

KEHITTÄMÄSSÄ LASTEN KOTISAIRAALAA

Uusi toimintamalli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten erikoissairaanhoidon

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja YAMK
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Kevät 2019
Hanne Koivula

Tiivistelmä

Tekijä Koivula, Hanne	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 58, 7 liitesivua	Valmistumisaika Kevät 2019
Työn nimi Kehittämässä lasten kotisairaala Uusi toimintamalli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten erikoissairaanhoidon		
Tutkinto Sairaanhoitaja YAMK		
Tiivistelmä <p>Potilaan kotiin vietävää hoitotyötä on kehitetty ja laajennettu viimeisten vuosien aikana paljon. Kotisairaalahoidon avulla on mahdollista vähentää potilaan sairaalahoitoa. Lasten ja nuorten kohdalla on tärkeää kehittää palveluita, joilla voidaan tarjota vaihtoehto osastohoidolle. Lasten kotisairaaloiminta tarjoaa turvallisen ja perhekeskeisen vaihtoehdon osastohoidolle. Lasten kotisairaala toimii useammassa sairaanhoitopiirissä.</p> <p>Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää lasten kotisairaala-toimintaa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata erilaisia toimintatapoja lasten kotisairaaloiminnasta benchmarkingin-menetelmällä sekä luoda lasten kotisairaalan toimintamalli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymään.</p> <p>Kehittämishanketta varten perustetussa ideointiryhmässä pohdittiin tietoja, joita kotisairaaloiminnan käynnistämisessä tulee huomioida. Ideointiryhmän työskentelyssä käytettiin 8x8-osallistavaa menetelmää sekä service blueprintiä. Kotisairaaloiminnan aloituksessa ja toiminnassa huomioitavia asioita kartoitettiin ideointiryhmän laatimien kysymyksien perusteella lasten kotisairaaloista eri sairaanhoitopiireistä. Lasten kotisairaalan kehittämistyöryhmässä kehitettiin saatujen tietojen pohjalta Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamalli.</p> <p>Kehittämishankkeen tuloksena syntyneen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamallin avulla voidaan aloittaa lasten kotisairaalan toiminta. Kehittämishankkeen aikana luodussa toimintamallissa tulee esiin potilaiden ja perheiden, henkilökunnan sekä toiminnan toteutuksen näkökulmat. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaaloiminnan aloituksen myötä voidaan tarjota vaihtoehto lasten erikoissairaanhoidolle myös lapsen tai nuoren kotona.</p>		
Asiasanat lasten kotisairaala, lasten ja nuorten hoitotyö, koti hoitoympäristönä		

Abstract

Author Koivula, Hanne	Type of publication Master's thesis	Published Spring 2019
	Number of pages 58, 7 pages of appendices	
Title of publication Developing children's home health care New operating model for PHHYKY's children's and adolescents' specialized health care		
Name of Degree Master thesis in Social and Health Care Development and Management		
Abstract <p>In the past few years, there have been significant improvements and expansions of home health care in general. This has resulted in reduced patient hospitalization times. It is important to provide the option of home health care for children and adolescents also, and therefore these services require updating and further expansion. Children's home health care offers a safe and family-centered option for hospitalization and has already been developed in many hospital districts.</p> <p>The purpose of this development project was to launch children's home health care at Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (PHHYKY). The aim of the development project was to describe different models of children's home health care, using the benchmarking method and to create a children's home health care operating model for the PHHYKY.</p> <p>The idea team that was set up for the development project, looked into the information that needed to be taken into account when initiating home health care services for children and adolescents. The 8x8 participative method and service blueprint were used as platforms for sharing ideas. The team created a questioner regarding issues to be considered when launching a new home health care service model, and a survey was conducted from children's hospitals in different hospital districts. The development team of the children's home health care project used the collected data and initiated PHHYKY's children's home health care operating model.</p> <p>As a result of the development project, the operation of the PHHYKY's children's home health care is ready to be launched. The operating model reveals the perspectives of patients, their families and employees as well as the implementation of the required activities. By starting the children's home health care, PHHYKY can provide an alternative for children's and adolescents' specialized health care.</p>		
Keywords Children's home health care, children's and adolescents' nursing care, home as a health care environment		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN KOHDEORGANISAATIO	3
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	5
4	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA.....	6
4.1	Potilaan koti hoitoympäristönä	6
4.2	Kotisairaala ja lasten kotisairaala	8
4.3	Lasten ja nuorten hoitotyön erityispiirteitä	13
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS.....	17
5.1	Kehittämishankkeen eteneminen ja toteutusmenetelmät	17
5.2	Benchmarking.....	21
5.3	8x8 -osallistava menetelmä	24
5.4	Service blueprint	26
5.5	Toimintamallin laatiminen	27
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	29
6.1	Vertailukehittämisen tulokset	29
6.2	Lasten kotisairaalan toimintamalli	32
7	POHDINTA	39
7.1	Kehittämishankkeen tuloksien pohdinta	39
7.2	Käytettyjen menetelmien pohdinta	43
7.3	Kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja arviointi	45
7.4	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	47
7.5	Jatkokehittämishaasteet	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa on jatkuva paine taloudelliseen sekä tehokkaaseen toimintaan, jolloin uusia toimintamalleja on tarpeellista pohtia ja kehittää. Juha Sipilän hallituksen yksi hyvinvointiin ja terveyteen liittyvistä tavoitteista on lisätä kotiin vietäviä palveluita ja toinen tavoite on lasten ja perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen (Valtioneuvoston kanslia 2015, 18). Hallituksen tavoitteena on myös lisätä kaikenikäisten omaishoitoa sekä kotihoitoa (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20-22). Kymmenen vuoden aikana erikoissairaanhoidon vuodeosastolla hoidettujen potilaiden sekä hoitopäivien määrä on laskenut lisäen samalla avohoidon käyntejä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015). Hallituksen kärkihankkeisiin kuuluvan Lasten ja perheiden muutosohjelman periaatteet tukevat kotiin tarjottavien palveluiden kehittämistä. Ohjelman periaatteita ovat esimerkiksi lapsi- ja perhelähtöisyys sekä lapsen oikeudet ja etu (Aula, Juurikkala, Kalmari, Kaukonen, Lavikainen & Pelkonen 2016, 5). Palvelurakenteen muuttaminen laitoshoidosta kohti avopalveluita koskee ensisijaisesti vanhuspuolta, mutta myös lasten kohdalla on tärkeää pyrkiä perhekeskeisempään toimintaan mahdollistamalla sairaan lapsen hoitaminen kotona.

Lasten ja nuorten oikeudet sairaalassa on määritelty YK:n lasten oikeuksien sopimuksen pohjalta. Lasten ja nuorten oikeuksissa sairaalassa määritellään, että lapsi tai nuori tulisi ottaa osastohoitoon vain siinä tapauksessa, että hoitoa ei voida toteuttaa kotona tai polikliinisesti yhtä hyvin kuin osastolla. (Suomen NOBAB ry 2006.) Lapsen ja perheen edunmukaista on järjestää lapsen sairaanhoito niin, että sairaalassaoloa tai käyntejä tulisi turvallisuus huomioiden mahdollisimman vähän.

Lasten kotisairaaloiminta on havaittu kustannustehokkaaksi ja perheiden näkökulmasta onnistuneeksi toimintamuodoksi. Perheillä on toive olla mahdollisimman paljon kotona sairaan lapsen kanssa. Kotiin tarjottavilla palveluilla voidaan lyhentää lasten vuodeosastolla oloaikaa, torjua sairaalainfektioita sekä säästää kustannuksissa. Perheiden elämänlaatu paranee, kun perhe voi olla kotona sairaan lapsen kanssa. (Lähdeaho, Heino-Tolonen & Kuusela 2011, 1926.) Usvasalon (2015, 7) mukaan kotisairaaloiminnalla voidaan vähentää osastohoidon tarvetta sekä siirtää poliklinikakäyntejä kotona tapahtuviksi. Osastohoidon tarve on vähentynyt esimerkiksi syömään opettelevien vastasyntyneiden nopeamman kotiuttamisen myötä (Lähdeaho ym. 2011, 1925). Helsingissä sekä Tampereella on todettu lasten kotisairaaloiminnalla olevan suurempi tarve mitä pystytään tarjoamaan (Usvasalo 2015, 7; Lähdeaho ym. 2011, 1925).

Lasten kotisairaaloiminta on käynnistynyt vuonna 2001 Tampereella, jonka jälkeen vastaavia erikoissairaanhoidon yksiköitä on perustettu esimerkiksi Helsinkiin, Kokkolaan, Seinäjölle, Lappeenrantaan sekä Vaasaan. Joissakin kuntien kotisairaaloissa on ollut

mahdollista hoitaa aikuisten lisäksi myös lapsipotilaita. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä ei ole ollut aiemmin lasten kotisairaalapalveluita. Vauvaperheiden kotikäyntejä, jotka on suunnattu tukemaan ennenaikaisen tai sairaan vastasyntyneen kehitystä sekä vanhempien jaksamista on järjestetty vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosaston toimesta.

Kehittämällä lasten kotisairaaloimintaa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä on tarkoitus saavuttaa laajemmin lasta, perhettä sekä palvelun tarjoajaa hyödyttävä palvelu. Hyvinvointiyhtymän strategian yksi osa on ”Koko elämä kotona” (Strategia 2022, 4), johon myös lasten kotisairaaloimintaa kehittämällä voidaan vastata. Kotisairaalahoidon kehittämällä voi olla myös taloudellista hyötyä pohdittaessa mitkä potilasryhmät tarvitsevat sairaalahoitoa ja mitkä on mahdollista hoitaa turvallisesti lapsen omassa kodissa (Heino-Tolonen 2017, 93). Kotisairaaloiminnalla voidaan korvata vuodeosastohoitoa sekä poliklinikakäyntejä.

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää lasten kotisairaaloiminnan käynnistämistä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Parhaiden toimintatapojen ja käytäntöjen selvittämisellä jo olemassa olevista kotisairaaloista voidaan kotisairaaloimintaa kehittää ja suunnitella turvallisiksi, lapsi- ja perhekeskeisiksi sekä taloudelliseksi. Toimintatapoja vertaamalla sekä soveltamalla niitä omaan toimintaan voidaan löytää parhaita käytänteitä sekä välttää toimimattomiksi havaittuja käytäntöjä.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN KOHDEORGANISAATIO

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä on kuntien omistama julkinen organisaatio, jonka asiakaskunta koostuu Päijät-Hämeen yli 212 000 asukkaasta (Yhtymä 2017). Yhtymässä on neljä toimialaa, joita ovat terveys- ja sairaanhoitopalvelut, ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus, perhe- ja sosiaalipalvelut sekä strategia- ja tukipalvelut (Toimialat 2017). Terveys- ja sairaanhoitopalveluiden toimialan yksi tulosalue on Päijät-Hämeen keskussairaala, joka on Suomen toiseksi suurin keskussairaala. Keskussairaalassa hoidosta vastaa 40:n eri erikoisalan asiantuntijat poliklinikoilla sekä vuodeosastoilla. (Keskussairaala 2017.)

Päijät-Hämeen keskussairaalan yksi erikoisaloista on lastentaudit, jolla hoidetaan laajalaisesti kaikkia lastentautien erikoisaloja. Osastoilla ja poliklinikoilla hoidetaan lapsia ja nuoria syntymästä 16-vuoden ikään asti perhekeskeisesti sekä moniammatillisesti. Hoitoa tarjotaan poliklinikalla, päiväosastolla sekä kahdella vuodeosastolla: vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla sekä 0-16-vuotiaiden tutkimus- ja hoito-osastolla. (Lastentautien osastot 2016, Lastentautien poliklinikka ja Päiväosasto 2017.) Lastenneurologian yksikössä hoidetaan alle 16-vuotiaita lapsia sekä poliklinikalla että osastolla (Lasten ja nuorten neurologian yksikkö 2017). Vuonna 2016 Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella asui 0-16-vuotiaita lapsia ja nuoria yhteensä hieman yli 36 000 (Sotkanet 2018).

Vuonna 2017 kaikilla lastentautien vuodeosastoilla oli yhteensä hieman alle 6000 bruttohoitopäivää, joka sisältää kotiutumispäivän. Keskimääräinen hoitoaika vuodeosastoilla oli 3,7 vuorokautta. Lasten tutkimus ja hoito-osastolla (lastenosasto 12) potilaiden hoitoajat ovat lyhyitä ja vaihtuvuus suurta, keskimääräinen hoitoaika oli 2,9 vuorokautta ja bruttohoitopäiviä oli lähes 3800. Vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla (lastenosasto 13) hoitoajat ovat huomattavasti pidempiä ja potilaiden vaihtuvuus vähäisempää. Vuonna 2017 keskimääräinen hoitoaika oli 7,7 vuorokautta ja bruttohoitopäiviä oli 2140. Lastentautien poliklinikalla potilaskäyntejä oli vuonna 2017 hieman yli 1600 ja lasten päiväosastolla hieman alle 240. (Exreport 2018.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän strategiassa korostuvat elinvoima sekä asukkaiden etu; asiakkaiden kokemus on tärkeä, palvelut ovat vaikuttavia, taloudellisia sekä helposti saatavilla olevia. Strategian tavoitteena on tarjota hyvin organisoituja, tehokkaasti toimivia sekä laadukkaita sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita. Strategian yksi toimenpidekokonaisuuksista on Koko elämä kotona. Ihmisten arkeen osallistutaan silloin, kun avun tarve esiintyy ja asuminen kotona on turvallista. Kotiin vietäviin palveluihin, arjen tukemiseen sekä kuntoutukseen panostetaan. (Strategia 2022, 9.)

Lastentautien yksiköiden palveluissa pyritään joustavuuteen ja sujuvuuteen perheen sekä organisaation näkökulmasta, taloudellisuus ja tehokkuus huomioiden (Lastentautien poliklinikka ja päiväosasto 2017). Lastentautien yksiköt noudattavat hyvinvointiyhtymän yleistä strategiaa sekä Suomen Nobab ry:n standardeja lasten sairaanhoidosta. Näitä standardeja ovat esimerkiksi sairaalahoitoon ottaminen, vanhempien läsnäolon turvaaminen, yhteispäätös, jatkuvuus sekä lasten sairaanhoitoon sopiva henkilökunta (Suomen NOBAB ry 2006). Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lastentautien yksiköitä ohjaavat lisäksi perhehoitotyön arvot, joita ovat moniammatillisuus, omahoitajuus, perheen yksilöllinen huomioiminen, turvallisuus sekä kasvun ja kehityksen tukeminen. Perheen osallistuminen lapsen hoitoon sekä lapsen yksilöllinen hoito ovat edellytyksiä myös lasten kotisairaalahoitolle. Kotisairaalatoimintaa kehittämällä mahdollistetaan erikoissairaanhoidossa olevan lapsen hoidon jatkuvuus turvallisesti myös kotihoidossa.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää lasten kotisairaaloiminnan käynnistymistä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Kotisairaaloiminnalla voidaan edistää sairaan lapsen kotona hoitamista turvallisesti ja perhekeskeisesti.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli

- Kuvata eri sairaanhoitopiireissä toteutettua lasten kotisairaaloiminnan toimintatapaa benchmark menetelmällä saatujen tietojen perusteella.
- Luoda lasten kotisairaaloiminnan toimintamalli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymään.

Kuvauksen avulla on tarkoitus selvittää, mitä asioita tulee huomioida kotisairaaloimintaa aloitettaessa ja mitä erikoissairaanhoidon palveluita voidaan tarjota kotona annettaviksi. Valtakunnallinen kartoitus ja tietojen koonti antavat pohjan Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaaloiminnan käynnistämiseksi.

4 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

4.1 Potilaan koti hoitoympäristönä

Potilaan kodissa voidaan tarjota erilaisia hoivapalveluita, kuten kotipalvelua, kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. Kotipalvelu tarjoaa apua päivittäisiin toimiin asiakkaan toimintakyvyn ollessa alentunut esimerkiksi sairauden vuoksi (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 19§). Kotisairaanhoidon palvelu potilaan asuinpaikassa. Kotisairaalahoidon palvelu potilaan asuinpaikassa. Kotisairaalahoidon palvelu potilaan asuinpaikassa. Kotisairaalahoidon palvelu potilaan asuinpaikassa. Kotisairaalahoidon palvelu potilaan asuinpaikassa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010, 25§.)

Hoidon tapahtuessa potilaan kodissa, ei tarjotun palvelun nimikkeellä ole juurikaan merkitystä siihen, kuinka potilaan kodissa toimitaan ja käyttäydytään hoitajan näkökulmasta. Potilaan koti on työympäristönä haastava ja siellä toimitaan mahdollisuuksien mukaan potilaan ehdoilla (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17). Työntekijä on vieraana potilaan kodissa, jolloin potilaan yksityisyyttä sekä tapoja tulee kunnioittaa. Toisaalta hoitaja on ammattilaisen roolissa ja hänen tulee tehdä päätöksiä potilaan hoitoon liittyen, joka saattaa vaikuttaa potilaan tapoihin ja tottumuksiin omassa kodissaan. (Stolt, Koskenniemi, Suhonen & Leino-Kilpi 2012, 31.) Kotona työskenneltäessä on asiakkaan ja työntekijän turvallisuus, hyvinvointi sekä terveys otettava huomioon (Hägg ym. 2007, 17).

Potilaan kodissa työskenneltäessä tulee huomioida eettinen näkökulma. Eettinen työskentely rakentuu yhteiskunnan ja yksilön arvomaailman tiedostamisesta, ajanmukaisesta ammattitaidosta sekä sen hallinnasta, ammatin eettisyyden tuntemisesta, eettisten näkökohdientunnistamisesta sekä pohtimisesta asiakkaan hyvän tahtomiseen ja tekemiseen (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 41). Eettistä osaamista kotihoidossa on asiakkaan kodin ja yksityisyyden kunnioittaminen, perheen huomiointi, vaitiolovelvollisuus sekä työtovereiden ammattiosaamisen arvostaminen (Hägg ym. 2007, 22). Hoitajan ammatillisuus rakentuu eettiselle tietoisuudelle, jota ovat arvot, ihanteet sekä tietoisuus hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä (Ikonen 2015, 190).

Potilaan kotona työskennellessä työolosuhteet ovat erilaiset kuin sairaalassa. Ergonominen työskentely vieraassa ympäristössä on haastavaa ja työturvallisuutta vaarantavia tekijöitä on potilaan kotona hankala arvioida. Kotiympäristössä voi olla erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat työturvallisuuteen, kuten tupakansavu, eläimet, home, huonepöly, päihtyneet omaiset, huono valaistus, liukkaat lattiat ja pihat. (Hägg ym. 2007, 17.) Potilaan kotona tapahtuva työ on kokonaisvaltaista ja laaja-alaista, joka edellyttää hoitajalta monialaista osaamista (Hirvonen 2010, 63). Asiantuntijuuden jatkuva ylläpitäminen sekä koulututtaminen onkin tärkeää. Turvallisen kotihoidon toteutuminen vaatii Visakorven (2002, 52)

mukaan jatkuvaa kouluttautumista työn ohessa, koska päätöksiä joudutaan tekemään ilman työyhteisön tukea. Hoitajan vastuu myös kasvaa kotiympäristössä hänen tehdessä itsenäisiä päätöksiä hoitoa koskien. (Hägg ym. 2007, 17.) Hoitajien koulutukseen on tärkeää panostaa ja hoitajien tulee myös itse aktiivisesti hakea uutta tietoa.

Väkivallan riski on kotona sairaalaympäristöä suurempi. Väkivaltaa on myös sanallinen uhkaaminen ja loukkaaminen. Työturvallisuus asiakkaan kotona työskennellessä perustuu ennakointiin sekä työn suunnitelmallisuuteen. Kotona työskentelyn työturvallisuusriskit tulee huomioida selvittämällä työn vaaroja sekä laatimalla toimintaohjeita vaaratilanteiden varalle. (Ikonen 2015, 181-182; Työturvallisuuslaki 738/2002, 10§, 13§, 14§.) Esimiehellä sekä työsuojelulla on tärkeä rooli väkivallan ennakoinnissa toiminnassa opastaen, ohjaten, sopien, toteuttaen sekä valvoen työntekijöiden turvallisuutta väkivalta- ja uhkatilanteiden hallinnassa (Fagerström & Leino, 2014, 14). Potilaskertomuksiin tutustuttaessa on tärkeää huomioida myös työturvallisuuden näkökulma sekä selvittää myös työyhteisössä oleva hiljainen tieto. Turvallisuutta lisäävällä sekä väkivaltaa ennaltaehkäisevällä koulutuksella voidaan vahvistaa työntekijöiden taitoja ennakoidaan turvallisuusnäkökulmaan kotikäynneillä. Tieto ulkopuolisen avun saavutettavuudesta lisää työntekijöiden turvallisuuden tunnetta. Haastavien tilanteiden jälkeen lähiesimieheltä saatu tuki ja ohjaus tilanteen läpikäymiseen on tärkeää. (Piirainen 2015, 39; Fagerström & Hanhela 2015, 37.) Ennakoivilla toimenpiteillä voidaan lisätä hoitajan työturvallisuutta, esimerkiksi pysäköimällä auto niin, että poistuminen onnistuu tarvittaessa nopeasti (Finne-Soveri & Arvonen 2018, 48).

Kotona tehtävän hoitotyön kuormittavuuteen vaikuttaa asiakkaiden lisääntynyt hoidontarve ja määrä, työn suunnittelussa liikkumiseen ja raportointiin käytettävän ajan huomioimattomuus sekä työntekijöiden vaihtuvuus. Työntekijöiden kokemus riittämättömyydestä sekä työn kuormittavuus lisäävät riskiä uupumiseen ja tapaturmiin. (Työsuojeluhallinto 2017.) Kodeissa työskentelevän hoitohenkilöstön työhyvinvointia sekä jaksamista voidaan edistää työnohjauksella, laadukkaalla esimiestyöllä, työvuorosuunnittelulla sekä varahenkilöjärjestelmää hyödyntämällä (Työsuojeluhallinto 2017; Piirainen 2015, 56; Hirvonen 2010, 62). Työhön sitoutumiseen vaikuttavat työn vaativuuden arviointi, työssä jaksamisen edistäminen sekä osaamiskartoitukset (Hirvonen 2010, 62). Kehittämisen- ja vaikutusmahdollisuuksia tarjoamalla voidaan lisätä työtyytyväisyyttä sekä työn arvostuksen kokemista (Winter 2012, 69-70). Myös työtehtävien vaativuuden huomiointi palkkauksessa lisää henkilöstön kokemusta työn arvostuksesta (Piirainen 2015, 60; Hirvonen 2010, 62). Säännöllisillä tiimipalavereilla voidaan lisätä työntekijöiden kokemaa työn jatkuvuutta, sitoutuneisuutta sekä suunnitelmallisuutta. Tiimipalaverien avulla voidaan myös lisätä työntekijöiden vaikutusmahdollisuutta muutoksissa. (Piirainen 2015, 40, 60.) Kotisaattohoitojen runsas määrä lisää työn henkistä rasittavuutta ja onkin tärkeää, että henkilökunnan jaksamiseen

kiinnitetään huomiota tarjoamalla työnohjausta tai työnkiertoa (Winter 2012, 69-70). Työnkierrolla voidaan lisätä työtyytyväisyyttä sekä kehittää ammattitaitoa (Piirainen 2015, 56).

