



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Liisa Winter

”KOTIA LASAREETTIHI”

Tehostetun kotisairaanhoidon

alueellinen malli

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala

2012

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Liisa Winter
Opinnäytetyön nimi	”Kotia Lasareetti”. Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli
Vuosi	2012
Kieli	suomi
Sivumäärä	99+8 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Suomessa on meneillään sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen, johon liittyvät keskeisesti taloudellisuus ja toiminnan tehokkuus. Hoidon painopistettä ollaan siirtämässä sairaalahoidosta kotihoitoon kehittämällä ja lisäämällä kotiin annettavia palveluja. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen on vastannut tähän haasteeseen laatimalla Ikäpoliittisen strategian vuosille 2011-2015. Siinä on linjattu kotiin annettavien palvelujen kehittämiskohteeksi myös tehostettu kotisairaanhoido. Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa, mitä on tehostettu kotisairaanhoido ja hankittua tietoa hyödyntämällä kehittää tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli.

Tehostetun kotisairaanhoidon teoreettista perustaa selvitettiin keskeisten käsitteiden osalta. Näitä käsitteitä ovat kotisairaalasoinen hoito, kotisairaala, tehostettu kotihoito ja akuuttikotihoito. Vastaavanlaisen toiminnan kehitystä tarkasteltiin ulkomailla ja Suomessa. Toiminnan lähtökohtia lähestyttiin kansallisesta ja alueellisesta näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin lähettämällä sähköpostikysely seitsemälle kotisairaalasoinen toiminnan kehittämisessä mukana olleelle ammattilaiselle. Tutkimusote oli kvalitatiivinen ja vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Suunnittelu toteutettiin useimmiten moniammatillisesti. Toiminta oli järjestetty joko poliklinikalta/akuuttiosastolta tai kotihoidosta käsin. Toiminnan tavoitteeksi asetettiin aina taloudellisuus ja inhimillisyys. Hoitoon tultiin aina lääkärin läheteellä ja keskeisenä elementtinä oli lääkäriyhteistyö. Toteuttamisen keinoina käytettiin sitouttamista ja osallistamista. Toimintamallien keskeistä sisältöä olivat erilaisten infektioiden hoito iv-lääkityksin ja –nesteytyksin, syöpää sairastavat ja saattohoitoa tarvitsevat asiakkaat. Henkilökunnalta edellytettiin vahvaa sairaanhoidollista osaamista ja haluttiin päästä vaativuuden ja osamisen kohtaamiseen. Täydennyskoulutuksia järjestettiin paljon, etenkin ydinosaamisesta. Asiakaspaikkojen määrä ei yleensä ollut kiinteä, mutta palvelun saatavuutta jouduttiin usein rajoittamaan maantieteellisistä syistä. Eroja oli myös palvelun ympärivuorokautisessa saatavuudessa. Tulosten pohjalta luotiin alueellinen toimintamalli jatkokehittelyä varten.

Avainsanat kotisairaalasoinen toiminta, kotisairaala, tehostettu kotihoito, tehostettu kotisairaanhoido

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

ABSTRACT

Author Liisa Winter
Title ”Kotia Lasareettihi”. Regional Enhanced Home Nursing Model
Year 2012
Language Finnish
Pages 99+8 Appendices
Name of Supervisor Ulla Isosaari

In Finland there is an on-going reform of structure of health care and social services, which is centrally related to economy and efficiency. The emphasis of health care is being moved from hospital treatment to home care by developing and increasing services given at home. Joint municipal board Kaksineuvoinen has taken this challenge by drawing up an age policy strategy for years 2011-2015. Also enhanced home nursing is among the things to develop. The purpose of this development task is to find out what enhanced home nursing is and how to use information in order to develop an enhanced home nursing model.

The central concepts related to the theoretical basis of enhanced home nursing have been dealt with. These concepts are hospital level care, hospital at home, enhanced home care and acute home care. The development of similar functions has been examined both abroad and in Finland. The starting points of this kind of activity were approached from both national and regional angle. The research was carried out by sending email questionnaires to seven professionals, who have been developing hospital- level care at home. The study was qualitative and responses were analyzed with content analysis.

The planning was mostly carried out in multi- professional teams. The activities had been organized either by an outpatient clinic/an acute ward or by home health care services. The aim of the activities was always being economic and humane. The clients always come to care with a doctor`s referral and the central element was co-operation among the medical doctors. The ways to implement the ideas were committing the clients and making them a part of the process. Central things in the action models were treating different infections with iv-medications, fluid treatment and also clients with cancer and in need of hospice care. The personnel was expected to have good nursing skills, the level of skills and the demands set by the work should meet. There was a lot of further training. The number of beds varied and was not fixed, also the geographical factors set some challenges. There were also differences in the services offered around- the- clock. A regional model was created based on the results and this model can be further developed.

Keywords Hospital level care, hospital at home, enhanced home care, enhanced home nursing

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. TYÖN TAUSTA.....	8
1.1 Tutkimustehtävät.....	9
2. TEHOSTETUN KOTISAIRAANHOIDON PERUSTA.....	11
2.1 Kotona tapahtuvan hoitotyön keskeiset käsitteet.....	11
2.2 Kotona tapahtuvaan hoitotyöhön liittyviä muita käsitteitä.....	20
2.3 Kotisairaالاتasoisen hoidon lakisääteiset perusteet.....	23
2.4 Kotisairaالاتoiminnan kehitys ulkomailla ja Suomessa.....	24
2.5 Kotona tapahtuvan hoitotyön erityispiirteitä.....	25
2.6 Kotisairaالاتasoisen hoidon lähtökohdat.....	26
2.6.1 Kansallinen näkökulma.....	27
2.6.2 Alueellinen näkökulma.....	30
2.7 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen organisaatio.....	36
3. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET.....	38
4. TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTONKERUU.....	43
4.1 Tutkimusote.....	43
4.2 Aineistonkeruu.....	45
4.2.1 Saatekirjeen ja kyselylomakkeen laadinta.....	46
4.3 Aineiston analyysi.....	48
5. TUTKIMUSTULOKSET.....	50
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	50
5.2 Tehostetun kotisairaanhoidon suunnittelu ja kehittäminen.....	50
5.3 Tehostetun kotisairaanhoidon tavoitteet.....	52
5.4 Tehostetun kotisairaanhoidon toteuttamiskeinot.....	54
5.5 Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnan luominen.....	57
5.6 Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen saatavuus.....	63
5.7 Tehostetun kotisairaanhoidon henkilökuntarakenne.....	64

5.8 Tehostetun kotisairaanhoidon hyödyt.....	66
5.9 Tehostetun kotisairaanhoidon kehittämissuhteita.....	70
6. YHTEENVETO.....	73
7. TEHOSTETUN KOTISAIRAANHOIDON ALUEELLINEN MALLI.....	81
8. POHDINTA.....	89
8.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	90
8.2 Jatkotutkimushaasteet.....	93
LÄHTEET.....	95
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Kotihoidon ja kotisairaala- tason toiminnan käsitteet.	s.19
Kuvio 2.	Manner-Suomen, Etelä-Pohjanmaan ja tutkimuskuntien 75–100-vuotiaiden osuus väestöstä.	s.34
Taulukko 1.	Valtakunnalliset palvelurakenneindikaattorit.	s.33
Taulukko 2.	Kotihoidon asiakkaat ja henkilöstö.	s. 35

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kuntayhtymä Kaksineuvoisen hallinto ja prosessit

LIITE 2. Kuntayhtymä Kaksineuvoisen vanhuspalvelut

LIITE 3. Saatekirje

LIITE 4. Kyselykaavake

LIITE 5. Esimerkki luokittelusta / Tehostetun kotisairaanhoidon hyödyt

LIITE 6. Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli

LIITE 7. Väestörakenteen ennuste yli 65-vuotiailla vuoteen 2040 mennessä

LIITE 8. Yli 75-vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä

1 TYÖN TAUSTA

Terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen, taloudelliset tekijät ja toiminnan tehokkuus ovat tällä hetkellä valtakunnallisesti tarkastelun kohteena. Kehittämishaasteita riittää niin kansallisesti kuin alueellisesti. Suurena haasteena on pystyä tuottamaan riittävästi laadukasta ja terveystarpeet täyttävää palvelua ikääntyvälle väestölle. Valtakunnallisella tasolla on tehty linjauksia, joilla hoidon painopistettä on tarkoitus siirtää laitoshoidosta kotiin. Tämä on omiaan asettamaan isoja haasteita kotiin annettavien palvelujen kehittämiseksi. Mahdollisuus asua kodissaan mahdollisimman pitkään ja saada tarvitsemaansa hoitoa, hoivaa, myös vaativaa sairaalatasoista hoitoa tai saattohoitoa kotiin, on ikäihmisten ja myös nuorempien ihmisten toiveen mukaista. (Myller 2011, 8.) Huomion kiinnittäminen kotihoitoon on myös kansainvälinen ilmiö. Monissa muissa maissa vanhuspalvelujen kehittämisen pääpaino on myös kotihoidossa ja esimerkiksi EU-maissa kotihoidosta on tullut nopeasti kasvava palveluala. (Paljärvi 2008, 13.)

Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa valmistui kuluvan vuoden alussa uusi Ikäpoliittinen ohjelma vuosille 2012-2015. Tässä ohjelmassa määritellään ikääntyvien kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteet sekä hallintokuntien ja muiden sidosryhmien vastuut tavoitteiden toteuttamisessa. Ikäpoliittisen ohjelman avulla Kuntayhtymä Kaksineuvoisen vanhustyölle on linjattu visio, arvot, painopistealueet ja kehittämisen kohteet. Ikäpoliittisen ohjelman valmistelussa ovat olleet mukana ikäihmiset, järjestöt, alueen yritykset, kunnat ja Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Ikäihmisten palvelut eivät ole vain sosiaali- ja terveydenhuollon asia, vaan tarvitaan sektorirajat ylittävää yhteistyötä kaikkien toimijoiden kesken.

Keskeistä ohjelman sisällössä on ikäihmisten hyvinvoinnin tukeminen. Tavoitteena on palvelurakenteen muutos laitospainotteisuudesta hyvinvointia tukevien palvelujen ja kotihoidon ja tehostetun kotisairaanhoidon kehittämiseen. Kuntayhtymä Kaksineuvoisen Ikäpoliittinen ohjelma nojaa valtakunnallisiin

laatusuosituksiin, omalla alueella tehtyyn kehittämistyöhön ja ikäihmisiltä saatuun asiantuntemukseen. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 3.)

Ikäpoliittisessa ohjelmassa kehittämiskohteet on jaoteltu kolmen osa-alueen alle, jotka ovat Pärijäämisen vahvistaminen, Oman huushollin tukeminen ja Kortteeripalvelujen kehittäminen. (Kuntayhtymä kaksineuvoinen 2011, 9.) Valitsin yhdessä esimiesteni kanssa tämän työn aiheeksi tehostetun kotisairaanhoidon mallin luomisen Oman huushollin tukemisen linjauksesta. Tämä kotisairaalasoisiksi toimintamuodoksi suunniteltu hanke vaatii käynnistyäkseen hyvän suunnitelman. Jotta mallista saataisiin mahdollisimman laadukas, on siihen haettava tietoa niin aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista kuin niiltä asiantuntijoilta, jotka ovat kyseistä toimintaa käynnistäneet ja työskentelevät sen parissa.

Kotihoidon tehostaminen on yksi keino vastata sosiaali- ja terveystalouden kasvavaan tarpeeseen ja selvittää siitä myös taloudellisesti. Tehostetussa kotihoidossa voidaan hoitaa kaiken ikäisiä, mutta iäkkäiden osuus on luonnollisesti suurin, kuten muussakin sairaalahoidossa. Suomen kotisairaaloimintaan on haettu mallia Ruotsista ja molemmille maille onkin ollut tyypillistä laitospainotteinen hoitotyö. Molemmissa maissa alkoi kuitenkin tapahtua palvelurakennemuutosta ja 1980 ja 1990-lukujen taitteessa. Tämä on tärkein syy kotisairaaloiminnan kehittämiseksi. (SBU 1999, 21.) Tämä kaikki vaatii paitsi hyvää ja tehokasta organisaatiota, myös korkeasti koulutettuja hoitotyön osaajia.

1.1 Tutkimustehtävät

Tutkimustehtävät nousivat esille Kuntayhtymä Kaksineuvoisen Ikäpoliittisesta ohjelmasta vuosille 2011-2015. Ohjelman linjauksista Oman huushollin tukemisen - kotona asumisen tukemisen kehittämiskohteena on palvelurakenteiden kehittäminen sekä asiakkaiden hyvän hoidon ja toimintakyvyn turvaaminen. Kotihoidon tavoitteeksi määriteltiin muiden muassa kotihoidon palvelujen kehittäminen. Tähän kuuluu kiinteästi tehostetun kotisairaanhoidon

käynnistäminen. Ohjelman mukaan tavoitteisiin päästäisiin henkilöstön määrän ja koulutustason lisäämisellä kotihoidossa sekä kehittämällä kuntayhtymälle oma tehostetun kotisairaanhoidon malli. Tämä mahdollistaisi osaltaan suonensisäisten eli intravenööstisten (iv) lääkitysten antamisen, hyvän saattohoidon turvaamisen sekä kotiutukset nykyistä aikaisemmin. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 31.)

Ikäpoliittiseen strategiaan on kirjattu sairaanhoitajien/terveydenhoitajien toimien lisäyksiä lähivuosille. Terveyspalvelujen tulosalueelle lisätään v. 2012 kaksi fysioterapeutin tointa kotihoidon ja sairaalaosastojen tarpeisiin. Kotihoidon tiimien henkilöstölisäyksiksi vuodelle 2012 on suunniteltu kuusi uutta sairaanhoitajan/terveydenhoitajan tointa. Edelleen vuodelle 2013 esitetään kotihoidon tiimeihin kuuden henkilön lisäystä ja vuonna 2014 kolmen henkilön lisäystä. Uudet työntekijät pyritään jakamaan tiimeihin tasapuolisesti, mutta sijoituksissa otetaan ennen kaikkea huomioon asiakastarve. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 36, 37.)

Koska tämän opinnäytetyön aiheena on tehostetun kotisairaanhoidon mallin kehittäminen, on työn ensimmäisenä tehtävänä tarkastella, **mitä on tehostettu kotisairaanhoido**. Toisena tutkimustehtävänä on **luoda tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli** hankittua tietoa hyödyntämällä.

2 TEHOSTETUN KOTISAIRAAHOIDON PERUSTA

Tehostetun kotisairaanhoidon perustan tärkeinä kulmakivinä ovat sen keskeisten käsitteiden lisäksi myös lainsäädäntö ja valtakunnalliset suositukset ja ohjeet. Kirjallisuudessa esiintyy useita käsitteitä, jotka liittyvät kiinteästi tehostettuun kotisairaanhoidon. Näitä käsitteitä ovat kotihoito, kotisairaanhoido, kotisairaalasoinen hoito, kotisairaala, tehostettu kotihoito, ja akuuttikotihoito. Kotisairaaloimintaa koskevat käsitteet ovat jatkuvassa muutoksessa terveydenhuollon toimintojen uudelleenjärjestämisen vuoksi.

Käsitteiden hallinta on haasteellista koska toiminta on Suomessa yleensä paikallisesti järjestettyä ja niin toimintatavat kuin käsitteiden käyttö vaihtelevat jopa paikkakunnittain (Hirvonen 2010, 15). Seuraavassa on määriteltynä keskeiset käsitteet ja niiden eroavuudet.

2.1 Kotona tapahtuvan hoitotyön keskeiset käsitteet

Kotihoidon kaksi perusosaa, kotipalvelu ja kotisairaanhoido, ovat kehittyneet toisistaan erillään ja kuuluneet 1990-luvun alkuun asti eri hallintokuntiin: kotipalvelu sosiaalitoimeen ja kotisairaanhoido terveystoimeen. Kunnissa käynnistyi 1980 ja 1990 -lukujen vaihteessa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon rakenteilla integrointi eli näiden yksikköjen tai tehtäväalueiden yhdistäminen, osana laajempaa sosiaali- ja terveysalan yhdistämisaaltoa. Vuonna 2004 alkanut kotihoidon valtakunnallinen hallintokokeilu sekä palvelu- ja kuntarakenteen muutos -hanke (PARAS) edistänevät kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä kunnissa lähitulevaisuudessakin. Hallintokokeilun myötä kotihoidon käsite tuli sosiaalihuolto- ja kansanterveyslakiin mukaan. (Tepponen 2009, 17, 18, 83.)

Kotihoidolla tuetaan asiakkaan itsenäisyyttä hänen omista lähtökohdistaan ja mahdollistetaan siten kotona asuminen. Ikäihmisen kannalta kotihoidon keskeisiä tavoitteita ovat elämänlaatu, hyvinvointi, toimintakyky, terveys, tyytyväisyys elämään ja kotona asumisen mahdollistuminen. (Paljärvi 2008, 21; Hammar

2008,22.) Kotihoitoa ohjaavat periaatteet, joiden mukaan toiminta on luottamuksellista, asiakaslähtöistä, oikeudenmukaista ja ammattitaitoista. Toiminta perustuu avoimuuteen, rehellisyyteen ja vaitiolovelvollisuuteen. Yksilöllisyys huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja hoidon toteutuksessa. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2010,1.)

Laadukas kotihoito sisältää kotihoidon ympärivuorokautisen saatavuuden päivittäin, kodinhoitoa, hoiva- ja hoitotyötä sekä kuntoutusta. Lääketieteellinen hoito käsittää terveyskeskuksen omalääkärin ja omahoitajan palvelut, akuuttitilanteiden sairaanhoidon ja saattohoidon. Fysioterapiaan liittyvät kiinteästi apuvälineiden hankinnat, hoitotarvikejakelu ja kodin muutostöiden järjestelyt. Ennakoivaa toimintaa, palveluneuvontaa, ohjausta on niin ikään toiminnassa mukana, samoin kuin gerontologista sosiaalityötä. Intervallijaksot ja päiväkeskustoiminta tukevat asiakkaan kotona selviytymistä. (Paljärvi 2012, 21; Hammar 2008, 22.)

Kunnallisen kotihoitoyksikön valvontavastuuseen kuuluu myös sellaisia kotiin annettavia sosiaali- ja terveystalvveluja, joita kunta ei itse tuota, mutta jotka se hankkii vanhusasiakkailleen joko välittämällä tai ostamalla niitä toisilta kunnilta, valtiolta tai yksityisiltä palveluntuottajilta täyttääkseen lakisääteisen järjestämisvastuunsa. Kotihoitoyksikön tai vastaavan tehtäviin sisältyvät niin ikään kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvat omaishoidontuen valvonta- ja ohjaustehtävät. Niitä ovat esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmalla ja omaishoitosopimuksella tapahtuva ohjaus ja valvonta. (Tepponen 2009, 18.)

Kunnallisen kotihoidon vastuulle kuuluvat myös vanhusasiakkaiden tai heidän omaistensa yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta kunnan antamalla palvelusetelillä hankkiman hoivan ja hoidon ohjaus- ja valvontatehtävät. (Tepponen 2009, 18.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) määrittelee, että ”palveluseteli on yksi tapa järjestää kotipalvelun ja kotisairanhoidon palveluja ja täydentää kuntien palvelutuotantoa. Julkisia palveluja käyttäville asiakkaille järjestetään mahdollisuus saada ohjausta ja neuvontaa siinä, miten he voivat

täydentää palveluvalikoimaansa omarahoitteisesti itse haluamallaan lisäpalveluilla.”

Kotisairaanhoido on terveydenhuollon ammattilaisten tekemää hoitotyötä. Se on tarkoitettu ihmisille, jotka sairautensa, vammansa tai toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi eivät pysty käyttämään muita avoterveydenhuollon tarjoamia sairaanhoitopalveluja, mutta kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kotona. Kotisairaanhoido on moniammatillista tiimityötä. Sitä toteuttavat lääkärit, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat. (Hyry 2011, 9.)

Säännöllisesti järjestettyinä palveluina, hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuen voidaan tehdä muun muassa haavanhoitoja, lääkehoidon toteutusta ja seuranta, kivun hoitoa ja saattohoitoa. Kotisairaanhoido voi hoitaa myös apteekkiasioinnit ja ottaa tarvittaessa yhteyttä terveyskeskuksen lääkäriin. Tilapäiskäyntinä voidaan toteuttaa esim. ompeleiden poisto, verikokeiden ottaminen tai lääkeinjektion antaminen. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2012b, 3.)

Kotisairaالاتasoisella hoidolla tarkoitetaan erilaisten, kotisairaala- tai vastaavasti tehostetun kotihoidon tasoisten toimintatapojen sujuvaa ja tuloksellista soveltamista alueellisesti. Kansallisesti käytössä olevat, hoidon toteuttamiseen liittyvät ohjeet säätelevät myös osaltaan toimintaa. Kotisairaالاتasoisen työn sisällöllisesti samankaltaista oli sitten kyse kotisairaalan tai tehostetun kotihoidon tiimeistä. Kotisairaالاتasoista hoitoa voidaan toteuttaa kaikenikäisille kotihoitoon soveltuville asiakkaille. Kotisairaaloitten asiakkaat ovat usein tyypillisesti hieman kotihoidon asiakkaita nuorempia. Suurimman potilasryhmän kotisairaaloissa muodostavat pääsääntöisesti alle 65-vuotiaat. (Hirvonen 2010, 41-45.)

Kotisairaالاتasoista hoitoa saavat tyypillisimmin erilaisista infektioista kärsivät ja sisätautivaivoja sairastavat asiakkaat. Tehostettua kuntoutusta kirurgisten toimenpiteiden ja operaatioiden jälkeen annetaan usein niin ikään kotisairaالاتasoisessa hoidossa samoin kuin halvauksen jälkihoitoa sekä saattohoitopotilaiden hoitoa. Hyviä kokemuksia on saatu myös

hengityselinsairauksien, kuten keuhkokuumeen tai keuhkohtaumataudin (COPD) hoidosta kotona. Veren tiputtaminen anemiasta kärsiville asiakkaille on melko usein myös kotona toteutettavaa hoitoa. (Hirvonen 2010, 41-45.) Käyttöaiheena nähtiin myös sairaalabakteerien kantajien sairaalatasoinen hoito kotona (Visakorpi 2002, 87).

Kotisairaalatasoisessa hoidossa hoidetaan myös asiakkaita, joilla on vaativia, usein hoidettavia haavoja, joita kotihoidolla ei ehkä ole mahdollisuutta hoitaa. Käyntien aikana henkilökunta arvioi, mitä palveluja asiakas tarvitsee ja tilaa hänelle tarvittaessa tukipalvelut ja kotihoidon. Kotisairaalatasoisen hoidon ollessa kyseessä, voidaan kotona oleville asiakkaille aloittaa myös insuliinihoito ja toimenpiteet ilman, että heidän tarvitsee siirtyä sairaalaan.

Kotisairaalatasoista hoitoa voidaan antaa sovitusti myös kunnallisissa vanhainkodeissa, palvelutaloissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tällöin kyseessä ovat usein erilaiset hoitotoimenpiteet. (Hyry 2011, 41.) Hoitoon tulovaiheessa tehdään usein hoitosopimus ja suoritetaan tulohaastattelu, jossa sovitaan toteutettavista käytännöistä. Hoitoon tulo- käytänteiden tarkoitus on rajata hoidon ulkopuolelle ne henkilöt, jotka eivät sovellu hoitoon tai kykene sitoutumaan siihen, esimerkiksi päihderiippuvuutensa vuoksi. (Hirvonen 2010, 41-45.)

Kotisairaalatasoiseen hoitoon tultaessa varsinaiset tutkimukset on yleensä tehtynä ja asiakkaan diagnoosi on selvä. Kotoa käsin voidaan ottaa verikokeita ja tehdä tutkimuksia, varsinkin potilaan sairaudentilan seurannan ja hoidon arvioinnin kartoittamiseksi. Kotihoitoon verrattuna kotisairaalalla on enemmän erilaisia laitteita käytössään. Näitä ovat esimerkiksi CRP- ja Hb-mittari, EKG:n otto-laite ja happi- saturaatio -mittari. Lääkärin kotikäynteihin on suositeltavaa järjestää tarvittaessa mahdollisuus. Käytännössä kotikäyntejä järjestetään usein vain vakavimmin sairaiden potilaiden, kuten saattohoitopotilaiden luo. Vastaanotto on mahdollista järjestää myös esimerkiksi sähköisesti etävastaanottona. Sairaanhoitajan tekemien lääkärikonsultaatioiden käytänteiden sujuvuudella on

erittäin tärkeä rooli kotisairaالاتasoista hoitoa toteutettaessa. Kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavan tiimin vaivaton tavoitettavuus on niin ikään tärkeä asia toiminnan kannalta. (Hirvonen 2010, 45-46; Hyry 2010, 42.)

Kotisairaالاتasoisessa hoidossa hoitoaika on keskimäärin noin yhden viikon mittainen, mutta välillä on myös pitkiä neljän viikon suonensisäisiä antibioottihoitoja. Isot haavahoidot saattavat joskus viedä jopa kolme kuukautta tai pidempäänkin ennen kuin asiakas voidaan siirtää kotihoidon piiriin. Hoitopaikkoja on yleensä rajallinen määrä ja asiakasturvallisuuden vuoksi ei asiakkaita oteta hoitoon yli henkilökuntaresurssien. (Hyry 2010, 42.)

Kotisairaالاتasoisen toiminnan kehittämistä tukevat varsinkin vahvat näytöt hoidon laadun ja asiakkaiden hyvien kokemusten puolesta. Kotisairaالاتasoista hoitoa saaneilla on perinteiseen hoitoon verrattuna selvästi paremmat mahdollisuudet saada myös psykososiaalista tukea. Kliinisesti tarkasteltuna näyttää komplikaatioiden määrä olevan kotisairaالاتasoisessa hoidossa jopa perinteistä vuodeosastohoitoa vähäisempi. (Hirvonen 2010, 44.) Kotihoidoissa toteutetaan usein hyvin intensiivistä ja kotisairaالاتyypistä hoitoa tehostettuna kotihoitona saattohoidon loppuvaiheessa, vaikkei sitä ole välttämättä nimitetty kotisairaالاتoiminnaksi (Paljärvi 2008, 20).

Kotisairaالاتasoisesta hoidosta käytetään useimmiten nimityksiä *kotisairaala tai tehostettu kotihoito*. Kotisairaalan ja tehostetun kotihoidon käsitteellä tarkoitetaan joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon sekä myös niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Tällöin akuuttia hoitoa tarvitsevan asiakkaan sairaالاتasoisen hoito tuotetaan hänen kotiinsa. Suomessa käytetään useimmiten käsitettä tehostettu kotihoito silloin, kun halutaan puhua kotisairaالاتasoisesta hoidosta. (Hirvonen 2010, 13, 14.) Paljärven 2012 mukaan kotisairaalahoito on määräaikaista, *tehostettua kotisairaanhoidoa*, jonka yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelmanmukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Kotisairaalahoitoon tai tehostettuun kotihoitoon viitataan myös käytettäessä käsitteitä palliatiivinen kotihoito tai kotisaattohoito. Kotisairaالاتoiminta korvaa

sairaalahoidon ja se perustuu aina asiakkaan vapaaseen valintaan kotisairaalahoidon ja sairaalahoidon välillä. (Hirvonen 2010, 13, 14.)

Toiminta eroaa kotisairaanhoidosta siten, että asiakkaat ovat useimmiten niin sairaita, että ilman kotisairaalahoitoa tai tehostettua kotihoitoa he olisivat välittömän laitoshoidon tarpeessa. (Saarelma 2005, 203.) Kotisairaalahoitoon lähettäminen ja hoidon päättyminen siellä perustuvat selvästi määriteltyihin kriteereihin. Kotisairaalahoidon tai tehostetun kotihoidon päätyttyä jatkuvasti apua tarvitseva asiakas voidaan siirtää kotihoidon tai kotisairaanhoidon tuelle. (Jester & Turner 1998, 1.) Kotisairaalatoiminta linjataan asiakkaan kotona tapahtuvaksi hoidoksi, joka on lääkärijohtoista ja korvaa laitoshoidon. Asiakkaalla on kuitenkin aina sairaalahoitoon tahtoessaan oltava siihen mahdollisuus. (Hirvonen 2010, 13.)

Kotisairaalatoiminnan asiakasaines ja tehtävät toimenpiteet eroavat toisistaan sen perusteella, onko kyseessä *perusterveydenhuolto- vai erikoissairaanhoitojohtoinen kotisairaala*. (Visakorpi 2002, 16-18.) Kotisairaala ja tehostettu kotihoito ovat jatkuvasti kiinteässä yhteistyössä kotihoitoon. Kunnallisen toiminnan ollessa kyseessä, voidaan myös kotihoitoa ja fysioterapiaa hyödyntää toiminnassa. Erikoissairaanhoitojohteisen kotisairaalan ollessa kyseessä, tehdään niin ikään kiinteää yhteistyötä kunnallisen palveluohjauksen kanssa. Silloin kun kotisairaala pidetään suoranaisesti sairaalahoidon vaihtoehtona ja hoitoon tullaan ainoastaan lääkärin läheteellä, pysyy ero kotisairaanhoidon selkeänä. (Hirvonen 2010, 16.)

Kotisairaalassa ja tehostetussa kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia. Kaikilla kotisairaalan työntekijöillä tulee olla iv-luvat, jotta he voivat toteuttaa suonensisäistä lääkehoitoa (Hyry 2011, 41). Kotisairaalan tehtävänä on osaltaan tukea asumista kotona ja palveluasunnossa. Sen tavoitteena on korvata vuodeosastojaksoja, lyhentää hoitoaikoja vuodeosastoilla tai antaa tiettyjä toistuvia erikoishoitoja kotona. Lisäksi kotisairaalan ja tehostetun kotihoidon tavoitteena on estää sellaisten asiakkaiden siirto sairaalaan, joilla on joko

pitkäaikaishoitopaikka vanhainkodissa tai palvelutalossa ja antaa heille lyhytkestoinen erikoissairaanhoito kyseenomaisessa yksikössä. (Malmberg 2010, 12.)

