

Mari Aronen

EETTINEN PERUSTA RAUMAN KAUPUNGIN
KOTISAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveysten edistämisen koulutusohjelma

2013

EETTINEN PERUSTA RAUMAN KAUPUNGIN KOTISAIRAALASSA

Aronen, Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Teeri, Sari, Kangassalo, Ritva
Sivumäärä: 74
Liitteitä: 5

Asiasanat: kotisairaala, eettiset arvot, monitahoarviointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista käytännössä Rauman kaupungissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten kotisairaalan henkilökunta ja potilaat arvioivat kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvojen toteutuvan kotisairaalan toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioinnin perusteella kehittää kotisairaalan toimintaa.

Opinnäytetyö toteutettiin monitahoarviointina. Avainryhmät muodostuivat kotisairaalan potilaista, henkilökunnasta ja esimiehistä. Monitahoarvioinnin tavoitteena tässä tutkimuksessa oli arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista käytännössä Rauman kaupungissa. Arvioitava aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla. Teemahaastattelujen teemat laadittiin sosiaali- ja terveystoimen arvoista, joita ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, osallistumisen edistäminen, yhteistyö, palveluiden järjestäminen sekä toisten arvostaminen.

Tutkimustulosten perusteella koti hoitopaikkana koettiin hyvänä ja miellyttävänä ympäristönä, vaikkakin potilaiden mielestä hoito ei ollut kotona yhtä hyvää kuin sairaalassa. Myös potilaiden päätöksenteko omasta hoidosta jäi vähäiselle eivätkä he tienneet omasta hoitosuunnitelmastaan. Hoitosuunnitelmia kaikista potilaista ei välttämättä laadita, riippuen potilaan hoitajaksosta ja sairaudesta. Yhteistyö omaisten kanssa nähtiin sujuvana, potilaat kokivat kontaktit omaisten kanssa jääneen lähinnä yleisen keskustelun tasolle. Henkilökunta koki epätasaisen vahvuuden heikentävän työyhteisön ilmapiiriä ja henkilökunnan ohjaamisen hiljaisina hetkinä muualla töihin aiheuttavan ylimääräistä stressiä. Muuten ilmapiiri arvioitiin avoimeksi ja tiiviiksi.

Tulevaisuudessa potilaan päätöksentekoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja hoitosuunnitelma pyrkiä tekemään yhdessä potilaan kanssa, jotta hoidon tarkoitus ja tavoitteet konkretisoituisivat paremmin potilaalle. Myös yhteistyötä omaisten kanssa tulisi kehittää, esimerkiksi pyytämällä omaisia olemaan paikalla ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä, jolloin hoitosuunnitelmasta keskustellaan. Henkilökunnan epätasaista vahvuutta voisi paikata varahenkilön avulla, jonka toimipiste olisi pääsääntöisesti aina kotisairaalassa, ellei muualla tarvetta. Varahenkilö voisi hiljaisina hetkinä ohjautua muualla töihin, jolloin henkilökunta voisi jäädä omalle toimipisteelleen.

ETHICAL FOUNDATION IN HOME HOSPITAL IN THE CITY OF RAUMA

Aronen, Mari
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
May 2013
Supervisor: Teeri, Sari, Kangassalo, Ritva
Number of pages: 74
Appendices: 5

Keywords: home hospital, ethical values, multifaceted evaluation methodology

The purpose of this thesis was to assess how the home hospital's values will be realized in practice in the city of Rauma. The purpose of this thesis was to figure out, how the patients and the personnel of home hospital assesses the values of social and health services in practice in Rauma. The aim of the thesis was to improve the home hospital function, based on assessments.

The thesis was carried out as using multifaceted evaluation methodology. Key groups consisted of the patients, the personnel and the superiors of home hospital. In this thesis the aim of multifaceted evaluation methodology was assess how the values of home hospital can be realized in Rauma. The assessed data was collected by using themed interviews. The themes in the interviews were taken from the values of Rauma's Social and Health Services, which are life and human dignity, promote inclusion, cooperation, organization of services and appreciation of others.

The results of the inquiry indicated that home was seen as a good and a natural place for treatment, though patients find the treatment was better in hospital. Also patients find that decision-making concerning their care was a limited and they didn't know their treatment plan. Treatment plans for all patients may not necessarily be drawn up, it depends on patient's illness and treatment period. Cooperation with the relatives was seen smooth, the patients experienced that contacts with relatives have been mainly at a level of a general discussion. The personnel experienced that irregular number of staff weakens the atmosphere of workplace and personnel directing to other work to cause additional stress. Otherwise the atmosphere was assessed to an open and dense.

In the future the patient's decision-making should pay more attention and make treatment plans together with patients, so that the purpose and targets of treatment concretise better to the patients. Also cooperation with the relatives should be developed, for example when the nurses goes to first home visit, they may ask the relatives to be present, when the treatment plan will be discussed. Irregular number of staff could fill using deputy, which office should in principle be in the home hospital, unless in need for elsewhere. Deputy might go to work elsewhere, when there is a quiet moment in home hospital, so the personnel could stay on their own office.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SOSIAALI JA TERVEYSMINISTERIÖN LINJAUKSET KOTIHOIDOSSA.....	7
	2.1 Erilaiset palvelut kotona.....	8
	2.1.1 Kotisairaahoito.....	8
	2.1.2 Tehostettu kotisairaahoito.....	9
	2.1.3 Kotisairaala.....	9
	2.2 Kotisairaala Rauman kaupungissa.....	11
3	EETTINEN PERUSTA KOTISAIRAALASSA.....	12
	3.1 Eettinen perusta kotisairaalassa.....	12
	3.2 Rauman kotisairaalan hoitofilosofia.....	13
	3.2.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen.....	13
	3.2.2 Osallistumisen edistäminen.....	15
	3.2.3 Yhteistyön tekeminen.....	17
	3.2.4 Palveluiden järjestäminen suunnitelmallisesti.....	19
	3.2.5 Toistemme arvostaminen.....	20
4	OPINNÄYTEYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
5	MONITAHOARVIOINTI KOTISAIRAALAN EETTISEN PERUSTAN.....	
	ARVIOINNISSA.....	21
6	OPINNÄYTEYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	24
	6.1 Aineiston keruu ja menetelmä.....	24
	6.2 Eettiset kysymykset ja luotettavuus.....	27
	6.3 Aineiston analyysi.....	28
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	30
	7.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen.....	31
	7.1.1 Potilaat.....	31
	7.1.2 Henkilökunta.....	32
	7.1.3 Esimiehet.....	34
	7.2 Osallistumisen edistäminen.....	36
	7.2.1 Potilaat.....	36
	7.2.2 Henkilökunta.....	37
	7.2.3 Esimiehet.....	39
	7.3 Yhteistyö.....	40
	7.3.1 Potilaat.....	40

7.3.2 Henkilökunta.....	42
7.3.3 Esimiehet.....	44
7.4 Palveluiden järjestäminen.....	46
7.4.1 Potilaat	46
7.4.2 Henkilökunta.....	47
7.4.3 Esimiehet.....	48
7.5 Toisten arvostaminen	49
7.5.1 Potilaat	49
7.5.2 Henkilökunta.....	50
7.5.3 Esimiehet.....	51
8 YHTEENVETO TULOKSISTA	52
8.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen.....	52
8.2 Osallistumisen edistäminen	53
8.3 Yhteistyö	54
8.4 Palveluiden järjestäminen.....	56
8.5 Toisten arvostaminen	57
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	59
9.1 Rauman kotisairaalan hoitofilosofian toteutuminen.....	59
9.1.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen	59
9.1.2 Osallistumisen edistäminen	61
9.1.3 Yhteistyö	62
9.1.4 Palveluiden järjestäminen	64
9.1.5 Toisten arvostaminen	65
9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pohdinta	66
10 SUOSITUKSET	68
10.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen.....	68
10.2 Osallistumisen edistäminen	68
10.3 Yhteistyö	69
10.4 Palveluiden järjestäminen.....	69
10.5 Toisten arvostaminen	69
LÄHTEET.....	70
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Rauman kaupunki käynnisti kesällä 2009 tehostetun kotisairaanhoidon toiminnan, joka vuoden 2011 alussa muutti nimensä kotisairaalaksi. Kotisairaala on tarkoitettu potilaille, jotka eivät tarvitse vuodeosastotasosta hoitoa, mutta joiden hoito vaatii enemmän kuin kotisairaanhoido pystyy tarjoamaan. Kotisairaaloiminta vastaa sosiaali- ja terveysministeriön ikääntymispolitiikan keskeisempään tavoitteeseen; kotona asumisen tukemiseen ja siihen liittyen kotihoidon kehittymiseen (STM 2008, 17-18). Ikääntyneiden määrän lisääntyminen sekä erityisesti vanhimpien ikäryhmien suureneneminen lisää palvelujen tarvetta tulevaisuudessa (Andersson ym. 2007,155). Osana sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisprosessia on mietitty toiminnan arvopohjaa, jotka ohjaa sosiaali- ja terveystoimessa työskentelevien toimintaa. Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston yhteiset arvot ovat: elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, osallistumisen edistäminen, yhteistyön tekeminen, palveluiden järjestäminen suunnitelmallisesti sekä toistemme arvostaminen (Jaatinen, 2011). Nämä arvot tulisi näkyä jokapäiväisessä työskentelyssä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista käytännössä Rauman kaupungissa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten kotisairaalan henkilökunta ja asiakkaat arvioivat kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvojen toteutuvan kotisairaalan toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena on arvioinnin perusteella kehittää kotisairaalan toimintaa. Arviointimenetelmänä käytetään monita-
hoarviointia, joka tarkoittaa sitä, että mahdollisimman moni toimija osallistuu tiedon tuottamiseen ja antaa oman näkökulmansa asiasta. Arvioitavaa kohdetta tarkastellaan avainryhmien kautta, jotka ovat sidoksissa arvioitavaan kohteeseen (Vartiainen 2007, 155).

2 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN LINJAUKSET KOTIHOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut valtakunnallisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen, joka sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Valtakunnallisina tavoitteina on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 92 % asuisi kotona itsenäisesti tai apujen turvin (STM 2008:3,30). Tämä ei täysin toteutunut, vuonna 2012 asui 75 vuotta täyttäneistä 90 % kotona (Ikonen 2013, 11). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa 2015 pyritään varmistamaan vanhuspalvelujen saatavuus ja laatu lisäämällä käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän kasvaessa. Painopiste on kotona sekä lähiympäristössä annettavissa palveluissa ja myös koti- ja hoivapalvelujen järjestämiseen sekä rahoitukseen luodaan vaihtoehtoja. Hoito- sekä kuntoutuspalvelujen tulee olla riittäviä, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia. Palveluissa otetaan systemaattisesti käyttöön ehkäisevä ja kuntouttava työote. Hoitokäytännöt tulee uudistaa asiakaskeskeisiksi, aktivoiviksi ja moniammatillisiksi. Palvelujen lähtökohtana ovat vanhuksen toimintakyky, omat voimavarat ja läheisverkosto. (STM 2006,19.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden, jonka osana vanhusten kotipalvelujen tarjontaa lisätään (STM 2006,19). Kotona asumisen tukeminen ja siihen liittyen kotihoidon kehittyminen ovat keskeisimpiä ikääntymispolitiikan tavoitteita. Ikäihmisten näkökulmasta kotihoidon saatavuuden parantamisen lisäksi haasteena on palvelun sisällön kehittäminen vastaamaan enemmän ikäänntyneiden omia tarpeentulkintoja (STM 2008, 17-18).

Keskeisimpiä ikäänntyneiden palvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä on väestörakenteen muutos. Vuonna 2005 oli 65 vuotta täyttäneitä noin 840 000, heistä 75 vuotta täyttäneitä oli hieman yli 390 000 (Andersson ym. 2007, 154-155). 65 vuotta täyttäneiden määrä ylitti Suomessa miljoonan henkilön rajan heinäkuussa (Tilastokeskus 2012). Tulevaisuudessa 65 vuotta täyttäneiden kokonaismäärän ennustetaan kasvavan aina 2030-luvun lopulle asti. Vuonna 2035 ennustaan 65 vuotta täyttäneitä olevan noin 1 450 000 (27 % väestöstä) ja heistä 75 vuotta täyttäneitä noin 800 000 (15 % väestöstä). Ikäänntyneiden määrän lisääntyminen sekä erityisesti vanhimpien ikäryhmien suureneminen lisää palvelujen tarvetta tulevaisuudessa, vaikka ikäänntynei-

den toimintakyvyn paranemisen uskotaan myöhentävän julkisten hoivapalvelujen kysynnän alkamista jopa kolmesta viiteen vuoteen (Andersson ym. 2007, 154-155). Rauman väestöstä yli 65-vuotiaiden osuus ennusteen mukaan vuonna 2012 on 21,4 % kun vastaava luku koko Suomessa on 18,9 %. Rauman kaupungissa yli 75-vuotiaiden ikäihmisten määrä kasvaa vuodesta 2008 vuoteen 2015 mennessä 546 henkilöllä, joista päivittäistä palvelutarvetta arvioidaan olevan noin 137-164 henkilöllä (Rauman kaupungin ikääntymispoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma vuoteen 2012,36).

