

Hannele Korpela

Kokemuksena Kotisairaala

Vaikuttavuuden arvioinnista toiminnan kehittämiseen

Opinnäytetyö

Kevät 2021

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma, ylempi AMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Suuntautumisvaihtoehto: Kehittäminen ja johtaminen

Tekijä: Korpela Hannele

Työn nimi: Kokemuksena kotisairaala – vaikuttavuuden arvioinnista toiminnan kehittämiseen

Ohjaaja: Loppela Kaija, KT, yliopettaja

Vuosi: 2021 Sivumäärä: 67 Liitteiden lukumäärä: 3

Suomalaisen yhteiskunnan ikääntyminen aiheuttaa tarvetta reagoida laajasti ikärakenteen muutokseen. On suunniteltava ja tarjottava eri ikäisten väestöryhmien tarpeisiin suunnattuja monipuolisia palveluja. Yhtenä tärkeänä tarkastelun ja suunnittelun kohteena on kotona asumista mahdollistavat terveydenhoitopalvelut.

Lapuan kaupungissa aloitti keväällä 2020 pilottikokeiluna kotisairaala, joka täydentää kaupungin tarjoamia terveydenhoitopalveluja. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kotisairaalan asiakkaiden ja henkilökunnan kokemuksia kotisairaaloiminnasta sekä tutkia kotisairaaloiminnan pilottijakson vaikutusta osana organisaation terveyspalveluita. Työn tarkoituksena on toiminnasta kerätyn tutkimusaineiston avulla kehittää kotisairaalan laadukasta toteuttamista organisaation omana toimintana.

Opinnäytetyössä on sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen piirteitä. Määrällinen eli kvantitatiivinen aineisto saatiin kotisairaalan toimintaan liittyvistä dokumenteista ja tilastoista sekä kotisairaalan asiakkailta kerätystä kyselytutkimuksesta (n=11). Tutkimustulokset esitetään sekä kirjallisessa muodossa että teemaa havainnollistavina kuvioina. Laadullinen eli kvalitatiivinen aineisto kerättiin henkilökunnalle (n=4) kohdistetusta SWOT- nelikenttäanalyysistä ja vertaishaastattelusta sekä asiakkailta kerätyn kyselytutkimuksen avoimien kysymysten vastauksista. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, jota ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Analyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti.

Kotisairaalan pilottijakson ajalta saatujen positiivisten vaikuttavuusarvioiden perusteella kotisairaaloiminta vakinaistettiin vuoden 2021 alusta lähtien. Kotisairaaloiminnan avulla asiakkaiden osastojaksot ovat lyhentyneet tai ne on vältetty kokonaan. Kotisairaalan pilottijakson aikana on luotu toimiva hoitopolku ja toimintatapa palliatiivisen hoitopäätöksen saaneille asiakkaille. Tulevaisuudessa kotisairaaloimintaa voidaan kehittää muun muassa terveysteknologian avulla, tämä olisi myös ajankohtainen kotisairaaloimintaan liittyvä jatkotutkimuksen aihe.

Avainsanat: kotisairaala, kokemus, vaikuttavuus, laatu, dialogisuus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master`s Degree Programme in Development and Management in Health Care and Social Work

Specialisation: Development and management in Health Care and Social Work

Author/s: Korpela Hannele

Title of thesis: Experiences of Home Hospital Care – Evaluation of Effectiveness and Operational Development

Supervisor(s): Loppela Kaija, PhD, Principal Lecturer

Year:2021

Number of pages: 67

Number of appendices: 3

The ageing of Finnish society causes a need for a broad response to the change in the age structure. Diverse services aimed at the needs of population groups of different ages must be designed and provided. One important focus of the review and planning is health care services that enable living at home.

In spring 2020, a home hospital was started in the city of Lapua as a pilot experiment to complement the health care services provided by the city. The aim of this thesis is to study the experiences of home hospital clients and staff in home hospital operations, and to study the impact of the pilot period of home hospital operations as part of the organization's health services. The purpose of the work is to develop high-quality implementation of home hospital as the organization's own operations with the help of research data collected from the operations.

The thesis has features of quantitative and qualitative research. Quantitative data were obtained from documents and statistics related to the operation of the home hospital and from a survey collected from the clients of the home hospital (n=11). The results of the study are presented both in written form and as illustrative patterns of the theme. Qualitative data was collected from SWOT four-field analysis and peer interviews targeted at staff (n=4), as well as from the answers to open questions in a survey collected from customers. The data was used as an analytical method for content analysis, guided by the purpose of the study and research questions. The analysis was carried out inductively.

Based on positive impact assessments received during the pilot period of the home hospital, the home hospital operations were established from the beginning of 2021. With home hospital operations, clients' ward periods have been shortened or avoided altogether. During the pilot period of the home hospital, a functional treatment path and operating method have been created for customers who have received a palliative care decision. In the future, home hospital operations can be developed, for example, through health technology, which would also be a topical subject of further research related to home hospital operations.

Keywords: home hospital, experience, effectiveness, quality, dialogue

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo.....	7
1 JOHDANTO.....	8
2 KOTISAIRAALA.....	10
2.1 Kotisairaaloimintaa määrittelevää lainsäädäntöä.....	10
2.2 Kotisairaala toiminnan taustaa ja tulevaisuutta.....	11
2.3 Kotisairaalan henkilöstö.....	11
2.4 Kotisairaalan asiakkaat.....	12
2.5 Koti toimintaympäristönä.....	13
2.6 Kotiin annettavien sosiaali- ja terveystalveluiden taustaa.....	14
2.6.1 Kotisairaanhoido.....	15
2.6.2 Kotipalvelu.....	15
2.6.3 Kotihoito.....	15
2.6.4 Kotiutustiimi/ Kotikuntoutustiimi.....	16
2.7 Kotiin annettavien palvelujen yhteistyö.....	17
3 KOKEMUS.....	18
3.1 Kokemusasiantuntijuus.....	18
3.2 Asiakaskokemus.....	19
4 VAIKUTUS JA VAIKUTTAVUUS.....	20
4.1 Vaikutus ja vaikutuksen arviointi.....	20
4.2 Vaikuttavuus ja vaikuttavuuden arviointi.....	21
5 TERVEYSTALVELUIDEN LAATU.....	24
5.1 Laadunhallinnan lähtökohta.....	24
5.2 Terveystalvelun laatu ja asiakaslähtöisyys.....	25
6 DIALOGISUUS.....	27
6.1 Dialogisuus työyhteisössä.....	27
6.2 Dialoginen johtajuus.....	28
6.3 Dialogisuus asiakastyössä.....	29

7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	30
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
8.1	Aiheen valinta.....	31
8.2	Nykytilanteen kuvaus	32
8.3	Opinnäytetyön prosessin eteneminen	33
9	AINEISTONKERUU JA ANALYSOINTI.....	36
9.1	Aineistonkeruu asiakkailta.....	36
9.2	Aineistonkeruu henkilökunnalta.....	37
9.3	Tilastoihin perustuvan tutkimusaineiston kerääminen	38
9.4	Laadullisen aineiston analysointi.....	39
9.5	Määrällisen aineiston analysointi.....	40
10	TUTKIMUSTULOKSET	41
10.1	Kotisairaalan asiakkailta kerätyn kyselytutkimuksen tuloksia.....	41
10.1.1	Kokemus kotisairaalan asiakkaan saamasta hoidosta	42
10.1.2	Kokemus kohtelusta kotisairaalan asiakkaana.....	43
10.1.3	Hoitokokemus	44
10.2	Kotisairaalan henkilökunnalta kerätyn SWOT- tutkimuksen ja vertaishaastattelun tuloksia	44
10.2.1	Sairaanhoitajan kokemus kotisairaalaista	45
10.2.2	Dialogisuus	46
10.2.3	Laatu	46
10.2.4	Vertaishaastattelu	47
10.3	Kotisairaalan pilottijakson aikana kerättyjä tilastotuloksia	48
10.3.1	Ikäjakauma.....	49
10.3.2	Mistä kotisairaalan asiakkaaksi.....	49
10.3.3	Käyntisyys.....	50
10.3.4	Jatkohoito.....	52
10.3.5	Kotisairaala osa terveyskeskuksen akuutti- ja kuntoutusosastoa....	53
11	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	55
11.1	Jatkotutkimusideoita	57
12	POHDINTA	58

12.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	59
LÄHTEET	61
LIITTEET	67

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo

Kuvio 1. Kotisairaalan ja kotihoidon sijoittuminen kaupungin organisaatiossa	16
Kuvio 2. Kehittämistehtävän eteneminen	35
Kuvio 3. Asiakaskyselyn tulokset 1.	42
Kuvio 4. Asiakaskyselyn tulokset 2.	43
Kuvio 5. Asiakaskyselyn tulokset 3.	44
Kuvio 6. Kotisairaala asiakkaat	49
Kuvio 7. Mistä kotisairaalan asiakkaaksi	50
Kuvio 8. Käyntisyys	51
Kuvio 9. Jatkohoito	52
Kuvio 10. Toteutunut toiminta 2019–2020	53

1 JOHDANTO

Suomalaisessa yhteiskunnassa ikääntyneen väestön määrä kasvaa, samalla kun työikäisten ja lasten määrä vähenee. Ennusteiden mukaan erityisesti vanhemmat ikäryhmät kasvavat voimakkaasti. Yhteiskunnan on reagoitava laajasti tähän ikärakenteen muutokseen ja erityisesti iäkkäämpien väestöryhmien tarpeisiin. Yhtenä ajankohtaisena tarkastelun ja suunnittelun kohteena on kotona asumista mahdollistavat palvelut ja toimivat palvelukokonaisuudet eli terveyspalvelut, kotihoito, omaishoito ja näiden kanssa tiiviissä yhteistyössä toimiva tehostettu- ja arkikuntoitus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. 10–13, 29.)

Terveydenhuoltolaki (2010) edellyttää että, terveydenhuollon toimintayksikön toiminnan toteutus tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaista. Lain tavoitteena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolain mukaan asiakkaalla on mahdollisuus valita terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Potilaan roolia on vahvistettu oman hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lain tavoitteena on asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. (L. 30.12.2010/ 1326.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli vanhuspalvelulaki on säädetty joulukuussa 2012. Tämän lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä, terveyttä ja itsenäistä selviytymistä sekä parantaa mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien asioiden valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen asuinkunnassaan. Lain tarkoituksena on myös parantaa iäkkään väestön mahdollisuutta saada palvelua ja ohjausta tarpeidensa mukaisesti ja riittävän ajoissa toimintakyvyn heikentyessä, sekä vahvistaa vaikutusmahdollisuutta hänelle järjestettävien palvelujen sisällöstä, toteuttamistavasta ja valinnan mahdollisuudesta. (L. 28.12.2012/980.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve tulee lisääntymään tulevien vuosien kuluessa ikärakenteen muutoksen takia. Samaan aikaan, kun suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on muuttumassa monen erilaisen järjestelmän ja palveluntuottajan hoitettavaksi, terveydenhuollon resurssit ovat vähenemässä sekä tehokkuus- ja tuotavuusvaatimukset lisääntymässä, on yleinen keskustelu toimintojen ja palveluiden

vaikuttavuudesta lisääntynyt. Terveysthuollon palvelujen tavoitteena on saada aikaan myönteistä vaikuttavuutta sekä palvelujen käyttäjän, veronmaksajan että yhteiskunnan näkökulmasta katsoen. (Silvennoinen- Nuora 2010, 5–7.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksen mukaan maailmalla esiintyvät megatrendit ja alueellinen kehittyminen, vaikuttavat sekä Suomen kansainväliseen asemaan että suomalaisille tuttuihin hyvinvointiin, tasa-arvoon ja turvallisuuteen. Tulevaisuudessa maailma on sekä verkostoitunut että pirstaleinen ja Suomi entistä monimuotoisempi. Yhteiskunnan menestyminen tässä muutostilanteessa vaatii poikkihallinnollista yhteistyötä, sopeutumista, vaikuttamista ja vaikuttavuuden huomioimista. Poikkihallinnollisella yhteistyöllä saavutettu päätöksenteko kehittää yhteiskuntaa ja palveluja paremmin kuin yksittäiset eri toimialojen päätökset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018 a, 9–11.)

SOTE- uudistuksen tavoitteina on asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja kustannusten kasvun hillintä. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan asiakaslähtöisyyden ja riittävän resurssoinnin lisäksi myös tiedolla johtamisen kehittämistä. Vaikuttavuus ja kustannustehokkuus paranevat, kun ongelmat ratkaistaan näyttöön ja parhaaseen tietoon perustuvien käytäntöjen avulla. On osattava yhdistellä eri hallinnonalojen tietoa ilmiöiden ja ongelmien syiden löytämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018 a, 14–15.)

Kotiin vietävän terveydenhoitopalvelun avulla asiakas saa tarvitsemaansa hoitoa ja hänen toimintakykyään huomioidaan niin, että kotona asuminen onnistuu mahdollisimman itsenäisesti. Tämä lisää elämän mielekkyyttä sekä oman elämän hallintaa. On mielekästä, että asiakkaalle luodaan mahdollisuus saada tarvitsemaansa hoitoa omassa kodissaan ja että hänet saadaan sitoutumaan omaehtoiseen kuntoutumiseen. Asiakkaan kyky osallistua ja toimia itsenäisesti mahdollistaa arjessa selviytymisen ja itsenäisen kotona asumisen mahdollisimman pitkään. (Niemelä 2011, 66.)

Tämän tutkimuksen toimintaympäristönä on Lapuan kotisairaala, joka aloitti toimintansa pilottikokeiluna keväällä 2020. Tutkimuksen avulla selvitetään asiakkaiden ja henkilökunnan kokemuksia kotisairaaloiminnasta pilottijakson jälkeen sekä kotisairaaloiminnan vaikutusta organisaation uutena terveystalona. Kotisairaaloiminnan kehittämiseen käytetään tutkimuksesta saatavia tuloksia.

2 KOTISAIRAALA

Kotisairaala toteuttaa lääkärin määräämää sairaalatasoista, määräaikaista hoitoa asiakkaan kotona tai muussa asumispaikassa. Hoito toteutetaan kotona yhteisymmärryksessä asiakkaan ja / tai hänen läheisensä kanssa. Asiakkaalla on oikeus päättää, haluaako hän tulla hoidetuksi kotonaan vai saako tarvitsemansa hoidon sairaalassa. Kotisairaalahoidolla voidaan nopeuttaa kotiutumista, välttää osastojakso kokonaan tai vähentää poliklinikka käyntejä. Kotisairaalahoito voi olla suomensäisen lääkityksen toteuttamista, näytteen ottamista, kivunhoitoa, asiakkaan ohjaamista tai voinnin seuraamista. Kotisairaaloiminta voi olla myös kokonaisvaltaista asiakkaan saattohoitoa ja läheisten tukemista tai kotona toteutettavaksi soveltuvaa erikoissairaanhoidoa. (Kotisairaalapilotin toimintasuunnitelma ja – raportointi 14.4.-30.9.2020.)

2.1 Kotisairaaloimintaa määrittelevää lainsäädäntöä

Terveystoimintalaki (1326/2010) 25§ määrittelee kotisairaalan toimintaa. Kotisairaalahoito on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Kotisairaalan toiminta on lääkärijohtoista moniammatillista toimintaa. Henkilö tarvitsee diagnoosin, hoitosuunnitelman ja lähetteen tullessaan kotisairaalan asiakkaaksi. (Ollila 2018, 10–13.)

Kotisairaala-toiminnan yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) sekä aluehallintovirasto (AVI) ovat laatineet yhdessä valtakunnallisen valvontaohjelman vuosille 2020–2023. Toiminnan yhtenä painopistealueena on kotiin vieävien terveydenhuoltopalveluiden valvominen. Valvonnan tarkoituksena on varmistaa, että asiakkaat saavat perusoikeuksien heillä turvaamaan tasa-arvoista, laadukasta ja turvallista palvelua. Valvira ja AVI myös valvovat kuntia, joiden tehtävänä

muun muassa on varmistaa, että kunnan asiakkaat saavat hoito- ja palvelusuunnitelman ja tehtyjen palvelupäätösten mukaista palvelua. (Valvira 2020, 7–9, 13.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) terveydenhuoltoalan asiantuntijaviranomaisena toimii Terveystieteiden – ja Hyvinvoinninlaitos (THL). Se kerää myös kotisairaaloimintaan liittyvää tilastotietoa. (Ollila 2018, 10–13.)

2.2 Kotisairaala toiminnan taustaa ja tulevaisuutta

Euroopan ensimmäinen kotisairaala perustettiin Pariisiin vuonna 1961, Yhdysvalloissa toiminta alkoi 1970-luvulla. Suomalaisen kotisairaaloiminnan katsotaan saaneen oppinsa Ruotsin Motalaan vuonna 1977 perustetusta kotisairaalasta. Suomen ensimmäinen kotisairaala aloitti toimintansa vuonna 1995 Tammisaarella. Vuoden 2010 jälkeen kotisairaaloita on perustettu kiihtyvällä vauhdilla sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon järjestämänä. (Ollila 2018, 11–12.)

Tulevaisuudessa kotisairaalan toiminta monipuolistuu ja laajenee, kun osana hoito- ja palveluun liittyviä, seuranta- ja lääkehoidon toteuttamista otetaan käyttöön terveysteknologioita. Lähtökohdaksi terveysteknologian käytölle on aina potilaan etu ja potilasturvallisuus. Teknologian kehitys on nopeaa ja terveydenhuoltoalalla on osattu hyödyntää sen tuomia mahdollisuuksia muun muassa erilaisilla potilaan omaa aktiivisuutta ja osallisuutta lisäävillä laitteilla, esimerkiksi diabeetikon verensokeriarvojen tallentaminen internet-pohjaiseen ohjelmaan, jota terveydenhuollon ammattilainen voi hyödyntää hoidon arvioinnissa. Terveysteknologian käyttämiseen tarvitaan hoitohenkilöstöltä erilaista ammattitaitoa ja osaamista kuin perinteiseen hoitotyöhön sisältyy. (Kivekäs, Toppinen, Kokki, Mäntyselkä, Kinnunen, Huusko & Saranto 2017, 184–186.)

2.3 Kotisairaalan henkilöstö

Kotisairaala toiminta on valtakunnallisesti nuorta eikä täysin oikeanlaista hallintorakennetta ole vielä löydetty. Hallintorakenne vaihtelee myös sen mukaan, onko kotisairaaloiminta erikoissairaanhoidon vai perusterveydenhuollon alasta, yksityisen tai julkisen terveydenhuollon järjestämää. Kuitenkin aina lääkäri arvioi asiakkaan

soveltuvuuden ja lähettää hänet potilaaksi kotisairaalaan. Hoitotyötä kotisairaalan asiakkaan kotona toteuttavat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat lääkärin tekemän hoitosuunnitelman ja ohjeen mukaan. Kotisairaalan toimintaa johtaa ja ohjaa hoitotyön johtaja, koordinaattori tai jokin muu lähiesimies, joka on päivittäin lähellä toimintaa. (Guldogan 2018, 28–29.)