Akuuttikotihoito on käsite, joka löytyy vain Hyryn (2010) tutkimuksesta. Kyseessä on toiminta, jossa keskeisinä elementteinä ovat kotiutustiimi, kotisairaala, palvelutarpeen arviointitiimi ja hoitokoordinaattorit. Nämä elementit muodostavat yhdessä akuuttikotihoidon yksikön. Kotisairaala on siis akuuttikotihoidon yksikön sisällä toimiva erikoisosaamisen tiimi, jolla on omat erikoishoitoa saavat asiakkaansa. Se tukee kotiutustoimintaa ja mahdollistaa kotikuntoisen, mutta sairaalahoidon tarvitsevan asiakkaan kotiutumisen. Kotisairaala on oltava erikoisosaamista, joka turvaa sairaalahoidon asiakkaan kotona. Se hoitaa asiakkaita laitoshoidon ja kotihoidon välisen siirtymäajan. (Hyry 2010, 22, 40.)

Akuuttikotihoidon elementtien sisällöt muodostuvat henkilöstöstä, työvälineistä, työtehtävistä, toiminta-ajasta ja hoitoajasta. Jokaisella mallin elementillä on erityiset asiakkaansa ja asiakkaan lähtökohdan mukaan määräytyy, mikä elementti aloittaa hoitosuhteen. Akuuttikotihoidon yhteistyökumppaneita ovat kotihoito, sosiaalitoimisto, terveyskeskussairaala, erikoissairaanhoito, terveysasemat ja yhteistyöryhmät. Akuuttikotihoito on oma itsenäinen yksikkö. Kaikki toimijat osallistuvat akuuttikotihoidon yksikön yhteisiin osastokokouksiin ja sen lisäksi jokainen elementti pitää omat palaverinsa. (Hyry 2010, 22.)

Akuuttikotihoidon yksikössä on pääpaino kotiutustiimissä, joka on erikoisosaamisen asiantuntijaryhmä. Rekrytoinnissa otetaan huomioon, että jokaisella henkilöllä on erikoisosaamista ja työkokemusta joltain erikoissairaanhoidon osa-alueelta, sillä asiakkaita kotiutuu jokaisesta erikoisalalta, lapset pois lukien. Tiimin sisällä tulee olla syvää osaamista, jonka avulla voidaan muodostaa moniammatillinen verkosto ja mahdollistaa kollegiaalinen konsultointi oman tiimin sisällä. Kotiutustiimi on näköalapaikalla näkemässä koko ajan kotihoidon sekä laitoshoidon tilannetta. Asiakkaan kotiutuminen kotiutustiimin avulla mahdollistaa asiakkaan siirtymisen organisaatorajojen yli

erikoissairaanhoidosta kotihoitoon ilman että hoidon taso laskee. (Hyry 2010, 23.)

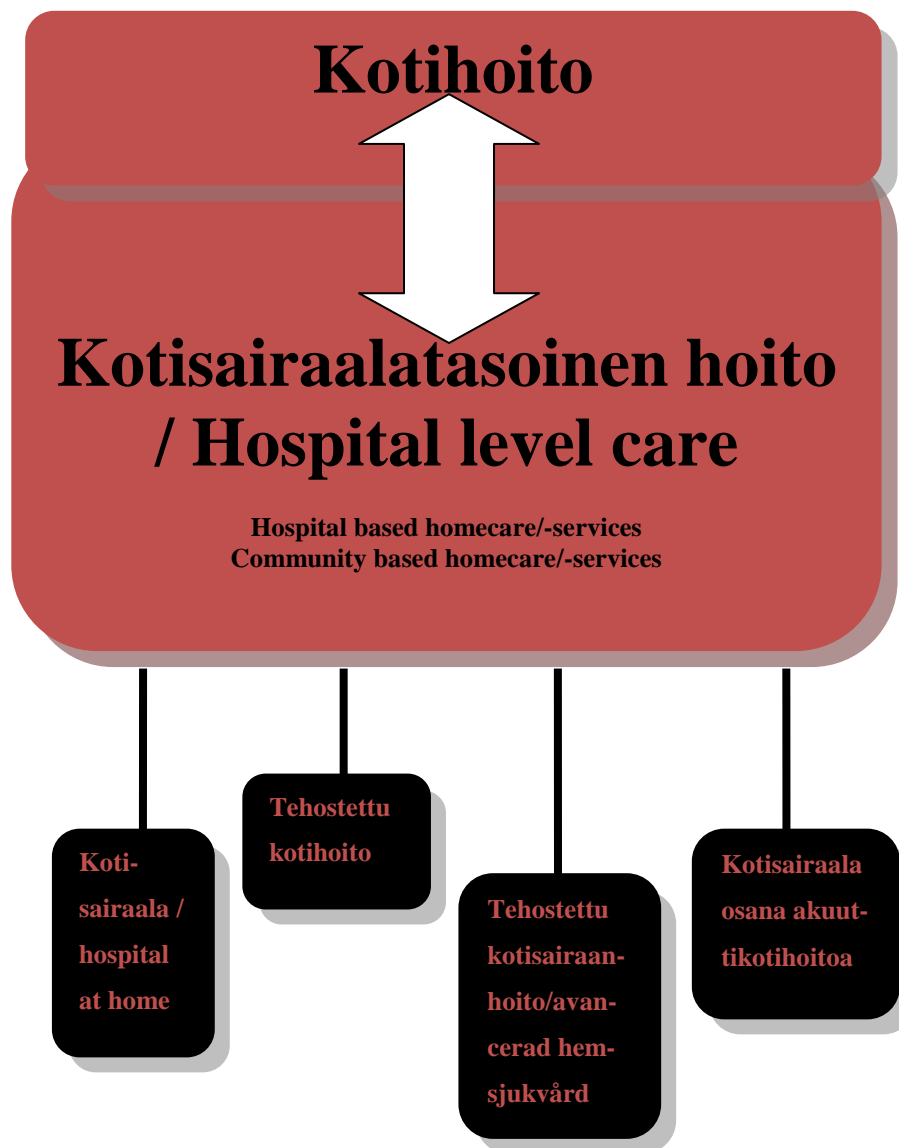
Tehostetun kotisairaanhoidon käsite löytyy terveydenhuoltolaista. Sen mukaan kotisairaalamoiminta on verrattavissa tehostettuun, määrääkaiseen kotisairaanhoidoon. (L 1326 /2010, 25§.) Paljärvi viittaa tutkimuksessaan (2012, 19) samaiseen pykälään ja mainitsee, että tehostettu kotisairaanhoido voi olla joko perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Hoidossa tarvittavat lääkkeet ja hoitotarvikkeet sisältyvät tehostetun kotisairaanhoidon hintaan.

Ruotsissa niin ikään kyseisen käsitteen alle (*avancerad hemsjukvård*) sisältyy kotisairaalamoiminta. Edellä olevien määritelmien perusteella voidaankin todeta, että tässä työssä tehostetulla kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotisairaalamoimintaa, josta useasti käytetään myös jo edellä mainittuja nimikkeitä kotisairaala tai tehostettu kotihoito.

Tällainen sairaalamoiminta hoitoa kohti kehitetty, tehostettu versio perinteisestä kotisairaanhoidosta pitäisi sisällään tiettyjen, yhteisesti sovittujen asiakasryhmien akuutin hoitotyön asiakkaan kotona. Niitä voivat olla esimerkiksi tiettyjen leikkausten jälkeiset hoidot, joidenkin infektioiden hoidot sekä syöpäpotilaan hoito ja saattohoito asiakkaan kotona. Näihin liittyen keskeistä sisältöä ovat erilaisten infektioiden hoito sekä muut suonensisäiset lääke- ja nestehoidot. Tehostettuun kotisairaanhoidoon tullaan lääkärin läheteellä ja tarvittaessa siitä siirrytään saumattomasti kiinteässä yhteistyössä olevan kotihoidon piiriin, omais- tai omahoitoon. Kotihoidon henkilökunta hoitaa myös tehostetun kotisairaanhoidon osuuden erikseen sovituin järjestelyin tai sitten tehostettua kotisairaanhoidoa varten voidaan perustetaan oma tiimi.

Ruotsissa kotisairaalamoimintaa yleisimmin kuvaava käsite on *avancerad hemsjukvård*, joka tarkoittaa lähinnä *tehostettua kotisairaanhoidoa* (SBU 1999, 30). *Hospital at home* -käsite on puolestaan kotisairaalamoimintaa tavallisimmin tarkoittava englanninkielinen vastine. (Hirvonen 2010, 15.) Kun on tehty suomalaisia tutkimuksia kotisairaalamoiminnasta, on useimmiten käytetty tätä käsitettä.

(Visakorpi 2002, 9). Jester ja Turner (1998, 6) puhuvat *hospital level care* - käsitteestä silloin, kun he viittaavat kotisairaالاتasoiseen hoitoon tai siihen, että sairaalatasoista hoitoa annetaan asiakkaan kotiin. Englanninkielisissä lähteissä käsitteet nimetään usein myös hoidon järjestäjän mukaan: *hospital based homecare tai -services ja community based homecare tai -services*. (Visakorpi 2002, 9.) Seuraavassa kuviossa havainnollistetaan kotihoidon ja kotisairaالاتasoisien hoidon suhdetta ja niihin liittyviä käsitteitä.



Kuvio 1. Kotihoidon ja kotisairaالاتasoisien toiminnan käsitteet.

2.2 Kotona tapahtuvaan hoitotyöhön liittyviä muita käsitteitä

Saumattomat hoito- ja palveluketjut ovat osaltaan yksi keskeinen tekijä tehostetun kotisairaanhoidon järjestämisessä. Niistä puhuttaessa tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen liittyvää, suunnitelmallista ja yksilöllistä hoitoprosessin kokonaisuutta. Sille on tyypillistä organisaatorajojen ylittyminen ja niiden välinen yhteistyö. Hoito- ja palveluketjussa on useita saumoja, joiden onnistumiseksi tarvitaan yhtenäisiä toimintaperiaatteita niin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kuin sosiaali- ja terveystieteiden välillä. Asiakkaan kannalta katsoen se on joustavaa siirtymistä palvelusta toiseen. Henkilöstön kannalta se on asiakasta koskevan vastuun järjestämistä tarkoituksenmukaisella tavalla ja järkevää yhteistyötä toisten kanssa, jolloin päällekkäisyydet on karsittu pois. (Grönroos, Lapveteläinen, Perälä, Turunen 2006, 7.)

Asiakkaan hoidon ja palvelujen hallinta ja saumattomuus monitoimijaisessa ympäristössä edellyttää palvelujärjestelmän tarkastelemista kokonaisuutena yli organisaatorajojen ja myös yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista. Aina tämä ei toteudu, vaan asiakkaan hoitokokonaisuuksien hallinta ja palveluiden koordinointi ontuu palvelujärjestelmien rajapinnoissa. Tämä on omiaan heikentämään hoidon jatkuvuutta ja palveluiden yhteensovittamista asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Puutteita ja kehittämistä vaativia asioita on huomattu olevan kaikissa asiakkaan hoito- ja palveluketjun osissa. Näitä ovat asiakkaan siirtyminen kodista sairaalaan, erikoissairaanhoidosta jatkohoitopaikkaan, asiakkaan kotiutuessa joko kotihoidon tueksi tai ilman sitä. (Hammar&Perälä 2003,11, 12.)

Yhtenäinen hoito- ja palveluketju voi katketa tiedon puutteeseen siirryttäessä hoitavalta taholta toiselle. Asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen vastuu ja tieto hänen hoidostaan ei välttämättä siirry saumattomasti vastaanottavalle taholle tai siinä on viiveitä. Hoitoon ilmaantuu katkoksia tai päällekkäisyyksiä silloin, kun saatu informaatio on puutteellista tai se tulee viiveellä. (Myller 2011, 10.) Hoito- ja palveluketjujen katkeilemisesta seuraa aina laatuongelmia (Voutilainen

2011). Saumattomien hoito- ja palveluketjujen onnistumiseksi tarvitaan asiakaslähtöistä, eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä tiedonsiirtymistä (Hyry 2011, 11). Heinimäen (2011) mukaan tämä kaikki parantaa osaltaan myös koordinoitua ja yhteistyötä. Hyry (2011, 11) puolestaan toteaa, että asiakkaan hoidon jatkuvuuden ongelmat ja tietoteknologian mahdollistama tiedonsiirron paraneminen ovat synnyttäneet tarpeen kehittää edelleen tätä hoitotyön osaluuetta. Niin ikään Hyry (2011, 11) mainitsee, että tietotekniikkatuettujen, saumattomien hoito- ja palvelumallien avulla voidaan lisätä niin asiakaskeskeistä hoitoa, hoidon kokonaisvaltaisuutta, kuin myös asiakastyytyväisyyttä ja hoidon tehokkuutta.

Kotisairaaloimintaan ja saumattomaan hoitoketjuun liittyy keskeisenä tekijänä *kotiuttaminen/kotiutuminen* sairaalasta. Kotiutustilanteissa kaikkien perusteiden huomioiminen ja asiakkaan elämäkokonaisuuteen pohjautuva kotiuttaminen tukevat niin turvallista, saumatonta, kuin oikea-aikaista ja -paikkaistakin siirtymistä kotiin tai jatkohoitoon. Onnistunut kotiuttaminen tukee asiakkaan arjessa selviytymistä. (Hyry 2011, 15.)

Kotiuttaminen ja kotona asuminen edellyttävät koko hoito- ja palveluketjun ja siinä mukana olevat toimijat toteuttamaan samoja, asiakkaan kanssa yhdessä laadittuja, suunnitelmia. (Myller 2011, 12.) Kotona selviytymistä ja riittävää hoidontarvetta voi kuitenkin olla vaikeaa arvioida kattavasti sairaalassa oltaessa. Kotiuttamista silmällä pitäen on erityisen tärkeää panostaa perheen huolenpitoon jo sairaalassaolo -aikana. Samalla omaisten kotiutusvastaisuus, asiakkaan kotiutumiseen liittyvät pelot ja sairaalaan palaaminen vähenevät. (Koponen 2003, 116 – 117.) Tuettaessa omaista sairastunut saa paremmat mahdollisuudet selvitä kotona sairaudesta huolimatta (Myller 2011, 14).

Hoitotyöntekijöiden kontaktia asiakkaaseen ja hänen omaiseensa pitäisi pystyä säätämään muuttuvan tarpeen ja selviytymisen mukaan. Eteen tuleviin muutoksiin pitää pyrkiä reagoimaan jo ajoissa niin, ettei siirtoja kotoa toiseen hoitopaikkaan tarvitse tehdä. (Koponen 2003, 116 – 117.)

Kotiuttamista on kehitetty monia vuosia, mutta silti ongelmia ilmenee edelleen. Kotisairaalatyyppisen tehostetun kotisairaanhoidon ollessa kyseessä, on niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidonkin puolella perustettu kotiutushoitajan toimia. Heistä käytetään usein myös nimitystä hoitokoordinaattori. Etenkin perusterveydenhuollon puolella on kotiutushoitajan tukena useasti myös kotiutustiimi. (Hyry 2011, 15.)

Palvelutarpeen arviointikäytäntöjen asianmukaisuuteen sekä mahdollisuuksiin saada tarpeellista hoitoa ja palvelua kiinnitetään määrätietoisesti huomiota. Tällainen arviointi voidaan aloittaa asiakkaan ollessa kotisairaalan asiakkaana ja hänen siirtyessä jatkossa kotihoidon piiriin. Erityisesti vanhusten hoidon tehostamisen tulisi perustua nimenomaan asiakkaiden kotona tehtäviin toimenpiteisiin. Kotihoidon asiakkaille kehitetään toimintakyvyn ylläpitoa, hoitoa tukevaa ohjausta ja neuvontaa, jotka yhdessä kehittyvän tiedon siirron kanssa mahdollistavat turvallisen kotona asumisen entistä pidempään. (Hyry 2011, 16.) Hoito- ja hoivapalveluissa ovat tavoitteena moniammatillisen yhteistyön tiivistäminen ja yhä sujuvamat hoitoketjut. Moniammatillisuus toteutuu SAS-työryhmän toimesta. Sen tehtävänä on selvittää, arvioida ja tehdä sijoituspäätöksiä asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden ja toimintakyvyn mukaan. (Malmberg 2010, 8.)

Nykyään hoitotyössä puhutaan paljon *laadusta*. Kotihoidon ja kotisairaalasaisen toiminnan laadusta ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä tai käyttöön vakiintunutta määritelmää. Paljärvi tutkijakollegoineen (2003, 29) toteaa syyksi ensinnäkin sen, että kyseinen on tilannesidonnainen, ajan ja paikan mukaan vaihteleva. Toinen syy määritelmien moninaisuuteen on se, että kotihoidon ja kotisairaalasaisen toiminnan laatua on tutkittu eri tieteenaloilla niille ominaisin tarkastelutavoin sekä määritely ja mitattu eri toimijoiden näkökulmasta.

Kirjallisuudessa eri alueiden hoidon sekä yleensä sosiaali- ja terveystalvelujen laatua on katsottu useasta eri näkökulmasta: asiakkaan, potilaan, kansalaisen, kuntalaisen, asiantuntijan, ammattilaisen, työntekijän, eri

henkilöstöryhmien, koko organisaation tai sen osan, johdon, hallinnossa toimivien ja rahoittajien kuten veronmaksajien sekä koko yhteiskunnan näkökulmista. (Tepponen 2009, 32; Visakorpi 2002, 37.)

Keskeinen arviointiperuste on se, vastaako hoito tarkastelluilla laadun ulottuvuuksilla koettuja tarpeita, odotuksia tai toiveita. Asiakkaan kokema laatu on yksilön ja väestön palveluihin kohdistamien odotusten täyttymistä. Ammatillinen laatu taas puolestaan on terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioimaa laatua. Johtamisen laatu on niiden toimenpiteiden laatua, joilla palvelut järjestetään. Tutkimuksissa yleisimmin käytetyt asiakaslaadun ulottuvuudet ovat riittävyys, jatkuvuus, työntekijän ammatti- ja vuorovaikutustaidot, asiakastyöntekijäsuhteen laatu, asiakkaan itsemäärääminen ja autonomia, kotona asumisen turvallisuus, palvelun sosiaaliset tulokset ja yleinen tyytyväisyys. (Tepponen 2009, 33-34; Visakorpi 2002, 37.)

2.3 Kotisairaالاتasoisen hoidon lakisääteiset perusteet

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä ja sisältöä ohjaavat lait ja asetukset sekä valtiovallan antamat ohjeet ja suositukset. Kansanterveyslaki 1/1972 sanoo, että kansanterveystyöllä, josta voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto, tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Tämän lain viides pykälä velvoittaa kunnat pitämään huolta kansanterveystyöstä. 13 §:n mukaan sosiaalihuoltolain 17 §:n 1 momentin 3 kohdassa tarkoitettut kotitalvelut ja terveydenhuoltolain 25 §:ssä tarkoitettut kotisairaanhoidon tehtävät voidaan kokeilussa järjestää osittain tai kokonaan yhdistettyinä *kotihoidoksi*. Laki ei mainitse erikseen kotisairaalaai tai tehostetun kotisairaanhoidon käsitettä. (L66/1972.)

Erikoissairaanhoidolain 1062/1989, 12 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä tulee olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä ja muita toimintayksiköitä. Pykälän 32 mukaan sairaalassa ja muussa toimintayksikössä

sekä muualla näiden vastuulla annettavaa sairaanhoitoa johtaa ja valvoo asianomainen ylilääkäri tai muu johtosäännössä määrätty sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lääkäri. (L1062/1989.)

Terveydenhuoltolain [1326/2010](#), 25 §:ssä todetaan, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoito. Kyseessä on moniammatillisesti toteutettava terveyden- ja sairaanhoidon palvelu. Sitä on mahdollista saada tilapäisesti tai laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti kotona tai palveluasumisessa. Kotisairaalahoito puolestaan on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoitoa. Tämä palvelu voi olla joko perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämä toimintamuoto. Silloin, kun kotisairaalahoidossa tarvitaan lääkkeitä tai hoitosuunnitelman mukaisia hoitotarvikkeita, ne sisältyvät hoitopäivän hintaan.

2.4 Kotisairaalatoiminnan kehitys ulkomailta ja Suomessa

Euroopan ensimmäinen kotisairaala perustettiin Ranskaan 1961. Englannissa ja Yhdysvalloissa toiminta aloitettiin vasta 1970-luvulla. (Visakorpi 2002, 12.) Ruotsissa kotisairaalatoiminta aloitettiin Lindköpingissä jo 1962. Tuolloin hoitoa annettiin kuitenkin vain päiväsaikaan. Ympäri vuorokautinen hoito nähtiin kuitenkin pian tarpeelliseksi ja ensimmäinen, sairaalan kanssa kiinteästi toimiva, ympärivuorokautista hoitoa antava kotisairaala aloitettiin 1977 Motalassa. Alussa tarkoitus oli lisätä ihmisten valinnanmahdollisuuksia, mikä lisää osaltaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ja vaikuttaa siten hoidon laatuun. Taloudelliset syyt osaltaan lisäsivät hoidon siirtämistä laitoksista avohoitoon. (SBU 1999, 21, 26; Visakorpi 2002, 12.)

Idea rakentaa kotisairaanhoitoon ”kenttäsaaraala”, jossa asiakkaille tarjotaan samoja hoitoja kuin sairaalassa, esitettiin Suomessa 1980-luvulla. Kotisairaalatoiminta on edennyt Suomessa kuitenkin hitaasti esimerkiksi Ruotsiin verrattuna (Tepponen 2009, 83). Ensimmäinen suomalainen kotisairaala aloitti toimintansa vuonna 1995 Länsi-Uudenmaan aluesairaalassa Tammisaaressa. Asiakkaita oli kaikilta erikoisaloilta, joskin tavallisimmat diagnoosiryhmät olivat

pahanlaatuiset taudit ja infektiosairaudet. Motalan kotisairaalaissa Ruotsissa hoidettiin enemmän iäkkäitä henkilöitä kuin Tammisaarella. Muuten Motalasta on otettu paljon mallia Suomen kotisairaaloimintaan. Suomeen myöhemmin perustetut kotisairaalat ovat ottaneet mallia myös aikaisemmista suomalaisista kotisairaaloista. Suomalaisten kotisairaaloitten toimintamuodot ovat hyvin erilaiset. Osassa hoidetaan kaiken ikäisiä ja kaikilta erikoisaloilta olevia asiakkaita. Osa on keskittynyt tiettyihin sairauksiin ja tietyn ikäisiin hoidettaviin. (Visakorpi 2002, 13-14.) Yhteistä on kuitenkin se, että kotisairaala ja tehostettu kotihoito integroivat sairaala- ja kotihoitoa siten, että kotona asuminen voidaan mahdollistaa silloin, kun toimintakyky on tilapäisesti heikentynyt (Tepponen 2009, 83).

2.5 Kotona tapahtuvan hoitotyön erityispiirteitä

Vaikka hoito sinänsä on melko samanlaista niin vuodeosastolla kuin kotonakin, niin kotihoidossa korostuvat hoidon psykososiaaliset, inhimilliset ja eettiset ulottuvuudet. Erittäin tärkeinä piirteinä ovat sairaanhoidollisen avun saatavuus ympäri vuorokauden sekä joustavuus. Hoidosta vastaavalta lääkäriltä vaaditaan niin sitoutumista, kiinnostusta kuin osaamistakin, erityisesti palliatiivisen hoidon alueella. Koti toimintaympäristönä on haaste sinänsä. Työskenneltäessä asiakkaan kotona, ollaan hänen reviirillään ja koti on aina asujansa elämäntarinan näköinen. (Saarelma 2005, 203-209.)

Visakorven (2002, 69) haastattelemien hoitajien ja asiakkaiden mukaan parasta kotisairaala- tyyppisessä hoidossa oli juuri se, että hoito tapahtuu asiakkaan kotona. Yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus toteutuvat niin ikään paremmin kuin vuodeosastohoidossa. Saarelman (2005, 203-209) mukaan hyvän hoidon edellytys on myös se, että otetaan huomioon muun perheen ajatukset ja toiveet sekä heräävät kysymykset ja tunteet. Omaiset ja lähiystävät ovatkin avainasemassa, kun he huolehtivat asiakkaasta kotikäyntien ja puhelinkontaktien välillä.

Åstettedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara (2008, 15) ovat todenneet, että omaisilla ja läheisillä on tärkeä merkitys perheen elämän

muutostilanteissa, mm. perheenjäsenen sairastuessa. Omaiset tarvitsevat tietoa, tukea ja ohjausta. Omaisten merkitystä ja roolia voidaan kehittää edistämällä omaisen/läheisen ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä. Parhaimmillaan asiakkaan omaisen/läheinen voi olla henkilökunnan kumppani, joka osallistuu asiakkaan hoitoon sopivassa määrin ja on tuki asiakkaalle. (Myller 2011, 14.) Hoidon pitkittyessä tai kotona toteutettavan saattohoidon myötä omaisten väsyminen on tavallista (Visakorpi 2002, 75). Voi käydä jopa niin, ettei omainen jaksa enää kantaa hoitovastuutaan. Tämä on hyvä ottaa huomioon jo hoidon suunnitteluvaiheesta alkaen. (Jester & Turner 1998, 3 - 9.)

Kotona hoidettaessa saavat hoitaja ja lääkäri olla läheisiä luontevammin kuin sairaalassa. Sairaanhoidajat kokevat usein suurena etuna sen, että asiakkaan kotona he voivat antautua juuri hänen hoidolleen. Toisaalta työn voi tehdä raskaaksi se, että ristiriitaiset tunteet perheessä voivat kohdistua siten, että lääkärin ja sairaanhoidajan odotetaan löytävän vielä parantavia keinoja. Pettymys saattaa purkautua arvosteluna toimintaa kohtaan. (Saarelma 2005, 203 - 209.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut saattohoidon ohjeet hoidon tueksi ja kehittämiseksi kunnissa. Niiden mukaan saattohoito toteutetaan asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti heidän kotonaan, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä erillisissä saattohoitokodeissa. Vastuu saattohoidettavien asiakkaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta on sairaanhoitopiireillä ja terveyskeskuksilla. Omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon asiakkaan toivomalla tavalla on niin ikään turvattava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 3.)

2.6 Kotisairaالاتasoisen hoidon lähtökohdat

Erilaisten palvelumuotojen kehittämiseksi ja olemassa olevien toimintatapojen tehostamiseksi tarvitaan tietoa palvelunkäyttäjistä ja heidän tarpeistaan. Seuraavassa on tarkasteltu tehostetun kotisairaanhoidon roolia ja kehittämistarvetta niin kansallisen tason lähtökohdista kuin myös alueellisten

näkökulmien kautta.

2.6.1 Kansallinen näkökulma

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksella ja hyvinvointia edistävän palvelurakenteen kehittämisellä tavoitellaan hyvinvointipolitiikassa palvelujärjestelmän laadun parantamista, vaikuttavuutta sekä kustannustehokkuutta. Osaltaan korostetaan myös teknologian käyttöönottoa ja hyödyntämistä sekä palvelujärjestelmän entistä parempaa ohjausta. Keskeisenä pyrkimyksenä on vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa. Kotihoidon roolia halutaan vahvistaa entisestään palvelu-uudistuksilla ja laajentamalla palvelusetelikokeilua. Kehitystä tavoitellaan erityisesti kuntoutuksen ja omaishoidon toteutuksessa. Kotisairaالاتasoisen hoidon toimintamalli sijoittuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliselle rajapinnalle. Tämän vuoksi joissain visioinneissa käytetään tämän tyyppisistä rajapinnan palveluista nimitystä peruserikoissairaanhoido. Tällaisten rajapinnoille sijoittuvien palveluiden kehittämiselle koetaan tarvetta ja kehittämisessä ovat vahvasti mukana tietotekniset sovellukset ja näyttöön perustuva toiminta. (Hirvonen 2010, 8-10.)

Tukena palveluiden tasapuolisessa kehittämisessä on sosiaali- ja terveystalouden strategia Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, joka julkaistiin tammikuussa 2011. Sen mukaan sosiaalisesti kestävä yhteiskunta kohtelee jokaista jäsentään yhdenvertaisesti, vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä sekä tukee terveyttä ja toimintakykyä ja antaa tarvittavat palvelut ja turvan. Strategialle on asetettu tavoitteeksi nostaa sosiaalinen kestävyys taloudellisen ja ekologisen kehityksen rinnalle. Strategia on jaettu kolmeen päälinjaukseen, jotka ovat; hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta.

Strategiset linjaukset ohjaavat käytännön työtä erilaisten toimintaohjelmien, hankkeiden ja suositusten muodossa (STM 2011, 3, 4). Hallitusohjelma korostaa niin ikään sosiaalipolitiikan kehittämistä, sillä alueelliset erot palvelujen

saatavuudessa ja kustannuksissa ovat edelleen merkittäviä. Keskeisiksi tavoitteiksi on määritelty lapsiperheiden hyvinvointi ja sukupuolten välinen tasa-arvo. EU:n tasolla sosiaaliturvayhteistyön painoalueita olivat sosiaaliturvajärjestelmien koordinaatioasetuksen uudistaminen, hallitusten välisen konferenssin valmistelu, köyhyys ja syrjäytyminen sekä eläkepolitiikka. Kansallisen terveysthankkeen avulla kehitetään edelleen hoitoon pääsyä, varmistetaan terveydenhoitohenkilöstön täydenniskoulutus sekä vahvistetaan sähköistä potilaskertomuksen periaatteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman KASTE:een avulla sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan johtaa ja alueellistaa terveysthanketta (Hirvonen 2010, 9). Hankkeella vahvistetaan terveydenhuoltoa ja toimiva terveyskeskus-toimenpidesuunnitelma tukee ja ohjaa terveyshyötymallin käyttöönottoa. Suunnitelman keskeisimpinä tavoitteina ovat laadukkaiden palvelujen saatavuus ja asiakaskeskeisyyden ja valinnanvapauden parantaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010:4.) Tällä kaikella on merkitystä tehostettujen kotisairaanhoidon palvelujen kehittämisessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008, 30) linjaa ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa valtakunnallisiksi palvelurakenteen määrällisiksi tavoitteiksi vuoteen 2012 mennessä, että 75 vuotta täyttäneistä 91 - 92 % asuu kotona, 13 - 14 % saa säännöllistä kotihoitoa, 5 - 6 % saa omaishoidon tukea, 5 - 6 % on palveluasumisen piirissä ja 3 % pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla). Ikääntyneitä koskeva lainsäädäntö on tällä hetkellä vielä työn alla sosiaali- ja terveysministeriössä. Työn tuloksena on syntymässä ikälaki, jonka tavoitteena on mm. edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja sekä turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. Valmistelutyö etenee sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän linjausten pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta tuli voimaan helmikuussa 2007. Sen 1

luvun 1 §:n mukaan tarkoituksena on luoda edellytykset kunta- ja palvelurakenneuudistukselle. Uudistuksen tarkoituksena on kunnallisen kansanvallan lähtökohdista vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjako siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Tarkoituksena on myös parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi.