Kotisairaalan asiakkaat tarvitsevat tietoa hoidosta, sairaudesta, jatkohoidosta sekä hoitoon liittyvistä tutkimuksista sekä mahdollisuudesta vaikuttaa omaan hoitosuunnitelmaansa. Asiakkaat toivovat myös mahdollisuutta olla henkilökohtaisesti yhteydessä lääkäriin tai lääkärin kotikäyntiä. (Halonen 2009, 59.) Mahdollisuus saada henkilökuntaan yhteys kaikkina vuorokauden aikoina sekä potilaan tietoisuus sairaudesta sekä annettavasta hoidosta lisäävät potilaan turvallisuutta (Visakorpi 2002, 52). Paljärven (2012, 101) mukaan kotihoidon työntekijöiden jatkuvuus edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Halosen (2012, 67) mukaan tulisikin pyrkiä siihen, että hoitajat vaihtuisivat mahdollisimman vähän ja omahoitajuus toteutuisi mahdollisuuksien mukaan. Paljärvi (2012, 101) kuitenkin näkee nimetyn omahoitajan tuovan jatkuvuutta hoitoon, vaikka potilaan luona käyvät hoitajat vaihtuisivatkin.

Uudenlaisia toimintamuotoja kehitetään terveydenhuollossa jatkuvasti. Teknologian kehityksen myötä erilaiset digitaaliset palvelut ovat laajentuneet myös kotona annettavaan hoitoon fyysisten kotikäyntien rinnalle. Etävastaanottojen kehittyminen sekä erilaiset turvapalvelut mahdollistavat yhteydenpidon asiakkaiden ja hoitajien välillä silloinkin, kun hoitaja ei ole fyysisesti paikalla. Tarvittaessa yhteydenottoja henkilökuntaan voi olla vuorokauden aikana useampia, kuin kotikäyntien avulla voidaan tarjota. (Alakoski 2017, 22-24; Korhonen 2017, 26-27.) Teknologisten ratkaisujen hyödyntäminen auttaa kehittämään hoitotyötä asiakaslähtoisemmäksi sekä helpottaa ammattilaisten välillä tapahtuvaa konsultaatioita. Potilaan kotona reaaliaikaisesti tapahtuva sähköinen hoitotyön kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta, hoitotyön näkyvyyttä (Hirvonen 2010, 65) sekä lisää hoitajan aikaa olla potilaan luona (Poukka 2018, 36). Tiedonkulku hoitajien ja muiden työntekijöiden kesken on tärkeää myös hoidon jatkuvuuden ja työturvallisuuden kannalta.

4.2 Kotisairaala ja lasten kotisairaala

Suomalainen kotisairaalatoiminta on lähtöisin Ruotsista, jossa toimintaa on ollut vuodesta 1977. Suomessa kotisairaالاتasoinen hoito on käynnistynyt 1990-luvulla. Toiminta on lisääntynyt etenkin vuodesta 2010. (Ollila 2018, 11; Saarelma 2005, 203.) Kotisairaalatoiminta on potilaan kotona tapahtuvaa hoitoa, joka on vaihtoehto vuodeosastohoidolle (Saarelma 2005, 203). Kansanterveyslaki määrittelee kunnalle velvollisuuden järjestää sairaanhoito. Terveystieteissä (1326/2010, 25§) säädetään kotisairaanhoidosta ja kotisairaalan toiminnasta. Kotisairaanhoito on tilapäistä, potilaan asuinpaikassa tapahtuvaa terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaalahoidon määritellään olevan määräaikaista potilaan kotona tapahtuvaa tehostettua kotisairaanhoidoa eli sairaalatasoista hoitoa.

Erikoissairaanhoidon palvelut sekä saattohoito ovat esimerkkejä kotisairaalahoidosta. Tarvittavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset tarvikkeet kuuluvat potilaan hoitoon. Kotisairaalahoidon voi toteuttaa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido tai nämä yhdessä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25§.) Kotisairaalahoidoa voi tarjota myös yksityinen kotisairaala (Ollila 2018, 11). Potilaiden sairaus on Saareman (2005, 203) mukaan merkittäv in ero kotisairaalan ja kotisairaanhoidon välillä, ilman kotisairaala potilaat tarvitsisivat välitöntä hoitoa vuodeosastolla.

Hyvän kotisairaalahoidon vaatimuksia ovat hoidon yksilöllisyys, potilaan itsemääräämisoikeus, hoidon yksityisyys, oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus, perhekeskeisyys sekä jatkuvuus. Henkilökunnalta tämä vaatii hyvää teknistä ammattitaitoa, mutta myös vuorovaikutuksellisia taitoja ja asiakkaan kohtelun hyvää laatua. (Visakorpi 2002, 50-53.) Asiakkaalle annettu aika sekä kohtelun kiireettömyys ovat myös hyvän kotona annetun hoidon edellytyksiä (Hautsalo, Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki 2016, 8). Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa, esimerkiksi vapautta valita sairaalan ja kotisairaalan hoidon väliltä riittävän tiedon perusteella. Potilaalla tulee myös olla mahdollisuus siirtyä kotisairaalaan takaisin sairaalahoitoon. Potilaan itsemääräämisoikeutta voivat rajoittaa kotisairaalan resurssit, jotka vaikuttavat esimerkiksi kotisairaalan käyntiaikoihin, käyntimääriin sekä siihen, mitkä sairaudet sopivat kotisairaalaan hoidettavaksi. (Visakorpi 2002, 50-53.) Onkin tärkeää informoida potilasta kotisairaalahoidon toimintatavoista ennen kotisairaalahoidon aloitusta (Halonen 2012, 57).

Kotisairaalaan omaisten ja perheen hoitoon osallistumisella on suuri merkitys, ilman heidän osallistumistansa kotisairaalahoido ei kaikissa tapauksissa onnistu. Hoitovastuun ollessa omaisilla voi se lisätä etenkin saattohoidossa omaisten väsymistä ja uupumista johtaen potilaan sairaalahoitoon hakeutumiseen. (Visakorpi 2002, 93.) Omaisten väsymisen ja uupumisen ehkäisemiseksi omaisten tukemiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota (Hirvonen 2010, 50; Visakorpi 2002, 98). Omaisten mukaanotto sekä kannustava ja avoin yhteistyö heidän kanssa lisää hoitohenkilöstöön kohdistuvaa luottamusta. Omaisten ohjaus sekä tiedon saaminen lisäävät omaisten pärjäämisen tunnetta sekä mahdollisuutta osallistua hoitotoimiin. (Hirvonen 2010, 51.) Potilaan perheen ja läheisten osallistuminen hoitoon ja hoitopäätöksiin vaikuttaa hoitotyön ammattilaisen työhön sekä päätöksentekoon (Dybwik, Nielsen & Brinchmann 2011, 6).

Aikuisten kotiin vietävien palveluiden kehityksen myötä myös lasten kotona tarjottavat sairaanhoidolliset palvelut ovat kehittyneet. Suomessa on nähty tarve lasten kotisairaanhoidolle ja Suomen ensimmäinen virallinen lasten kotisairaala on toiminut Tampereella

vuodesta 2001 (Lähdeaho ym. 2011, 1923). Lasten kotisairaala toimii osana lasten erikoissairaanhoidon Tampereen lisäksi esimerkiksi Helsingissä, Vaasassa, Lappeenrannassa, Kokkolassa ja Seinäjoella (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018; Vaasan keskussairaala 2018; Eksote 2018; Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä Soite 2018; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018). Kotisairaanhoidon palveluita, kuten saattohoitoa ja lääkehoitoa, on joissakin kunnissa järjestetty myös lapsille ja nuorille kotisairaanhoidon toimesta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä toimiva lasten kotisairaanhoidon yksikkö on aluksi perustettu erityistarpeisten lasten kotihoidon järjestämiseksi, josta toimintaa on laajennettu akuutisti sairastuneiden tai lyhytaikaisempaa hoitoa tarvitsevien lasten hoitoon (Usvasalo 2015). Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoava lasten kotisairaala on vaihtoehto osastohoidolle (Lähdeaho ym. 2011, 1923).

Kotisairaalassa annettu hoito mahdollistaa vanhempien aktiivisen osallistumisen sekä lapsen hoitoon, että hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lasten kotisairaalan keskeisiä arvoja ovat vapaaehtoisuus, yksilöllisyys, perhe- ja potilaslähtöisyys, turvallisuus, nopea hoidon saanti, hoidon korkeatasoisuus, luottamus, avoimuus, keskinäinen kunnioitus sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen (Lähdeaho ym. 2011, 1923; Palomäki 2014, 21). Kotona tarjottu hoito on potilas- ja perhelähtöistä, jonka pohjana on potilaan ja perheen tarpeet, toiveiden kuuntelu, yhteistyö lapsen, vanhempien ja hoitajan välillä sekä perheen tapojen ja kulttuurin huomioiminen mahdollisuuksien mukaan. Yhteistyö sekä avoin keskustelu vanhempien ja hoitajien välillä nähdään tärkeänä osana potilaslähtöisyyttä lasten kotisairaalan arjessa. (Palomäki 2014, 21, 27.)

Perheen ja hoitajien yhteistyö alkaa heidän ensimmäisestä kohtaamisestaan vaikuttaen koko hoitosuhteeseen (Heino-Tolonen 2017, 97). Yhteistyö perheen ja kotisairaalan hoitajien välillä on tärkeää, jotta perhe voi kokea olonsa turvalliseksi ja heidän kokemansa epävarmuus kotona järjestettyä hoitoa kohtaan vähenee vahvistaen perheen arjessa selviytymistä. Hoitajan tulee kotikäynneillä huomioida perheen kokema epävarmuus lapsen hoitoa kohtaan sekä vahvistaa heidän luottamustansa hoidon turvallisuuteen kotona. (Heino-Tolonen 2017, 53, 88.) Vanhempien jaksamisesta huolehtiminen on tärkeää lapsen hoidon kannalta. Perheen kokonaisvaltainen tukeminen sekä huomioiminen auttaa vanhempien jaksamista heidän hoitaessa kotona vaikeasti sairasta lasta (Cervasio 2010, 424). Perheen kokema turvallisuuden tunnetta lisää lapsen voinnin ja hoidon jatkuva arviointi sekä hoitajan tekemät kotikäynnit. Perheen turvallisuuden tunnetta lisää myös mahdollisuus olla yhteydessä hoitajaan milloin tahansa, sekä mahdollisuus siirtää lapsi sairaalaan hoitoon (Heino-Tolonen 2017, 88, 90).

Etenkin lapsipotilaan kohdalla korostuu koko perheen huomioiminen. Vanhempien kokemuksien mukaan kotisairaala on miellyttävä vaihtoehto sairaalahoidolle (Heino-Tolonen 2017, 88) ja he kokevat lapsen toipuvan nopeammin saadessaan olla yhdessä perheenjäsenten kanssa tutussa ympäristössä (Sartain, Maxwell, Todd, Jones, Bagust, Haycox & Bundred 2002, 374). Kotona annettu sairaanhoito voi lisätä perheen tyytyväisyyttä lapsen sairauden hoitoon. Tähän voivat vaikuttaa tutun hoitoympäristön lisäksi vanhemman vähentyneet poissaolot työstä, matkustusaikojen sekä kustannusten väheneminen (Gay, Thurm, Hall, Fassino, Fowler, Palusci & Berry 2016, 7.) Vanhemmat toivovat kotona työskentelevältä hoitajalta hyviä kädentaitoja, vahvaa päätöksenteko- ja ongelmanratkaisukykyä, huolehtivaisuutta, vanhempien asiantuntemuksen kunnioittamista sekä heidän tukemistansa lapsen hoidossa (Mendes 2013, 96).

Hoitajat ovat tyytyväisiä voidessaan mahdollistaa lasten sairaanhoidon kotona (Samuelson, Willén & Bratt 2015, 2454), mutta toisaalta kokevat potilaiden kotona hoitamisen vaativaksi (Dybwik ym. 2011, 4-5). Kotona työskennellessä hoitajalta vaaditaan vahva ammatillinen kokemus ja pätevyys sekä kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä. Itsensä ja työn kehittämisen taidot, mukautuvaisuus, joustavuus, valmius kohdata nopeasti eteen tulevia tilanteita, vuorovaikutus- ja viestintätaidot sekä työturvallisuuden hallinta ovat keskeistä osaamista kotisairaalassa. (Lähdeaho ym. 2011, 1924; Ikonen 2015, 173-174; Lahti 2006, 66.) Potilaan kotona yksin työskentely ja vastuussa oleminen vaatii sairaalaolosuhteita enemmän pohdintaa ja luovuutta. Hoitajat tekevät päätöksiä esimerkiksi aseptiikasta, lääketurvallisuudesta, tarvittavasta välineistöstä sekä sen kuljettamisesta. (Palomäki 2014, 29,32.) Lasten kotisairaalan sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa teknistä osaamista, joka koostuu potilaan hoidossa käytettävien laitteiden lisäksi tietojärjestelmien hallinnasta sekä auton käyttöön liittyvistä taidoista (Halkola, Kaakinen, Heino-Tolonen, Miettinen, Siivonen & Kääriäinen 2018, 46).

Kotisairaalan hoitajan tärkeimpiä työkaluja on oma persoona, saavutettavuus, läsnäolo, pysyvyys, joustavuus sekä tilanneherkkyys (Saarelma 2005, 206). Halkolan ym. (2018, 46-47) mukaan lasten kotisairaalan hoitajan merkittäviä yksilöllisiä ominaisuuksia ovat ammatti-identiteetti, kokemus sekä hoitajan persoonallisuus. Hoitajan avoin, ennakkoluuloton sekä positiivinen asenne on olennaista lasten kotisairaalassa työskenneltäessä. Samuelsonin (ym. 2015, 2451) mukaan sairaanhoitajan tunne omasta ammattitaidosta vaikuttaa hänen kykyynsä tehdä itsenäisiä hoitopäätöksiä. Sairaanhoitajan luottamus omaan asiantuntijuuteen on tärkeää, koska se vaikuttaa myös hoitajan kokemuksiin tunteisiin, joita sairaiden, etenkin saattohoidossa olevien, lapsien hoitaminen aiheuttaa. Työkokemuksen lisääntyessä myös itsevarmuus kasvaa ja pelko liiasta tunteellisuudesta vähenee. Helposti

saatavilla oleva työyhteisön tuki auttaa työstä selviytymisessä sekä tukee työhyvinvointia. (Samuelson ym. 2015, 2451, 2454.)

Lasten kotisairaalan hoitajan yksi osaamisen alue on vuorovaikutusosaaminen, joka sisältää mahdollisuuden kommunikoida eri ikäisten kanssa, tarvittaessa eri kielillä, ihmisten kohtaamisen heidän tahtomallaan tavalla sekä tiedon organisaation toimintatavoista ja yhteistyötahoista (Halkola ym. 2018, 46). Potilaan kodissa työskenneltäessä hoitajan tulee kiinnittää huomiota omaan käytökseensä ja hänen tulee jatkuvasti tiedostaa olevansa vierana ja käyttäytyä sen mukaisesti (Heino-Tolonen 2017, 90; Dybwik ym. 2011, 5). Hoitajat pyrkivät toimimaan mahdollisimman huomaamattomasti ja perhettä häiritsemättä käyttäytymällä tilanteeseen sopeutuen: hiljaa olemalla, olemalla kuuntelematta perheen muita asioita sekä hillitsemällä omaa puhettaan (Dybwik ym. 2011, 5). Heino-Tolonen (2017, 89) mukaan hoitajan kiireetön toiminta sekä perheen hoitoon osallistumisen tukeminen kuuntelemalla, aikaa antamalla sekä mahdollistamalla tukee perheen jaksamista.

Kotisairaalan potilasturvallisuus on ensisijaisen tärkeää. Kotisairaalan hoitajilla tulee olla taito hoitaa kotona tehtävää lääkehoitoa, toimia lääkehoidon poikkeustilanteissa sekä tarvittavien lupien tulee olla voimassaolevia (Aejmelaeus 2018, 45). Lasten kotisairaalassa annetun hoidon turvallisuutta on pyritty lisäämään laatimalla tarkastuslistoja potilaan voinnin arviointiin sekä laatimalla selkeitä kirjallisia ohjeita. Turvallisuutta on lisätty myös hoitajien säännöllisillä elvytyskoulutuksilla sekä lääkkeiden kaksoistarkastuksella mahdollisuuksien mukaan. (Usvasalo 2015.)

Kotisairaalahoidon kustannukset ovat osoittautuneet sairaalassa annetun hoidon kanssa alhaisemmiksi tai samoiksi (Hansson, Kjærgaard, Johansen, Hallström, Christensen, Madson & Schmiegelow 2013, 871; Lähdeaho ym. 2011, 1926; McEvelly & Kirk 2005, 345). Poukan (2018, 36) mukaan kustannustehokkuuden arviointi on kuitenkin haastavaa kansainvälisesti eritavoin järjestetyn toiminnan vertailtavuuden sekä niukkojen tutkimuksien vuoksi. Gayn ym. (2016, 5) mukaan kotisairaalan tuella kotiutetut lapset, joilla on vakava krooninen sairaus, tarvitsivat vähemmän sairaalapalveluita kotiutumisen jälkeen kuin ilman kotisairaalan tukea kotiutuneet lapset. Myöhempien sairaalapalveluiden tarpeen väheneminen saattaa johtua kotisairaalan antamasta ohjauksesta sekä ajoissa annetusta hoidosta (Gay ym. 2016, 6). McEvelly ja Kirk (2005, 344) havaitsivat myös diabetesta sairastavien lapsien kohdalla kotiin annetun ohjauksen lisäävän vanhempien luottamusta selvitä ongelmista kotona.

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa lapsipotilaan hoitopolku alkaa sairaan lapsen tullessa poliklinikalle. Poliklinikalla lääkäri tekee päätöksen sairaalahoidon tarpeellisuudesta tutkittuaan potilaan. Mikäli lapsi tarvitsee sairaalahoitoa ja hän soveltuu kotisairaalan

potilaaksi, siirtyy hän osastohoidon sijasta suoraan kotisairaalan asiakkaaksi. Kotona hoidettaviksi soveltuvat potilaat, joilla on selkeä diagnoosi ja taudinkulkua on mahdollista ennustaa. Kotisairaalassa hoidetaan hyvin erityyppisiä potilasryhmiä, mutta suurimman potilasryhmän muodostavat suonensisäisiä antibiootteja saavat lapsipotilaat. Syöpähoitoja saavat potilaat ovat myös tärkeä kotisairaalan potilasryhmä. Kotisairaalassa hoidettavan lapsen yleisvoinnin tulee olla niin hyvä, että jatkuvaa seurantaa ei tarvita. Vanhemmat ovat kotona vastuussa lapsen päivittäisestä hoidosta ja vanhemmilla tulee olla mahdollisuus olla kotona lapsen kanssa. Perheillä on mahdollisuus olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan ympäri vuorokauden. Hoitaja arvioi lapsen vointia kotikäynneillä ja siirtää lapsen sairaalaan, mikäli lapsen kunto sitä vaatii. Mikäli lapsi ei sovellu kotisairaalan asiakkaaksi, siirtyy hän tarvittaessa osastohoidon potilaaksi. Voinnin kohentuessa hänet voidaan kuitenkin siirtää myös osastohoidosta kotisairaalan potilaaksi. (Lähdeaho 2011, 1923-1925.)

Tampereella ja Helsingissä lasten kotisairaalan palveluille on ajoittain ollut enemmän kysyntää kuin sitä on voitu tarjota. Kehittämistä nähdään olevan toiminnan koordinoinnissa, jotta kotikäynneille jäisi enemmän aikaa. Myös sähköisessä kirjaamisessa on kehitettävää toimimattomien etäyhteyksien vuoksi. Uusien potilasryhmien siirtäminen kotisairaalaan edellyttää myös kotisairaalan resurssien lisäämistä. (Lähdeaho ym. 2011, 1926; Usvasalo 2015.) Asiakkaat ja kotisairaalan yhteistyötahot tarvitsevat tietoa kotisairaalan toiminnasta sekä toimintaperiaatteista. Yhteistyöllä sekä kotisairaaloiminnasta tiedottamisella vaikutetaan toiminnan kysyntään, tietoisuuteen sekä vähennetään toimintaan liittyviä ennakkoletuksia. (Halonen 2009, 57.)

4.3 Lasten ja nuorten hoitotyön erityispiirteitä

Lapsi on erilainen asiakas terveydenhuollossa kuin aikuinen ja tästä syystä myös lasten hoitotyön periaatteet ovat osittain erilaiset kuin aikuisten hoitotyön periaatteet. Lasten ja nuorten hoitotyön periaatteita ovat yksilöllisyys, perhekeskeisyys, kasvun ja kehityksen turvaaminen, turvallisuus, omatoimisuus sekä jatkuvuus (Lindén 2004, 32-33). Lasten sairaanhoitoa ohjaavat eurooppalaiset standardit, jotka on laadittu turvaamaan lasten sairaanhoidon laatua. Standardit pohjautuvat YK:n Lapsen oikeuksien sopimukseen ja nämä kymmenen periaatetta ovat sairaalahoitoon ottaminen, lapsen oikeus vanhempaan, vanhempien läsnäolon turvaaminen, tiedottaminen, yhteispäätös, hoitoympäristö, normaalikehityksen tukeminen, lastensairaanhoitoon sopiva henkilökunta, jatkuvuus sekä loukkamattomuus. (Suomen NOBAB ry 2006.)

Lapsen sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen. Perheiden sekä hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö sekä perheiden yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen on tärkeä osa hyvää hoitoa (Sarajärvi, Haapamäki & Paavilainen 2006, 209). Perhehoitotyössä on tärkeää

edistää sekä potilaan että hänen perheen terveyttä ja elämänlaatua (Paavilainen 2009, 229). Perheen toiminnan sekä huomion ollessa sairastuneessa lapsessa, jää vanhempien oma ja parisuhteen hyvinvointi sekä mahdollisten sisaruksien, huomiointi vähäisemmäksi (Hopia 2006, 62). Perheen kohtaamisen ja hoitamisen lähtökohta on tasavertaisuus vanhempien ja hoitajan välillä. Vanhemmat tuovat hoitosuhteeseen lapsen tavat ja tottumukset, jotta hoitoa voidaan toteuttaa yksilöllisesti. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Majjala, Paavilainen & Potinkara 2008, 145.)