2.4 Kotisairaalan asiakkaat

Kotisairaalassa voidaan hoitaa kaikenikäisiä asiakkaita, aikuisille asiakkaille ja lapsi asiakkaille on kuitenkin järjestetty oma kotisairaala toiminta. Lasten kotisairaala on erikoissairaanhoidon lastenosaston alaista toimintaa ja siellä on työntekijöinä kokeneita lastensairaanhoitajia. Lasten kotisairaalassa tehdään tiivistä yhteistyötä vanhempien ja muun perheen kanssa, että lapsen hoito toteutuu turvallisesti ja sujuvasti. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään tarkemmin täysi-ikäiselle asiakkaalle suunnattua kotisairaalatoimintaa. Seuraavat asiakaskriteerit sisältyvät tässä tutkimuksessa olevan Kotisairaala-pilotin toimintasuunnitelmaan. (Liite 3)

* Vähintään 18 vuoden ikä

* Asiakas haluaa tulla hoidetuksi kotonaan ja hänen vointinsa sen sallii

* Lääkäri on arvioinut asiakkaan soveltuvuuden kotisairaalapotilaaksi ja on laatinut hoitosuunnitelman

* Asiakas selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan itsenäisesti tai läheisten ja tukipalvelujen avulla

* Asiakas sitoutuu noudattamaan sovittuja aikoja, päihteettömyyteen hoidon ajan sekä tupakoimattomuuteen hoitokäyntien aikana

*Lemmikkieläimet pidetään kytkettyinä tai toisessa huoneessa hoitokäyntien aikana

(Kotisairaalapilotin toimintasuunnitelma ja – raportointi 14.4.-30.9.2020)

Ollilan mukaan kotisairaalan asiakkaaksi voi siirtyä akuuttivaiheessa oleva tai sen ohittanut potilas, joka tarvitsee vielä sairaalatasoista hoitoa, mutta ei jatkuvaa valvontaa tai seurantaa. Tällaisia potilaita voivat olla muun muassa suonensisäistä antibioottia tarvitsevat infektiopotilaat, nesteytystä tarvitsevat, kirurgiset leikkauksen

jälkihoitoa tarvitsevat, vaativat haavahoidot, lääkehoidon aloitukseen tai seurantaan liittyvä ohjauksen tarve. (Ollila 2018, 12–13.)

Palliatiivinen- ja saattohoitopotilas saa kotisairaala- asiakkaana yksilöllisen, turvallisen ja laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon sekä halutessaan turvallisen kuoleman kotona. Kotisairaalan käyntien avulla parantumattomasti sairas potilas voi saada samanlaisen kipulääkityksen kotonaan kuin saisi osastollakin, mutta sen lisäksi kotona korostuvat palliatiivisen hoidon psykososiaaliset, inhimilliset ja eettiset näkökulmat. (Saarelma 2015, 203.)

Kanadalaisen tutkimuksen mukaan kotona tapahtuvan palliatiivisen hoidon laadukkuutta lisää henkilökunnan tehokas ja joustava tiimityöskentely, kivun ja fyysisten oireiden hyvä hoito, asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi ja hoito, sekä perheen ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Seow & Bainbridge 2018).

On olemassa myös asiakasryhmiä, joita ei voi kotisairaalassa turvallisesti hoitaa tai jotka eivät sovellu kotisairaalan asiakkaaksi. Potilaat, joiden diagnoosia ei ole saatu selvitettyä tai tilanne on hyvin epävakaa sekä potilaat, jotka ovat sekavia, muistisairaita tai aggressiivisia, kuuluvat ryhmään, joiden hoito ei juuri sillä hetkellä ole kotisairaalaan soveltuvaa. Jos asiakas ei halua kotisairaalan asiakkaaksi tai ei osaa hälyttää apua puhelimella tai turvapuhelimella tai on päihdeongelmainen, hän ei sovellu kotisairaalan asiakkaaksi. (Ollila 2018, 13.)

Aina kotisairaalan asiakkaaksi soveltumattomuus ei tule esille lääkärin tekemässä arvioinnissa, vaan asia selviää vasta kotikäynnin yhteydessä. Koti voi olla esimerkiksi epähygieeninen, joten siellä ei ole mahdollista toteuttaa aseptista lääkehoitoa. Myös kodin ympäristön turvattomuus tai kodissa olevien ulkopuolisten henkilöiden läsnäolo saattaa estää asiakkaan turvallisen kotisairaalahoidon toteutumisen sekä vaarantaa henkilöstön turvallisuutta. (Husso 2018, 42–45.)

2.5 Koti toimintaympäristönä

Aina, kun potilasta hoidetaan hänen omassa kodissaan, hoitaja työskentelee potilaan ja hänen läheisensä reiviillä. Vaikka koti on, minkä kuntoinen, kokoinen tai

mallinen tahansa, se on asukkaidensa hallitsema ja heidän elämäntarinansa näköinen. Hoitaja ei voi mennä kotiin muokkaamaan tai järjestelemään sitä ilman omistajan suostumusta. Tämä seikka tuo haasteita muun muassa hoitotyön ergonomian ja turvallisuuden huomioimisessa. Hiljalleen kehittynyt tutustuminen asiakkaaseen, läheisiin ja kodin antamiin mahdollisuuksiin, voi antaa hoitajalle mahdollisuuden perustella, miksi jokin apuväline tai toiminnanmuutos voisi parantaa hoidon onnistumista ja jatkuvuutta. (Saarelma 2005, 205–211.)

Kotona työskentelyn lähtökohtana on aina ammatillisuus ja korkeatasoinen osaaminen, vaikka kotona ammattihenkilön rooli voi olla myös enemmän lähimmäinen kuin sairaalassa työskennellessä. Kotona asiakasta hoitaessa tutustuu väistämättä myös asiakkaan läheisiin, koska esimerkiksi saattohoitopotilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä läheisten kanssa. Tällöin myös kodin mahdolliset ristiriidat ja esimerkiksi taloudelliset ongelmat tulevat esille, ja hoitajalta voidaan pyytää ohjeita ongelmiin. Tällaisessa tilanteessa sekä toivon kannattelussa on oltava kuunteleva ja hienovarainen, sekä toimittava tehokkaasti ketään syylistämättä. Kotona työskennellessä hoitajan keskeinen työkalu on oma persoona ja tapa, millä hän tuo esille kiireettömyyden, joustavuuden, tilanneherkkyyden ja läsnäolon. (Saarelma 2005, 205–211.)

2.6 Kotiin annettavien sosiaali- ja terveystalveluiden taustaa

Kotihoidon historiallisen lähtökohdan tunnistaminen auttaa ymmärtämään paremmin kotiin vietävien palvelujen kehittymistä ja kotihoidon työnjaon taustaa. Kotipalvelun kodinhoidollinen työ ja kotisairaanhoidon sairaanhoitotyö ovat kehittyneet toisistaan erillään. Kotipalvelu käynnistyi 1940-luvulla, kun Väestöliitto aloitti kodinhoitajakoulutuksen ja vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain myötä syntyi kotisairaanhoido. Vuoden 2004 väliaikainen lakimuutos mahdollisti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen kotihoidoksi, myös niissä kunnissa, joissa ei ollut sosiaali- ja terveystalvalakuntaa yhdistetty perusturvaksi. Yhdistämisen edellytyksenä oli, että se ei saanut aiheuttaa merkittävää haittaa sosiaali- ja terveystalvaluon hoitotyölle, vaan sen piti parantaa laatua. (Ollila 2018, 10–11.)

2.6.1 Kotisairaanhoido

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä asukkaidensa kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido voi olla hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuvaa tai tilapäistä terveyden – ja sairaanhoidon palvelua. Palvelu voi olla myös tehostettua kotisairaanhoidoa, jolloin toiminta voi olla hyvin samantyyppistä kuin kotisairaalan toiminta. Hoito voidaan toteuttaa asiakkaan kodissa tai siihen verrattavissa asuinpaikassa. Hoitotarvikkeet, jotka kuuluvat hoitosuunnitelman mukaan käytettäväksi asiakkaan pitkäaikaisen sairauden hoitoon, sisältyvät kotisairaanhoidon käyntimaksuun. Kotisairaanhoidon maksut määräytyvät sen mukaisesti, onko hoito tilapäistä vai jatkuvaa ja säännöllistä. (Ollila 2018, 10–11.)

2.6.2 Kotipalvelu

Kotipalvelu on sosiaalihuoltolain (1301/ 2014) mukaista kunnan järjestämää palvelua, jota annetaan toimintakykyä heikentävän sairauden tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella. Kotipalvelun toiminnot voivat olla hoitoa ja huolenpitoa, jokapäiväiseen elämään kuuluvia tehtäviä tai niissä avustamista. Kotipalvelun maksut määräytyvät sen mukaisesti, onko hoito tilapäistä vai jatkuvaa ja säännöllistä. Kotipalvelun toimintaa täydentävät tukipalvelut, joita ovat muun muassa ateriapalvelu, siivous- ja asiointipalvelu. Tukipalvelujen maksut määräytyvät usein kuntakohtaisesti ja niihin voidaan käyttää myös palveluseteleitä, jos ne ovat kunnassa käytössä. (Ollila 2018, 10–11.)

2.6.3 Kotihoito

Kunnat voivat yhdistää terveydenhuoltolakiin (1326/2010) perustuvan kotisairaanhoidon ja sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) perustuvan kotipalvelun kotihoidoksi. Kotihoidon ja sen antamien tukipalvelujen avulla tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä. Laadukas kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan yhdessä työntekijän, asiakkaan ja läheisen kanssa, sen toteutumista seurataan ja palvelujen tarpeen muuttuessa sitä tarkistetaan. (Ollila 2018, 10–11.)

2.6.4 Kotiutustiimi/ Kotikuntoutustiimi

Kotiutus- ja kotikuntoutustiimi auttaa asiakasta palaamaan sairaalan osastojaksolta takaisin kotiin tai järjestää tehostetun kotikuntoutusjakson kotihoidon asiakkaalle, jonka toimintakyky tilapäisesti heikentynyt. Tiimin henkilökunta arvioi hoidon- ja tukipalvelun tarpeen yhdessä asiakkaan, omaisen ja koitiuttavan tahon kanssa. Tiimin moniammatilliseen asiantuntijajaksikkoon kuuluu muun muassa fysioterapeutti, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja toimintaterapeutti. He tekevät kotikäyntejä asiakkaan toimintakyvyn ja sairaanhoidollisen tarpeen mukaan useitakin kertoja päivässä ennalta sovitun ajanjakson (esimerkiksi 1–4 vkoa) verran sekä järjestävät tarvittaessa jatkohoidon joko kotihoidosta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. (Ollila 2018, 10–11, Lapuan kaupunki, 2020.) Maksu määräytyy usein kunnan oman suunnitelman mukaisesti esimerkiksi päivä- tai jaksomaksuna. Viimeisen vuosikymmenen aikana käynnistynyt kotiutus- ja kotikuntoutustiimi-palvelu voi toimia joko itsenäisenä yksikkönä tai yhdessä esimerkiksi kotisairaalan tai kotihoidon yksiköiden kanssa.



Kuvio 1. Kotisairaalan ja kotihoidon sijoittuminen kaupungin organisaatiossa

2.7 Kotiin annettavien palvelujen yhteistyö

Kotiin annettavien palvelujen asiakkaat, varsinkin kotisairaalan ja kotihoidon asiakkaat, ovat usein ikäihmisiä, jotka selviytyvät kotonaan toimintakykyä ylläpitävän hoidon ja hoivan avulla. Heidän kohdallansa pienikin toimintakykyä alentava sairaus tai vaiva voi lisätä nopeasti avun ja hoivan tarvetta. Kattava tiedonkulku ja laadukas yhteistyö eri kotiin annettavien palvelujen välillä, mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon erilaisissa tilanteissa. Kotisairaalan määräaikainen, lääkärin lähetteellä alkunsa saava hoitosuhde on hyvä saada tarvittaessa siirrettyä kotihoidon säännölliseksi, hoito- ja palvelusuunnitelman määritteleväksi hoitosuhteeksi. Tämän muutoksen onnistuminen vaatii yhteistyötä ja tiedonkulun onnistumista eri toimijoiden välillä. (Ollila 2018, 11–13.)

Tilastoinnin, kirjaamisen ja muun tiedonkeruun avulla voidaan arvioida palveluiden tehokkuutta ja henkilöstöresurssien riittävyttä. Asiakaskokemuskyselyiden avulla saadaan selville asiakkaiden kokemuksia palveluista ja voidaan arvioida kehittämisen tarvetta sekä kohdistaa kehittämistyötä oikeaan tarpeeseen. Asiakaskokemuksen jatkuva seuranta on tarpeellista ja vaikuttavaa, koska myönteinen asiakaskokemus voi lisätä palvelun kysyntää ja tarvetta. (Guldogan 2018, 28–29.)

3 KOKEMUS

Suomalaisen sivistyssanakirjan mukaan ”kokemus on kokemalla saatu tieto tai taito; koettu tapaus, elämys; perehtyneisyys, harjaannus, tottumus ” (Suomisanakirja, 2021).

Jones kuvailee artikkelissaan kokemuksen olevan psykofyysisten tuntemuksien ja vuorovaikutuksellisuuden yhdistelmä, joka on sidoksissa aikaan, paikkaan ja kulttuuriin. Kaikki kokemukset eivät välttämättä ole sanallisessa muodossa, mutta jos haluaa hyödyntää niitä kokemustietona, on pystyttävä sanoittamaan kokemuksen tuoma tunne ja tuntemus. (Jones 2018, 184–185.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/ 785) määrittelee potilaalle laissa turvattuja oikeuksia osallistua henkilökohtaisten hoitopäätösten tekoon terveydenhuollossa. Sairauskokemusten kautta kerättyä tietoa on huomioitu laajemmin terveydenhuollon tasolla vasta 2000-luvun aikana. Yksilön osallistaminen, teknologian ja omakohtaisen tiedon hyödyntäminen terveystalvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja kehittämisessä on mainittu myös terveystalveluissa strategioissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014,3). Yksilön kokemuksen huomioiminen talvelujen kehittämisessä on ollut käytössä varsinkin mielenterveys ja päihdetalveluissa, hiljalleen laajenemassa myös muiden terveydenhuoltalveluiden toimintatavaksi.

3.1 Kokemusasiantuntijuus

Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaisen tai läheisen sairauskokemuksen kautta kerääntynyttä tietoa. Monet järjestöt ja sairaanhoitopiirit kouluttavat kokemusasiantuntijoita, osallistaen heitä jakamaan omia kokemuksiaan sekä työstämään niitä yksin tai ryhmässä samalla esiintymistaitoja harjaannuttaen. Kokemusasiantuntijalla on mahdollisuus vaikuttaa monenlaisissa terveydenhuollon ryhmissä joko vapaaehtoisena tai palkattuna työntekijänä. (Jones 2018, 169, 171–173.)

Viime vuosien aikana osallisuus ja kokemusasiantuntijuus on sisällytetty osaksi hallituksen kärkihankkeita. Toiminnassa ovat osallisena maakunnan Sote alan ammatillaiset, jotka kehittivät uutta yhteistä toimintaa verkostoituen, omaa kokemusta ja

asiantuntijuutta hyödyntäen. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta, 2019, 78–81.) Jones & Pietilä (2017, 1–2) arvioivat tutkimuksessaan, että kokemusasiantuntijoiden osallistuminen terveystaloudellisten palveluiden suunnitteluun voi olla keino kehittää entistä asiakaskeskeisempiä ja kustannustehokkaimpia palveluja sekä tuoda esiin asiakkaan ääntä. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista kohennetaan kokemusasiantuntijuuden tunnustamisella osana terveystaloudellisten palveluiden kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018 b).

3.2 Asiakaskokemus

Asiakaskokemus ei ole uusi ilmiö, vaan se on ollut havaittavissa ilmiönä niin kauan kuin ihmisten välillä on ollut vaihdantaan liittyvää taloudellista toimintaa. Eri aikakausina on korostunut erilaiset asiat ja tekijät, eikä asiakkaiden kokemuksia ole pidetty tärkeänä toimintaan vaikuttavana tekijänä. Tällä hetkellä monet organisaatiot korostavat asiakaskokemuksen merkitystä jopa tärkeimpänä kilpailutekijänä.

Valtioneuvoston määritelmän mukaan asiakaskokemus tarkoittaa asiakkaan henkilökohtaista kokemusta organisaatiosta tai siihen liittyvästä suorasta tai epäsuorasta kontaktista (Torkki, Leskelä, Linna, Torvinen, Klemola, Sinivuori, Larsio & Hörhammer 2017, 7).

Asiakaskokemus on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana sekä julkisten organisaatioiden että erilaisten yritysten strategiseen sanastoon. Yhä useampi johtaja painottaa organisaationsa missioissa ja visioissa asiakaskokemusta ja sen positiivista merkitystä omalle toiminnalleen. Monien sairaanhoitopiirien keskeinen strateginen teema on asiakaskokemus ja sen jatkuva parantaminen. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 19–20.)

Saarijärvi ym. mukaan asiakaskokemuksesta on tullut tapa toteuttaa asiakaslähtöisyyttä konkreettisella tavalla. Näitä tapoja ovat muun muassa organisaation kyky ennakoita asiakkaiden muuttuvia tarpeita, oppia kokemuksesta ja luoda uusia, asiakkaalle arvoa tuottavia, palveluita ja tuotteita. (Saarijärvi ym. 2020, 21–23.) Asiakkaan kokemus palvelusta vaikuttaa siihen, miten hän palvelua jatkossa käyttää tai miten sitä suosittelee muille palvelua tarvitseville.

4 VAIKUTUS JA VAIKUTTAVUUS

Vaikutuksen määrittely ja vaikuttavuus ovat nykypäivänä usein esillä olevia asioita. Vaikutuksen arviointi ja mallintaminen tapahtuu mittaamalla ja kuvaamalla toiminnalla aikaansaatuja tuotoksia. Vaikuttavuus kuvaa toiminnan avulla saavutettuja tuotoksia ja vaikutuksia. Vaikuttavuutta kuvatessa on huomioitava erilaisia käsitteitä, jotka sisältyvät vaikuttavuuden arviointiin olennaisesti. (Soste, Suomen sosiaali- ja terveys ry, 2021.)