Elinvoimaisuus, toimintakykyisyys ja eheys kuntarakenteessa ovat määritteinä lain tavoitteissa. Koko Suomeen pyritään varmistamaan kaikkien saatavilla olevat, laadukkaat palvelut. Tämä edellyttää palvelurakenteelta kattavuutta ja taloudellisuutta ja sen on pystyttävä hyödyntämään voimavaroja mahdollisimman tehokkaasti. 2 luvun 4 §:ssä määritellään uudistamisen toteuttamisen keinoja. Niitä ovat muun muassa kuntarakenteen vahvistaminen yhdistämällä kuntia ja liittämällä osia kunnista toisiinsa kuntiin. Palvelurakenteiden vahvistamisessa on tärkeää, että kootaan palveluja, jotka edellyttävät kuntaa laajempaa väestöpohjaa ja pyritään kasvattamaan kuntien välistä yhteistoimintaa. (L169/2007.)

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä vuosina 2011—2014 tarkoituksena on sen 1§:n mukaan kehittää alan toimijoiden yhteistyönä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä tavalla, joka tukee perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä erityistason palvelujen yhteensovittamista väestön tarpeiden mukaisesti siten, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut eheänä kokonaisuutena. 2 § määrittelee kehittämisen yleisiksi tavoitteiksi muun muassa laadukkaiden, vaikuttavien ja tehokkaiden palvelujen riittävän ja yhdenvertaisen saatavuuden sekä kestävien palvelujen järjestämisen rakenteiden luomisen. (L 305/2011.)

Valtiovarainministeriö käynnisti kunta- ja palvelurakenneuudistuksen keväällä 2005. Uudistuksen toteuttamiseksi aloitettiin PARAS-hanke. Sen tavoitteeksi on

asetettu pääseminen elinvoimaiseen, toimintakykyiseen ja eheään kuntarakenteeseen. Lisäksi taloudellisuudella ja kattavalla palvelurakenteella pyritään siihen, että koko Suomessa on tarjolla kaikille laadukkaat palvelut. Toteutuksessa on käytetty kehittämiskeinoja, joilla on saatu muutettua niin kuntarakennetta kuin tuotantotapoja. Myös organisointia on pyritty kehittämään. Tällä kaikella pyritään sellaisten kunta- ja yhteistoiminta-alueiden muodostamiseen, jotka pohjautuvat toiminnallisiin kokonaisuuksiin. (Valtiovarainministeriö 2011.)

Muita kunnallisen palvelurakenneuudistuksen kannalta keskeisiä tekijöitä ovat terveyden edistämisen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) ja sosiaaliturvan kokonaisuudistus SATA (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Kaikki edellä mainitut asiat ja hankkeet liittyvät osaltaan tehostetun kotisairaanhoidon suunnitteluun ja kehittämiseen. Huomiota kiinnitetään ennen kaikkea palveluiden laatuun, vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen. Perusterveydenhuollon asemaa pyritään niin ikään nostamaan ja saamaan asiakkaat yhdenvertaiseen asemaan ikään, sukupuoleen ja asuinpaikkaan katsomatta, huomioimalla samalla terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ja säilyttämisen. Palvelurakenteen määrälliset suositukset on otettava myös huomioon sekä asiakkaan valinnan vapaus eri palveluvaihtoehtojen välillä. Tällä, jos millään on vaikutusta kehitettäessä ja lisättäessä avosairaanhoidon palveluja, kuten tehostettua kotisairaanhoidoa. Kaikessa suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeällä sijalla ovat myös taloudelliset seikat.

2.6.2 Alueellinen näkökulma

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen osallistuu ja tekee yhteistyötä useiden valtakunnallisten ja alueellisten ikäihmisten palveluja ja hyvinvointia kehittävien hankkeiden kanssa. Valtioneuvoston keväällä 2005 käynnistämä ns. PARAS-hanke tähtää kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseen. Uudistusta pyritään toteuttamaan kuntalaislähtöisesti kuntarakennetta, palveluiden rakenteita, tuotantotapoja ja organisointia kehittämällä. PARAS-hanke velvoittaa etsimään

yli 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueita ja toteuttamaan sosiaali- ja terveysterveyspalvelut yhteistyöllä. (PARAS-hanke 2012.)

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen oli aikaisemmin terveysterveyspalvelujen kuntayhtymä. PARAS-hankkeen myötä se laajeni 1.1.2009 alkaen perusturvan kuntayhtymäksi. Toteutettu malli noudattaa hankkeen alkuperäistä mallia, koska siinä on mukana koko sosiaalitoimi. Järjestämisvastuulle siirtyi näin kolmen kunnan perusturvapalvelut. Jäsenkuntia ovat 1.1.2009 alkaen uusi Kauhava, Evijärvi ja Lappajärvi. Yhteistoiminta-alueella asuu noin 24.000 asukasta. (Kuopila 2011.)

Kuopilan (2011) mukaan Kaksineuvoisessa on onnistuttu uudistamaan hyvin palvelurakenteita. Luonnollista on, että palvelut uudistuvat hitaasti ja niitäkin hitaammin palvelujen vaikutukset. Toimijoiden roolit ovat muuttuneet ja on ilmaantunut uusia toimijoita. Lisäksi PARAS-uudistusten vaikutukset sekoittavat muiden uudistusten vaikutuksia. Hankkeeseen mukaan lähteminen kertoo asiantuntijuuden hyödyntämisestä sekä myös palvelujen suunnittelemisen ja ohjauksen jatkuvasta päivittämisestä.

Väli-Suomen Kaste-hankkeista alueella toimii Ikäkaste-hanke Etelä-Pohjanmaan vanhustyön kehittämiskeskuksen osahankkeena. Kaste-hankkeen alaisuudessa toimii myös Potku-hanke (potilas kuljettajan paikalle), joka on jaettu seitsemään alueelliseen osahankkeeseen. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011.) Lakeuden Potkun toimialueena ovat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollon yksiköt, joihin Kuntayhtymä Kaksineuvoinenkin kuuluu. Koko alueen väestömäärä on 198 467. Tarkoituksena on uudistaa pitkäaikaissairauksien hoitoa kehittämällä terveyskeskusten toimintaa pitkäaikaissairauksien ehkäisy- ja hoitomallin mukaisesti. Tämän mallin soveltaminen sekä käyttöönotto kuuluvat Toimiva terveyskeskustoimenpideohjelman keskeisimpiin strategioihin. Lakeuden Potku-hanke kehittää terveyskeskusten toimintaa vastaamaan pitkäaikaissairaiden todellisia hoidontarpeita. Hankkeessa korostuu hoidon suunnitelmallisuus, potilaan

asiantuntijuus ja vastuunotto oman sairautensa hoidossa. (Potku-hanke / Lakeuden Potku 2012.)

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen on laatinut Ikäpoliittisen ohjelman vuosille 2011 - 2015. Sitä ohjaavat Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliset tavoitteet ja suositukset. Siinä määritellään ikääntyvien kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteet sekä hallintokuntien ja muiden sidosryhmien vastuut tavoitteiden toteuttamisessa. Keskeistä ohjelman sisällössä on ikäihmisten hyvinvoinnin tukeminen. Tavoitteena on palvelurakenteen muutos laitospainotteisuudesta hyvinvointia tukevien palvelujen ja kotihoidon kehittämiseen. Keskeisiä kehittämisalueita ovat hyvinvointia edistävä työ ja kotihoito. Kuntayhtymä Kaksineuvoisen Ikäpoliittinen ohjelma nojaa valtakunnallisiin laatusuosituksiin, omalla alueella tehtyyn kehittämistyöhön ja ikäihmisiltä saatuun asiantuntemukseen. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 3-6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen ja valmisteilla olevan ikälain mukaisesti yleisenä tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä sekä turvata ikäihmisten oikeus laadukkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen, yksilöllistä tarvetta vastaavaan palvelukokonaisuuteen, jonka turvin ikäihminen voi omia voimavarojaan hyödyntäen elää mahdollisimman itsenäistä, mielekästä ja turvallista elämää. Palvelujen painopistettä siirretään ennaltaehkäiseviin toimintoihin ja palveluihin. Keskeisenä haasteena pidetään aktiivisen vanhuskäsityksen toteuttamista. Sairauksien, toimintarajoitteiden ja menetysten korostamisen sijaan keskitytään voimavaroihin. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 7.) Strategian lähtökohtana ovat kuntalaisten erilaiset tarpeet, voimavarat ja paikalliset olot, ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaisesti. Suositus määrittää palvelujen määrällisten tavoitteiden toteutumisen seurantaan indikaattorit. (ks.taulukko 1.)

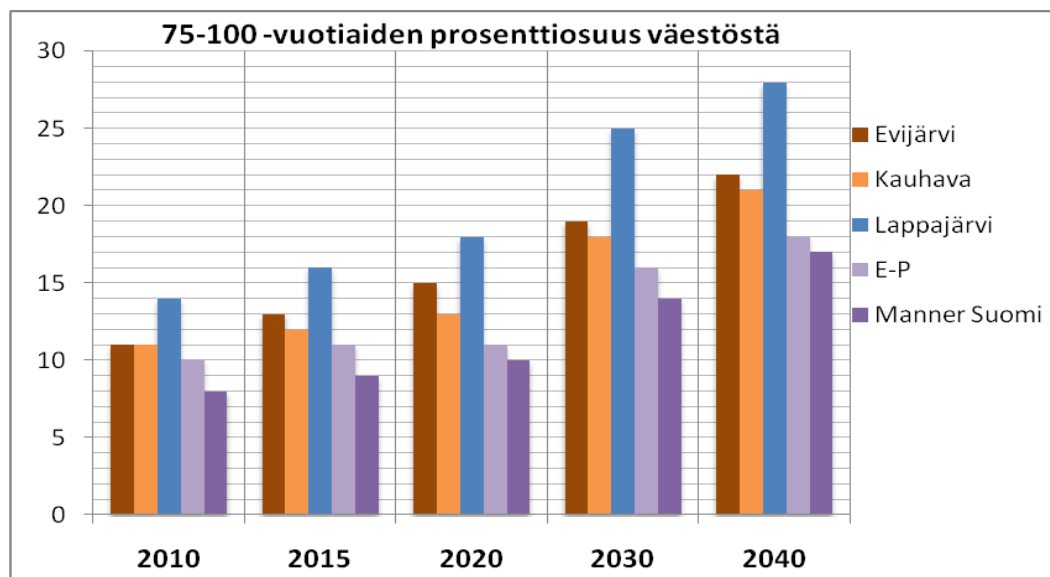
Taulukko1. Valtakunnalliset palvelurakenneindikaattorit. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 7.)

Indikaattorit	Tavoite (suhteutus 75 vuotta täyttäneisiin)
Kotona asuvien osuus (pois lukien ympärivuorokautisen palvelun piirissä olevat)	91–92 prosenttia asuu kotona
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus	13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
Omaishoidon tukea saavien osuus	5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
Tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus	5–6 prosenttia on tehostetussa palveluasumisessa
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit, terveyskeskussairaalat) olevien osuus	3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla

Ehkäisevällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää ikääntyneiden hoidon ja palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Tätä soveltaen pyritään ikääntyvien toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen puuttumaan mahdollisimman varhain, ehkäisten samalla toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasautumista. Varhainen puuttuminen tarkoittaa, että otetaan ajoissa käyttöön erilaisia hyvinvointia tukevia palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) suositusten mukaisesti pyritään ikääntyville antamaan riittävän varhain ammattitaitoista tukea riskien vähentämiseen ja turvataan entistä useammille ikäihmisille mahdollisuus olla hyvinvoivia ja aktiivisia toimijoita omassa elämässään, yhteisössään ja yhteiskunnassa. Tukea antavia asioita ovat esim. oikea-aikainen terveydenhoito, osallisuus, mielekäs tekeminen, sosiaalisten suhteiden ylläpito, opiskelu, kulttuuri, ravitsemus, liikunta, tapaturmien ehkäisy, mielenterveys, lääkitys ja muistiin liittyvät asiat. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 8.)

Kuntayhtymä Kaksineuvoisen alueen koko väestön määrä on n. 23 500. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 21,8 - 27,4 % vuonna 2010 ja vuonna 2040 osuus

on 31,8 - 39,4 %. Ikäihmisiä on suhteellisesti eniten Lappajärvellä. Huomattavaa on, että yli 85-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa merkittävästi. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 10., liite 6) Alla olevasta kuviosta käy ilmi, 75-100-vuotiaiden osuus väestöstä kunnittain verrattuna Etelä-Pohjanmaan ja koko Suomen vastaaviin lukuihin. (liite 7)



KUVIO 2. Manner-Suomen, Etelä-Pohjanmaan ja tutkimuskuntien 75–100-vuotiaiden osuus väestöstä. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 11.)

Ikäpoliittisen ohjelman laatimiseksi perustettiin työryhmiä. Kotona asumisen tukemiseksi nimettiin Oman huushollin tukemisen työryhmä. Kehittämiskohteina ovat palvelurakenteet sekä asiakkaiden hyvän hoidon ja toimintakyvyn turvaaminen. Kotihoidon tavoitteiksi määriteltiin muun muassa palvelujen kehittäminen. Tähän tavoitteeseen päästäisiin henkilöstömäärän lisäämisellä kotihoidon tiimeihin ja tehostetun kotisairaanhoidon käynnistämällä. Tämä edellyttää koulutustason lisäämistä kotihoidossa. Kaikki tämä mahdollistaa nykyistä aikaisemmat kotiutukset, iv-lääkitykset ja saattohoidon. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 27, 31.)

Seuraavasta taulukosta käyvät ilmi nykyisen henkilöstön määrä että suunnitellut henkilöstölisäykset vuodelle. Lisäksi edelleen vuodelle 2013 esitetään kotihoidon

tiimeihin kuuden henkilön lisäystä ja vuonna 2014 kolmen henkilön lisäystä. Työntekijöiden sijoitukset tiimeihin tehdään asiakastarpeiden mukaisesti.

Taulukko 3. Kotihoidon asiakkaat ja henkilöstö. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 37.)

Yksikkö	Säännöllisen kotihoidon asiakkaat vuonna 2010	Tilapäiset asiakkaat vuonna 2010	Osastonhoitajat/terveydenhoitajat/sairaanhoidajat	Lähihoitajat	Muut työntekijät	Tavoite 2012	Muuta
Kotihoito Evijärvi	56	89	2	8	1	+ 1 th/sh	
Kotihoito Alahärmä	62	109	1 + 0,3	13		+1 th/sh + nykyinen 0,3 siirretään Alahärmään	
Kotihoito Kanta Kauhava	101	195	3 + 0,3 + Joki- niemi 0,6 sh	12, 5	Kotihoidon tilat Ky:n siistijä	+ 2 th/sh	
Kotihoito Korttejärvi	37	155	1	4,5		+ 1 th/sh	
Kotihoito Ylihärmä	55	102	1 + 0,3	8,5		+ 1 th/sh	Perushoitajan toimutetaan sh:n/th:n toimeksi

Yöpartio toiminnan tarpeesta tehdään kartoitus. Mahdollinen yöpartio palvelu toteutetaan ostopalveluna, jolloin toiminta alkaa vuonna 2011–2012 Kauhavan alueella. Määrärahavaraus mahdolliselle yöpartio toiminnalle tulee varata vuodelle 2012–2013. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 37.) Näistä suunnitelmista huolimatta yöpartio toimintaa ei ole vielä päästy aloittamaan.

2.7 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen organisaatio

Kaksineuvoinen aloitti toimintansa vuoden 2007 alussa perusterveydenhuollon kuntayhtymänä, jonka perustivat Kauhavan kaupunki sekä Alahärmän, Evijärven, Korttesjärven ja Lappajärven kunnat. Toiminta laajeni vuoden 2009 alusta perusturvan kuntayhtymäksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun puitelain mukaisesti. Samaan aikaan Alahärmän, Ylihärmän ja Korttesjärven kunnat liittyivät Kauhavan kaupunkiin. Nykyisen kuntayhtymä Kaksineuvoisen muodostavat siis uusi Kauhava, Evijärvi sekä Lappajärvi. Sen väestöpohja on noin 23 500 asukasta. Kuntayhtymän ylimpänä päättävänä elimenä on yhtymähallitus. (Laine, Airaksinen, Kyösti & Härkönen 2010, 66.)

Järjestelmä perustuu kuntien vaikutusvallan tasapuoliseen jakamiseen ja ratkaisun avulla on haluttu estää liian vahvan keskuskunnan synty. Tämän vuoksi yhteistoiminta-alueita luotaessa toimintamalliksi valittiin kuntayhtymä, koska se koettiin tasavertaiseksi malliksi, jossa pienemmillään kunnilla on vaikutusvaltaa päätöksenteossa. Kuntayhtymä Kaksineuvoisessa on pyritty rakentamaan mahdollisimman kevyt operatiivinen hallintomalli. Ylin päättävä elin on 12-jäseninen yhtymähallitus, jonka alaisuudessa toimii viisijäseninen yksilöjaosto ja lisäksi kahdeksanhenkinen tarkastuslautakunta. Kevyen hallintomallin tarkoituksena on ollut byrokratian minimoiminen sekä toiminnan tehokkuuden lisääminen. (Laine ym. 2010, 66 - 67.)

Kuntayhtymä Kaksineuvoisen johtaminen on luonteeltaan vahvaa, mutta poliittiselta johtamiseltaan resurssiohjauksen painotteista. Poliittinen johto ja ammattijohto toimivat vahvasti omilla tahoillaan ja tehtäväkentillään. Yhtymähallituksessa kuntien välinen yhteistyö toimii hyvin ja yhteinen tavoitteisto toiminnalle on kyetty löytämään. Kuntayhtymä Kaksineuvoisen taloutta ohjataan kuntien tilaajavallan kautta. Tuotteistamistyötä on tehty suurtuotteiden tasolle ja kustannusjakoa tehdään kuntayhtymässä monella tapaa. Kuntayhtymä Kaksineuvoisen perussopimukseen on kirjattu peruspalveluiden säilyttäminen jokaisen kunnan alueella. Tämä tuo budjettiohjauksen lisäksi

vahvan selkärangan palvelujen ohjaamiselle ja toisaalta tekee palveluverkon vahvan strategisen ohjaamisen oman kunnan alueella osittain tarpeettomaksi. (Laine ym. 2010, 68 – 70.)

Kuntayhtymä Kaksineuvoisen organisaatio on jaettu viiteen tulosalueeseen, joita ovat sosiaalipalvelut, terveyspalvelut, vanhuspalvelut, hallinto ja tukipalvelut sekä ympäristöterveydenhuolto (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2012a). (ks. liite 1) Vanhuspalvelujen tulosalueen esimiehenä toimii vanhuspalvelujen johtaja. Tulosalue on edelleen jaettu kolmeen lähipalvelualueeseen; Kanta-Kauhava, Härmät ja Järviseu. Vanhuspalveluissa noudatetaan lähipalvelujen periaatetta ja niin kotihoidon, asumispalvelujen kuin laitoshoidonkin osalta. Asiakkaiden palvelukokonaisuudesta vastaa kullakin lähipalvelualueella toimiva vanhustyön ohjaaja. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2012b.)

Kotiin annettaviin palveluihin kuuluvat kotihoito ja tukipalvelut. Kotihoitoyksiköiden toiminnoissa noudatetaan lähipalvelujen periaatetta. (ks. liite2) Alueella on seitsemän kotihoidon alueellista tiimiä: Lappajärven, Evijärven, Korttesjärven, Alahärmän, Ylihärmän tiimit ja Kanta-Kauhavan kaksi tiimiä. Yhteyshenkilöinä ja tiimien vetäjinä toimivat alueen kotihoidon osastonhoitajat. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 21.)

3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tehostetusta kotisairaanhoidosta tehtyjä tutkimuksia lähdettiin hakemaan asiasanoilla; tehostettu kotihoito, kotisairaala, akuutti kotihoito, kotiuttaminen, kotiutustiimit, kotiutushoitaja. Ulkomaisia tutkimuksia haettiin hakusanoilla hospital at home, home care services ja hospital based home care. Ulkomailla tehdyistä tutkimuksista tässä viitataan Gunnellin ym., Rosswurmin & Lanhamin ja Jordhöyn ym. tekemiin töihin. Lisäksi löydettiin kolme ylempään sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa tehtyä opinnäytetyötä. Aiheesta löydettiin niin ikään suomalainen väitöskirja ja yksi pro gradu-tutkielma.

Visakorpi (2002) on tehnyt Pro gradu -tutkielmansa aiheesta hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Tavoitteena ja tutkimustehtävinä hänellä oli selvittää hyvän hoidon vaatimuksia ja edellytyksiä kotisairaalassa yhteiskunnan arvoihin ja tarpeisiin perustuvien säännösten ja ohjeiden, kotisairaalaan kohdistuneiden tutkimusten ja hoidon laadun yleisten teoreettisten lähtökohtien perusteella. Toiseksi hän halusi kuvata Lahden kotisairaaloiminnan aloittamista ja sen perusteluja, nykyistä toimintaa, asiakkaita, voimavaroja ja organisointia kotisairaalan suunnitteluun ja perustamiseen liittyvien asiakirjojen sekä toimintatilastojen pohjalta. Lisäksi tavoitteena oli vielä kuvata hyvän hoidon vaatimuksia ja edellytyksistä sekä arvioida niiden toteutumista Lahden kotisairaalassa selvittämällä henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä niistä. Tutkimusote oli laadullinen ja aineistoa hankittiin asiakirjoja tutkimalla ja tekemällä teemahaastatteluja viidelle asiakkaalle ja viidelle hoitajalle puolistrukturoiduilla kysymyksillä. Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia.

Tuloksia olivat mm. se, että Lahden kotisairaalassa lähtökohtana on ollut taloudellisuus, mutta toiminta perustuu kuitenkin yleisille hyvän hoidon periaatteille. Kotisairaalahoidon edellytyksinä ovat itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, yksityisyys, turvallisuus, jatkuvuus, oikeudenmukaisuus ja tasa-

arvoisuus. Tutkija havaitsi niin ikään, että teoreettisista lähtökohdista muodostetut hyvän hoidon periaatteet toteutuivat pääosin hyvin, joskin kehitettäväkin ilmeni. Perhekeskeisyys asiakkaan kokonaihoidossa korostui teoreettisia lähtökohtia enemmän. Henkilökunta oli innostunut työstään ja pyrki työnsä aktiiviseen kehittämiseen toiminnan, annettavan hoidon sisällön ja laadun suhteen.

Koponen (2003) on tutkinut väitöskirjassaan iäkkään potilaan siirtymistä sairaalan ja kodin välillä. Hänen työnsä tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa iäkkään potilaan ja hänen perheenjäsentensä saamaa tukea kodin ja sairaalan välillä siirtymiseen liittyvässä selviytymisessä ja kotona selviytymisessä. Tutkimuskysymyksinä olivat millaista on iäkkään potilaan selviytyminen ja hänen perheenjäsenensä osuus selviytymisessä potilaan siirtyessä kodista sairaalaan ja sairaalasta kotiin, miten siirtymisvaiheessa selviytymistä edistetään perheenjäsenten, potilaiden ja hoidonantajien yhteistyöllä, mitkä ovat siirtymisvaiheessa selviytymistä ja sitä edistävää yhteistyötä kuvaavien käsitteiden väliset suhteet, minkälaisen substantiivisen teorian siirtymisvaiheessa selviytymistä ja siihen liittyvää yhteistyötä kuvaavat käsitteet ja niiden väliset suhteet muodostavat.

Tutkimusotteena oli grounded teoria -menetelmä, joka soveltuu hyvin vuorovaikutuksellisen toiminnan tutkimiseen. Se tarkastelee ilmiötä sisältäpäin, asianomaisen näkökulmasta. Käytössä oli aineistotriangulaatio, joka tapahtui tilan, henkilöiden ja ajan ulottuvuudella. Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista ja haastatteleamalla potilaita (n=24), heidän perheenjäseniään (n=14) sekä heidän todellisilta hoidonantajiaan (n=54) eri ammattiryhmistä kotihoidossa, terveyskeskussairaalassa ja erikoissairaanhoidossa potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä.

Keskeisenä tuloksena muodostui substantiivinen teoria, joka koostuu potilaan selviytymistä, perheenjäsenen osuutta selviytymisessä sekä selviytymistä edistävää yhteistyötä kuvaavista kategorioista sekä niiden välisistä yhteyksistä. Muodostettu ydinkategoria yhdistää kategoriat ja niiden väliset yhteydet

ilmentäen toiminnan pääteemaa substantiivisessa teoriassa. Muodostettu teoria tuotti hypoteesin, jonka mukaan kontaktin toimivuus ja yhteistyön intensiteetin sopivuus ovat yhteydessä yhteiseen näkemykseen yhteistyön tehtävästä selviytymisessä kohdattaessa muutoksia, selviytymisen yrittämiseen sekä paneutuvan avun saamiseen ja puuttumiseen.

Malmberg (2010) keskittyi kehittämishankkeessaan Raision kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hoito- ja hoivapalvelujen kotihoitoyksikön kotiutuskäytäntöjen kehittämiseen, koskien erikoissairaanhoidosta kotiutuvien asiakkaiden kotiutumista kotiin. Tämän kehittämishankkeen taustalla ovat terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamiseen kohdistuvat ajankohtaiset haasteet.

Kotihoidosta ilmenneen tarpeen pohjalta tässä hankkeessa syntyi prosessikuvaus erikoissairaanhoidosta kotiin kotiutuvasta asiakkaasta. Lisäksi kotiutumisesta laadittiin kirjallinen esite ja se liitettiin myöhemmin Hoitoreitit -sivustolle. Kehittämishankkeessa haastateltiin kotihoidon sairaanhoitajia. He kertoivat oman toimenkuvansa pohjalta asiakkaiden kotiutuksista ja niihin liittyvistä kehittämistarpeista. Saadun tiedon avulla muokattiin kotiutukseen liittyviä ohjaavia tekijöitä kotihoidon esitteestä ja prosessikuvauksesta. Nämä auttavat tiedonkulkua toimimaan saumattomasti ja kotiutuksia onnistumaan. Voidaan ajatella, että koko kotiutumiseen liittyvä hoito- ja palveluketju tulee hyötymään tästä hankkeesta.

Hirvosen (2010) opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja tarkastella kotisairaالاتasoiseen hoitoon ja jatkohoitoon liittyviä ja kehitettäviä toimintatapoja. Työn tavoitteena oli luoda alueellinen malli kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Tutkimusaineisto kerättiin osallistuvan havainnoinnin keinoin opinnäytetyön toimeksi antaneen hankkeen tilaisuuksista. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Tutkimuksen tuloksena syntyi kuusi luokkaa. Nämä ovat kotiutumisen haasteisiin vastaaminen ja kotisairaالاتasoinen hoito, kotiympäristö, hoidon tarpeen

ennakoimisen toimintatavat, hoidon ja palveluiden tuottaminen sekä palveluyhteistyö, hoitohenkilökunnan ja lääkärien ammatillinen toiminta sekä palveluiden kustannukset ja hinnoittelu. Palvelumalli rakennettiin siten, että kotisairaalasoinen hoito ja kotiutustiimin toiminta muodostavat siinä yhtenäisen asiakaslähtöisen kokonaisuuden.

Hyryn (2011) opinnäytetyön tarkoituksena oli mallintamiseen perustuen kuvata akuuttikotihoidon palvelukokonaisuus. Tavoitteena oli löytää akuuttikotihoitoon uusia näkökulmia, joiden avulla Vantaan kaupunki pystyy kehittämään omaa akuuttikotihoidon toimintaansa. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kotiutustoiminnan ja akuuttikotihoidon asiantuntijoita. Analyysin tuloksena on tuotettu akuuttikotihoidon malli, jonka keskeiset elementit ovat kotiutustiimi, kotisairaala, palvelutarpeen arviointitiimi ja hoitokoordinaattorit. Nämä yhdessä muodostavat akuuttikotihoidon yksikön, mikä hoitaa asiakkaita laitoshoidon ja kotihoidon välisen siirtymä ajan.

Rosswurmin & Lanhamin (1998) tarkoituksena oli tutkia USA:ssa kotiutuksen suunnitteluintervention vaikutusta uudelleen hoitoon hakeutumiseen ja ongelmiin kotona 30 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta. Asetelma oli kvasikokeellinen, kontrolliryhmä, $n=373$ ja vertailuryhmä, $n=202$ potilasta (keski-ikä 74 vuotta). Menetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä.

Pääasiallisina tuloksina oli, ettei ryhmien välillä ollut oleellista eroa sairaalan sisäänotossa ja päivystyskäynneissä. Potilaan heikko toimintakyky ja koettujen ongelmien määrä olivat merkitsevästi yhteydessä uudelleen sairaalaan joutumiseen ja avopalvelujen käyttöön. Potilaiden sairauden vakavuus ei ennustanut uudelleen joutumista sairaalaan. Potilailla oli ongelmia liikkumiseen, kipuun, ruokavalioon, ahdistukseen, stressiin ja masennukseen liittyen.

Gunnell ym. (2000) ovat tutkineet, kuinka raskas taakka omaisille on aikainen kotiutus sairaalasta kotisairaalaan. Aineisto kerättiin reilun vuoden aikanakolmesta englantilaisesta sairaalasta kotisairaalaan soveltuvista potilaista. Heillä oli diagnooseina mm. murtumat, ortopedinen kirurginen toimenpide ja

halvaus. N=241 (kotisairaalaryhmä N=93, sairaalaryhmä N=40). Omaisia haastateltiin akuuttihoion aikana ja heille tehtiin postikysely neljä viikkoa ja kolme kuukautta akuuttivaiheen jälkeen. Vastausprosentit olivat 66-88.

Keskeisiä tuloksia oli se, että omaisten elämänlaadussa ei ollut merkittäviä eroja kummassakaan ryhmässä. Kotisairaalaryhmän omaiset olivat kivuliaampia kuin sairaalaryhmän omaiset. He olivat kuitenkin tyytyväisempiä henkilökunnan ohjaukseen ja potilaan hoitoon kuin sairaalaryhmän omaiset.