Perheiden kanssa työskenneltäessä on tärkeää saavuttaa luottamus hoitajan, lapsen sekä perheen välille (Lehto 2008, 88). Yhteistyö perheen ja hoitohenkilökunnan välillä sekä kaikkien osapuolien asiantuntemuksen hyödyntäminen edistää lapsen ja perheen hyvinvointia (Halme, Perälä & Kanste 2014, 227). Hoitajan läsnäolo sekä luottamuksellinen hoitosuhde mahdollistavat perheiden ja hoitajan avoimen keskustelun lapsen sairaudesta sekä sen herättämistä tunteista. Tunteita salliva ja hoitava ilmapiiri auttaa perheitä sopeutumaan lapsen sairauteen. (Hopia 2006, 100-101.) Vanhempien osallistuminen ja mukanaolo ovat tärkeitä lapsen turvallisuuden tunteen kannalta heidän huolehtiessa mahdollisuuksien mukaan lapsen päivittäisistä toiminnoista kuten kotona. Vanhemmat myös tulkitsevat lapsensa tunteita ja käyttäytymistä hoitajille. (Lehto 2008, 91.) Sairaanhoidajan ja lapsen välinen luottamuksellinen, lämmin ja merkittävä suhde lisää osaltaan lasten turvallisuuden tunnetta sairaalassa. Leikin, joka on lapsen perustarve myös sairaana, avulla sairaanhoidaja voi luoda perustan luottamukselliselle suhteelle. (Pelander 2008, 80, 82.) Hoitajan luoma luottamuksellinen suhde lapseen ja perheeseen, asiallisen tiedon antaminen, myötätunnon osoittaminen, käytännöllinen auttaminen sekä ajan antaminen rauhoittavat lasta sekä perhettä (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 99).

Sairastuminen aiheuttaa lapselle monia tunteita, etenkin pelkoa. Lähes kaikki (91%) Salmelan (2010, 47) tutkimuksen lapset nimesivät ainakin yhden asian, jota he pelkäävät sairaalassa. Lapset kokevat pelottavina hoitotoimenpiteet, kuten pistokset, tutkimukset, hoitolliset toimenpiteet, laitteet, välineistöt, sairaalan tilat, tiedon puutteen sekä ylipäättänsä sairaalaan joutumisen. Lasta pelottavat lisäksi mielikuvituspelot, perheestä eroon joutuminen sekä sairaalan henkilökunta. (Salmela, Aronen & Salanterä 2011, 25.) Muina ikävinä asioina lapset mainitsevat poissaolon kotoa ja koulusta (Pelander 2008, 83). Lapselle voi olla vaikeaa ilmaista pelkoaan ja lapsi saattaa vastustella toimenpiteitä pelon vuoksi. Lapsen turvallisuuden tunnetta lisää vanhempien tai muun aikuisen läsnäolo ja lapsen saama tieto sairaudesta ja hoidosta. Pelkoja vähentää myös lapsen kokemus aikuisten antamasta turvasta ja hoivasta. Vanhempien tietoisuus lapsen peloista sekä keinot auttaa lasta niiden ilmaisemisessa lievittävät lapsen pelkoa hoitoa kohtaan. (Salmela ym. 2011, 26-29.) Vanhempien läsnäolosta huolimatta lapset hakevat hoitajilta varmuutta ja

mukavuutta (Pelander 2008, 80). Lapsia hoitavan henkilökunnan on tärkeää olla tietoisia lasten peloista sekä keinoista, joilla lasten pelkoja voi helpottaa ja osata ohjata näitä keinoja myös vanhemmille. Lasten pelkoja on mahdollista helpottaa kuuntelemalla heitä, rohkaisemalla kysymään, mahdollistamalla päätöksentekoon osallistumisen, vahvistamalla luottamusta itseensä sekä aikuisten apuun, auttamalla näkemään positiivisia asioita sekä tarjoamalla mahdollisuuden leikkiä ja kokea iloa. (Salmela 2010, 51.) Lapsen positiivinen kokemus hoidosta sujuvoittaa seuraavia hoitokertoja (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 99).

Lapsen sairastuminen herättää vanhemmissa monenlaisia tunteita, kuten stressiä, huolta, epävarmuutta, pelkoa, ahdistusta, uupumusta, syyllisyyttä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 45; Jurvelin, Kyngäs & Backman 2005, 37) masennusta sekä vaikeutta hyväksyä lapsen sairautta (Jurvelin ym. 2005, 37). Vanhempien aktiivinen osallistuminen lapsen hoitamiseen sairaalassa, sairaalassaoloon liittyvien asioiden järjestäminen, tiedon saanti sekä koko perheen läsnäolo sairaalassa edistävät vanhempien ja muun perheen sopeutumista sekä selviämistä lapsen sairaudesta (Åstedt-Kurki ym. 2008, 45). Pitkäaikaissairauden kotona hoitaminen vaatii vanhemmilta päivittäistä huolehtimista lapsen lääkityksestä, tarkkailusta, ravitsemuksesta, päivärytmin rakentamisesta, vastuusta sekä hoidoista kodin ulkopuolella. Lapsen sairaus muuttaa myös perheen sisäisiä suhteita. Vanhempien yhteisen ajan puute, sisaruksien kokema mustasukkaisuus sairaan lapsen saamasta huomiosta sekä sairauden aiheuttamat rasitukset lapselle aiheuttavat vaatimuksia vanhempien arjessa selviytymisessä. Keskusteluapu sekä mahdollisuus saada tietoa suullisesti ja kirjallisesti auttavat vanhempien sopeutumista lapsen sairastuessa pitkäaikaissairauteen (Jurvelin ym. 2005, 37-40). Perheiden jaksamista tukevat myös mielikuvat tulevaisuudesta sairaalajakson jälkeen, omat harrastukset, työ sekä perheen sisäinen huumori (Hopia 2006, 64).

Lasten tarpeiden lisäksi on erittäin tärkeää huomioida myös vanhempien tarpeet. Ala-Karvian (2017, 28) mukaan vanhemmat pitävät tärkeimpinä tarpeina perheen kohtaamista, tukemista ja vuorovaikutusta sekä tunnetta siitä, että heidän lapsesta huolehditaan. Henkilökunnalta odotetaan yksilöllistä, aitoa sekä vilpitöntä kohtaamista. (Ala-Karvia 2017, 28.) Perheet toivovat, että hoitajat kuuntelevat, ovat läsnä, antavat tietoa lapsen sairaudesta sekä hoidosta, huomioivat koko perheen sekä säilyttävät positiivisen asenteen (Hopia 2006, 65-66; Sarajärvi ym. 2006, 208). Sarajärven ym. (2006, 208) mukaan perheet toivovat henkilökunnalta enemmän tukea, tietoa ja yhteistyötä. Perheet ovat tyytyväisiä henkilökunnan kohtaamiseen, mutta he kaipaavat enemmän tietoa, etenkin he toivoivat hoitajalta aktiivisuutta olla heihin yhteydessä (Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2010, 149).

Perheen hyvinvointi sekä terveyden tukeminen ja edistäminen ovat perhehoitotyön keskeisiä tehtäviä (Lehto 2008, 92). Hoitohenkilökunnan antama tieto, ohjaus ja opetus sekä tukeminen perheen tarpeista lähtien auttaa vanhempia sopeutumaan (Jurvelin ym. 2005, 41) ja vähentämään avuttomuuden kokemusta tiedonpuutteen vuoksi (Maijala, Helminen, Heino-Tolonen & Åsted-Kurki 2011, 19). Lapsen sairastuessa on tärkeää huolehtia perheen hyvästä ohjauksesta, etenkin kotiutusvaiheessa. Perheen hyvä ohjaus lisää perheen turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta pärjätä kotona sairauden kanssa. Hyvällä ohjauksella on myös taloudellisia vaikutuksia: perheen tietoisuus esimerkiksi kipulääkityksestä tai mahdollisista komplikaatioista vähentää heidän kotiutumisensa jälkeisiä yhteydenottoja sairaalaan. (Paavilainen 2009, 233.) Lasten hoitotyössä on tärkeää, että hoitaja huomioi opetus- sekä ohjaustilanteissa perheen tarpeet sekä yhteistyökyvyn (Tuomi 2008, 122). Perheeseen ja heidän tilanteeseen tutustuminen sekä yhteistyö perheen kanssa luo edellytykset antaa oikea-aikaisesti sekä kohdennetusti tietoa (Maijala ym. 2011, 19-20). Vanhemmuuden tukeminen lapsen sairastaessa on tärkeää perheen selviytymisen sekä positiivisten voimavarojen kannalta (Åstedt-Kurki ym. 2008, 64).

Lasten ja perheiden kanssa työskentely edellyttää hoitajalta ammattitaitoa. Hoidettaessa eri-ikäisiä lapsia hoitajan on tärkeää tuntee ja huomioida lapsen kasvun ja kehityksen vaiheet sekä hallita lasten hoitotyön keinoja (Tuomi 2008, 122). Kuten työelämässä yleensäkin, myös lasten hoitotyössä tarvitaan muutoksen ja stressin hallintaa. Tilanteiden muuttuessa nopeasti, myös hoitajan tulee kyetä toimimaan vaihtelevissa tilanteissa sekä osata priorisoida töitään. Lasten hoitotyö vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja, joita tarvitaan eri-ikäisten lasten ja heidän perheiden sekä moniammatillisen työryhmän kanssa työskentelyssä. Perheiden kanssa työskenneltäessä hoitajan tulee hallita perhehoitotyön tietoperusta sekä osattava soveltaa tietoa käytäntöön. (Tuomi 2008, 121-123). Hopian, Paavilaisen ja Åstedt-Kurjen (2004, 579) mukaan hoitajan systemaattinen toimintatapa huomioi perheen yksilöllisyyden tukien perheen omia voimavaroja edistäen osaltaan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Perheiden parissa työskenneltäessä hoitavan henkilön tulee olla avoin, oma itsensä sekä intensiivisesti läsnä oleva (Åstedt-Kurki ym. 2008, 145).

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Kehittämishankkeen eteneminen ja toteutusmenetelmät

Kehittämishanke toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lastentautien yksikön kanssa. Kehittämishankkeen esisuunnittelu käynnistyi lokakuussa 2016 kohdeorganisaatiossa, jossa keskusteltiin aiheen ajankohtaisuudesta sekä tarpeellisuudesta. Aihetta tarkennettiin marraskuussa 2016 toisessa tapaamisessa toimeksiantajaorganisaation edustajien kanssa. Kohdeorganisaatiossa kehittämishankkeen ohjaajana toimi lastentautien ylihoitaja.

Lasten kotisairaalan perustamisesta vastasi kehittämistyöryhmä, johon kuuluivat lastentautien ylilääkäri, ylihoitaja, kolme osastonhoitajaa sekä minä. Kehittämistyöryhmä suunnitteli benchmarking -vierailua toiseen kotisairaalaan, kun alustavaa tietoa toiminnasta on ensin kartoitettu. Kehittämistyöryhmä päätyi nimeämään ideointiryhmän, jonka tehtävä oli selvittää asioita, joita kotisairaaloiminnan käynnistämiseksi tulee huomioida. Ideointiryhmä nimettiin lastentautien eri yksiköiden henkilökunnasta. Ideointiryhmän perustamiseksi lastenosastojen henkilökuntaa informoitiin työryhmän tarpeesta, johon kotisairaaloiminnan kehittämiseksi kiinnostuneet hoitajat saivat ilmoittautua. Ideointiryhmään kuului neljä sairaanhoitajaa ja minä ryhmän vetäjänä. Kaikki ideointiryhmän jäsenet olivat kokeneita hoitajia, joilla oli kokemusta myös kotona tapahtuvasta hoidosta. Ideointiryhmän työstämät asiat kirjattiin muistioon ja esitettiin kotisairaalan kehittämistyöryhmälle. Myös kehittämistyöryhmän kaikista kokouksista laadittiin muistiot.

Kehittämishankkeen aikana ideointiryhmä kokoontui kolme kertaa ja kehittämistyöryhmä kuusi kertaa. Kehittämishanke toteutettiin kevään ja syksyn 2017 aikana (Taulukko 1.). Kehittämishanke päättyi ennen kotisairaaloiminnan käynnistymistä.

TAULUKKO 1. Kehittämishankkeen aikataulu

Syky/talvi 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Aiheen tarkentuminen
Helmi- Maaliskuu 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedonhankinta • Kehittämishankesuunnitelman valmistuminen ja yhteistyösopimuksen tekeminen • Lasten kotisairaaloimintaa tarjoavien sairaanhoitopiirien tietojen kerääminen • Kotisairaaloiminnasta yhteenvedon laatiminen, toimintatapojen vertaileminen • Kehittämistyöryhmän 1.kokous • Ideointiryhmän 1. tapaaminen • Benchmark -menetelmästä kertominen ideointiryhmälle • 8x8 -menetelmän hyödyntäminen benchmarking kysymyksien laatimiseen • Huomioitavien asioiden pohjalta benchmarking kysymyksien ryhmittely
Huhtikuu 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistyöryhmän 2. kokous • Ideointiryhmän 2. tapaaminen • Benchmarking kysymyksien laatiminen ryhmittelyn mukaan
Touko- kesäkuu 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Ideointiryhmän 3. tapaaminen • Service blueprintin avulla kotisairaaloimintaa prosessin kuvaaminen ja benchmarking kysymyksien viimeistely • Lasten kotisairaaloimintaa järjestävän sairaanhoitopiirin esittely lasten kotisairaaloiminnasta PHHYKYN lastenosaston koulutuspäivässä • Tietojen kerääminen puhelimitse lasten kotisairaaloimintaa järjestävistä sairaanhoitopiiristä ja benchmarking aineiston analysointi • Kehittämistyöryhmän 3. kokous
Kesä 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistyöryhmän 4. ja 5. kokous • PHHYKYN lasten kotisairaalan toimintamallin laatiminen lopulliseen muotoonsa parhaita käytäntöjä hyödyntäen
Syky 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistyöryhmän 6. kokous • Kehittämishankkeen valmistuminen

Kehittämishankkeen alussa kerättiin saatavilla olevaa kirjallista aineistoa kotisairaaloiminnasta. Tietoja oli käytettävissä seitsemästä kotisairaaloimintaa järjestävästä sairaalasta, osa oli yliopistollisia sairaaloita, osa keskussairaaloita.

Ennen ideointiryhmän ensimmäistä tapaamista toimitin ideointiryhmän jäsenille sähköpostitse taulukon potilasryhmien tietojen keräämistä varten sekä kotisairaalaan kertovan artikkelin ajatuksia herättämään. Ennen ensimmäistä tapaamista osastojen sekä poliklinikan henkilökunnat pohtivat, millaisia potilasryhmiä kotisairaalaan voidaan hoitaa, kuinka pitkiä hoitoajat ovat sekä kuinka usein kotikäyntejä on (Liite 1.).

Ensimmäisessä ideointiryhmän tapaamisessa käytimme työskentelymenetelmänä 8x8 -osallistavaa menetelmää benchmarking kysymyksien laatimiseksi. Lähtökohdaksi olin valinnut tarkoituksella laajan otsikon ”Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaala”, jotta näkökulmia voitiin tuoda mahdollisimman laajasti ja vapaasti esille. Heränneet kysymykset sekä huomioon otavat asiat toimitettiin kehittämistyöryhmän kokoukseen (Liite 2.). Kehittämistyöryhmän kokouksessa käsiteltiin ideointiryhmän laatimia kysymyksiä sekä huomioon otavia asioita, pohdittiin niihin vastauksia sekä jaettiin asiat, jotka seuraavaan kokoukseen tuli selvittää. Kehittämistyöryhmässä päätettiin, että toisista sairaanhoitopiireistä kysytään alustavaa tietoa lasten kotisairaaloiminnasta ennen benchmarking vierailun kohteen päättämistä.

Ideointiryhmän ensimmäisen tapaamisen jälkeen kokosin yhteen 8x8 -osallistavan menetelmän avulla kerätyt huomioon otavat asiat. Näiden asioiden pohjalta laadin yhteenvedon sekä ryhmittelin otsikot toisessa ideointiryhmän tapaamisessa laadittavia benchmarking kysymyksiä varten. Toisessa ideointiryhmän tapaamisessa tarkasteltiin tietoja, joita lasten kotisairaaloimintaa järjestävistä sairaanhoitopiireistä oli käytettävissä. Ideointiryhmä vertasi taulukkoon kerättyjä tietoja sekä nosti esiin niitä tietoja sekä käytäntöjä, jotka vaikuttivat omaan lasten kotisairaalaan ajatellen parhaita ja sovellettavissa olevilta. Näitä tietoja hyödyntäen laadittiin benchmarking vierailua varten kysymykset (Liite 3.), joiden avulla lasten kotisairaaloimintaa voitiin kartoittaa lisää toisista sairaanhoitopiireistä ja vastauksia hyödyntäen suunnitella omaa toimintaa.

Kolmannessa ideointiryhmän tapaamisessa pohdittiin kotisairaalan prosessia service blueprintin avulla. Mallin avulla pystyttiin huomioimaan ja kirjaamaan sekä asiakkaalle näkyvä, että näkymätön osa, jolloin toimintaa voitiin tarkastella useammasta näkökulmasta (Liite 4). Service blueprint- taulukkoa täyttäessä työryhmässä pohdittiin kotisairaaloimintaa vaihe vaiheelta, asiakkaan hoidon tarpeen ilmenemisestä hoidon päättymiseen.

Keväällä 2017 lastenosastojen koulutuspäivän yhtenä aiheena oli lasten kotisairaaloiminta. Koulutuksessa esiteltiin toisen sairaanhoitopiirin lasten kotisairaalan toimintamallia.

Toiminnasta oli saapunut kertomaan hoitaja, joka työskenteli lasten kotisairaалassa sekä lasten kotisairaalan ylihoitaja. He kertoivat toiminnan aloittamisesta, perheiden kotona työskentelystä sekä perheiden arjen tukemisesta. Esityksen jälkeen oli mahdollista keskustella kouluttajien kanssa, jolloin saatiin tarkempia tietoja toiminnasta. Laaditut kysymykset olivat keskustelussa apuna, osaan kysymyksistä oli saatu vastaus jo esityksessä. Lisäksi olin kevään aikana puhelimitse yhteydessä kolmeen sairaanhoitopiiriin, joissa tarjotaan lasten kotisairaалapalveluita. Keskustelut käytiin kotisairaалassa työskentelevien hoitajien kanssa vapaamuotoisesti. Benchmarking kysymykset johdattelivat käytyjä keskusteluja. Kotisairaaloissa työskentelevät hoitajat nostivat esiin myös asioita, joita ideointiryhmä ei ollut huomionnut, joten keskustelun aikana tein lisäkysymyksiä toimintaan liittyen. Keskustelun aikana kirjasin muistiinpanot, jotka kirjoitin lauseiksi heti puhelun jälkeen. Keskustelussa kirjatut asiat lähetettiin sähköpostitse tiedot antaneille hoitajille, jotta he pystyivät tarkastamaan keskustelusta kirjatut asiat.

Lasten kotisairaалoiden hoitajien kanssa käydyistä keskusteluista laadittiin yhteenveto, jossa oli väreittäin lajiteltu kysymyksien alle eri sairaanhoitopiirien vastaukset. Esittelin saadut tiedot kehittämistyöryhmälle. Kehittämistyöryhmän kolmannessa kokouksessa käsiteltiin koottuja tietoja sekä pohdittiin eri mallien sopivuutta omaan toimintaan. Kehittämistyöryhmässä aloitettiin laatimaan Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamallia soveltaen saatuja tietoja omaan toimintaan. Tietoa toimintamallin laadimiseksi oli saatu riittävästi, joten kehittämistyöryhmä päätyi luopumaan alkuperäisestä suunnitelmasta tehdä vierailukäynti lasten kotisairaalaan.

Kehittämistyöryhmän muissa kokouksessa käsiteltiin vielä selvitettäviä sekä selvitettyjä asioita, keskusteltiin tarvittavista työvälineistä sekä tarvikkeista, henkilökunnan rekrytoinnista, työturvallisuudesta sekä muista kotisairaалatoiminnan aloitukseen liittyvistä asioista. Kehittämistyöryhmän kokouksien muistioiden avulla kirjasin päätetyt asiat yhteen ja koostin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamallin. Kotisairaalan toimintamalli toimitettiin kehittämistyöryhmän jäsenille sähköpostitse. Kirjasin toimintamallin lopulliseen muotoon kehittämistyöryhmän viimeisen kokouksen jälkeen.

Talven ja kesän 2017 välisenä aikana tapahtui kehittämishanketta varten perustetun ideointiryhmän tapaamiset, tiedonkeruu eri lasten kotisairaaloista sekä kehittämistyöryhmän päätökset kotisairaalan toiminnasta. Kesän 2017 aikana koostin kehittämistyöryhmän muistioista päätetyt asiat ja kotisairaalan toimintamallin. Kehittämishanke päättyi lasten kotisairaалatoiminnan käynnistyessä syksyllä 2017.

5.2 Benchmarking

Kehittämishankkeessa päädyttiin hyödyntämään benchmarking -menetelmää, koska lasten kotisairaaloimintaa tarjoaa jo useampi sairaanhoitopiiri. Heiltä saatavan tiedon ja neuvojen perusteella on mahdollista kehittää ja aloittaa oma lasten kotisairaaloiminta myös Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä.

Benchmarking eli vertailukehittäminen on vuorovaikutteista toisilta oppimista. Tavoitteena on saada paras tieto ja näkemys oman toiminnan kehittämiseen. (Strömmer 2002; Kyrö 2014; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 186.) Benchmarkingin avulla voidaan selvittää mitkä menetelmät, toimintaprosessit sekä työtavat johtavat hyviin tuloksiin (Curedale 2012, 116; Laatu-keskus 1998). Benchmarkingin hyötyjä on, että muiden käyttämiä hyviä toimintatapoja voidaan hyödyntää ja virheet voidaan välttää. Benchmarking on tutkimusta, havainnointia, vertailua ja arviointia. Sen avulla osoitetaan kiinnostusta muiden organisaatioiden toimintaan ja sen tavoitteena on oppiminen. (Tuulaniemi 2011, 138.) Coppin (2002) mukaan terveydenhuollon benchmarkingissa keskeistä on parhaiden käytänteiden sovittaminen omaan organisaatioon sekä hoitokäytänteiden kehittäminen, jotta asiakkaille voidaan tarjota tarpeita vastaavaa hoitoa sekä tavoitella terveyshyötyä (Perälä, Junttila & Tohjamo 2007, 13).

Benchmarking voidaan toteuttaa vierailulla organisaatioon, jonka toimintaa halutaan vertailla. Tietoa voidaan myös etsiä erilaisista julkaisuista tai organisaation internet -sivuilta. (Strömmer 2002; Kyrö 2014; Ojasalo ym. 2014, 186.) Benchmarkingin tarkoituksena ei ole kopioida esikuvan toimintaa, vaan sovittaa parhaat käytännöt omaan toimintaan (Laatu-keskus 1998). Tuomisen (2016) mukaan benchmarking etenee seitsemän vaiheen mukaan (Kuvio 1.). Vaiheiden ei tarvitse tapahtua tässä järjestyksessä, tärkeintä on suorittaa kaikki vaiheet perusteellisesti.



