015. Viitattu 13.7.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-jaterveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta. Päivitetty 9.2.2015. Viitattu 5.12.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ikapoliittika-ja-palvelujarjestelma/vanhuspalvelulain-toimeenpanon-seuranta>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Mikä on toimintamalli? Innokylän verkkopalvelu. Viitattu 26.2.2016 <https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>.
- Tilastokeskus 2013. Suomen virallinen tilasto. Väestö 2013. Väestöennuste kunnittain 2012 – 2040. Viitattu 16.5.2016 http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yvrm_vaenn_2012-2040_2013_9843_net_p2.pdf.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämissuunnitelma. Näkökulmia kehittämissuunnitelmaan, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

- Toikko, T. 2009. Käyttäjä- ja toimijälähtöinen kehittäminen. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. Viitattu 9.1.2016 <http://uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/viewFile/1115/966>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Turjamaa, R. 2014. Older people´s individual resources and reality in home care. Dissertations in Health Sciences Number 255. University of Eastern Finland Kuopio. Viitattu 7.9.2016 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. HTK-ohje. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 4.12.2015 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.
- Työterveyslaitos 2011. Hyvät käytännöt ja malliratkaisut. Hyvät käytännöt. Viitattu 2.12.2015 http://www.ttl.fi/fi/malliratkaisut/hyvät_kaytannot/sivut/default.aspx.
- Vaarama, M., Siljander, E., Luoma M-L. & Meriläinen S. 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Viitattu 18.7.2016 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1>.
- Valtioneuvoston kanslia, 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Viitattu 23.8.2016 http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/ratkaisujen+suomi_fi_yhdistetty_nettili.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82.
- Valvira 2008. Saattohoito. Julkaistu 8.12.2008. Viitattu 2.12.2015 http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito.
- Valvira 2015. Kotiin annettavat palvelut. Julkaistu 15.5.2015. Viitattu 9.9.2016 <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut>.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Teoksen katsaus 281/2011. Helsinki. Viitattu 12.5.2016 <http://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.
- Vuori-Kemilä, A., Lindroos, A., Nevala, S. & Virtanen, J. A. 2005. Ihmisen hyvä etiikka lähihoitotyössä. Werner Söderström osakeyhtiö. Helsinki.
- Vuoti, M. 2011. Pohjoissuomalaisten suurten ikäluokkien tulevaisuudenkuvat ikääntymisestään, hyvinvoinnistaan ja sosiaali- ja terveyspalveluistaan. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 18.7.2016 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514295386.pdf>.

Väisänen, T. 2007. Moniammatillinen tiimityö ja johtaminen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 7.9.2016 <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78783/gradu02363.pdf?sequence=1>.

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantositoumus
- Liite 2. Tutkimuslupahakemus
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Lomakekysely
- Liite 5. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi
- Liite 6. Kirjelmä Sodankylän perusturvalautakunnalle

LIITE 1.

Liite 1 (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Sodankylän kunta, perusterveydenhuolto, terveyskeskuksen vuodeosasto	
Yhteyshenkilö Maarit Hoppula	Asema/ ammattinimike: osastonhoitaja
Osoite Ratsutie 9	Puhelin 040-738 4420
Sähköposti: maarit.hoppula@sodankyla.fi	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: Kotisairaala-toiminnan käynnistäminen 1.1.2017 Sodankylän kunnassa	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis: 10/2016
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? Maarit Hoppula antaa ohjausta, ideoita ja neuvoja prosessin aikana.	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus <i>Maarit Hoppula, vs. johtava hoitaja</i>	

II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhön

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Leena Ollila	Opiskelija- numero A1501537
Osoite Koulutie 11, 99600 Sodankylä	Puhelin 040-738 7889
Sähköposti leena.ollila@sodankyla.fi	
Koulutus ja suuntautumisvaltuus: Sairaanhoidtaja (ylempi AMK), Työelämän kehittäminen ja esimiestyö	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtelovelvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus <i>Leena Ollila</i>	