2.1 Erilaiset palvelut kotona

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaisesti painopiste on kotona annettavissa palveluissa ja kotona annettaviin hoivapalvelujen järjestämiseen luodaan vaihtoehtoja (STM 2006,19). Näihin suosituksiin on kiinnitetty huomiota Rauman kaupungissa, missä kotona annettavia palveluita on muokattu viime vuosina. On tullut uusia palvelumuotoja ja osaa palveluista on yhdistetty yhteisen nimikkeen alle. Seuraavaksi kuvataan erilaisia palvelumuotoja ja nimikkeitä, joita kotona voi antaa, kotisairaala käsitteen avautumiseksi.

2.1.1 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotona selviytymisen ja toimintakyvyn tukemista, ohjausta, opetusta ja sairauden hoitoa lääketieteellisin ja hoitotyön keinoin (Alaja 2005,2). Sairaalat kotiuttavat mielellään kotisairaanhoidon sellaisia potilaita, joiden vastustuskyky on heikentynyt mutta yleiskunto sallii kotona olemisen. Koti on hyvä eristyspaikka vakavasta infektiosta kärsiville ja sellaisille potilaille, joita halutaan suojata infektioilta. Kotona hoitamisen etu sairaalaan verrattuna on potilaan parempi elämänlaatu ja mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Kotona oleminen tunnetusti kohen-taa mielialaa, ruokahalua ja yleiskuntoa. Koti myös ennaltaehkäisee sairaalahoidosta mahdollisesti tulevilta komplikaatioilta. Kotihoidossa olevat potilaat ovat myös aktiivisempia ja rohkeampia kuin sairaalassa olevat ja kotona potilaan tulee yleensä tehtyä vointinsa mukaan normaaleita kotiaskareita. Potilaan ollessa kotiympäristös-

sään on sairaanhoitajan helpompi havaita potilaan avun tarpeet ja antaa hänelle hänen tarvitsemaansa tukea ja apua. (Hägg ym. 2007, 143.) Kotona järjestettävän auttamistyön tavoitteena on edistää ja ylläpitää turvallisuutta ja toimintakykyä. Potilaalla itsellään ja hänen perheellään on ensisijainen vastuu siitä, miten kotona selviydytään. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on ensisijaisesti tarkoitettu tukemaan vastuunkantajia yhteistyössä heidän kanssaan. Avohuollon palvelujen ensisijaisena tavoitteena on aina potilaan omatoimisuuden tukeminen ja sen edistäminen. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 22-23, Ikonen 2013, 177.)

2.1.2 Tehostettu kotisairaanhoito

Raumalla alkoi vuonna 2009 toimia tehostettu kotisairaanhoito. Tehostettu kotisairaanhoito on tarkoitettu potilaille, jotka eivät tarvitse vuodeosastohoitoa vaan vaativampaa hoitoa kuin mitä kotisairaanhoito pystyy tarjoamaan (Arvela, sähköposti 7.6.2011). Tehostettu kotisairaanhoito on kotona toteutettavaa sairaalatasoista hoitoa (Alaja 2005, 2). Sen toiminta ei kuitenkaan ole ympärivuorokautista, vaan aamusta – iltaan tapahtuvaa toimintaa. Tehostettu kotisairaanhoito on määräaikaista akuuttia sairaanhoitoa potilaan kotona silloin, kun potilas ja hänen omaisensa ovat itse siihen halukkaita, se mahdollistaa sairaalassaoloajan lyhenemistä. Potilaat ohjautuvat tehostetun kotisairaanhoidon pariin sairaaloiden ja terveysasemien lähettämänä (Ikonen & Julkunen 2007, 61-62). Peltoniemen (2000, 42) tekemän opinnäytetyön mukaan potilaat kokivat tehostetun kotisairaanhoidon melko toimenpidekeskeiseksi. Osa potilaisista koki, ettei hoitajilla ollut riittävästi aikaa keskusteluun, jolloin heidän psyykkiset tarpeensa jäivät huomioimatta. He tunsivat itsensä yksinäisiksi ja kaipasivat enemmän tukea ja kannustusta

2.1.3 Kotisairaala

Saarelma (2005, 203-204) määrittelee kotisairaaloiminnan kotona toteutettavaksi sairaalatasoiseksi hoidoksi, jonka vaihtoehtona on vuodeosastohoito. Kotisairaaloiminta on ympärivuorokautista ja se eroaa sisällöltään kotisairaanhoidosta siten, että kotisairaalan asiakkaat ovat useimmiten niin sairaita, että ilman kotisairaala

mahdollisuutta he tarvitsisivat välitöntä vuodeosastohoitoa. Hoito painottuu kotisairaalassa lääketieteelliseen ja sairaanhoidolliseen osaamiseen ja potilaiden kokonaisuhoidosta vastaa lääkäri. Kotisairaalahoido on aina vapaaehtoista, potilaan on mahdollista halutessaan päästä vuodeosastohoitoon. Kotisairaalahoidolla tarkoitetaan sairaalatasoin hoidon antamista asiakkaan kotona, mikäli asiakkaan tila sen mahdollistaa. Potilaan kotina voi olla myös palvelutalo tai vanhainkoti. Kotona voidaan hoitaa muun muassa erilaisia infektioita sairastavat, haavapotilaat, annetaan verensiirtoja ja saattohoitoa. (Hägg, Ivanoff-Lahtela, Rantio, Suikki & Vuori 2007, 139-140.)

Andersson ym. (1999, 26) ovat linjanneet kotisairaaloiminnan potilaan kotona tapahtuvaksi hoidoksi, joka on lääkärijohtoista ja korvaa laitoshoidon. Kotisairaaloitahoitoa tarkoitetaan myös käytettäessä käsitteitä palliatiivinen kotihoito tai kotisaattohoito (Saarelma 2005, 203 - 209; Molander 2002, 3387). Raumalla saattohoidon anto kotona mahdollisimman pitkään tai peräti loppuun asti on koettu hyväksi (Alin, sähköposti 28.3.2011). Onnistunut kotisairaalahoido vaatii ennen kaikkea potilaan sitoutumista hoitoonsa. Hoitajalta vaaditaan aktiivisen havainnoitsijan roolia, sillä kaikki potilaan vointiin liittyvät asiat eivät aina tule esille keskustelujen aikana vaan niitä täytyy yrittää havaita potilaan ilmeistä, eleistä ja ympäristöstä. Kotisairaalapotilaiksi eivät sovellu ne, jotka eivät osaa hälyttää apua tai kykene riittävän hyvin sitoutumaan hoitoonsa. (Hägg ym. 2007, 141.)

Kotisairaalassa hoitohenkilökunta on samaan aikaan vuorovaikutuksessa sekä potilaan että hänen perheenjäsentensä kanssa. Työ edellyttää tiivistä yhteistyötä hoitoon osallistuvien omaisten kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee potilaan lisäksi huolehtia myös lähiomaisista ja heidän jaksamisestaan. Kotisairaalan potilaaseen voi keskittyä paremmin, kun sairaalan taustahälinä puuttuu. Hoitaja pystyy keskittymään yhteen asiaan kerrallaan, eikä hänen tarvitse olla monen potilaan käytettävissä samaan aikaan. (Molander 2002, 3387.) Hämäläisen ja Korkeakosken (2000) tekemässä opinäytetyössä nopea avunsaanti lisäsi turvallisuuden tunnetta kotisairaalan asiakkaille. Myös henkilökunnan vastuullinen ja ammattitaitoinen työskentely lisäsi turvallisuuden tunnetta. Potilaiden yksilöllisyys huomioitiin paremmin kuin osastohoidossa, hoitaja kunnioitti potilaan kotia ja kodin tapoja.

2.2 Kotisairaala Rauman kaupungissa

Rauman kaupungissa alkoi kesäkuussa 2009 toimia tehostettu kotisairaanhoido, joka vuoden 2011 alussa muuttui kotisairaalaksi. Kotisairaala on vaihtoehto sairaalahoitolle. Kotisairaalassa hoitajat tekevät sairaanhoidollisia tarkastus-, arviointi- ja seurantakäyntejä potilaille heidän kotonaan. Tällä hetkellä kotisairaalassa työskentelee viisi sairaanhoitajaa kaksivuorotyössä. Toistaiseksi toimitaan kahdessa vuorossa ja potilasvalinnoissa tämä otetaan huomioon. Tarvittaessa voidaan potilaan luona käydä yölläkin ja silloin tarvittava työpanos suunnitellaan erikseen. (Alin, sähköposti 28.3.2011.)

Kotisairaala määritellään ympärivuorokautiseksi toiminnaksi, Raumalla tämä määritelty kriteeri ei toteudu. Nimikettä käytetään silti, koska Raumalla ei kotisairaanhoidoa ole. Kotihoito ja kotisairaanhoido yhdistettiin 2010 kotihoidoksi. Lääkärinä kotisairaalassa toimii muun työn ohessa terveystieteiden ylilääkäri. Toiminnassa mukana oleva lääkäri tekee potilaiden luo kotikäyntejä, näin vältetään käynnit sairaalassa/ lääkärin vastaanotolla. Kotisairaalassa hoidetaan keskimäärin 24 potilasta/kuukausi, kotikäyntien määrä vaihtelee sen mukaan kuinka usein yksittäisen potilaan luona on tarpeen vuorokaudessa käydä. Kotisairaalan toiminta ja kysyntä on kasvussa Raumalla. Vuonna 2009, jolloin toiminta alkoi, kotikäyntejä oli 1189 (1.6-31.12.09). Vuonna 2010 kotisairaalan hoitajan tekemiä käyntejä oli 3621 ja lääkärin 141. (Alin, sähköposti 28.3.2011.)

Kotisairaalaan tullaan aina lääkärin läheteellä, hoitava lääkäri arvioi onko potilasta turvallista hoitaa kotisairaalassa. Diagnoosin tulee olla tehty ennen siirtymistä kotisairaalan hoitoon ja potilaan tulee asua Rauman kaupungin alueella. Potilaat tulevat asiakkaiksi esim. päivystyksestä, terveystieteiden sairaalan osastoilta, lääkärin vastaanotoilta, palliativiselta vastaanotolta, Rauman aluesairaalan osastoilta sekä Satakunnan keskussairaalaan. Noin puolet kotisairaalan asiakkaista tulee päivystyksen kautta. (Arvela, sähköposti 7.6.2011.)

3 EETTINEN PERUSTA KOTISAIRAALASSA

3.1 Eettinen perusta kotisairaalaissa

Etiikka ja eettisyys perustuvat arvoihin. Arvolla tarkoitetaan asiaa, joka on toiminnan motiivina, tarkoituksena tai päämääränä. Ne ovat suhteellisen pysyviä ja ilmaisevat toiminnan hyväksytyjä päämääriä. Arvot ilmenevät sanoissa ja teoissa ja ne ohjaavat valintojen tekemistä sekä päätöksentekoa, joten ne ovat läheisesti yhteydessä myös tavoitteisiin ja tavoitteiden asettamiseen. Ammatilliset arvot muodostavat tietyn ammattikunnan toiminnan lähtökohdat. (Lindroos, Nevala, Virtanen & Vuori-Kemilä 2005, 22-23.) Keskeisimpiä arvoja ammattieettisissä ohjeissa ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Eri ammattiryhmien eettisten ohjeiden sisältö on samansuuntainen, eroja löytyy ainoastaan sisältöjen painotuserossa. Nämä eettiset ohjeet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan tuottama terveydenhuollon yhteinen arvopohja ohjaavat terveydenhuollon työskentelyä (Leino- Kilpi & Välimäki 2009, 148-155).