KUVIO 1. Benchmarking vaiheet (Tuominen 2016, 9)

Benchmarkingia varten tulee olla selvillä, mitä halutaan oppia ja millaisiin asioihin vastauksia pyritään saamaan. Näiden tietojen perusteella laaditaan kysymykset, jotka voivat olla avoimia tai monivalintakysymyksiä, kyllä/ei väittämiä tai asteikkokysymyksiä. Kysymyksiä testataan, jotta selvitetään ovatko kysymykset hyvin muotoiltuja ja tuleeko kysymyksiä lisätä tai vähentää. Benchmarkingin aikana tulee pyrkiä luonnolliseen keskusteluun ja kysymyksiä järjestystä voi muuttaa tarvittaessa sekä tehdä lisäkysymyksiä, jotta menestystekijät saadaan selville. Kysymyslista tulee lähettää kohdeorganisaatioon ennen benchmarkingia, jotta kohdeorganisaatio voi valmistautua kysymyksiin. Saatu aineisto tulee käsitellä mahdollisimman pian, jotta opitut tiedot eivät unohdu. (Tuominen 2016, 73; Laatu keskus 1998, 25-32.)

Aloitin kehittämishankkeen keräämällä tietoa lasten kotisairaaloimintaa järjestävistä tahtoista. Aineiston kerääminen aloitettiin tutkitun tiedon, julkaisujen, internetsivujen sekä eri sairaanhoitopiireistä saatujen lasten kotisairaalaan koskevien tietojen kokoamisella. Kotisairaaloimintaa järjestävien suomalaisten kotisairaaloimintaa internetsivuja sekä toimintaorganisaation sisäisesti tiedossa olevia tietoja hyödyntäen koostin taulukon, jotta saatujen tietojen tarkastelu oli selkeää sekä tiedot helposti verrattavissa (Liite 5). Taulukon kokosin tiedot sairaanhoitopiiriin koosta, kotisairaalan perustamisajasta, henkilökunnan määrästä, työvuoroista, toiminnan järjestämisestä loma-aikoina, käyntien määrästä, potilasryhmistä, hoidon saatavuudesta, kotisairaalan toiminta-alueesta, käytössä olevista lomakkeista ja ohjeista sekä tulevaisuuden haasteista. Nämä tiedot oli saatu jo ennen tätä kehittämishanketta muiden koulutuksien yhteydessä, joten niiden avulla saatua tietoa ei julkaista tässä raportissa. Osa tiedoista kerättiin julkisilta internet-sivuilta.

Kerättyä tietoa hyödynnettiin koko kehittämishankkeen ajan ja taulukoituihin tietoihin palattiin tarvittaessa sekä ideointi- että kehittämistyöryhmien kokouksissa. Muista sairaanhoitopiireistä kerättyä tietoa hyödyntäen ideointiryhmässä aloitettiin benchmarking kysymyksiä laadinta 8x8 -osallistavaa menetelmää hyödyntäen. Kysymyksiä (Liite 3.) avulla oli tarkoitus selvittää vielä tarkemmin kotisairaaloimintaa muissa sairaanhoitopiireissä sekä etsiä ja soveltaa parhaita käytäntöjä omaan toimintaan.

Ideointiryhmän toisessa tapaamisessa tarkasteltiin tietoja, joita lasten kotisairaaloimintaa järjestävistä sairaanhoitopiireistä oli käytettävissä. Ideointiryhmä tarkasteli ja vertasi taulukkoon kerättyjä tietoja. Yhteisessä keskustelussa nostettiin esiin niitä tietoja ja käytäntöjä, jotka vaikuttivat omaa lasten kotisairaaloimintaa ajatellen parhailta ja sovellettavissa olevilta.

Ennalta kerättyjen tietojen perusteella kehittämistyöryhmässä päädyttiin kysymään lisätietoja niistä sairaanhoitopiireistä, jotka ovat melko samankokoisia tai vastaavaa toimintaa on ollut jo pidempään tai toimintaa on juuri aloitettu. Otin lasten kotisairaaloimintaa yhteyttä puhelimitse ja tiedustelin mahdollisuutta saada heiltä kokemuksia sekä neuvoja toiminnan käynnistämiseen. Lisätietoja kysyttiin kolmesta lasten kotisairaaloimintaa järjestävästä sairaanhoitopiiristä ja yhdestä tietoja saatiin koulutuksen yhteydessä. Kaikki olivat valmiita kertomaan toiminnastaan. Kotisairaaloiminnasta kertoivat sairaanhoitajat, jotka työskentelevät lasten kotisairaaloiminnassa, kahdella hoitajalla oli kokemusta myös toiminnan käynnistämisestä.

Ideointiryhmän laatimat benchmarking kysymykset toimivat runkona keskustelulle ja johdattelivat sitä, mutta keskustelut käytiin vapaamuotoisesti. Keskustelun aikana nousi lisäkysymyksiä sekä toiminnasta kertovat hoitajat toivat esiin asioita, joita kysymyksiä laadittaessa ei oltu huomioitu. Keskustelut kestivät tunnista puoleentoista tuntiin. Keskustelujen aikana tein muistiinpanot, jotka kirjoitin lauseiksi heti keskustelun päätyttyä. Keskustelusta ei nähty tarpeelliseksi saada sanatarkkoja muotoja, joten keskusteluja ei nauhoitettu.

Saaduista tiedoista laadin koosteen, johon jokaisen kysymyksen alle kirjasin eri sairaanhoitopiirien toimintatavat eri värisillä tiedoilla, jotta ne oli helppo erottaa ja tieto oli helposti löydettävissä. Toimitin kerätyt tiedot kotisairaaloimintaa kehittämistyöryhmän kokoukseen. Kokouksessa keskusteltiin saaduista tiedoista ja päädyttiin siihen, että tietoa lasten kotisairaaloiminnasta on saatu riittävästi ja suunnitellusta vierailukäynnistä päädyttiin luopumaan. Toisista sairaanhoitopiireistä saatuja tietoja sovellettiin ja niiden avulla laadittiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaaloiminnan oma toimintamalli.

5.3 8x8 -osallistava menetelmä

Benchmarking kysymyksien laadintaa varten päädyin käyttämään 8x8 -osallistavaa menetelmää. 8x8 -osallistavan menetelmän valintaan vaikutti sen mahdollisuudet uusien sekä monipuolisten näkökulmien löytämiseen. Tavoitteena oli saavuttaa mahdollisimman paljon ideoita, huomioitavia asioita sekä näkökulmia lasten kotisairaalan toiminnan aloituksen suunnitteluun.

8x8 -osallistava menetelmä (engl. lotus blossom) on rajatumpi versio käsite- tai ajatuskartasta. Ajatuskartassa käsiteltävien näkökulmien tai aiheiden määrää ei ole rajattu kuten 8x8 -menetelmässä. (Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino-Richert & Teirasvuo, 2014, 23; Ojasalo ym. 2014, 163.) Luovan ongelmanratkaisun avulla pyritään yhdistämään tietoja ja ajatuksia sekä kehittämään organisaation toimintaa kohti uutta. Uuden kehittäminen edellyttää ryhmäläisiltä avoimia ja uusia ajattelutapoja sekä asenteita. Luovan ongelmanratkaisun edellytyksenä on kehitettävän asian havaitseminen, siihen liittyvien asioiden tunnistaminen, visioiminen sekä uusien ideoiden kehittäminen, arvioiminen sekä lopulta ratkaisun tekeminen. (Lavonen, Meisalo & al. 2017a.) 8x8- menetelmän avulla ongelmaa voidaan tarkastella useammasta näkökulmasta ja nähdä osien suhteet toisiinsa (Curedale 2012, 320).

Menetelmässä valitaan pääotsikko, johon haetaan ideoita tai ratkaisua. Otsikon ympärille kirjataan kahdeksan alaotsikkoa (Kuvio 2.). Alaotsikoiden päättämisen jälkeen niille laaditaan jälleen kahdeksan kehittämisajatusta, ongelmaa tai näkökulmaa. (Haukijärvi ym. 2014, 24; Lavonen ym. 2017b.) 8x8 -menetelmän hyvinä puolina voidaan pitää käsiteltävän asian pilkkomista pienempiin osiin, helppoa ymmärrettävyyttä, pohdinnan vapautta, monen näkökulman esiintuloa sekä ryhmän mielipiteiden esiintuomista. Menetelmän haasteita voivat olla esimerkiksi vaikeus löytää kaikkiin alaotsikoihin tarpeeksi alakohtia, käytettävän ajan rajallisuus sekä termien avaaminen. (Haukijärvi ym. 2014, 25.)

	Idea 8			Idea 1			Idea 2	
			Idea 8	Idea 1	Idea 2			
	Idea 7		Idea 7	PHHYKY:n Lasten kotisairaala	Idea 3		Idea 3	
			Idea 6	Idea 5	Idea 4			
	Idea 6			Idea 5			Idea 4	

KUVIO 2. 8x8 -osallistavan menetelmän ruudukko

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan ideointiryhmän työskentely aloitettiin 8x8 -osallistavaa menetelmää hyödyntäen. Toimin tapaamisessa ryhmän vetäjänä, ohjasin tehtävän tekemiseen ja esitin tarvittaessa kysymyksiä, jotta tehtävää saatiin vietyä eteenpäin.

Alaotsikot voidaan laatia valmiiksi jo ennen ryhmän tapaamista, jolloin aikaa voidaan säästää ja siirtyä suoraan uusien ideoiden ja näkemyksien pohdintaan (Haukijärvi ym. 2014, 24). Olin miettinyt alaotsikoita valmiiksi ennen ryhmän tapaamista, mutta niitä ei kirjattu ylös, jotta ideointiryhmää ei johdateltu liikaa, vaan ryhmän annettiin ideoida itse. Ideointiryhmän jäsenet olivat tutustuneet ennen ensimmäistä tapaamista lasten kotisairaalaan käsittelevään artikkeliin ja sen avulla alaotsikoista seitsemän löytyi helposti, kahdeksatta alaotsikkoa täytyi hieman tarkemmin pohtia. Alaotsikoiksi ja näkökulmiksi valittiin asiakkaat, henkilökunta, tiedonkulku ja informaatio, välineet, henkilökunnan osaaminen ja ylläpitäminen, työnohjaus, turvallisuus sekä kustannukset.

Alaotsikot kirjattiin 8x8 -menetelmän runkoon, jonka jälkeen alaotsikot kirjattiin myös erillisille papereille. Tämän jälkeen jokainen ryhmäläinen kirjasi hetken itsekseen post-it lapuille otsikoista nousevia ajatuksia ja kysymyksiä. Itsenäisen työskentelyn jälkeen ryhmäläiset keskustelivat esiin nousseista kysymyksistä ja yhdessä pohtivat, minkä alaotsikon alle ne sijoitetaan. Keskustelun aikana nousi lisää kysymyksiä, ajatuksia sekä huomioitava asioita, jotka kirjattiin ylös ja sijoitettiin sopivan alaotsikon alle. Osa esiin nousseista

asioista oli sellaisia, jonka olisi voinut sijoittaa useamman alaotsikon alle, mutta yhteisessä keskustelussa niille päätettiin sopivin alaotsikko. Kysymyksiä kirjattiin jokaisen otsikon alle kolmesta kahteentoista, eniten kysymyksiä herätti kotisairaaloiminnan toteutus. Liitteeseen 2. on tiivistetty ideointiryhmän esiin tuomat näkökulmat sekä huomioitavat asiat lasten kotisairaalan perustamisessa.

Työryhmän tapaamiseen oli varattu aikaa kaksi tuntia. Käytettävissä ollut aika oli aikataulutettu niin, että 8x8 -menetelmään oli varattu aikaa puolitoista tuntia. Ensimmäisen tunnin aikana laadittiin alaotsikot sekä kirjattiin ideoita, viimeinen 30 minuuttia oli varattu keskustelulle. Työstämiselle ja keskustelulle olisi voinut varata vieläkin pidemmän ajan aiheen herättäessä paljon keskustelua.

Tapaamisen jälkeen laadin tapaamisesta muistion, joka toimitettiin kehittämistyöryhmälle. Kehittämistyöryhmän tapaamisessa pohdittiin ideointiryhmässä esiin nousseita asioita sekä vastauksia heränneisiin kysymyksiin, sekä mitä asioita tulee selvittää ennen toiminnan käynnistymistä.

8x8- osallistavan menetelmän avulla huomioitavat asiat olivat toisiinsa liittyviä ja osa aiheista kuului useamman otsikon alle. Ideointiryhmän tapaamisen jälkeen ryhmittelin 8x8 -menetelmän avulla löydetyt asiat ja tiivistin otsikoita, jotta seuraavassa tapaamisessa laadittavat benchmarking kysymykset olisivat jäsennelty tiiviimmin. Näitä otsikoita olivat lasten kotisairaaloiminnan suunnittelu ja kehittäminen, kotisairaaloiminnan toteuttaminen, kotisairaalan henkilökuntarakenne, kotisairaaloiminnan hyödyt sekä kehittämissuositukset kotisairaaloiminnalle.

5.4 Service blueprint

Ideointiryhmän kolmannessa tapaamisessa hyödynsin työskentelymenetelmänä service blueprintiä, jotta kotisairaalan toimintaa voitiin tarkastella myös asiakkaan näkökulmasta ja benchmarkingissa huomioitavia asioita nousi palveluprosessin vaiheita mietittäessä esiin.

Service blueprint on prosessikaavio, jolla voidaan visuaalisesti tuoda esille palveluiden toisiinsa liittyminen, prosessin eteneminen sekä siihen osallistuvien roolit. Sen avulla voidaan suunnitella sekä kehittää uusia palveluita, esittää palvelutapahtuma visuaalisesti sekä analysoida prosessin vaiheita. Palveluprosessi ei ole sama palveluntuottajalle sekä asiakkaalle, vaan se sisältää paljon toiselle näkymätöntä toimintaa. Service blueprintin avulla voidaan visuaalisesti tuoda esiin sekä asiakkaan että palveluntuottajan yhtäaikaista tapahtumia sekä eri toimijoiden välinen vuorovaikutus. Service blueprintin osia ovat asiakkaalle näkyvä palvelu, asiakkaan toiminta, työntekijän näkyvä toiminta, asiakkaalle

näkymätön toiminta sekä tukiprosessit. (Inno-Vointi 2017; Curedale 2016, 66; Innokylä 2015; Ojasalo ym. 2014, 178; Curedale 2012, 118; Tuulaniemi 2011, 210.)

Service blueprintin laatiminen aloitetaan kehitettävän prosessin tai palvelun sekä asiakasryhmän valitsemisesta. Tämän jälkeen selvitetään, miten prosessi etenee asiakkaan näkökulmasta, mitä hän kokee, millaisia odotuksia hänellä on, sekä mitä hän tekee palvelun eri vaiheissa. Seuraavaksi kuvataan prosessissa mukana olevien työntekijöiden tehtävät sekä toimet, jotka ovat asiakkaalle osin näkyviä ja näkymättömiä. Tehtävien toimien tärkeys saadaan esille piirtämällä vuorovaikutuksen rajapinnat. Lopuksi blueprintiin lisätään asiakkaan näkemät tai vastaanottamat fyysiset osat, kuten hoito-ohjeet. Blueprintin laatimisen avulla voidaan selvittää esimerkiksi kuka, milloin ja kuinka usein on asiakkaan kanssa kontaktissa, mitkä tukitoimet ovat tärkeitä sekä mitkä prosessin osat eivät ole toimivia. (Ojasalo ym. 2014, 178-182.) Kehittämiskohteen mallinnusta tehdessä tulee huomioida, että palvelun kuvauksessa ei mennä liian pieniin yksityiskohtiin, jotta kehittämiskohteen ydin ei häviä (Tuulaniemi 2011, 211).

Esittelin tapaamisen aluksi service blueprint-menetelmän sekä kerroin eri osien merkityksiä työryhmälle. Service blueprint -menetelmä oli ideointiryhmälle uusi työkalu, mutta prosessikuvausta olivat kaikki tehneet aikaisemminkin.

Työryhmässä valittiin potilaaksi kuviteltu kotisairaalan asiakas, jonka hoitopolku käytiin vaihe vaiheelta lävitse. Prosessi aloitettiin siitä, kun lapsella ilmenee kotisairaalahoidon tarve ja päätettiin hoidon tarpeen loppumiseen. Uuden palvelun ollessa kyseessä, ei potilaan prosessia voitu seurata fyysisesti vaan palveluprosessin eteneminen laadittiin mielikuvien avulla. Prosessin aikana huomioitiin myös, ketkä työntekijät potilas kohtaa ja mikä heidän roolinsa on palveluprosessissa.

Asiat kirjattiin service blueprint -taulukkoon (Liite 4.). Service blueprint kaaviosta jätettiin tarkoituksella pois tukiprosessien huomioiminen, jotta voitiin keskittyä käytävissä olleen ajan puitteissa potilaan, perheen sekä henkilökunnan näkökulmiin.

5.5 Toimintamallin laatiminen

Kehittämistyöryhmä kokoontui kehittämishankkeen aikana kuusi kertaa. Kaikista tapaamisista laadittiin muistiot, joihin oli kirjattu käsitellyt, päätetyt ja vielä selvitettävät asiat. Toimintamallin laatimisen apuna käytin kehittämistyöryhmän kokouksien muistioita. Keräsin jokaisen kokouksen muistioista toimintamallia koskevat tiedot ja teemoittelin ne aineiston jäsentämiseksi.

Tuomen ja Sarajärven (2018, 105, 113) mukaan teemoittelun tarkoituksena on eritellä ja koota kerätty aineisto teemojen mukaisesti. Teemojen löytäminen aineistosta perustuu analysoijan omiin havaintoihin sekä oivalluksiin aineiston sisällöstä. Merkitsin muistioihin toimintamallia koskevien asioiden kohdalle kirjaimen, mihin teemaan ne kuuluivat. Teemoittelun kokouksissa päätetyt asiat kolmeen teemaan, joita olivat **potilaat ja perheet**, **henkilökunta** sekä **toiminta ja toteutus**. Muistioista kirjatut päätökset kokosin teemojen alle ja tämän perusteella koostin yhteenvedon eli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamallin.

Potilaat ja perheet -teemassa käsittelin kotisairaalassa hoidettavaksi ajateltuja potilasryhmiä, hoidon kestoa sekä käyntien tiheyttä. **Henkilökunta**-teemassa käsittelin henkilöstöresurssien tarvetta, osaamis- ja kokemusvaatimuksia, työaikoja sekä tarvittavan koulutuksen järjestämistä. **Toiminta ja toteutus**-teemassa käsittelin potilaaksi ottamisen käytäntöjä, kirjaamista, laskutusta, lääkärin määräyksiä, toimintaa kotona, poikkeustilanteissa toimintaa, turvallisuutta sekä tarvikkeita, joita kotisairaalassa tarvitaan.

Toimintamalli toimii myös tarkastuslistana, onko kaikki asiat tehty ennen toiminnan aloitusta. Tiedossa oli, että osa päätetyistä asioista voi muuttua kotisairaaloiminnan henkilöstön valinnan, koulutuksien sekä toiminnan aloituksen jälkeen. Lasten kotisairaalan perustaminen, toiminnan aloitus sekä toimintamallin käyttöönotto ovat kohdeorganisaation tehtäviä kehittämishankkeen päättymisen jälkeen.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

6.1 Vertailukehittämisen tulokset

Kehittämishankkeen aikana tietoa kerättiin sekä kirjallisista lähteistä että kotisairaalassa työskentelevien hoitajien kanssa keskustelemalla. Keskustelujen teemat olivat toiminnan suunnittelu ja kehittäminen alkuvaiheessa, kotisairaaloiminta käytännössä, henkilökuntarakenne, kotisairaalan koetut hyödyt sekä kehittämisehdotukset toimintaan. Keskusteluista saatiin tietoa eri näkökulmista, koska toisella kotisairaaloista oli toiminnasta jo vuosien kokemus, toisella toimintaa oli ollut vasta vähän aikaa. Lasten kotisairaaloista saatiin keskustelujen avulla riittävästi tietoa. Tuloksissa nousivat esille etenkin lasten kotisairaalan toimintatavat sekä henkilökuntaan liittyvät asiat.

Molemmat lasten kotisairaalat toimivat erikoissairaanhoidon alaisuudessa. Lasten kotisairaalat ovat osa lastenosastojen toimintaa. Lastenosastojen esimies tai osastonhoitaja toimii myös kotisairaalan osastonhoitajana. Toisessa kotisairaalassa on nimetty vastuuhoitaja, joka huolehtii käytännön asioista, työvuoroista sekä autosta. Hoito kotisairaaloissa on perheille vapaaehtoista: vaihtoehto osastohoidolle tai poliklinikkakäynnille. Hoitajan käynnit kotona ovat perheelle maksuttomia, mahdollisesta lääkärin vastaanottokäynnistä maksetaan normaali poliklinikkamaksu. Kuntalaskutus tehdään sovittujen käytäntöjen mukaisesti.

Lasten kotisairaalat ovat lääkärijohtoisia. Lääkäri tekee arvion ja päätöksen lapsen sopivuudesta kotisairaalassa hoidettavaksi. Päätökseen vaikuttavat lapsen vointi ja hoitoisuus sekä lääkityksen tai hoidon sopivuus kotona annettavaksi. Tämän jälkeen kartoitetaan kotisairaalan mahdollisuus ottaa uusi potilas ja kotisairaalan hoitaja arvioi kotisairaalan resurssit uuden potilaan ottamiseen. Tähän vaikuttavat jo hoidossa olevien potilaiden hoitoisuus, potilaan hoidon tarve sekä matkoihin kuluva aika. Kotisairaalan hoitaja tekee hoitosopimuksen perheen kanssa sekä kertoo lasten kotisairaalan toiminnasta ja ohjaa perheelle mihin he tarvittaessa ottavat yhteyttä. Lasten kotisairaaloiden hoitajat suunnittelevat itse päivän työjärjestyksen. Työjärjestyksen suunnitteluun vaikuttavat esimerkiksi suonensisäistä antibioottihoitoa saavien määrä, verikokeiden ottamisen ajankohdat sekä kotien maantieteellinen sijainti.

Lasten kotisairaalassa voidaan

- antaa suonensisäisiä, lihakseen tai ihon alle annosteltavia lääkkeitä
- ottaa laboratorionäytteitä
- tehdä pieniä toimenpiteitä (esimerkiksi haavanhoidot, nenämahaletkun vaihto)

- seurata vastasyntyneitä (esimerkiksi keltaisuus, valohoito, keskosuus, paino, syömiseen liittyvät ongelmat, kasvun ja kehityksen seuranta, varhaisen vuorovaikutuksen haasteet)
- hoitaa saattohoidossa olevia potilaita.

Lasten kotisairaala toimii enintään noin 30-70 kilometrin etäisyydellä sairaalasta. Matka-ajalla on myös vaikutusta siihen, voidaanko palvelua tarjota. Raja on pääsääntöisesti joustava ja pidempiäkin matkoja voidaan harkita, jos käyntejä ei ole useita vuorokaudessa ja kotisairaalan tilanne sallii pidemmän matkan.

Lapsella on mahdollisuus palata sairaalaan mihin vuorokaudenaikaan tahansa, jos vanhemmista siltä tuntuu tai lapsen vointi sitä vaatii. Lapsen voinnin arviointia varten lapsi käy tarvittaessa päivystyksessä lääkärin vastaanotolla. Voinnin arvioinnin suhteen ei ole esiintynyt vaarantilanteita, koska vanhemmat ovat herkästi yhteydessä kotisairaalaan, mikäli heillä herää huoli lapsen voinnista.