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava Opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi: Seppänen Raija	
Koulutus ja toimipaikka: Yliopettaja, Lapin AMK Rovaniemi	Puhelin: 0400-219 687
Sähköposti: Raija.Seppanen@lapinamk.fi	
Ammattikorkeakoulun edustajat sitoutuvat	
<input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä ja että opinnäytetyöprosessia ohjataan edistään työn valmistumista,	
<input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista,	
<input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan kaikissa vaiheissa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjelistusta sekä	
<input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihteluvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen aineiston osalta.	
Allekirjoitus:	<i>Raija Seppänen</i>
Koulutuksen yliopettaja	
Koulutuksen yliopettajan nimi: Törmänen Outi	
Puhelin: 040-749 8615	Sähköposti: Outi.Tormanen@lapinamk.fi
Allekirjoitus:	<i>Outi Törmänen</i>

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

LIITE 2.

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi Leena Ollila	Henkilötunnus _____	
	Katuosoite Koulutie 11	Postinumero 99600	Postitoimipaikka Sodankylä
	Puhelin _____	Sähköpostiosoite leena.ollila@sodankyla.fi	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Lapin ammattikorkeakoulu, Rovaniemi	Hakijan tehtävä/virka-asema sairaanhoitaja (AMK)	
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi Raija Seppänen	Oppiarvo ja ammatti Yliopettaja	
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK Rovaniemi		
	Puhelin _____	Sähköpostiosoite Raija.Seppänen@lapinamk.fi	
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja Sodankylän kunta, perusterveydenhuolto, terveyskeskuksen vuodeosasto		
	Yhteystiedot Maarit Hoppula, <i>vs. johtava hoitaja / osastonhoitaja</i> maarit.hoppula@sodankyla.fi		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Sodankylä 23/5/2016	Allekirjoitus	
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään	
	Perustelut		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä <i>31.5.16</i>	Allekirjoitus <i>vs. johtava laatan</i> <i>johtava laatan</i> <i>terveyskeskus</i>	
Myöntämisen ehdot	Myöntämisen ehdot		
	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti <input checked="" type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita <input type="checkbox"/> Muu ehto		
Päätöksestä tiedottaminen	<input type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaajille opettajille <input checked="" type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä

Tutkinto, johon tutkimus sisältyy	Sairaanhoidtaja (ylempi AMK), Työelämän kehittäminen ja esimiestyö	
Opinnäytetyön tekijät	Leena Ollila	
Opinnäytetyön nimi	Kotisairaaloiminnan käynnistäminen Sodankylän kunnassa vuonna 2017	
Opinnäytetyön tausta	Valmistaudutaan Suomen hallituksen linjaukseen ja sote-uudistukseen kehittämällä kunnan palvelurakennetta ja monipuolistamalla samalla julkista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa.	
Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja mahdolliset tutkimusongelmat	<p>Tavoitteena on ikäihmisten ja aikuisväestön laitoshoidon vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen sekä heidän toimintakyvyn säilyttäminen ja kuntoutumisen nopeuttaminen. Tavoitteena on myös tuoda kustannussäästöjä laitoshoidon vuodepaikkojen vapautumisena ja hoitoaikojen lyhentymisenä.</p> <p>Tarkoituksena on luoda Kotisairaalan toimintamalli perusterveydenhuollontasoiseen kotisairaaloiminnan käynnistämiseen Sodankylän kunnassa.</p> <p>Tutkimuskysymys on:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millainen on perusterveydenhuollontasoinen kotisairaalan toimintamalli Sodankylän kunnassa? <ul style="list-style-type: none"> - miten asiakkaat valikoituvat kotisairaalan asiakkaiksi? - millainen on kotisairaalan rakenne? - millainen on kotisairaalan kustannusvaikutus? - miten kotisairaaloiminta vaikuttaa muiden sidosryhmien toimintaan? <p>Tarvitsen Pegasos-potilastietojärjestelmästä kotoa käsin vuodeosastolla käyneiden asiakkaiden osoite- ja hoitotietoja (1.1. – 30.4.2016 väliseltä ajalta). Lähetän heille kyselylomakkeen, millaisena he ovat hoidon kokeneet ja kysyn ajatuksia sellaisesta vaihtoehdosta, että kotisairaala mahdollistaisi hoidon antamisen kotona. Käsitellen tietoja luottamuksellisesti ja eettisesti oikein. Kenenkään kyselyyn vastanneen henkilöllisyys ei tule esille tuloksia tarkasteltaessa.</p>	
Opinnäytetyön alustava aikataulu	Opinnäytetyö jätettävä esitarkastukseen 3.10.2016 mennessä, mikä mahdollistaa tutkintoon hoidon valmistumisen joulukuussa 2016.	
Tarvittaessa opinnäytetyön rahoitus, rahoittajat ja budjetti		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä Sodankylä 23/5/2016	Allekirjoitus <i>Leena Ollila</i>