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänä on edistää terveyttä silloinkin, kun joudutaan kohtaamaan muutoksia, joita sairaus aiheuttaa yksilön terveyteen. Terveyden edistämisen tavoitetta voidaan pitää lähtökohdiltaan oikeana, koska sen tavoitteena on ihmisen hyvä (Länsimies- Antikainen ym. 2010, 22). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa todetaan, että sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää hoitoa; kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996). Ammattietiikka syntyy sisäistämisen prosessina, kun ammattilainen liittyy ammattikuntaansa ja ammattikäytäntönsä. Tämän prosessin kautta terveydenhuollon ammattihenkilö luo kokonaisvaltaisen mielikuvan siitä, mikä on hänen työnsä arvoperusta ja millaiset toimintatavat ovat hyväksyttäviä. Terveydenhuollossa hyvä etiikka ilmentää ammatillista autonomiaa ja vapaaehtoista pyrkimystä potilaan parhaaseen (Länsimies- Antikainen ym. 2010, 23).

Parantamisen ja hoitamisen etiikassa ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa etiikan teoriaa eikä tarjolla ole mitään yleistä menetelmää syntyvien arvostiriitojen ratkaisemiseksi. (Launis & Louhiala 2009, 45). Hoitotyössä arvoja ei sellaisenaan voi nähdä, vaan ne joko ovat ihmisten ajatusmaailmassa tai niistä voidaan tehdä päätelmiä toiminnan perusteella. Eettinen ongelma ilmenee tavallisesti ihmisten välisessä keskustelussa ja toiminnoissa. Eri ihmiset saattavat ilmentää toiminnassaan samoja arvoja eri tavalla ja tästä voi seurata se, että arvojen päättely hoitotyöntekijän toiminnasta on vaikeaa ja saattaa johtaa epäluotettavaan johtopäätöksiin. Hoitotyöntekijän tuleekin tuntea eettisen ongelmanratkaisun lähtökohdat ja eteneminen voidakseen osallistua itse ratkaisuun. (Leino- Kilpi & Välimäki 2009, 58-60.)

3.2 Rauman kotisairaalan hoitofilosofia

Osana sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisprosessia on mietitty toiminnan arvopohjaa, jotka ohjaavat sosiaali- ja terveystoimessa työskentelevien toimintaa. Kaikki tällä alalla Rauman kaupungilla työskentelevät haastettiin pohtimaan, mikä on arvopohja. Ajatukset koottiin yhteen ja ne yhdistettiin viiteen otsikkoon. Nämä otsakkeet ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, osallistumisen edistäminen, yhteistyön tekeminen, palveluiden järjestäminen suunnitelmallisesti sekä toistemme arvostaminen. (Jaatinen, 2011.) Nämä ovat sosiaali- ja terveysviraston yhteiset arvot, jotka ohjaavat myös kotisairaalan toimintaa. Näiden pohjalta jokainen yksikkö miettii omaan yksikkönsä sopivat hoitofilosofiat ja kirjaa ne osastojen perehdyttämiskansioihin.

3.2.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

Suojele elämää ja kohtele potilaita ja asiakkaita oikeudenmukaisesti sekä yksilöllisesti ja tue heidän itsemääräämisoikeuttaan (Jaatinen, 2011).

Potilaan itsemääräämisoikeus ja oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen perustuvat ajatukselle ihmisarvosta. Itsemääräämisoikeuden on toteuduttava niin, ettei se rajoita toisten itsemääräämisoikeutta. Ihmisen kunnioittaminen ainutkertaisena yksilönä tarkoittaa yksilön itsemääräämisoikeuden ja autonomian kunnioittamista,

jolloin hän saa vastata itse tekojensa seurauksista; yksilön oikeutta omiin arvoihinsa, vakaumuksiinsa, elämäkatsomukseensa tai moraaliinsa ja oikeutta elää niiden mukaisesti; yksilön oikeutta omaan elämäntyyliinsä sekä yksilön oikeutta tulla kohdattu tavalla, joka ottaa huomioon hänen historiansa, kokemuksensa nykyhetkestä ja tulevaisuutta koskevat suunnitelmansa. (Sarvimäki & Stenbock- Hult 2009, 137-138.)

Itsemäärääminen, itsemääräämisoikeus, autonomia ja vapaa tahto ovat rinnakkain käytettyjä käsitteitä puhuttaessa ihmisen oikeudesta päättää itseään koskevista asioista. Terveystieteissä puhumme itsemääräämisoikeudesta potilaan moraalisena perusoikeutena ja siksi se on myös monien terveydenhuollon organisaatioiden perusarvo. Itsemääräämisoikeus arvona on myös asiakaslähtöisen palvelun ja hoidon perusta (Mäkipää 2009, 11). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on myös määritelty potilaan itsemääräämisoikeus. Sen mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä hoidosta, tulee häntä hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Männistö (2001) tutki sairaanhoitaja- ja lääkäriopiskelijoiden näkökulmia eettisyydestä terveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisessa koettiin eniten ongelmia, sairaanhoidon opiskelijat kaksi kertaa useammin kuin lääketieteen opiskelijat. Männistö arvioi eron johtuvan siitä, että lääketieteen opiskelijat saattavat jättää itsemääräämisoikeuden huomioimisen toissijaiseksi tai siinä ei tunnisteta ongelmia. Toisaalta potilaat saattavat helpommin ilmaista tyytymättömyyttään sairaanhoidon edustajille kuin lääketieteen opiskelijoille.

Hoitohenkilökunta tukee potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista tarjoamalla mahdollisuuksia siihen. Tietojen antaminen ymmärrettävästi, vastuun merkityksen korostaminen, vastuun ottamiseen kannustaminen sekä neuvotteleva työote ovat itsemääräämisoikeuden toteutumista tukevaa työskentelyä. Työntekijän on ymmärrettävä potilaan oikeus omiin päätöksiinsä ja hänen on myös kunnioitettava niitä omista periaatteistaan ja arvoistaan huolimatta (Mäkipää 2009, 13).

Paappasen (1998) tekemässä tutkimuksessa hoitajat pitivät eettisten ongelmien ratkaisussa keskeisenä periaatteena potilaan itsemääräämisen kunnioittamisen, toimimi-

nen vastoin omaa ammatillista näkemystä tuntui myös vaikealta. Tutkimuksessa hoitajat pohtivat, mikä tällaisessa tilanteessa on heidän vastuunsa potilaasta ja päätöksenteosta. Hoitajista oli vaikeaa arvioida, onko potilas kykenevä itsenäisesti ratkaisemaan tarvittavan hoidon. Oman ammatillisen näkemyksensä he toivat esille suostuttelemalla potilasta yhä uudelleen heidän mielestään tarpeellisiin tutkimuksiin ja hoitoon. Hoitajat katsoivat, että toimimalla vastoin potilaan tahtoa, he voivat menettää potilaan luottamuksen ja loukata hänen yksityisyyttään, joka vaikeuttaa jatkossa hoitotyötä potilaan luona. Kokkosen ja Laineen (2001) tutkimustulosten mukaan kotisairaalan henkilökunta otti kodin tavat ja tottumukset huomioon toteuttaessaan hoitoa. Potilaat ja omaiset saivat vapaasti esittää toiveita ja niitä kuunneltiin.

Myös Hämäläinen ja Korkeakoski (2000) ovat saaneet samansuuntaisia tutkimustuloksia. Hirvosen (1995) tekemän tutkimuksen mukaan itsemäärääminen liittyi aikaan ja tekemisen järjestelyyn kotona olemisessa. Asiakas sai tehdä ja toimia, mihin aikaan tahansa omassa kodissaan ja tehdä toimensa missä järjestyksessä haluaa. Itsemääräämisoikeuteen liittyi myös päätöksenteon mahdollisuus.

Kujalan (2004) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat olevansa ikään kuin potilaiden palveluksessa tuodessaan sairaalapalvelut kotiin. Hoitajat kokivat, että potilas on omalla reiviirillään kotonaan ja näin päättää siellä asioistaan. Hoitajien mukaan potilaat noudattavat kotihoito-ohjeita, vaikka jatkuvaa kontrollia ei olekaan. Arvon ja Loitomaan (2009) tekemässä tutkimuksessa taas kotihoidon henkilökunta oli sitä mieltä, että asiakkaan osallistumisen tukeminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutuivat vain harvoin kotihoidossa. Shepperdin (2001) tekemässä tutkimuksessa potilaat, jotka olivat kotisairaalan potilaina, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ne, jotka olivat sairaalassa. Vastaavasti taas omaiset olivat päinvastaista mieltä. Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet myös Burl ynnä muut (2006). Nchamban ja Ngumin (2012) tekemässä opinnäytetyössä saattohoitokodin hoito arvioitiin paremmaksi kuin sairaalahoito potilaiden saaman yksilöllisen hoidon takia.

3.2.2 Osallistumisen edistäminen

Osallistumisen edistämällä tarkoitamme raumalaisten tukemista osallistumaan kykijensä mukaan hyvinvointiinsa ja terveytensä edistämiseen. Tähän pyritään mm. yhteistyöllä omaisten kanssa saaden taustatietoa potilaista sekä riittävällä raportoinnilla hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi (Jaatinen, 2011).

Terveyden edistämällä tarkoitetaan ohjauksen keinoin tapahtuvaa tukemista terveyden ymmärtämisessä sekä mahdollisten terveysongelmien tunnistamisessa, ennakoinnissa ja ehkäisyssä. Terveyden edistäminen suuntautuu yksilöihin, ryhmiin ja koko yhteiskuntaan. Yhteiskunnallisesti tavoitteena on terveyttä edistävä yhteiskunta, ympäristö ja terveystaloudellinen politiikka. Terveyden edistämässä on kyse terveyteen liittyvästä oppimisesta, jota on terveydenhuollossa kahdenlaista: ideologista ja praktista. Ideologinen oppiminen on pitkäjännitteistä terveystapojen oppimista, jonka tavoitteena on elämänaikainen terveyden hallinta. Se voi esimerkiksi liittyä ravitsemukseen ja liikuntaan. Praktinen oppiminen taas liittyy kulloisessakin terveysongelmatilanteessa tapahtuvaan oppimiseen ja sen tavoite on useimmiten lyhytaikaisempi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 184-186.)

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat lääketieteessä keskeisiä arvoja. Ehkäisyyn liittyviin eettisiin ongelmiin ei ole olemassa valmiita vastauksia. Ne muotoutuvat paljolti sillä perusteella, millaisen merkityksen ja arvon ehkäisytöiden kohteena olevat ihmiset antavat terveydelle. Ehkäisevät toimenpiteet, jotka hyödyntävät koko väestöä, saattavat tuottaa ainoastaan vähäistä hyötyä yksittäisille ihmisille. Yksittäisen ihmisen terveystietoisuutta on vaikea mennä muuttamaan, jos terveystietoisuudesta saatu hyöty jää sängen vähäiseksi lyhyellä aikavälillä. Niinpä motivaatio turvautua niihin ei muodostu kovin korkeaksi. Ihmisen leimaaminen sairaaksi pelkän kasvaneen sairastumisriskin perusteella on eettisesti arveluttavaa. Ihmisen on huolehdittava sairaudesta, jota hänellä ei vielä ole, esimerkiksi riski sairastua diabetekseen. Pelkkä tieto kasvaneesta riskistä ei välttämättä johda terveyden kannalta myönteisiin käyttäytymismuutoksiin, vaan tulos voi olla joskus jopa päinvastainen. (Myllykangas & Ryynänen 2000, 128-132.)

Hotakaisen, Huhtakankaan ja Lemposen (2010) tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitohenkilökunnalla on hyvin erilaisia näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tärkeim-

mäksi osa-alueeksi muodostui sairauksien ennaltaehkäiseminen ja hoitaminen. Tärkeimpinä terveyden edistämistä edesauttavina tekijöinä pidettiin potilaiden hoitoon sitoutumista ja terveyden edistämisen huomioon ottamista hoitosuunnitelmassa. Terveyden edistämistä estäviä tekijöitä sen sijaan olivat liiallinen työmäärä, asiakas-/potilasmäärä, hoitajien stressi, asiakkaiden/potilaiden hoitoon sitoutumattomuus ja osastolla oleva kiire. Anttosen (2007) tekemässä opinnäytetyössä kotisairaanhoidon hoitajat tiesivät hoitosuunnitelman olevan pakollinen kaikkien asiakkaiden kohdalla, mutta jokaiselle asiakkaalle ei silti tehty sellaista.