Verinäytteiden ottaminen tapahtuu kotisairaalassa keskuslaskimokatetrin, kantapäätä tai sormenpäätä. Verisuonesta otettavat verikokeet otetaan pääsääntöisesti laboratoriossa tai lääkärin toimesta, toisessa kotisairaalassa hoitajilla on mahdollisuus ottaa näytteitä myös verisuonesta koulutuksen jälkeen. Näytteenoton haasteiksi on kotona osoittautunut lapsen paikalla pysyminen, kun avustavia käsiä ei välttämättä ole saatavilla.

Lasten kotisairaalassa työskentelee kolmesta kuuteen sairaanhoitajaa. Kotisairaalassa työskentelevät sijaiset ovat lastenosastoilla työskenteleviä kokeneita hoitajia, jotka on perehdytetty kotisairaaloimintaan. Kotisairaalan hoitajat on rekrytoitu sisäisesti lastenosastojen henkilökunnasta. Kotisairaalan hoitajilta on edellytetty pitkää ja laajaa työkokemusta lastensairaanhoidosta. Kotisairaalassa työskentelyssä korostuu motivoituneisuus, kyky tehdä päätöksiä, suunnitelmallisuus sekä joustava asenne. Kotisairaalan hoitajat ovat käyneet tutustumassa toisen lasten kotisairaalan toimintaan ennen toiminnan käynnistymistä. Turvallisuudesta sekä laboratorionkokeiden ottamisesta on myös järjestetty koulutusta.

Kotisairaalan vastuulääkäri voi olla osastolla työskentelevä erikoislääkäri tai erikseen nimetty vastuulääkäri. Päivystysaikana hoitaja on yhteydessä päivystävään lääkäriin. Lääkärillä on mahdollisuus tarpeen niin vaatiessa lähteä mukaan kotikäynnille. Lääkäreiden kotikäynnille ei ole ollut juurikaan tarvetta, potilaat ovat tulleet tarvittaessa sairaalaan. Hoitajat ovat lääkäriin yhteydessä saatuaan verikokeiden vastaukset tai raportoidessaan lapsen voinnista.

Lasten kotisairaalan hoitajat tekevät yhteistyötä eri lastenosastojen henkilökunnan kanssa. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään yliopistosairaaloiden kanssa, joiden hoidossa

esimerkiksi syöpää sairastavat lapset ovat. Muita yhteistyötahoja ovat neuvola, sosiaalityöntekijä, ravitsemussuunnittelija, fysioterapeutti sekä vauvaperhetyöntekijä. Ennen toiminnan aloitusta lasten kotisairaaloiminnasta on kerrottu osastokokouksissa.

Kotisairaalan toiminta-ajoissa on poikkeavuuksia, mutta kummassakaan ei tehdä öisin kotikäyntejä. Kaikissa kotisairaaloissa perheillä on mahdollisuus olla puhelimitse yhteydessä lastenosaston henkilökuntaan vuorokauden ympäri. Kotisairaaloiden henkilökunta työskentelee tarpeen mukaan myös lastenosastoilla, jos kotisairaalassa ei ole potilaskäyntejä.

Toiminnan hyvä suunnittelu ja organisointi on nähty tärkeäksi. Tarvittavat tarvikkeet ja lääkkeet sekä varalla olevat välineet täytyy olla kunnossa kotikäynnille mennessä, jotta turhia ajoja ei tulisi. Kotisairaaloissa päivän runko rakentuu potilaiden tarpeen mukaan. Antibioottihoidon saavat potilaat määrittelevät muiden käyntien ajankohdat, koska lääkkeitä voidaan antaa kolmekin kertaa päivässä. Kotisairaalan toiminta-aikojen ulkopuolella lapsi tulee osastolle lääkitystä varten. Lasten kotisairaaloiminta on enemmän aamuvuoroon painottuvaa ja kotisairaaloiminnan tarve on ollut vaihtelevaa.

Aseptinen työskentely on onnistunut kotona hyvin. Lääkkeet pyritään laimentamaan valmiiksi ennen kotikäyntiä, joitakin lääkkeitä on ollut tarve valmistaa potilaan kotona säilyvyyden turvaamiseksi. Lasten kotisairaaloissa hoitajat eivät ole kokeneet fyysisiä turvallisuusuhkia tai vaaratilanteita.

Potilastietojen kirjaaminen potilastietojärjestelmään tapahtuu kotisairaalan toimistolla. Toisessa kotisairaalassa on mahdollisuus katsoa potilastietoja, kuten laboratoriokokeiden vastauksia potilaan kotona etäyhteyden avulla.

Perheet ovat olleet tyytyväisiä kotisairaalan toimintaan ja ovat onnellisia, kun saavat olla kotona sairaan lapsen kanssa. Perheet ovat olleet tyytyväisiä siihen, että kotisairaalassa hoitajat pysyvät samoina. Yksittäiset sairaalakäynnit kotisairaalahoidon aikana eivät ole haitanneet perhettä, vaan he ovat olleet ymmärtäväisiä muuttuviin tilanteisiin.

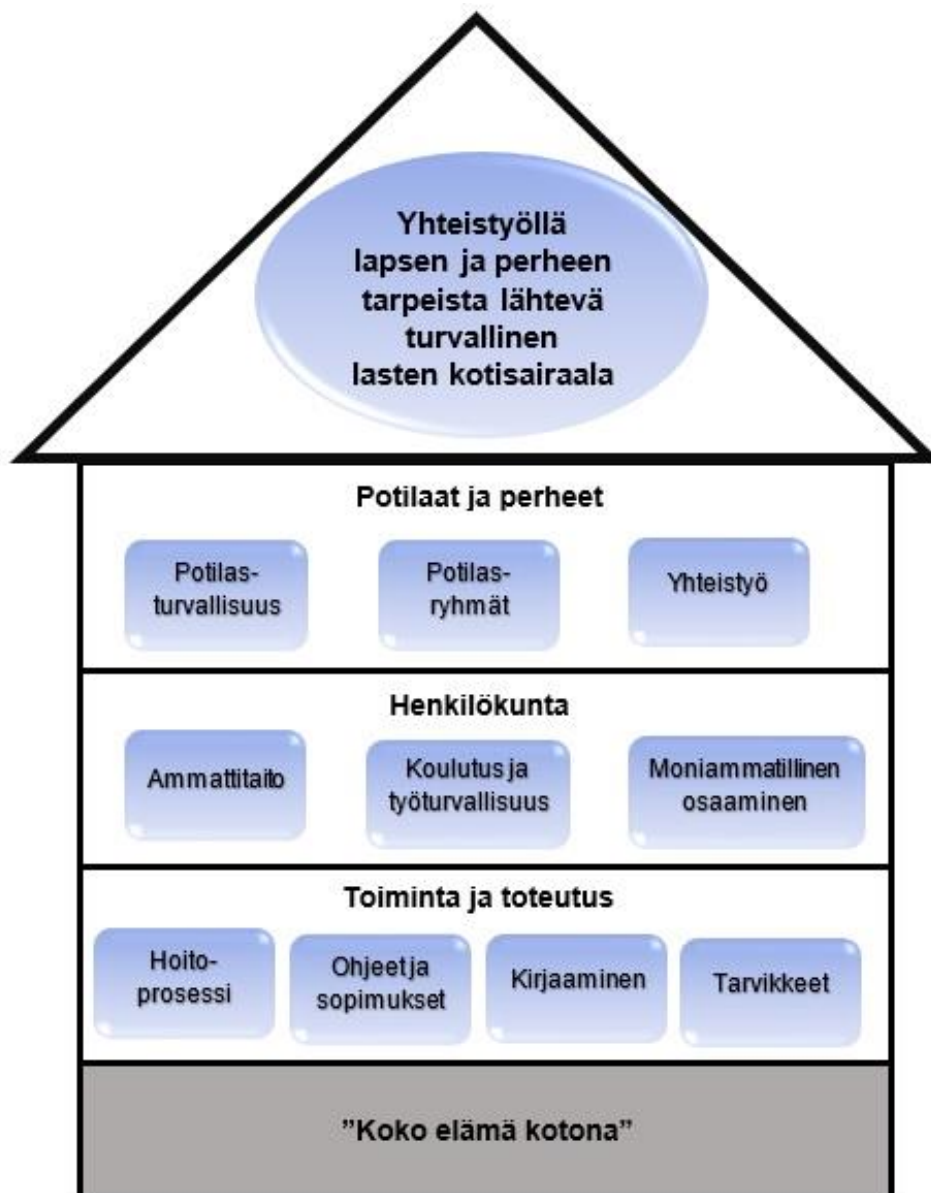
Kotisairaalan työntekijät työskentelevät pääosin yksin ja yhteistä työaikaa on vähän. Yhteistä aikaa keskustelulle sekä kokemusten vaihdolle tulisi olla enemmän. Säännöllinen työnohjaus sekä toiminnassa esiin nouseviin ongelmiin heti puuttuminen on koettu tärkeäksi.

6.2 Lasten kotisairaalan toimintamalli

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamalli (Kuvio 3.) on laadittu kolmesta näkökulmasta: potilaat ja perheet, henkilökunta sekä lasten kotisairaalahoidon toiminta ja toteutus. Kaikki näkökulmat liittyvät toisiinsa ja osa huomioitavista asioista voi kuulua useampaan osioon.

Kotisairaalan toimintamallia suunniteltiin aluksi ideointiryhmän tapaamisissa, jossa mietittiin asioita, jotka tulee huomioida kotisairaaloiminnassa. Ideointiryhmän laatimat kysymykset sekä huomioitavat asiat vietiin eteenpäin kehittämistyöryhmälle, joka suunnitteli ja teki päätökset lasten kotisairaaloimintaan liittyvistä asioista. Asiat kirjattiin sekä ideointiryhmän että kehittämistyöryhmän kokouksissa muistioon. Kehittämistyöryhmän muistioiden avulla laadin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymälle lasten kotisairaalan toimintamallin. Kehittämishanke päättyi ennen kotisairaaloiminnan käynnistymistä.

Tarve lasten kotisairaaloiminnalle nousi lasten erikoissairaanhoidon kehittämisen tarpeesta. Palveluiden viemistä potilaiden kotiin on lisätty ja tätä mahdollisuutta haluttiin tarjota myös lapsille sekä heidän perheille. Palveluiden kehittämistä ja lasten kotisairaaloiminnan aloitusta varten luotiin kotisairaalan toimintamalli.



KUVIO 3. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toimintamalli

Toimintamallin ensimmäinen osio käsittelee **potilaita ja perhettä**, joita kotisairaalassa voidaan hoitaa. Potilasryhmiä pohdittiin ideointiryhmän kokouksissa muista sairaaloista saadun tiedon avulla. Kotisairaalahoitoon soveltuvia potilasryhmiä mietittäessä huomioitiin potilasturvallisuuteen liittyvät asiat: lapsen voinnin tulee olla vakaa ja diagnoosin selvä. Toiminnan aloituksen myötä uusia potilasryhmiä voidaan harkita hoidettavaksi kotisairaalassa, jos lapsen hoidosta vastaava lääkäri katsoo lapsen hoidon soveltuvan kotisairaalahoitoon.

Potilaiden voinnin täytyy olla ennustettavissa ja tarvittava hoito tulee olla mahdollista toteuttaa kotisairaalassa. Lääkärin arvion lisäksi kotisairaalan hoitaja tekee arvion jokaisen potilaan kohdalla erikseen, onko potilasta mahdollista hoitaa kotisairaalassa. Tähän vaikuttavat esimerkiksi kotisairaalan potilastilanne, potilaan tarvitsema hoito sekä matkan pituus, joka potilaan kotiin on. Potilaan luona käydään enintään kolme kertaa vuorokaudessa. Kotisairaalatoiminta on perheille vapaaehtoista. Vanhempi tai muu aikuinen vastaa lapsen päivittäisestä hoidosta sekä huolenpidosta kotisairaalahoidon ajan. Kotona tulee olla vanhempi tai muu aikuinen lapsen seurana koko hoitojakson ajan. Lapsi voidaan tarvittaessa siirtää osastohoitoon mihin vuorokauden aikaan tahansa, mikäli lapsen vointi huononee tai vanhemmat kokevat, etteivät pärjää kotona lapsen kanssa. Hoitajan kotikäynnit ovat perheelle maksuttomia. Mikäli lapsi tulee lääkärin vastaanotolle tai palaa osastohoitoon, hoidosta peritään normaalit potilasmaksut.

Lasten kotisairaalassa hoidetaan potilaita, jotka muuten tarvitsisivat hoitoa joko lastenosastolla tai polikliinisesti. Lasten kotisairaala tarjoaa erikoissairaanhoidoa, joka toteutetaan lapsen kotona. Toiminta on lääkärijohtoista ja erikoissairaanhoidossa lapsen tutkinut lääkäri voi yksilöllisen harkinnan mukaan ehdottaa lasta hoidettavaksi lasten kotisairaalassa. Lasten kotisairaalassa hoidetaan lapsia vastasyntyneestä 16-vuotiaaksi asti. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalassa voidaan hoitaa lapsipotilaita, jotka

- saavat suonensisäistä, lihakseen tai ihon alle annosteltavaa lääkitystä enintään kolmesti päivässä
- tarvitsevat laboratoriokokeiden ottoa esimerkiksi hematologisen sairauden, sinivalohoidon tai muun seurannan vuoksi
- tarvitsevat voinnin, painon, kasvun tai kehityksen seurantaa
- tarvitsevat pienten toimenpiteiden tekemistä, kuten nenämahaletkun vaihto, gastrotoomanapin, keskuslaskimokatetrin tai haavojen hoitoa
- tarvitsevat ohjausta ja tukea esimerkiksi keskosuuteen, syömiseen tai varhaiseen vuorovaikutukseen
- ovat saattohoidossa.

Kotisairaalassa ei annetta verituotteita eikä sytostaatteja.

Lapset voivat siirtyä kotisairaalan potilaiksi lasten- tai synnyttäneiden osastolta sekä lastenpoliklinikalta. Kotiuttava osasto tai poliklinikka toimii lapsen vastuuosastona, jonka henkilökunnan sekä lapsen vanhempien kanssa suunnitellaan sekä sovitaan yhdessä kotisairaalan hoitosuunnitelma. Kotisairaalan sekä lapsen vastuuosaston henkilökunta tekee yhteistyötä sujuvan ja turvallisen hoidon varmistamiseksi. Lasten kotisairaalatoiminnan

vakiinnuttua voidaan harkita potilaiden siirtymistä myös suoraan päivystyspoliklinikalta kotisairaalaan.

Kotisairaalassa työskennellään arkisin aamu- ja iltavuorossa, viikonloppuisin ja pyhäpäivinä tehdään pidennetty aamuvuoro. Yöaikaan perheet ohjataan soittamaan tarvittaessa lapsen vastuuosastolle. Jos hoitoa tarvitaan kotisairaalan aukioloaikojen ulkopuolella, lapsi tulee lastenosastolle hoitoa varten, esimerkiksi antibioottia varten. Mikäli lapsi tarvitsee lääkärin tarkastusta, tulee perhe pääsääntöisesti sairaalalle. Lääkärin kotikäynti on poikkeustilanteissa mahdollinen.

Lasten kotisairaalan toimintamallin yksi osa-alueista on **henkilökuntaan** liittyvät asiat. Lasten kotisairaala on osa lastenosaston 12 toimintaa ja osastonhoitaja on myös kotisairaalan esimies. Kotisairaalassa on tarve kolmelle sairaanhoitajalle sekä heidän loma-aikojen sijaisille. Kotisairaalassa hoidettavien potilaiden lääkäri määräytyy lapsen sairauden erikoisalan mukaisesti. Lääkäri nimetään hoitosopimuksen kirjoittamisvaiheessa. Kotisairaalan vastuulääkärinä toimii lastentautien ylilääkäri.

Kaikkien lastenosastojen henkilökuntaa tiedotetaan lasten kotisairaaloiminnan aloituksesta osastotunneilla sekä sähköpostitse ja toiminnasta kiinnostuneet hoitajat haastatellaan. Hoitajilta edellytetään sairaanhoitajan pätevyys, vähintään kolmen vuoden kokemus lastensairaanhoidosta, ajokortti, kiinnostusta kotona tapahtuvaan työskentelyyn sekä joustavuutta.

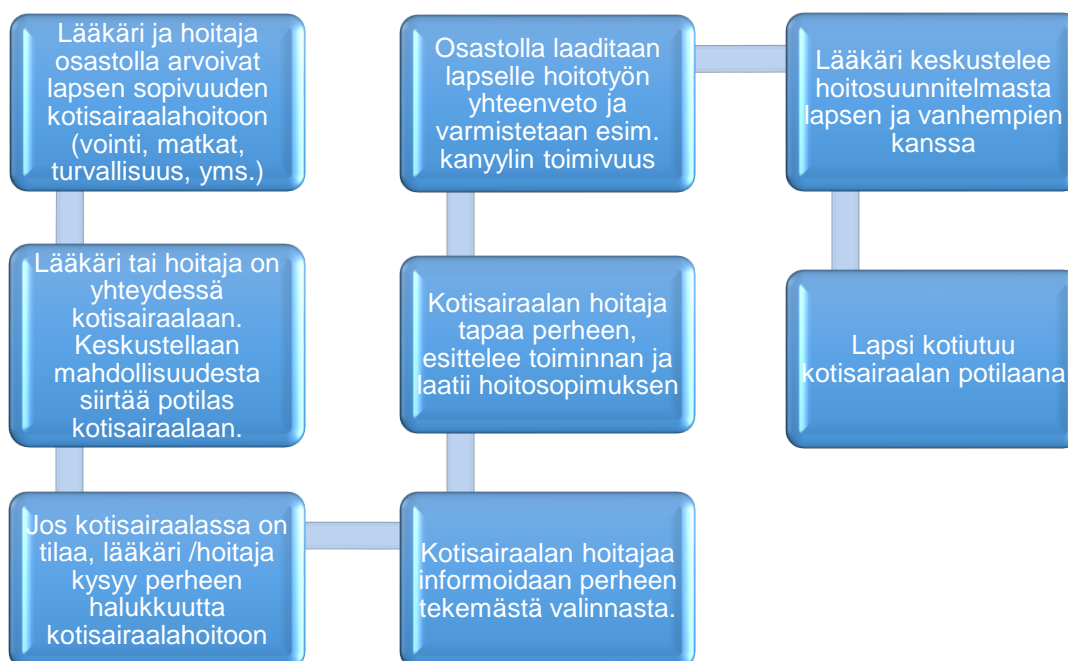
Ennen toiminnan aloitusta valitut hoitajat tekevät tutustumiskäynnin yliopistollisensairaalan lasten kotisairaalaan. Hoitajille järjestetään sisäistä koulutusta ensiaputilanteisiin, turvallisuuden sekä laboratorionäytteiden ottoon. Muuta sisäistä koulutusta järjestetään tarpeen mukaan. Myös kotisairaalan sijaiset perehdytetään toimintaan. Kotisairaalan henkilökunta osallistuu osastojen tietoiskuihin sekä osastotunneille. Kotisairaalan henkilökunta pitää myös oman osastotunnin osastonhoitajan toimesta, johon myös ylihoitaja osallistuu aluksi.

Kotisairaaloimintaa aloitettaessa kotikäyntejä tehdään parityöskentelynä, jatkossa hoitajat työskentelevät työvuoroissa yksin. Hoitajien työvuorot suunnitellaan niin, että vuorojen vaihteessa on aikaa raportoinnille. Hoitajat toteuttavat autonomista työvuorosuunnittelua. Lastentautien moniammatillinen osaaminen on myös kotisairaalan potilaiden ja hoitajien käytettävissä, kuten sosiaalityöntekijä, psykologi, ravitsemusterapeutti sekä osastofarmaseutti.

Lasten kotisairaalahoidon **toteutuksessa** käsitellään potilaaksi ottamista (Kuvio 4.), hoitoprosessia (Kuvio 5.), kirjaamista, turvallisuutta, toimimista kotona sekä tarvittavaa

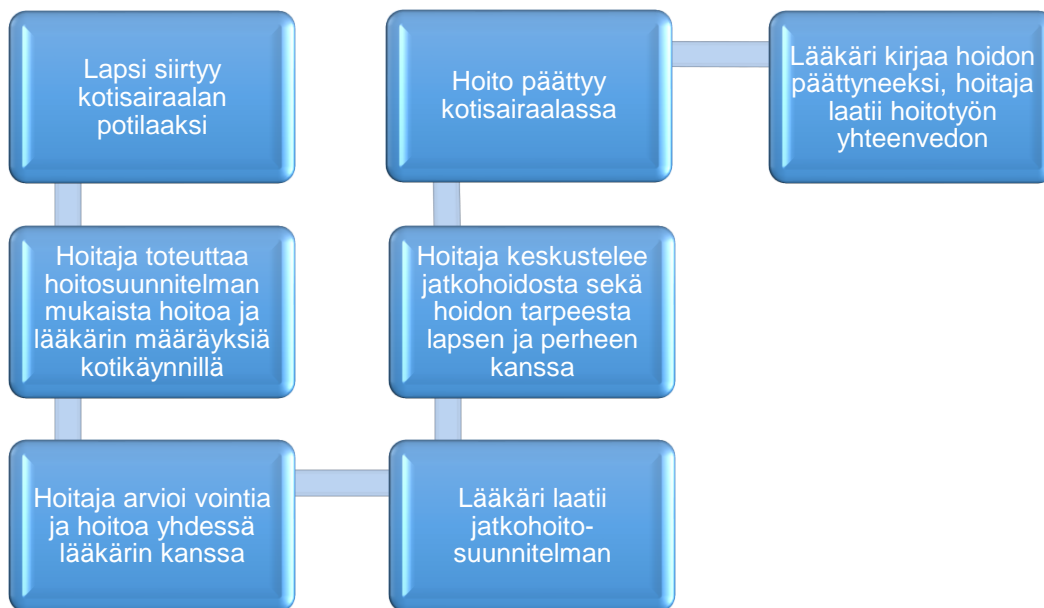
välineistöä ja ohjeistusta. Kotisairaaloiminnasta pidetään esittely lastenosastojen henkilökunnalle ennen toiminnan aloitusta sekä tiedotetaan toimintatavoista.

Lasten kotisairaalan prosessin osia ovat potilaaksi ottaminen sekä hoitoprosessi. Kotisairaalan potilaaksi ottamisen prosessi alkaa, kun lasta hoitava lääkäri toteaa lapsen sairauden sopivan kotisairaalassa hoidettavaksi. Lääkäri tai hoitaja on yhteydessä kotisairaalan hoitajaan, joka arvioi kotisairaalan tilanteen ja voidaanko potilas hoitaa kotisairaalassa. Perheelle kerrotaan kotisairaalahoidosta, sen edellytyksistä sekä tiedustellaan kiinnostusta kotisairaalahoittoon. Perheen ollessa halukas siirtymään kotisairaalan hoitoon, kotisairaalan hoitaja laatii hoitosopimuksen heidän kanssa, kertoo tarkemmin kotisairaalan toiminnasta sekä sopii ajan, jolloin kotikäynti tehdään. Mikäli hoidon aikana tulee ongelmia, hoitosopimus voidaan purkaa ja lapsi siirtyy takaisin osastohoitoon. Kotikäynnin sujuvuutta varten perheeltä selvitetään, onko kotiin saapumisessa jotakin huomioitavaa, esimerkiksi mihin auto pysäköidään ja onko esimerkiksi kerrostalon ulko-ovi lukittu. Perheen kotona olevat lemmikit kirjataan hoitosopimukseen ja perheitä pyydetään pitämään turvallisuuden vuoksi lemmikit toisessa tilassa tai kytkettyinä.