Jordhøy (2000) aiheena on palliativinen hoito-ohjelma ja kuolema kotona. Aineisto kerättiin Norjassa vuosina 1995-1997. Mukaan tutkimukseen otettiin parantumattomasti sairaita potilaita, joiden odotettu elinikä oli 2-9 kuukautta. Tutkimuksen n=434 (n=235 hoito-ohjelmaan osallistuneet ja n=199 kontrolliryhmä). Tavoitteena oli selvittää kuolinpaikka ja hoitoaika laitoksessa viimeisen elinkuukauden aikana. Kontrolliryhmän potilaat saivat perinteistä hoitoa ja tutkimusryhmän potilaiden hoitoa tuettiin hoito-ohjelmalla, joka sisälsi koulutusta ja ohjausta.

Tutkimusryhmän potilaista 54 eli 24 % ja kontrolliryhmästä 26 eli 15 % kuoli kotona. Kontrolliryhmän potilaat olivat hoito-ohjelmaan osallistuneiden ryhmän potilaita enemmän vanhainkotihoiossa. Sairaalahoidon osuudessa ei ollut eroja.

4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTONKERUU

Tutkimusta tehdessä voi aineistosta saada suurta hyötyä ja, kun haluaa tehdä hyvää tutkimusta, täytyy löytää hyvää tutkimusaineistoa. Hyvästäkään aineistosta ei kuitenkaan ole hyötyä, ellei osaa kammata ylös siinä piilevää tietoa. Tämän vuoksi tutkijan on erittäin tärkeää asettaa tähtäin hyvään aineistoon ja järkeviin menetelmiin. Tutkimuksen tekemisessä tarvitaan lisäksi oikeaa asennetta ja halua nähdä vaivaa. (Aaltola & Valli 2007, 102.)

Tutkimusmenetelmällinen osaaminen edellyttää tutkijalta refleктоivaa suhtautumista tutkimuksen teon metodologisiin perusratkaisuihin. Toisin sanoen tutkijalla pitäisi olla jonkinlainen kuva tiedosta ja sen saavuttamisesta sekä omaksumisen edellytyksistä omalla tieteenalalla. Tämä käsitys tulisi olla jo ennen kuin tutkija tekee päätöksensä jonkun tietyn tutkimusmenetelmän käytöstä tutkimuksessa. (Aaltola&Valli 2007, 102-103.) Edellä mainittuihin syihin vedoten tämän tutkimuksen aineistonkeruulle asetettiin tarkat rajat ja vaatimukset. Menetelmän valinta sen sijaan oli luonteva ja valinta siksi helppo. Tieteenalan tiedosta ja sen saavuttamisesta omattiin niin ikään melko hyvä käsitys.

4.1 Tutkimusote

Tämä opinnäytetyö tehtiin käyttäen kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tavoitteena oli ymmärtää tutkimuskohdetta ja sen vuoksi työ aloitettiin kartoittamalla toimintakenttä. Yksilöllisen tiedon saamiseksi laadittiin kyselykaavake. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen, mutta ajatuksena on se, että yksityisessä toistuu yleinen. Tässäkin tapauksessa uskottiin, että kun yksityistä tapausta tutkitaan kyllin tarkasti, saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2005, 170, 171.) Niin laadullisessa kuin määrällisessä tutkimuksessa tutkija voi olla lähellä tai etäällä tutkittavasta. Kvalitatiivinen tutkimus ei siis välttämättä merkitse läheistä kontaktia tutkittaviin, kuten yleensä luullaan. (Hirsjärvi ym. 2005, 183.)

Kirjallisuuden välityksellä perehdyttiin hoitotieteessä käytettyihin metodeihin. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaa puolsivat monet seikat. Yhteiskuntatieteissä on hyödyllistä ja tarpeellista tuottaa teoriaa, eikä vain tyytyä todentamaan sitä. Huomionarvoista on myös se, että luonnollisesta ympäristöstä löytyvä käytännöllinen teoria toimii aina siinä ympäristössä, jossa se on löydetty. Laadullinen tutkimus sopii hoitotieteeseen myös siksi, että tämä on metodologia, jolla saadaan pehmeitä, rikkaita, syvällisiä ja tutkittavaa ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 8.) Tutkimusongelma myös osaltaan määrää sen, mitä menetelmää kulloinkin käytetään. Kvalitatiivinen menetelmä sopii silloin, kun halutaan selvittää käyttäytymistä ja sen merkitystä. Lisäksi silloin, kun tutkimus tulee lähelle yksilöä ja vuorovaikutusta, kvalitatiivinen menetelmä puoltaa paikkaansa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 27.)

Laadullisessa tutkimuksessa näkökulma on osallistujien oma ja sen fokusointi eli tarkennus kuvaa kokonaisuutta. Tällä tutkimuksella haluttiin nimenomaan selvittää haastateltavien omia, yksilöllisiä kokemuksia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimusmetodologian teoria esitetäänkin siksi löytävänä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 9, 11.) Tällä kyselytutkimuksella pyrittiin kartoittamaan erilaisia tehostetun kotisairaanhoidon taseoisia toimintamalleja. Tähän ei olisi päästy pelkillä numeerisilla tuloksilla.

Tieteellisen toiminnan kahta puolta käytetään nimityksiä deskriptiivinen ja teoreettinen tiede. Ensiksi mainitun tavoitteina ovat jo olemassa olevien tosiasioiden löytäminen sekä kuvaaminen ja toisen hypoteesien ja teorioiden muodostuminen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 26, 27.) Tässä työssä tosiasioita löydettiin runsaasti jo kirjallisuudesta ja valmiista tutkimuksista ja ennen kaikkea käytännönläheistä tietoa saatiin kyselytutkimuksella. Teorian muodostamisen tavoitteena on joko tapahtumien ja koetulosten ennustaminen ja siten tosiasioiden löytäminen tai aiemmin todettujen tosiasioiden selittäminen ja tekeminen ymmärrettäväksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 26, 27). Tässä tapauksessa oli kyseessä enemmän viimeksi esitetty vaihtoehto.

Laadullista tutkimusta sanotaan ymmärtäväksi tutkimukseksi, koska ilmiötä voi selittää tai ymmärtää. Ymmärtäminen oli tässä yhteydessä eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. Ymmärtämiseen liittyi intentionaalisuus, aikomuksellisuus eli jonkin tekijän merkityksen käsittäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 27, 28.) Tässä tutkimuksessa ymmärtämistä oli erilaisten tehostetun kotisairaanhoidon mallien kartoittamisen myötä löytyvä ajatus omaan kuntayhtymään sopivasta mallista.

Laadullinen tutkimusmenetelmä on myös haastava, sillä siinä kysymys mahdollisuudesta ymmärtää toista on kaksisuuntainen. Toisaalta on kysymys siitä, miten kyselytutkimuksen laatijan tai haastattelijan on mahdollista ymmärtää tiedonantajaa tai haastateltavaa. Tai toisaalta, miten joku toinen ihminen ymmärtää tutkijan laatimaa tutkimusraporttia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 70, 71.) Edellä esitettyjen seikkojen perusteella oli luonnollista ryhtyä tutkimaan tehostetun kotisairaanhoidon malleja laadullisella tutkimusmenetelmällä.

4.2 Aineistonkeruu

Tehostetun kotisairaanhoidon asiantuntijoilta uskottiin saatavan syvällisiä, paljonpuhuvia, tuntemukset ja kokemukset hyvin esille tuovia yksityiskohtaisia vastauksia. Vastaajilla oli tilaisuus kuvailla tutkittavaa ilmiötä hyvin seikkaperäisesti, saattaa se ymmärrettäväksi ja tutkijalla oli mahdollisuus kehittää todellisuutta vastaavasta aineistosta uutta teoriaa. (Hirvonen 2010, 28.) Toisaalta toivottiin esille tulevan asioita, joita kannattaa varoa toiminnan käynnistämisessä. Hankkimalla teorian tietoa ja suorittamalla kyselytutkimuksen, toivottiin saatavan tehostetun kotisairaanhoidon ilmiöstä esille merkittävimmät seikat. Tätä tietoa käyttämällä ja yhdistelemällä pyrittiin Kuntayhtymä Kaksineuvoiselle luomaan oma tehostetun kotisairaanhoidon malli.

Koska haluttiin saada selville, mitä haastateltavat ajattelivat, tunsivat, kokivat tai uskoivat tehostetusta kotisairaanhoidosta käytännössä, aineistonkeruussa päätettiin kysymykset esittää tutkittaville kyselylomakkeella. (Hirsjärvi ym. 2005, 174; Vehkalahti 2008, 11.) Lisäksi pidettiin erittäin tärkeänä, että aineistoksi

saatiin vastaajien itsensä tuottamaa tekstiä. Kyselylomakkeet saatekirjeineen lähetettiin sähköpostitse tehostetun kotisairaanhoidon osastonhoitajille sekä sairaanhoitajille. Tähän päädyttiin siksi, että tämä tapa on nopea, joustava, helppo, ympäristöystävällinen ja taloudellinen (Heikkilä, Hupli & Leino-Kilpi 2008, 101). Mukaan päädyttiin valitsemaan osallistujia ympäri maata, niin ruuhka-Suomesta kuin harvempaan asutuilta alueilta. Joukossa oli samantyyppisten laajojen maaseutukaupunkien / kuntayhtymien edustajia, jollaista omammekin edustaa. Mukaan haluttiin ja saatiin myös kaksi oman maakunnan tehostetun kotisairaanhoidon toimintayksikön asiantuntijaa. Näin uskottiin saatavan mahdollisimman laaja kirjo tietoa eri tavoilla järjestetyistä tehostetun kotisairaanhoidon toimintamalleista.

Ennen kyselyn lähettämistä haastateltaviin otettiin yhteys puhelimitse internetsivujen yhteystiedoilla ja tiedusteltiin olisivatko he halukkaita vastaamaan kyselyyn. Innokkuutta löytyi kovasti ja kaiken kaikkiaan kyselylomakkeita lähetettiin kahdeksan kappaletta. Näin uskottiin saatavan ainakin kuudesta seitsemään henkilön vastaukset siitä, miten tehostettu kotisairaanhoido on heillä käynnistetty, miten se toimii tällä hetkellä ja miten he kehittäisivät sitä edelleen. Yhteydenotossa tiedusteltiin myös mahdollisen tutkimusluvan tarvetta heidän työnantajaltaan. Kahden haastateltavan työnantaja vaati kirjallisen lupahakemuksen, muiden kohdalla sitä ei tarvinnut hakea. Tällöin perusteena oli se, ettei tässä tutkimuksessa haastatella asiakkaita/potilaita, vaan kysytään ainoastaan toimintaan liittyviä asioita.

4.2.1 Saatekirjeen ja kyselylomakkeen laadinta

Mukaan laadittiin saatekirje, jonka laadinnassa pidettiin mielessä, että se on kyselytutkimuksen julkisivu, jolla voi olla vaikuttaa paljon vastaajan motivaatioon. Siitä kävivät ilmi tutkimuksen perustiedot, mistä tutkimuksessa on kysymys, kuka tutkimusta tekee, miten vastaajat on valittu ja mihin saatuja tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Mielessä pidettiin myös lomakkeen huolellinen suunnittelu, sillä siihen olisi myöhäistä tehdä enää muutoksia, kun

vastaaja on sen täyttänyt. Lomakkeella oli todella suuri merkitys koko tutkimuksen onnistumiseen. (Vehkalahti 2008, 20, 47, 48) Tämän vuoksi huolellinen etukäteissuunnittelu oli tärkeää luotettavan tutkimusaineiston keräämiseksi (Heikkilä ym. 2008). Mukana olivat myös ohjeet lomakkeen palauttamisesta sähköpostitse, viimeinen palautuspäivä ja tutkijan yhteystiedot.

Kadon uskottiin jäävän melko pieneksi, koska aihepiiri oli kohdejoukon ydinosaamista. Yhdestä paikasta jouduttiin karhuamaan tutkimuslupaa. Sen saamisen jälkeen vastaus kyselyyn tuli nopeasti. Toisesta paikasta vastausta kyselyyn ei alkanut kuulua ja sitä karhuttiin kahdesti, viimeisellä kerralla sähköpostin liitteeksi laitettiin kyselykaavake ja saatekirje uudelleen. Molemmilla kerroilla vastaaja lupasi lähettää vastaukset, mutta niitä ei kuitenkaan koskaan saatu.

Kyselylomakkeeseen alkuun laadittiin muutama strukturoitu eli suljettu kysymys, joissa annettiin toisensa poissulkevia vastausvaihtoehtoja valmiiksi. Niillä tiedusteltiin haastateltavan ikää antamalla valmiit vaihtoehdot ikäluokista, koulutusta, sukupuolta ja sitä kauanko vastaaja on toiminut alalla. Tällaiset taustakysymykset toimivat sopivasti lämmittelykysymyksinä varsinaiseen aiheeseen (Aaltola & Valli 2007, 103).

Näiden jälkeen seurasi useita avoimia kysymyksiä, joihin vastatessaan haastateltava voi itse kuvailla, mitä hän asioista ajattelee. Avoimien kysymysten valintaa pidettiin tämän vuoksi ehdottomana ja ainoana vaihtoehtona. (Vehkalahti 2008, 25.) Kysymysten laadinnassa pidettiin mielessä, että ne olisivat tarpeeksi yksiselitteisiä, ne eivät olisi johdattelevia ja kaikki ymmärtäisivät ne samalla tavalla. Haasteena oli myös se, ettei tarkentavia kysymyksiä pystyttäisi esittämään. Kysymykset pyrittiin rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisiksi. Tämän vuoksi aineistoa ryhdyttiinkin keräämään vasta, kun tiedettiin, mitä sillä pyrittiin löytämään. Kysymyksiä laadittaessa pidettiin mielessä myös se, ettei niitä ole liikaa, koska jos kyselylomake on liian pitkä, niin helposti viimeisiin kysymyksiin vastataan ilman suurempia pohdintoja

ja tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä. Pyrittiin myös hyvään kielelliseen muotoiluun, jotta kysymyksiä olisi miellyttävä lukea. (Aaltola & Valli 2007, 102-105)

Valintaan vaikutti se, että näin voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja esittää monia kysymyksiä. Kyselytutkimukseen päädyttiin myös siksi, koska haastateltavat ovat ympäri Suomea ja käytännössä tutkijan olisi erittäin työlästä ja sekä rahaa että aikaa vievää matkustaa jokaisen tutkimukseen osallistuvan luo tekemään haastattelua. Koska näin säästyy aikaa, on mahdollista pyytää useampia henkilöitä vastaamaan. Toisaalta taas tällä tavalla vastaaja voi helpommin jättää vastaamatta ja asiasta joutuu silloin muistuttelemaan. Kyselylomakkeen haittana pidetään yleensä sitä, että vastaajat eivät suhtaudu tutkimukseen tarvittavan vakavasti tai he eivät ole perehtyneet tutkittavaan asiaan riittävän hyvin. (Hirsjärvi ym. 2005, 184.) Nämä ongelmat eivät kuitenkaan olleet oleellisia tässä tutkimuksessa, koska osallistujat olivat tehostetun kotisairaanhoidon asiantuntijoita ja kehittäjiä. Sen sijaan haaste oli se, miten paljon vastaajat tuottaisivat tekstiä.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusta voidaan tehdä joko teoria- tai aineistopohjaisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistosta karsitaan pois tutkijan mielestä epäolennainen tieto ja se tiivistetään ja ryhmitellään kattokäsitteillä. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto käsiteltiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti, jolloin analyysi etenee vaiheittain havaintojen pelkistämisestä ryhmittelyyn ja lopuksi käsitteellistämiseen. (Metsämuuronen 2009, 230.) Pyrkimys oli ymmärtämiseen ja siksi käytettiin analyysimenetelmänä sisällön analyysia ja päätelmien tekoa.

Ensimmäisessä vaiheessa tarkistettiin aineisto eli katsottiin sisältyykö siihen selviä virheellisyyksiä tai puuttuuko siitä tietoja tai onko sähköpostikyselyn ollessa kyseessä, joitain lomakkeita hylättävä. Toisessa vaiheessa olisi vastaajiin voitua ottaa yhteyttä, jos tietoja olisi täytynyt täydentää. Kolmannessa vaiheessa järjestettiin aineisto tiedon tallentamista varten. (Hirsjärvi ym. 2005, 209 - 210.)

Analyysi pyrittiin aloittamaan mahdollisimman pian aineiston keräämisen jälkeen. Vastaukset tulostettiin ja luettiin läpi kahdelle kertaa pian niiden saamisen jälkeen, mutta varsinaisen analyysin aloittamiseen aikaa kului neljä kuukautta. Ensimmäisessä vaiheessa vastauspaperit leikattiin niin, että kunkin vastaajan vastaukset samaan kysymykseen voitiin liittää yhteen nippuun. Tämän jälkeen vastaukset käytiin läpi kysymys kysymykseltä alleviivaten pelkistetyt ilmaukset. Nämä ilmaukset kirjattiin sitten kysymyskohtaisesti. Kunkin kysymyksen pelkistetyistä ilmauksista ryhdyttiin etsimään samankaltaisuuksia ja näin saatiin alaluokkia. Etsimällä niistä samankaltaisuuksia edettiin yläluokkien muodostamiseen ja edelleen pääluokkiin. Vaiheina olivat siis kuvaaminen, luokittelu, yhdistäminen ja selitys. (Hirsjärvi ym. 2005, 210 - 213.)

Aineiston analysoinnin jälkeen seurasi sen tulkintavaihe. Tämä tarkoitti sitä, että tuloksia pohdittiin ja niistä tehtiin johtopäätöksiä. Nämä pyrittiin esittämään ensin kirjoitetussa muodossa. Lopuksi johtopäätökset kirjattiin taulukkomuotoon lukemisen ja havainnollistamisen helpottamiseksi. Vastauksia ja johtopäätöksiä tullaan hyödyntämään valittaessa sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia avoimena oleviin uusiin toimiin, pitäen silmällä samalla uuden tehostetun kotisairaanhoidon mallin laatimista.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Metsämuurosen (2009, 263, 264) mukaan kvalitatiivisen raportin muoto vaihtelee romaanista kuivan tieteelliseen tekstiin. Tutkijan täytyy muistaa, että tutkittavien todellisuus ei saisi hämärtyä. Tulokset nousevat tutkittavien konteksteista ja kokemuksista. Hyvän laadullisen raportin ominaisuus on se, että havainnot on käsitteellistetty relevantisti ja havainnot on kytketty käsitteisiin monin tavoin. Tutkimustehtävää on tarkennettava tutkimuksen kuluessa eivätkä tutkijan tulkinnat saa häivyttää alkuperäistä kontekstiä. Tutkijan ei myöskään tule pakottaa tutkittaviensa implisiittistä tietoa mihinkään ennalta laatimaansa muottiin esimerkiksi liian ohjaavilla kysymyksillä. Lukijan tulee saada raportin perusteella käsitys siitä, miten tieto on hankittu ja miten luotettavasta tiedosta on kysymys.

Edellä mainittuja yksityiskohtia huomioiden, seuraavassa ovat esitettyinä tutkimustulokset. Pääluokista muodostettiin kunkin kysymyksen tuloksille otsikot. Nämä etenevät loogisessa järjestyksessä suunnittelusta toteuttamiskeinoihin ja toiminnan järjestämiseen, henkilökuntarakenteeseen ja saatuihin hyötyihin. Kunkin teoriakappaleen perään lainattiin vastaajien suoria, paljon puhuvia lainauksia värittämään tekstiä ja tekemään siitä mielenkiintoista luettavaa.

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi seitsemän henkilöä (N=7), joista kuusi oli naista ja yksi mies. Heistä kolme toimi vastaushetkellä sairaanhoitajana ja neljä osastonhoitajana. Kaikki seitsemän vastaajaa olivat toimineet hoitotyössä yli kymmenen vuotta. Yksi vastaajista oli toiminut nykyisessä tehtävässään alle kaksi vuotta ja neljä henkilöä oli työskennellyt 2-5 vuotta nykyisessä työssään. Kahdella vastaajalla oli yli viiden vuoden kokemus nykyisestä työstään kotisairaالاتasoisessa toiminnassa.

5.2 Tehostetun kotisairaanhoidon suunnittelu ja kehittäminen

Ajatuksia ja ideoita kotisairaالاتasoisen toiminnan aloittamisesta oli tullut

useimmiten ylemmän johdon taholta, kuten ylilääkäriltä ja ylihoitajalta sekä myös kotihoitoyksiköiden esimiehiltä.

”Silloinen ylilääkärimme oli idean takana ja käynnistäjänä. Ylihoitaja työsti toiminta-ajatusta ja –mallia.”

Jossain tapauksessa ehdotus toiminnan aloittamisesta saatiin päättäjältä ja toisessa tapauksessa vastaaja kertoi, että kotisairaالاتasoisen toiminnan kannattavuutta kartoitettiin AMK-tasoisella opinnäytetyöllä. Tarve uuden toiminnan kehittämiseksi heräsi jossain tapauksessa myös projektityön välityksellä. Tällöin kansallisen tason terveyshanke antoi rahoitusta toiminnan aloittamiseen. Joku vastaajista oli toiminut projektikoordinaattorina tehostetun kotihoidon hankkeessa ja saattoi myöhemmin hyödyntää kokemustaan ja osaamistaan toiminnan vakiinnuttamisessa.

.....”loppuraportissa ehdotetuista yhteistyömuodoista kotisairaala-kotisairaanhoidon –toiminnan kehittämisessä oli kyse edessä olevien tapahtumien ennakoinnista ja tarpeellisten toiminta- ja rakennemuutosten toteuttamisesta.”

Mallin suunnittelemiseen haettiin esimerkkejä useista suomalaisista kotisairaaloista. Käytännössä lähes aina vierailtiin paikan päällä, mutta myös puhelinyhteyksiä hyödynnettiin. Mallina käytettiin Ruotsin Motalan kotisairaala. Jotkut vastaajat kertoivat, ettei mallia haettu erityisesti mistään, vaan toiminta rakennettiin oman kunnan tarpeisiin.

”Kävimme yritysvierailulla kaupungissa, jossa toimii upeasti kotisairaala ja on toiminut jo pitkään.”

”Kaikissa ei käyty, vaan oltiin aktiivisesti puhelinyhteydessä kohteisiin.”

Suunnittelutyön osalta yksiköissä havaittiin paljon eroavaisuuksia. Useimmissa paikoissa mukaan otettiin vahva työntekijäedustus. Perustettaessa erillinen tehostetun kotisairaanhoidon tiimi, esimies ja perustajajäsenet suunnittelivat ja

muokkasivat omaa toimintaa ja toimenkuvaa.

”Me neljä perustajajäsentä osallistuimme esimiehen kanssa suunnitteluun.”

Osassa tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä suunnittelua tehtiin pelkästään ylimmän johdon tasolla ja/tai esimiestasolla. Jotkut vastaajista mainitsivat, että heillä nimettiin erillinen moniammatillinen työryhmä, joka lähti selvittämään eri mahdollisuuksia ja suunnittelemaan toimintaa.

”Suunnittelupalavereissa mukana lääkäri, ksh:n osastonhoitaja sekä akuuttiosaston osastonhoitaja.”

”Sosiaali- ja terveyslautakunta nimesi työryhmän selvittämään kotisairaanhoidon, sairaankuljetuksen ja kotisairaalatoiminnan yhteensovittamismahdollisuuksia. Työryhmä kartoitti peruspalveluissa tapahtuvat muutokset ja rajasi ongelmat.”

”Terveysviraston johdon työryhmä käynnisti toimintaa.”

5.3 Tehostetun kotisairaanhoidotoiminnan tavoitteet

Kaikkein vahvimpana tavoitteena vastauksista nousi taloudellisuus. Luonnollisesti tähän päästiin saamalla aikaan rahallisia säästöjä. Yhteisenä tekijänä säästöjen aikaansaamisessa tuli miltei jokaisessa vastauksessa esiin erikoissairaanhoidon käytön ja ylipäättään sairaalapaikkojen kuormituksen vähentäminen. Tähän päästiin mahdollistamalla entistä nopeammat kotiutukset sairaalasta. Lisäksi keskussairaalan sakkopaikkojen vapautuminen toi säästöä kunnille.

”Pystytään kotiuttamaan sairaalasta nopeammin, pystytään vähentää erikoissairaanhoidon käyttöä ja sairaalapaikkojen kuormitusta.”

Moni vastaaja toi esille tehostettuun kotisairaanhoidoon liittyviä inhimillisiä seikkoja. Tavoitteena oli tällöin pyrkiä hoitamaan asukkaat omissa asumis-

yksiköissään ja siirtoja pyrittiin välttämään kaikin keinoin. Käytännössä heitä ei esimerkiksi siirretty tehostetun palveluasumisen paikoilta erikoissairaanhoidon. Tämä periaate mahdollisti myös saattohoitopotilaiden olemisen ja kuoleminen kotona. Tehostettu kotisairaanhoido oli tällöin vaihtoehto sairaalahoidolle. Vastaajat toivat esille, että tällaisella ajattelulla haettiin nimenomaan potilaan hyvää. Inhimillisyyden piirteeseen liittyi osaltaan myös sairaalainfektioiden välttäminen.

”Tehostetuista palveluasunnoista ei tarvitse tehdä potilassiirtoja erikoissairaanhoidon ja palveluasuntopaikan haltija pyritään hoitamaan omassa asumisyksikössään.”

”Tavoitteena oli lisätä kotiin annettavia ympärivuorokautisia sairaanhoidollisia palveluja.

Yhtenä keskeisenä tavoitteena vastaajat mainitsivat palvelutarjonnan lisäämisen. Tällöin pyrittiin luomaan uutta palvelumuotoa ja tarjoamaan ympärivuorokautisia palveluja kotiin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntija-avun saatavuus ympärivuorokautisesti sekä yhteisten työkäytänteiden luominen liittyivät tähän kiinteästi. Tavoitteet uudelle toiminnalle olivat kovin pieniä silloin, kun henkilöstölisäyksiä ei saatu ja tarkoitus olikin lähinnä vain kartoittaa paljonko toiminnalle oli kysyntää. Joissain yksiköissä taas tavoitteeksi asetettiin välimuotoisen toimintamuodon kehittäminen osaston ja kotihoidon välille. Ja nähtiinpä tehostetun kotisairaanhoidon kehittäminen jossain jopa vaihtoehtona uuden vuodeosaston perustamiselle.

”Toiminnalle asetettiin tässä vaiheessa pienet tavoitteet, koska henkilöstöresursseja ei ole lisätty ollenkaan.”

”Luoda uusi palvelumuoto ja siihen yhteiset työkäytännöt.”

Tavoitteeksi oli asetettu mm. välimuotoisen toimintamuodon perustaminen.”

Uuteen palvelumuotoon liittyi useassa yksikössä saumattoman palveluketjun kehittäminen. Joku vastaajista kertoi, että heillä asetettiin tavoitteeksi myös ennaltaehkäisevän geriatrisen sairaanhoidon kehittäminen ja varhaisen ongelmiin puuttumisen mallin luominen.

Vastauksista tuli vahvasti esille osaamisen ja vaatimusten tasapainottamisen tärkeys. Tavoitteina olivat niin hoitotyön vaativuustason nostaminen kuin osaamisen ja tekniikan hyödyntäminen täysin määrin. Vaativuustason nostaminen tarkoitti, että kotihoidoissa pyrittiin tehostamaan toimintaa, niin että pystyttiin vaatimaan sairaalahoitoon kotona. Myös klinikkavalmiita potilaita voitiin tällöin hoitaa kotihoidossa samoin kuin kotisaattohoitoa pystyttiin lisäämään. Joissain yksiköissä asetettiin hoitajakson pituudeksi noin kaksi viikkoa.

”Pystytään antamaan vaativampaa sairaanhoitoa kotona. Saattohoitopotilailla mahdollisuus olla kotona mahdollisimman pitkään ja mahdollisuus kuolla kotona.”

Ammattitaitoisen henkilöstön osaamista ja työpanosta pyrittiin hyödyntämään täysin määrin. Henkilökunnan osaamisen vahvistaminen asetettiin niin ikään keskeiseksi tavoitteeksi jokaisessa yksikössä. Tekniikkaa hyödynnettiin siten, että uusia teknisiä laitteita otettiin käyttöön kotona hoitamisessa.

”Toimintamallissa hyödynnettiin ammattitaitoisen ensihoidon henkilöstön osaamista sosiaali- ja terveystieteissä mm. ympärivuorokautisella asiantuntija-avulla.”

”Vahvistaa henkilökunnan osaamista ja ottaa käyttöön uusia teknisiä laitteita ja apuvälineitä kotona hoitamisessa. (Pika-CRP, Pika-INR – mittarit)”

5.4 Tehostetun kotisairanhoidon toteuttamiskeinot

Toiminnan käynnistäminen siten, että organisointivastuu oli akuuttiosastolla, koettiin hyväksi keinoksi kokonaisvaltaisuutensa vuoksi.

”.....akuuttiosasto pystyi katsomaan aina tapaus kerrallaan pystytäänkö hoitoa toteuttamaan tehostettuna hoitona ja onko sillä hetkellä henkilöstöresursseja.”

Johdon sitoutuminen koettiin useassa yksikössä ehdottoman tärkeäksi toiminnan onnistumiselle. Johdon panostus näkyi siinä, että kehittämistyö oli pitkälti ylilääkärin ja osastonhoitajan vastuulla. Johtavilla lääkäreillä niin ikään oli monesti merkittävä rooli toiminnan käynnistämisessä.

Vastauksissa tuli esille eniten kommentteja, jotka liittyivät henkilöstön arvostamiseen. Tämä näkyi henkilöstön sitouttamiseen panostamisena miltei kaikissa yksiköissä. Motivoitunut, sitoutunut ja osaava henkilökunta nähtiin tärkeänä keinona toiminnan onnistuneelle käynnistämiseksi. Työyhteisön jäseniä osallistettiin siten, että he saivat suunnitella toimintoja ryhmätyönä. Moni ammatilliselle henkilöstölle annettiin valtuuksia kehittää itse toiminatamallia. Monin paikoin kehittämiseen saivat osallistua niin kotisairaalan kuin kotihoidonkin henkilökunta.

”Keskeisintä oli, että moniammatillinen henkilöstö kehitti itse uuden toimintamallin.”

”Työyhteisön jäsenten osallistuminen oli olennainen osa kehittämistoimintaa.”