 Liitteenä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma (tarvittaessa)

LIITE 3.

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja!

Opiskelen Rovaniemellä, Lapin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan ylemmää ammattikorkeakoulututkintoa, työelämän kehittämisen ja esimiestyön koulutusohjelmassa.

Koulutukseen kuuluu opinnäytetyön tekeminen niin sanottuna kehittämistyönä. Kehittämistyöni aihe on **Kotisairaaloiminnan käynnistäminen Sodankylän kunnassa vuonna 2017**. Kehittämistyöni toimeksiantajana on Sodankylän kunnan vs. johtava hoitaja Maarit Hoppula. Työni ohjaavina opettajina toimivat yliopettajat Raija Seppänen ja Outi Törmänen Lapin ammattikorkeakoulusta. Haluaisin saada työhöni asiakasnäkökulman sekä hoitotyön ammattilaisten mielipiteen vahvemmin näkyviin, kehitettäessä uuden Kotisairaalan toimintamallia. Kotisairaaloiminta vie sairaalatasoisen hoidon kotiin tai palveluasumisyksiköön.

Pyydän Teitä osallistumaan oheiseen kyselyyn. Osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu ilman henkilötietoja, joten tulosten käsittelyssä kenenkään yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei tule selville missään vaiheessa. Kyselylomakkeiden vastaukset käsittelen luottamuksellisesti ja hävitän ne kehittämistyöni valmistuttua. Kysely sisältää neljä avointa kysymystä ja vastausaikaa on kaksi viikkoa. Kyselyyn vastaamalla voitte olla mukana kehittämässä Sodankylän kunnan aikuisväestölle ja ikäihmisille suunnattuja terveydenhuollon palveluja.

Palauttakaa kyselylomake oheisessa vastauskuoressa **7.8.2016 mennessä** vuodeosaston kahvihuoneessa olevaan palautuslaatikkoon tai Teitä hoitavalle hoitajalle.

Yhteistyöstä kiittäen,

Leena Ollila
sairanhoitaja (AMK)
Sodankylän terveyskeskus/vuodeosasto

LIITE 4.

LOMAKEKYSELY Kotisairaaloiminnan aloittamiseen liittyen:

Rastita oikea vaihtoehto ja vastaa ystävällisesti seuraaviin kysymyksiin.