KUVIO 4. Lasten kotisairaalan potilaaksi ottaminen

Lapsen hoito etenee kotisairaalassa Kuvion 5. mukaisesti. Käyntien määrä on riippuvainen potilaan hoidon tarpeesta, joka arvioidaan jokaisen kotikäynnin jälkeen erikseen. Lääkäri tekee hoitopäätökset lapsen hoitoon liittyen perustuen hoitajan raportointiin sekä esimerkiksi laboratoriokokeisiin. Lasten kotisairaalassa yhteistyö lapsen, perheen, hoitajan sekä lääkärin välillä onkin erittäin tärkeää, jotta lapsen ja perheen asiat välittyvät myös lääkärin tietoon, joka ei välttämättä tapaa lasta lainkaan kotisairaalahoidon aikana.



KUVIO 5. Lasten kotisairaalan hoitoprosessi

Ennen kotisairaalatoiminnan aloitusta tulee laatia henkilökunnalle sekä perheille kirjallisia ohjeita, kuten kotisairaalan esite, hoitosopimus, ohje henkilökunnalle kotisairaalan potilaaksi ottamisesta, kotisairaalan esittely henkilökunnalle sekä ohje kuntalaskutuksesta sekä toimenpidekoodeista. Osastofarmaseutin sekä lääkärin kanssa keskustellaan kotona annettavista lääkityksistä sekä laaditaan tarvittaessa erilliset ohjeet kotona annettaviin lääkityksiin. Lääkkeet laimennetaan sairaalassa valmiiksi ja kaksoistarkastetaan toisen hoitajan kanssa.

Potilastietojen kirjaaminen potilastietojärjestelmään tehdään sairaalalla. Kotona on mukana lapsen tarvittavat tiedot sekä hoitosopimus. Jokaisesta potilaskäynnistä kirjataan erikseen. Potilaat kirjataan ajanvarauskirjalle, jonka avulla tehdään kuntalaskutus sekä

käyntien tilastoiminen. Toiminnan aloituksen myötä voidaan harkita hankittavaksi välineistöä potilaan kotona tapahtuvaa kirjaamista varten.

Kotisairaalle hankitaan leasingauto sekä pysäköintipaikka sairaalan pysäköintitalosta. Kotisairaaloimintaa varten hankitaan lisäksi älypuhelin, reppu, verenpainemittari, infuusioautomaatti ja infuusiopumppu sekä teline, vauvan matkavaaka, bilirubiinin ihomittari, matkasaturaatiomittari sekä verensokeri- ja ketoainemittari.

Kotisairaalan toimintamalli on laadittu helpottamaan lasten kotisairaaloiminnan käynnistymistä sekä siinä huomioitavia asioita. Toimintamallia muutetaan tarvittaessa, kun kotisairaaloiminta käynnistyy.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen tuloksien pohdinta

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lastentautien yksikössä haluttiin tarjota lapsille ja perheille mahdollisuus erikoissairaanhoidon lastenosaston lisäksi myös kotona. Myös Lähdeahon ym. (2011, 1923) toteavat lasten kotisairaalan tarjoavan vaihtoehdon osastohoidolle. Tässä kehittämishankkeessa koottiin tietoa eri sairaanhoitopiirien tavoista järjestää lasten kotisairaaloiminta sekä laadittiin toimintamalli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaaloiminnalle. Lasten kotisairaalan toimintamallissa toiminnan käynnistämistä tarkastellaan kolmesta näkökulmasta: potilaat ja perheet, henkilökunta sekä toiminnan toteutus. Kotisairaalan suunnitteluvaiheessa tietoa koottiin näistä osa-alueista, jotta kotisairaaloiminta käynnistyisi mahdollisimman sujuvasti ja turvallisesti.

Toimintamallin yksi osa-alue on **potilaat ja perheet**, joita lasten kotisairaalassa hoidetaan. Kehittämistyöryhmän pohtiessa kotisairaalassa hoidettavaksi sopivia potilaita, oli tärkeänä näkökulmana potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden lisäämiseksi sovittiin, että lääkäri tekee päätöksen lapsen sopivuudesta kotisairaalassa hoidettavaksi yksilöllisesti voinnin ja diagnoosin perusteella. Ennen kotisairaalahoittoon siirtymistä lapsen voinnin tulee olla vakaa ja diagnoosin selvä, jotta hoito on turvallista antaa kotona. Lähdeaho ym. (2011, 1923) toteavatkin, että kotihoitoon soveltuvat potilaat, joiden taudin ennustettavuus on selvillä. Vanhemmat ohjataan ottamaan yhteyttä, mikäli lapsen voinnissa tulee muutoksia ja hoitaja arvioi jokaisella kotikäynnillä lapsen vointia. Hoitajalla on aina mahdollisuus konsultoida lääkäriä lapsen voinnista. Perheillä on mahdollisuus olla yhteydessä kotisairaalaan sen aukioloaikoina ja kotisairaalan ollessa suljettuna erikseen nimettyyn vastuosastoon. Lapsen siirtyminen kotisairaalaan osastohoitoon on aina mahdollista. Ympäri- vuorokautinen mahdollisuus olla henkilökuntaan yhteydessä tukeekin Heino-Tolosen (2017, 88) sekä Visakorven (2002, 52) mukaan perheen turvallisuuden tunnetta.

Potilasturvallisuuden vuoksi oli tärkeää harkita etukäteen kotisairaalassa hoidettavaksi sopivia potilasryhmiä. Kotisairaalan potilasryhmiä pohdittaessa hyödynnettiin tietoja, joita ideointiryhmä oli koonnut. Potilasryhmien valinnassa otettiin mallia myös muiden kotisairaaloitten hoitamista potilasryhmistä. Kotisairaalassa hoidettavat potilaat voivat olla vastasyntyneestä 16-vuotiaaseen, kuten lastentautien osastoilla sekä poliklinikalla. Lääkärin tehtyä päätöksen potilaan soveltuvuudesta kotisairaalassa hoidettavaksi, on tärkeää huomioida vanhempien halukkuus kotisairaalahoittoon sekä kotisairaalan käytettävissä olevat resurssit. Kotisairaalan tilanne ei aina mahdollista kotisairaalassa sopivan potilaan hoitamista, joka Visakorven (2002, 50-53) mukaan voi rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta.

Sairaalahoiton järjestäminen alaikäisen lapsen kodissa edellyttää vanhempien tai muun aikuisen läsnäoloa ja osallistumista hoitoon. Kotisairaalan henkilökunnan ja vanhempien välinen yhteistyö sekä avoimuus on välttämätöntä, jotta lapsen hoito on turvallista sekä sujuvaa kotona. Vanhemmat huolehtivat lapsen päivittäisestä hoidosta sekä huolenpidosta hoitajan hoitaessa sairaanhoidolliset tehtävät kotikäynnin aikana. Vanhempien tekemä lapsen voinnin seuranta ja mahdollisista voinnin muutoksista kertominen kotisairaalan hoitajalle on tärkeää, koska hoitaja näkee lasta vain kotikäynnin ajan ja voi vanhempien kertoman perusteella tehdä tarvittaessa hoitoon liittyviä päätöksiä. Hoitajan tulee kuunnella vanhempia lapsen voinnista ja huomioida ne hoidon toteutuksessa. Toisista sairaanhoitopiireistä saatujen tietojen perusteella vanhemmat osaavat olla yhteydessä kotisairaalan henkilökuntaan lapsen voinnin muutoksista. Näin voidaan ehkäistä voinnin huononemisen aiheuttamia vaaratilanteita. Myös Lehto (2008, 91) toteaa, että vanhemmat tulkitsevat hoitajille lapsen tunteita ja käyttäytymistä. Vanhempien tuntiessa oman lapsensa käytöstä parhaiten, on tärkeää, että vanhempien havainnot muutoksista ovat henkilökunnalla tiedossa. Heino-Tolosen (2010, 51) tutkimuksen tulokset painottavat myös yhteistyön merkitystä: perheen turvallisuuden tunne lisääntyy ja epävarmuus kotihoitoa kohtaan vähenee yhteistyön myötä vahvistaen perheen arjessa selviytymistä. Myös Hirvonen (2010, 51) havaitsi kannustavan ja avoimen yhteistyön lisäävän luottamusta henkilökuntaan.

Toimintamallin yksi osio on lasten kotisairaalan **henkilökunta**. Kehittämistyöryhmä päätyi valitsemaan kotisairaalaan kolme vakituista sairaanhoitajaa sekä heidän poissaolojansa varten kaksi sijaista. Kotisairaalaan päädyttiin valitsemaan vakituiset hoitajat hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi sekä kotisairaalan toiminnan sujuvuuden vuoksi. Halonen (2012, 61) sai samankaltaisia tuloksia: perheet toivovat hoitajilta pysyvyyttä, joka edistää hoitosuhteen syntymistä sekä lisää turvallisuuden tunnetta. Paljärvi (2012, 101) ei kuitenkaan näe hoitajien vaihtuvuutta ongelmana nimetyn omahoitajan tuodessa jatkuvuutta hoitoon.

Kotisairaalan sairaanhoitajien valinnassa kehittämistyöryhmä painotti kokemusta lastensairaanhoitajista, kiinnostusta kotona tapahtuvaan työskentelyyn sekä joustavuutta. Useat tutkimustulokset painottavat myös kokemuksen merkitystä kotona työskenneltäessä.

Laaja-alainen ja kokonaisvaltainen työ edellyttää hoitajalta monialaista osaamista, kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä, mukautuvuutta, joustavuutta, valmiutta toimia muuttuvissa tilanteissa sekä vuorovaikutus- ja viestintätaitoja (Ikonen 2015, 173-174; Lähdeaho ym. 2011, 1924; Lahti 2006, 66). Palomäki (2014, 29, 32) toteaaakin kotona työskentelyn vaativan sairaalaolosuhteita enemmän pohdintaa ja luovuutta hoitajan tehdessä aseptiikkaa, lääketurvallisuutta sekä tarvittavien välineiden valintaa ja kuljettamista koskevia päätöksiä.

Kotisairaalan potilaiden iän vaihdellessa vastasyntyneestä lähes aikuiseen on tärkeää hallita esimerkiksi heidän lääkehoitonsa erityispiirteisiin liittyviä asioita sekä tunnistaa muutoksia eri ikäisten lapsen voinnissa. Myös Tuomi (2008, 122) korostaa tutkimuksessaan hoitajan osaamista eri-ikäisten lasten kasvun ja kehityksen vaiheista. Kotisairaalan kotikäynnit tehdään yksin, joten on tärkeää, että hoitaja voi luottaa omaan ammattitaitoonsa ja tietää, milloin tarvitsee konsultoida lääkäriä tai lähettää lapsi takaisin sairaalaan. Samuelson ym. (2015, 2451, 2454) toteavat lisäksi, että hoitajan kokemus omasta ammattitaidosta vaikuttaa itsenäiseen päätöksentekokykyyn ja tieto saatavilla olevasta työyhteisön tuesta auttaa selviytymään työstä tukien myös työhyvinvointia.

Kotisairaaloiminnan turvallisen ja laadukkaan toteutuksen edistämiseksi kehittämistyöryhmässä päätettiin, että eri ammattiryhmien asiantuntijat opettavat ja ohjaavat hoitajille oikeat toimintatavat. Tarpeellisiksi koulutuksiksi nähtiin ensiaputilanteet kotona, laboratoriönäytteiden ottaminen ja kuljettaminen sekä hoitajan turvallisuus. Lisäksi hoitajat käyvät perehtymässä tutustumiskäynnillä toisen sairaanhoitopiirin lasten kotisairaalan toimintaan. Myös Visakorpi (2002, 52) näkee jatkuvan koulutuksen lisäävän turvallisuutta kotihoitossa, koska päätöksiä joudutaan tekemään ilman työyhteisön tukea. Toisista kotisairaaloista saatujen kokemusten perusteella pyrittiin ennakoimaan työntekijän turvallisuutta uhkaavia tekijöitä ja työturvallisuuden lisäämiseksi päädyttiin tarjoamaan työntekijöille turvallisuuskoulutusta. Potilaiden kodissa tehtävän työn työturvallisuutta on haastavaa arvioida (Hägg ym. 2007, 17), joten ennakointi ja ohjaus on välttämätöntä (Työturvallisuuslaki 738/2002, 10§,14§).

Kotisairaalan hoitaja tekee tiivistä yhteistyötä lääkärin kanssa. Hoitaja raportoi lääkärille lapsen voinnista ja keskustelelee hoitosuunnitelmasta. Hoitajan tekemät huomiot kotona korostuvat, koska lääkäri tekee päätökset hoitajan raportoimaan vointiin sekä mittaustuloksiin, kuten painoon ja verikokeiden tuloksiin, perustuen. Hoitajalla on mahdollisuus tarvittaessa hyödyntää myös muiden ammattiryhmien osaamista. Hoitajilla on yhteistä työaikaa työvuorojen vaihtuessa, joka on tarkoitettu keskinäiseen raportointiin sekä kokemusten vaihtoon. Sujuva ja oikea tiedonkulku on tärkeää hoidon jatkuvuuden sekä turvallisuuden kannalta. Myös Lahti (2006, 66) näkee hoitajan olevan perheen ja eri ammattiryhmien välinen yhteydenpitäjä.

Kotisairaalassa työskentely on itsenäistä työtä, jolloin työyhteisön välittömän tuen puuttuminen hoitotilanteissa voi lisätä työn kuormittavuutta. Toisissa lasten kotisairaaloissa työn ohjaus on koettu tärkeäksi. Myös aiemmat tutkimukset osoittavat, että työnohjaus, laadukas esimiestyö, työvuorosuunnittelu sekä varahenkilöjärjestelmä tukevat työhyvinvointia sekä työssäjaksamista (Työsuojeluhallinto 2017; Piirainen 2015, 56; Hirvonen 2010, 62).

Kehittämistyöryhmässä päätettiin, että kotisairaalan hoitajien työvuorot suunnitellaan autonomisesti. Hyvönen (2014, 64) toteaaakin autonomisen työvuorosuunnittelun lisäävän työntekijöiden työn ja muun elämän yhteensovittamista vähentäen työvuorojen aiheuttamaa kuormitusta. Kotisairaalan henkilökunnalla on oma osastotunti yhteisten asioiden käsitte-lyä varten. Varsinkin toiminnan aloituksen myötä tarvitaan paljon suunnittelua ja yhteisten käytäntöjen sopimista. Piiraisen (2015, 45, 60) mukaan tiimipalaverit lisäävät työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia sekä ovat tärkeä kanava palautteen antamiselle ja saami-selle.

Lasten kotisairaalan **toiminnan ja toteutuksen** suunnittelussa pyrittiin huomioimaan laa-jasti toimintaan liittyviä asioita, kuten hoitoprosessia, tarvittavia ohjeita ja sopimuksia, kir-jaamista sekä tarvittavia tarvikkeita. Kotisairaalan toiminnan ja toteutuksen suunnittelussa huomioitiin toisten lasten kotisairaaloitten kokemuksia sekä tietoja, joita tämän kehittämis-hankkeen aikana saatiin.

Kehittämistyöryhmässä päätettiin järjestää lastenosastojen henkilökunnalle toiminnan esit-tely ennen toiminnan aloitusta. Toiminnan esittely on tärkeää, jotta kaikilla osapuolilla on tiedossa, millaista hoitoa kotisairaala tarjoaa ja kuinka henkilökunta toimii, jos heillä on ko-tisairaalaan sopiva potilas. Halonen (2009, 59) näkee myös, että kotisairaaloiminnan ky-syntään, tietoisuuteen sekä ennakkoluulojen vähentämiseen voidaan vaikuttaa yhteis-työllä ja tiedottamisella, joka kohdennetaan sekä henkilökuntaan että potilaisiin.

Yhtenäisten toimintatapojen luomiseksi sekä turvallisuuden parantamiseksi päädyttiin laa-timaan ohjeita kotisairaaloiminnasta henkilökunnalle sekä potilaille. Myös Terveyden-huoltolaki (1326/2010, 8§) edellyttää toiminnan pohjautuvan tutkittuun tietoon sekä yhte-näisiin hoito- ja toimintatapoihin. Tarvittavien ohjeiden listauksessa hyödynnettiin toisten kotisairaaloitten käytössä olevia ohjeita ja lisäksi ohjeet päädyttiin laatimaan ideointiryh-mässä nousseista tarpeista, kuten kotisairaalan kirjaamisen käytännöistä. Tantun (2007, 176) mukaan potilaan sujuvan hoidon sekä palveluketjun kannalta on tärkeää mahdollis-taa eri ammattiryhmien välinen yhteistyö sekä laatia yhteiset toimintakäytännöt. Yhteisten toimintatapojen sekä käytäntöjen avulla voidaan esimerkiksi nähdä laajemmin koko poti-laan hoitoprosessi sekä poistaa päällekkäistä työtä (Tanttu 2007, 168).

Lapsen hoidon siirtyessä kotisairaalaan, on tärkeää, että jatkohoitosuunnitelma on laadittu sekä siitä on informoitu kaikkia osapuolia. Lapsen kotiutuessa on tärkeää laatia hoitotyön yhteenveto, jotta lasten kotisairaalan henkilökunta saa tiedon lapsen voinnista kotiutumishetkellä. Lääkärin tekemät hoitomääräykset on myös oltava tehtynä ennen lapsen kotiutu-mista, jotta hoidon toteutuksen suunnittelu onnistuu kotisairaalassa. Myös Tanttu (2007, 123) näkee hoidon jatkuvuuden olevan tärkeää hoidon siirtyessä toiseen yksikköön:

potilasta koskevat tiedot sekä jatkohoitosuunnitelma tulee olla häntä hoitavien henkilöiden tiedossa. Piiraisen (2015, 59) mukaan puutteet kirjaamisessa vaikuttavat asiakkaiden saaman hoidon laatuun sekä voivat viivästyttää hoidon saamista.

Kotisairaalassa, kuten hoitotyössä muutenkin, on tärkeää kirjata tarkasti ja kuvailevasti potilaan vointia sekä tehdyt toimenpiteet, jotta kaikki hoitoon osallistuvat tietävät potilaan tilanteen mahdollisimman tarkasti. Kirjaaminen potilastietojärjestelmään päädyttiin tekemään aluksi sairaalalla kotikäynnillä tehtyjen muistiinpanojen avulla. Jatkossa voidaan harkita hankittavaksi mobiilikirjaamiseen soveltuvaa välineistöä. Hirvonen (2010, 65) tuokin esiin, että potilaan kotona tapahtuva reaaliaikainen sähköinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta sekä hoitotyön näkyvyyttä. Muidenkin teknologisten ratkaisujen avulla voidaan kehittää hoitotyön asiakaslähtöisyyttä sekä ammattilaisten välistä keskustelua (Hirvonen 2010, 65).

Kotisairaalatoiminnan edellytys on toimiva auto. Kotisairaalan toimiessa ympäri vuoden, on tärkeää, että auto on turvallinen myös haastavissa olosuhteissa. Auton hankinnassa päädyttiin leasing-sopimukseen. Tietosuojan sekä hoitajien turvallisuuden vuoksi päädyttiin, että autossa ei ole huomiota herättäviä tarroja. Finne-Soverin sekä Arvosen (2018, 48) mukaan auton huomiota herättämättömyys on tärkeää potilaan yksityisyydensuojan sekä hoitajan turvallisuuden vuoksi.

Lasten kotisairaalassa tarvittavien tarvikkeiden osalta otettiin mallia tietoja antaneista lasten kotisairaaloista ja potilasryhmien perusteella harkittiin tarvittavaa välineistöä. Kotisairaalan on mahdollista aluksi hyödyntää lastenosastojen tarvikkeita ja tarpeen mukaan kotisairaalaan hankitaan omaa välineistöä.

7.2 Käytettyjen menetelmien pohdinta

Kehittämishankkeen menetelminä käytin benchmarkingia, 8x8 -osallistavaa menetelmää sekä service blueprintiä. Päädyin näihin menetelmiin saavuttaakseni mahdollisimman laajan näkemyksen lasten kotisairaalatoiminnasta. Benchmarkingin tavoitteena on oppia hyviltä esikuvilta heidän parhaista käytännöistä sekä sopeuttaa parhaat käytännöt omaan toimintaan. Ollakseen tehokasta benchmarkingin tulee olla suunnitelmallista ja järjestelmällistä. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 100.) Tässä kehittämishankkeessa pyrittiin löytämään parhaita käytäntöjä lasten kotisairaalatoiminnan käynnistämiseen ja toteuttamiseen. Kehittämishanketta varten perustetun ideointiryhmän tapaamisissa hyödynnettiin eri menetelmiä, jotta kotisairaalatoiminnan aloitusta voitiin tarkastella eri näkökulmista. Ideointiryhmän kaikilla osallistujilla oli kokemusta sekä lastensairaanhoidosta että työskentelystä potilaan kotona, joten kaikki pystyivät kokemuksen kautta

pohtimaan ja työstämään kotisairaaloiminnassa huomioitavia asioita. Ideointiryhmässä kartoitettiin kotisairaaloiminnan aloitusta varten selvitettäviä asioita, jotka vein eteenpäin kehittämistyöryhmälle.

Ideointiryhmän sekä kehittämistyöryhmän esiin nostamia asioita kerättiin kysymyksiksi, joihin haettiin tietoa sekä vastauksia kotisairaaloimintaa tarjoavista sairaanhoitopiireistä. Benchmarkingissa tietoa voidaan kerätä erilaisista lähteistä, kuten julkisista asiakirjoista ja internetsivuilta (Strömmer 2002; Kyrö 2014; Ojasalo ym. 2014, 186). Kehittämishankkeen aikana tietoa haettiin koulutusmateriaaleista, eri sairaanhoitopiirien internetsivustoilta, artikkeleista sekä muista julkaisuista. Näiden lähteiden perusteella saatiin koottua melko kattavasti tietoa kotisairaaloiminnasta. Kirjallisen informaation lisäksi haluttiin saada vielä lisää tietoa toiminnasta sekä hyvistä että huonoista kokemuksista, joita toiminnassa on tullut esiin. Myös turvallisuuteen liittyvistä asioista haluttiin lisää tietoa.