4.1 Vaikutus ja vaikutuksen arviointi

Vaikutus on muun muassa ihmisessä, ympäristössä, taloudessa tai rakenteessa tapahtuva konkreettinen muutos. Sen lähtökohtana on jonkinlaisen toiminnon, tapahtuman tai sattumuksen aikaansaama muutos aikaisempaan tilanteeseen verrattuna.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla vaikutus kohdistuu suoraan tai epäsuorasti ihmiseen. Vaikutus voi olla uuden oppimista, uuden käytännön tai asenteen sisäistämistä tai esimerkiksi lainsäädännön muutosta. Se voi ilmetä esimerkiksi terveydellisenä, fyysisenä, sosiaalisena, kielellisenä tai taloudellisena vaikutuksena ja se voi kohdistua eri ikäisiin ihmisiin. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2021a.)

Vaikutuksen arvioinnissa voidaan tutkia asioita, jotka kohdistuvat joko suoraan tai epäsuorasti ihmiseen. Nämä eivät ole toisistaan irrallisia asioita, vaan eri näkökulmia samaan tutkittavaan asiaan. Tutkittavan aiheen mukaan arvioinnissa painotetaan eri asioita, koska arviointeja ei kannata tehdä vain yhdestä näkökulmasta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2021a.)

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin tarkoituksena on ennakolta selvittää erilaisten suunnitelmien ja hankkeiden vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Vaikutuksen arviointia voidaan pitää suunnittelun ja päätöksenteon apuvälineenä, sen avulla voidaan löytää uusia näkökulmia päätösten vaikutuksiin. (Kauppinen & Tähtinen 2003, 2–3.)

Laadukkaassa vaikutuksen arvioinnissa hyödynnetään palvelua käyttävien asiakkaiden sekä sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaisten kokemuksia, koska heidän avullaan päätöksien määrittely sekä päätöksistä aiheutuvien vaikutuksien ja merkittävyyden tunnistaminen helpottuu. Osallistaminen ja vuorovaikutuksellisuus ovat tärkeä osa tiedonkeruuta. (Kauppinen & Tähtinen 2003, 4–5.)

4.2 Vaikuttavuus ja vaikuttavuuden arviointi

Vaikuttavuus (engl. effectiveness) on terveystaloustieteessä vakiintunut käsite, joka tarkoittaa tietyillä toiminnoilla saavutettua muutosta henkilön hyvinvoinnissa, terveydentilassa tai toimintakyvyssä. Kustannusvaikuttavuus on sosiaali- ja terveysalalla keskeinen mittari, sillä tarkoitetaan muutosta suhteessa käytettyihin euroihin eli kuinka paljon terveyshyötyä saavutettiin muutokseen käytettyä euroa kohden. (Pitkänen, Haavisto, Vähäviita, Torkki & Leskelä 2018, 2, 6.)

Vaikuttavuuden lähtökohta on nostettu terveydenhuoltoalan painopistealueeksi myös kansainvälisesti. Esimerkiksi OECD:n ministeriöneuvosto on painottanut vuoden 2017 julkaisussaan vaikuttavuutta ja sen merkitystä asiakkaille. OECD:n lausunnossa mainitaan vaikuttavuuden mittaamisen tärkeys ja rohkaistaan kehittämään vaikuttavuuteen liittyviä uusia toimintatapoja ja menetelmiä sekä ottamaan niitä aktiivisesti käyttöön. Monet kansainväliset organisaatiot ovat ottaneet vaikuttavuuden mittaamisen strategiseksi lähtökohdaksi. (Pitkänen ym. 2018, 5.)

Terveydenhuollon toiminnassa vaikuttavuus on tietyllä ajanjaksolla aikaansaatu toiminnanmuutos suhteessa tilanteeseen, jos toimintoa ei olisi toteutettu ollenkaan. Terveydenhuollossa tuottavuuden mittana pidetään kustannusten suhdetta yhteismitalliseksi muutettuun terveydenhuollon tuotokseen. Kun sama tuotos saavutetaan pienemmällä kustannuksella, tai aikaisemmalla kustannuksella saadaan suurempi tuotos, puhutaan tuotannon kasvusta. Tällä tavoin tuottavampi toiminta olisi myös vaikuttavampaa. Vaikuttavuus ja tuottavuus rinnastetaan usein terveydenhuollossa voimakkaasti talouteen liittyväksi asiaksi. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2021b.)

Terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuuden seuranta mahdollistaa voimavarojen ja resurssien oikeudenmukaisen kohdentamisen. Tietoa palvelujen terveyshyödyistä pitäisi kerätä menetelmän optimivaikuttavuudesta eli menetelmän tehosta parhaissa mahdollisissa olosuhteissa sekä myös menetelmän vaikuttavuudesta tavanomaisissa olosuhteissa eli arkivaikuttavuudesta. Seurannassa on hyvä huomioida myös asiakkaan kokemus terveydentilan muutoksesta ja arvio omasta parantumisestaan. (Terveydenhuollon laatuopas 2019, 13–15.)

Käsittelyssä olevan SOTE- uudistuksen yhteydessä on huomioitu, että palveluiden laatua on arvioitava tulosten ja vaikuttavuuden mukaan. Vuonna 2015 voimaan tulleen uuden sosiaalihuoltolain (1301/2014) 15§ mukaan palvelun vaikuttavuuteen tulee kiinnittää huomiota. Vaikuttavuus merkitsee sitä, että palvelu on saavuttanut tavoitteensa ja se on saanut aikaan tuloksia, jotka yleensä ovat muutoksia asiakkaan elämässä. Vaikuttavuuden todentaminen vaatii arviointia, jossa tarkastellaan palveluiden aikaansaamaa vaikutusta suhteessa muihin vaikuttaviin tekijöihin. (Kettunen 2017,3, 5–6.)

Vaikuttavuuden arvioinnin avulla voidaan hankkia tietoa palvelujen tuloksista. Aluksi on muodostettava käsitys palvelun tavoitteista, toimenpiteistä, miten tavoitteet pyritään saavuttamaan sekä odotettavista tuloksista. On arvioitava, ovatko valitut toimenpiteen vaikuttavia, saatiinko aikaan muutosta. Muutoksen hahmottamiseksi on käytettävä aiheeseen sopivaa kuvaustapaa eli mittaria. Tällaisia ovat esimerkiksi toimintakyvyn ja elämänlaadun mittarit. (Kettunen 2017, 2.)

Kun vaikuttavuutta arvioidaan, on pystyttävä määrittelemään toiminnan tulostavoitteet ja arvioimaan luotettavasti, millä toiminnoilla tavoitteet on pystytty saavuttamaan. Vaikuttavuuden arvioinnissa haasteellista on muun muassa se, miten pystytään eristämään juuri olennainen vaikutus kohderyhmässä tapahtuvaan muutokseen. (Soste 2021.)

Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisessä etsitään keinoja siihen, miten kuntalaisten erilaiset tarpeet saadaan onnistuneesti tyydytettyä. Vertailemalla ja arvioimalla palveluja ja eri toimintatapoja keskenään, voidaan löytää hyviä tapoja toimia. Uusi toimintatapa vaatii usein muutosta asiakaskäyttäytymisessä ja tämän

todentamiseen tarvitaan asiakaskokemuksen ja -vaikutuksen kartoitusta. Vaikuttavuuden arvioinnin avulla on mahdollista vaikuttaa laadukkaan ja asiakaslähtöisen palvelun kehittämiseen. (Kettunen 2017, 5.)

5 TERVEYSPALVELUIDEN LAATU

Maailmanlaajuinen kilpailu on kasvussa ja organisaatioiden on etsittävä jatkuvasti välineitä kilpailukyvyyn säilyttämiseksi. Tänä päivänä toiminnan laatu sekä laadunhallinta ovat keskeisiä tekijöitä organisaatioiden toimintaedellytyksille sekä kilpailukyvyille. Laadunhallinnan merkitys korostuu sekä julkisten että yksityisten yksiköiden toiminnassa. Suomalaisen terveydenhuollon laatu on kansainvälisessä vertailussa saanut hyvän arvosanan, tulokseen on vaikuttanut muun muassa Suomen korkea koulutus- ja elintaso sekä vähäinen väestön määrä.

5.1 Laadunhallinnan lähtökohta

Terveydenhuoltolaki (2010) edellyttää että, terveydenhuollon toimintayksiköillä on suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lain mukaan toiminnan toteutus tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaista. Lain tavoitteena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta.

Sosiaalihuoltolain (2013) tavoitteena on turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet. Sosiaalihuollon toimintayksikön on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaalla on mahdollisuus nykyisen palvelujärjestelmän puitteissa hyödyntää valinnanvapauttaan. Valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta valita hoitopaikka ja terveydenhuollon ammattilainen. Kiireellistä hoitoa on annettava asiakkaalle asuinkunnasta riippumatta. Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan määrittelee terveydenhuoltolaki. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu ei ole vain yksi kaikkien hyväksymä määritelmä, vaan siihen sisältyy monta eri ulottuvuutta. Laatuun sisältyy asiakas- ja potilaskeskeisyys, palvelujen yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus ja oikea-aikaisuus sekä asiakas- ja potilasturvallisuus ja toimintaan vaikuttavien menetelmien käyttö. Laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi ja varmistamiseksi on sosiaali- ja terveyshuollossa tehtävä jatkuvaa, syklimäistä toiminnan suunnittelua, kehittämistä ja arviointia. Riskien huomiointia tapahtuu sekä strategisella tasolla että käytännön toiminnassa. Kehittämistyön apuna käytetään mm. omavalvontaa, viranomaisvalvontaa sekä erilaisissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Ennakoivan toiminnan avulla on mahdollista estää vahinkoja ja vaaratilanteita sekä toiminnan kannalta negatiivisia tapahtumia. (Terveydenhuollon laatuopas 2019, 5. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 14,17,25.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadun järjestelmällinen seuranta ja jatkuva parantaminen on nopean yhteiskunnallisen muutoksen myötä integroitumassa entistä paremmin osaksi arkipäivän toimintaa. Kun hoitokäytännöt kehittyvät, laatutietoisuus ja laadun arviointiin käytettävät mittarit uudistuvat, on tärkeää uudistaa ja päivittää myös toimijoiden välinen työn- ja vastuunjako sekä tiedonkulkuun liittyvät toiminnot. Palveluntuottajalla on kuitenkin aina suurin vastuu toimintansa laadusta sekä omavalvonnasta, ja potilaiden tulee saada luotettavaa tietoa palvelujen laadusta. (Terveydenhuollon laatuopas, 2019, 5,7,15.)

5.2 Terveyspalvelun laatu ja asiakaslähtöisyys

Tiaisen (2015, 138) tutkimuksen mukaan asiakkaan omat odotukset, ominaisuudet ja osallistumismahdollisuudet vaikuttavat hänen kokemukseensa hoidon laadusta. Henkilökunnan ammattitaito, asiakaspalveluosaaminen ja vuorovaikutustaidot muokkaavat oleellisesti asiakkaan näkemystä laadukkaasta hoidosta. Myös palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja palveluprosessin sujuvuus ovat tärkeitä tekijöitä, kun asiakas arvioi palvelun laatua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on alettu kiinnittämään huomiota asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Asiakas nähdään entistä enem-

män aktiivisesti hoitoonsa yhteistyössä palvelun antajan kanssa osallistuvana henkilönä. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa muun muassa palvelun laatuun vaikuttavuus- ja kokemustietonsa avulla. (Jonsson, Pikkujämsä & Heiliö 2019, 82.)

Sote-uudistuksen myötä etenevä palvelujärjestelmän uudistamisen keskeisempiä tavoitteita on lisätä asiakaslähtöisyyttä, yhdenvertaisuutta ja saavutettavuutta. Näiden tavoitteiden toteutuminen vaatii asiakasosallisuuden vahvistamista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa oman palvelun ja jopa palvelukokonaisuuksien ideointiin, kehittämiseen ja arviointiin. Kokemus osallisuudesta lisää hyvinvointia ja tuo kokemustiedon näkyväksi ammatillisen ja tieteellisen tiedon rinnalle. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019.)

Asiakasosallisuuden toteutumiseen sisältyy keskustelu, kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen erilaisissa asiakas-, potilas- ja hoitotilanteissa. Laadukkaassa hoitosuhteessa kommunikointi tapahtuu keskinäisen kunnioittamisen ja tasa-arvon lähtökohdasta, jossa arvostetaan toisen henkilön näkökulmaa ja kokemusta. Tällainen dialoginen kohtaaminen mahdollistaa hoitotyön laadun parantamisen sekä tehostaa osallisuuden kokemusta.

6 DIALOGISUUS

Dialogin lähtökohtana on keskusteluun osallistuvien henkilöiden keskinäinen tasa-arvo ja kunnioittaminen. Yhdessä tapahtuvan ajattelun ja oppimisen, syväkuuntelun ja ongelmaratkaisuun pyrkivän keskustelun avulla on mahdollista samanaikaisesti tehostaa organisaation tuloksellisuutta, työelämän laatua ja innovatiivisuutta. Dialogi eroaa perinteisestä keskustelusta siinä, ettei päätavoitteena ole päätöksenteko, vaan pyrkimys ymmärtää kuulemaansa ja oppia näkemään asioista erilaisesta näkökulmasta kuin oma näkemys on sekä käyttää näitä erilaisia näkökulmia hyväkseen uuden oppimisessa. Aidoimmillaan dialogi on silloin, kun sen avulla voidaan motivoida koko henkilöstö käyttämään luovuuttaan ja osaamistaan uusien toimintatapojen kehittämisessä. Menestyvissä organisaatioissa on osattu kehittää henkilöstön ideoita uusiksi tuotteiksi ja palveluiksi, mutta se on vaatinut dialogista johtamistapaa sekä jatkuvaa dialogia kaikkien osapuolten välillä. (Syvänen ym. 2015, 9, 14–17, 35.)

6.1 Dialogisuus työyhteisössä

Mönkkösen (2008) mukaan dialogisuus on yhteistoiminnallinen kohtaaminen, jossa osapuolille syntyy luottamuksellinen ja molemminpuolinen ymmärrys käsiteltävää asiaa kohtaan. Dialogisuus on kommunikointia, missä asetamme omat ajatukset ja ideat alttiiksi toisen henkilön arvioinnille ja kehittämissyhteistyölle. (Mönkkönen 2008, 13–14.)

Tämän hetken työelämässä on korostumassa dialoginen toimintatapa, jonka päämääränä on osallistujien pyrkimys yhteistyöhön. Aidossa dialogissa kunnioitetaan erilaisten näkökulmien esiintuomista ja uuden, innovatiivisen ymmärryksen saavuttamista. Rakentava dialogi sisältää tasa-arvoista, yhdenvertaista, kunnioittavaa, osallistavaa ja eettisiä arvoja huomioivaa keskustelua. Nämä arvot ovat tärkeitä myös hoitotyössä, joten dialogisuus soveltuu erittäin hyvin myös hoitotyön kehittämiseen ja tutkimiseen. (Pietilä 2017, 41–42.)

Roman (2005, 9) on tutkinut väitöskirjassaan A Study of Organizational Dialogue dialogin merkitystä organisaatiossa: millainen ilmiö se on, mitkä ovat sen vaiheet ja

mitä hyötyä siitä on organisaation toiminnassa. Hänen mukaansa dialogit voivat kehittyä ja sen myötä kehittää kommunikaatiota organisaatiossa. Toimiva dialogikäytäntö organisaatiossa inspiroi työntekijöitä tuottamaan uusia ideoita.

6.2 Dialoginen johtajuus

Dialoginen johtaja on läsnä oleva ja yhteisten keskustelujen mahdollistaja. Positiivisella toimintatavallaan hän saa ihmiset sitoutumaan ja toimimaan yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Dialogisen johtamisen keskeisiä periaatteita ovat luottamus, kuunteleminen, arvostava vuorovaikutus, oikeudenmukainen ja tasapuolinen osallistuminen ja osallistaminen toiminnan kehittämiseen. (Syvänen ym. 2015, 58–72.)

Dialogisen johtajan hyviin ominaisuuksiin kuuluu jämäkkyys, jonka avulla johtaja kykenee motivoimaan myös pelisääntöjä kunnioittamattomat ja yhteisistä ohjeista piittaamattomat työntekijät kulkemaan yhteistä päämäärää kohti. Dialoginen johtaja kunnioittaa työntekijän yksilöllisyyttä ja erilaisia mielipiteitä, mutta ymmärtää myös, että organisaation perustehtävä vaatii tietyntylaisia toiminnallisia ja eettisiä pelisääntöjä, joita on noudatettava. (Syvänen ym. 2015, 106–112.)

Dialoginen johtamistapa antaa mahdollisuuden tukea ja edistää työpaikkojen ja henkilöstön yhteistyötä, kehittymistä, työhyvinvointia ja tuloksellisuutta. Dialogisuus tarvitsee kehittyäkseen jatkuvaa harjoittelua ja säilyäkseen työpaikan toimintatapana aktiivista käyttöä. (Syvänen ym. 2015, 253–263.)

Dialoginen johtamistapa tukee yksilön työmotivaation pysymistä ja kehittymistä, sekä sen myötä työhyvinvointia ja uudistumisen mahdollisuutta ja halua. Työmotivaatio vahvistuu, kun yksilö pystyy vaikuttamaan omaan työhönsä ja sen sisältöön. Työmotivaatio lisääntyy, kun vastuun määrä on sopusoinnussa yksilön osaamisen ja käytettävissä olevien voimavarojen kanssa. Työmotivaatio säilyy, kun yksilöllä on realistiset mahdollisuudet toteuttaa asetetut tavoitteet ja kun hänellä on todellinen mahdollisuus uuden oppimiseen ja kehittämiseen. (Syvänen, ym. 2015, 37, 118–130.)

6.3 Dialogisuus asiakastyössä

Vastavuoroisuus on dialogisen vuorovaikutuksen olennainen osa-alue, koska silloin jokaisella osallistujalla on mahdollisuus vaikuttaa tilanteen ja vuorovaikutuksen etenemiseen. Asiakassuhteessa vastavuoroisuus näkyy pyrkimyksenä molemminpuoliseen ymmärrykseen, jossa ei edetä yksinomaan työntekijän tai asiakkaan ehdoilla vaan pyritään kulkemaan taitavan vuorovaikutuksen avulla yhteisen ymmärryksen suuntaan. Dialogisuus ei ole sama asia kuin keskustelu, joka huonoimmillaan saattaa olla kovin pinnallista ja muodollista sekä jopa toisen huomiotta jättämistä. Dialogisuus on enemmän kuin pelkkää puhetta, kuuntelua ja keskustelua, parhaimmillaan se on molemmille osapuolille uuden oppimista sekä asenteiden ja mielipiteiden muokkaamista. (Mönkkönen 2008, 107–108, 110.)