Kujalan (2004) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokivat potilaiden saavan yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Potilaiden kotona heillä on mahdollisuus kohdistaa potilaiden hoidon ohjaus kodin puitteisiin. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat potilaiden omaiset osaksi tiimiä, ikään kuin potilasta hoitavina perushoitajina. Omaiset osallistuivat sairaanhoitajien mukaan yleensä aktiivisesti mukaan hoitotiimiin. Omaisten tarpeellisuus korostui tutkimuksessa erityisesti hoidettaessa vakavasti sairaita potilaita. Hoitajien mukaan myös omaisten ohjaus kuului oleellisena osana heidän työhönsä. Halosen (2012) tekemässä tutkimuksessa asiakkaiden kokemuksista tehostetusta kotisairaanhoidosta, tuli ilmi, että asiakkaat kokivat, etteivät saaneet riittävästi tietoa hoitonsa vaihtoehtoista, eikä heillä ollut riittävästi mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun. Samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Mäkinen (2004), jonka opinnäytetyössä asiakaslähtöisyyden toteutumisessa kotisairaanhoidon kotikäynnillä haastateltavat eivät tienneet, miten voisivat vaikuttaa kotisairaanhoidon antamaan terveyden/sairauden hoitoon tai millä tavalla voisivat vaikuttaa omaan hoitoonsa.

3.2.3 Yhteistyön tekeminen

Yhdistetään oma ja kumppanien osaaminen raumalaisten parhaaksi ja toimitaan yhteistyössä muiden palveluntuottajien sekä yhteistyökumppanien kanssa. Huolehditaan riittävästä tiedon kulusta puolin ja toisin ja huolehditaan tarvittavien palveluiden saatavuudesta. Kartoitetaan potilaan tilaa eri ammattiryhmien välillä (Jaatinen, 2011).

Hoitoalalla työtä tehdään yhä useammin ryhmissä. Yksittäinen työntekijä ei välttämättä ole enää yksin vastuussa potilaasta, vaan taustalla voi vaikuttaa tiimi tai työ-

ryhmä. Työyhteisön ilmanpiiri, työtoverit, johtajuus ja käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat siihen, millaisia edellytyksiä eettiselle toiminnalle on. Selkeät tavoitteet ja pelisäännöt ohjaavat työtä silloin, jos ihmisten motiivit poikkeavat paljon toisistaan. (Lindroos, Nevala, Virtanen & Vuori-Kemilä 2005, 45-52.)

Kollegiaalisuudella tarkoitetaan työtovereiden tukemista, sille on ominaista suvaitsevaisuus. Jokaiselle sallitaan omanlainen työskentelytapa, jota ei haluta arvostella. Kollegiaalisuus vaikuttaa keskeisesti hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseen, asiakas-tyytyväisyyteen ja hoitohenkilökunnan kokemaan työhyvinvointiin. Kun hoitotyössä tavoitellaan asiakkaan ja potilaan hyvinvointia ja hyvän toteutumista, siihen on vaikea päästä, elleivät ammattihenkilöt sitoudu yhteistyöhön keskenään. Kollegiaalisuus on luottamista, että kukin työyhteisön jäsen tekee parhaansa ja saa toisilta tukea tilanteissa, joissa ei usko itse selviytyvänsä. Sille on myös tyypillistä toisen näkökulmaan perehtyminen. Kollegiaalisuus voi ilmetä paikallisesti, eli tietyn työyhteisön sisällä, mutta myös laajemmin koko ammattikuntaan kuuluvien keskuudessa. Parhaimmillaan kollegiaalisuus on työyhteisön yhteen hiileen puhaltamista, tavoitteena asiakkaan hyvinvoinnin toteutuminen sekä työntekijöiden työviihtyvyys. (Haho 2011, 8-10.) Anttosen (2007) tekemässä opinnäytetyössä yhteistyö eri palveluiden välillä nähtiin sujuvana. Joidenkin asiakkaiden luona on vihot, johon kotisairaala, kotipalvelu ja omaiset jättävät viestejä toisilleen. Tuomen (2005) tekemässä opinnäytetyössä käy ilmi, että asiakkaista, joiden luona käytiin 1-3 kertaa viikossa, noin joka viides koki saavansa tietoa kohtalaisesti. Tiedonsaanti oli parasta niiden asiakkaiden mielestä, joiden luona käytiin päivittäin. Myös samojen hoitajien käyminen asiakkaan luona koettiin hyväksi.

Packalénin (2004) tutkimustulosten mukaan vanhuksen, hänen omaistensa ja kotihoitoa antavien sujuvan ja rakentuvan yhteistyön korostuminen on toivottavaa ja tarpeellista. Tulosten mukaan tällä hetkellä vanhuksen kotiin annettava apu ei ole riittävän joustavaa, monimuotoista eikä tarpeeksi nopeasti reagoivaa. Kujalan (2004) tutkimuksen mukaan kotisairaaloimintaa voidaan kutsua ulospäin suuntautuneeksi toimintamalliksi toimintaympäristössään. Kotisairaalan toimijat ovat potilaiden tarpeiden mukaan yhteydessä useisiin organisaatioihin toimintaympäristössään. Yhteistyötahoja ovat esimerkiksi vuodeosastot, vanhainkodit, syöpäyhdistys ja potilaiden omaiset. Tutkimuksessa nousi esille, että yhteistyön rakentaminen eri toimijoiden

välillä on koettu vaikeana ja raskaana. Hautalan ja Melonin (2006) tekemässä opinäytetyössä enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että yhteinen tiedonsiirtomenetelmä parataan tai parantaisi tiedonsiirtoa. Stakesin (2003) tekemän tutkimuksen mukaan hoidon jatkuvuuden onnistumisen edellytyksenä on, että potilaan/asiakkaan tiedot ovat ajan tasalla siirtyessä hoitopaikasta toiseen (Pöyry & Perälä 2003, 46).

3.2.4 Palveluiden järjestäminen suunnitelmallisesti

Toimitaan vastuullisesti ja taloudellisesti ja toimintaa jatkuvasti kehittäen. Huolehditaan oikeat palvelut oikeaan aikaan ja paikkaan, sekä huolehditaan, että ne ovat tarpeeksi riittävät asiakkaille. Varmistetaan palveluiden riittävyys ja vastaavuus tarpeisiin nähden. Toiminnalliset tavoitteet, ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma (Jaatinen, 2011.)

Suunnittelu- ja valtiosuuslain mukaan kunta voi järjestää palvelut omana toimintanaan, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Järjestämistavasta riippumatta lainsäädännön mukaiset palvelut tulee turvata. Jos yksinomaan ostopalveluja on tarjolla, niitä on voitava käyttää säädettyssä laajuudessa (STM 2007,18). Kotihoidon on toimittava vuorovaikutteisesti ja joustavasti muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa. Palvelun on tuettava tarpeenmukaisen koti- ja laitoshoidon toteutumista vanhustenhuollossa. Juuri palveluiden yksilöllisessä ja asiakaslähtöisessä integroinnissa onnistumista pidetään keskeisenä (Voutilainen ym. 2008, 23).

Kotihoidon hyvällä kirjaamisella on todettu olevan yhteys kotihoidon hyvään ammatilliseen laatuun. Asiakkaan saamien palveluiden järjestelmällinen kirjaaminen mahdollistaa palvelun laadun seurannan ja arvioinnin. Se tekee toiminnan näkyväksi ja auttaa arvioimaan, mikä palveluprosessissa vaikuttaa myönteisesti asiakkaaseen. Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen laadukkaan kotihoidon suunnittelun ja toteutuksen työväline. Suunnitelman avulla turvataan kotihoidon tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus myös työntekijöiden vaihtuessa. Hoito- ja palvelusuunnitelma myös mahdollistaa palvelujen sujuvuuden asiakkaan näkökulmasta. (Heinola 2007, 26-27.) Haikolan, Juven ja Kärjen (2008) tutkimuksessa palliatiivisen potilaan käytännön hoitotyössä hoitotyöntekijät kokivat laatuun vaikuttavan parantavasti riittävän rapor-

toinnin, kattavan hoitosuunnitelman sekä tarkkojen hoitotyön ohjeistusten. Hoitotyön laatua lisäsi myös yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa. Heikentäväksi koettiin vaihtuva henkilökunta, kiireinen työ ja tiedonvälityksen puute. Arvon ja Loitomaan (2009) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että vastaajien mielestä asiakkaan saamisen palvelujen toteutuminen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan, toteutui vain osittain. Tutkimustulosten perusteella vaikuttaa siltä, että hoito- ja palvelusuunnitelmia tarkistetaan vain harvoin. Anttosen (2007) tekemässä opinnäytetyössä tuli ilmi, että asiakkaille tehtyjä hoitosuunnitelmia piti olla koko ajan korjaamassa ja niissä oli paljon vanhaa tietoa, mutta niiden päivittämiseen oli aikaa huonosti.

3.2.5 Toistemme arvostaminen

Luotetaan toisiin ja toimitaan avoimesti toisia kunnioittaen. Kunnioitetaan jokaista ammattiryhmää arvostaen heidän työpanostaan. Tuetaan ja kannustetaan toisia, jokaisen mielipide on tärkeä. (Jaatinen,2011).

Terveystieteiden tutkimuksessa kaikkien tulee pyrkiä pois sellaisesta ajattelusta, jossa muiden tehtävät tai heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa jätetään huomiotta. Tarvitaan vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä. Terveystieteiden tutkimuksen eri tahojen keskinäinen yhteistyö, sekä niiden joustava toiminta yhteiskunnan muiden sektoreiden ja potilaan itsensä kanssa on entistä tärkeämpää tavoiteltaessa väestön terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin parantamista. Terveystieteiden tutkimus on vastattava inhimillisellä ja eettisesti kestäväällä tavalla väestön kasvavasta hoidon tarpeesta. Mitä paremmin yhteistyö ja keskinäinen arvostus terveystieteiden tutkimuksen hallinnossa ja kentällä tapahtuvat, sitä inhimillisempää ja parempaa hoitoa myös potilaat saavat. (Valtakunnallinen terveystieteiden tutkimuksen neuvottelukunta 2001, 6-15.)

Siepin (2008) tekemässä tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden käsitykset kollektiivisesta asiantuntijuudesta olivat yhteneviä aikaisempien aiheesta esitettyjen teorioiden kanssa. Tulosten mukaan kollektiivinen asiantuntijuus muodostui yhteisestä tiedonmuodostuksesta, yhteistyöstä, avoimesta ilmapiiristä, autonomiasta sekä kriittisestä työotteesta. Tiedon ja sen jakamisen merkitys ilmenivät tuloksissa useissa eri yhteyksissä: ne olivat merkkejä kollektiivisesta asiantuntijuudesta sekä sen ilmenemisestä.

Lisäksi tiedon jakaminen liittyi läheisesti kollektiivisen asiantuntijuuden edistämiseen.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista käytännössä Rauman kaupungissa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten kotisairaalan henkilökunta ja potilaat arvioivat kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvojen toteutuvan kotisairaalan toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena on arvioinnin perusteella kehittää kotisairaalan toimintaa.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten Rauman kotisairaalan arvot toteutuvat kotisairaalassa henkilökunnan arvioimana?
- 2) Miten Rauman kotisairaalan arvot toteutuvat kotisairaalassa potilaiden arvioimana?

5 MONITAHOARVIOINTI KOTISAIRAALAN EETTISEN PERUSTAN ARVIOINNISSA

Opinnäytetyöni on arviointitutkimus. Työssäni arvioin Rauman kaupungin kotisairaalan toimintaa. Arviointia voidaan määritellä usealla eri tavalla. Arviointi voidaan määritellä miksi tahansa toimenpiteeksi, jolla minkä tahansa asian, ilmiön tai toimenpiteen arvoa arvioidaan. Se voi esimerkiksi olla jonkin organisaation toiminnan

laadunarviointia. Arviointi on siis jonkin arvon määrittelemistä. Suppeammin rajatuna arviointi voidaan rajata tarkoittamaan toiminnan tuloksellisuuden arviointia. Toiminnan tuloksellisuuden seuraamisen voi ymmärtää sen tarkkailemisena, miten hyvin toiminta näyttää johtavan sille asetettuihin tavoitteisiin. Arviointi voidaan kohdistaa yhtä hyvin lopputulokseen kuin siihen johtavaan prosessiin, tai molempien, tarkasteluun. (Karjalainen 2001, 210-212.)

Robsonin (2001,18) mukaan arviointi on jonkun asian tai ansion määrittelyä. Arviointien sisältöjä luokitellaan eri tavoin. Eräs yksinkertainen luokittelutapa perustuu tarpeiden, vaikutusten, tehokkuuden ja prosessien arviointeihin. Tarpeiden arvioinnilla tarkoitetaan esimerkiksi uusien projektien suunnittelussa tehtävää tarveanalyysiä, toisaalta voidaan myös arvioida jo toiminnassa olevaa projektia. Vaikutusten arvioinnilla voidaan selvittää, mikä vaikutus projektin toteutuksella on ollut sen toimintaan osallistuneille. Kun projektilla on ollut todistettavasti asiakkaita hyödyttäviä vaikutuksia, on syytä tarkastella saavutettujen hyötyjen ja projektista aiheutuneiden kustannusten keskinäistä suhdetta. Tätä arviointityyppiä kutsutaan tehokkuuden arvioinniksi. Prosessin arvioinnissa taas selvitetään sitä, mitä tapahtuu kun projektia toteutetaan. (Robson 2001, 77-78.)