Useasta vastauksesta tuli esille, että toimintaa lähdettiin käynnistämään kokeilevalla asenteella. Tämä näkyi erilaisten toimintamuotojen testaamisena. Jossain paikoissa kokeiltiin työnkiertoa, kaikki kotihoidon sairaanhoitajat kokeilivat tällöin vuorollaan tehostettua kotihoitoa. Omien sairaanhoitajien nimeäminen kuitenkin useasti vasta sitoutti toimintaan.

”Kokeiltiin eri toimintamuotoja, kaikki kävivät kokeilemassa tehostetun kotihoidon työtä. Tehtiin näin työnkiertoa, mutta sitoutumista ei tapahtunut toiminnan kehittämiseksi”

”Vasta kun kolme sairaanhoitajaa nimettiin tehostetun kotihoidon työntekijäksi, alkoi toiminnan edelleen kehittäminen ja henkilöt sitoutuivat uuteen toimintaan.”

Henkilöstön arvostamiseen liittyi oleellisesti myös henkilöstön koulutus. Koulutukseen panostettiin miltei kaikkialla jo toiminnan alussa. Haluttiin keskittyä erityisesti substanssiosaamisen kehittämiseen. Tällöin puhuttiin työssä tarvittavista keskeisistä tietotaidoista, ydinosaamisesta. Todella tärkeällä sijalla oli kaikkien sairaanhoitajien iv-lupien suorittaminen. Toiminnan alussa panostettiin kahdessa yksikössä myös kotisairaaloiminnan kehittämisen koulutukseen.

”Hankkeen aikana kaikki kotisairaanhoitajat suorittivat iv-luvat ja kaksi sairaanhoitajaa kävi amk:ssa kotisairaaloiminnan kehittämisen koulutuksen.”

Verkostoyhteistyötä pidettiin tärkeänä keinona pyrittäessä avoimuuteen ja sen avulla avautui myös hyviä tilaisuuksia tiedottaa toiminnasta. Yhteistyöhön ylipäättään haluttiin panostaa jokaisessa yksikössä. Toiminnasta tiedotettiin avoimesti esittelemällä sitä keskussairaalassa, terveyskeskuksen osastoilla ja poliklinikoilla. Lääkärien kokouksissa käytiin myös kertomassa uudesta toimintamuodosta. Yhteystietoja vietiin ja lähetettiin eri yhteistyötahoille ja tehtiin PR-toimintaa. Yhteistyöhön panostamisesta kertoo myös se, että henkilöstöryhmien ja eri yksiköiden rajat ylittävää keskustelua käytiin paljon. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että vuoropuhelu oli jatkuvaa yhteistyökumppaneiden kanssa. Tämän ansioista kehitettiin edelleen uusia yhteistyökäytäntöjä ja yhteistyömallia. Joku vastaajista kertoi heillä erityisesti panostetun yhteistyöhön onkologian yksikön kanssa.

”Käytiin esittelemässä toimintaa ja vietiin ja lähetettiin yhteystietoja ja käytiin mm. esittäytymässä lääkärien meetingeissä.”

”Yhteistyökumppaneiden kanssa jatkuva vuoropuhelu ja PR-toiminta oli keskeistä ensimmäisinä toimintavuosina.”

”Meillä yksi keino päästä tavoitteisiin oli toimiva yhteistyö onkologian yksikön kanssa.”

Yksikössä hyödynnettiin projekteja keinona tavoitteisiin pääsemiseksi. Joku vastaajista kertoi, että heillä toteutettiin kehittämishanke osallistavana toimintatutkimuksena ja toisessa yksikössä puolestaan käytettiin ulkopuolisen kehittämisprosessin mallia, jossa ohjaajana toimi AMK:n yliopettaja.

”Kehittämistoiminnan ulkopuolisena kehitysprosessin ohjaajana toimi yliopettaja ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveysalalta.

5.5 Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnan luominen

Kaikki tutkimukseen osallistuneet seitsemän yksikköä olivat johtamismalliltaan perusterveydenhuoltojohteisia. Erikoissairaanhoidonjohteisia yksiköitä ei sisällynyt mukaan. Vastaamishetkellä viiden yksikön hoitovastuu oli terveystoimella. Joku vastaaja mainitsi heillä toiminnan olevan kaupunginsairaalan alaista toimintaa. Jossain yksikössä toiminta aloitettiin sosiaalitoimen alaisuudessa, ja joku yksiköistä kuului vanhustyön alle.

”Kotisairaaloiminta on osa perusterveydenhuoltoa.”

”Aloitimme tehostettuna kotihoitona sosiaalitoimen alaisuudessa, alkuun ei ollut omaa lääkäriä ja se hankaloitti toimintaa.”

”Toimimme vanhustyön alla, olemme tavallaan viides kotihoidon tiimi. Se, että toimimme vanhustyön alla, on osaltaan hankaloittanut lääkärin saamista meille.”

Lääkäriyhteistyö oli keskeinen elementti kotisairaالاتasoisessa toiminnassa. Työ oli jokaisessa tapauksessa lääkärijohteista ja lääkäri oli käytettävissä joka yksikössä. Työpanoksen määrä sen sijaan vaihteli todella paljon. Oli yksiköitä, joissa lääkäri, yhdessä tapauksessa geriatri oli käytettävissä joka päivä. Joku vastaajista kertoi kotihoidon lääkärin työpanoksen olevan kotisairaalassa ½-

päiväinen ja toisaalla taas lääkäri kävi kolmena päivänä viikossa. Yhdessä yksikössä lääkäri kävi kerran viikossa tunnin ajan. Lääkäriin kotikäyntien osalta joku vastaaja kertoi, että heillä lääkäri käy erittäin harvoin potilaiden luona ja joku puolestaan totesi, että heillä lääkäri ei tee kotikäyntejä ollenkaan.

”Lääkäriinä toimii hoito-osaston lääkäri: vanhustyön ylilääkäri, geriatri on tavoitettavissa joka päivä.”

”Vt. ylilääkäri ilmoitti ottavansa meidät hoteisiinsa, hän käy meillä kerran viikossa tiistaisin klo 12-13. Se on meille riittänyt.”

”Lääkärimme ei tee kotikäyntejä ja se on harmi, varsinkin saattohoitopotilaiden kohdalla se olisi tärkeää.”

Lääkärillä oli muutamassa tapauksessa vastuullaan myös hoivaosaston saattohoitopotilaat tai hän toimi myös hoivaosaston lääkäriinä. Yhden kotisairaalan lääkäriinä toimi hoito-osaston lääkäri. Virka-ajan ulkopuolella ongelmatapauksissa oli lähes aina mahdollista saada apua terveyskeskuksen lääkäriltä. Myös potilaan oma lääkäri tai poliklinikan lääkäri toimi tarvittaessa yhteistyössä. Joku vastaajista totesi vanhustyön alla toimimisen vaikeuttaneen lääkärin saamista.

”Lisäksi voimme soittaa lääkärille ongelmatapauksissa tai ottaa yhteyttä TK-lääkäreihin.”

”Poliklinikan lääkäri toimii tiiviissä yhteistyössä kotisairaalan työntekijöiden kanssa tai omalääkäri niin halutessaan.”

Keskeistä lääkäriyhteistyössä oli myös se, että kotisairaالاتasoiseen hoitoon tultiin aina lääkärin läheteellä. Vastaajat kertoivat, että suurin osa heidän asiakkaistaan oli keskussairaalan lähettämiä, joilla oli tullessaan kaikki tarvittavat ohjeet mukanaan. Jossain yksikössä puolestaan oli tavallista, että lääkäri lähetti asiakkaita kotisairaalaan suoraan päivystyksestä ilman osastojaksoa tai että hoidon aloitus kotisairaalassa oli mahdollista puhelinkonsultaation perusteella.

”Potilas voidaan lähettää sairaalassa tapahtuvan diagnostiikan ja alkuhoidon jälkeen jatkohoitoon kotiinsa. Päivystävä lääkäri voi sijoittaa asiakkaan kotisairaalan potilaaksi ilman sairaalalaitoshoidon jaksoa.”

Kyselyssä tuli keskeisinä hoidettavina potilasryhminä esille infektio- ja sitä kautta antibioottihoitoa tarvitsevat potilaat, nesteytystä tarvitsevat potilaat, saattohoitopotilaat, syöpäpotilaat, kiireetöntä verensiirtoa tarvitsevat potilaat, vaativaa haavahoitoa ja diabeteksen tasapainotusta tarvitsevat potilaat, pitkän osastohoidon jälkeiset potilaat ja jotkut pitkäaikaispotilaat sekä muutamat muut pienet potilasryhmät.

”Suurimpana kohderyhmänä on suonensisäisten antibioottien vaativa hoito, kuten ruusu, pneumonia, pyelonefriitti sekä nesteytykset sekä saattohoidon kivunhoito.”

Infektiopotilaista hoidettiin jokaisessa yksikössä. Tavallisimpia lääkeinfuusioita tarvitsevia ryhmiä olivat ruusu, pyelonefriittiä, ja pneumoniaa sairastavat henkilöt. I.v-nesteytystä ja ravintoliuoksen antoa sekä nesteytystä kuivumisen ja ripulin yhteydessä annettiin jokaisessa yksikössä. Hepariini-pistosten antaminen oli myös keskeinen toimenpide. Keskuslaskimoportin huuhtelua tarvitsevat kuuluivat niin ikään muutamassa yksikössä hoidettaviin potilasryhmiin.

”Ravintoliuokset ja nestehoito, esim. ripulin tai kuivumisen yhteydessä.”

”Vascuportin huuhtelut asiakkaan kotona.”

Saattohoitopotilaat olivat keskeinen osa tehostetun kotisairaanhoidon toimintaa. Näiden yhteydessä vastaajat mainitsivat erityisesti kivunhoito- sekä pleuradreeni - potilaiden hoidon. Saattohoitopotilaisiin kuuluivat keskeisenä osana syöpäpotilaat, jotka tarvitsivat apua niin ikään kivun hoidossa, usein myös kipulääkepumpun kanssa. Useimmiten syöpäpotilaat olivat tehostetussa kotisairaanhoidossa sairautensa loppuvaiheessa.

”Saattohoitopotilaat omaisen ja asiakkaan toivomuksesta.

”Saattohoitopotilaat, syöpäpotilaat hoitojen loppuvaiheessa. Mukana myös Denver-dreeni –potilaita.”

Jotkut vastaajista mainitsivat erikseen, että heillä hoidetaan myös kiireettömien verensiirtojen antamista kotona. Niin ikään vastaajat kertoivat, että hoidettaviin ryhmiin kuuluivat heillä pitkäaikaissairauksien hoidon tehostaminen. Tavallisimpia niistä olivat insuliinin aloitukset ja diabeteksen tasapainotukset. Jokaisen yksikössä tehtiin haavahoitoja. Usein haavahoidot olivat tehostetun kotisairaanhoidon piirissä silloin, kun ne olivat päivittäisiä, tehostettuja, erityisen vaativia tai käytössä oli alipainehaavanhoidot.

”Tyypillisimpiä ryhmiä, joita voidaan hoitaa kotisairaalassa on pitkäaikaissairauden hoidon tehostaminen, muun muassa diabetestasapainotus, sydämen vajaatoimintalääkityksen tehostaminen.”

”Vaativa haavahoito (hoidon tarvetta päivittäin).”

Pitkän osastojakson läpikäyneitä huomioitiin myös valittaessa potilasryhmiä tehostettuun kotisairaanhoidoon. Kyse saattoi olla tällöin mistä tahansa sairaudesta, mutta joku vastaajista kertoi, että heillä keskityttiin erityisesti mielenterveysasiakkaiden hoitoon. Joissain yksiköissä hoidettiin myös niitä vanhainkotien ja palveluasumisyksiköiden potilaita, joiden hoito oli tehostettua. Muutamista vastauksista kävi ilmi, että heillä hoidettiin myös painesukkahoitoa tarvitsevia potilaita ja munuaissairauksista kärsiviä dialyysipotilaita (PD). Tavallista oli myös se, että lääkäri voi arvioida kotisairaالاتasoiseen hoitoon soveltuviksi näiden ryhmien ulkopuolella olevia potilaita.

”Samoin mielenterveysasiakkaat ja muut tehostettua kotihoitoa vaativat pitkittyneet sairaalajakson jälkeen ovat kotisairaalan asiakkaita.”

Muutamia vasta-aiheitakin hoitamiselle tuli esille. Henkilöä ei voitu hoitaa tehostetussa kotisairaanhoidossa, jos hänellä oli epävakaat tilanne vitaalielintoimintojen suhteen. Sekavia, muistamattomia ja päihtyneitä ei myöskään otettu potilaaksi. Este hoitamiselle oli myös se, jos diagnoosi oli täysin

auki. Useimmissa yksiköissä oli niin, että diagnoosi tehtiin sairaalassa ja hoito aloitettiin siellä. Diagnoosin lisäksi myös hoitosuunnitelman oli oltava selkeä, että hoito kotisairaالاتasoisessa yksikössä voitiin aloittaa.

”Kotisairaalassa ei voida hoitaa, jos epävakaata sydän-keuhko-tilanne tai diagnoosi täysin auki.”

Kysymykseen potilaspaiikkojen määrästä vastaajat mainitsivat, ettei heillä ole käytössä varsinaista asiakaspaiikkojen määrää tai, että määrä vaihtelee. Joku vastaajista totesi, että paikkojen määrää ei sinänsä ole rajattu. Paikat, joissa määrä oli rajattu, se oli sidonnainen henkilökuntamäärään. Vaihtelua oli 4:stä 15:een.

”Asiakaspaiikkojen määrää ei suoralta kädeltä voi sanoa, koska se vaihtelee.”

Kotisairaالاتasoisen hoidon suhteen asiakkaalla oli aina valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus. Hän saattoi itse päättää, haluaako hoitoa kotona vai sairaalassa. Jos hoito aloitettiin asiakkaan kotona ja hän halusi jossain kohtaa siirtyä sairaalaan, oli jokaisessa kyselyyn osallistuneessa yksikössä siihen järjestetty siihen mahdollisuus. Potilaalla oli niin ikään oikeus tulla hoidetuksi omassa yksikössään, esim. vanhainkodissa tai tehostetussa palveluasumisyksikössä.

”Hoito perustuu asiakkaan vapaaehtoisuuteen ja hänellä on mahdollisuus halutessa ja tarpeen vaatiessa siirtyä sairaalahoitoon.”

Yksiköiden toimintakäytännöissä oli paljon yhtäläisyyksiä, mutta eriävyyksiäkin löytyi. Joissain paikoissa yksikön sairaanhoidollisia palveluja sai ympärivuorokautisesti kotona tai kodinomaisissa yksiköissä. Toisaalla taas yöaikana annettavat antibiootit yms. soviteltiin yöpartion tai sairaankuljetuksen kanssa. Tavallisena käytäntönä oli, että sairaanhoitaja otti vastaan tiedot ja hoito-ohjeet uudesta potilaasta, useimmiten puhelimitse. Yhteistä kaikille oli se, että toiminta oli sairaالاتasoista ja se oli kiinteässä yhteistyössä kotisairaanhoidon kanssa. Tällöin voitiin puhua yhdestä kotihoidon tiimistä muiden joukossa.

Useasti kotisairaanhoidon sairaanhoitajamäärää oli siirretty kotisairaaloimintaan ja kotihoidon lähihoitajat olivat saaneet lisää vastuuta. Myös apteekin tekemää koneellista lääkejakelua hyödynnettiin tässä yhteydessä. Yhteistyö oli kiinteää myös silloin, kun kotisairaanhoidon kanssa oli palaveri joka viikko ja palaverissa voitiin ”vaihtaa töitä.” Perustiimin hoitovajeen paikkaaminen kuului niin ikään jossain paikassa käytännön toimiin. Useassa yksikössä kotisaattohoitopotilaat hoidettiin yhteistyössä kotihoidon kanssa ja/tai kotisairaanhoidon toimi varajärjestelmänä virka-aikana.

Toiminta on lääkärijohtoista, sairaalatasoista, ympärivuorokautisen valmiuden tarjoavaa sairaanhoitoa kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa (palvelukodit, vanhainkodit, kuntoutumiskodit).”

”Eli normaalissa kotihoidossa sairaanhoitajien määrä on vähentynyt ja työtä on siirretty lähihoitajien tehtäväksi mm. näytteiden ottoa ja lääkejakoa on siirretty apteekin tehtäväksi (koneellinen lääkejako).”

Joku vastaajista kertoi, että heillä kotisairaala oli yksi osa avosairaala. Kotisairaala-ambulanssin henkilökunta toteutti suunnitellusti kaikkia kotisairaalan toimia. Ambulanssissa toimi aina sairaanhoitaja, joka otti vastaan tiedot uudesta potilaasta. Lisäksi heidän ensihoidollaan oli virka-ajan ulkopuolella lista kutsuttavista hoitajista. Heidän yksikössään ei voinut toimia pelkällä sairaanhoitajan koulutuksella, vaan lisäksi vaadittiin monenlaista täydennyskoulutusta. Kotisairaaloiminnan yksikön osaamista hyödynnettiin myös siten, että sairaanhoidollisissa kysymyksissä autettiin iltaisin ja viikonloppuisin toisia yksiköitä tarvittaessa. Hoivayksiköissä käytiin niin ikään tarvittaessa. Vastaavasti hoiva- ja hoitoyksiköiden henkilökunta oli opastettu pyytämään arviointia kotisairaaloiminnasta yksiköltä.

”Kotisairaala-ambulanssissa on aina sairaanhoitaja. Hän ottaa vastaan tiedot uudesta potilaasta kotisairaalan, arviointikäynneistä eri palveluasumisen paikkoihin/vanhainkotiin, kotihoitoon ym.

Useassa tapauksessa oli kehitelty kotiutuskäytäntöjä ja nimetty kotiutushoitaja niitä asiakkaita varten, jotka kotiutuivat kotiin. Jostakusta vastauksesta kävi ilmi, että kotisairaالاتasoisen yksikön yhteyteen oli perustettu oma kotiutusyksikkö. Joku vastaajista puolestaan kertoi, että kuudesta sairaanhoitajasta yksi toimi kotiutushoitajana.

”Kotiutusyksikkö perustettiin myös tänä vuonna kotisairaalan yhteyteen ja yksi sairaanhoitaja siirrettiin kotihoidosta tätä työtä tekemään.”

Kirjaamiskäytännöistä tuli hyvin samansuuntaisia vastauksia. Potilaat sisään kirjattiin aina tehostetun kotisairaanhoidon potilaiksi. Selvää oli myös se, että jokainen käynti kirjattiin potilaan papereihin. Miltei joka paikassa olivat käytössä kannettavat tietokoneet.

”Kotisairaalayksikössä on kannettava tietokone, jolla saadaan yhteys Pegasos-potilastietojärjestelmään ja jokaisesta käynnistä tehdään kirjaukset potilastietojärjestelmään.”

5.6 Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen saatavuus

Vastaajat kertoivat, että heillä toiminta oli rajoittamatonta eli mitään rajoituksia tehostetun kotisairaanhoidon palvelun saatavuuteen ei oltu tehty. Tällöin kaikki kuntalaiset saivat palvelua koko kunnan ja kaupungin alueella. Silloin, kun rajoituksia tehtiin, ne liittyivät joko potilaan vointiin ja hoitoisuuteen, käyntien määrään kokonaisuutena tai yksittäisen asiakkaan luo tai etäisyyksiin. Normaalisti pyrittiin olemaan joustavia käyntimäärien ja etäisyyksien suhteen.

”Kaikki saavat niin halutessaan kotisairaalan palveluita. Käyntikerrat ovat max 3-4/vrk (tästäkin kyllä joustettu on).”

Käyntejä asiakkaan luo tehtiin pääsääntöisesti 1-4 vuorokaudessa. Jossain oli ollut tilanteita, jolloin potilaan luona oli käyty jopa kuusi kertaa päivässä. Jotkut vastaajista mainitsivat, että heillä oli käyntien kokonaismääräksi vuorokaudessa rajattu 15 käyntiä. Etäisyyksiin oli laitettu rajoituksia siten, että kolmessa

yksikössä rajana oli 40 km, jos hoidot toteutettiin kolme kertaa päivässä. Joku vastaaja kertoi heillä rajoitetun etäisyydet 30:een kilometriin ja yhden kaupunkiyksikön osalta oli rajoitus tehty 15:een kilometriin.

”Seutualueelle on jopa 40 km ja iv-hoitojen ja saattohoitojen määrää joudutaan tänne rajoittamaan. Ambulanssiyhteistyö ja osittain paikallisen terveysaseman kanssa tehtävä yhteistyö helpottaa tilannetta.”

5.7 Tehostetun kotisairaanhoidon henkilökuntarakenne

Henkilöstön koulutus- ja osaamisvaatimukset olivat jokaisessa vastauksessa hyvin samansuuntaiset. Henkilökunnan määrässä oli luonnollisesti suuria eroavaisuuksia yksikköjen koon mukaan. Pienimmillään henkilökunta oli silloin, kun yksikössä työskenteli vain yksi sairaanhoitaja ja suurimmillaan yksikössä, jossa työskenteli 16 eri koulutustason omaavaa henkilöä.

”Minä eli sairaanhoitaja AMK olen ainoa henkilökunta.”

Henkilökunta oli jokaisessa yksikössä pääsääntöisesti sairaanhoitajia. Käytännön järjestelyissä oli vaihtelua. Jossain yksikössä oli kuusi sairaanhoitajaa ja heistä yksi toimi vastaavana. Tällöin yökköjen työpareina toimi kaksi lähihoitajaa. Toisaalla taas toiminnasta oli aina vastuussa joko kotisairaanhoidon tai akuuttiosaston sairaanhoitaja. Yksikkö, jossa oli kuusi sairaanhoitajaa, yksi toimi kotiutusohitajana. Kymmenen sairaanhoitajan yksikössä oli oma osastonhoitaja ja ½-päiväinen lääkäri. Mukana kyselyssä oli myös yksikkö, jossa sairaanhoitajien lisäksi toimi kaksi lääkintävahtimestaria/sairaankuljettajaa.

”Tehostetusta kotisairaanhoidosta vastaa pääasiassa aina sairaanhoitaja joko akuuttiosastolta tai kotisairaanhoidosta.”

Henkilöstön osaamisen vaatimukset olivat kaikissa tutkituissa yksiköissä hyvin samansuuntaisia. Yleisiä edellytyksiä olivat, että osaaminen oli oltava laajapohjaisempaa kuin kotihoidossa ja kliinisen osaamisen oli oltava vahvaa. Mainittiin myös, että kliinisen osaamisen mahdollisimman laaja koulutus

katsottiin eduksi ja jokaisella hoitajalla oli oma vastuualue. Vaativinta tasoa edusti yksikkö, joka edellytti, että sairaanhoitajalla oli oltava sairaanhoitajan suuntaavat opinnot suoritettuna. Lisäksi tässä yksikössä edellytettiin vähintään neljän vuoden kokemusta erikoissairaanhoidosta.

”Osaaminen pitää olla aika laajapohjaista ja erilaista, mitä toiminta yleensä on. Näkisinkin, että henkilökunnalla tulee olla hoitotyön kliininen osaaminen aika vahvaa ja siihen liittyvä koulutus on tietenkin hyväksi.”

Täydennyskoulutuksesta vastaajat kertoivat yleisellä tasolla, että olivat hyödyntäneet pääosin sairaanhoitopiirin ilmaisia koulutuksia. Lisäkoulutusta oli hankittu koulutustarjonnan mukaan. Joku vastaajista kertoi, ettei heillä ollut varsinaista koulutusta toimintaan.

Hoitotyön koulutus oli luonnollisesti suurin osa-alue hankituista lisäopinnoista. Lääkeosaamisen osalta oli useimmissa paikoissa käytössä Love-lääkekoulutukset. Tähän sisältyivät niin neste- kuin lääkehoidotkin sekä verensiirrot. Osaaminen varmistettiin joko Love-koulutuksen myötä tai muulla tavoin heti toiminnan alussa ja kaikille sairaanhoitajille myönnettiin iv-luvat. Yleensä edellytettiin, että myös esimiehillä tuli olla iv-taidot hallinnassa.

”Iv-luvat ehdottomasti kuntoon heti alkuvaiheessa ja käytännön mieliin palauttaminen. Meillä ne tänä vuonna suoritetaan Love-koulutuksessa.”

Muuta hoitotyön lisäkoulutusta järjestettiin saattohoidosta, aseptiikasta, haavanhoidosta, kivunhoidosta, kipupumpun käytöstä, antikoagulanttihoidosta, ikäihmisen suun hoidosta, vanhusten sairastumisesta, ekg:stä, elvytyksestä ja hoitosuunnitelman laatimisesta. Sairauksien osalta lisäosaamista saatiin ainakin infektio-taudeista, trombotilaa hoidosta, syöpätaudeista, keuhko- ja sydäntautilaan hoidosta, muistihäiriöistä ja dementiasta sekä osteoporoosista.

”Tietojen hankkiminen kotisairaalassa hoidettavista taudeista oli iso osa koulutusta.”

Hoitotyön käytäntöä kerrattiin myös ja se tapahtui eri yksiköissä vähän eri järjestelyin. Käytäntöä palautettiin mieleen useimmiten perinteisillä luennoilla ja harjoitteilla. Yhdestä vastauksesta tuli ilmi, että henkilökunnasta jokainen kävi vuorollaan heräämössä harjoittelemassa kanyylin laittoa yhden päivän ajan. Toisaalla taas oltiin akuuttiosastolla käytännön työssä muutaman päivän ajan. Jotkut tekivät puolestaan tutustumiskäyntejä eri yksiköihin.

”Meidän hoitajat kävivät heräämössä 1 päivän kanyylin laittoa treenaamassa anestesia­lääkärin ja hoitajan työparina.”

Muina täydennyskoulutusteemoina vastauksista tulivat esille työyhteisöllinen koulutus, kehittämiskoulutus ja tekninen koulutus. Työyhteisöllisen koulutuksen sisällöistä mainittiin mm. työyhteisön asiakaslähtöinen toiminta, tiimityön koulutus ja työyhteisön vuorovaikutteinen toiminta. Kehittämiskoulutuksista tulivat esille koulutustapahtumat muiden vastaavien yksiköiden kanssa, kotisairaalan koulutuspäivät, kotisairaanhoidon koulutus- ja kehittämispäivät ja ammattikorkeakoulujen järjestämä kotisairaaloiminnan kehittämiskoulutus. Teknistä koulutusta saatiin ATK:sta ja tilastoinnista sekä hälytysajoneuvon kuljettamisesta.

”AMK:n järjestämä kotisairaaloiminnan kehittäminen antoi lisäpotkua.”

Vastaajat kertoivat myös opettavaisesta yhteistyöstä, jota hoitavien tahojen välillä oli. Kotisairaالاتasoiseen toimintaan saatiin usein käytännön apuja kotisairaanhoidosta ja silloin kun lääkäri oli mukana omalla panostuksellaan, koettiin siitä saatavan suurta hyötyä. Jossain yksikössä ambulanssin kanssa oli avunantosopimus ja vertaistuki koettiin osaltaan erittäin tärkeäksi.

5.8 Tehostetun kotisairaanhoidon hyödyt

Vastaajat listasivat saatuja hyötyjä runsaasti ja ongelmia sen sijaan ei löytynyt paljoakaan. Tyytyväisyys toimintaan tuli vastauksista kaikkein voimakkaimpana

piirteenä esille. Tyytyväisyyttä oli niin potilaiden kuin työntekijöidenkin keskuudessa runsaasti. Potilaiden sanottiin olleen todella tyytyväisiä, jopa 100 %:sti. Todettiin myös, että yksikön potilaat olivat lähes poikkeuksetta tyytyväisiä. Kuntalaisten erittäin suurta tyytyväisyyttä kotisairaaloimintaan pidettiin erittäin tärkeänä asiana.

”Potilastyytyväisyys on 100 % ja se on mielestäni tärkein asia.”

Työntekijät olivat yksiköissä yleisesti ottaen tyytyväisiä toimintaan. Henkilö oli monessa paikassa ollut innolla kehittämässä toimintaa. Joissain paikoissa henkilöstö oli vaihtunut paljon toiminnan aikana, toisaalla taas oli edelleen sama henkilöstö, joka aloitti useita vuosia sitten.

”Työntekijät ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä, sama porukka mikä aloitti, on pysynyt.”

Toinen tärkeä tekijä, joka nousi vastauksista voimakkaasti esille, oli taloudellisuus. Sitä voitiin katsoa suoraan rahallisten säästöjen valossa tai välillisesti päivystyskuormituksen vähenemisenä ja nopeina kotiutuksina.

Osa vastaajista mainitsi, että heillä on saatu säästöjä aikaan keskussairaalan sakkopäivien vähenemisen kautta. Vastauksista tuli esille myös, että erikoissairaanhoidon käyttö oli vähentynyt ja vuosittainen säästö oli hyvinkin runsasta. Osastokuormituksen huomattiin niin ikään vähentyneen jonkin verran. Todettiin myös, ettei heillä ole laskettu rahallisia hyötyjä ja yhdessä yksikössä oli saatu oma budjetti helpottamaan taloudellisuuden seuranta.

”Säästöä on saatu aikaan, kertovat, että sakkopäivät ovat vähentyneet.”

”Taloudellisuutta pystymme osittain paremmin seuraamaan nyt oman budjetin avulla, mutta tulee ottaa huomioon mm. keskussairaalan sakkopäivien loppuminen.”

Useassa yksikössä voitiin todeta päivystyskuormituksen vähenemistä. Tämä näkyi

suoranaisesti siinä, että päivystykseen lähettäminen vähentyi. Kotisairaala toimi porttina terveyskeskuksen poliklinikalle, osastoille ja keskussairaalaan. Yhdessä yksikössä kotisairaala-ambulanssi toimi vielä ylimääräisenä lisänä hälytysten välillä. Kotiuttamaan pyrittiin heti, kun potilas vain suinkin pärjäsi kotona. Kotiutusten voitiin todeta aikaistuneen ja yhä useammin kotiutus oli mahdollista suoraan tehostetun kotisairaanhoidon piiriin.

”Olemme pystyneet kehittämään kotihoitoa tehokkaampaan suuntaan, toimineet porttina polilta/tk:sta osastolle ja keskussairaalaan päin, toisaalta päinvastoin osastot ovat pystyneet aiemmin kotiuttamaan potilaita ja samoin keskussairaalaan ilman osastovaihetta.”