Mönkkönen (2002, 3, 85) on tutkinut dialogisuutta sekä kommunikaatiotaitona että vuorovaikutuksellisenä suhteena. Hänen tutkimuksensa tuloksista ilmenee, että dialogista asiakassuhdetta saattaa vaikeuttaa työntekijöiden retoriikkaan eli kielelliseen suostuttelun ja vaikuttamisen taitoon liittyvä vajavuus. Tämä ilmenee siten, että asiakassuhteen ongelmat saatetaan mieltää asiakkaasta johtuviksi ongelmiksi ja toimiva asiakassuhde taas työntekijän ansioksi. Asiakassuhteen toimivuuden kannalta ei siis ole yhdentekevää, kuinka asiakkaasta puhutaan, millainen asema hänelle annetaan vuorovaikutussuhteessa ja millaisen aseman hän ottaa vuorovaikutussuhteessa. Dialoginen vuorovaikutussuhde muuttaa muotoaan koko ajan, kuten myös työntekijän ja asiakkaan asema suhteessa.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kotisairaalan asiakkaiden ja henkilökunnan kokemuksia kotisairaalatoiminnasta sekä tutkia kotisairaalatoiminnan pilottijakson vaikutusta organisaation terveystalveluiden tarjonnassa. Työn tarkoituksena on toiminnasta kerätyn tutkimusaineiston avulla kehittää Kotisairaalan laadukasta toteuttamista organisaation omana toimintana.

TUTKIMUSKYSYMYKSET

1. Millaisia kokemuksia kotisairaala on antanut?
2. Vaikuttiko kotisairaalan pilottijakso organisaation terveystalveluiden käyttämiseen?
3. Miten kotisairaalatoimintaa tulee kehittää tulevaisuudessa?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön toteutus oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, missä tutkimuksen tekijä työskenteli sekä tutkijana että toimijana. Heikkinen ym. (2010, 94–95) mukaan tutkimuksellista kehittämistoimintaa voi tehdä kahdella tavalla: tutkija alkaa kehittää omaa työtään tai hän etsii kohteen, jota alkaa tutkia ja kehittää. Tutkijan on oltava kiinnostunut aiheestaan ja hänellä pitää olla valmiuksia havainnoida, analysoida ja huomioida muutoksia. Tutkija kykenee omalla esimerkillään vauhdittamaan tutkimuksen etenemistä sekä aktivoimaan henkilöiden osallistumishalukkuutta.

Tutkimuksen toimintaympäristönä oli kotisairaala ja sen toimintaan läheisesti liittyvät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan avulla tuotettiin tietoa, jonka perusteella käytännön toimintoja pyrittiin kehittämään. Lähtökohtana oli ihmisen toiminnan tarkkaileminen ja sen kehittäminen entistä paremmaksi tietoa harkintaa käyttämällä. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 16.)

Sosiaaliseen toimintaa perustuva vuorovaikutuksellisuus on tutkimuksellisen kehittämistoiminnan erityinen tutkimusalue. Työtehtävistä selviytyminen ja työn kehittäminen edellyttää, että työntekijät kykenevät keskustelemaan ja tekemään yhteistyötä. (Heikkinen ym. 2010, 16–17.) Vaikka työntekijöillä on samansuuntainen käsitys työpaikan tehtävistä ja he tulkitsevat työpaikan toimintoja ja ongelmakohtia hyvin yhdenmukaisesti, heidän tulkintoihinsa ja toimintatapoihinsa vaikuttaa kuitenkin heidän omat kokemuksensa asioista. Huomioimalla näiden henkilöiden ns. hiljainen tieto ja erilaiset toimintatavat, voidaan kehittää uudentyyppisiä toimintamalleja ja tapoja selviytyä työstä. (Toikko & Rantanen 2009, 40–41.) Dialoginen vuorovaikutuksellisuus työyhteisön ja sidosryhmien keskuudessa on antanut mahdollisuuden kehittää käytännön toimintoja ja edetä tutkimuksen tekemisessä.

8.1 Aiheen valinta

Aiheen valinta tuli ajankohtaiseksi, kun tämän tutkimuksen tekijä valittiin kotisairaalan koordinaattoriksi ja alkoi kehittää kotisairaaloiminnan pilottijaksoa huhtikuussa 2020. Pilottijakson aikana oli tarkoitus selvittää, kuinka kotisairaaloiminta soveltuu

kaupungin terveystaluiden rinnalle perustettavaksi palveluksi, millaisille asiakasryhmille palvelu suuntautuu ja onko toiminnalla vaikutusta terveystaluiden akuuttiosaston potilasmäärään. Pilottijakso kesti vuoden 2020 joulukuun loppuun asti ja jakson aikana saatujen tulosten perusteella kaupungin päättäjät harkitsevat kotisairaaloiminnan vakinaistamista. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella jatkan yhdessä työtiimini kanssa toiminnan kehittämistä innovatiivisesti ja tarpeiden mukaisesti.

8.2 Nykytilanteen kuvaus

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähtökohtana oli kehittämisympäristön kuvaus sekä nykytilanteen mahdollisimman tarkka analysoiminen. Kotisairaalan nykytilanteen analysoinnissa käytettiin dokumentteja ja tilastoja, joita tutkija oli kirjannut ja tilastoinut lyhyen kotisairaala toiminnan ajalta. Nykytilannetta voitiin kuvata visuaalisten kaavioiden ja taulukoiden avulla, joista ilmeni muun muassa erilaisia kotisairaalan asiakasryhmiä.

Kotisairaalan nykytilanteen selvittelyyn kuului kiinteästi terveystaluiden akuuttiosaston dokumenttien vertailu muun muassa paikkaluvuista, käyttöasteesta ja siirtoviivemaksuista ennen kotisairaaloiminnan alkua ja pilottijakson aikana. Jo etukäteen oli tiedossa, että koko kotisairaaloiminnan ajan vaikuttanut koronatilanne vaikeuttaisi tietojen vertailua ja ehkä heikentäisi mahdollisuutta löytää totuudenmukaisia syyseuraus vaikutuksia.

Nykytilanteen ja kehittämisympäristön kuvauksessa huomioitiin myös henkilökunta, toimintaympäristöön liittyvät tehtävät ja toiminnot, asiakkaiden hoitopolut ja erilaiset yhteistyötahot. Nykytilanteeseen liittyviä asioita selvitetään kotisairaala ja tutkimustulokset osioissa.

8.3 Opinnäytetyön prosessin eteneminen

Kehittämisprosessi koostuu erilaisista tehtäväkokonaisuuksista, prosessin etenemistä kuvaavista malleista sekä välineistä, joilla kuvataan prosessin hallintaa ja etenemisen edistymistä. Kehittämistehtävistä eli perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen, muodostuu prosessi, joka voidaan hahmottaa ja kuvailla eri tavoin. Nämä kehittämisprosessin mallit voivat edetä lineaarisesti, spiraalimaisesti, tasomaisesti tai spagettimaisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 56, 64.)

Lineaarinen- taso- ja spiraalimalli antavat tutkijalle kuvan, että prosessit etenevät suoraviivaisesti pisteestä toiseen, mutta todellisuudessa kehittämisprosessissa on monenlaisia sivuprosesseja, jotka osaltaan vaikuttavat pääprosessin kehittymiseen. Spagettimainen malli ottaa huomioon myös varsinaisen prosessin ympärille kehittyvät sivuprosessit, ja kuvastaa näin todellista kehittämistilannetta. Malli antaa mahdollisuuden määritellä ongelmia ja visioita erilaisista näkökulmista. Spagettimainen malli on erilaisten visioiden, ajatusten, kokemusten, järjestysten ja toimintojen yhdistelmä, jossa yksityiset ja yhteiset kontekstit saavat uuden yhteisen määritelmän. (Toikko & Rantanen 2009, 69–72.)

Kotisairaaloiminnan prosessi alkoi suunnittelulla ja tarpeen perustelulla elokuussa 2019. Kaupunginvaltuuston kokouksessa 9.12.2019 tehtiin päätös kotisairaaloiminnan aloittamisesta pilottitoimintana keväällä 2020. Tämän päätöksen jälkeen kotisairaalan toiminnan suunnittelu alkoi sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen tiimin toimintana. Helmikuussa 2019 henkilökunnan palkkaaminen mahdollistui ja kotisairaalan koordinaattorin määräaikainen toimi laitettiin sisäiseen hakuun, kotisairaalan muut sairaanhoitajat siirtyivät terveyskeskuksen akuuttiosastolta.

Koordinaattori aloitti kotisairaalan organisoinnin ja toiminnan suunnittelun 24.3.2020. Kun toiminta virallisesti alkoi 14.4.2020, siirtyi akuuttiosastolta ensin kaksi sairaanhoitajaa toteuttamaan toimintaa. Kesäkuussa siirtyi kaksi uutta sairaanhoitajaa kotisairaalaan, koska toiminnan järjestäminen vaati lisää resursseja. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti osaston sairaanhoitajat tekivät vuorotellen 3–4 kuukauden jaksoja kotisairaalassa ja muut ajat olivat työssä osastolla. Tämä ei kuitenkaan toteutunut suunnitellulla tavalla, vaan kotisairaalassa oli vakituiset sairaanhoitajat ja he tekivät tarvittaessa vuoroja akuuttiosastolla.

Opinnäytetyön prosessi eteni spagettimaisesti, koska pilottijakson aikana ilmeni sivuprosesseja, jotka vaikuttivat pääprosessin kehittämiseen, Eräs tällainen kokonaisuuteen vaikuttava sivuprosessi on ollut koronaepidemia ja sen tuomat haasteet kotisairaaloiminnalle ja toiminnan kehittämiseksi.

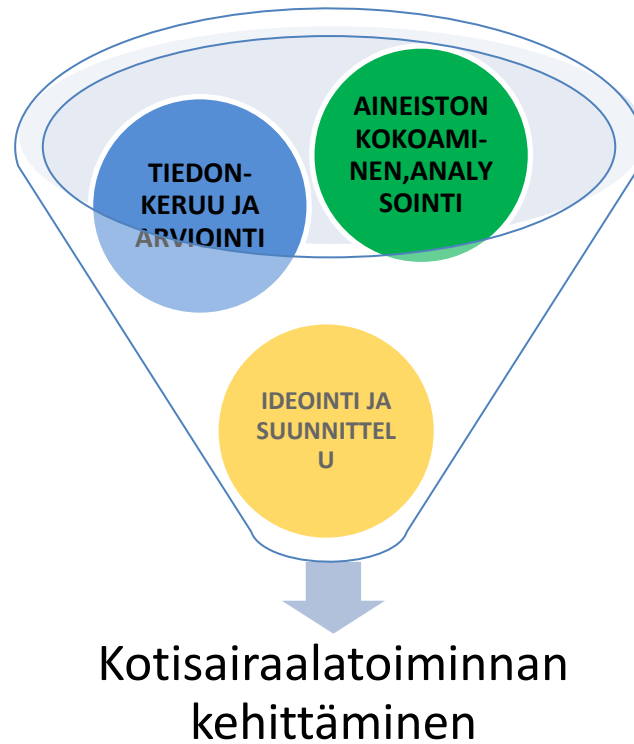
Pääpiirteissään sekä kotisairaalan kehittämisprosessi että opinnäytetyön prosessi ovat olleet ideointia ja suunnittelua, tiedonkeruuta ja arviointia sekä aineiston kokoamista ja analysointia. Tätä prosessia olen kuvannut suppilo- mallilla (kuviokuva 2), joka mielestäni kuvaa eri prosessien aikajärjestyksen ja tuotteen lopputuotoksen. Myös pääprosessiin vaikuttaneet sivuprosessit ovat kehittyneet saman suuntaisesti.

*Ideointia ja suunnittelua: Ensimmäiset ajatukset tehtävän aiheesta, tehtävän tarpeesta ja tavoitteesta. Ideointi alkoi kysymyksillä mitä kehitetään, mitä tietoa tarvitaan, miten tarvittava tieto hankitaan, kuka antaa tarvittavaa tietoa. Vaihe jatkui toteutuksen suunnittelulla ja aiheeseen liittyvän tutkitun tiedon hakemisella. Ideointi ja suunnitteluvaiheen tuotoksena oli kehittämistyön suunnitelma, jossa oli mietittyä etenemistä viitoittavat tutkimuskysymykset.

* Tiedonkeruu ja arviointi- vaiheessa jatkettiin tutkitun tiedon hankkimista sekä tehtiin kotisairaaloimintaan liittyvää dokumentointia ja tilastointia tutkijan osallistuksessa itse kotisairaaloiminnan toteuttamiseen ja kehittämiseen. Tässä vaiheessa kerättiin kokemustietoa kotisairaalan henkilökunnalta sekä kotisairaalan asiakkailta. Koska kotisairaala toimi ja kehittyi koko tutkimuksen ajan, tarvittiin jatkuvaa arviointia ja suunnittelua. Tätä jatkuvaa arviointia tehtiin myös koko kehittämistehtäväprosessin ajan. Arviointi saattoi antaa tulokseksi jonkin alustavasti suunnitellun toiminnon muuttamisen, joten kehittämistehtäväkin muutti muotoaan prosessin edetessä. Mutta tarkoituksena oli kuitenkin saattaa tehtävä päätökseen alkuvuoden/kevään aikana ja antaa sen jälkeen kotisairaaloiminnan muuttaa muotoaan ihan itsenäisesti ajan kuluessa.

Aineiston kokoaminen ja analysointi- vaihe. Aineistonkeruussa saatu tutkimusaineisto huomioitiin ja analyysi suoritettiin tutkimuksen tekemiseen liittyvien säädösten mukaisesti, niin että tarvittaessa tutkimuksen ulkopuolinen taho voi selvittää tutkimuksen etenemisen lähes aukottomasta alusta loppuun saakka. Tutkimuksessa

saatuja tuloksia arvioitiin, etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin ja tehtiin johtopäätöksiä. Lopputuotos oli raportti opinnäytetyön tuloksista ja kotisairaalan kehittämisestä.



Kuvio 2. Kehittämistehtävän eteneminen

9 AINEISTONKERUU JA ANALYSOINTI

Aineistonkeruuvaiheen aikana tutkijan oli tarkoitus käydä tutustumassa muutaman organisaation kotisairaaloimintaan kehittävän vertaiskäynnin idealla. Kehittävässä vertaiskäynnissä on piirteitä Benchmarkingista, eroavaisuus löytyy lähinnä siitä, että ei etsitä parasta mahdollista vertailukumppania, vaan vertainen on samasta aiheesta kiinnostanut, kehittämismielellä toimiva kumppani. Kehittävään vertaiskäyntiin sisältyy vertaisarviointia, joka toteutuu silloin, kun tutkija kykenee tekemään itsearviointia omasta työstään ja vertailun avulla hakee kehittämisideoita vertaiskumppanin toiminnasta. (Seppänen-Järvelä 2005, 35.) Kehittäviä vertaiskäyntejä suunniteltiin tehtäväksi naapurikuntiin, joissa kotisairaaloiminta on jo vakiintunutta toimintaa. Kotisairaalan pilottijakson aikana vertaiskäynnit eivät toteutuneet suunnitellulla tavalla, koska koronaepidemian aikana vierailuja eri toimipisteisiin ei suositeltu.

Opinnäytetyöhön kerättiin sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Asiakkailta ja henkilöstöltä selvitettiin kokemukseen perustuvia näkökulmia tutkimuksen kohteena olevasta asiasta eli kotisairaalaan. Kotisairaalan pilottijakson aikana tutkija keräsi kotisairaalan toimintaan liittyvää tilastotietoa. Tutkimusaineistoon saatiin vertailutietoa osaston toimintakertomuksesta ja muista virallisista tilastoista.

9.1 Aineistonkeruu asiakkailta

Kehittämistehtävän aineistoa kerättiin kyselylomakkeella kotisairaalan asiakkailta tai heidän läheiseltään helmikuussa 2021. Kyselytutkimuksessa selvitettiin asiakkaan kokemusta kotisairaalan toiminnasta. Lomakkeita toimitettiin asiakkaille 15 kpl (N= 15) ja niitä palautui täytettynä 11 kpl (n=11). Kyselylomake toimitettiin asiakkaalle tai läheiselle kotisairaalan sairaanhoitajan kotikäynnillä. Asiakkaalle / läheiselle kerrottiin, että vastaaminen on vapaaehtoista ja että vastaajan henkilöllisyys pysyy salassa, koska kyselyyn vastataan nimettömänä. Vastaukset suljettiin kirjekuoreen ja se annettiin sairaanhoitajalle, joka kuljetti kuoren kotisairaalan toimistolle. Tutkija ei voinut tietää kyselyyn vastanneen henkilöllisyyttä, koska tietoja siitä,

kenelle kysely oli toimitettu, ei ollut kirjattuna missään. Kuoret säilytettiin lukitussa kaapissa ja avattiin vasta maaliskuussa 2021, kun aineiston analysointi aloitettiin .

Kotisairaalan asiakkaille paperisena toimitettu kyselylomake oli samanlainen, kun kaupungin verkkosivuilla saatavilla oleva sähköinen kysely. Tämä siksi, että tulosten vertaileminen kotisairaalan ja kaupungin muiden terveydenhuoltopalveluiden välillä oli luotettavampaa, kun kysely oli samanlainen ja kysymykset samassa järjestyksessä. (Liite 1)

Kysely sisälsi Likert -asteikolla arvioitavia väittämiä, joista vastaaja määritteli, kuinka vahvasti hän oli samaa mieltä tai eri mieltä väittämän kanssa. Kyselyn sisältämä Likert asteikko oli viisi portainen, jossa 5= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä, lisäksi oli mahdollista valita "ei koske minua" vaihtoehto, jos lomakkeen täyttäjällä oli esimerkiksi läheinen tai väittämä ei ollut toteutunut kotisairaalan kotikäynnillä. Tutkimuksen taustakysymyksenä tiedusteltiin ainoastaan, onko kyselyyn vastaaja asiakas, läheinen vai joku muu henkilö. Likert -asteikko soveltui kyselyyn, jossa selvitettiin vastaajan asennetta ja kokemusta tutkittavasta asiasta. (Heikkilä 2014, 51,81.) Kyselyyn vastaajalla oli mahdollisuus myös tarkentaa vastauksiaan vapaamuotoisella tekstillä, mutta tähän osioon ei tullut yhtään vastausta.

9.2 Aineistonkeruu henkilökunnalta

Henkilöstöllä tarkoitettiin kotisairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia, joita tämän tutkimuksen aikana oli mukana 4 henkilöä (N=4). Tiedonkeruu toteutettiin tammi-kuussa 2021, kun kotisairaalan toiminta oli vakiintunut. Tutkija oli mukana tilanteessa havainnoitsijana ja kirjurina, sen jälkeen, kun SWOT- analyysin ohjeet oli käyty läpi.