Sosiaalipalveluiden evaluaatiotyöryhmän mukaan arvioinnissa erotetaan erilaisia teoreettisia lähestymistapoja riippuen siitä, mikä on arvioinnin rooli, tehtävä ja toteutuksen periaate. Lähestymistavan valinta ratkaisee sen, mikä näkökulma arvioinnille otetaan ja mitä arviointikriteerejä valitaan. Arviointia pystyy toteuttamaan useilla eri tavoilla. Arvioinnin malleja ja koulukuntia on paljon. Suomalaisessa sosiaalipalvelujen arvioinnissa käytetään yleensä monitahoarviointia, tapauskohtaista arviointia, realistista arviointia, mahdollistavaa arviointia ja naturalistista arviointia. Monitahoarvionti perustuu laaja-alaiseen eri osapuolten näkemysten esille tuontiin, mutta myös valitaan, miten niitä painotetaan ja tuodaan esille tasapainoisesti. (Fin Soc 2001, 25.)

Tässä työssä kuvaan lähemmin monitahoarviointia, jota käytän. Monitahoarviointi antaa mahdollisuuden monipuolisen informaation keräämiseen ja analysointiin. Konkreettisella tasolla tämä tarkoittaa sitä, että mahdollisimman moni toimija osallistuu tiedon tuottamiseen ja antaa oman näkökulmansa asiasta. Monitahoarvioinnis-

sa arvioitavaa kohdetta tarkastellaan avainryhmien kautta, jotka ovat sidoksissa arvioitavaan kohteeseen. Jokaisella avainryhmällä on joku intressi suhteessa arvioitavaan asiaan. Avainryhmillä voi olla erilaisia motivaatioita kohteen arviointiin, koska avainryhmien tarpeet, toiveet ja odotukset vaihtelevat. Tutkimuksessa avainryhmien osallistumismotiiveja voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta: yksilön tai organisaation näkökulmasta. Yksilöllisessä tarkastelutavassa korostuu omien intressien ja tarpeiden toteutumisen varmistaminen, jolloin heidän kannaltaan tärkeät asiat tulee huomioida arvointiprosessissa. Yksilöllisen avainryhmän edustajat ovat yleensä omaisia tai asiakkaita, organisaation avainryhmän edustajat taas voivat määräytyä organisaation mukaan, ammattiryhmien mukaan tai poliittisten ryhmien mukaan. Laaja-alainen arviointinäkökulma korostaa monipuolisen informaation keräämistä ja analysoimista, jolloin avainryhmien tiedontuottajan rooli korostuu. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvointiprosessiin sisällytetään mahdollisimman monta avainryhmää. (Vartiainen 2007, 155-156.)

Monitahoarviointi jaetaan neljään eri lähestymistapaan (laaja-alaisuus, neuvottelevuus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja evolutionaarisuus). Lähestymistavat ovat peruskysymyksiltään yhtäläisiä, mutta eroavat muilta lähtökohdiltaan ja empiirisiltä toiveiltaan huomattavasti (Vartiainen 1993, 8). Työssäni käytän laaja-alaista monitahoarviointia, siksi en mainitse muita lähestymistapoja. Laaja-alaisessa lähestymistavassa informaation kerääminen keskittyy kysymykseen: millaisena avainryhmät pitävät analyysikohteenä olevan organisaation toimintaa? Avainryhmät arvioivat kohdeorganisaatiotaan kokemansa perusteella ja tämä mahdollistaa mm. toiminnan uudelleenarvioinnin ja suuntaamisen esim. asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Organisaation vaikuttavuutta ei käsitellä yhden arvioinnin kautta vaan monien kannanottojen kautta. Laaja-alaisuuden hyvänä puolena on monipuolisen aineiston tuoma kuva arviointikohteen toiminnasta. Näin ollen tulee esille avainryhmien erilaiset kriteerit suhteessa organisaation toimintaan. Tärkeää on pitää kaikki avainryhmät keskenään tasa-arvoisina. (Vartiainen 1993, 8-9.) Työssäni avainryhmät muodostuvat henkilökunnasta, potilaista, ylihoitajasta ja osastonhoitajasta. Monitahoarvioinnin tavoitteena tässä tutkimuksessa on arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista käytännössä Rauman kaupungissa.

Monitahoarvioinnin toteuttaminen vaatii tärkeiden avainryhmien tunnistamista ja löytämistä. Arviointiprosessiin on syytä ottaa osallisiksi ryhmät, joiden tuottama informaatio on tärkeää analyysin kannalta. Avainryhmiltä saatu informaatio perustuu kokemuksiin ja näkemyksiin, joita heillä on arvioinnin kohteena olevasta toiminnasta. Tästä johtuen avainryhmiltä saatu informaatio ja näkökulmat voivat poiketa toisistaan huomattavastikin ja näin ollen avainryhmien välittämä tieto on tulkintaa todellisuudesta eikä objektiivinen kuva siitä. Monitahoarvioinnissa olennainen piirre on, että tutkimuksen tulokset muotoillaan arvolauseiksi. Arvolauseiden tarkoituksena on edesauttaa arviointitulosten hyödynnettävyyttä. (Vartiainen 2007, 157-168.) Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun tulokset muotoillaan arvolausekkeiksi.

6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Aineiston keruu ja menetelmä

Tämä opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullista tutkimusta käytetään silloin, kun halutaan saada uutta tietoa puutteellisesti tunnetuista asioista ja ilmiöistä. Laadullisen tutkimuksen suunnittelu ja toteutus on aina dynaaminen prosessi. Laadullisessa tutkimuksessa ei voida tehdä jyrkkää eroa tutkimustehtävän muotoilun, aineiston keruun ja analysoinnin välillä. Ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti ja vuorotellen tutkimuksen kulun ohjaamina. Teoreettinen viitekehys muotoutuu ja muuttuu tutkimuksen edistyessä. Kvalitatiivinen tutkimus tuo esille tutkittavien omat havainnot tilanteista ja tuo näin tutkittavan yksilön äänen kuuluviin. Aineiston koko kvalitatiivisessa tutkimuksessa vaihtelee yhdestä tapauksesta usean henkilön haastatteluun. Riittävänä aineistoa pidetään, kun uutta tietoa ei enää tule, vaan samat asiat alkavat toistua esimerkiksi haastatteluissa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 25-26.)

Opinnäytetyön aineisto hankittiin teemahaastatteluna. Haastateltiin kotisairaalan henkilökuntaa, osastonhoitajaa, ylihoitajaa, lääkäri sekä kotisairaalan potilaita. Kotisairaalassa työskentelee viisi sairaanhoitajaa, jotka kaikki osallistuivat haastatteluun. Haastattelut tehtiin henkilökunnan työpaikalla henkilökunnan työaikana. Potilaat valikoituvat tutkimukseen sen mukaan, kuinka pitkä heidän hoitosuhteensa kotisairaalaan on. Tavoitteena oli saada potilaita, joilla oli kokemusta kotisairaalan toiminnasta useamman viikon ajalta. Muistisairaot potilaat rajattiin pois luotettavan aineiston saamiseksi sekä saattohoitopotilaat. Potilaiden haastattelut tehtiin heidän kotonaan. Potilaita haastatteluun oli tarkoitus ottaa neljä, tarvittaessa enemmän. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan. Tässä haastattelumuodossa ihmisten tulkinnat ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47-67). Tässä opinnäytetyössä teemoja ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, osallistumisen edistäminen, yhteistyö, palvelujen järjestäminen sekä toisten arvostaminen.

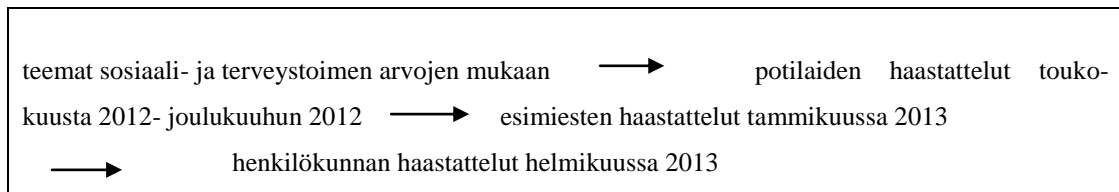
Teemahaastattelu on lähempänä puolistrukturoitua menetelmää siksi, että haastattelun aihepiirit, teema-alueet, ovat kaikille samat. Haastattelun avulla pyritään keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voi luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Teemahaastattelua käytettäessä ollaan yleisesti kiinnostuneita tutkittavan ilmiön perusluonteesta ja ominaisuuksista sekä hypoteesien löytämisestä kuin ennalta asetettujen hypoteesien todentamisesta. Teemahaastattelua käytettäessä tärkeimpiä suunnitteluvaiheen tehtäviä on haastatteluteemojen suunnittelu. Haastattelurunko ei ole yksityiskohtainen kysymysluettelo, vaan teema-alueuuttelo. Teema-alueet edustavat pääkäsitteiden alakäsitteitä tai – luokkia, ne ovat siis yksityiskohtaisempia kuin ongelmat, mutta varsin pelkistettyjä, iskusanamaisia luetteloita. Haastattelutilanteessa ne ovat haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä, haastattelutilanteessa teema-alueet tarkennetaan kysymyksillä. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47-67.) Aineiston laadukkuutta voidaan etukäteen tavoitella sillä, että tehdään hyvä haastattelurunko. Eduksi on myös se, että mietitään ennalta, miten teemoja voidaan syventää ja pohditaan vaihtoehtoisia lisäkysymysten muotoja (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184). Tässä tutkimuksessa teemat pysyivät muuttumattomina läpi haastattelujen, ainoastaan muutamia lisäkysymyksiä lisättiin saamaan tarkempaa tietoa haastatteluissa ilmenneistä asioista.

Aineisto kerättiin monitahoarvioinnin mukaisesti avainryhmiltä, joita tässä työssä olivat henkilökunta, potilaat, ylihoitaja, lääkäri sekä osastonhoitaja. Informaation kerääminen keskittyy kysymykseen; millaisena avainryhmät pitävät analyysikohteena olevan organisaation toimintaa. Avainryhmät arvioivat kohdeorganisaatiotaan kokemansa perusteella ja tämä mahdollistaa mm. toiminnan uudelleenarvioinnin ja suunnittamisen esim. asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Organisaation vaikuttavuutta ei käsitellä yhden arvioinnin kautta vaan monien kannanottojen kautta. Näin ollen tulee esille avainryhmien erilaiset kriteerit suhteessa organisaation toimintaan. (Vartiainen 1993, 8-9.)

Ensimmäisenä haastattelin kotisairaalan potilaat, joita oli viisi henkilöä. Tämä siksi, että jos haastatteluista nousisi esille jotain merkittävää, mitä voisi hyödyntää henkilökunnan haastatteluissa. Haastateltavat sain kotisairaalan osastonhoitajan kautta, joka kartoitti tutkimukseen sopivat haastateltavat ja heidän joukostaan tutkimukseen suostuvat asiakkaat. Haastattelujen kerääminen potilailta vei odotettua enemmän aikaa kuin opinnäytetyön tekijä alun perin ajatteli. Haastattelukriteerit täyttäviä potilaita ei tahtonut löytyä ja kun heitä löytyi, potilaiden haastatteluajankohtien sopiminen tuotti välillä vaikeuksia, milloin potilaan huonon kunnon vuoksi ja milloin sairaalassa olon takia. Potilaiden haastattelujen kerääminen kesti toukokuusta 2012 joulukuuhun 2012 asti. Potilaita haastateltiin viisi, vaikka neljännen haastattelun kohdalla jo aineisto alkoi toistaa itseään. Potilaiden haastattelut tehtiin heidän kotonaan, heille itselleen sopivana ajankohtana. Osalla haastateltavista oli omaisia paikalla haastattelun tekemisen aikana aiheuttaen taustahälinää itse haastattelun tekoon. Mutta haastatteluun he eivät osallistuneet eivätkä vaikuttaneet haastateltavien vastauksiin.