Tehostettu kotisairaanhoido oli lisännyt niin ikään toiminnan tehokkuutta ja resurssien tehokasta käyttöä. Kotihoitoa oli pystytty tällä tavalla tehostamaan ja perustiimit voivat keskittyä enemmän kotisairaanhoidotyöhön. Monessa yksikössä oli onnistuttu puhaltamaan hyvin yhteen hiileen ja saatu toiminta vakiinnutettua. Tehokkainta toiminta oli luonnollisesti silloin, kun se toimi vuorokauden ympäri. Resurssien osalta päästiin niiden ja ammattitaidon järkevään käyttöön ja laajaan hyödyntämiseen. Jossain yksikössä pyrittiin saamaan käyttöön työaikapankkia lisäämään tehokkuutta ja joustavuutta.

”Resurssien ja ammattitaidon järkevä käyttö ja ammattitaidon hyödyntäminen laajasti koko sosiaali- ja terveyspalvelujen alueelle.”

Merkittäviin hyötyihin lukeutui myös avunanto yhteistyötahoille. Se tuli ilmi turvapuhelinhälytysten hoitamisena ja satunnaisina avunantoina eri yksiköihin. Todettiin, että kotisairaala hoiti turvapuhelinhälytykset öisin tai yöpartiotoimintaa ei ole tarvittu kotisairaaloiminnan aloituksen jälkeen ollenkaan. Todettiin myös, että palvelutalon henkilökuntaa oli jopa voitu vähentää, kun hankittiin turvapuhelimet ja kotisairaala hoiti öisin niiden hälytykset. Tehostetun kotisairaanhoidon osaamista hyödynnettiin satunnaisesti terveyskeskussairaalaissa vaikeissa tipanlaitoissa ja ajoittain hoidettiin myös kotisairaanhoidon kiireitä. Öisin annettiin nosto- yms. apua laitoksiin.

”Terveyskeskussairaalaan avustetaan esim. vaikeissa tipanlaitoissa (ennen lähetettiin päivystykseen). Turvapuhelinhälytyksiin kotisairaalayksikkö vastaa klo 22-7 välisenä aikana.”

Hyötynä voidaan pitää myös tyytyväisyyttä, joka tuli esille monissa vastauksissa. Tyytyväisyydestä kertoo niin onnistumiset työssä kuin henkilökunnan hyvä jaksaminenkin. Joku mainitsi erityiseksi onnistumisen aiheeksi työikäisten tehokkaat iv-hoidot. Suurta tyytyväisyyttä ilmensi myös kommentti lapsipotilaan saattohoidossa onnistumisesta. Päättäjät, sidosryhmät ja yhteistyökumppanit olivat antaneet kiitosta usean yksikön onnistumisesta tehostetussa kotisairaanhoidotoiminnassa.

”Työikäisten iv-hoidot on pystytty hoitamaan tätä kautta ilman osastolle menoa.”

Henkilökunnan jaksamiseen oli kiinnitetty monin paikoin suurta huomiota. Tämä siksi, että työn koettiin olevan erityisen rankkaa silloin, kun kotisaattoja oli runsaasti. Resurssien ääri rajoilla työskenteleminen ja hoidettavien määrän jatkuva kasvu heijastuivat niin ikään henkilökunnan jaksamiseen työssään. Keinoina tyytyväisyyden säilyttämiseksi oli käytetty työnkiertoa ja työnohjausta pidettiin niin ikään erittäin tärkeänä.

”Työntekijät ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä, toisaalta työ on rankkaa, mikäli kotisaattoja on runsaasti.”

Yhdessäkään tutkimukseen osallistuneessa yksikössä ei selvitty ilman ongelmia. Väestöpohjan pienuus koettiin yhdessä yksikössä ongelmaksi. Useassa vastauksessa tuli esille työmäärän suurista vaihteluista koituneet ongelmat toiminnan organisoimisessa ja henkilöstön riittävydessä. Tiedottamisen puute koettiin hankalaksi ja joku koki sen johtuvan siitä, ettei esimiehellä ollut tarpeeksi aikaa kuunnella alaisiaan. Kotisairaالاتasoisissa tiimeissä henkilöstön vaihtuvuus oli pientä ja siksi ne yleensä koettiin melko tiiviiksi. Tämä aiheutti oman

ongelmansa siihen, että uusien työntekijöiden oli haasteellista sopeutua tiimin jäseneksi. Kotisairaالاتoisen toiminnan ollessa kyseessä, iv-lääkkeet kuuluivat hoitopäivän hintaan ja se nosti osaltaan kustannuksia.

”Oma roolini lähiesimiehestä koko kotihoidon johtajaksi on aiheuttanut sen, etten pysty antamaan aikaani työntekijöille niin paljon kuin aiemmin ja se on näkynyt tyytymättömyytenä.”

”Iv-lääkkeet ovat kalliita ja ne kuuluvat hoitopäivien hintaan, mikä nostaa kustannuksia. Kuitenkin pitää ottaa huomioon taloudellisuus kokonaisuutena, koko terveydenhuollon yhteisenä asiana.”

5.9 Tehostetun kotisairaanhoidon kehittämisehdotuksia

Vastaajat toivat esille kehittämisehdotuksia lähinnä henkilöstöä ja toiminnan järjestelyjä koskien. Erittäin tärkeäksi koettiin se, että tehostetun kotisairaanhoidon yksikön henkilökunta valittaisiin ennekuin toiminta alkaa. Lääkäri täytyisi ehdottomasti saada mukaan heti alusta alkaen, samoin osastonhoitaja.

”Monelta hankaluudelta olisi säästyty, mikäli lääkäri olisi ollut alusta lähtien mukana, samoin henkilöstö olisi ennen toimintaa valittu.”

Henkilöstön jaksamiseen ja arvostukseen haluttiin kiinnitettävän yhä enemmän huomiota jatkossa. Tässä nähtiin hyväksi keinoksi esimiesten puolelta tulevan tuen lisääminen. Tämä auttaisi osaltaan myös työn yksinäiseksi kokemiseen, johon haluttiin kovasti löytää uusia tukikeinoja. Henkilöstön määrään tulisi panostaa myös jatkossa toiminnan kehittyessä ja muuttuessa. Tämä takaisi osaltaan henkilöstön jaksamista. Henkilöstön arvostus täytyi vastaajien mielestä pitää ensiarvoisen tärkeällä sijalla. Arvostaminen näkyi siinä, että henkilöstölle annettiin ja annettaisiin jatkossakin vaikutus- ja kehittämismahdollisuuksia. Kokemuksesta jo tiedettiin, että kun henkilöstö sai näitä mahdollisuuksia, niillä oli työtyytyväisyyttä lisäävä vaikutus ja puolestaan sairauspoissaoloja vähentävä vaikutus.

”Henkilöstön vaikutus- ja kehittämismahdollisuudet omaan työhön on ollut ensiarvoisen tärkeää henkilöstön tyytyväisyyden ja sitä kautta sairastavuuden suhteen.”

Henkilöstön jaksamiseen voitiin vastaajien mielestä vaikuttaa myös työnkierrolla. Useassa vastauksessa tuli esille, että sairaanhoitajat voisivat jatkossa vuorotella tehostetussa kotisairaanhoidossa ja kotihoidossa. Näin kotisairaalasoiset työt tulisivat vuorollaan jokaiselle kotisairaanhoidajalle. Samalla päivätyössä olevat siirtyisivät välillä vuorotyöhön ja päinvastoin.

”Alun perin sovittiin, että sairaanhoitajat vuorottelevat tehostetussa, mutta käytäntö on toinen. Päivätöihin päässeet eivät halua vuorotöihin, eikä esimiehet ole sitä vaatineet.”

Miltei jokainen vastaaja ehdotti kehitettävää toiminnan järjestelemiseen. Ehdotukset liittyivät pääasiassa työaikajärjestelyihin, jotka olivat yksiköissä usein haastavia potilasmäärän suuren vaihtelun vuoksi. Joku ehdotti työaikajärjestelyjen joustavuuden lisäämiseksi työaikapankkia. Päivystävän sairaanhoitaja-järjestelmän kehittäminen virka-ajan jälkeen nähtiin niin ikään tarpeelliseksi yhdessä yksikössä. Päivystä sairaanhoitaja hoitaisi kotisairaalan potilaskäynnit, haavahoidot viikonloppuisin, ym. hälytyskeikat. Toiminnan järjestäminen poliklinikan yhteydessä nähtiin myös varteenotettavan vaihtohtona.

”Olen ehdottanut ns. päivystävää sairaanhoitajajärjestelmää: jokainen (meitä yhteensä 9 kpl) päivystäisi virka-ajan jälkeen ja vkl, aina viikon kerrallaan. Sh:lle kuului kotisairaalan potilaskäynnit ja muut mahdolliset hälytyskeikat (esim. katetrin huuhtelut, vaihdot yms.).

Toimintojen uudelleenorganisointiin nähtiin myös jonkin verran tarvetta. Ehdotettiin organisointivastuun uudelleen suunnittelua. Kehitettävää nähtiin myös suunnittelun ja puhelinliikenteen organisoinnin osalta. Kotisairaalalaille nähtiin tässä kohtaa tarvetta, sillä se määrittäisi myös hinnat toiminnalle.

”Suunnittelisin organisointivastuun uudelleen, koska suunnittelua ja

puhelinliikennettä paljon. Tätä asiaa voidaan toki vielä kehittää.”

Jatkuva kehittyminen nähtiin ehdottomana vahvuutena ja edellytyksenä tehostetun kotisairaanhoidon onnistumiselle. Toimintamallien säännöllinen arviointi ja tarpeen mukaan tehtävät toiminnan muokkaukset olivat vastaajien mielestä elintärkeitä. Kehittämistarvetta nähtiin myös siinä, että toimintaa tulisi markkinoida enemmän erikoissairaanhoidon suuntaan. Muiden yksiköiden osaamistason kohottamista ei myöskään saanut unohtaa. Mahdollisuuksia nähtiin myös toiminnan laajentamisessa, kun kerrottiin, että heillä suunniteltiin verensiirtojen mukaanottoa. Saattohoidon osalta haluttiin niin ikään lisätä osaamista entisestään, koska kyseessä oli niin keskeinen hoidettavien potilaiden ryhmä.

”Toiminta on ollut alusta asti jatkuvasti kehittyvää ja toimintamalleja on arvioitu säännöllisesti ja niitä on myös tarvittaessa muutettu.”

Etenkin pienissä kotisairaالاتasoissa yksiköissä löytyi kehitettävää yöhoidon suhteen. Yöaikaisen hoidon turvaamiseksi haluttiin löytää ratkaisuja. Tämä nähtiin erittäin tärkeänä siksi, että yöaikaisia iv-hoitoja voitaisiin toteuttaa. Joku vastaajista ehdotti sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa yöaikaiseksi työpariksi.

”Mikäli yöllä tarvitaan sairaanhoitajaa, ambulanssilta pyydetään apua etukäteen. Yöhoito on muuten järjestetty yöpartion turvin, jossa toimii lähihoitaja, eikä voi hoitaa esim. iv-hoitoja. Tähän panostaminen jatkossa on suuri haaste esim. sh-lh- työpari yöaikaan.”

6 YHTEENVETO

Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävät nousivat esille Kuntayhtymä Kaksineuvoisen Ikäpoliittisesta ohjelmasta vuosille 2012-2015. Ohjelman linjauksista kotona asumisen tukemisen kehittämisen kohteina ovat niin palvelurakenteiden kehittäminen kuin asiakkaiden hyvän hoidon ja toimintakyvyn turvaaminen. Tähän liittyy kiinteästi tehostetun kotisairaanhoidon käynnistäminen ja siksi ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli tarkastella, *mitä on tehostettu kotisairaanhoido*. Tutkimusaineisto hankittiin hyödyntämällä aikaisempaa teoria- ja tutkimustietoa sekä laatimalla kysely.

Hoidon painopistettä ollaan valtakunnallisesti siirtämässä sairaalahoidosta kotihoitoon, mikä aiheuttaa suuria kehittämishaasteita. Mahdollisuus asua kodissaan mahdollisimman pitkään ja saada tarvitsemaansa hoitoa, on kaikenikäisten ihmisten mieleen. (Myller 2011, 8.) Huomion kiinnittäminen kotihoitoon on myös kansainvälinen ilmiö. Suomessa tarvitaan palvelurakenteen muutosta laitospainotteisuudesta hyvinvointia tukevien palvelujen, kotihoidon ja tehostetun kotisairaanhoidon kehittämiseen. Tässä kaikessa on myös taloudellisuus tärkeällä sijalla.

Suomessa toimii jo nyt lukuisia kotisairaالاتasoista hoitoa antavia yksiköitä, joista lähdettiin hankkimaan arvokasta tietoa sähköpostikyselyn välityksellä. Kysely laadittiin siten, että kysymykset etenivät loogisessa järjestyksessä. Ne alkoivat toiminnan suunnittelusta ja tavoitteiden asettelusta edeten toimintamallin laadintaan ja toteutukseen. Tietoa haluttiin siitä, mitä potilasryhmiä oli otettu mukaan ja millainen koulutustaso henkilökunnalla oli ja miten heitä oli lisäkoulutettu kotisairaالاتasoiseen toimintaan. Toiminnan hyötyjä, haittoja ja kehittämistarpeita kysyttiin myös. Etenen tässä johtopäätösten teossa kysymysten kanssa samassa järjestyksessä.

Avoimet kysymykset haluttiin aloittaa kartoittamalla, miten tehostetun kotisairaanhoidon/kotisairaالاتasoisen toiminnan *suunnittelu* oli aikanaan aloitettu ja toteutettu. Ideoita oli tullut niin ylemmän johdon kuin esimiestenkin taholta.

Myös sosiaali- ja terveysalan projektit olivat olleet ideoijina. Mallia toimintaan oli haettu pääsääntöisesti toisissa vastaavanlaisissa yksiköissä vierailamalla ja olemalla puhelinyhteyksissä. Aivan aina mallia ei haettu mistään, vaan se rakennettiin omiin tarpeisiin. Suunnittelua toteutettiin useimmiten niin, että mukaan otettiin vahva työntekijäedustus ja/tai perustettiin moniammatillinen työryhmä kehittämään toimintaa.

Tehostetun kotisairaanhoidotoiminnan keskeiseksi *tavoitteeksi* asetettiin aina taloudellisuus. Yleistä olikin, että rahallisia säästöjä syntyi, kun kunnat välttyivät erikoissairaanhoidon sakkomaksuilta entistä nopeampien kotiutusten myötä. Inhimillisillä tavoitteilla nähtiin myös olevan suurta arvoa. Pidettiin tärkeänä, että asiakkaat saivat sairaalatasoisen hoidon omaan kotiinsa ja täten myös parantumattomasti sairaat saivat saattohoitoa ja mahdollisuuden kuolla kotona. Vähätellä ei sovi myöskään seikkaa, joka toi esille välttymisen sairaalainfektioilta. Tämä tosiasia on samassa linjassa Visakorven (2002) tekemän tutkimuksen kanssa, jossa hän havaitsi, että kotisairaalatasoisesta hoitoa tuottavan yksikön lähtökohtana oli taloudellisuus, mutta toiminta perustui kuitenkin yleisille hyvän hoidon periaatteille.

Palvelutarjonnan lisääminen ja monipuolistaminen, kuten ympärivuorokautisten palvelujen tarjoaminen kotiin, nähtiin tavoittelemisen arvoisina seikkoina. Vaativuuden ja osaamisen kohtaamiseen haluttiin panostaa, jotta kotiin saataisiin tuotettua sairaalatasoista palvelua. Tällöin henkilökunnan osaamiseen haluttiin kiinnittää huomiota ja osaamisesta otettiin puolestaan täysimääräinen hyöty irti. Tekniikan suomat mahdollisuudet huomioitiin niin ikään laajasti.

Kysyttäessä toiminnan *toteuttamiskeinoja*, esille tuli hyvin vahvasti johdon sitoutumisen tärkeys alkavan toiminnan kehittämiseksi. Ainakin yhtä tärkeällä sijalla pidettiin henkilökunnan arvostamista. Tämä näkyi mm. henkilöstön sitouttamisena ja osallistamisena siten, että he saivat itse osallistua toiminnan suunnitteluun ja toimintamallin luomiseen. Motivoitunut ja sitoutunut henkilökunta nähtiin suurena voimavarana toiminnan käynnistämisen

onnistumiselle. Nämä tulokset noudattelivat samaa linjaa Visakorven (2002) tulosten kanssa, kun hän totesi, että henkilökunta oli innostunut työstään ja pyrki työnsä aktiiviseen kehittämiseen toiminnan, annettavan hoidon sisällön ja laadun suhteen.

Usein lähdettiin matkaan kokeilevalla asenteella ja eri toimintoja testattiin. Muun muassa työnkiertoa kokeiltiin monessa yksikössä kotihoidon ja tehostetun kotisairaanhoidon kesken, mutta useasti vasta oman henkilöstön nimeäminen tehostetun kotisairaanhoidon toimintaan sitoutti henkilöstön. Henkilöstön arvostus näkyi myös panostamisena ydinosaamisen varmistamiseen täydennyskoulutuksen muodossa. Erityisen tärkeäksi muodostui iv-lupien hankinta sairaanhoitajille hyvissä ajoin.

Toiminnassa pyrittiin avoimuuteen ja se näkyi esimerkiksi verkostoyhteistyön luomisena, yksiköiden rajat ylittävänä keskusteluna ja yhteistyömallien luomisena. Uudesta toimintamuodosta haluttiin myös tiedottaa avoimesti ja sitä toteutettiin niin keskussairaaloihin kuin terveyskeskuksiinkin erilaisilla tiedotteilla ja esittelykäynneillä. Lääkärien kokouksissa käytiin niin ikään kertomassa uudesta toimintamuodosta. Myös projekteja hyödynnettiin tavoitteisiin pääsemiseksi.

Kysymykseen tehostetun kotisairaanhoidon *mallin* luomisesta tuli kaikkein pisimmät vastaukset. Mielenkiintoista oli se, että vastausten sisällöissä oli vastaavasti eniten yhtäläisyyksiä. Jokainen kyselyyn osallistunut yksikkö oli perusterveydenhuoltojohteinen. Yksiköt olivat useimmiten terveystoimen kuin sosiaalitoimen alaisia. Lääkäriyhteistyö oli aina keskeinen toiminnan elementti jokaisessa yksikössä. Lääkäriin työpanoksen määrä vaihteli suuresti. Parhaimmillaan lääkäri oli käytössä päivittäin, huonoimmillaan vain kerran viikossa tunnin ajan. Lisäksi ongelmatapauksissa oli konsultaatiomahdollisuuksia niin virka-aikana kuin sen ulkopuolellakin. Lääkärien kotikäynnit olivat jokaisessa yksikössä melko vähäisiä ja niitä toivottiin lisää, etenkin saattohoitopotilaiden kohdalla. Sama lääkäri toimi usein hoiva- ja/tai hoito-osaston lääkäriinä. Tehostettuun kotisairaanhoidon tultiin aina lääkärin läheteellä. Potilaita tuli joko

keskussairaalaista hoito-ohjeet mukanaan tai sitten suunnitellusti terveyskeskuksen vuodeosastolta tai poliklinikalta.

Keskeisimpiä hoidettavia ryhmiä olivat iv-antibiootteja ja -nesteytystä tarvitsevat infektiot ym. potilaat. Tavallisimpia hoitotoimenpiteitä olivat keskuslaskimoportin huuhtelut ja hepariinipistosten antamiset. Saattohoitopotilaat sairautensa loppuvaiheessa olivat miltei suurin hoidettavien ryhmä. Heihin kuului lähinnä syöpäpotilaita kivunhoitoineen ja muine tarvittavine hoitotoimenpiteineen. Useassa yksikössä annettiin myös kiireettömiä verensiirtoja, voitiin tehostaa pitkäaikaissairauksien hoitoa ja antaa vaativia haavahoitoja. Muutamassa yksikössä hoidettiin pitkän osastojakson läpikäyneitä, minkä tahansa erikoisalan potilaita. Tavallista oli sekin, että hoidettavien piiriin kuului myös vanhainkotien ja palveluasumisen piirissä olevien tehostettu kotisairaanhoidon. Lääkärit saattoivat ottaa hoidettaviksi myös näiden ryhmien ulkopuolella olevia potilaita. Tähän liittyen Rosswurm ja Lanham (1998) totesivatkin kotisairaالاتasoiseseen hoitoon soveltuvista potilaista, että potilaan heikko toimintakyky ja koettujen ongelmien määrä olivat merkitsevästi yhteydessä uudelleen sairaalaan joutumiseen. Vastaavasti potilaiden sairauden vakavuus ei ennustanut uudelleen joutumista sairaalaan. Tässä tutkimuksessa esille tuli joitain vasta-aiheitakin tehostettuun kotisairaanhoidon ottamiselle. Sekavia ja muistamattomia ei voitu hoitaa eikä niitä, joilla diagnoosi oli täysin auki tai hoitosuunnitelma ei ollut selvä.

Potilaspaikkojen määrää ei yleensä ollut rajattu, koska se vaihteli joka tapauksessa. Oli yksikköjä, joissa oli laitettu yläraja henkilökunnan vähyden vuoksi. Potilaille oli aina oikeus valita osastohoidon ja tehostetun kotisairaanhoidon välillä, myös palveluasumisessa ja vanhainkodeissa. Heillä oli oikeus myös kesken hoitajakson vaihtaa kotoa sairaalaan tai päinvastoin. Visakorpi (2002) tuli myös tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että kotisairaالاتasoisien hoidon edellytyksinä ovat itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, yksityisyys, turvallisuus, jatkuvuus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus.

Palvelun ympärivuorokautinen saatavuus vaihteli paljon. Joissain yksiköissä sai

hoitoa kellon ympäri, joissain paikoissa taas öiseen aikaan tapahtuvat hoidot oli järjestetty ambulanssin tai yöpartion toimesta. Yhteistä kaikille yksiköille oli, että toiminta oli sairaalatasoista ja kiinteässä yhteistyössä kotihoidon kanssa. Tehostettu kotisairaanhoito oli ikään kuin yksi kotihoidon tiimi. Yhteisiä palaveriteita oli paljon ja tehostetun kotisairaanhoidon yksiköt paikkasivat perustiimien hoitovajetta. Kotihoidoista oli usein siirretty sairaanhoitajia tehostettuun yksikköön ja tällöin lähihoitajille siirtyi lisää vastuuta kotihoidoissa.

Kyselyssä oli mukana kotisairaalatasoinen yksikkö, joka oli osa avosairaala. Malli oli ainutlaatuinen Suomessa ja sitä oli esitelty ulkomailla asti. Tällöin yksikön käytössä oli kotisairaala-ambulanssi. Sairaanhoitajilla oli paljon valmiuksia akuuttisairaanhoitoon ja lisäksi heitä oli täydennyskoulutettu runsaasti. Kotisairaala-ambulanssin sairaanhoitajat antoivat tarvittaessa apuaan myös osastoille, esim. vaikeissa tipanlaitoissa ja tilanearvioissa. He myös avustivat normaalissa sairaankuljetuksessa. Hyvin toimivan malli jatko oli kuitenkin auki, koska ambulanssitoiminnot olivat siirtymässä vuoden 2013 alusta perusterveydenhuollolta sairaanhoitopiiriin hoidettaviksi.

Hirvonen (2010) päätyi tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että kun kotisairaalatasoisen hoidon palvelut yhdistetään kotiutustiimitoiminnan kanssa, saadaan yhtenäinen asiakaslähtöinen palvelumalli. Samoilla linjoilla oli myös Malmberg (2010), kun hän toteaa, että kotiutukseen liittyy ohjaavia tekijöitä, jotka edesauttavat saumatonta tiedonkulkua ja onnistuneita kotiutuksia tulevaisuudessa ja jotka palvelevat koko kotiutumiseen liittyvää hoito- ja palveluketjua. Hyryn (2011) luomassa akuuttikotihoidon mallissa, olivat niin ikään keskeisinä elementteinä kotiutustiimi, palvelutarpeen arviointitiimi ja hoitokoordinaattorit. Tämän tutkimuksen vastauksista kävi niin ikään ilmi, että kotiutuskäytäntöjä oli kehitetty ja tehostettu. Oli perustettu kotiutusyksiköitä tai vähintään nimetty kotiutushoitaja tehtävää hoitamaan. Kirjaamiskäytännöistä mainittiin, että potilas kirjataan aina tehostetun kotisairaanhoidon potilaaksi ja henkilökunnalla on käytettävissä kannettavia tietokoneita.

Seuraava kysymys koski palvelujen *saatavuutta*. Oli yksiköitä, joissa sitä ei oltu rajattu alueellisesti ollenkaan. Maantieteellisesti isoissa kuntayhtymissä oli tehty rajoituksia etäisyyksien suhteen, tavallisimmin rajaksi oli asetettu 30-40 km. Rajoituksia asetettiin myös potilaan vointiin liittyvien seikkojen ja käyntimäärien suhteen. Tavallisin käyntimäärä oli 1-4 kertaa päivässä. Käyntien kokonaismäärälle vuorokaudessa oli myös asetettu rajoja. Pyrkimys oli aina kuitenkin joustavuuteen ja järkevyyteen toiminnassa.

Kysymys *henkilökuntarakenteesta* tuotti niin ikään monipuolisia vastauksia. Kyselyyn vastanneiden tehostetun kotisairaanhoidon yksiköiden henkilökuntamäärä vaihteli 1-16:een. Henkilökunta oli pääsääntöisesti sairaanhoitajia. Muutama lääkintävahtimestari/sairaankuljettaja oli myös mukana. Lähihoitajia työskenteli joissain yksiköissä yöpartiotoiminnassa sairaanhoitajan työparina. Käytännön järjestelyt vaihtelivat. Parhaimmillaan toiminnasta vastasi tehostetun kotisairaanhoidoyksikön oma osastonhoitaja tai vastaavaksi nimetty sairaanhoitaja. Oli myös käytäntöjä, joissa toimintaa ohjattiin terveyskeskuksen akuuttiosastolta käsin tai tehtävään nimetyn kotihoidon sairaanhoitajan toimesta.

Henkilökunnan kliinisen osaamisen oli oltava vahvaa ja laajapohjaisempaa kuin kotihoidossa. Korkeinta vaativuustasoa edusti yksikkö, jossa vaadittiin sairaanhoitajan suuntaavat opinnot ja vähintään neljä vuotta kokemusta erikoissairaanhoidosta. Kaikenlainen kliininen lisäkoulutus katsottiin eduksi.

Henkilökuntaa oli täydennyskoulutettu runsaasti, pääosin oli hyödynnetty sairaanhoitopiirin omia koulutuksia. Hoitotyön ydinosamiseen keskittyvä koulutus oli luonnollisesti keskeisessä asemassa. Lääkeosaaminen varmistettiin lähes aina Love-koulutuksilla heti toiminnan alussa. Näin saatiin myös iv-luvat kuntoon. Yleisesti myös esimiehiltä edellytettiin iv-lupia. Koulutusta hankittiin tavallisimpiin tehostetun kotisairaanhoidon potilasryhmiin liittyen. Keskeisellä sijalla olivat sisä- ja infektiotautien hoitotyö, ensihoito, saattohoito sekä aseptiikka. Kotisairaalaalatasoiseen toimintaan liittyvää koulutusta hankittiin monissa yksiköissä ja siihen liittyi oleellisesti hoitosuunnitelmien teko.

Koulutuksessa hyödynnettiin tavallisten luentojen lisäksi mahdollisuuksia käytäntöjen kertaukseen ja harjoitteluun työpaikoilla. Työyhteisöllisiäkään koulutuksia ei unohdettu. Osaamista hankittiin lähinnä tiimityö- ja viestintätaitojen osalta. Tehostettuun kotisairaanhoidon liittyviä alueellisia ja valtakunnallisia koulutuksia pyrittiin myös hyödyntämään. Vastaajat olivat kiitollisia yhteistyöstä ja tuesta, jota saatiin lääkäriltä, toisten samankaltaisten yksikköjen taholta tai yhteistyökumppaneilta, kuten kotihoidolta.

Tehostetusta kotisairaanhoidosta saatiin paljon *hyötyjä*, mutta vain vähän haittoja. Potilaat ja henkilöstö olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä palveluun ja toimintaan. Potilaiden ja omaisten tyytyväisyys kotisairaalaan toimintaan tuli esille myös Gunnelin (2000) tutkimuksessa, kun hän totesi, että he olivat tyytyväisempiä henkilökunnan ohjaukseen ja potilaan hoitoon kuin tutkimuksessa mukana olleen sairaalaryhmän omaiset.

Henkilökunta koki erityistä tyytyväisyyttä silloin, kun se sai osallistua toiminnan suunnitteluun. Työtyytyväisyys näkyi sairauspoissaolojen vähenemisenä ja onnistumisen kokemuksina. Tästä mainittiin esimerkkinä työikäisten iv-hoitojen onnistuminen. Kiitoksen saaminen eri tahoilta lisäsi oleellisesti tyytyväisyyttä. Työ oli usein rankkaa suurten potilasmäärien vuoksi ja etenkin silloin, kun kotisaattoja oli runsaasti. Jaksamiseen oli kiinnitetty huomiota muun muassa käyttämällä työnkiertoa ja työnohjausta.

Taloudellisuus oli toinen tärkeä hyöty, joka näkyi suorina rahallisina säästöinä. Käytännössä ne tulivat esiin nopeampien kotiutusten ja päivystyskuormituksen vähenemisen kautta sekä erikoissairaanhoidon käytön ja siihen liittyen sakkopäivämaksujen vähenemisenä. Hyötyihin lukeutuu myös toiminnan tehostuminen ja resurssien järkevä käyttö. Suurin hyöty saatiin silloin, kun toiminta saatiin vakiinnutettua ja hoito oli ympärivuorokautista. Mainitsemisen arvoinen hyöty saatiin myös avunannosta yhteistyötahoille. Monin paikoin turvapuhelinhälytykset, nostoapu ja esimerkiksi satunnaiset, vaikeat tipanlaitot osastoilla hoituivat öiseen aikaan ja tarvittaessa muulloinkin tehostetun

kotisairaanhoidon toimesta.

Yksikään kyselyyn osallistunut yksikkö ei ollut kuitenkaan selvinnyt ilman ongelmia. Töiden organisoimista haittasi vaihtuva potilasmäärä ja siten henkilökunnalla oli välillä töitä liikaa, välillä liian vähän. Tiedottamisen puute, johtuen esimiesten ajan puutteesta koettiin usein ongelmaksi, samoin uusien työntekijöiden sopeutuminen tiiviiseen tiimiin. Iv-lääkkeet kuuluivat aina hoitopäivän hintaan ja se nosti kustannuksia.