Sairaanhoitajilta kerättiin kokemustietoa SWOT – nelikenttäanalyysin avulla. Nelikenttäanalyysin avulla voitiin tunnistaa ongelmia, laatia strategioita sekä tehdä arvioita ja kehittämistyötä. Ennen analyysin tekemistä tutustuttiin menetelmään. SWOT-analyysi (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) on nelikenttä,

jonka vasempaan puoliskoon kuvataan positiiviset ja oikeaan puoliskoon negatiiviset asiat. Nelikentän yläosaan kuvataan nykytila ja sisäisiä asioita, joihin kykenee itse vaikuttamaan eli vahvuudet ja heikkoudet. Alaosaan kuvataan ulkoiset asiat, joihin ei voi vaikuttaa eli mahdollisuudet ja uhat. Vahvuudet ovat positiivisia sisäisiä tekijöitä, joiden avulla voidaan menestyä ja toteuttaa tavoitteita. Heikkoudet taas saattavat estää menestymistä. Mahdollisuuksia käyttämällä voi menestyä paremmin ja voi välttää uhkia. (Vuorinen 2013, 88.)

Swot- analyysin avulla saatiin henkilökunnalta kokemuksellista tietoa kotisairaala-toiminnasta. Koska kerätty aineisto oli melko suppea, jatkettiin tiedonkeruuta myöhemmin keskustelulla, jossa oli piirteitä vertaishaastattelusta. Keskustelua muistuttavassa vertaishaastattelussa tutkija dokumentoi esiin tulleita asioita. Keskustelun teemoja oli SWOT-analyysistä nousseet yläluokat dialogisuus, kokemus ja laatu.

Vertaishaastattelu on vertaisten henkilöiden keskustelua valituista teemoista. Keskustelun yhteydessä erilaiset näkökulmat asioista nousevat esiin luontevasti, koska osallistujat keskustelevat teemoista itselleen mielekkäällä tavalla. Vertaishaastattelu on vertaisten osallistujien kesken loogisesti etenevää dialogia, jossa keskustelua ohjaa tutkijan laatima teemakehikko. (Innokylä 2021; Välimäki & Järvi 2005, 17–18.)

9.3 Tilastoihin perustuvan tutkimusaineiston kerääminen

Tutkija keräsi koko toiminnan ajan tietoa muun muassa kotisairaalan asiakkaiden ikäjakaumasta, hoidon tarpeesta ja toteutuksesta, mistä tullut kotisairaalan asiakkaaksi ja onko hän jonkin muun sosiaali- tai terveydenhuoltopalvelun asiakkaana. Lisäksi kerättiin palliatiivisen potilaan hoitopolun mukaiseen hoidon suunnitteluun ja toteutuksen liittyviä asioita. Tilastot vietiin Excel taulukkoon, johon vain tutkijalla oli mahdollisuus lisätä tietoja.

Kotisairaalan tilastojen lisäksi tämän tutkimuksen tiedonkeruuseen käytettiin osaston toimintaan liittyvää tilastointia, jota löytyi toimintakertomuksista. Aineistoon käytettiin muun muassa tietoja osaston potilasmäärästä, potilaspaikkojen lukumäärien

muutoksista sekä siirtoviivemaksuista, joita terveyskeskukselle voi kertyä, kun erikoissairaanhoidossa oleva potilas voisi siirtyä perusterveydenhuollon yksikköön, mutta potilaspaikkaa ei ole saatavilla. Tutkimuksen aineistoon käytettiin vuosien 2019 ja 2020 toimintakertomuksia.

9.4 Laadullisen aineiston analysointi

Sisällönanalyysin tavoitteena oli dokumenttien eli kirjalliseen muotoon laitetun aineiston systemaattinen ja objektiivinen tarkastelu. Sen avulla selvitettiin asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi on tapa kuvailla, järjestellä ja luokitella tutkittavaa ilmiötä ja ilmiön todellisuutta tiivistetyssä muodossa. (Kyrönlähti & Hemminki, 2020.)

Henkilökunnalta hankitun tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista sisällönanalyysiä, jota ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Analyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineisto lähtöisesti. Aineistosta analysoitiin vaan se, mitä oli selvästi ilmaistu dokumenteissa eli piilossa olevia viestejä ei analysoitu. Tutkija oli kuitenkin raportointivaiheessa mahdollisuus avata aineiston piilossa olevia teemoja tarkemmin, jos koki sen tutkimuksen kannalta merkitykselliseksi. (Varjos, 2008.)

Hiltusen (2020) mukaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi voi edetä kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, aineistoon tutustutaan ja etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Eri kysymyksiin saadut vastaukset voidaan koodata esimerkiksi eri väreillä. Vastaukset kirjataan listoiksi tarkasti samoilla sanoilla kuin ne aineistossa esiintyvät.

Toinen vaihe on klusterointi eli ryhmittely, siinä koodattu alkuperäis- eli pelkistetty aineisto käydään tarkasti läpi. Aineistosta etsitään samankaltaisia ja/tai toisistaan eroavia käsitteitä. Sen jälkeen samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja luokitellaan eli kategorioidaan sekä nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä. Näistä muodostuu aineiston alaluokat. (Kyrönlähti & Hemminki 2020, Hiltunen 2020.)

Kolmantena vaiheena on tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon erottaminen, tiedon käsitteellistäminen eli abstrahointi. Tässä vaiheessa muodostuu tutkimuksen teoreettinen käsitteistö, kun aineiston samansisältöisiä alaluokkia yhdistetään yläluokiksi ja nimetään yhteistä sisältöä kuvaavalla nimellä. Yhdistelyä jatketaan niin kauan kuin se on aineiston kannalta mielekästä ja mahdollista. (Kyrönlähti & Hemminki 2020, Hiltunen 2020.)

Sisällönanalyysin avulla selvitetty tutkimustulos raportoidaan siten, että raportista tulee esille yläluokat ja niiden sisällöt. Sisällön selvityksessä voidaan käyttää suoria lainauksia ja tutkijan tulkintaa ilmiöstä ja tutkimuksen tuloksista. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on huomioitava koko prosessin ajan. Aineistonkeruumenetelmissä ja sisällönanalyysissa luotettavuutta lisää tutkijan perehtyneisyys asiaan sekä vyvykkyys tutkia, kerätä ja analysoida aineistoa. Tutkimuksen raportoinnissa tulee esiin tutkijan tarkkuus ja asiantuntijuus tekemäänsä tutkimukseen. (Kyrönlähti & Hemminki, 2020.)

9.5 Määrällisen aineiston analysointi

Kotisairaalan asiakkaiden kyselytutkimuksesta, kotisairaalan tilastoista ja osaston toimintakertomuksista kerätyn määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimusaineiston analyysi perustui aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Tilastot kirjattiin ja tallennettiin Excel-ohjelmaan. Tilastoja havainnollistavat kaaviot luotiin ohjelman avulla.

Määrällisen analyysin avulla pyrittiin selvittämään erilaisten ilmiöiden syy-seuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä sekä ilmiöiden yleisyyttä ja esiintymistä. Tässä tutkimuksessa määrällistä aineistoa käytettiin pääasiassa erilaisten luokitteluiden tekemiseen. Tutkimustulokset esitettiin sekä kirjallisessa muodossa että teemaa havainnollistavassa kaaviossa. (Koppa, 2015.)

10 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jonka tarkoituksena on kehittää kotisairaaloimintaa asiakkailta, henkilökunnalta ja pilottijakson tilastoista kerätyn tutkimusaineiston avulla. Tutkimus sisältää sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusaineistoja ja niistä on etsitty tutkimuksen tuloksia kokemusta, vaikutusta ja kehittämistä arvioivien tutkimuskysymyksien avulla.

Seuraavassa esitetään tutkimuksen keskeisimmät tulokset aineisto kerrallaan.

10.1 Kotisairaalan asiakkailta kerätyn kyselytutkimuksen tuloksia

Kyselytutkimuksessa selvitettiin asiakkaan kokemusta kotisairaalaan. Asiakas valitsi vastausvaihtoehdon 1-5 portaisesta Likert-asteikosta (5= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä). Lisäksi vastaajalla oli mahdollisuus valita vaihtoehto ”ei koske minua” tai jättää kysymykseen vastaamatta. Kotisairaalamuutoksesta arvioitiin asiakkaan saaman hoidon, kohtelun ja hoitokokemuksen näkökulmista. Kyselyyn vastasi 11 asiakasta (n=11).

Taustakysymykseen, jossa tiedusteltiin, oliko vastaaja asiakas, läheinen vai joku muu, tuli vastauksia seuraavasti: vastaajana asiakas 6 kpl, vastaajana läheinen 1 kpl ja ilman vastausta 4 kpl.

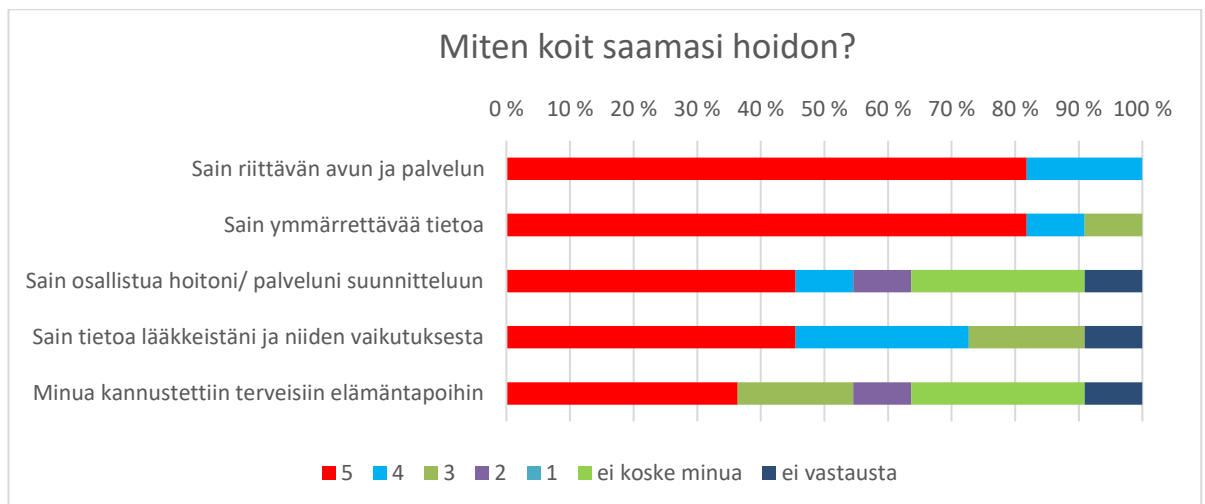
Kyselytutkimuksen avoimiin kysymyksiin, joihin vastaaja sai täydentää kysymyksiin liittyviä asioita, ei vastannut kukaan osallistujista.

Kyselytutkimuksen vastaukset tallennettiin Excel taulukkoon (Liite 2) ja aihetta havainnollistavat kuviot luotiin Excel ohjelman avulla.

10.1.1 Kokemus kotisairaalan asiakkaan saamasta hoidosta

Yli 80 % vastaajista oli kokenut saaneensa hoitohenkilökunnalta riittävästi apua ja ymmärrettävää tietoa hoitoa vaativaan ongelmaansa ja loput vastaajista, alle 20 prosenttia, kokivat saaneensa lähes riittävästi apua. Noin 45 % vastaajista koki, että saivat osallistua hoitonsa suunnitteluun ja noin 25 % vastaajista koki, ettei hoidon suunnittelu koskenut heitä. Lääkkeistä ja niiden vaikutuksista arvioi noin 72 % vastaajista saaneensa tietoa riittävästi tai lähes riittävästi.

Eniten hajontaa vastauksissa esiintyi kysymyksessä, joka liittyi terveellisiin elämäntapoihin. Noin 27 % vastaajista koki, että eivät ole saaneet juuri ollenkaan kannustusta terveellisten elintapojen toteuttamiseen. 36 % vastaajista koki saaneensa riittävästi kannustusta elämäntapoihin liittyviin muutoksiin. Kuitenkin noin 36 % vastaajista koki, että asia ei koske häntä tai ei vastattu ollenkaan.

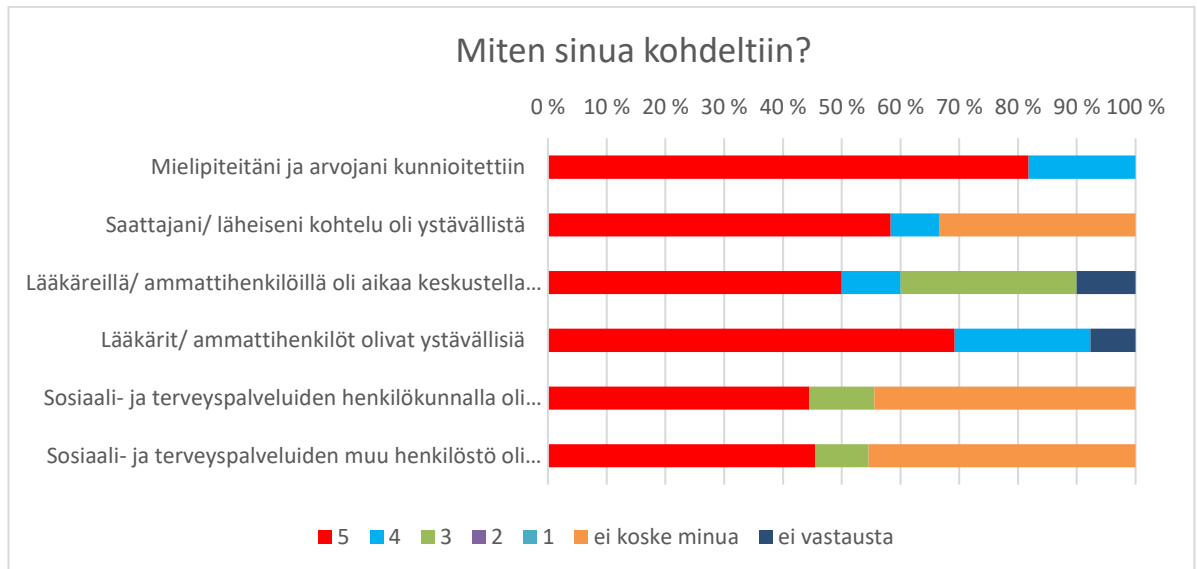


Kuvio 3. Asiakaskyselyn tulokset 1.

10.1.2 Kokemus kohtelusta kotisairaalan asiakkaana

Kaikki vastaajat kokivat, että heidän arvoaan ja mielipiteitään kunnioitettiin täysin tai lähes täysin. 73 % vastaajista olivat sitä mieltä, että heidän läheisiään oli kohdeltu hoitokäynnin aikana ystävällisesti ja kunnioittavasti. Asiakkaiden mukaan hoitohenkilöstö oli ystävällistä ja heillä oli aikaa keskustella hoitokäynnin aikana.

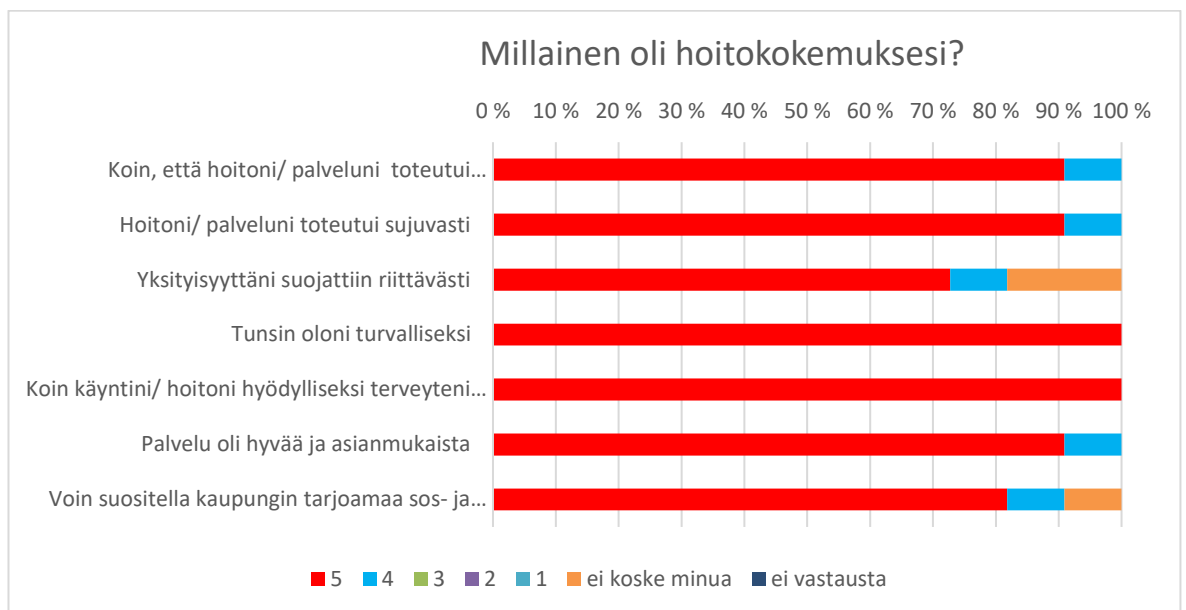
Tässä kysymysosiassa oli eniten ”ei koske minua” vastauksia. Toisaalta osa kysymyksistäkin kohdistui laajempaan henkilökuntajoukkoon kuin vaan kotisairaalan henkilökunta. Vastaajista yli 50 % eli kaikki ne henkilöt, jotka eivät valinneet ”ei koske minua” vaihtoehtoa, arvioivat saaneensa henkilökunnalta ystävällistä ja kiireetöntä kohtelua.



Kuvio 4. Asiakaskyselyn tulokset 2.

10.1.3 Hoitokokemus

100 % vastaajista koki hoitonsa toteutuneen täysin tai lähes täysin ammattitaitoisesti ja sujuvasti. Heillä oli tunne, että heidän yksityisyyttään suojattiin riittävästi hoitojakson aikana. 100 % vastaajista tunsivat olonsa turvalliseksi ja hoidon hyödylliseksi. Heidän kotisairaalaan saamansa palvelu oli asianmukaista ja he voisivat suositella kotisairaalan palvelua läheisilleen.



Kuvio 5. Asiakaskyselyn tulokset 3.

10.2 Kotisairaalan henkilökunnalta kerätyn SWOT- tutkimuksen ja vertaishaastattelun tuloksia

Tutkija perehtyi SWOT- analyysistä saadun aineiston alkuperäisilmaisuihin, joita henkilökunta oli kirjannut kokemuksestaan kotisairaalan työntekijänä. Aineistosta löytyi vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta etsittiin samankaltaisia sisältöjä, jotka nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä, näin syntyi alaluokat. Lopuksi yhdistettiin

aineiston samansisältöiset alaluokat yläluokiksi, jotka muodostavat tutkimuksen teoreettisen käsitteistön. Nämä käsitteet, jotka esiintyvät Swot – nelikenttäanalyysin jokaisessa osa-alueessa, ovat kokemus, dialogisuus ja laatu.

10.2.1 Sairaanhoitajan kokemus kotisairaalaista

SWOT-analyysissa henkilökunnan kokemia **vahvuustekijöitä** oli tunne kattavasta ammattitaidosta ja sen tuomasta kyvystä toimia joustavasti ja kokonaisvaltaisesti kotisairaalan sairaanhoitajana. Vahva me-henki koetaan parantavan vuorovaikutusta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä työstä selviytymistä.