Potilaiden haastattelujen jälkeen vuorossa olivat kotisairaalan henkilökunta sekä esimiehet. Näiden haastattelujen kerääminen aloitettiin tammikuussa 2013 ja viimeinen haastattelu tehtiin helmikuun lopussa. Viiden vakituisen työntekijän lisäksi haastattelin kotisairaalan varahenkilön, joka on työskennellyt usein kotisairaalassa ja oli sopiva haastatteluun kotisairaalan osastonhoitajan mielestä. Henkilökunnan haastattelut tehtiin heidän työaikanaan heidän työpaikallaan, esimiehet haastateltiin huoneissaan ja henkilökunta Monipolin tiloissa sijaitsevassa kokoushuoneessa. Näin ollen haastattelutilanne oli häiriötön. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna ja

haastattelut nauhoitettiin kokonaisuudessaan. Haastattelujen kesto vaihteli 20 minuuttista 40 minuuttiin.



Kuvio 1. Aineiston hankinta prosessi

6.2 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Opinnäytetyön haastatteluiden toteuttamiseksi lupa tutkimukselle anottiin kohdeorganisaatiolta. Luvan hakemisessa käytettiin kohdeorganisaation omaa tutkimuslupa-hakemuslomaketta. Saatuani luvat (Liite 1), otin yhteyttä organisaation esimiehiin haastatteluiden sopimiseksi. Haastateltavat henkilöt saivat saatekirjeen sekä suostumuslomakkeen haastatteluun (Liite 2). Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavat voivat perua osallistumisensa opinnäytetyöhön niin halutesaan. Haastattelut nauhoitettiin kokonaisuudessaan.

Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Ennen haastattelun aloittamista kerroin haastattelun tarkoituksen ja tavoitteen, sekä annoin mahdollisuuden kysymysten esittämiseen. Haastateltavien yksityisyys suojattiin, heidän henkilöllisyyttään ei tuoda tutkimuksessa esille vaan he pysyvät anonyminä. Henkilökunnan haastattelujen analysointi toteutettiin yhteisanalysointina, joten näin ollen kenenkään ammattiryhmä ei tule ilmi opinnäytetyössä. Haastattelumateriaali tuli ainoastaan opinnäytetyöntekijän käyttöön ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tallennettu aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasta sanaan. Tätä nimitetään litteroinniksi. Litterointi voidaan tehdä koko kerätystä aineistosta tai valikoiden, esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222). Tässä opinnäytetyössä saatu aineisto auki kirjoitettiin sanasta sanaan analysoinnin helpottamiseksi.

Tutkimuksen luotettavuutta tavoiteltiin teemahaastattelurungon avulla. Teemahaastatteluun liitetyt määritelmät oli nostettu esiin Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvoista. Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa heikentävästi, jos käytetyt määritelmät eivät ole tutkittavan ilmiön kannalta olennaisia (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184). Luotettavuutta pyrittiin parantamaan haastattelurunkoon lisättyjen tarkentavien kysymysten avulla. Kysymysten tarkoituksena oli rajata keskustelu kohdistumaan asiaan, jota haluttiin tarkastella ja tutkia.

6.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoinnissa hyödynsin aineistolähtöistä sisällön analyysia sekä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 221-230) mukaan sisällön analysointi on tiivistämistä, luokittelua ja tulkintaa. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiinsa. Aineiston analysoinnin jälkeen tutkija tulkitsee saamansa tulokset, eli tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Kylmän ja Juvakan (2007, 112 - 120) mukaan sisällönanalyysin päävaiheet ovat yleiskuvan muodostaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstraktointi. Sisällönanalyysi on siis tapa järjestää aineisto johtopäätösten tekoa varten. Laadullisessa analyysissä aineiston mielenkiintoisimmat kohdat ovat usein analyysin kannalta tärkeimpiä (Eskola 2001,146). Laadulliselle analyysille on tyypillistä, että aineisto ja tutkimusongelma ovat tiiviissä vuoropuhelussa keskenään. Aineisto tarjoaa harvoin suoria vastauksia tutkimusongelmaan (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2010,13).

Luettuani aineistoa ja perehdyttyäni siihen erittelin aineistosta tutkimustehtäviin vastaavia ilmauksia alleviivaamalla niitä eri värein. Ilmaukset olivat aineistossa ilmenneitä ajatuksia tai lauseita, eivät niinkään yksittäisiä sanoja. Liitin tekstistä erottamiini ilmauksiin tiedon ilmauksen alkuperästä, jonka avulla kykenin palaamaan myöhemmin alkuperäiseen ilmaukseen. Aineiston luokittelu on olennainen osa analyysia. Se luo pohjan, jonka varassa haastatteluaineistoa voidaan myöhemmin tulkita sekä yksinkertaistaa. Luokittelussa on kyse päättelystä, luokkien muodostamisen kriteerit ovat yhteydessä tutkimustehtävään ja aineiston laatuun. Tutkimusväline tai menetel-

mä voi toimia luokittelun pohjana siten, että esimerkiksi teemahaastattelun teemat ovat jo karkeita alustavia luokkia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 147-149.) Ideana on etsiä aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä ja pilkkoa aineistoa, haastattelun teemat muodostavat jo itsessään jäsenyksen aineistoon (Sarajärvi & Tuomi 2009, 93). Tässä opinnäytetyössä käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä alakategorioiden muodostamiseen. Analyysin yläluokat tulivat valmiina teemahaastattelun teemoista. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta, kun taas teoriaohjaavassa ne tuodaan valmiina jo tiedetystä ilmiöstä (Sarajärvi & Tuomi 2009, 117).

Tutkimus ei ole valmis vielä silloin kun tulokset on analysoitu. Tulokset tulisi selittää ja tulkita. Tulkinta on aineiston analyysissä esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa, pääseikkojen yhteen kokoamista ja vastauksen antamista asetettuihin ongelmiin. Yleensäkin olisi pyrittävä vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat olennaiset vastaukset tutkimuksen ongelmiin. Näiden vastausten perusteella tutkija laatii johtopäätökset. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 229-230.)

Raakadata

1. ”toisen kaut se oli paljon mukavampi ympäristö”
2. ”sai elää ihan omaa elämää”
3. ”mielummin kotonas on kuin sairaalassa”
4. ”...asiallista ja mukavaa kun ei tarte ite lähtii mihinkään”
5. ”...ei ite tarvinnut lähtee minnekään”
6. ”yksityisyys ei kärsinyt”
7. ”...keskityttiin pelkkään työtehtävään”
8. ”mut ei sit kyl vastaavasti yht hyvää hoitoo saa”
9. ”tietysti ettei tarte mennä odottamaan tonne terveyskeskukseen”

Pelkistetyt ilmaukset

1. mukava ympäristö
2. oma elämä
3. mieluummin koti
4. ei tarvitse lähteä
5. ei tarvitse lähteä

6.yksityisyys
7.työtehtäviin keskittyminen
8.ei yhtä hyvää hoitoa
9.ei tarvitse odottaa terveystieteissä

Alakategoriat

miellyttävä ja viihtyisä ympäristö (1,2,3,6)
palvelut helposti potilaalle (4,5,9)
hoito ei kokonaisvaltaista (7,8)

Yläkategoria

koti hoitopaikkana

Kuvio 2. Esimerkki sisällön analyysistä

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulosten esittämisen helpottamiseksi käyn läpi saamani tulokset teemoittain (Liite 3). Ensin esitän potilaiden haastatteluista saadut tulokset, sen jälkeen esimiesten ja lopuksi henkilökunnan. Potilaita haastateltiin viisi henkilöä, vastaajien keski-ikä oli 65 vuotta. Keskimääräinen hoitoaika kotisairaalassa oli 8 viikkoa. Vastaajat olivat päätyneet kotisairaalan asiakkaiksi haavahoitojen ja antibioottitiputusten takia, suurin osa oli tullut terveystieteiden kautta asiakkaiksi, osa sairaalaosastojen ja osa ensiavun kautta. Henkilökuntaa haastateltiin kaiken kaikkiaan yhdeksän vastaajaa, viisi heistä oli kotisairaalan työntekijöitä, yksi kotisairaalan varahenkilö ja loput ylempää henkilökuntaa. Tekstissä käytetyt aineistolainaukset on *kursivoitu* ja esitetty sisennettyinä.

7.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

7.1.1 Potilaat

Kotisairaalan potilaat kokivat pääsääntöisesti kodin hoitopaikkana hyvänä; ympäristö oli paljon miellyttävämpi ja vapaampi kuin sairaalassa. Hyvänä koettiin se, ettei itse tarvinnut lähteä minnekään, palvelu tuli suoraan potilaan luokse. Mieluummin oltiin kotona kuin sairaalassa. Potilaiden hoidollisesta tarpeesta riippuen kotisairaala saattoi käydä kerran päivässä käynnistä muutaman kerran viikossa käynteihin asiakkaiden luona. Kuitenkin osalle vastaajista oli miellyttävää ja piristävää, kun joku poikkesi käymään, ettei koko päivää tarvinnut yksin olla

Sai elää ihan omaa elämää.

Mää kerran täällä yksin olen, ni on ihan mukavaa kun joku tulee käymään.

Verrattaessa kotia hoitopaikkana sairaalaan, vastauksista tuli varsin ristiriitaisia. Kotisairaalan hoidon laatuun osa potilaista oli tyytyväisiä ja osa taas ei. Osa vastaajista taas koki, että hoito kotona oli huonompaa kuin sairaalassa saatu. Lähinnä tällä huomomalla hoidolla tarkoitettiin keskittymistä pelkkään ”tehtävään”, siihen syyhyn, miksi asiakkaan luo oli menty. Sairaalassa saatu hoito oli vastaajien mielestä siksi parempaa, että siellä keskityttiin myös muihin asioihin. Hoito kotisairaalassa ei ollut siis kokonaisvaltaista, vain työtehtävät tehtiin.

Hoito samanlaista kuin sairaalassa.

Hoito ei yhtä hyvää kuin sairaalassa.

Keskityttiin pelkkään työtehtävään.

Kotisairaalan potilaat eivät pääsääntöisesti kokeneet yksityisyytensä kärsivän kotisairaalan käynneistä. Kotisairaalan käynteihin suhtauduttiin kuin kaupustelijoihin tai vierailijoihin, joita aina silloin tällöin tulee. Ainoastaan silloin, jos käyntejä oli useampia samana päivänä, koettiin sen rajoittavan omaa elämää. Kaikki vastaajat olivat kuitenkin tyytyväisiä siihen, että kotisairaala pystyi huomioimaan potilaalle parhaiten

sopivan käyntiajan. Näin potilaiden omat tavat ja tottumukset tulivat huomioitua ja aikataulut olivat mitoitettu juuri potilaan elämään parhaiten sopiviksi. Myös jos potilaalle tuli jokin yllättävä meno, onnistui kotisairaalan käynnin siirtäminen helposti.

Jokainen tekee omaa työtänsä.

No ko siin joutu sit olemaan paikalla, rajoitti sitä kulkemista.

Sovittiin sillä tavalla ku halusin sen.

Noin kellonajat piti paikkansa.

Potilaiden oma päätöksentekomahdollisuus jäi lähinnä valinta sairaala-kotisairaala välille, ei ollut juurikaan muuta vaikutusmahdollisuutta”. Muutama vastaajista oli saanut vaikuttaa hoitoonsa, lähinnä keskusteltu vaihtoehtoista, kuten tipanpaikasta tai haavanhoitotuotteista. Pääsääntöisesti asiakkaat luottivat kotisairaalan henkilökunnan ammattitaitoon ja päätöksentekokykyyn koskien heidän omaa hoitoaan,

Ei mul kyl siit mittään muistikuvaa ole et siitä olis mitään vaihtoehtoja annettu, et ne tuli ja teki sen oman työnsä ja keräs kimpsus ja kampsus ja lähtivät.

Ei täl ammattitaidol kato ni paran paljon sanoa millai hoidetaan et kyl se on otettava vastaan.

7.1.2 Henkilökunta

Henkilökunta näki kodin hoitopaikkana potilaan omana reviiirinä. Potilaan on henkilökunnan mukaan helpompi tuoda kotonaan asioita esille ja kanssakäyminen potilaan kanssa koettiin helpommaksi. Kotona toimitaan enemmän potilaan omilla ehdoilla kuin esimerkiksi osastolla, jossa potilas vieraassa ympäristössä. Kodin ympäristö tosin luo omat haasteensa hoitotyöhön, esimerkiksi hygienia taso ei sama kuin osastolla ja jos potilaalla esimerkiksi päihdetaustaa, se vaikuttaa hoitoon.

Se on potilaiden oma reviiiri, alue.

Ihminen on enemmän omana ittenään ja se kanssakäyminen on usein paljon helpompaa ja rennompaa.