Tuomisen (2016) mukaan benchmarkingissa on tärkeää toteuttaa kaikki seitsemän vaihetta, vaikka ne eivät tapahtuisi järjestyksessä. Tässä kehittämishankkeessa benchmarking-kohteeksi valittiin lasten kotisairaaloiminta ja benchmarkingin kohdeorganisaatioksi valikoitui useampi lasten kotisairaala -palvelua tarjoava sairaanhoitopiiri. Kehittämishankkeessa valittiin useampi organisaatio, koska tietoa haluttiin saada useammasta sairaanhoitopiiristä, koska toimintamallit eroavat jonkin verran toisistaan. Benchmarking-tavoitteeksi määriteltiin lasten kotisairaalan perustaminen. Tuomisen (2016) ensimmäistä vaihetta, nykytilan arviointia, ei voitu suorittaa, koska Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä ei ollut lasten kotisairaaloimintaa ennen kehittämishanketta. Kehittämishankkeen aikana kerättiin tietoa ja opeteltiin, miten toiset sairaanhoitopiirit ovat lasten kotisairaaloiminnan järjestäneet. Toisten toimintatavoista saatua tietoa hyödynnettiin ja sovellettiin omaan toimintaa parhaiten sopivia käytäntöjä. Tuomisen (2016) mukaan benchmarkingin viimeinen vaihe on, että toiminta vakiinnutetaan ja kehittämistä jatketaan. Tämä kehittämishanke päättyi kotisairaalan toimintamallin luomiseen, joten toiminnan vakiinnuttaminen ja kehittäminen ei toteutunut tämän kehittämishankkeen aikana.

Benchmarkingin avulla saatiin tärkeää tietoa lasten kotisairaaloiminnan aloitukseen. Benchmarkingia olisi tärkeä jatkaa tulevaisuudessa lasten kotisairaaloiden välillä ja kehittää tiedon sekä kokemusten vertailun avulla kaikkien toimintaa. Benchmarkingin vastavuoroisuus jäi tässä kehittämishankkeessa toteutumatta, koska toimintaa ei vielä ollut käynnistetty ja kokemuksia sekä toimintatapoja ei voitu jakaa toiseen lasten kotisairaalaan.

Ideointiryhmän tapaamissa käytettiin useampaa osallistavaa menetelmää tarvittavien tietojen kartuttamiseksi. 8x8 -osallistavan menetelmän avulla lasten kotisairaaloimintaa

haluttiin tarkastella mahdollisimman monipuolisesti ja useasta näkökulmasta. 8x8 -menetelmän avulla ideointiryhmä joutui pohtimaan helposti syntyneiden ajatuksien jälkeen vielä syvällisemmin aihetta, jotta kaikki kohdat täyttyivät. Haukijärven ym. (2014, 25) mukaan menetelmän haaste on juuri kaikkien alakohtien löytäminen. Myös ideointiryhmän tapaa- misessa tämä osoittautui haasteeksi ja kaikkia kohtia ei saatu täytetyksi. Kehittämishank- keen kannalta ei ollut merkitsevää täyttää kaaviota täydelliseksi väkisin, tärkeämpänä oli aiheen monipuolinen tarkastelu, johon menetelmä ohjasi. Haasteeksi osoittautui myös käytettävissä ollut rajallinen aika, joka osaltaan vaikutti siihen, että kaikkia osioita ei saatu täytettyä.

Service blueprint menetelmää hyödyntämällä haluttiin huomioida mahdollisimman hyvin kotisairaaloiminnan kokonaisuus, myös potilaan ja perheen näkökulmaa tarkastellen. Koska toimintaa vasta suunniteltiin, ei tämän kehittämishankkeen aikana ollut mahdollista saada potilaiden kokemuksia toiminnasta. Service blueprint ohjasi ideointiryhmän jäseniä tarkastelemaan toimintaa potilaan ja perheen näkökulmasta. Service blueprintiä laaditta- essa ideointiryhmä havaitsi lisää kysyttäviä ja selvitettäviä asioita muista kotisairaaloista. Service blueprintin laatiminen auttaa jatkossa myös prosessikuvauksen tekemistä Päijät- Hämeen hyvinvointiyhtymässä käytössä olevaan IMS-järjestelmään.

Kehittämishankkeen aikana käytetyt menetelmät auttoivat kotisairaaloiminnan kehittämi- sessä sekä eri vaihtoehtojen löytämisessä. 8x8- ja service blueprint -menetelmien tarkoi- tuksena oli tarkastella kotisairaaloimintaa usealta näkökannalta ja laatia kysymykset benchmarkingia varten. Benchmarking -kysymyksien avulla saadut tiedot toisista kotisai- raaloista auttoivat kehittämistyöryhmää laatimaan Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän las- ten kotisairaalan toimintamallin.

7.3 Kehittämishankkeen hyödynnettävyys ja arviointi

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää lasten kotisairaaloiminnan käynnis- tymistä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata eri sairaanhoitopiireissä toteutettua lasten kotisairaaloimintaa sekä luoda lasten kotisai- raalan toimintamalli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymään. Kehittämishankkeen aikana koo- tut tiedot hyödynnettiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan toiminnan suunnittelussa ja täten edistettiin lasten kotisairaalan käynnistymistä Päijät-Hämeen hy- vinvointiyhtymässä. Kehittämishankkeen aikana luodun lasten kotisairaalan toimintamallin avulla voidaan huomioida eri osatekijät, jotka tulee huomioida turvallisen ja perhekeskei- sen lasten kotisairaalan toiminnan aloituksessa.

Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen on ajankohtainen aihe sosiaali- ja terveysalan muutoksessa ja uudistuksessa. Kotona annetuista sairaanhoidon palveluista hyötyvät niin lapset, perheet kuin palveluntuottajakin osastopäivien vähentyessä. Sairaanhoidon palveluiden vieminen lapsen luokse antaa hänelle mahdollisuuden olla myös sairaana itselleen tutussa ympäristössä oman perheen kanssa.

Tämän kehittämishankkeen tuotoksena laadittu lasten kotisairaalan toimintamalli korostaa kotisairaalan tärkeinä osina samansuuntaisia asioita kuin aiemmat tutkimukset. Kehittämishankkeessa korostuu turvallinen hoito lapsen kotiympäristössä, johon osallistuvat yhteistyössä lapsi, perhe sekä hoitohenkilökunta. Yhteisenä tavoitteena voidaan myös nähdä lapsen hyvä hoito hänelle tutussa ympäristössä. Avohoidon jatkuvasti lisääntyessä tässä kehittämishankkeessa luotua mallia voidaan hyödyntää kehitettäessä kotiin vietäviä palveluita.

Tässä kehittämishankkeessa oli alkuperäinen suunnitelma tehdä vierailu valittuun lasten kotisairaalaan ja hankkia tietoa käynnin aikana. Kehittämishankkeen alkuvaiheessa tietoa kerättiin erilaisista toimintatavoista kirjallisista lähteistä sekä olemalla puhelimitse yhteydessä kotisairaaloihin. Lasten hoitotyössä on yleistä, että kokemuksia erilaisista toimintatavoista vaihdetaan eri toimijoiden välillä ja saatujen tietojen perusteella kehitetään sekä tarkastellaan omaa toimintaa. Tämantapaiseen tietojen vaihtoon ei tavallisesti tutkimuslupaa tarvita, vaan tietoa vaihdetaan erilaisista käytännöistä sujuvasti. Lasten kotisairaaloihin soittaessa kerrottiin, kuka tietoja kysyy sekä mihin tarkoitukseen niitä käytetään. Puheluiden aikana saatiin arvokasta tietoa lasten kotisairaaloiminnasta ja sen erilaisista toimintatavoista. Kehittämishankkeen edetessä kehittämistyöryhmä päätti luopua vierailukäynnistä ennen kotisairaalan perustamista, koska sillä ei nähty enää saavutettavan enempää tietoa. Vierailukäynti päätettiin järjestää kotisairaalaan valituille hoitajille tutustumis- ja oppimiskäyntinä. Tutkimuslupaa ei oltu anottu sairaanhoitopiireistä ennen puhelinkeskustelua, koska tarkoituksena oli kerätä vain alustavaa tietoa. Vierailukäynnistä luopumisen jälkeen kehittämishankkeen tekijä lähetti tietoja antaneille hoitajille sähköpostitse keskustelusta kirjatut asiat ja pyysi lupaa käyttää niitä kehittämishankkeen raportoinnissa. Kaikki hoitajat antoivat luvan tietojen käyttämiseen. Tämän jälkeen tutkimusluvan tarvetta tiedusteltiin osastonhoitajilta tai ylihoitajilta ja tarvittaessa lupa haettiin sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Kaksi sairaanhoitopiiriä kielsi keskustelussa käytyjen tietojen kirjaimisen kehittämishankkeen raporttiin, koska tutkimuslupaa ei oltu haettu etukäteen. Tutkimuslupien hakeminen olisi tullut tehdä jo ennen alustavan aineiston hankintaa, jolloin tässä raportissa olisi ollut mahdollisuus vertailla ja kuvata useamman eri kotisairaalan toimintamallia.

Kehittämishankkeen aikana kirjallisuudesta ja erilaisista tutkimuksista löytyi paljon vahvistusta kotisairaalan toimintaan sekä tietoa perheiden toiveista. Aiempien tutkimuksien tuloksien avulla kotisairaalan toimintaa voidaan kehittää myös toiminnan jo käynnistyttyä.

7.4 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Kehittämishankkeen eettisyys muodostuu jo aiheen valinnasta sekä sen hyödyllisyydestä tulevaisuudessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218; Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2012, 24). Ehdotus tämän kehittämishankkeen aiheeksi tuli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lastentautien johtoryhmältä, jossa päädyttiin suunnittelemaan lasten kotisairaaloiminnan aloitusta. Aiheen valintaa ohjasi oma työkokemus lasten sairaanhoidosta, kiinnostus kotona tehtävää hoitotyötä kohtaan sekä aiheen ajankohtaisuus. Koin lasten kotisairaaloiminnan kehittämisen olevan erittäin tärkeää sen helpottaessa sairaiden lasten sekä heidän perheiden arkea. Kehittämishankkeen tekemisen kannalta koin merkittäväksi, että sille oli todellinen tarve Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Kehittämishankkeesta tehtiin yhteistyösopimus toimeksiantajaorganisaation kanssa. Tämän kehittämishankkeen aikana koottuja tietoja hyödynnettiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalaan käynnistämässä.

Lasten kotisairaaloihin oltaessa yhteydessä kerrottiin, että tietoja kysytään ja käytetään apuna käynnistettäessä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaala.

Benchmarking menetelmää käytettäessä tulee huomioida tietojen salassapidon merkitys sekä kohdeorganisaation tietoisuus käytettävästä benchmarking menetelmästä (Ojasalo ym. 2014, 186). Benchmarkingia tehdessä on tärkeää, että kohdeorganisaatio tietää, mihin tietoja käytetään ja tietojen antaminen ja vaihtaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Kohdeorganisaation tietoja ei tule julkaista tai käyttää ilman kyseisen kumppanin lupaa. (Laatukeskus 1998.) Lupa julkaista saatuja tietoja kehittämishankkeen raportoinnissa pyydettiin jokaiselta organisaatioilta erikseen. Tietoja saatiin kehittämishankkeen aikana neljästä lasten kotisairaalaista, kaksi kotisairaala kielsi tietojen käytön kehittämishankkeen raportoinnissa, joten raportin tuloksissa käsitellään vain kahden lasten kotisairaalan tietoja. Tietoja on tarkasteltu raportissa yksiköitä mainitsematta ja tietoja käsitellään yleisellä tasolla.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012,6) ohjeen mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa työn vaiheissa. Hankkeen aikana toimittiin eettisesti tieteelliseen kirjoittamiseen ja kehittämistyöhön liittyvien käytäntöjen, sääntöjen ja ohjeistuksien mukaisesti. Eettisyyttä tarkasteltiin myös ideointiryhmän yhteisissä tapaamisissa käsittelemällä benchmarkingiin liittyviä eettisiä ohjeita. Tiedonhankintaan ja julkaisemiseen liittyvää eettisyyttä käsiteltiin hankkeen ja raportin kirjoittamisen

aikana paljon, koska tutkimusluvut haettiin jälkikäteen alkuperäisen suunnitelman muuttuessa. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymää koskevien tietojen sisällöt tarkasti ylihoitaja ennen kehittämishankkeen raportin julkaisua.

Tutkimustyötä koskevat eettiset periaatteet, joissa tulee huomioida tutkittavan itsemääräämisoikeus ja sen kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016). Kehittämishankkeen raportoinnissa huolehdittiin, että tietoja antaneet henkilöt sekä organisaatiot pysyivät tunnistamattomina. Kanasen (2017, 177) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että haastatteleamalla kerätty aineisto on haastateltavan tarkastama ja hyväksymä. Kotisairaaloista tietoja antaneet henkilöt saivat luettavakseen keskustelusta kirjatut tiedot ja he saivat tehdä tarkennuksia niihin myös jälkikäteen. Tällä varmistettiin, että keskustelun aikana kirjatut asiat on ymmärretty oikein ja ne voidaan välittää oikeina kehittämistyöryhmälle. Kysymykset koskivat pääosin käytännön toimintaa ja toteutusta, jolloin vastaajien omat mielipiteet eivät korostuneet vastauksissa.

Luotettavuuden arviointia tulee tehdä koko tutkimusprosessin ajan suhteessa teoriaan, tulokintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan on pystyttävä esittämään ja perustelemaan valinnat niin tekstissään, valinnoissaan, ratkaisuisaan ja arvioinnissaan. (Vilka 2015, 197.) Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan laadullisen tutkimuksen luottavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden perusteella. Kehittämishankkeen raportoinnissa on kuvattu kehittämishankkeen eteneminen sekä pyritty perustelemaan mahdollisimman hyvin tehdyt valinnat. Oikeiden asioiden tutkiminen on tutkimuksen luotettavuuden kannalta merkittävää (Kananen 2017, 176). Kehittämishankkeen suunnittelua sekä etenemistä ohjasivat kehittämistyöryhmän sekä ideointiryhmän tapaamisissa esiin nousseet asiat, joihin haluttiin vastauksia sekä tietoa.

Kehittämishankkeen aikana käytettiin useampaa menetelmää tietojen monipuolisen hankinnan sekä tarkastelun mahdollistamiseksi. Eri lähteistä saadut yhteneväiset tiedot lisäävät Kanasen (2017, 177) mukaan kehittämishankkeen luotettavuutta. Tietoja eri kotisairaaloiden toimintatavoista kerättiin useista lähteistä, kuten artikkeleista, internet-sivustoilta, koulutusmateriaaleista, kirjallisuudesta sekä keskusteluista kotisairaalan työntekijöiden kanssa. Ideointiryhmässä käytettiin service blueprintiä sekä 8x8 -osallistavaa menetelmää, jotta aihetta voitiin tarkastella useammasta näkökulmasta. Kaikkia kehittämishankkeen aikana koostettuja tietoja ei ole kirjattu tähän raporttiin, mutta ne ovat olleet kehittämistyöryhmän käytettävissä, kun lasten kotisairaalan toimintamallia on kehitetty.

Ideointiryhmän sekä kehittämistyöryhmän avoin sekä keskusteleva toimintatapa on mahdollistanut erilaisten näkemysten esittämisen. Ideointiryhmän jäsenien työkokemus

lastensairaanhoidosta sekä kotona tehtävästä hoitotyöstä mahdollisesti kotisairaalan toiminnassa huomioitavien asioiden laaja-alaisen pohdinnan. Ideointiryhmän tekemän työn luotettavuutta lisää mielestäni se, että kaikki jäsenet olivat itse vapaaehtoisesti halunneet olla kehittämässä lasten kotisairaaloimintaa. Kehittämistyöryhmän moniammatillisuus sekä jäsenien laaja työkokemus tuo luotettavuutta tehtyihin ratkaisuihin sekä toimintamalliin.

Tämä kehittämishanke koostui useasta osasta: ideointiryhmän kanssa huomioitavien asioiden kirjaamisesta, tiedon hankinnasta ja koostamisesta eri lasten kotisairaaloista, kehittämistyöryhmän kokouksissa kotisairaaloiminnan kehittämistä sekä kotisairaalan toimintamallin laatimisesta. Kaikissa vaiheissa oli tärkeää kirjata tehdyt asiat muistiin. Sekä ideointiryhmän että kehittämistyöryhmän tapaamista laadittiin muistiot, jotka toimitettiin sähköpostitse kaikille osallistujille luettavaksi. Jokainen tapaaminen aloitettiin hyväksymällä edellisen tapaamisen muistio, näin voitiin varmistaa muistiin kirjattujen asioiden oikeellisuus.

Kehittämistyöryhmässä on suunniteltu ja päätetty lasten kotisairaalan toimintamalli, jossa osittain on yhteneväisyyksiä muiden kanssa ja osittain on päädytty omiin ratkaisuihin. Kotisairaalan toimintamallia on perusteltu sekä aikaisempien tutkimuksien että käytössä olevien toimintatapojen avulla.

7.5 Jatkokehittämishaasteet

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää lasten kotisairaaloiminnan kehittämistä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä. Kehittämishankkeen aikana koottujen tietojen perusteella lasten kotisairaaloiminta käynnistyi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä lokakuussa 2017. Tämä kehittämishanke päättyi toiminnan käynnistymiseen. Lasten kotisairaaloiminnan kehittäminen jatkuu Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän toimesta.

Asiakaspalautte -lomakkeen laatiminen sekä kyselyn toteuttaminen on tulevaisuuden kehittämishaaste. Lasten kotisairaaloimintaa kehitettäessä on pyritty huomioimaan erilaisia näkökulmia. Lasten kotisairaalan toiminnan käynnistyttyä tulee huomioida myös lasten ja heidän perheen kokemukset toiminnasta ja kerätä heiltä palautetta, jotta toimintaa voidaan kehittää vastaamaan perheiden tarpeita. Lasten ja perheiden kokemukset sekä heidän havaitsemat kehittämiskohteet ovat tärkeää tietoa toiminnan kehittämisen tueksi. Asiakaspalautte kysely tulee toteuttaa sähköisenä, jotta vastaajien anonymiteetti säilyy perheiden niin halutessa.

Lasten kotisairaaloiminnan kehittämisen kannalta on tärkeää kartoittaa myös henkilökunnan kokemuksia toiminnasta. Hoitajat tekevät kotona itsenäistä työtä ja tarvitsevat osaamista usealta lasten erikoisalalta. Hoitajien kokemukset osaamistarpeista, toiminnan

kehittämisestä sekä työhyvinvoinnista on tärkeää selvittää toiminnan sujuvuuden ja turvallisuuden kannalta.

Lasten kotisairaaloiminnan laajentamisen kannalta tulee pohtia erilaisia potilasryhmiä, joiden hoito voitaisiin sairaalan sijaan toteuttaa turvallisesti kotona. Jatkossa on tärkeää tehdä yhteistyötä ja vaihtaa kokemuksia eri lasten kotisairaaloiden välillä. Avoimella keskustelulla ja tietojen jakamisella voidaan kehittää lasten kotisairaaloimintaa sekä kotiin tarjottavia palveluita valtakunnallisesti.

Terveystieteiden toimintaan on kehitetty paljon digitaalisia ratkaisuja helpottamaan ja selkeyttämään työtä. Digitaalisuuden lisääntyessä terveystieteiden toiminnassa tulisi pohtia erilaisia menetelmiä, joiden avulla kotiin voidaan viedä entistä laajemmin palveluita. Näin voidaan hyödyntää entistä enemmän ja helpommin moniammatillisuutta potilaan hoidossa hänen ollessa omassa kodissaan. Myös lasten kotisairaaloiminnassa tulee selvittää, olisiko digitaalisista ratkaisuista apua tai tukea potilaan hoidossa.

LÄHTEET

- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla, matka teoriasta käytäntöön. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2009. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Aejmelaues, R. 2018. Omavalvonnassa huomioon otettavia asioita. Teoksessa Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim, 44-45.
- Ala-Karvia, M. 2017. Vaativaa hoitoa ja pitkäaikaissurantaan tarvitsevien lasten vanhempien tarpeet moniammatilliselta hoitotiimiltä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere.
- Alakoski, R. 2017. Virtuaalinen kotihoito yllätti suosiollaan. Terveys ja talous. 3/2017. 22-24.
- Aula, M-K., Juurikkala, V., Kalmari, H., Kaukonen, P., Lavikainen, M. & Pelkonen, M. 2016. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:29 [viitattu 18.11.2016]. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74904/Rap_ja_muist_29_2016.pdf?sequence=1
- Cervasio, K. 2010. The role of the pediatric home healthcare nurse. One case study approach in the New York City. Home Healthcare Nurse 28 (7), 424-431.
- Curedale, R. 2016. Service Blueprints. The tool for service innovation. Topanga CA, USA: Desing community college inc.
- Curedale, R. 2012. Desing methods 1. 200 ways to apply design thinking. Topanga CA, USA: Design community college Inc.
- Dybwik, K., Nielsen, E. & Brinchmann, B. 2011. Home mechanical ventilation and specialised health care in the community: Between a rock and a hard place. BMC Health Services Research 11:115. 1-8.
- Eksote. 2018. Tervetuloa lasten kotisairaalaan [viitattu 5.1.2018]. Saatavissa: <http://www.eksote.fi/toimipisteet/etela-karjalan-keskussairaala/lastenosasto-G4/Documents/Lasten%20kotisairaala%20esite%2015.5.2017.pdf>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Lasten ja nuorten kotisairaala [viitattu 5.1.2018]. Saatavissa: http://www.epshp.fi/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/lastentaudit/lasten_ja_nuorten_kotisairaala

Exreport. 2018. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 6.2.2018]. Saatavissa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän sisäisiltä internetsivuilta.

Fagerström, V. & Hanhela, R. 2015. Asiakasväkivallan torjuntaan tarvitaan konkreettisia keinoja. Super 10/2015, 36-37.

Fagerström, V. & Leino, T. 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä -työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Hankeraportti. Työterveyslaitoksen verkkojulkaisu 2014. Työterveyslaitos [viitattu 3.1.2018]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132318/V%C3%A4kivalta%20ja%20sen%20uhka%20kotihoitoty%C3%B6ss%C3%A4.pdf?sequence=1>

Finne-Soveri, H. & Arvonen, M. 2018. Miten potilaan kotiin mennään? Teoksessa Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim, 48.

Gay, JC., Thurm, CW., Hall, M., Fassino, MJ., Fowler, L., Palusci, JV. & Berry, JG. 2016. Home health nursing care and hospital use for medically complex children. Pediatrics 138 (5), 1-8.

Halkola, H., Kaakinen, P., Heino-Tolonen, T., Miettinen, S., Siivonen, T. & Kääriäinen, M. 2018. Sairaanhoidajien kokemukset lasten kotisairaalassa tarvittavasta osaamisesta. Hoitotiede 30 (1), 41-52.

Halme, N., Perälä, M-L. & Kanste, O. 2014. Lasten ja perheiden palvelujen saavutettavuus ja avun riittävyys -rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Hoitotiede 26(3), 217-230.

Halonen, M. 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito- asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Hansson, H., Kjærgaard, H., Johansen, C., Hallström, I., Christensen, J., Madsen, M. & Schmiegelow, K. 2013. Hospital-based home care for children with cancer: feasibility and psychosocial impact on children and their families. Pediatric blood cancer 60, 865-872.

Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino-Richert, E., Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulu [viitattu 10.9.2017]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva Hoitotyö 14(1), 4-12.