Olen ollut potilaana vuodeosastolla_____Työskentelen vuodeosastolla_____

1. Miksi Kotisairaaloiminta kannattaisi mielestäsi aloittaa Sodankylän kunnassa?

2. Minkälaiset potilaat mielestäsi hyötyisivät eniten Kotisairaalan palveluista?

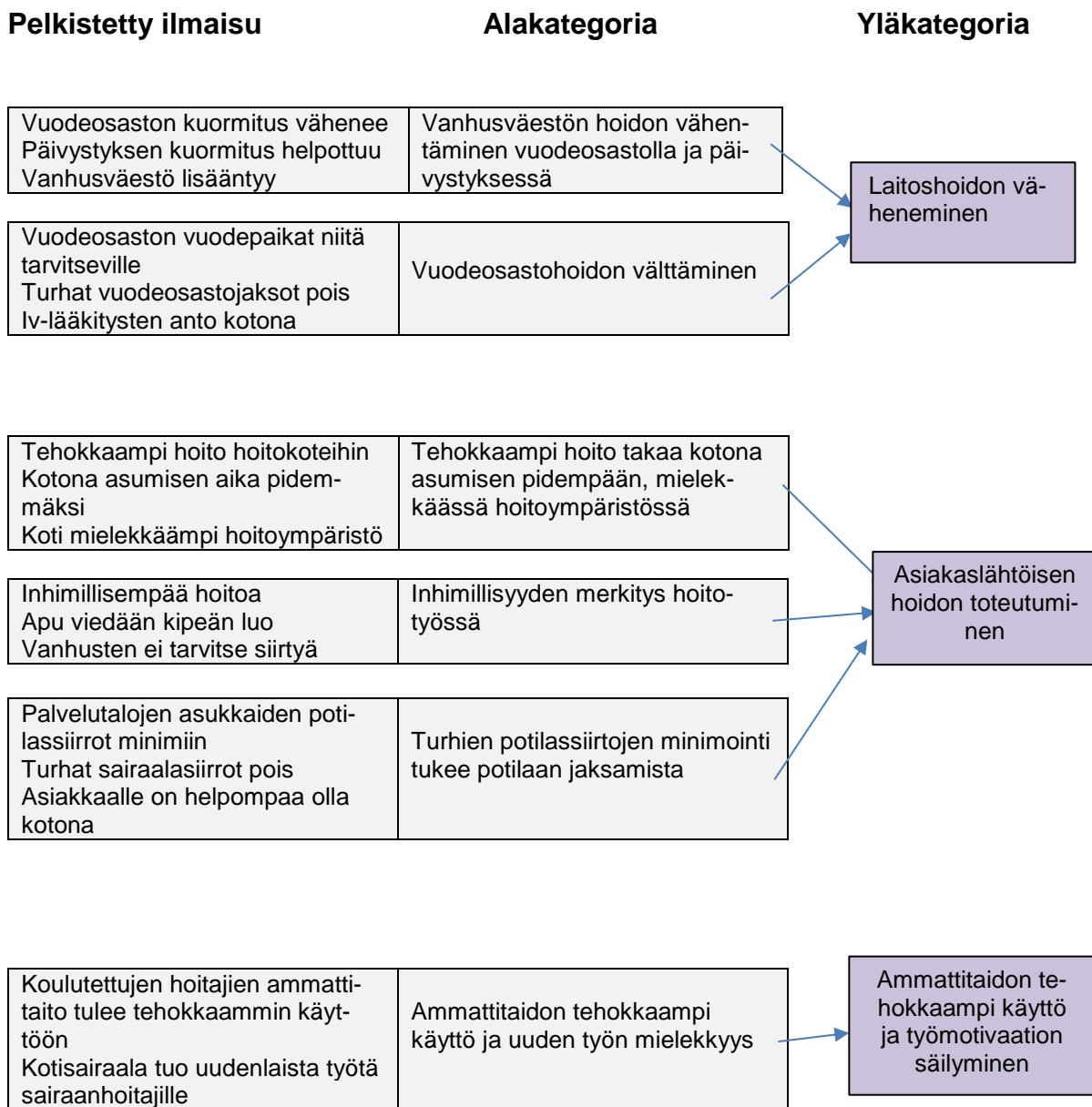
3. Miksi kotona toteutettava hoito olisi parempi vaihtoehto kuin sairaalassa annettava hoito?