”pitkä työkokemus sairaanhoitajana” ”yhteistyö”
 ”hyvä me- henki” ”kotisairaalan kokonaisvaltaisuus”

SWOT- analyysin **heikkouste**kijöissä kokemus tuli esiin epäonnistumisen tunteena, kun henkilö koki, että hänellä ei ole tarpeeksi tietoa esimerkiksi sosiaalietuuksista. Kotisairaalatoiminnassa koetaan olevan useita aihealueita, jotka eivät sisälly sairaanhoitajan perinteiseen toimenkuvaan esimerkiksi terveyskeskuksen akuuttiosastolla.

”epävarmuus päätöksenteossa, jos ei ole tuttu asia”

SWOT- analyysissä esiin tulleet kokemukset kotisairaalatoiminnan **mahdollisuuksista** liittyivät oman ammattitaidon kehittymiseen, itsetunnon kohentumiseen ja toiminnan kehittämiseen. Myös työn joustavuus ja mahdollisuus uusien toimintojen ideointiin koettiin positiivisena mahdollisuutena.

”onnistumisenkokemuksista ammatillinen itsetunto kohenee”
 ”oma kehittyminen ja mahdollisuus itsensäkehittämiseen”
 ”oppii uusia asioita”

SWOT- analyysissä kokemuksen tuomia **uhkate**kijöitä oli yksintyöskentelyyn liittyvä turvattomuudentunne ja tarvittaessa avun saaminen hoitokäynnille. Vähäinen yhteistyö ja arvostus muiden yksiköiden taholta sekä resurssipula ja kotisairaalatoiminnan kehittämisen mahdollistaminen koettiin toimintaa hankaloittavaksi uhkaksi.

”yksintyöskentely”

”epävarmuus onko tehnyt oikeita päätöksiä/ ratkaisuja, kun ei kaveria keltä kysyä”

”työvoiman puuttuminen eikä siten toimintaa pystytä laajentamaan”

”työn pirstaleisuus työvoimapulan takia”

10.2.2 Dialogisuus

SWOT- analyysissä dialogisuus liittyi vuorovaikutukseen oman työyhteisön, muiden yksiköiden ja ammattilaisten sekä asiakkaiden kanssa. Sairaanhoitajien mielestä dialogisuus koettiin **vahvuutena**, kun omat vuorovaikutustaidot ovat hyvät ja kun työyhteisössä on avoin vuorovaikutuskulttuuri ja keskustelu asiakkaiden kanssa sujuu hyvin.

”sosiaaliset taidot”

”hyvät vuorovaikutustaidot”

Dialogisuuden **heikkous** ilmeni, kun omissa vuorovaikutustaidoissa koettiin puutteita tai vuorovaikutus ei jostain syystä onnistunut asiakkaan kanssa.

”Oma epäsosiaalisuus, olen huono juttelemaan ” niitä näitä” jos ei ole luontevaa puheenaihetta ”

Sairaanhoitajien mielestä **mahdollisuus** dialogisen kanssakäymisen vahvistamiseen tulee halusta tehdä yhteistyötä sekä kuunnella toisten mielipiteitä ja ideoita.

”meillä hyvä henki kehittää toimintaa”

”ideoidaan paljon”

Dialogisuuden **uhkana** nähdään yhteistyön toimimattomuus eri yksiköiden välillä.

”muiden yksiköiden arvostuksen puute”

10.2.3 Laatu

SWOT- analyysin perusteella esiin tullut kolmas käsite eli laatu ilmenee tässä tutkimuksessa ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittymisen sekä työtehtävän hallinnan

ja kehittämisen näkökulmista. Laatuun vaikuttavia **vahvuuksia** löytyy henkilökunnan ammattitaidosta sekä halusta oppia ja kehittyä.

”uskaltaa kysyä, jos ei tiedä”
 ”rohkeus ottaa asioista selvää”
 ”halu oppia uutta”

Laatuun vaikuttavia **heikkouksia** löytyy ammattitaitoon ja osaamiseen sekä resurssipulaan liittyvistä tekijöistä. Kotisairaalassa tarvittavaan ammattitaitoon liittyy osa-alueita, jotka vaativat opiskelua ja harjoittelua. Kotisairaalan toiminta on kokonaisvaltaista sairaanhoitoa, jota tehdään asiakkaan kotona. Perehdytyksen ja perehtymisen kautta voidaan saada lisää sairaanhoitajia kotisairaala toimintaan.

”kotisairaalan resurssien rajallisuus”

Laatuun vaikuttavia **mahdollisuuksia** on työntekijän halu kehittyä ammatissaan sekä halu kehittää toimintaa. Myös yhteistyön kehittäminen muiden yksiköiden kanssa lisää mahdollisuutta parantaa laatua.

”kotisairaalan laajentuminen ja monipuolistuminen”
 ”kotisairaalan kehittyminen omanlaisekseen”
 ”yhteistyön kehittäminen muiden yksiköiden kanssa”

Uhat, jotka vaikuttavat laatuun, näkyvät analyysin tuloksissa työntekijän jaksamiseen, resurssien puuttumiseen sekä taloudellisen toimintamahdollisuuden vähäisyyteen liittyvissä kommentteissa.

”oma jaksaminen, kun on pieni porukka, joutuu miettimään, mitä jos joku sairastuu”
 ”työvoiman puuttuminen eikä siten toimintaa pystytä laajentamaan”
 ”taloudellisten resurssien puute kehittämiseen”

10.2.4 Vertaishaastattelu

Koska tutkimukseen haluttiin vielä tarkentavia tietoja henkilökunnan kokemuksesta kotisairaalan työntekijänä, järjestettiin vertaishaastattelu. Vertaishaastattelun piirteitä omaava henkilökunnan keskustelu järjestettiin sen jälkeen, kun tutkija oli tehnyt sisällönanalyysin SWOT – kyselyyn. Analyysistä esiin tulleet pääluokat, kokemus,

dialogisuus ja laatu, toimivat keskustelut teemoina. Tutkija toimi kirjurina, vapaasti teemojen aiheista etenevän, keskustelun aikana.

*Kokemukseen liittyvästä keskustelusta esiin nousseita aiheita olivat sairaanhoitajan kokemus hoitotyön turvallisuudesta ja kokeneen sairaanhoitajan ajatus intuitiosta osana hoitotyön tekemistä.

*Dialogisuuteen liittyvässä keskustelussa sairaanhoitajat nostivat esiin vuorovaikutus- ja haastattelutaidot, jotka koettiin kotisairaala toiminnassa tärkeiksi osaamisalueiksi. Niiden puute koettiin kotisairaalan hoitotyössä jopa laatua alentavaksi tekijäksi.

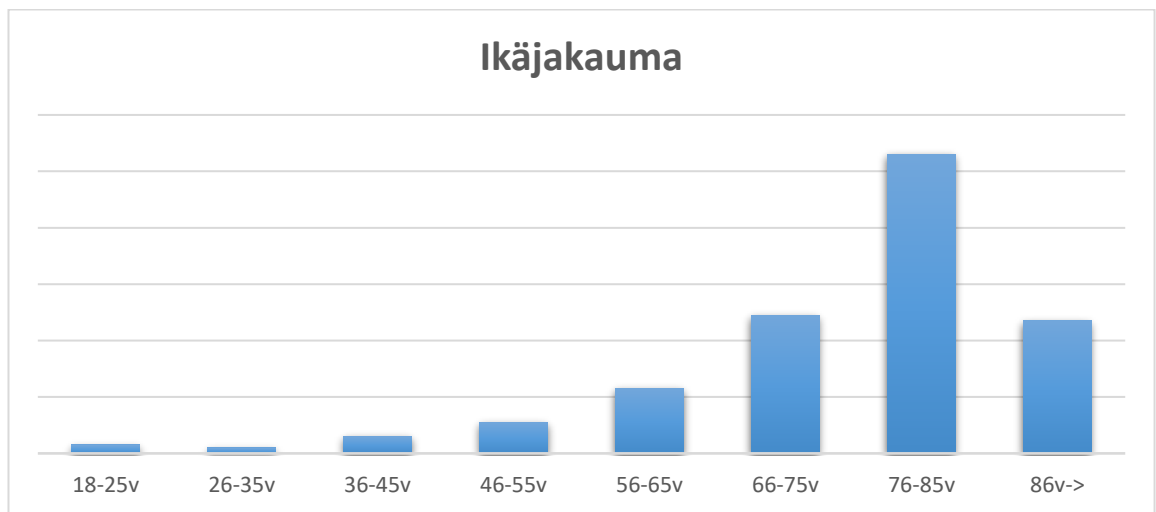
*Kotisairaalan laatuun liittyviksi tekijöiksi sairaanhoitajat esittivät monipuolisten ammattitaitovaatimusten merkitys yksin tehtävässä hoitotyössä, kotisairaalan erikoissairaanhoitotasoiset asiakkaat ja heidän hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä yhteistyön merkitys organisaation eri toimijoiden kanssa.

10.3 Kotisairaalan pilottijakson aikana kerättyjä tilastotuloksia

Kotisairaala aloitti toimintansa 14.4.2020 ja jatkoi pilottikokeiluna vuoden loppuun saakka. Tältä ajanjaksolta tutkija on koonnut tilastoja asiakkaiden ikäjakaumasta, käyntisyyistä, mistä tullut kotisairaalan asiakkaaksi ja missä jatkohoito kotisairaala-käyntien loputtua.

10.3.1 Ikäjakauma

Pilottijakson aikana noin 80 % kotisairaalan asiakkaista oli yli 65-vuotiaita eläkeläisiä. He asuivat omilla kodeillaan puolison tai läheisen kanssa tai muun henkilökohtaisen avun turvin. Asiakasmäärästä noin 9 % oli kotisairaalan asiakkaaksi tullessaan myös kotihoidon tai asumispalveluyksikön asiakkaana.



Kuvio 6. Kotisairaala asiakkaat

10.3.2 Mistä kotisairaalan asiakkaaksi

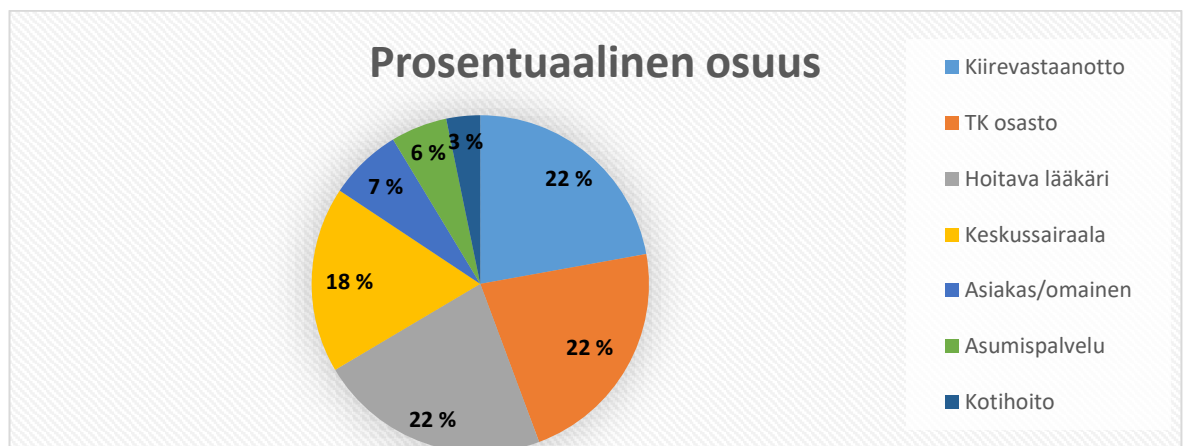
66 % henkilöistä tulee kotisairaalan asiakkaiksi terveyskeskuksen osastolta, kiirevastaanotolta tai muun hoitavan lääkärin vastaanotolta. Keskussairaalasta asiakkaaksi tulee erikoissairaanhoidosta suoraan kotiutuvat (18 %), jotka lääkäri on arvioinut tarvitsevan kotisairaalan käyntiä ja hoitoa.

Keskussairaalan palliatiivinen yksikkö ottaa yhteyttä kotisairaalan, kun kunnan asukas on saanut palliatiivisen hoitopäätöksen. Henkilö tulee kotisairaalan asiakkaaksi ainakin ensimmäisen puhelinkontaktin tai kotikäynnin ajaksi, yleensä koko sairau-

den loppuvaiheen ajaksi. Palliatiivinen asiakas tulee kotisairaalan asiakkaaksi keskussairaalaan, mutta jopa kuukausien kotisairaala asiakkuuden ajan hän on hoitavan lääkärin kotisairaalaan lähettämä.

Jos asiakkaalla on ollut aikaisempi hoitajakso kotisairaalassa, hän tai omainen ottaa hyvin herkästi yhteyttä kotisairaalaan saman tai uuden ongelman ilmetessä (7 %). Tässä tapauksessa asiakkaalta puuttuu lääkärin lähete ja kotisairaalassa on tehtävä arviota, miten ja missä asiakkaan ongelma hoidetaan, koska kotisairaala käynnit ovat määräaikaisia lääkärin määräämään ongelman hoitoon suunniteltuja.

Kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden asiakkaat (9 %) hoidetaan yhteistyössä kyseisten yksiköiden sairaanhoitajien kanssa, niin että hoidon jatkuvuus omassa yksikössä varmistetaan.



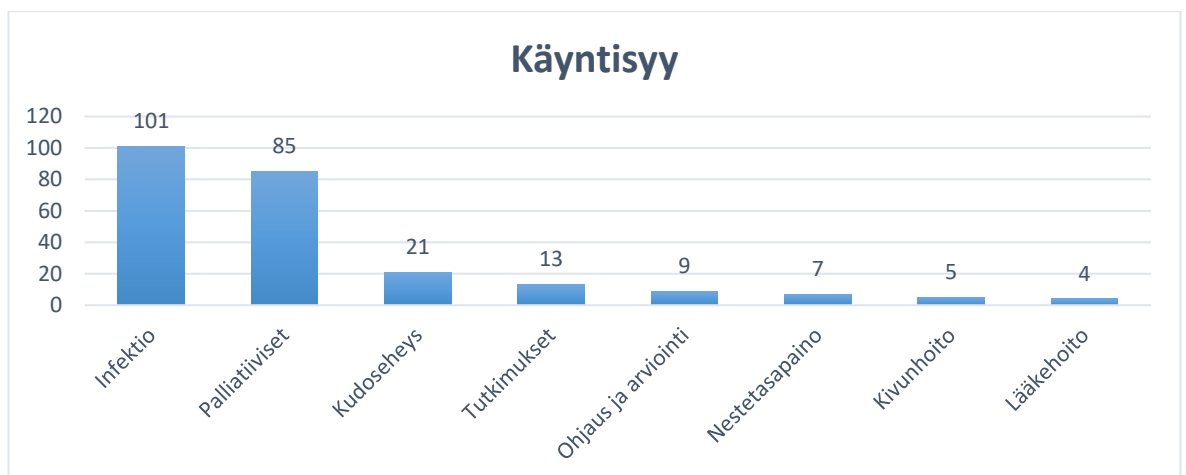
Kuvio 7. Mistä kotisairaalan asiakkaaksi

10.3.3 Käyntisyys

Suurimmalla osalla asiakkaista on infektio (yleisemmin pneumonia, pyelonefriitti, ruusu) ja heitä hoidetaan suonensisäisesti annosteltavalla antibiootihoidolla. Hoitajakson pituus on keskimäärin 3–5 päivää.

Palliatiivisen hoitopäätöksen saaneita asiakkaita oli pilottijakson aikana 20 kpl, heistä 10 kuoli jakson aikana, yhdelle järjestettiin kotisaattohoito. Kotisairaalan pilottijakson aikana kehitettiin kaupungissamme palliatiivisen asiakkaan hoitopolku, joka aloitetaan ensikontaktilla, puhelulla tai kotikäynnillä ja jatkuu koko hoitajakson ajan säännöllisillä hoitopuheluilla tai kotikäynneillä. Myös asiakas tai läheinen soittavat kotisairaalaan, jos kotona ilmenee ongelmaa. Yhteydenottoihin sisältyy lääkeshoidon lisäksi usein lääkärin konsultaatiota, määräyksien toteuttamisia, arviointia sekä asiakkaan ja läheisen tukemista ja ohjausta, toisinaan myös moniammatillisen yhteistyön suunnittelua. Palliatiivisten asiakkaiden hoitokäyntien runsas määrä on nähtävissä tuloksissa. Näiden kotisairaalan toimien avulla palliatiivisen asiakkaan vastaanottokäynnit terveyskeskuksen kiirevastaanotolla ovat vähentyneet ja osastojaksot terveyskeskuksessa lyhentyneet ja harventuneet.

Kudoseheyteen liittyvät haavahoidot ovat pelkkiä vaativimpia haavahoitoja, joita kotisairaala on hoitanut lääkärin määräyksestä. Muut käyntisytyt liittyvät asiakkaan ohjaukseen esimerkiksi uuden lääkkeen aloittamisen turvaamiseksi, verikokeiden ottamiseen tai saattohoitopotilaan kivunhoidon toteuttamiseen asumispalveluyksikön tai kotihoidon asiakkaalle.

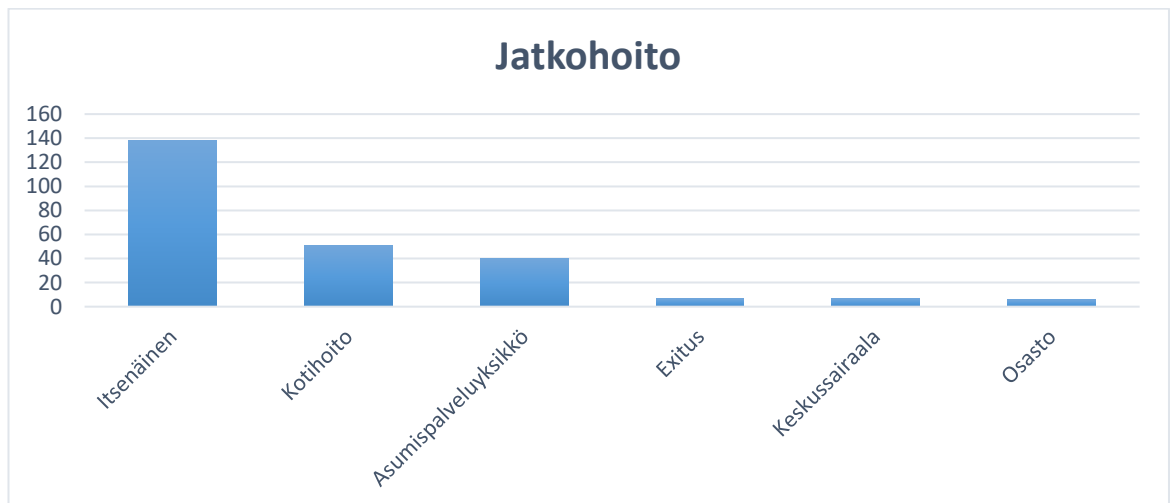


Kuvio 8. Käyntisytyt

10.3.4 Jatkohoito

Kotisairaalan asiakkaista suurin osa on omassa kodissa itsenäisesti, omaishoitajan tai henkilökohtaisen avustajan tuella pärjääviä. Kotisairaalan hoitokäyntien yhteydessä havainnoidaan asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ja tarvittaessa asiakkaalle on hankittu apuvälineitä, etsitty ratkaisuja lääkehoitoon sekä sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin liittyviin asioihin. Näillä, usein pienillä, ohjauksilla asiakas on kyennyt jatkamaan itsenäistä elämää omassa kodissaan. Tarvittaessa hoitaja on asiakkaan luvalla ottanut yhteyttä muihin ammattiryhmiin palvelun tarpeen arviointia varten. Moniammatillisen yhteistyön avulla turvataan jatkohoito ja mahdollisimman itsenäinen asuminen omassa kodissa.

Kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden asiakkaiden jatkohoito suoritetaan omissa yksiköissä, hyvin pieni osa kotisairaalan itsenäisistä asiakkaista siirtyy kotihoidon asiakkaiksi. Pieni osa asiakkaista siirtyy takaisin terveyskeskuksen osastolle tai keskussairaalaan, jos kotona annettava hoito ei toteudu toivotulla tavalla tai asiakkaan terveydentila huononee ja tarvitaan hoitosuunnitelma.



Kuvio 9. Jatkohoito

10.3.5 Kotisairaala osa terveystieteiden keskuksen akuutti- ja kuntoutusosastoa

Kotisairaala toimii akuutti- ja kuntoutusosaston yhteydessä ja tarjoaa kotona toteutettavaa sairaanhoitoa, joka on vaihtoehto osastohoidolle. Kotisairaalahoidolla voidaan lyhentää osastojaksoa tai välttää se kokonaan ja tällä tavoin helpottaa osaston kuormitusta. Kotisairaaloiminnan avulla voidaan nopeuttaa asiakkaan siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Kotisairaalan ja osaston toiminnalle on asetettu tavoitteet toimintasuunnitelman yhteydessä, ne arvioidaan ja raportoidaan neljännesvuosiraportin yhteydessä. Arvioinnissa käytetään kustannusten kehityksen lisäksi toimintasuunnitelmassa asetettuja mittareita, joita ovat muun muassa akuutti- ja kuntoutusosaston hoitopäivät, paikkaluku, keskimääräinen hoitoaika, jatkohoitoon palveluasumisyksiköihin siirtyvien määrä, siirtoviivemaksut (eli sakkopäivät), kotisairaalan asiakasmäärä, kotisairaalakäynnit yhteensä, asiakastyytyväisyyskysely, haittatapahtumat (HaiPro).

	2019	2020	
Hoitopäivät	9850	6727	
Paikkaluku	28– 32	25	
Käyttöaste	87 %	67.5 % ka.	
Keskimääräinen hoitoaika pvä	9	7.5 ka.	
Jatkohoitoon palveluasumisyksiköihin siirtyneet (sis. intervallit ja pysyvät)	----	124	
Kotisairaalaan siirtyneet	----	37	
Kotisairaalan asiakasmäärä		141	14.4.-31.12.2020
Kotisairaalan käyntimäärät		1490	käynnit, puhelut, konsultaatiot
Laatumittarit			
Potilastyytyväisyyskyselyt	hyvä	hyvä	
Siirtoviivemaksut = sakkomaksut	----	29	1.1.-30.4.2020 =>29 1.5.-31.12.2020 => 0
HaiPro	----	26	

Kuvio 10. Toteutunut toiminta 2019–2020

Vuoden 2020 aikana akuutti- ja kuntoutusosaston potilaspaikkalukua laskettiin 28 - > 25 paikkaan ja toiminta siirtyi huhtikuussa yhteen kerrokseen, aikaisemman kahden kerroksen sijasta. Vuotuisten hoitopäivien määrä laski 3123 päivällä ja keskimääräinen hoitoaika lyheni 1½ päivällä. Osaston käyttöaste laski 87 % =>67.5 % (= keskiarvo neljännesvuosittain lasketuista käyttöasteista).

Osastolta siirtyi asumispalveluyksiköihin vuoden aikana pysyvästi tai lyhytaikaiseen vuorohoitoon 124 potilasta sekä kotisairaalan 37 asiakasta. Vuonna 2020 on tilastoitu 29 siirtoviivemaksua eli sakkomaksua ja ne kaikki ovat tulleet alkuvuoden aikana ennen kotisairaaloiminnan alkamista.

Lichtenbergin (2012) tutkimuksen mukaan kotiin annettavien terveydenhuolto- palvelujen käyttö lyhentää osastojaksoja ja lääkärin vastaanottokäyntejä. Tutkimuksessa ilmenee, että kotona hoidetaan monenlaisilla diagnooseilla kotiutuneita henkilöitä ja kustannukset ovat pienemmät kuin sairaalahoidossa.

Hoitotyön johtajan haastattelussa tuli esiin kotisairaaloiminnan vaikutus myös kiirevastaanoton tilanteeseen. Palliativisen hoitolinjauksen saaneet asiakkaat ovat käyttäneet toistuvasti kiirevastaanoton palveluita ja siirtyneet sen kautta osastojaksolle. Kotisairaalan toiminnan avulla tämäntyyppisiä vastaanottoja tulee enää hyvin harvoin ja jos tuleekin, asiakkaasta löytyy runsaasti kirjattua tietoa, koska kotisairaala on otettu asiakkaaseen säännöllisesti yhteyttä. Aikaisemmin näillä palliativisilla asiakkailla ei ole ollut säännöllistä hoitopolkua kaupungissamme. Myös suomensäisten antibioottien annostelu asiakkaan kotona, kotisairaalan toimesta, on vapauttanut vastaanottoaikoja kiirevastaanotolla. Kiirevastaanoton asiakkailta on saatu kiitettävää palautetta, kun heillä on ollut mahdollisuus saada hoitaja kotiin antamaan lääkehoitoja.

11 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Sosiaali- ja terveysalan uudistamistarve ja valinnan vapauden laajentuminen vauhdittavat asiakaslähtöisyyden kehittämistä myös julkisella sektorilla. Asiakaslähtöisyyttä huomioivalla toimintamallilla on mahdollista lisätä palveluiden kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä parantaa työntekijöiden ja asiakkaiden tyytyväisyyttä. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8,18.)

Tätä kehittämistehtävää suunnitellessani halusin selvittää asiakkaiden ja henkilökunnan kokemuksia kotisairaalaista, koska sillä tavoin saisin selville konkreettisia kokemuksia toiminnasta ja vaikutuksesta yksilölle. Aineiston avulla sain vastauksia 1. tutkimuskysymykseen:

Millaisia kokemuksia kotisairaala on antanut?

Asiakkaan mielipidettä kunnioittavaa toimintaa kehitettäessä on tärkeää huomioida, että asiakkaan kokemus voi olla kiinni hyvin pienistä seikoista, kuten kohtaamisesta, kuuntelemisesta ja kommunikaatiosta eli tunteesta, että häntä arvostetaan ja hänestä välitetään. (Virtanen yms. 2011, 47, 60). Tutkimuksen tuloksissa asiakkaat kertoivat saaneensa hyvää ja kattavaa hoitoa. Työntekijällä oli ollut aikaa keskustella heidän kanssaan ja he kokivat, että heidän arvojansa ja mielipiteitensä kunnioitettiin.

Sairaanhoitajien kokemuksessa korostui halu oppia uusia asioita ja kehittyä ammattitaidossaan, heidän tavoitteenansa on tehdä laadukasta hoitotyötä kotisairaalaissa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) määrittää hoitotyön laadun perustaksi kuuluvan ammattitaidon ylläpitämisen ja kohottamisen olevan sekä työntekijän että työnantajan lakisääteinen velvollisuus. Laissa on määritelty työnantajan velvollisuus järjestää täydennyskoulutusta. Myös terveydenhuollon ammattihenkilön, kuten sairaanhoitajan, on lain mukaan itse huolehdittava täydennyskoulutuksen ajantasaisuudesta.

Dialogisen toiminnan tarve korostui sekä asiakkaiden että henkilökunnan antamista vastauksista. Toikko & Rantanen (2009, 93) kuvaavat tämän tyyppistä toimintaa dialogiseksi lähestymistavaksi. Se on osallistavaa kehittämistoimintaa, jossa ollaan

kiinnostuneita toistemme kokemuksista ja pyritään oppimaan niistä. Olennaista sen onnistumiselle on avoin ja vastavuoroinen vuorovaikutus, jossa jokainen on aktiivinen.

Parhaimmillaan dialogisuus on silloin, kun sen avulla voidaan motivoida henkilöstöä käyttämään luovuuttaan ja osaamistaan uusien toimintatapojen kehittämisessä ottaen huomioon myös asiakasnäkökulman. Menestyvissä organisaatioissa on osattu kehittää henkilöstön ideoita uusiksi tuotteiksi ja palveluiksi, mutta se on vaatinut dialogista johtamistapaa sekä jatkuvaa dialogia kaikkien osapuolten välillä. (Syvänen ym. 2015, 9, 14–17, 35.)

2. tutkimuskysymys:

Vaikuttko kotisairaalan pilottijakso organisaation terveystalveluiden käyttämiseen?

Tähän tutkimuskysymykseen saatiin konkreettisia vastauksia kotisairaalan tilastojen ja osaston toimintakertomuksen tarkasteluista. Pilottijakso osoitti, että Kotisairaala-toiminta on tarpeellinen lisä kaupungin terveydenhuoltopalveluihin. Kotisairaalan toiminta vakinaistettiin ja tänä vuonna on tavoitteena selkeyttää toimintatapoja ja luoda hoitopolkuja erilaisille asiakasryhmille.

3. tutkimuskysymys:

Miten kotisairaala-toimintaa tulee kehittää tulevaisuudessa?

_Kotisairaalan kehittämiseen liittyviä aiheita tuli esiin kaikista aineistoista. Dialogisuuden käsitettä tulee laajentaa asiakkaista ja henkilökunnasta koskemaan yhteistyötahoja sekä terveyskeskuksen sisällä että kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden parissa. Vuorovaikutuksellisen yhteistyön avulla on mahdollista tarkastella hoitotyön laatua ja kehittää sitä tarvittavaan suuntaan. Hoitotyön vaikuttavuutta voidaan parantaa moniammatillista yhteistyötä kehittämällä esimerkiksi osastolta kotiin siirtyvän henkilön kotiuttamistilanteessa.

Toimintaa voidaan kehittää muuttamalla koko toimintatapa tai keskittymällä yksittäisiin osa-alueisiin. Kumpikin toimintatapa vaatii suunnittelijalta ja kehittäjältä kokonaisvaltaista ja käytännönläheistä kokemusta asiasta. Uusi toimintamalli tai muutos toiminnoissa on sekä uhka että mahdollisuus, joka vaatii keskusteluja ja selvittelyjä.

Mutta onnistuessaan voi muuttua uudeksi käytännöksi. (Engeström 1995, 146–148.)

Kotisairaala pilottijaksoa arvioitiin kolmen kuukauden välein ja arviointi jatkuu edelleen säännöllisesti. Arvioinnin kohteena on muun muassa asetettujen tavoitteiden toteutuminen, asiakasmäärät ja asiakasryhmät. Toikko ym. (2009, 61–62) mukaan arvioinnin avulla saadaan selville mm. projektin etenemisen onnistuminen, tavoitteiden ja toimintamallien mahdollinen muutostarve. Arvioinnilla on mahdollisuus saada näkyviin myös kaikkien tutkimukseen osallistuvien henkilöiden mielipide ja kehittämissihtökset. Kehittämistoiminnan arvioinnin avulla suunnataan kehittämissihtöä haluttuun suuntaan.

11.1 Jatkotutkimusideoita

Kotiin annettavat terveydenhuoltopalvelut kehittyvät edelleen. Nopeasti kehittyvän terveysteknologian avulla palveluja voidaan laajentaa aikaisempaa vaativampiinkin tilanteisiin. Tämä vaatii henkilökunnalta entistä laajempaa ammattitaitoa ja osaamista, johon myös ammatillisessa koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota. Terveysteknologian merkitys osana kotiin annettavia terveydenhuoltopalveluita olisi mielenkiintoinen näkökulma jatkotutkimukselle.

Myös kerätty kokemustieto muilta ammattiryhmiltä, jotka tekevät yhteistyötä kotisairaalan kanssa, voisi tuoda mielenkiintoista tietoa. Kotisairaalan asiakasryhmien vertailu/ muutos esimerkiksi viiden vuoden takaisesta tilanteesta tämän päivän tilanteeseen, antaisi tietoa toiminnan muutoksesta ja kehittämisestä.

12 POHDINTA

Kotisairaalan koordinaattorin tehtävässä aloitin samalla viikolla, kun Covid-19 epidemia alkoi laajenemaan aiheuttaen poikkeusoloja myös täällä Etelä-Pohjanmaalla. Tämä aiheutti epä tietoisuutta ja pelkoakin, kuinka tilanne etenee. Koko ajan minulla ja työtiimillä oli esimiesten kannustus ja tuki siihen, että kotisairaaloiminta aloitetaan 14.4.2020.

Tämän kehittämistehtävän tekeminen vaati minulta sitoutumista ja kriittistä ajattelua, koska olin samalla sekä tekijä, kehittäjä että tutkija. Alkukuukausina toiminta muuttui jatkuvasti ja ajoittain oli vaikea päättää, mihin ajanjaksoon opinnäytetyöni rajoittuu. Lopulta rajoitin kehittämisprosessin pilottijaksoon, joka loppui vuoden vaihteessa.

Prosessi on edennyt spagettimaisesti ja esiin tulleet sivuprosessit ovat vaikuttaneet pääprosessin kehittymiseen. Koko kotisairaala prosessin vaikuttavin sivuprosessi on ollut koronaepidemian tuomat muutokset kaikkeen terveydenhuoltopalveluiden toteuttamiseen. Tämä on todennäköisesti vaikuttanut myös kehittämistehtävän tilastolliseen aineistoon, jota saattaisi olla hyvin erilainen ilman koronaepidemian tuomia haasteita. Laadullisen aineiston tuloksiin vaikutukset ovat saattaneet olla vähäisemmät.

Kotisairaaloiminta on pilottijakson jälkeen muuttunut varmasti paljon eikä kaikkia muutoksia osaa edes huomioida, koska on itse koko ajan mukana toiminnan kehittämisessä ja muutosprosessissa. Tämän kehittämistyön tekeminen on kuitenkin herättänyt itsessäni sekä tietoisia että tiedostamattomia pohdintoja työyhteisön kehittämisestä ja tätä pohdintaa olen käyttänyt hyödyksi sekä tutkijana että työntekijänä. YAMK- opinnoista saatuja kehittämisen menetelmiä olen voinut soveltaa konkreettisesti ja päässyt kehittämään uutta toimintaa kaupunkiimme.

Tätä raporttia kirjoittaessani, olen miettinyt asioita, joita olisi voinut tehdä toisin opinnäytetyöprosessin aikana. Asiakaskyselyn vaihtaisin haastatteluksi, koska tässä tutkimuksessa käytetty asiakaskysely antoi hyvin pinnallisia vastauksia tai vastauksia ei tullut ollenkaan. Halusin saada vastauksia kokemukseen, joka on tunne, elämys tai tottumus johonkin asiaan, mutta kyselyn perusteella saadut vastaukset olivat

mielestäni enemmän vertailuja ja arviointeja. Haastattelu olisi antanut kokemustietoa eri näkökulmasta. Vaihtaisin myös tutkimuksen tiedonkeruun tarkasti rajattuun yhteen tutkimuskohteeseen esimerkiksi asiakkaisiin. Uskoisin, että myös tutkimustulosten raportointi olisi ollut syvällisempää tarkasti rajatun aineiston avulla.

12.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyväksyttävä, luotettava sekä uskottavia tuloksia sisältävä tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön suosittelemalla tavalla. Tutkimuseettisestä näkökulmasta katsoen hyvän tieteellisen tutkimuksen käytännön lähtökohtia ovat huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa toteutetaan avoimuutta, vastuullisuutta sekä eettisesti kestäviä tiedonkeruu-, tutkimus-, arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tekijä huomioi ja kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemiä töitä sekä tekee lähdemerkinnät ja tekstiviitteet asianmukaisella tavalla. Tarpeellisten tutkimuslupien hankkiminen sekä tiedonkeruusta saadun aineiston tallentaminen toteutetaan tieteelliseen tutkimukseen suositellulla tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012,6.)

Tämän tutkimuksen tekemiseen on osallistunut koko työyhteisö, heidän osallistumisensa on ollut vapaaehtoista ja jokaisella on ollut mahdollista keskeyttää osallistuminen niin halutessaan. Osallistujille on tiedotettu avoimesti, mihin kerätty aineisto käytetään ja miten sitä säilytetään. Jacobsenin (2009, 32–33) mukaan tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja osallistujien tulee tietää tutkimuksen tavoitteista, tiedonkeruumenetelmistä ja tutkimuksesta saatavien tulosten käyttämisestä. Hirsjärvi, Remes, Sajavaara (2013, 23–25) toteavat, että tutkijan tulee kiinnittää huomiota eettisyyteen ja luotettavuuteen koko kehittämistyöprosessin ajan. Jo aloittelevan tutkijan on hyvä totutella tutkimuseettiseen pohdiskeluun, onko aiheen valinta eettisesti hyvä ratkaisu, miten huomioit eettiset asiat tiedonhankinnassa ja tulosten julkaisemisessa yms. Eettinen lähtökohta tutkimustyössä on myös ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Tämä näkyy ihmisen mahdollisuutena päättää, osallistuuko tutkimukseen tai että hän voi halutessaan keskeyttää/ peruuttaa osallistumisensa tutkimukseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisenä lähtökohtana on asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden arvostus ja oikeus valinnanvapauteen sekä yhdenvertaiseen ja tasapuoliseen kohteluun (ETENE 2011, 5–7). Tutkimuksen edetessä olen useasti miettinyt, miten prosessia tulisi jatkaa, niin että tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei tule esille vastauksista. Yksi esimerkki tällaisesta eettisestä päätöksenteosta oli asiakkaille tehty kyselytutkimus, joka järjestettiin ajankohtana, kun olin itse pois työpisteestä. On ollut eettisesti helpottavaa, kun ei ole voinut tunnistaa osallistujaa vastauksista vaan on voinut toimia täysin avoimesti ja rehellisesti.