- Heino-Tolonen, T. 2017. Turvattomuuden kokemisesta kohti arjen helpottumista. Substantiivinen teoria perheen arjen selviytymistä edistävästä perheen ja sairaanhoitajan yhteistyöstä hoidettaessa äkillisesti sairaalahoitoa vaativaa lasta lasten kotisairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampere.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Lasten kotisairaala [viitattu 5.1.2018]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/lapset-ja-nuoret/lasten-kotisairaanhoito/Sivut/default.aspx>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, M. 2010. Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. YAMK-opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Joensuu.
- Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastolla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Tampere.
- Hopia, H., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Promoting health for families of children with chronic conditions. *Journal of advanced nursing* 48(6), 575-583.
- Hyvönen, J. 2014. Työaika-autonomia sairaalalohenkilöstön kokemana. Pro gradu - tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Innokylä. 2015. Service blueprint. Innokylä [viitattu 11.9.2017]. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli111516>
- Inno-Vointi. 2017. Service blueprint. Apua käyttäjän toimintojen havaitsemiseen [viitattu 11.9.2017]. Saatavissa: <http://www.inno-vointi.fi/fi/tyokaluja/kokeilu/service-blueprint>
- Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Backman, K. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. *Hoitotiede* 17(1), 35-42.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Soite. 2018. Naisten ja lasten avosairaala [viitattu 5.1.2018]. Saatavissa: http://www.soite.fi/sivu/naisten_ja_lasten_avosairaala

Keskussairaala 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 4.1.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/>

Korhonen, M. 2017. Tekoäly tuottaakin henkilökohtaisempaa palvelua. Terveys ja talous 3/2017, 26-27.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyrö, P. 2014. Benchmarking as an action research process [viitattu 3.12.2016]. Saatavissa: <https://metodix.fi/2014/05/19/kyro-benchmarking-as-an-action-research-process/>

Laatukeskus. 1998. Benchmarking käsikirja. Nopea oppiminen- ylivoimainen kilpailuetu. Helsinki: Laatukeskus.

Lahti, A. 2006. Sairaanhoidajan ammattipätevyys kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Lasten ja nuorten neurologian yksikkö. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 4.1.2018]. Saatavissa: <http://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/lastenneurologian-yksikko/>

Lastentautien poliklinikka ja päiväosasto. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 4.1.2017]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/lastentautien-poliklinikka/>

Lastentautien osastot. 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 4.1.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/lastentaudit/>

- Lavonen, J., Meisalo, V. & et al. 2017a. Luovan ongelmanratkaisun työtavat. Matemaattisten aineiden opetuksen tutkimus- ja kehittämiskeskus [viitattu 10.9.2017]. Saatavissa: <http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/lor/main.htm>
- Lavonen, J., Meisalo, V. & et al. 2017b. Luovan ongelmanratkaisun työtavat. Matemaattisten aineiden opetuksen tutkimus- ja kehittämiskeskus [viitattu 10.9.2017]. Saatavissa: http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/lor/main.htm#menet_8x8
- Lehto, P. 2008. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere.
- Lindén, L. 2004. Lasten sairaanhoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S., Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 30-34.
- Lähdeaho, M-L., Heino-Tolonen, T. & Kuusela, A-L. 2011. Lasten kotisairaala. Laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. Suomen Lääkärilehti 23/2011. 1923-1926.
- Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta. Tutkiva Hoitotyö vol. 9(4), 14-22.
- McEvelly, A. & Kirk, J. 2005. Twenty years of a multidisciplinary paediatric diabetes home care unit. Archives of Disease in Childhood 90, 342-345.
- Mendes, M. 2013. Parent's descriptions of ideal home nursing care for their technology-dependent children. Pediatric nursing 39(2). 91-96.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ollila, M. 2018. Kotisairaalan käsitteistä ja lainsäädännöstä. Teoksessa Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim, 11-13.
- Paavilainen, E. 2009. Perhe vieraana sairaalassa. Teoksessa Jallinoja, R. (toim.). Vieras perheessä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 219-235.
- Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15-vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.
- Palomäki, T. 2014. Hoitotyön arvot lasten kotisairaalassa. YAMK -opinnäytetyö. Hyvinkää: Laurea ammattikorkeakoulu.

- Pelander, T. 2008. The quality of paediatric nursing care -children's perspective. Väitöskirja. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Turku.
- Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin työpapereita 19/2007. Helsinki: Valopaino Oy [viitattu 5.1.2017]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76021/T19-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Piirainen, O. 2015. Työhyvinvointi ja työhyvinvoinnin johtaminen kotihoidossa, työntekijänäkökulma. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteenlaitos.
- Poukka, P. 2018. Kotisairaala -kustannustehokasta hoitoa? Teoksessa Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim, 36-38.
- Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P. Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa -pilottitutkimus. Hoitotiede 22(2), 141-152.
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005(121), 203 -209.
- Salmela, M. 2010. Hospital-related fears and coping strategies in 4-6-year-old children. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki.
- Salmela, M., Aronen, E.T. & Salanterä, S. 2011. Sairaalaan liittyvät pelot ja pelon merkitys leikki-ikäiselle lapselle. Tutkiva Hoitotyö vol.9(3), 23-30.
- Samuelson, S., Willén, C. & Bratt, E-L. 2015. New kid on the block? Community nurses' experiences of caring for sick children at home. Journal of Clinical Nursing, 24, 2448-2457.
- Sarajärvi, A., Haapamäki, M.L. & Paavilainen, E. 2006. Emotional and informational support for families during their child's illness. International Nursing Review 53, 205-210.
- Sartain, S., Maxwell, M., Todd, P., Jones, K., Bagust, A. Haycox, A. & Bundred, P. 2002. Randomised controlled trial comparing an acute paediatric hospital at home scheme with conventional hospital care. Arch Dis Child 87, 371-375.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 [viitattu 15.1.2019]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P19>
- Sotkanet. 2018. Tulostaulukko [viitattu 29.1.2018]. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s7ZwjTe0tDbTM7TWTbU21zMEAA==®ion=s7YsAQA=&year=sy4rBwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202>

Stolt, M., Koskenniemi, J., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2012. Korkeatasoinen etiikka kotihoidossa -potilaan, ammattilaisen ja esimiehen yhteinen tavoite. Pro terveys 5/2012, 30-32.

Storvik- Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T., & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Strategia 2022. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. [viitattu 4.1.2018]. Saatavissa: <http://ktweb.phhyky.fi/ktwebbin/ktproxy2.dll?doctype=3&docid=20494&version=0>

Strömmer, P. 2002. Toiminnan ja tulosten kuvaaminen EFQM-mallin mukaisesti – ryhmäbenchmarkinginfo [viitattu 3.12.2016]. Saatavissa: <http://web.archive.org/web/20071007032415/http://www.laatuokeskus.fi/content/Area727/Ajankohtaista/Tietoa%20benchmarkingista.pdf>

Suomen NOBAB ry. 2006. Lasten ja nuorten oikeudet sairaalassa [viitattu 29.1.2018]. Saatavissa: <https://nobab.fi/wp-content/uploads/2017/11/oikeudetsairaalassa.pdf>

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, Sosiaali- ja terveyshallintotiede.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 [viitattu 7.1.2017] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Yhä harvempi potilas hoidetaan erikoissairaanhoidon vuodeosastolla [viitattu 27.9.2017]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/-/yha-harvempi-potilas-hoidetaan-erikoissairaanhoidossa-vuodeosastolla>

Toimialat. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. [viitattu 4.1.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/tulosryhmat/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Tuominen, K. 2016. Benchmarking-käsikirja. Oy Benchmarking Ltd.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2016. Hyvä tieteellinen käytäntö [viitattu 3.12.2016]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä>

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum.

Työsuojeluhallinto. 2017. Kotihoito kuormittaa monia työntekijöitä, mutta osa työpaikoista on onnistunut vähentämään kuormitusta [viitattu 27.9.2017]. Saatavissa:

<http://www.tyosuojelu.fi/-/kotihoito-kuormittaa-monia-tyontekijoita-mutta-osa-tyopaikoista-on-onnistunut-vahentamaan-kuormitusta>

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Finlex. [viitattu 27.9.2017]. Saatavissa:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2P10>

Usvasalo, A. 2015. Toimintakertomus 2015. Lasten kotisairaanhoidon. HUS: Lasten kotisairaanhoidon yksikkö [viitattu 7.12.2016]. Saatavissa:

<http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/jorvin-sairaala/lapset-ja-nuoret/lasten-kotisairaanhoido/Documents/Lasten%20kotisairaanhoidon%20toimintakertomus%202015.pdf>

Vaasan keskussairaala. 2017. Lasten kotisairaala [viitattu 5.1.2018]. Saatavissa:

<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/yksikot/osastot-ja-toimenpideyksikot/lastenosasto/lasten-kotisairaala/>

Valtioneuvoston kanslia. 2015 Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015 [viitattu 19.11.2016].

Saatavissa: http://vnk.fi/documents/10616/1095776/Ratkaisujen+Suomi_FI.pdf/5f59e1a3-bfe8-47cb-a42f-6e18ee6a53a7?version=1

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Visakorpi P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. 2005. Ihmisen hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Winter, L. 2012. Kotia Lasareettiä. Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli. YAMK-Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.

Yhtymä. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. [viitattu 4.1.2018]. Saatavissa:

<http://www.phsotey.fi/fi/yhtyma/>

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit Oy.

LIITE 2. Tiivistelmä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lasten kotisairaalan ideointiryhmän kirjaamista huomioitavista asioista toiminnan suunnittelussa.

Auto	Polttoaine ja pysäköinti	Palkkaus	Ammattitaito	Kokemus	Lääkärin rooli	Kriteerit potilaaksi ottamiseen	Selkeät potilasryhmät	Käyntien kesto
Kuntalaskutus	Kustannukset	Tilastointi	Päätöksentekokyky	Henkilökunta	Raportti, tiedon siirtäminen	Koko perheen huomiointi	Asiakkaat	Hienotunteisuus kotona
Asiakaslaskutus	Suorite- ja kustannuspaikka	Alueen rajaaminen	Motivaatio	Moniammatillinen yhteistyö	Työnkierto	Saattohoito	Lemmikit	Turvallisuus kotona
Aseptinen työjärjestys	Lääkkeiden kaksoistarkastus	Potilasturvallisuus	Kustannukset	Henkilökunta	Asiakkaat	Tieto potilaista	Perheen informointi ja ohjaus	Hoitosopimus
Jätteet	Turvallisuus	Yhteistyö lääkärin kanssa	Turvallisuus	PHHYKY:n Lasten kotisairaala	Tiedonkulku ja informaatio	Ajanvaraus/asiakkaiden koordinointi	Tiedonkulku ja informaatio	Perheen yhteydenotto kotisairaalaan
Toimintaohjeet	Matkat	Fyysinen turvallisuus	Työnohjaus	Tarvikkeet ja välineet	Henkilökunnan osaaminen ja taitojen ylläpitäminen	Tarkastuslistat	Kirjaaminen	Näytteiden vastausten seuranta
Luottamus	Tuki	Jälkipurku	Auto	Lääkintälaitteet	Puhelin ja tietokone	Koulutukseen pääsy	Yhteistyö	Äkillisiin tilanteisiin varautuminen
Jaksaminen	Työnohjaus	Osastotunnit	Yllättävät tilanteet	Tarvikkeet ja välineet	Laukku	Osastotunnit/yhteiset palaverit	Henkilökunnan osaaminen ja taitojen ylläpitäminen	Toimipaikkakoulutus
Työhyvinvointi	Keskustelut	Säännöllisyys	Suojavaatetus	Oheistarvikkeet	Lääkkeet	Hiljaisen tiedon jakaminen	Vertaistuki, myös muut sairaanhoitopiirit	Lääkeluvat

LIITE 3. Kysymyksiä lasten kotisairaaloiminnasta kotisairaaloimintaa jo tarjoaville sairaanhoitopiireille

Toiminnan suunnittelu ja kehittäminen toiminnan alussa

- Mistä saitte kotisairaalan käynnistämiseen neuvoja/kokemuksia? Onko ollut jokin yhteistyötaho?
- Miten ensimmäinen päivä sujui? Miten toiminta käynnistyi? Oliko ensimmäisillä käynneillä useampi hoitaja?
- Onko ollut helppoa löytää henkilökunta kotisairaalaan? Onko kotisairaalalla vakituiset hoitajat? Onko hoitajat valittu missä vaiheessa kotisairaalan suunnittelua?
- Mikä alussa oli ongelmallista? Miten siitä on päästy yli?

Kotisairaaloiminnan toteuttaminen

- Kuka koordinoi potilaat ja kuka ohjaa perheelle kotisairaalan toimintatavat? Millainen esite kotisairaalasta perheille?
- Miten viestit kulkevat lääkärille (laboratorio vastaukset, lapsen vointi yms.?)
- Moneltako on päivän ensimmäinen käynti? Entä illalla viimeinen? Montako käyntiä tehdään enintään päivässä? Kuinka pitkiä hoitoajat ovat? Onko potilaita riittänyt?
- Onko aseptiikan kanssa ollut ongelmia kotiympäristössä? Tuottaako joku ongelmia? Miten lääkkeiden kaksoistarkastus? Missä lääkkeet laimennetaan (kotona vai sairaalassa valmiiksi)?
- Miten toimitaan, jos kanyyli ei toimikaan käynnille mennessä? Laittaako hoitaja vai tulevatko sairaalaan uuden laittoon, käykö ensihoito?
- Onko perheille tullut ongelmia mihin ottavat tarvittaessa yhteyttä? Palaako potilaita kotisairaalasta osastolle? Jos niin mistä syystä?
- Miten voinnin arviointi on onnistunut vanhempien/hoitajan osalta? Onko tullut vaaratilanteita lapsen voinnin huononemisen vuoksi?
- Miten perheet suhtautuvat kotona käydessä? Onko tullut ongelmia/vaaratilanteita perheen/ulkopuolisen taholta? Hoitajan turvallisuus vaarantunut? Onko perhe evännyt pääsyn kotiin, vaikka on sovittu käynnistä?
- Aluerajan toimivuus? Miten perheet suhtautuvat aluerajaukseen?
- Miten suhtautua tietoon, jota kotona saadaan havaitsemalla? Esim. jatkuvasti likaiset kodit, alkoholin käyttö, huumeiden käyttö? Miten toimittu tällaisissa tilanteissa?
- Miten kirjaaminen on järjestetty? Toimiiko yhteydet kotona?
- Onko ollut ongelmia kotien saavutettavuudessa? Auraamattomat tiet syrjemällä, miten keskustassa pysäköinti? Onko erillinen parkkilupa?

Kotisairaalan henkilökuntarakenne

- Kuka koordinoi hoitajat/poissaolot/työvuorot? Onko oma apulaisosastonhoitaja/osastonhoitaja?
- Onko työnohjausta, keskinäistä kokemuksen vaihtoa hoitajien kesken?
- Miten henkilökunnan koulutukseen pääseminen onnistuu?
- Onko yhteistyötahoja? Esim. sosiaalipuoli, ensihoito, aikuisten kotisairaala? Käykö lääkäri kotona?
- Miten lääkäriyhteistyö on sujunut? Onko hoitajilla selvää keneen lääkäriin ollaan yhteydessä? Onko lääkäri ollut aina saavutettavissa?

Kotisairaaloiminnan hyödyt

- Miten henkilökunta kokee kotisairaalan? Miten ammattitaito on riittänyt? Onko ollut haastavia tilanteita, kun ollaan yksin potilaan kotona?
- Millaista palautetta perheet antavat? Toivovatko jotain? Onko joku ongelmana? Miten perheet kokevat toiminnan?
- Onko toiminta ollut taloudellista? Onko toimintaa eritelty tilastoihin vai onko samoissa osaston kanssa?

Kehittämissuhteita kotisairaaloiminnalle

- Kuinka paljon toimintaa muutettu siitä mistä lähdettiin?
- Onko potilasryhmät muuttuneet alusta? Onko tullut lisää tai onko huomattu jotain ryhmiä sopimattomaksi kotisairaalassa hoidettavaksi?
- Onko toimintaa suunniteltu laajennettavaksi jollekin potilasryhmälle?

LIITE 4. Service blueprint – lapsipotilas kotisairaalan asiakkaana

Näkyvä osa	Lapsi ja perhe	Lapsi on potilaana osastolla. Tarvitsee vielä antibioottia, vointi hyvä	Vanhemmat harkitsevat kotisairaalaan ja valitsevat sen.	Lapsi ja perhe kotiutuu osastolta
	VUOROVAIKUTUS			
Palvelun toteuttajat	-Lääkäri ja osaston sh keskustelee perheen kanssa kotisairaalan mahdollisuudesta sekä kertoo "ehdoista". - Kirjalliset "ehdot" kotisairaalaan: vanhempi kotona, perheen vastuu lapsesta hoidon aikana, vapaaehtoisuus kotisairaalaan siirtymiseen	- Hoitosopimuksen tekeminen, ketkä allekirjoittavat? Lääkäri ja vanhemmat? - Käyntien ajoista sopiminen perheen kanssa	- Käydään lävitse mitä vanhempien tulee seurata kotona, päiväkirjan pitäminen kotona (mm. nestelista, pissamäärät, kuumeilu, lääkitykset). Kirjallinen ohjeistus näistä - Kotisairaalan esitteen antaminen, jossa yhteystiedot - Reseptit esim. kipulääkkeistä, maitohappobakteereista joita ei sairaalasta voi hoitoon liittyen antaa mukaan - Osaston sh tarkastaa kanyylin toimivuuden, ohjaa kanyylin hoitamisen vanhemmille. - Varmistaa että tmp:t on tehty, jotka voi tehdä valmiiksi (esim. nenämahaletkun vaihto jos olisi esim. seuraavana päivänä ja kotiin ei olisi muuta tarvetta mennä)	

ASIAKKAALLE NÄKYVÄN RAJA

Näkömätön osa	Palvelutuotanto	- Hoitaja raportoi lapsesta lääkärille, keskustelu kotisairaalan mahdollisuudesta. - Kotisairaalan tilanteen selvittämisen etukäteen, mahtuuko potilaaksi? Onko kotisairaala auki? Osastolla tulee olla ajantasainen tieto kotisairaalan aukiolosta, tiivis yhteistyö ja informointi osaston kanssa - EHDOTUS: Kotisairaalan hoitaja käy esittelemässä perheelle toiminnan ja sopii+järjestää aikataulut käynneille	- Kotisairaalan sh selvittää ja suunnittelee käynnit - Hoitosopimuksen skannaaminen papereihin - Hoitosuunnitelman tekeminen, lääkäri + kotisairaalan sh (lääkkeet, verikokeet, kontrollit, lääkäri tekee selvät määräykset mitä seurataan sekä rajat arvoille, lääkäri tekee valmiiksi suunnitelman, mihin lapsi tulee voimien huonontuessa) - Laatii lainaussopimuksen kotiin annettavista laitteista ja tarvikkeista	- Potilaan uloskirjaus osastolta, siirto kotisairaalan potilaaksi - Huolehtii tarvittavat tilaukset (lääkkeet, tarvikkeet) - Osaston sh kirjaa tarkan jatkohoitosuunnitelman hoitotyön yhteenvedon (antaa yhteenvedon perheelle mahdollisuuksien mukaan)
----------------------	------------------------	--	--	---

Näkyvä osa	Lapsi ja perhe	Vanhemmat seuraavat lapsen vointia kotona	Lapsi ja perhe tapaa hoitajan tullessa kotikäynnille	Kotisairaalan hoidon päätyminen
	Palvelun toteuttajat	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteys sairaalaan voinnin huonontuessa tai jos tulee kysyttävää - Jos vointi huononee, suoraan osastolle tuleminen - Kotisairaalan tai osaston sh ohjaa ja neuvoo perhettä puhelimitse 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitaja saapuu kotiin - Keskustellaan lapsen voinnista, katsotaan perheen pitämää "päiväkirjaa", arvioidaan vointia sen avulla ja ohjataan perhettä (esim. lisää nesteitä) - Hoitaja toteuttaa lääkärin määräykset + tekee mittaukset oman arvion perusteella - Tekee tarvittavat hoitotoimenpiteet - Sovitaan seuraavasta käynnistä - Informoi perhettä jos sovittuun aikatauluun tulee muutos - Informoi perheelle esim. verikokeiden vastaukset ja lääkärin tekemät muutokset hoitoon 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitosuhde päätetään perheen kanssa selkeästi, tiedävät että hoito loppuu - Lupa olla yhteydessä samaan vaivaan liittyen muutama päivä - Tarvikkeiden palautus - Palautteen pyytäminen perheiltä (sähköinen) - Sovitaan perheen kanssa kontroleista ja jatkohoidosta

VUOROVAIKUTUS

ASIAKKAALLE NÄKYVÄN RAJA

Näkymätön osa	Palvelutuotanto	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitaja informoi lääkärinä lapsen voinnista jos muutoksia - Lääkäri tekee tarvittaessa uudet määräykset hoidosta - Sh kirjaa voinnista 	<ul style="list-style-type: none"> - Suunnittelee päivän työjärjestyksen, katsoo reitit - Valmistautuu käyntiin varaamalla tarvikkeet+lääkkeet - Huolehtii, että varustekassin sisältö on kunnossa (tarkastuslista) ja EA- lääkkeet voimassa - Pakkaa auton (missä autoa säilytetään?) - EHDOTUS: Kotisairaalan potilaskansiot paperiversiona mukana käynnillä, siinä hoitosopimus, lääkärin viimeiset määräykset sekä hoitosuunnitelma: voi tarkastaa osoitteet, numerot yms. ilman tietokonetta (kaikki kansiot mukana käynnillä, ei autossa) - Suojavaatteiden säilytys autossa + vaihtovaatteet - Kirjaa käynnin jälkeen Effican (auto tai sairaala) - Informoi lääkärinä lapsen voinnista - Päivittää hoitosuunnitelmaa - Ajopäiväkirjan pitäminen? - Lab.vastauksien tuloksien seuranta 	<ul style="list-style-type: none"> - Sh tekee hoitotyön yhteenvedon - Lääkäri tekee epikriisin - Sihteeri hoitaa laskutukseen liittyvät asiat - Tarvittavien kontrollien yms. aikojen varaaminen - Kirjaa tarvikkeet palautetuiksi - Uloskirjaa potilaan kotisairaalaan
----------------------	------------------------	--	--	---

LIITE 5. Tiedonkeruutaulukko eri sairaanhoitopiirien lasten kotisairaaloiminnasta

	Sairaanhoitopiiri 1	Sairaanhoitopiiri 2	Sairaanhoitopiiri 3	Sairaanhoitopiiri 4	Sairaanhoitopiiri 5	Sairaanhoitopiiri 6	Sairaanhoitopiiri 7
Sairaanhoitopiirin koko							
Toiminta käynnistynyt							
Henkilökunnan määrä							
Työvuorot							
Loma-aika							
Ruuhka-aika							
Vauvaperhetyö							
Käyntilukuja							
Potilasryhmät							
Saatavuus							
Matkat							
Lomakkeet							
Muuta infoa							
Tulevaisuuden haasteet							
Tavarat ja tilat							