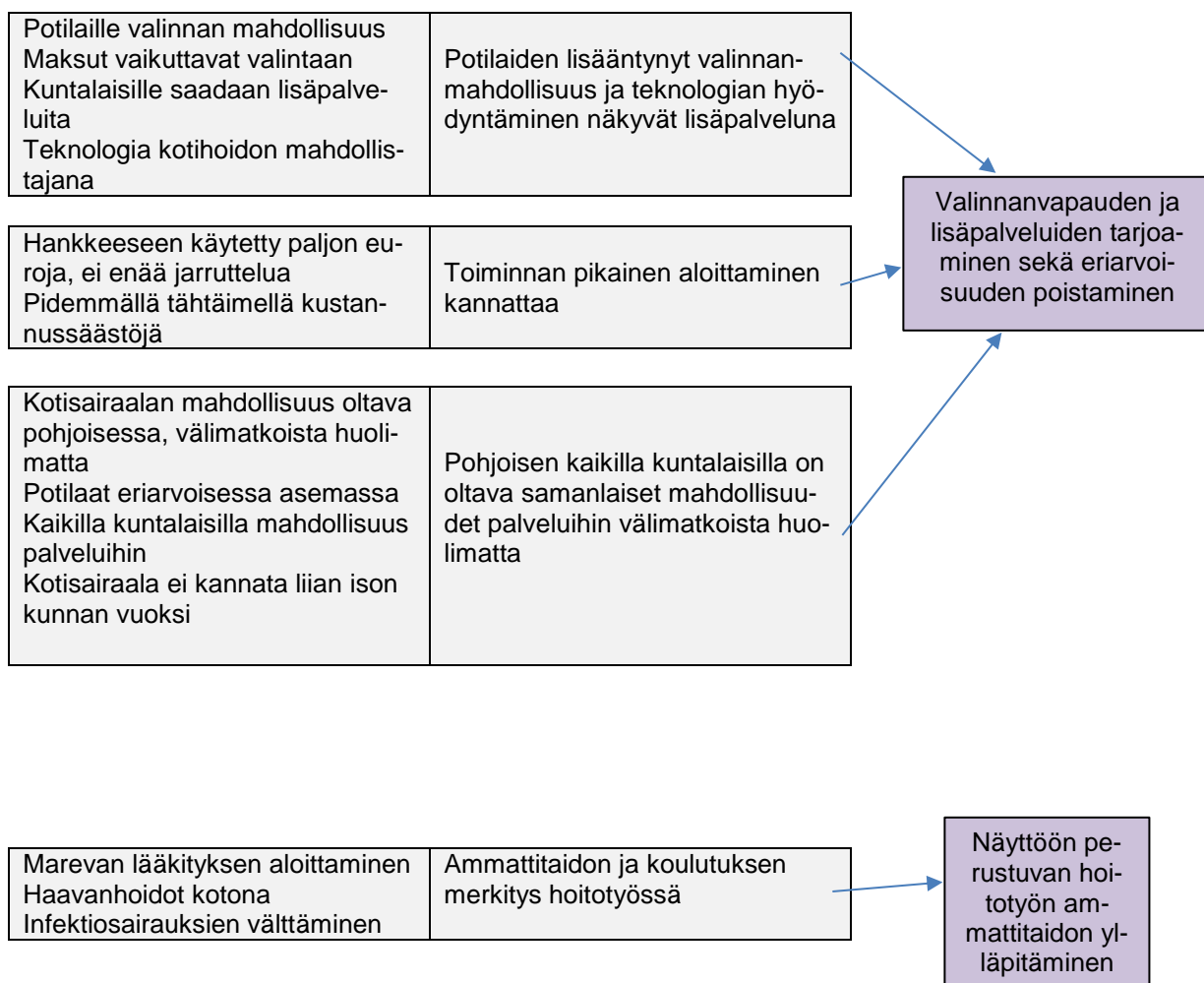
4. Anna Kotisairaaloimintaan liittyviä muita ideoita?

LIITE 5.

SISÄLLÖNANALYYSI lomakekyselyn kysymyksittäin jaoteltuna, vastaajina hoitajat 17/34