Vastaajat olivat olleet kauan toiminnassa mukana ja osasivat siksi listata runsaasti *kehittämisehdotuksia* toiminnalle. Tärkeäksi koettiin se, että niin osastonhoitaja, lääkäri kuin sairaanhoitajatkin valittaisiin ennekuin toiminta alkaa. Henkilöstön arvostukseen, jaksamiseen ja työn yksinäisyyteen haluttiin lisää tukea. Jatkossa täytyisi edelleen panostaa myös henkilöstön määrän lisäämiseen ja kehittämällä työnkiertoa esim. kotihoidon ja tehostetun kotisairaanhoidon kesken. Erinäiset työaikajärjestelyt vaativat edelleen kehittämistä vaihtelevien potilasmäärien vuoksi.

Jonkin verran nähtiin tarvetta toimintojen uudelleenorganisoinnille ja kaivattiin myös kotisairaalalakia. Toiminnan säännölliset arvioinnit ja tarvittavien muutosten tekeminen nähtiin elintärkeinä asioina. Markkinoinnin lisäämistä erikoissairaanhoidon suuntaan kaivattiin myös lisää. Toiminnan laajentaminen ja osaamisen kehittäminen nähtiin välttämättömyytenä. Kaikissa yksiköissä ei ollut yöpartiotoimintaa ja sitä kaivattiinkin kovasti, etenkin iv-lääkitysten suhteen.

7 TEHOSTETUN KOTISAIRAAHOIDON ALUEELLINEN MALLI

Tämän opinnäytetyön toisena tutkimustehtävänä oli hankitun teorian tiedon ja kyselyn keskeisten vastausten perusteella *laatia tehostetun kotisairaanhoidon malli* Kuntayhtymä kaksineuvoiselle. Pyrin mallia laatiessani hyödyntämään olemassa olevia hoidon toteuttamiskeinoja ja -malleja ja soveltamaan niitä perustellusti alueelliseen käytäntöön. Mallin hyödyntäminen vaatii aina sen soveltamista paikalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja uskon, että tämän mallin kohdalla yksityiskohtia tullaan puimaan ja hiomaan jatkossa vielä pitkään moniammatillisen tiimin avulla. Malli toteutetaan nyt aluksi vanhuspalvelujen alaisuudessa aloitettavana tehostettuna kotisairaanhoidona, mutta toiminta saatetaan aikanaan siirtää terveystalujen alaisuuteen esim. terveyskeskuksen poliklinikalta johdetuksi kotisairaaloiminnaksi.

Tämän mallin käyttöönotto edellyttää laajaa paikallista ja alueellista sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä sekä jatkuvaa kehittämistä toimintakäytänteiden uudistamiseksi. Mallissa on mahdollista tehdä yhteistyötä kunnallisten toimijoiden lisäksi joidenkin yksityisten sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajia kanssa. Hoidon järjestelyssä pyritään joustavuuteen, järjestelyvaraankin ja asiakaslähtöisyyteen. Seuraavissa kappaleissa esittelen suunnittelemani tehostetun kotisairaanhoidon mallin. Mallin sisältö etenee haastatteluteemojen mukaisesti eli se alkaa suunnittelusta, etenee toteutukseen ja mallin laadintaan, päättyen sen hyötyjen ja haittojen pohdintaan.

Idea tehostetun kotisairaanhoidon toiminnan käynnistämisestä on syntynyt jo Ikäpoliittisen strategian laadinnan yhteydessä ja nyt työ alkaa *suunnittelulla*. Suunnitteluun nimetään työryhmä, jossa johdon sitoutumisen lisäksi näkyy vahva työntekijäedustus. Ryhmässä tulee olla ainakin toimintaan mukaan lähtevä lääkäri, hoitotyön johtaja, vanhuspalvelujohtaja, vanhustyönohjaajat ja kotihoidon osastonhoitajat. Tässä vaiheessa on jo hyvä tietää, ketkä aloittavat tehostetun kotisairaanhoidon tiimissä, niin, että he voivat olla mukana suunnittelussa alusta

asti.

Tiedon keruun ja empiirisen aineiston pohjalta voidaan todeta, että kaikkein paras pohja toiminnalle saadaan hakemalla mallia paikkakunnilta, joissa on hyvin toimiva tehostettu kotisairaanhoido. Kriteerinä on tässä tapauksessa pidettävä myös sitä, että toiminta on organisoitu vanhuspalvelujen alaisuuteen ja se on kiinteässä yhteistyössä kotihoidon kanssa.

Suunnitteluun nimetty työryhmä tekee vierailun yhteen tai kahteen valitsemaansa yksikköön ja perehtyy käytänteisiin. On hyvä, jos tutustumiskohteeksi saadaan valittua yksikköjä, jotka toimivat suurin piirtein samankokoisissa maaseutukunnissa/kuntayhtymissä kuin kehittämiskohteena oleva organisaatio on. Valmiista toimintamalleista saadaan rakennettua toiminnan perusrunko. Luonnollista on, että yksikään toisella paikkakunnalla tehty malli ei sovellu suoraan käytettäväksi. Hienosäätöjä ja muutoksia joudutaan varmasti tekemään. Järkevää on kokeilla myös omassa suunnittelutyöryhmässä syntyneitä ideoita käytäntöön. Selvää on kuitenkin se, että matkaan lähdetään pienellä tiimillä, jossa on mukana kolme sairaanhoitajaa. Yksi heistä toimii vastaavana hoitajana/osastonhoitajana.

Toiminnan *tavoitteeksi* tulee ennen kaikkea asettaa taloudellisuus. Säästöjä syntyy aivan varmasti osastopaikkojen kuormituksen vähenemisen myötä. Asiakkaita voidaan kotiuttaa tehostettuun kotisairaanhoidoon entistä nopeammin niin erikoissairaanhoidosta kuin perusterveydenhuollostakin. Tähän tarvitaan kotiutumisen käytänteiden ja kotiutumista edistävän yhteistyön kehittämistä. Esimerkiksi kotiutushoitajakäytänteiden kehittäminen hyödyttää niin erikoissairaanhoidoa kuin perusterveydenhuoltoakin. Toivottavaa on, että erikoissairaanhoidossa tulisi kehittää myös lääkärin keskinäisiä ja hoitotyöntekijöiden välisiä konsultaatiokäytänteitä paremmin kotihoitoa tukeviksi. Lisäksi erikoissairaanhoidon osalta voidaan kehittää myös hoidontarpeen ennakoimisen parempaa hyödynnettävyyttä esimerkiksi pre-operatiivisten kotiutussuunnitelmien suhteen.

Toisena tärkeänä tekijänä tulee nähdä inhimillisyys ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Asiakkaalla tulee olla oikeus valita, haluaako hän hoitoa sairaalassa vai kotona, jos valinta terveydellisistä syistä on mahdollista. Hoidon laatua on omiaan lisäämään se, että palveluasunnoissa ja tehostetussa palveluasumisessa olevia vanhuksia ei tarvitse siirtää eri hoitopaikkaan, vaan hoito tuodaan heidän luokseen. Tässä kohtaa täytyy panostaa hoidon vaativuuden ja henkilöstön osaamisen kohtaamiseen, jotta palvelu olisi laadukasta.

Tehostetun kotisairaanhoidon aloittamisella pyritään myös palvelutarjonnan lisäämiseen. Kotiin pystytään täten antamaan ympärivuorokautisesti sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten palveluja. Alun perin tässä mallissa oli tarkoitus keskittää öiseen aikaan tapahtuvat välttämättömät hoidot ambulanssihenkilökunnan hoidettaviksi. Tämä mahdollisuus voi tuskin kuitenkaan toteutua, koska ambulanssitoiminta siirtyy vuoden 2013 alussa sairaanhoitopiirin hoidettavaksi. Todennäköisesti toiminta on aloitettava ilman yöhoitoa ja odotettava, että yöpartitoiminta päästään aloittamaan joko kuntayhtymän tai yksityisen palveluntuottajan järjestämänä. Tehostetun kotisairaanhoidon toimintaa voidaan pitää osaltaan myös uudenlaisena osasto- ja kotihoidon välimuotona. Hoito- ja palveluketjun saumattomuuden tärkeys korostuu ja varmasti myös parantuu entisestään.

Mallissa pyritään myös palveluohjauksen hyödyntämiseen. Tehostetun kotisairaanhoidon tiimille nimetään oma osastonhoitaja/vastaava hoitaja ja hänelle mitoitetaan riittävästi työaikaa myös henkilöstölle. Osastonhoitaja/vastaava hoitaja kantaa vastuuta asiakkaan palveluntarpeista ja hänen etuisuuksistaan. Uuden palvelumallin käyttöönoton vaiheessa sovitaan palveluiden käyttämiseen ja myöntämiseen liittyvät käytänteet, joita voidaan jatkossa joustavasti kehittää. Osastonhoitajan/vastaavan hoitajan tuntuma kenttään on paras silloin, kun hän mahdollisuuksien mukaan osallistuu itsekin käytännön sairaanhoitotyöhön. Hän käy myös esimiehen ja hoitotyön johdon kanssa säännöllisesti keskusteluja toiminnasta ja sen kehittämisestä.

Tärkeillä sijoilla toiminnassa ovat hoidon tarpeen ennakointi ja ennaltaehkäisyn toimintatavat. Elämänlaadun ja vuorovaikutteisuuden näkökulmat tulee huomioida lähtökohtaisesti aina niin palvelun suunnittelun, toteutuksen kuin arvioinninkin yhteydessä. Päädyin tässä mallissa siihen, että osastonhoitaja/vastaava hoitaja toimii muun toimensa lisäksi kotiutushoitajana. Hänen toimintansa avulla on mahdollista vastata tehokkaasti potilaiden kotiutumisen jälkeisiin tuen ja hoidon tarpeisiin. Kotiutushoitajakäytänteillä on paikkansa niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon jälkeisen jatkohoidon suunnittelussa. Kotiutushoitaja on tärkeä yhteyshenkilö myös jatkohoidon käytänteiden kehittäjänä ja kotiuttamisen asiantuntijana.

Keinona toteutumisen onnistumiselle tulee nähdä johdon sitoutuminen heti suunnittelusta lähtien. Sitoutuminen on tässä tapauksessa kunnossa, koska idea itsessään on lähtenyt johtavilta viranhaltijoilta ja asiantuntijoilta. Uudesta palvelumallista kiinnostuneet ammattilaiset sitoutetaan toimintaan suunnittelusta lähtien. Sitoutumisen lisäksi suunnitteluun osallistuminen luo mahdollisuuksia osaamisen laajaan hyödyntämiseen. Toiminnan valmistelussa on hyödynnettävä moniammatillista osaamista, sillä ammattilaisten tietämyksen avulla voidaan saada esille todelliset arkiset näkökulmat itse työn tekemiseen. On todella tärkeää, että hoitotyöntekijät voivat nauttia esimiestensä luottamusta, ja he ovat toimivaltaisia mutta vastuullisia toiminnassaan. Tiedostamisen arvoinen seikka on sekin, että tutkimukseen osallistuneissa kotisairaالاتasoisen hoidon yksiköissä oli aina kuormituksen vaihtelua. Käyttöönoton vaiheessa vaihtelua saattoi olla normaalia enemmän.

Henkilöstölle on tärkeää suunnitella myös työnkierron mahdollisuus kotihoitoyksiköiden kanssa. Kierron on hyvä olla hidaskäyttöinen, koska uudessa toiminnassa on paljon opittavaa ja asiakkaat eivät saa kärsiä liiasta henkilöstön vaihtuvuudesta. Tällä mahdollistetaan myös osaavien lomittajien saanti tehostetun kotisairaanhoidon toimintaan. Henkilöstön täydennyskoulutuksesta on myös huolehdittava ja lääkeosaamisen oltava ehdottomasti kunnossa, iv-lupia myöten. Työ on raskasta etenkin silloin, jos saattohoidettavia on runsaasti ja siksi on

järjestettävä mahdollisuus työnohjauksen saamiseen.

Näkyvyyttä voidaan tavoitella kouluttamisella ja informoinnilla. Uudesta toiminnasta on syytä laatia esite, jota saa ainakin terveysasemilta. Paikallislehtiin ja myös maakuntalehtiin on aiheellista ottaa yhteyttä ja pyytää jutun tekemistä. Esittelyjä voidaan järjestää kuntayhtymän lääkäreille, vuodeosastoille ja poliklinikoille. Palvelun yhteystietoineen tulee näkyä myös kuntayhtymän yleisissä paikallislehtitiedotteissa ja Internet- sivuilla. Erikoissairaanhoidossa on niin ikään tarpeellista käydä esittäytymässä. Toiminnasta laadittua esitettä on toimitettava poliklinikoille, vuodeosastoille ja päiväkirurgiaan. Henkilöstön on pyrittävä osallistuttamaan mallin käyttöönottoon liittyvään tiedottamiseen varsinkin toiminnan alussa ja pyrittävä toiminnallaan osoittamaan palvelun kannattavuus ja merkitys.

Tehostetun kotisairaanhoidon *mallin* yhtenä kulmakivenä tulee olemaan lääkäriyhteistyö. Geriatriin erikoislääkärin hakemista kuntayhtymään jatketaan edelleen. Jos geriatria ei onnistuta saamaan, voidaan hakea esimerkiksi yleislääketieteeseen erikoistunutta lääkäriä. Hän tulee toimimaan vanhuspalvelujen kaikkien yksiköiden lääkäriksi ja melko suuren siivun hänen työajastaan tulee viemään tehostetun kotisairaanhoidon toiminta. Lääkäri tulee olemaan yksikön käytössä aina virka-aikana. Hoitohenkilökunnan on saatava tarvittaessa viiveettömästi yhteys lääkäriin, käytännössä useimmiten puhelimitse. Lääkäri tekee kotikäyntejä asiakkaille tarpeen mukaan. Etenkin saattohoitopotilaiden kohdalla tämä on ehdottoman tärkeää.

Yksikön lääkäri on mukana asiakkaan kotiutumisen suunnittelusta alkaen yhteistyössä osaston ja poliklinikan lääkärien ja henkilökunnan kanssa. Erikoissairaanhoidon tulee myös lähettämään potilaitaan tehostettuun kotisairaanhoidon. Alkuvaiheessa, kun toiminta on erikoissairaanhoidolle uutta, tarvitaan oman lääkärimme työpanosta ja ohjausta siinä, millaisia potilaita sieltä voidaan yksikköömme kotiuttaa.

Tehostettuun kotisairaanhoidon tullaan aina lääkärin läheteellä. Lähetteen voi

tehdä erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon osastojen ja poliklinikoiden lääkäri. Tilanteen mukaan oma lääkärimme lähettää potilaita kotihoidosta, palveluasumisesta ja tehostetusta palveluasumisesta.

Mallissa hyödynnetään kotihoidon käytössä olevan fysioterapeutin osaamista. Varsinaisen kuntoutuksen lisäksi hän pyrkii aktiivisesti kehittämään myös kotikuntoutuksen palvelumallia kuntayhtymässä. Fysioterapeutin osaamista voidaan hyödyntää myös henkilöstön koulutukseen ja kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvien toimintakäytänteiden kehittämiseen.

Tehostetun kotisairaanhoidon toimintaan valitaan aluksi vain muutamia asiakasryhmiä mukaan. Selvää on, että saattohoitoa tarvitsevat asiakkaat tulevat kuulumaan hoidettaviin ryhmiin. Heillä keskeisintä tulee olemaan kivun hoito eri muodoissaan, etenkin kun on kyse syöpää sairastavista. Tällöin mukana voi olla asiakkaita, joilla on esimerkiksi pleuradreeni tai Denver-dreeni tilannetta helpottamassa. Mukaan otetaan myös suonensisäisiä nesteytyksiä ja ravintoliuoksia sekä infektioiden takia antibioottihoitoja tarvitsevat asiakkaat. Tähän lukeutuvat mukaan myös asiakkaat, joilla on keskuslaskimokatetri. Keskeisimpinä infektioyryhminä tulevat olemaan ruusua, pyelonefriittiä ja pneumoniam sairastavat henkilöt. Vaikeat haavahoidot, jolloin tarvitaan useita hoitokertoja päivässä, sisällytetään myös tehostetun kotisairaanhoidon asiakasryhmiin. Toiminnan edetessä on mahdollista lisätä mukaan tehostettuun kotisairaanhoidon soveltuvia asiakkaita, esimerkiksi sisätauteja sairastavia, jotka tarvitsevat diabeteksen ja sydämen vajaatoiminnan tasapainotusta. Samoin voidaan miettiä sellaisten pitkäaikaissairaiden mukaan ottoa, joilla on takanaan pitkä sairaalajakso. Tähän voisi kuulua sekä psyykkisesti että somaattisesti sairaita henkilöitä.

Tehostetun kotisairaanhoidon asiakaspaikkoja ei voi tarkalleen suunnitella. Sisään otettavien asiakkaiden määrä riippuu hyvin pitkälti siitä, missä kunnossa ja kuinka paljon käyntikertoja tarvitsevia asiakkaat kulloinkin ovat. Tässä mallissa voisi karkeasti arvioida käyntien määrän päivässä olevan seitsemästä kymmeneen.

Palvelun *alueellinen saatavuus* on myös seikka, joka täytyy ottaa jo suunnittelussa huomioon. Kuntayhtymän alue on maantieteellisesti laaja, matkaa alueen reunamien välillä on enimmillään monia kymmeniä kilometrejä. Toiminnan alussa rajataan palvelut pääsääntöisesti 30:en kilometrin säteellä asuville. Tällöin käyntejä voi asiakkaalla olla päivässä 3-4. Järkevyys ja joustonvara ovat kuitenkin mielessä pidettäviä asioita. Poikkeuksia etäisyyksiin voidaan tehdä esimerkiksi silloin, jos hoitaja asuu itse alueen reunamilla ja voi tehdä kotikäynnit työmatkansa varrella. Lähellä asuvat asiakkaat voivat saada tehostetun kotisairaanhoidon palveluja enimmillään kuusi kertaa vuorokaudessa.

Henkilökunnan osaamisvaatimukset ovat tehostetussa kotisairaanhoidossa korkeat. Jokaisella on oltava sairaanhoitajan koulutus, mielellään myös sairaanhoidon suuntaavat opinnot suoritettuna, esimerkiksi aikuisen kliinisestä hoitotyöstä tai ensihoidosta. Työkokemusta on hyvä olla laaja-alaisesti akuutista sairaanhoitotyöstä perus- ja/tai erikoissairaanhoidossa sekä kotihoidossa. Eli toisin sanoen tämä toimintamuoto edellyttää laajempaa ammatillista osaamis pohjaa kuin kotihoito.

Täydennyskoulutusta tarvitaan jatkuvasti. Olisi hyvä, jos tehostetussa kotisairaanhoidossa aloittava henkilökunta voisi käydä vastaavanlaiseen toimintaan perehdyttävän kurssin. Saattohoitokoulutuksen hankkiminen tulee myös nähdä tärkeänä lisänä osaamiselle. Keskeisten tehostetussa kotisairaanhoidossa hoidettavien sairausryhmien lisäkoulutuksen hankkimiseen on niin ikään panostettava. Käytännön taitoja esimerkiksi kanyylin laittoa ja iv-lääkitysten antamista voidaan tarvittaessa käydä kertaamassa sovitusti vuodeosastolla, vaikka Love- koulutus on suoritettuna.

Käytännön toiminta on tämän mallin järjestämisessä haastavinta. Tiimiin mukaan lähtevät henkilöt valitaan vapaaehtois pohjalta. Pyrkimys on, että he käytännössä ovat eri perustiimeistä. Tehostetun kotisairaanhoidon tiimin perustamisen myötä syntyy työntekijävajetta kotihoidon puolelle. Tätä pyritään tarvittaessa paikkaamaan sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien siirroilla tiimien kesken.

Lähihoitajien toimenkuvaa laajennetaan entisestään sairaanhoidollisempaan suuntaan mm. lääkeshoidon vastuuta lisäämällä ja kouluttamalla heitä näytteenottoon. Vastaavasti joitain lähihoitajien aikaisemmin tekemiä töitä, kuten kaupassakäyntejä ja asiointeja siirretään yksityisten palveluntuottajien hoidettavaksi. Tässä on mahdollisuus hyödyntää kehitteillä olevaa palvelusetelimallia. Tehostetun kotisairanhoidon ja kotihoidon perustiimien kesken vallitsee kiinteä yhteistyö- ja avunantosopimus. Apua annetaan puolin ja toisin tilanteen mukaan siellä, missä sitä kulloinkin tarvitaan. Onnistumisen edellytyksenä on hyvä yhteishenki ja järjestelykyky.

Tehostetun kotisairanhoidon tiimin toimisto sijoitetaan Kauhavan kotihoitoyksikön yhteyteen. Näin siksi, että Kauhava on sijaintinsa puolesta keskeisellä paikalla. Kotihoidolla on lisäksi uudehkot toimitilat, joihin uudelleenjärjestelyillä saadaan yksi tiimihuone lisää. Sijainti kotihoidon lähellä mahdollistaa osaltaan myös kiinteää yhteistyötä.

Tehostetun kotihoidon henkilöstön käyttöön hankitaan kannettavat tietokoneet. Internet-yhteyksien toimivuus täytyy kuitenkin ensin varmistaa. Jos kannettavien tietokoneiden käyttö ei onnistu heti alussa, tehdään kirjaamiset toimistolla. Henkilökunnalla on oltava mahdollisuus käyttää myös muiden kotihoitoyksiköiden toimitiloja kirjaamiseen ja taukojen pitämiseen, sikäli kun se on kulloiseenkin tilanteeseen sopivaa.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön myötä saadut vastaukset kotisairaالاتasoisten toimintamallien sisällöistä olivat pääosin samansuuntaisia, kuin tutkija oletti niiden olevan. Mitään kovin yllättävää ei vastauksissa tullut esille. Keskeiset potilasryhmät olivat jokaisessa yksikössä miltei samanlaiset. Hankitut täydennyskoulutukset tehostetun kotisairaanhoidon toimintaa varten olivat nekin hyvin samansuuntaisia joka paikassa. Oleellisimpia eroja tuli esille järjestämiskäytännöissä. Toiminta oli järjestetty usein sosiaalitoimen ja vanhuspalvelujen yhteyteen ja käytännössä se toimi kotihoidon kanssa tiiviisti yhdessä. Toisaalla taas toiminta oli terveystoimen alaisuudessa ja tällöin se oli sairaalaosastolta tai poliklinikalta järjestettävää toimintaa.

Jo tutkimuksen alusta asti tutkijalla oli mielessään kuntayhtymän tulevan mallin luominen. Tilanteen teki hankalaksi juuri edellä mainittu järjestämiskäytäntö. Toisaalta haluttiin kehittää tehokas malli, jolla pystyttäisiin todella vastaamaan palvelurakennemuutokseen, mutta toisaalta huoletti se, että miten malli toimisi vanhuspalvelujen alaisuudessa. Ainakin lääkärin saaminen olisi varmasti helpompaa, jos toimittaisiin terveystoimen alla. Joka tapauksessa liikkeelle on lähdettävä ja luotu malli toimii siinä alkuunpanijana. Aika ja käytäntö sitten näyttävät, mitkä asiat ovat toimivia ja mitä on aiheellista muuttaa.

Tämä opinnäytetyön prosessi oli tutkijalleen monella tavalla mielenkiintoinen. Hyvinä lähtökohtina työlle voidaan pitää mahdollisuutta valita tutkimusaihe vapaasti. Tästä johtuen valittu aihe oli mieleinen ja innostava sekä oleellisesti tutkimuksen teon motivaatiota kasvattava. Eskola & Suoranta (2005, 214) ovat todenneet, että aineiston merkittävyys on suhteellinen asia. Vaikka aineiston tärkeydelle ei ole helppo sanoa ennakkokriteereitä, on tutkijan valmistauduttava puolustamaan aineistonsa merkittävyyttä. Tutkijan täytyy tällöin olla tietoinen aineiston kulttuurisesta paikasta ja tuotantoehdoista. Tähän liittyen toisena tärkeänä seikkana aiheen valinnalle voidaan pitää sitä, että tässä kehittämistyössä luotu tehostetun kotisairaanhoidon malli tulee toimimaan pohjana Kuntayhtymä

Kaksineuvoisessa aloitettavalle uudelle palvelumuodolle. Täten tutkija uskoo aineistollaan olevan todellista merkittävyyttä.

Laadullinen tutkimus oli tutkijalle aikaisemmasta opinnäytetyöstä tuttu, samoin kuin sisällön analyysi. Sen sijaan avoimin kysymyksin toteutettava kysely oli menetelmänä vieras. Tähän oli melko vaikea löytää tutkimustietoa, koska kyselytutkimukset ovat pääsääntöisesti kvantitatiivisia. Tutkimuksessa on oleellista pohtia myös aineiston riittävyyttä ja analyysin kattavuutta (Eskola & Suoranta 2005, 215). Vastaajia pyrittiin saamaan eri puolelta Suomea ja samankokoisista kuntayhtymistä kuin Kaksineuvoinen. Vastauksia saatiin lopulta seitsemän ja se tuntui olevan riittävä määrä. Saturaatiota oli havaittavissa joiltain osin jo muutaman ensimmäisen vastauksen jälkeen. Sen voidaankin todeta olevan yksi mahdollisuus aineiston riittävyyden arviointiin (Eskola & Suoranta 2005, 217).

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (1997, 26-27) mukaan tiedon hankintaan ja sen julkistamiseen liittyvät *tutkimuseettiset* periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja niistä vallitsee yleensä laaja yksimielisyys. Pyrkimyksenä tulee olla tietoisesti ja eettisesti perusteltujen ratkaisujen tekeminen jo tutkimusaiheen valinnassa. Tutkimusaiheen valinnan kriteerinä tässä opinnäytetyössä oli kehittää Kuntayhtymä kaksineuvoisessa laaditun Ikäpoliittisen strategian pohjalta jokin uusi toimintamuoto. Tehostettu kotisairaanhoido kiinnosti aiheena, vaikka toisaalta oli tiedossa, ettei kehittämistyö tutkimusmuotona ole niitä kaikkein helpoimpia.

Tutkija tarvitsee tietoa tutkimuksen eettisestä toteutuksesta, jotta hän pystyy toimimaan oikein tutkimusprosessissaan. Tutkijan täytyy pyrkiä puolueettomuuteen ja huolehtia siitä, ettei tutkimuksen tekemisestä aiheudu osallistuville haittaa. Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu vaatii selvitystä; miten suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi ym. 1997, 26; Janhonen & Nikkonen 2001, 34.) Tähän tutkimukseen osallistuneita henkilöitä lähestyttiin

puhelimitse ja heidän suostumustaan kysyttiin. Lisäksi heitä pyydettiin selvittämään omalta esimieheltään, vaaditaanko heidän organisaatiossaan tutkimuslupaa. Lopulta kaksi tutkimukseen osallistuvista organisaatioista vaati luvan. Ne, jotka eivät lupaa vaatineet, perustelivat valintaa sillä, että tässä tutkimuksessa tutkitaan toimintamuotoa, ei henkilöitä. Tutkimukseen vastanneet henkilöt saivat kyselykaavakkeen mukana saatekirjeen, jossa selvennettiin, etteivät heidän omat eikä heidän organisaationsa nimet näy työssä ja, että vastauskaavakkeet hävitetään työn valmistuttua. Kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta painotettiin myös.

Hirsjärven ym. (1997, 27, 28) mukaan tutkimustyössä on kaikissa sen osavaiheissa vältettävä epärehellisyttä. Tällä tarkoitetaan sitä, ettei toisten töitä saa plagioida, eikä toisten tutkijoiden osuutta saa vähätellä. Tässä työssä lainattiin tekstiä lukuisista teoksista. Sisältö pyrittiin kirjoittamaan omin sanoin, ei kopioimalla valmista tekstiä. Lähdeviitteisiin merkittiin niin ikään jokainen tekijä kustakin teoksesta. Lähteiden kohdalla pyrittiin löytämään aina primäärinen lähde. Useissa tapauksissa se onnistui, mutta joissain kohdissa jouduttiin turvautumaan sekundäärilähteisiin.

Tuloksia ei tule yleistää kritiikittömästi eikä niitä saa seipitellä tai kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Tähän sisältyy se, että käytetyt menetelmät selostetaan huolellisesti ja tutkimuksen puutteetkin tuodaan julki. (Hirsjärvi ym. 1997, 28.) Eskola & Suoranta (2005, 215-216) puhuvat analyysin arvioitavuudesta ja toistettavuudesta. Tällöin analyysissä käytetyt luokittelu- ja tulkintasäännöt esitetään mahdollisimman yksiselitteisesti. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin rehelliseen tulosten julki tuomiseen, vastaukset esitettiin juuri sellaisina kuin ne saatiin ja kaikki oleellinen tieto kirjoitettiin auki ja huomioitiin. Myös tutkimusmenetelmät selitettiin tyhjentävästi. Jonkinlaisena puutteena kyselytutkimuksessa oli nähtävissä, ettei täydentävien kysymysten mahdollisuutta ollut tai niiden tekeminen oli vähintäänkin hankalaa, koska vastaajia täytyi tavoitella puhelimitse.

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa aineiston analysointi ja *luotettavuus* liittyvät

keskeisesti toisiinsa. Kvalitatiivisen tutkimuksen ollessa kyseessä, luotettavuuden tärkeimmiksi kriteereiksi määritellään tutkija itse ja hänen tekemänsä valinnat. Luotettavuuden arvioinnin sen sijaan tulee kohdentua koko tutkimusprosessiin. (Eskola & Suoranta 1998, 209, 211.) Mitattaessa tutkimuksen luotettavuutta, voidaan käyttää monia eri mittaus- ja tutkimustapoja. Yksi tapa on mitata *reliaabeliutta* eli tulosten toistettavuutta, joka tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tulosta voidaan pitää reliaabelina esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samankaltaiseen päätelmään. Tämän työn tulokset ovat toistettavia eli reliaabelia suurimmalta osaltaan. Aikaisempiin tutkimuksiin verraten eroja oli lähinnä vain tehostetun kotisairaanhoidon järjestämiskäytännöissä.