Tavallaan siellä mennään enemmän potilaan omilla ehdoilla.

Osastollahan on se, et tavallaan potilas on meidän reviiirillä.

Asettaa tietyst vähän erilaisia haasteita sen työn tekemiselle, jos ajattelee ihan hygieniää ja tämmöstä.

Jos on esimerkiks tämmöst päihdetaustaa tai on tämmöst, et ei pidetä oikein omasta hygieniasta huolta, ni sit se myös vaikuttaa siihen hoitoon ja miten ne hoidon vaikutukset näkyy.

Henkilökunta pyrki kunnioittamaan potilaan omaa elämäntyyliä ja toiveita mahdollisuuksien mukaan. Tähän vaikuttavat tietysti potilaan saama hoito sekä potilas itse. Potilaan yksilöllisyys pyritään huomioimaan hoidon aikana, esimerkiksi miten kullakin potilaalle voi asioita esittää tai toimia

No totta kai jos vaan pystyy.

Totta kai siellä pyritään tekemään ihmisen toiveiden mukaisesti.

Et se on enemmänkin siitä kiinni että minkä kaltaisesta potilaasta on kysymys, et onko se enemmän akuutti hoidompaa vai onko se esimerkiks saattohoitoa.

Pyritään antamaan ihmisen olla sillai ku ihminen on, et vähän niin ku molemmipuolista kunnioitusta siinä tarvitaan kyllä.

Ain ku ensimmäiselle käynnille menee, ni sehän on semmonen tunnustelu käynti sillai, et tota millai voi toimia ja mist voi puhua.

Pääsääntöisesti potilas sai itse päättää omasta hoidostaan henkilökunnan näkemyksen mukaan. Potilas tullessaan kotisairaalan potilaaksi on jo päättänyt sitoutua kotisairaalan hoitoihin ja antanut tavallaan jo näin suostumuksensa hoitoihin. Aina potilaalla ei tietysti mahdollisuutta vaikuttaa hoitoonsa, esimerkiksi antibiootti tiputukset päätävällän ulottumattomissa. Henkilökunnan mukaan potilaat saavat paljon tietoa eri hoitovaihtoehtoista, osa henkilökunnalta itseltään, osa ulkopuolisilta lähteiltä, esimerkiksi omaisilta. Näiden pohjalta potilaat saattavat haluta miettiä eri vaihtoehtoja, mutta haluavat kuitenkin yleensä antaa lopullisen päätöksen tekemisen ammattihenkilöiden käsiin. Vasten potilaan tahtoa ei henkilökunnan mukaan koskaan toimita,

aina mennään potilaiden ehdoilla. Toisinaan saattaa tulla tilanteita, missä asioita joutuu enemmän perustelemaan potilaalle, miksi näin kannattaisi tehdä.

Hän tulee kotisairaalan potilaaks ni se on jo sit, et hän on päättänyt et hän on niinku meidän potilaana.

Hän on sitoutunut meidän hoitoihin.

Potilas saa päättää omasta hoidostas niin paljon ku se on mahdollista, et eihän kaikkee pysty tietenkään päättämään.

Kyl se pyritään ottamaan, mut aina se ei o, ky niinko onnistu.

Ja monesti kuitenkin potilaat halua sen vastuun sitte antaa kuitenkin meille ammattihenkilöille.

Voidaan me tietysti jotain joskus niinko sanoa, et mitä niinku kannattais tehdä, et antaa vähän jonkun näköstä vinkkiä.

Voidaan yrittää potilaalle selittää, et jos on kovasti eri mielipiteet, mikä olis niinku lääketieteellisesti kannattavaa.

7.1.3 Esimiehet

Koti hoitopaikkana nähtiin potilaan reviinä, hänen henkilökohtaisena paikkanaan, jonne hoitajat menevät. Hoitajat menevät potilaan yksityisalueelle ja ovat vieraita potilaan ympäristössä, toisin kuin sairaalassa, jossa potilaan yksityisyys on rajattu ja hän on tavallaan hoitajien reviirillä. Kotisairaalassa nämä roolit muuttuvat. Kotona on otettava huomioon myös kodin tuomat puitteet. Millaiset kotiolosuhteet ovat, millainen ympäristö ja mikä se kokonaisuus siellä on.

Sä menet toisen ihmisen reviirille.

Se asiakas on siellä sit se oma, mennään niinku hänen reviirilleen.

Jos vertaa tohon osastoon, ni hoitaja on niinku erilai, niinku enemmän tasaver-tas.

Potilaan ehdoilla siellä kotona.

Onhan sun silleen eritavalla otettava huomioon se kokonaisuus siellä kotona, usein kotona on se, että siellä on läsnä muitakin kuin se potilas.

Pitää ottaa huomioon ne kotiolosuhteet, mitkä on ihan erilaiset kuin sairaalassa.

Kotona tulee huomioitua myös omaiset eri tavalla kuin sairaalassa, jossa omaisilla lähinnä mahdollisuus käydä potilaan luona vierailuajoina. Kotona omaiset saattavat olla läsnä kokoajan ja osallistuvat aktiivisemmin potilaan hoitoon kuin sairaalassa. Vaikka potilaan saama hoito on samanlaista kuin sairaalassa, voi koti tuoda siihen omat haasteensa hoidon toteuttamiseen, esimerkiksi lämpimän veden puute. Nämä asiat tuleekin ottaa huomioon ennen potilaan siirtymistä kotisairaalan asiakkaaksi turvallisen hoidon onnistumiseksi.

Et on otettava huomioon myöskin ne muut läheiset, jotka kotona asuu.

Ketä muit siel samas asunnos on, mikä hein elämäntilanne on, et haluaako he olla siinä läsnä tai olla pois ni se vaikuttaa.

Potilaan omaa elämäntyyliä pyrittiin kunnioittamaan ja hänen omilla ehdoillaan yritettiin annettava hoito toteuttaa huomioiden sairauden tuomat rajoitukset. Esimerkiksi antibioottitiputusten säännöllisyys tuo tietyt raamit hoitoon. Tullessaan kotisairaalan potilaaksi, potilaan pitää olla sitoutunut hoitoonsa ja hyväksyä kotisairaalan säännöt, kuten päihteettömyys.

Paljolti potilaan rytmin mukaan mennään, riippuu myöskin mikä se hoito on.

Et ihan pelkästään tota potilaankaan mukaan ei voida mennä, mut toki otetaan huomioon ne toiveet.

Ei riitä että täyttää muuten lääketieteelliset kriteerit, vaan täytyy olla halu ja tahto siihen hoitoon.

Päihneiden käyttöä emme hyväksy hoidon aikana.

Esimiesten mukaan potilas otetaan aina mukaan päätöksentekoon koskien hänen hoitoaan. Hoitovaihtoehtoista keskustellaan aina potilaan kanssa ja hänelle annetaan riittävä tieto, jotta hän pystyy osallistumaan päättämiseen. Vaikka potilaan päätös olisikin ammattihenkilöiden suositusten vastainen, hoidetaan häntä hänen tekemänsä päätöksen mukaisesti parhaalla mahdollisella tavalla.

Potilaalle pitää antaa riittävä tieto, jotta hän pystyy osallistumaan hoitonsa päättämiseen.

Hoitovaihtoehtoista nykyään keskustellaan potilaan kanssa, et toki se tietysti on niin ku myöskin selvää, et ammattihenkilön pitää tuoda se oma näkemyksensä esille.

Kerrotaan ne mitkä on ne vaihtoehdot ja ne käydään läpi hänen kanssaan ja sit hän niinku itse ilmaisee oman ja ainahan se ei ole välttämättä edes niitten vaihtoehtojen mukainen, kyllä häntä silti hoidetaan.

Huomioitavaa kuitenkin on potilaan kyky tehdä päätöksiä ja ratkaista itseään koskeva hoito riippuen potilaan omasta sairaudesta, eli onko taustalla esimerkiksi muistisairauksia yms. Tilanteita, joissa olisi toimittu vasten potilaan tahtoa, ei ole ilmaantunut. Lähinnä on tullut vastaan tilanteita, joissa omaiset halusivat enemmän hoitoa kuin potilas. Aina on lähdetty siitä, että potilas päättää hoidosta.

Se potilaan ajatus omasta parhaasta on eri mitä on sit se lääkärin, ni käydäänhän siit sitte ja kyl siit varmaan sitte yritetään kertoa et miksi, miksi joku asia sitten tehdään.

Joskus joutuu enemmän perustelemaan, et miks joku on järkevää.

Potilas kieltäytyy, mut sit yhteistuumin valitaan sit se seuraavaks paras vaihtoehto.

7.2 Osallistumisen edistäminen

7.2.1 Potilaat

Suurin osa kotisairaalan potilaista ei tiennyt omasta hoitosuunnitelmastaan saati ollut kuullutkaan koskaan koko asiasta, eli potilas oli täysin vastaanottavassa roolissa oman hoitonsa suhteen ja vaikuttaminen omaan hoitoon jäi vähäiseksi. Muutama potilas tiesi hoitosuunnitelmansa, mutta nämäkin potilaat olivat tulleet kotisairaalan potilaiksi erikoissairaanhoidon kautta, jossa heille oli suunnitelma selvitetty.

En tiedä siitä mitään.

Kyllä se niinku sanellaan melkein.

Suunnitelman mä tiedän, mut tota en ole voinut siihen sen enempää osallistua.

Mul ei ol ollut siihen mittään huomauttamist, ku vaan olen ollut tyytyväinen et joku hoitosuunnitelma on tehty.

Kysyttäessä potilailta terveyden edistämisestä, osa vastaajista näki terveyden edistämisen sairauksien hoitona, osa ennaltaehkäisevänä. Sairauksien hoidolla vastaajat tarkoittivat syytä, miksi kotisairaala heillä käynyt. Ennaltaehkäisevään hoitoon kuului vastaajien mielestä yleiskunnon ylläpito, terveellinen syöminen sekä liikunta. Vastaajien mielestä kotisairaalan työskentely oli keskittynyt enemmän sairauksien hoitoon kuin ennaltaehkäisevään toimintaan. Vain yksi vastaaja kertoi saaneensa ennaltaehkäisevää hoitoa Syyksi siihen, miksei ennaltaehkäisevää hoitoa saanut, vastaajat epäilivät kiirettä.

Palata siihen normaalitilaan mis elimistö on ollutkin.

No kyl se varmaan on sitä et toini tietää vähän mitä voi ja saa syödä ja yleensä liikunnan kans pitää olla tekemisissä.

Ei siin tämmössiin asioihin puututtu ei paneuduttu.

Kyllähän ne kertoi, millai pitäis elää ja toimii.

Heil on miljoona potilasta päivän aikana, et täytyy kiertää.

Oliko hein aikataulu sit niin tiukka.

7.2.2 Henkilökunta

Henkilökunnan mielestä potilas otetaan aina mukaan hoitosuunnitelman tekoon. Tämä tapahtuu yleensä ensimmäisellä käynnillä potilaan luona, jolloin keskustellaan

potilaan saamasta hoidosta ja mitä tulee tapahtumaan hoidon aikana. Mitään varsinaista kaavaketta ei yhdessä potilaan kanssa tehdä, vaan hoitajat kirjaavat koneelle suunnitelman käynnin jälkeen. Toisinaan hoitosuunnitelmat jäävät tekemättä, esimerkiksi infektiopotilaat saattavat olla niin lyhyen aikaa kotisairaalan potilaina, ettei heille suunnitelmaa tehdä. Saattohoitopotilaiden hoitosuunnitelmiin panostetaan enemmän, heidän hoitosuhteensa yleensä pitkä ja hoitosuunnitelma muuttuu jatkuvasti taudin edetessä. Toisinaan myös saattohoitopotilaiden hoitosuunnitelmat jäävät tekemättä, jos potilas tulee aivan sairautensa loppuvaiheessa potilaaksi kotisairaalaan.

Kun mennään ekalle käynnille, ni keskustellaan hoidosta, et mitä se on.

Keskustellaan tietysti potilaan kanssa ja siinhän tulee ilmi ni mikä on sen hoidon tarve, missä sitä apua esimerkiks tarvitaan. Mut sit ku se tehdään koneelle, ni siin potilas ei ole mukana.

Kyl me yleensä tehdään se hoitosuunnitelma toimistolla, kylhän siin niinku katoaan se potilaan näkövinkkeli mitä hän niin ko tarvittee, mut ei siinä potilas kyllä virallisesti ei oo mukana.

Nehän on niin lyhytaikasii ne hoidot. Et se hoidon linjaus on niin ko semne, et ei siinä niin kauheesti ole suunniteltavaa.