1. Miksi kotisairaaloiminta kannattaisi mielestäsi aloittaa Sodankylän kunnassa?



Pelkistetty ilmaisu**Alakategoria****Yläkategoria**

2. Minkälaiset potilaat mielestäsi hyötyisivät eniten kotisairaalan palveluista?

Pelkistetty ilmaisu

Alakategoria

Yläkategoria

Asiakaskunta vauvasta-ikäihmisiin Kotona omatoimisesti pärjäävät, liikuntarajoitteiset Lähellä ja syrjäkylissä asuvat Eläkeläiset ja lapsiperheet	Kaikenikäisten ja lähellä tai kaukana asuvien potilaiden huomioiminen	Kaikille kuntalaisille palveluiden saannin mahdollisuus
Saattohoitopotilaiden kipulääkitys kipupumpulla Saattohoitopotilaiden toive saada olla kotona Saattohoitopotilaiden omaiset mukana	Saattohoitopotilaiden toiveiden ja omaisten huomioiminen	Vaikeasti sairaiden, kuntoutettavien, pitkäaikaissairaiden ja muistisairaiden hoitotyö
Erikoissairaanhoidosta kotiutuvat hyväkuntoiset potilaat Pitkäaikaissairaat, joilla ei päivittäistä hoidontarvetta Monisairaat ja muistisairaat vanhuksat	Kuntoutettavien ja pitkäaikaissairaiden kotiuttamisen mahdollistaminen	
Palvelutalojen lyhytaikaista hoitoa tarvitsevat Tehostetussa palveluasumis-yksikössä asuvat asukkaat	Lyhytaikaisen hoidon toteuttaminen moniammatillisesti	Lyhytaikaista ja moniammatillista hoitotyötä vaativat

3. Miksi kotona toteutettava hoito olisi parempi vaihtoehto kuin sairaalassa annettava hoito?

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Kaikki eivät halua tulla sairaalaan Kotonaolo potilaalle mielekkäämpää Monisairaille koti parempi paikka Syöpäpotilaat saavat olla kotona pitkään	Hoidon toteuttaminen kotona potilaalle mielekkäämpää ja mahdollistaa kotonaolon	Potilaan edun mukaisen hoitopaikan ja -ympäristön luominen omaisten kanssa yhteistyössä
Muistisairaat kärsivät paikanvaihdoksista Dementoituneet kärsivät hoitajien vaihtumisesta Omaiset mukana hoidossa	Potilaan edun mukaisen hoidon huomioiminen	
Kotona ovat tutut ”pöpöt” ja pienempi infektoriski Kotona ei tule tartuntoja sairaalabakteereille Sairaalassa on riski saada tartuntatauteja ja altistua muille bakteereille	Sairaalainfektioiden välttäminen ja tartuntatautien levittämisen estäminen	Tartuntatautien hillitseminen, kuntoutumisen edistäminen ja omatoimisuuden säilyttäminen
Potilaan voimavarat säästyvät ilman turhia siirtoja Sairaana ei tarvitse lähteä mihinkään Ylimääräinen liikkuminen vältetään Omatoimisuus säilyy paremmin Tuttu ympäristö luo turvallisuutta Kodinomainen ympäristö nopeuttaa paranemista Koti on ihmisen paras paikka sairaanakin	Potilaan voimavarojen huomioiminen ja toipumisen edistäminen sekä omatoimisuuden säilyttäminen	
Ihmisille annettava mahdollisuus valita Hoidon siirtäminen palvelutaloihin vähentää laitoshoidon tarvetta Vuodeosastohoito niitä tarvitseville Enemmän akuuttipaikkoja osastolle	Hoidontarpeen arvioinnin toteuttaminen ja vaihtoehtojen luominen	Hoitotyön priorisointi ja kustannusten hillitseminen
Kotiin annettava hoito edullisempaa Kustannustehokkaampaa hoitoa Hoitokustannukset olisivat pienemmät Työpaikkojen lisääntyminen?	Kotiin annettavan hoidon hoitokustannusten ja työllisyyskustannusten arvioiminen	