Tutkijan tehtävänä on arvioida tutkimuksen luotettavuutta prosessin jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tekemä tarkka selostus tutkimuksen eri vaiheista. (Hirsjärvi yms. 2013, 232–233). Loppujen lopuksi tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkija ja hänen rehellinen toimintatapansa, koska vain hänen tekemänsä teot, valinnat ja ratkaisut ovat tutkimuksessa arvioinnin kohteena (Vinkka 2015, 196). Koko tutkimusprosessin ajan olen tehnyt muistiinpanoja asioista, mielle yhtymistä ja havainnoista. Huomasin niiden tärkeyden raporttia kirjoittaessani, kun kotisairaala toiminta oli jo muuttunut siitä, mitä se oli tiedonkeruu aikaan. Muistiinpanojen avulla oli helppo palauttaa asioita mieleen ja huomata oman ajattelutapani muutoksen prosessin edetessä.

Tutkijan eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta, silloin luotettavuus- ja arviointikriteerit eivät ole tutkijalle vain tarkastuslistoja, vaan oikeasti tutkimuksen laatuun vaikuttavia tekijöitä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 148–150). Tämä kehittämistehtävä vaati täyden sitoutumisen kotisairaala toimintaan ja sen kehittämiseen. Välillä eteneminen on ollut haastavaa, mutta olen kokenut myös monta oppimisen hetkeä, joista eettisen tiedostamisen laajentuminen on ollut ehkä parasta.

LÄHTEET

- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Lasten ja nuorten kotisairaala. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.3.2021]. Saatavana: https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ ja_ tutkimukset/lastentaudit/lasten_ ja_ nuorten_ osasto/lasten_ ja_ nuorten_ kotisairaala
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE- julkaisuja 32. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 25.4.2021]. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>
- Guldogan, E. 2018. Kotisairaala ja hoitotyön johtaminen ylihoitajan näkökulmasta. Teoksessa: Pöyhiä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Tallinna. Duodecim. 28–29.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2010. Toiminnasta tietoon. 3.korj. p. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Hiltunen, L. Graduaineiston analysointi. Jyväskylän yliopisto. Kehittyvät toimintatavat ja -mallit -kurssi. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Luento 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18.p. Jyväskylä: Kirjayhtymä Oy.
- Husso, Riitta. 2018. Kotisairaalanvalvonta ja omavalvonta. Teoksessa: Pöyhiä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Tallinna. Duodecim. 41-45.
- Innokylä. 2021. Vertaishaastattelu. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 31.3.2021]. Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/vertaishaastattelu>
- Jacobsen, D.I. 2012. Förståelse, beskrivning och förklarning. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur Ab, Lund. Spain: Graficas Gems S.L.
- Jones, M. 2018. Kokemustiedon määrittäminen ja käyttö julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Teoksessa: Tolkanen, & Virtanen, I. A. (Toim.) Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö. Rovaniemi. Lapland University Press.

[Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.3.2021]. Saatavana: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63420/Kokemuksen_tutkimus_VI_Toikkannen_Virtanen_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jones, M. & Pietilä, I. 2017. "The citizen is stepping into a new role": Policy interpretations of patient and public involvement in Finland. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 27.9.2020]. Health and Social Care in the Community, 26(2), e304-e311. Saatavana: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102967/the_citizen_is_stepping_into_a_new_role-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jonsson, P., Pikkujämsä, S. & Heiliö P-L. 2019. Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa Toimintamalli, organisointi ja rahoitus. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 9.3.2021]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138834/URN_ISBN_978-952-343-420-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kauppinen, T. & Tähtinen, V. 2003. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsi- kirjja. Helsinki. Stakes. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 20.3.2021]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77754/Aiheita8-2003.pdf?sequence=1>

Kettunen, P. 2017. Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimusraportteja 2/2017. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 10.2.2021]. Saatavana: https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf

Kivekäs, E., Toppinen, E., Kokki, H., Mäntyselkä, P., Kinnunen, U-M., Huusko, J. & Saranto, K. 2017. Infuusiohoidot turvallisesti kotona – selvitys älykkään teknologian mahdollisuuksista. Itä- Suomen yliopisto. Kuopio. [Verkkolehtiartikkeli]. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2017;9(2–3), 184–193. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: [file:///C:/Users/35840/Downloads/60996-Article%20Text-72865-1-10-20170521%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/35840/Downloads/60996-Article%20Text-72865-1-10-20170521%20(1).pdf)

Koppa. 2015. Määrällinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. [Verkkosivusto]. [Viitattu 2.4.2021]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Kotisairaalapilotin toimintasuunnitelma- ja raportointi 14.4.-30.9.2020. Liljamo, C. & Korpela, H. Lapuan kaupunki. Vaatii käyttöoikeuden.

Kyrönlahti, E. & Hemminki, A. Sisällön analyysi. Kehittyvät toimintatavat ja -mallit -kurssi. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Luento 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden.

L. 28.10.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

- L. 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- L. 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L. 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki.
- L. 30.12.2010/ 1326. Terveystuoltolaki.
- Lapuan kaupunki. 2020. Kotikuntoutustiimin palaveri. Palaverimuistio. [Viitattu 1.3.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lapuan kaupunki. 2020. Sosiaali- ja terveys. Kotisairaaloiminta. [Verkkosivu]. [Viitattu 22.9.2020]. Saatavana: <https://www.lapua.fi/>
- Lichtenberg, F. 2012. Is home health care a substitute for hospital care? [Verkkokortteli]. Home Health Care Serv Q. 2012;31(1):84–109.[Viitattu 14.4.2021]. Saatavana: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22424308/>
- Mönkkönen, K. 2008. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna. Gaudeamus.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vastuun ja vallan merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. [Viitattu 15.1.2021]. Saatavana: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9541/urn_isbn_951-781-933-1.pdf
- Niemelä. K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. [Verkkajulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 25.4.2021]. Saatavana: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/10470/urn_isbn_978-952-61-0546-8.pdf
- Ollila, M. 2018. Kotisairaalan konsepti ja historia sekä kokemuksia erilaisista malleista. Teoksessa: Pöyhä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala. Tallinna. Duodecim. 9–13.
- Pietilä, A-M. 2017. Dialogisuus tieteellisen oppimisen perustana. Tutkiva hoitotyö 15(3).
- Pitkänen, L., Haavisto, I., Vähäviita, P., Torkki, R-L & Leskelä, V. 2018. Vaikuttavuus SOTE:ssa, suoritteista tuloksiin. Nordic Healthcare Group. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: <https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>

- Roman, J. 2005. A Study of Organizational Dialogue. Facing the truth, gaining inspiration and creating understanding of the function of an organization. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. [Viitattu 15.1.2021]. Saatavana: <http://lib.tkk.fi/Diss/2005/isbn9512277034/isbn9512277034.pdf>
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2005;121(2):205–11.[Verkkoartikkeli]. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo94746>
- Saarijärvi, H. & Puustinen, P. 2020. Strategiana asiakaskokemus. Miksi, mitä, Mitä? Latvia. Docendo Oy.
- Seow, H., & Bainbridge, D. 2018. A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. [Verkkoartikkeli]. Journal of Palliative Medicine 2018 /01; 21 (S1): S37-S44. [Viitattu 3.3.2021]. Saatavana: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29283868/>
- Seppänen-Järvelä, R. 2005. Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Menetelmäkäsikirja. Stakes. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 23.3.2021]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77163/vertaismenetelmat.pdf?sequence=1>
- Silvennoinen- Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print. Tampere. [Viitattu 10.3.2021]. Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 26.9.2020]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70306/URN_ISBN_978-952-00-3522-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 25.4.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018a. Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 10.3.2021]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160904/22_TUKA_STM_WEB.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018 b. Mielensterveys- ja päihdepalveluita uudistetaan kokemusasiantuntijoiden avulla. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 25.4.2021]. Saatavana: <https://stm.fi/-/mielensterveys-ja-paihdepalveluita-uudistetaan-kokemusasiantuntijoiden-avulla>

- Soste. 2021. Suomen sosiaali- ja terveys ry. Toiminnan vaikuttavuus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 5.3.2021]. Saatavana: <https://www.soste.fi/jarjestoopas/toiminnan-vaikuttavuus>
- Suomisanakirja.2021. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.3.2021]. Saatavana: <https://www.suomisanakirja.fi/kokemus>
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. ja Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen – avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: TUP.
- Terveydenhuollon laatuopas. 2019. 2. uud. painos. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: [file:///C:/Users/35840/Downloads/1996terveydenhuollonlaatuopas2019%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/35840/Downloads/1996terveydenhuollonlaatuopas2019%20(2).pdf)
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 31.1.2019. Asiakkaat ja osallisuus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 9.3.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 14.5.2020. Valinnanvapaus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 9.3.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/valinnanvapaus>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.2021a. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Päätösten vaikutusten ennakoarviointi. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/paatosten-vaikutusten-ennakoarviointi>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 7.4.2021b. Terveydenhuollon tuottavuus ja vaikuttavuus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/terveydenhuollon-tuottavuus-ja-vaikuttavuus>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 14.5.2020. Valinnanvapaus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 9.3.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/valinnanvapaus>
- Tiainen 2015. Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. [Verkkajulkaisu]. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16061/urn_isbn_978-952-61-1983-0.pdf
- Toikko, T.& Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.korj. p. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

- Torkki, P., Leskelä R-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A. & Hörhammer I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveystalouden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 4.3.2021]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160260/Ehdotus_sosiaali-ja_terveyspalveluiden_uudeksi_%20kansalliseksi_mittaristoksi.pdf
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. 2019. Maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelun tuki. [Verkkajulkaisu 2019: 29]. [Viitattu 29.9.2020]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161518/Maakunta_ja_soteuudistuksen_valmistelun_tuki.pdf
- Valvira. 17.12.2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023. Päivitys vuodelle 2021. Valvontaohjelma. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.5.2021]. Saatavana: https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valtakunnallinen_valvontaohjelma_paivitys_2021.pdf/d13d4754-f571-6074-dc23-5858169e12af?t=1610613756082
- Varjos, K. 2008. Kehittyvä lastenpsykiatria. Neuropsykiatrinen kuntoutus osaksi hoitotyötä Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymässä- toimintatutkimus kehittämisprosessista. YAMK opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2.4.2021]. Saatavana: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11822/2008-05-21-04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vinkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. painos. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Virtanen, P. Suoheimo, M. Lamminmäki, S. Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. [Verkkajulkaisu]. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. [Viitattu 13.4.2021]. Saatavana: <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>
- Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja – 20 työkalua. Helsinki: Talentum
- Välimäki, A-L. & Järvi, S. 2005. Vertaishaastattelu ja dialoginen vertaisprosessi. Julkaisussa Seppänen-Järvelä, R. (toim.) Vertaismenetelmät kehittävä arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt menetelmäkäsikirjat. Helsinki: Stakes. 17–34. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 31.3.2021]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77163/vertaismenetelmat.pdf?sequence=1>

LIITTEET

Liite 1. Kyselytutkimus kotisairaalan asiakkaille

Liite 2. Kyselytutkimuksen tulokset

Liite 3. Kotisairaalan esite



Asiakas/ potilas palaute

1 (2)

Anna palautetta saamastasi hoidosta ja kohtelusta

Yksikkö, jota arviointi koskee:	Käynti- tai asiointipäivä
---------------------------------	---------------------------

Palautteen antaja Asiakas/ potilas Läheinen Muu

Miten koit saamasi hoidon?

Valitse riviltä yksi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa kokemustasi.
(5=täysin samaa mieltä, 1=täysin eri mieltä)

	5	4	3	2	1	Ei koske minua
Sain riittävän avun ja palvelun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain ymmärrettävää tietoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain osallistua hoitoni/ palveluni suunnitteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain tietoa lääkkeistäni ja niiden vaikutuksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua kannustettiin terveellisiin elintapoihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miten sinua kohdeltiin?

Valitse riviltä yksi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa kokemustasi.
(5=täysin samaa mieltä, 1=täysin eri mieltä)

	5	4	3	2	1	Ei koske minua
Mielipiteitäni ja arvojeni kunnioitettiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattajani/ läheiseni kohtelu oli ystävällistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkäreillä/ ammattihenkilöillä oli aikaa keskustella kanssani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkärit/ ammattihenkilöt olivat ystävällisiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lapuan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstöllä oli aikaa keskustella kanssani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lapuan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden muu henkilöstö oli ystävällistä ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Millainen oli hoitokokemuksesi?

Valitse riviltä yksi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa kokemustasi.
(5=täysin samaa mieltä, 1=täysin eri mieltä)

	5	4	3	2	1	Ei koske minua
Koin, että hoitoni/palveluni toteutui ammattitaitoisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitoni/palveluni toteutui sujuvasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisyyttäni suojattiin riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunsin oloni turvalliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin käyntini / hoitoni hyödylliseksi terveyteni kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Millainen oli hoitokokemuksesi?

Valitse riviltä yksi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa kokemustasi.
(5=täysin samaa mieltä, 1=täysin eri mieltä)

	5	4	3	2	1	Ei koske minua
Palvelu oli hyvää ja asianmukaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voin suositella Lapuan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden hoitoa/ palvelua läheisilleni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mikäli haluat tarkentaa edellisiä vastauksiasi, ole hyvä ja käännä paperi -->



Asiakas/ potilaspalaute

2 (2)

Mikäli haluat tarkentaa edellisiä vastauksiasi, ole hyvä ja kuvaa näkemyksesi

Ehdotuksia

Kiitoksia

Moitittavaa

Kiitos palautteesta!

Palautteen voi antaa nimettömänä. Mikäli haluat vastauksen tai sinulla on palautetta kirjoitettuna avoimessa osiossa, voit kirjoittaa yhteystietosi tähän

Liite 2. Kyselytutkimuksen tulokset

Miten koit samasi hoidon?

Sarake1	5	4	3	2	1	ei koske minua	ei vastausta
Sain riittävän avun ja palvelun	9	2					
Sain ymmärrettävää tietoa	9	1	1				
Sain osallistua hoitoni/ palveluni suunnitteluun	5	1		1		3	1
Sain tietoa lääkkeistäni ja niiden vaikutuksesta	5	3	2				1
Minua kannustettiin terveisiin elämäntapoihin	4		2	1		3	1

Miten sinua kohdeltiin?

Sarake1	5	4	3	2	1	ei koske minua	ei vastausta
Mielipiteitäni ja arvojeni kunnioitettiin	9	2					
Saattajani/ läheiseni kohtelu oli ystävällistä	7	1				4	
Lääkäreillä/ ammattihenkilöillä oli aikaa keskustella kanssani	5	1	3				1
Lääkärit/ ammattihenkilöt olivat ystävällisiä	9	3					1
Sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilökunnalla oli aikaa keskustella kanssani	4		1			4	
Sosiaali- ja terveyspalveluiden muu henkilöstö oli ystävällistä	5		1			5	

Millainen oli hoitokokemuksesi?

Sarake1	5	4	3	2	1	ei koske minua	ei vastausta
Hoitoni/ palveluni toteutui sujuvasti	10	1					
Yksityisyyttäni suojattiin riittävästi	8	1				2	
Tunsin oloni turvalliseksi	11						
Koin käyntini/ hoitoni hyödylliseksi terveyteni kannalta	11						
Palvelu oli hyvää ja asianmukaista	10	1					
Voin suositella kaupungin tarjoamaa sos- ja terv.palv. hoitoa	9	1				1	
Koin, että hoitoni/ palveluni toteutui ammattitaitoisesti	10	1					

*Liite 3. Kotisairaalan esite***Kotisairaalan yhteystiedot:**

Kaikki yhteydenotot kotisairaalaan klo 8-20 puh. **050 563 2357**

Kotisairaalan asiakkaan hoitavana lääkärinä toimii osastonlääkäri.

Kotisairaalan esimiehenä toimii akuutti- ja kuntoutusosaston osastonhoitaja.



KOTISAIRAALA

Lapuan kaupunki

10/2020

Kotisairaala tarjoaa kotona toteutettavaa sairaalatasoista hoitoa, joka on vaihtoehto osastohoidolle. Kotisairaalahoidolla voidaan välttää osastohoito kokonaan tai lyhentää osastojaksoa.

Kotisairaalahoido toteutetaan asiakkaan kotona tai muussa asumispaikassa, kuten tehostetussa palveluasumisessa tai perhehoidossa.

Kotisairaalan asiakkaaksi tullaan lääkärin lähettämänä suoraan päivystyksestä, lääkärin vastaanotolta tai osastohoidon jälkeen. Lääkäri arvioi, soveltuuko asiakas kotisairaalaan ja laatii hoitosuunnitelman.

Kotisairaalan sairaanhoitajat toteuttavat hoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. Kotisairaala toimii joka päivä klo 7–21 ja yhteyttä yksikköön voi ottaa klo 8-20 välisenä aikana. Yöaikaan yhteydenotot p. 116 117.

Kotisairaalan asiakasesimerkkejä

- Potilaat (mm. keuhkokuume, ruusu), jotka tarvitsevat suonensisäistä antibioottihoitoa ja/tai suonensisäistä nestehoitoa.
- Toimenpiteen jälkeinen lyhytaikainen jatkohoito ja seuranta
- Uuden lääkityksen aloitukseen liittyvä ohjaus ja seuranta (mm. verenohennuslääke tai insuliinihoito)
- Palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden hoito yhdessä läheisten, kotihoidon ja kotikuntoutustiimien kanssa.
- Ravitsemukseen ja kivunhoitoon liittyvät erikoistoimenpiteet (mm. laskimoportin ja peg-napin vaihto)

Kotisairaalan asiakkailta edellytetään:

- vähintään 18 vuoden ikää
- lääkäri on arvioinut asiakkaan soveltuvuuden kotisairaalaan ja on laatinut hoitosuunnitelman.
- asiakas haluaa tulla hoidetuksi kotonaan sekä selviytyä itsenäisesti tai läheisten ja tukipalveluiden avulla päivittäisistä toiminnoistaan
- asiakas sitoutuu päihteettömyyteen ja sisätiloissa tupakoimattomuuteen hoidon ajan
- noudattaa sovittuja aikoja.
- lemmikkieläimet pidetään kytkettyinä tai toisessa huoneessa hoitokäyntien aikana.

Kotisairaalan hoitomaksut

Maksu määräytyy käyntikertojen mukaan:

- Yksi sairaanhoitajan käyntikerta 12 €/vrk
- Enemmän kuin kaksi käyntiä 36 €/vrk
- Lääkärin kotikäynti 18,70€

Käyntimaksu sisältää lääkkeet, joita tarvitaan akuutin kotisairaalaan johtaneen sairauden hoitoon ja jotka kotisairaalan hoitaja valmistaa käyttökuntoon ja annostelee käynnin aikana.

Kotisairaalan hoitomaksut eivät kerrytä asiakasmaksukattoa.

Kotisairaalan käynnit ovat maksuttomia tehostetun palveluasumisen yksikössä asuville ja säännöllisen kotihoidon asiakkaille.