Toisena luotettavuuden piirteenä pidetään *validiutta* eli pätevyyttä. Sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on aivoitellut. Validius merkitsee ennen kaikkea kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 1997, 216.) Kysymysten laadinnassa pyrittiin tässä opinnäytetyössä selkeyteen ja yksinkertaisuuteen niin, että vastaajat saattoivat ymmärtää kysymykset oikein. Vastausten luokittelussa ja tulkinnassa oli hankaluutta siltä osin, että ne vastaajat, jotka kirjoittivat paljon, saattoivat sivuta samoja asioita useamman kysymyksen kohdalla. Kuvaukset tulkintoineen pysyivät kuitenkin yhdenmukaisina.

Hirsjärven ym. (1997, 217, 218) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa vaiheissa. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selvästi. Tärkeää on myös aineiston analyysiin liittyen kertoa luokittelujen tekemisestä, niiden syntymisen alkujuurista ja perusteista. Tarkkuuden vaatimus pätee myös tulosten tulkintaan. Tässä lukijaa auttaa tutkimusselosteiden rikastuttaminen esimerkiksi

suorilla haastatteluotteilla.

Tämän tutkimuksen kohdalla pyrittiin validiuteen selostamalla mahdollisimman tyhjentävästi tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheita. Kyselytutkimuksen puutteena voidaan haastattelututkimukseen verrattuna nähdä se, ettei voida tietää, millaisissa olosuhteissa vastaajat ovat näkemyksensä kirjoittaneet, onko mielipiteisiin kenties ollut vaikuttamassa muita henkilöitä jne. Vastausten auki kirjoituksessa hyödynnettiin runsaasti suoria lainauksia. Tämä koettiin luottamukselliseksi ja rehelliseksi tavaksi tuoda vastaukset julki muuntumattomina, paljastamatta kuitenkaan vastaajien henkilöllisyyttä.

8.2 Jatkotutkimushaasteet

Jokaisen tutkimuksen pohjalta syntyy kehittämishaasteita ja tässäkin tutkimuksessa niitä syntyi useita. Uuden palvelumuodon onnistumisen edellytys on, että siitä pystytään tiedottamaan oikein ja laajasti. Kehittämistä ja koulutusta tarvitaan myös niiden asenteiden ja osaamisen muodostamiseksi, joilla hoidon oikea porrastus istutetaan jokaisessa hoitoketjun vaiheessa osaksi jokapäiväistä työtä.

Tärkeä lähtökohta tehostetun kotisairaanhoidon mallille on myös asiakkaan hoitopolun yksityiskohtainen kuvaaminen. Tärkeää on listata myös ne ongelmat, joita hoitokäytännöissä ja työnjaossa esiintyy ja pyrkiä etsimään niille ratkaisut. Tehostetun kotisairaanhoidon sairaanhoitajien, kotiutushoitajan ja osastonhoitajan/vastaavan hoitajan toimenkuvat on hyvä kirjata tarkasti. Ne toimivat perustana toiminnan kehittämiseksi edelleen. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka jatkohoidon suunnittelu ja kotiuttaminen ovat hyötyneet ja kehittyneet tehostetun kotisairaanhoidotoiminnan myötä.

Unohtaa ei sovi myöskään toiminnan taloudellista puolta. Tulevaisuudessa tulee olemaan erittäin mielenkiintoista tutkia raporteja siitä, kuinka paljon uudella toiminnalla on saatu säästöjä aikaan. Inhimillistä puolta ei tule myöskään unohtaa. On kehitettävä mittareita, joilla asiakastytyväisyyttä voidaan mitata ja

mittaaminen on hyvä ottaa luonnolliseksi osaksi toimintaa.

Lähtökohtaisesti näissä palvelumalleissa korostuvat niin asiakaslähtöisyys kuin joustavuus ja ne edustavat oman alansa päivitettyä ajattelumallia. Koen, että olen ollut ja olen tämän opinnäytetyön myötä, yhdessä toisten kanssa, tekemässä tärkeää työtä entistä laadukkaampien ja nykyaikaisten alueellisten palvelujen tavoittelemisessa ja luomisessa.

LÄHTEET

Aaltola J., Valli R. 2007. Tutkimuksen teon perusratkaisut. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, 20-22. Aaltola J., Valli R. (toim.) 2007. WS Bookwell Oy. Juva.

Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola J. & Suoranta J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Gunnel D., Coast J., Richards H. S., Peters T., Poundsford C. J., Darlow M. 2000. How great burden does early discharge to hospital-at-home impose on carers? A randomised controlled trial. *Age and ageing* 29, 137 - 142.

Grönroos E., Lapveteläinen P., Perälä M-L., Turunen H. Tieto- ja viestintätekniiset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. Raportteja 3/2006. Stakes. [viitattu 5.10.2012.] Saatavilla Internetissä: <URL: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra3-2006.pdf>.

Hammar T. (2008): Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttavuus. Tutkimuksia 179. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Hammar T, Perälä M-L. PALKOmalli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. *Aiheita* 29/2003. Stakes.

Heikkilä A, Hupli M, Leino-Kilpi H. 2008. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* Vol. 20: 2/08, 101-108.

Hirsjärvi S., Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvonen M. 2010. Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-tutkinto. Opinnäytetyö.

Hyry A. 2011. Suuntana koti – Akuuttihoiton malli Vantaan kaupungin akuuttikotihoidon kehittämisen tueksi. Laurea- ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-tutkinto. Opinnäytetyö.

Janhonen S., Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki : WSOY.

Jester, R. & Turner, D. 1998. Hospital at home: the Bromsgrove experience. [viitattu 20.2.2012.] Saatavilla Internetissä: <URL:<http://www.ovidsp.uk.ovid.com/tietopalvelu.ncp.fi:8080/spb/ovidweb.cgi>.

Jordhøy, M. 2003. The impact of comprehensive palliative care : results from a cluster randomised trial. Norwegian University of Science and Technology. Trondheim. Väitöskirja.

Koponen L. 2002. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2010 / Vanhuspalvelut/Kotihoito/Tiedote kotihoidosta 14.10.2010. [viitattu 13.1.2012]. Saatavilla Internetissä: <URL:<http://www.kaksineuvoinen.fi/Suomeksi/Vanhuspalvelut/Kotihoito>.

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2011 / Vanhuspalvelut / Kuntayhtymän toiminta ja strategiat / Ikäpoliittinen ohjelma vuosille 2011 - 2015. [viitattu 29.12.2011]. Saatavilla Internetissä: <URL:http://www.kaksineuvoinen.fi/webroot/495490/Toimintosivu_2009.aspx?id=1179533.

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2012a. Hallinto. [viitattu 11.2.2012]. Saatavilla Internetissä: <URL:<http://www.kaksineuvoinen.fi/Suomeksi/Hallinto>.

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2012b/Vanhuspalvelut. [viitattu 7.9.2012.]. Saatavilla Internetissä: <URL:<http://www.kaksineuvoinen.fi/Suomeksi/Vanhuspalvelut>.

Kuopila A. Suomen Kuntaliitto. Työseminaari; Toimiva palvelurakenne vanhustenhuoltoon. Kauhava 10.2.2011.

L66/1972. Kansanterveyslaki 28.1.1972. [viitattu 26.9.2011]. Saatavilla Internetissä: <URL:[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066search\[type\]=pika&search\[pika\]=kansanterveyslaki%20#a30.12.2010-1327](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066search[type]=pika&search[pika]=kansanterveyslaki%20#a30.12.2010-1327).

L1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989. [viitattu 26.9.2011]. Saatavilla Internetissä:

<URL:[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062search\[type\]=pika&search\[pika\]=erikoissairaanhoitolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062search[type]=pika&search[pika]=erikoissairaanhoitolaki).

L169/2007. Laki kunta ja palvelurakennemuutoksesta. 9.2.2007. [viitattu 13.1.2012]. Saatavilla Internetissä:

<URL:[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20kunta-%20ja%20palvelurakennemuutoksesta#highlight1](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169?search[type]=pika&search[pika]=laki%20kunta-%20ja%20palvelurakennemuutoksesta#highlight1).

L1326/2010. Terveystieteidenhoitolaki 30.12.2010/1326. [viitattu 1.11.2011]. Saatavilla Internetissä: <URL:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki).

L305/2011. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä vuosina 2011—2014. 8.4.2011. [viitattu 13.1.2012]. Saatavilla Internetissä:

<URL:[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110305?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kunta](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110305?search[type]=pika&search[pika]=kunta).

Laine T., Airaksinen J., Kyösti A., Härkönen H. Raamit kaulassa. Rakenteet ja johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla. Suomen Kuntaliitto. [viitattu 2.7.2012]. Saatavilla Internetissä: <URL:http://www.kaksineuvoinen.fi/webroot/495490/Toimintosivu_2009.aspx?id=1179535.

Malmberg K. 2010. Kotiutusprosessien kehittäminen – Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoitosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Myller H. 2011. Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa Myller Henna (toim.). Kotihoito 24h, ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä 2008-2010, 8. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C:4. Juvenes print, Tampereen yliopistopaino Oy. [viitattu 26.3.2012.]. Saatavilla Internetissä: <URL:http://kronos.pkamk.fi/tietopalvelut/pdf/C43_verkkoversio.pdf.

Paljärvi S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

PARAS-hanke. [viitattu 24.1.2012.] Saatavilla Internetissä:

<URL:<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/paras/Sivut/default.aspx>.

Potku-hanke / Lakeuden Potku. [viitattu 23.1.2012]. Saatavilla Internetissä:
<URL: <http://www.potkuhanke.fi/fi/osahankkeet/lakeuden-potku>.

Rosswurm M A, Lanham D M.1998. Discharge planning for elderly patient. Journal of gerontological nursing. May 14-21.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005 (121), 203-209.

SBU. 1999. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Effekter och kostnader. Rapport nr.146. Stockholm.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2007:4. Terveyden edistämisen laatusuositus. [viitattu 8.1.2012.] Saatavilla Internetissä:
<URL:http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1059553#fi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2008:3. Sosiaaliturvan kokonaisuusuudistus- SATA. [viitattu 8.1.2012.] Saatavilla Internetissä:
<URL:http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1057207#fi.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki. [viitattu 26.6.2012.] Saatavilla Internetissä: <URL: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2010:4. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. [viitattu 8.1.2012.] Saatavilla Internetissä:
<URL:http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1515196#fi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2011:3. Hyvän saattohoidon suositukset. Helsinki. [viitattu 8.1.2012.] Saatavilla Internetissä:
<URL:http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1555108#fi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Ikääntyneitä koskevan lain vahvistaminen. [viitattu 8.1.2012.] Saatavilla Internetissä: <URL: <http://www.stm.fi/etusivu>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2004:8. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon ala 2003. [Viitattu 13.2.2012.] Saatavilla Internetissä: <URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3834.pdf&title=STM_n_hallinnonala_2003_fi.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2011:1. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. [viitattu 13.1.2012.] Saatavilla Internetissä: <URL:http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/strategia.

Tepponen M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Väitöskirja.

Tuomi J., Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

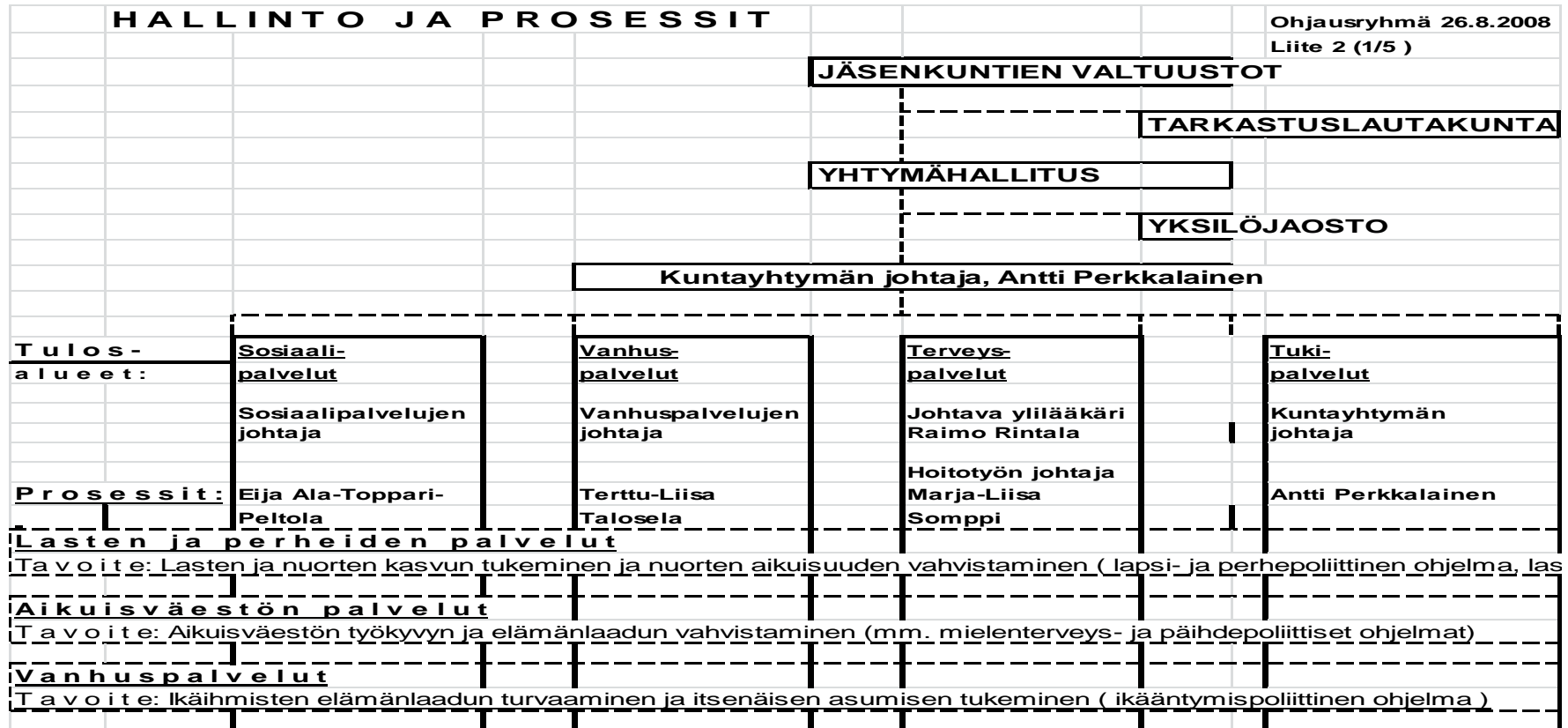
Valtiovarainministeriö.2011. Kunta- ja palvelurakennemuutos. [viitattu 7.1.2012]. Saatavilla Internetissä: <URL:http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp.

Vehkalahti K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

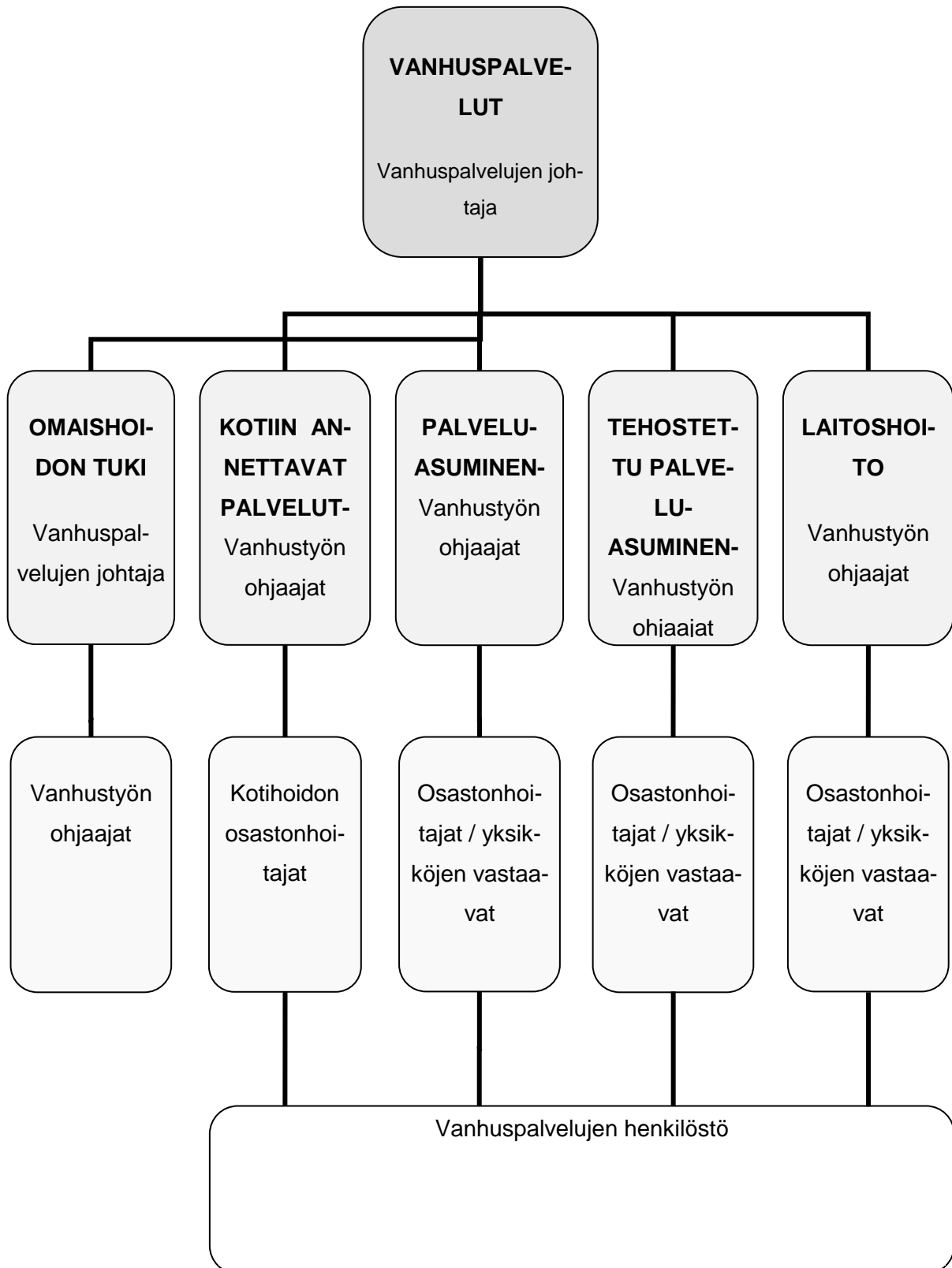
Visakorpi P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Pro gradu – tutkielma.

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

LIITE 1 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen hallinto ja prosessit



LIITE 2 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen vanhuspalvelut



LIITE 3 Saatekirje



Tiedote kyselyyn vastaajalle

Hyvä tehostetun kotisairaanhoidon (kotisairaalasaisen toiminnan) ammattilainen, olin hiljattain yhteydessä Teihin puhelimitse tiedustellakseni halukkuuttanne osallistua tutkimukseeni. Lähetän Teille nyt ohessa kyselylomakkeen vastattavaksi.

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa, ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Kysely liittyy opinnäytetyöhöni, jonka tavoitteena on ensinnäkin tarkastella ja kuvata erilaisia tehostetun kotisairaanhoidon tasoisia toimintamalleja. Siihen liittyen lähetän tämän kyselyn kahdeksan kunnan/kuntayhtymän tehostetun kotisairaanhoidon osastonhoitajalle/sairaanhoidon tai terveydenhoitajalle. Toisena tavoitteena on hankittua tietoa hyödyntämällä luoda tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli kuntayhtymä Kaksineuvoisen alueelle. Työtäni ohjaa yliopettaja Ulla Isosaari. Olen saanut tutkimukselleni luvan kuntayhtymä Kaksineuvoiselta.

Käsittelen haastatteluaineiston luottamuksellisesti niin, ettei henkilöllisyytenne tai työpaikkanne paljastu tutkimusraportissa. Mikäli aineistoa analysoidessa herää lisäkysymyksiä, täydentelen niitä puhelimitse. Tutkimukseni valmistuttua, hävitän saamani vastauskaavakkeet. Teillä on halutessanne mahdollisuus saada minulta lisätietoja tutkimuksestani. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista.

Pyydän Teitä lähettämään vastauksenne 15.2.2012 mennessä sähköpostiini osoitteella:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

puh: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Ystävällisin terveisin,

Liisa Winter

sairaanhoitaja AMK /
 kotihoidon osastonhoitaja

Ulla Isosaari

hallintotieteiden tohtori /
 yliopettaja

LIITE 4 Kyselylomake



KYSELYLOMAKE

Rastittakaa oikea vaihtoehto

1. Sukupuoli: nainen mies
2. Tehtävä: osastonhoitaja sairaanhoitaja terveydenhoitaja
3. Työkokemus hoitotyössä: alle 5 vuotta 5-10 vuotta yli 10 vuotta
4. Nykyisessä tehtävässä: alle 2 vuotta 2-5 vuotta yli 5 vuotta

Vastatkaa vapaamuotoisesti seuraaviin kysymyksiin

5. Miten yksikössänne aloitettiin tehostetun kotisairaanhoidon (kotisairaalasaisen toiminnan) suunnittelu? (mistä haettiin mallia, mitkä tahot osallistuivat, olitko itse mukana?)

6. Millaisia tavoitteita kyseiselle toiminnalle asetettiin?

7. Mitkä olivat ne keinot, joilla tavoitteisiin päästiin?

8. Millainen malli yksikkössänne otettiin käyttöön?

(perusterveydenhuolto- vai erikoissairaanhoidonjohteinen, keskeiset hoidettavat potilasryhmät, asiakaspaikkojen määrä, lääkärin työpanos)

9. Onko koko kuntanne / kuntayhtymänne alueella mahdollista saada tehostettua kotisairaanhoidon tai millaisia rajoituksia mahdollisesti on tehty?

10. Mikä on tehostetun kotisairaanhoidotoimintanne henkilökuntarakenne

(koulutustaso, onko oma henkilöstö vai onko toiminta osa kotihoitoa / kotisairaanhoidoa?) ja millaista lisäkoulutusta on ollut tarpeellista / mahdollista hankkia?

11. Mitä hyötyjä tehostetun kotisairaanhoidon mallin käyttöönotosta on ollut?

(resurssien käyttö, asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyys, taloudellisuus)

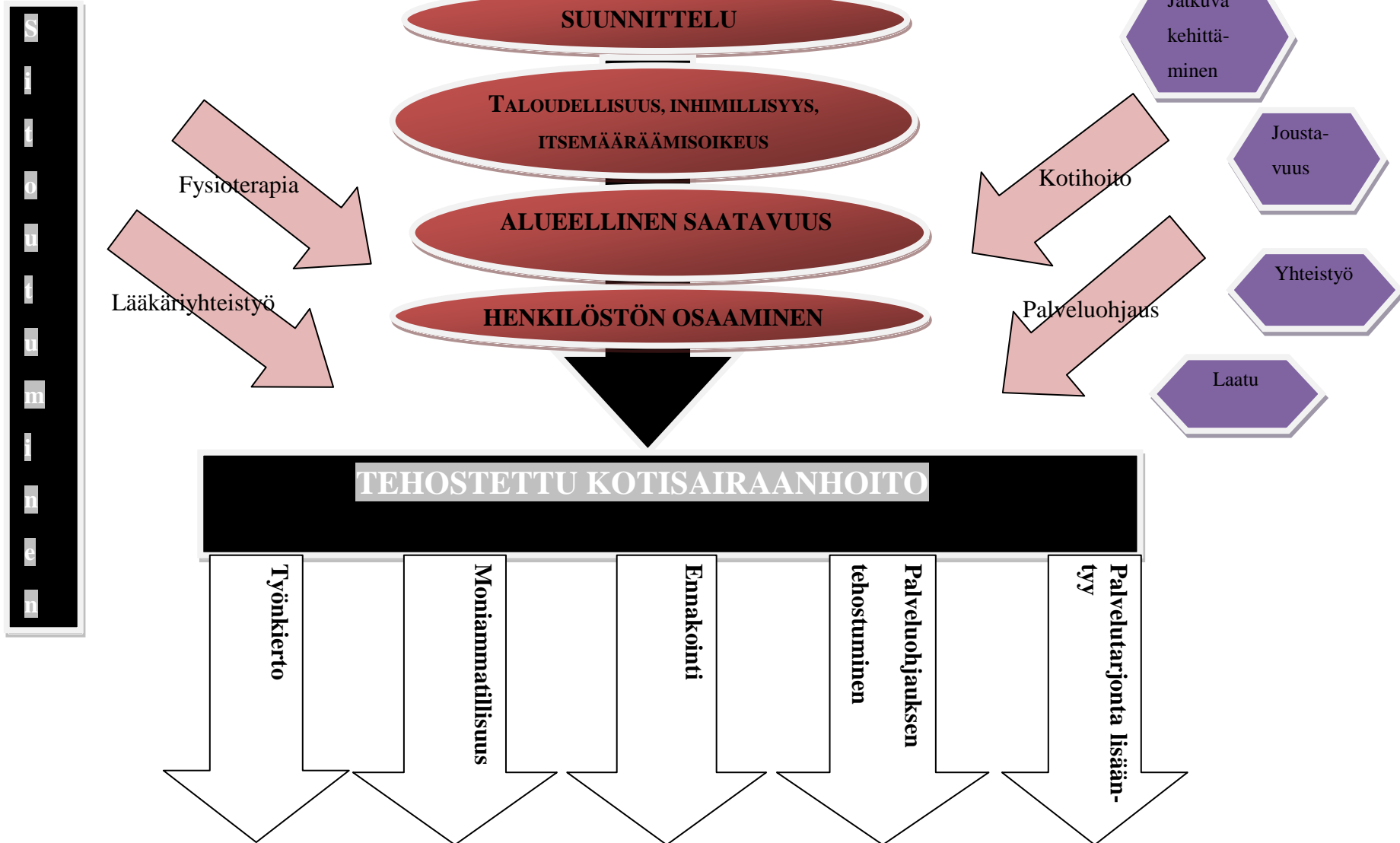
12. Mitä tekisitte toisin ja miten kehittäisitte toimintaa edelleen?

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE!

LIITE 5 Esimerkki luokittelusta / Tehostetun kotisairaanhoidon hyödyt

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Säästöt tavoitteena Taloudelliset näkökohdat	Rahalliset säästöt	Taloudellisuus
Nopeammat kotiuttamiset sairaalasta Keskussairaalan sakkopaikkojen vapautumisesta säästön vapautumisesta misesta säästöä kunnille Vähentää esh:n käyttöä Sairaalapaikkojen kuormituksen väheneminen	Sairaalapaikkojen käytön väheneminen	
Tehostetuista palveluasunnoista ei siirtoja esh:oon Asukkaat hoidetaan omassa asumisyksikössään Potilaan hyvä Sairaalainfektioiden välttäminen	Siirtojen välttäminen	Inhimillisyys
Vaihtoehto sairaalahoidolle Saattohoitopotilailla mahdollisuus olla/kuolla kotona	Vaihtoehtojen tarjoaminen	
Toiminnan tehostaminen kotihoidossa Pystytään vaativampaan sairaalahoitoon kotona Klinikkavalmiiden potilaiden hoito kotihoidossa Kotisaattohoito	Hoitotyön vaatavuustason nostaminen	Osaamisen ja vaatimusten tasapainottaminen
Henkilökunnan osaamisen vahvistaminen Ammattitaitoisen ensihoidon henkilöstön osaamisen ja työpanoksen hyödyntäminen Uusien teknisten laitteiden käyttöönotto kotona hoitamisessa	Osaamisen ja tekniikan hyödyntäminen	
Toiminnalle pienet tavoitteet, koska ei henkilöstölisäyksiä Tavoitteena kartoittaa, paljonko toiminnalle kysyntää Välimuotoisen toimintamuodon kehittäminen koti- ja -nen Saumaton palveluketju Ennaltaehkäisevän geriatrisen sh.n kehittäminen Varhainen ongelmiin puuttuminen Uuden palvelumuodon ja yhteisten työkäytäntöjen luominen	Uuden palvelumuodon luominen	Palvelutarjonnan lisääminen
Lisätä kotiin annettavia, ympärivuorokautisia sairaanhoidollisia palveluja Ympärivuorokautinen asiantuntija-apu sosiaali- ja terveyspalveluissa	Ympärivuorokautiset palvelut kotiin	

LIITE 6 Tehostetun kotihoidon alueellinen malli



LIITE 7 Väestörakenteen ennuste yli 65-vuotiailla vuoteen 2040 mennessä
(Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 10.)

Evijärvi	2010	2015	2020	2030	2040
65–74 -v.	324	348	369	322	243
75–84 -v.	223	235	246	304	280
Yli 85-v.	83	92	105	132	182
Yhteensä	630	675	720	758	705
Yli 65-v. %- os koko väes- töstä	23,3%	26,6%	29,8%	33,6%	32,7%
Koko väestö	2701	2537	2418	2258	2156

Kauhava	2010	2015	2020	2030	2040
65–74 -v.	1789	2196	2434	2167	1771
75–84 -v.	1447	1430	1461	2100	1959
Yli 85-v.	583	678	743	871	1349
Yhteensä	3819	4304	4638	5138	5079
Yli 65-v. %- os koko väes- töstä	21,8%	25,2%	27,8%	31,6%	31,8%
Koko väestö	17530	17046	16713	16281	15949

Lappajärvi	2010	2015	2020	2030	2040
65–74 -v.	452	521	562	473	297
75–84 -v.	353	338	347	459	407
Yli 85-v.	125	154	178	209	304
Yhteensä	930	913	1087	1141	1008
Yli 65-v. %- os koko väes- töstä	27,4%	29,2%	36,8%	41,9%	39,4%
Kokoväestö	3388	3131	2952	2724	2560

LIITE 8 75-100 -vuotiaiden prosenttiosuus väestöstä. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2011, 11.)

	2010	2015	2020	2030	2040
EVIJÄRVI					
Yli 75-vuotiaat	313	327	351	436	467
Yli 75-v. %-osuus	11 %	13 %	15 %	19 %	22 %
KAUHAVA					
Yli 75-vuotiaat	1 987	2 108	2 204	2 971	3 308
Yli 75-v. %-osuus	11 %	12 %	13 %	18 %	21 %
LAPPAJÄRVI					
Yli 75-vuotiaat	477	492	525	668	711
Yli 75-v. %-osuus	14 %	16 %	18 %	25 %	28 %
ETELÄ- POHJANMAA					
Yli 75-vuotiaat	19 267	20 524	22 385	32 452	36 958
Yli 75-v. %-osuus	10 %	11 %	11 %	16 %	18 %
MANNER SUOMI					
Yli 75-vuotiaat	433 180	487 587	567 900	842 121	983 166
Yli 75-v. %-osuus	8 %	9 %	10 %	14 %	17 %