4. Anna kotisairaaloimintaan liittyviä muita ideoita

Pelkistetty ilmaus

Alakategoria

Yläkategoria

<p>Tarvittavien tilojen ja työntekijöiden saaminen Tarvittava kalusto, auto ja hoitotarvikkeet Ovatko potilaiden käynnit kotisairaalan tiloissa mahdollisia?</p>	<p>Tarpeellisten ja tarkoituksenmukaisten tilojen ja tarvikkeiden hankkiminen ja suunnittelu</p>	<p>Tilojen ja tarvikkeiden käytön suunnittelutyö</p>
<p>Leikkauspotilaiden tarkistuskäynnit ja arvioiden tekeminen Kotisairaalan hoitajat apuna palvelutaloissa Tiiviin yhteistyön tekeminen kotihoidon ja ksh:n kanssa Mitä kaikkea kotisairaalaan voisi kuulua?</p>	<p>Hoitajien toteuttaman työn rajaaminen ja työnkuvien selvittäminen sekä yhteistyön tekeminen</p>	<p>Moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja tiivistäminen sekä työnkuvien selkiyttäminen</p>
<p>Palvelutalojen hoitajien konsultaatiot Kotisairaalan sairaanhoitajien tarkistuskäynnit Sairaanhoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio</p>	<p>Konsultaatioiden, tarkistuskäyntien ja hoidon tarpeen arvioiden tekeminen työhön kiinteämmin mukaan</p>	<p>Moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja tiivistäminen sekä työnkuvien selkiyttäminen</p>
<p>Epätietoisuus kotisairaalan toiminnasta Toiminnan laajentaminen käynnistämisen jälkeen</p>	<p>Toiminnan selvittäminen ja siitä informoiminen</p>	<p>Palavereiden ja tiedottamisen lisääminen</p>

LIITE 6.

KOTISAIRAALATOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN 1.1.2017

Perusturvaltk 66 § / 24.8.2016, liite nro 3

Vs. johtava hoitaja Maarit Hoppula puh. 040 743 0377

Kotisairaalan toiminnan tarkoituksena on toteuttaa sairaalatasoista hoitoa potilaan kotona tai muussa senhetkisessä asuinpaikassa kuten palvelutalossa tai hoitokodissa. Pyrkimyksenä on korvata sairaalahoidojakso laitoksessa tai lyhentää sitä tukemalla potilaan varhaista kotiutumista keskussairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolta, päivystyksestä ja vastaanotoilta. Kotisairaalaan tullaan lääkärin läheteellä, josta ilmenee potilaan hoitosuunnitelma.

Kotisairaalan sairaanhoitaja tekee ensiarvion potilaan hoidontarpeesta. Kotisairaalan toimintaan on tavoitteena rekrytoida välittömään potilashoitoon kolme sairaanhoitajaa ja fysioterapeutti, jotka työskentelevät yhteistyössä omaisten kanssa. Terveyskeskuksen lääkäreistä yhden vastuulla on kotisairaaloiminta. Hoitolinjaukset on tärkeää sopia riittävän ajoissa ennen hoitoja etenkin hoitokodeissa asuvilla potilailla.

Kotisairaala vastaa hoitajakson aikana potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja seurannasta. Hoitajat käyvät tekemässä hoitotoimenpiteet ja vievät tarvittavat lääkkeet, nesteet ja hoitotarvikkeet mukanaan potilaan kotiin. Kotisairaalan lääkäri vierailee tilanteen mukaan.

Hoitoaika kotisairaalassa on muutamasta päivästä maksimissaan kolmeen viikkoon. Mikäli hoito kotisairaalassa kestää kolme viikkoa tai kauemmin tehdään potilaalle päätös säännöllisestä kotihoidosta tai kotisairaanhoidosta. Hoito käsittää suonensisäiset antibiootihoidot, nestehoidot, kivunhoidon, keskussairaaloiden jatkohoidot, haavanhoidot sekä saattohoidon. Potilaalla on mahdollisuus niin toivoessaan kuolla kotonaan tai paikassa, jossa hän on viimeiset vuotensa asunut. Saattohoidossa olevilla potilailla on tarpeen mukaan lupa siirtyä suoraan Sodankylän terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon. Kotisaattohoito edellyttää ainakin yhden potilaan läheisen sitoutumista hoitoon.

Kotisairaalan yhtenä tavoitteena on hoitaa Sodankylän vanhusväestö inhimillisesti loppuun asti tutussa hoitopaikassa ilman raskaita siirtoja vuodeosastolle sekä lisätä saumatonta yhteistyötä terveyskeskuksen ja vanhuspalveluyksiköiden henkilökunnan kesken. Tämä tarkoittaa yhteistyötä, koulutusta ja perehtymistä yhdessä asioihin. Samalla tehostetaan kotiutuksia ja laajennetaan osaamista. Kaikki resurssit ja koulutusta vastaava ammattitaito otetaan tehokkaasti käyttöön.

Tarkkaa tietoa suomalaisen kotisairaalan kustannustehokkuudesta ei ole, mutta toiminnan arvioidaan olevan jopa puolet edullisempaa kuin vuodeosastohoito. Perusterveydenhuollossa kotisairaala katsotaan avohoidoksi, joten potilas maksaa hoitajan ja lääkärin käyntimaksut sen mukaan. Kotisairaalan hoitomaksu sisältää lääkärin määräyksen mukaisen hoidon,

sairaanhoidajien/fysioterapeutin/lääkärin kotikäynnit ja hoidon toteutuksen, jatkohoidon ohjauksen, suoneni- ja lihaksensisäiset lääkkeet, suonensisäiset nesteet sekä näiden toteutuksessa tarvittavat välineet ja näytteiden oton. Kotisairaalan hoitomaksu kerryttää maksukattoa.

Taulukko 1. Hoitopäivämaksujen vertailu

	Potilas/asiakas	Kunta
Sodankylä vuodeosasto	49,50 €/22,80 €	284,25 €
LSHP/Erikoissairaanhoito/sisätaudit	41,50 € /19,20 €	370,00 € 725,00 € 1094,00 € 2050,00 € 4200,00 €
LSHP/Erikoissairaanhoito/kirurgia	41,50 € /19,20 €	578,00 € 641,00 € 659,00 € 759,00 € 817,00 € 1021,00 €
Kotisairaala/kotikäynti (1-3*/vrk)	25,00 €	185,73€ (kotisaattohoito 325 €)
Kotisairaala/palveluasumisyksikkö	9,60 €	

Kotisairaalan hyvien toimintaedellytysten takaamiseksi tavoitteena on perustaa kolme sairaanhoitajan vakanssia ja yksi fysioterapeutin vakanssi. Vuodeosaston potilaspaiikkojen vähentämisen myötä vuodeosastolta vapautuu huonetilaa, johon kotisairaala voidaan sijoittaa. Yöllä vuodeosasto toimii tukiosastona.

Kotisairaala toimii kahdessa vuorossa päivittäin klo 7-21. Yksi sairaanhoitaja työskentelee vuorossa kerrallaan. Fysioterapeutti tekee ensikäynnin hoitajan kanssa yhdessä. Fysioterapeutti arvioi apuvälineiden tarpeen ja fysioterapian tarpeen ja toteuttaa kotikuntoutusta. Tarvittaessa fysioterapeutti järjestää mahdollisia jatkokuntoutuksia.

Kotisairaalan toimintasäde määräytyy tilanteen mukaan potilasturvallisuus, kotisairaalan resurssit sekä lääkityksen vaatimukset huomioiden.

Kotisairaaloimintaa varten luodaan oma kustannuspaikka ja oma budjetti. Kotisairaalan budjetti irrotetaan tarvittavilta osin vuodeosaston budjetista. Lääke- ja tarvikekulujen tarkalla seurannalla voidaan arvioida kotisairaalan toimintaa ja suunnitella jatkokehitystä. Kotisairaalan ensisijainen hankinta on erillinen lääkekaappi.

Työryhmä: Marianna Plathan, Maarit Hoppula, Maija-Liisa Mustonen-Tapaninen, Heljä Rahikkala, Sirpa Korvanen, Arja Kesonen ja Leena Ollila

VS. JOHTAVAN HOITAJAN ESITYS:
Perusturvalautakunta

2. perustaa kotisairaaloimintaa varten oman kustannuspaikan ja budjetin 1.1.2017 alkaen,

3. vahvistaa kotisairaalan hinnaston,

4. vahvistaa, että kotisairaalan maksut kerryttävät maksukattoa.

PERUSTURVAJOHTAJAN ESITYS:

Perusturvalautakunta hyväksyy vs. johtavan hoitajan ehdotuksen.

PÄÄTÖS:

Perusturvalautakunta hyväksyi yksimielisesti perusturvajohtajan esityksen.

Toimeksi: vs. johtava hoitaja, johtava lääkäri