Näist mein syöpäpotilaist mitä näit hoitosuunnitelmii eniten tehdään.

Henkilökunta pyrki työssään edistämään potilaiden terveyttä. Terveiden edistäminen ei pelkästään keskittynyt paraneviin potilaisiin, vaan myös saattohoitopotilaitakin yritettiin huomioida muun muassa ravitsemusneuvonnalla. Potilasta pyrittiin hoitamaan kokonaisvaltaisesti, mutta ajoittain hoito jäi vain sairauden hoitamiseen, osittain tämä johtui potilaan lyhytaikaisesta hoidosta. Potilaiden lyhytaikaiset hoidot nähtiinkin terveyden edistämisen estävinä tekijöinä. Myös potilas itse voi olla estävä tekijä, sillä hän ei välttämättä halua ottaa neuvontaa vastaan tai ei kykene sairautensa takia sitä vastaanottamaan. Henkilökunnan mukaan periaatteessa aina löytyy aikaa terveyden edistämiseksi, toisaalta kiire sitä häiritsee.

Et se on niinko tää ihan kokonaisvaltainen, et kyl siihen sit ain liittyy se terveyden edistäminen sairaallakin.

Noi on sen verran lyhkäsi yleensä noi antibioottihoidot, että siinä ei niinku ehkä samalla lailla oteta huomioon sitä koko alusta loppuun ihmistä niin. Mut et aika paljon ohjausta sen sairauksien tiimoilta kuitenkin ja sit miten niitä voitaisit ehkä ehkäistä.

Kaikki ei ole niin vastaanottavaisii sitten.

Sit on näit palliatiivises hoidos olevii ihmisii, he ei oo niin vastaanottavaisii, heil on aika paljon sen oman sairauden kans käsiteltävää.

Kyl kiire estää, tai jos ei ois niin kiire, et ehtis istuu enemmän ja keskusteleen.

7.2.3 Esimiehet

Esimiesten mukaan potilas otetaan mukaan hoitosuunnitelman tekoon. Asioita käydään läpi yhdessä potilaan kanssa ja sen pohjalta suunnitellaan hoito yhdessä potilaan kanssa. Potilaiden terveyttä pyritään edistämään hoitajakson aikana tavoitteena ennaltaehkäistä tulevat ongelmat ja selvittämällä nykyisten ongelmien synty ja seuraukset.

Ensimmäisellä käynnillä suunnitellaan yhdessä läheisten ja potilaan kanssa se hoito ja suunnitelma.

Käydään niinku potilaan kanssa läpi, et näin on suunniteltu.

Käydään tiettyjä asioita potilaan kanssa läpi ku hoitosuunnitelmaa mietitään ni hoitajahan niit asioita sen potilaan kanssa sit käy läpi.

Se on ennaltaehkäisevää selvittää se syyt ja todeta ne seuraukset, jotta se syyt ja muut saadaan selville ni sit voidaan ehkäistä ettei tule lisää niitä.

Potilaiden terveyden edistäminen nähtiin sekä ennaltaehkäisevänä että sairauksien hoitona, potilaan sairaus pitkälti sanelee, kumpaa hoidossa toteutetaan. Myös potilaan hoitosuunnitelma vaikuttaa siihen, keskittyykö potilaan hoito pelkästään sairauden hoitoon vaiko ei. Esimiesten mukaan aina löytyy aikaa neuvonnalle, potilaita otetaan kotisairaalaan resurssien mukaan, jotta kaikki pystytään hoitamaan parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitajien tulisi osata ennakoida tulevia käyntejä ja suunnitella niin, milloin ohjaus tai neuvonta toteutetaan.

Ennaltaehkäisevää myös, et kyl se ain on niinku osa sitä.

Se riippuu niinku potilaan sairaudesta.

Se on kiinni sen potilaan hoitosuunnitelmasta, et jos siellä käydään vaikka kaksi kertaa sen asian takia ni totta kai se on erilainen ku sit kävis tiiviimmin.

Kun sä olet sen potilaan kotona, sä niinku näet asioita ja sit sulla ei ole muita kuin se yks potilas, sul on niinku erilailla aikaa sille ihmiselle.

Kiire varmasti vaikuttaa tietyllä tavalla ku sulla on tietty määrä niitä käyntejä, ni täytyyhän sun suunnitella.

7.3 Yhteistyö

7.3.1 Potilaat

Kotisairaalan potilaat kokivat, että yhteistyö eri palveluiden välillä oli sujuvaa. Siirtyminen palvelusta toiseen kävi ilman ongelmia, eikä potilaiden tarvinnut tehdä itse asian eteen mitään. Kukaan vastaajista ei itse ollut ehdottanut kotisairaala vaihtoehtoa, osa vastaajista ei tiennyt tällaista palvelua edes olevan. Kotisairaalan yhteistyö omaisten kanssa oli jäänyt vastaajien mielestä vähäiselle. Tietysti tähän vaikuttaa se, että tutkimukseen kelpuutetut haastateltavat oli valittu tiettyjen kriteerien mukaan, poissulkien esimerkiksi saattohoitopotilaat. Heidän kanssaan yhteistyö omaisten ja kotisairaalan välillä on tietysti erilaista kuin esimerkiksi haavanhoitopotilaan. Vastaajien mielestä kontaktit omaisten kanssa jäivät yleisen keskustelun tasolle, hoidosta ei juurikaan puhuttu omaisten kanssa.

He sopi sen keskenään ja mulle vaan ilmoitettiin et hoitajat tulevat kotiin.

Ja sielt tuli hoitaja tänne silloin ku pitikin.

Mul ehdotettiin et mä voisin käyttää tämmöstä palveluu ja tuo noinii totta kai mä innostuin asiasta.

Kyl se melkein jutusteluun jäi, tai oikeestaan siihen sit tarvinnukkaan mittään semmossii ohjeit.

Tiedonkulku kotisairaalan ja muiden palveluiden välillä oli sujuvaa vastaajien mielestä. Hoitajat tulivat ilmoitettuna ajankohtana ja tiesivät potilaidensa taustan ja hoidon tarkoituksen. Kotisairaalan henkilökunta myös välitti tietoa kotisairaalan lääkäriltä sekä erikoissairaanhoidon puolelta potilaille, eikä näiden tarvinnut itse asioita hoidella. Kuitenkin yksi vastaajista oli kotisairaalan potilaana ollessaan ollut yhteysissä omalääkäriinsä muissa asioissa, päällekkäisyyttä hoidossa. Verrattaessa osastohoitoon potilaan kaikki asiat hoidetaan osastolääkärin kautta, miksei näin myös kotisairaalassakin. Yksikään vastaajista ei myöskään ollut nähnyt hoitojaksonsa aikana kotisairaalan lääkäriä, osa olisi lääkärin halunnut nähdä, mutta tämä ei ollut mahdollista.

He oli toi noiniin yhteydessä Poriin ja mun ei tarvinnut sit sen hoitojakson aikana soitella Porihin ja kysellä mittään, et he tiedotti kaiken minkä he sai tietoo.

Ku sellanen vaihtoehto mulle annettiin, et jos jotain tulee jotain ongelmaa ni lääkärikin saattaa tulla katsomaan, mut ei se kuitenkaan tullu vaikka mä oisin halunnut.

No mää jotensakin katosin sen sillai, et hoitajat ei olis niinku välttämät halunnut sitä tai ainakin mul ol semmonen kuva.

Yhteistyö kotisairaalan henkilökunnan kanssa oli sujuvaa, yleisesti potilaan luona kävi koko henkilökunta, harvoin vain yksi tietty hoitaja. Vastaajien mielestä hoitajien jatkuvasta vaihtumisesta ei ollut haittaa, mutta kokivat, että tietyssä tilanteessa voisi olla parempi, jos vain tietty/tietyt hoitajat kävisivät. Esimerkiksi haavanhoidossa olisi ehkä helpompi huomata haavan paranemisen edistyminen, kun vertailupohjaa. Pääsääntöisesti vastaajat pitivät vaihtuvista hoitajista ja koko henkilökunnan näkemisestään. Vaikka potilaan luona saattoi käydä koko kotisairaalan henkilökunta, harvoin kuitenkaan ilmeni mitään tietokatkoksia hoidosta. Lähinnä tietokatkokset ilmenivät puutteellisina hoitovälineinä, mitkä toisaalta voivat johtua myös inhimillisestä erehdyksestä eikä tietokatkoksesta henkilökunnan välillä.

Jossain tilanteessa se voi olla riippuen just hoidosta ja hoidon kohteesta, se vois olla et olis vaan suppeampi piiri mikä kävis koton, ettei se olis sit koko henkilökunta.

Se tietää mitä on tapahtunut ja kui on edistynyt.

Joka kerta eri ja se on mun mielestäni ollut mukavaa kun ei ol tarvinnut yhden tai kahden kanssa olla, nähnyt koko henkilökunnan.

He tietää edellisen et mitä oli tapahtunut vaik oli uudet ni he ties.

Ne oli tietosii mist oli puhuttu esimerkiks.

Noit hoitovälineitä on joskus jäänyt jottain uupumaan. Ei ole huomattu ottaa mukaan, vaik olis listassa ollutkin.

Ja tosiaan olla jottain perusvoiteita mukana, ko siihen he vetos, ettei heil ol mittään mukanaan.

7.3.2 Henkilökunta

Yhteistyö eri palveluiden kanssa nähtiin pääsääntöisesti sujuvana, erityisesti yhteistyö eri osastojen kanssa. Ongelmaksi nähtiin yhteistyö kotipalvelun kanssa, erityisesti kotipalvelun kiinnisaatavuus uusien asiakkaiden ilmoittamisessa, jolloin kotipalveluun tietyt soittoajat käytössä. Myös kotipalvelun ja kotisairaalan tehtäväkuvien epäselvyys nähtiin ongelmana, ajoittain ilmaantunut sekaannusta näiden kahden palvelun välillä. Yhteistyö omaisten kanssa koettiin sujuvaksi, yhteistyön sujuvuus riippui myös omaisista itsestään. Osa omaisista aktiivisia; usein paikalla kotisairaalan käytössä tai soittelevat kotisairaalaan. Joidenkin potilaiden omaisia ei taas koskaan nähty.

Kyl se mun mielestä sillai toimii muuten, et toi kotihoidon kans on se kiinnisaatavuus yks ongelma.

Kotihoidon kanssa vähän takkuu, et lähinnä ku niit ei saa koskaan kii.

Mut sitte kotihoito ei ehkä ihan kaiken ajan, ku heil on vähän eri käsitys siitä mitä me tehdään ja mitä ei.

Kotihoidon kans saa aika hyvin sovittua, mut heilläkin on ehkä vähän epäselvää se, et mikä on kotisairaalan tehtävä ja mikä kotihoidon tehtävä.

Tiedonkulku omaisten kanssa nähtiin sujuvana, omaisilla ja potilailla halutessaan mahdollisuus keskustella myös lääkärin kanssa. Osa omaisista kovin aktiivisia poti-

laan hoidon suhteen, järjestivät itse tarvittavat palvelut kotiin ja tavallaan näillä toimilla pitivät langat omissa käsissään. Näin he pystyivät hallitsemaan tilanteen ja olemaan ajan tasalla asioista Ongelmaksi koettiin eri palveluiden roolituksen hahmottaminen, omaiset eivät aina tienneet keneen ottaa yhteyttä missäkin asiassa ja usein näissä tapauksissa otettiin yhteyttä kotisairaalaan. Tiedonkulku eri palveluiden kanssa suhteellisen sujuvaa, ongelma yksityiset kotipalvelut, jotka eivät sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Osa näistä palveluntuottajista käytti vihkoa potilaan luona, josta saattoi lukea hoitajien käynnin tapahtumat. Kunnallisen palveluntuottajan käynnit pystyi näkemään Effican kautta, tosin ongelmaksiksi tässä nähtiin puutteellinen kirjaaminen. Ajoittain tuli myös tilanteita, joissa potilas siirtyessä kotisairaalan potilaaksi, epikriisiä ei ole ollut käytettävissä, jolloin tieto potilaasta vain suusanallista.

Omaisist riippuvaa, et miten he itse haluaa. Mut mun mielest kyl omaiset on aika aktiivisia tämmösis, et he haluaa ite vähän pitää lankoja käsissä et he antaa vähän meille tietoo.

No se on vähän sekavaa, ehkä. Kyl siin omaisetkin on välil et kuka on niinku kuka ja kenelle kuuluu mitäkin. Ehkä se on välil näil palveluntuottajillekin, mikä on kenenkin rooli.

Hyvä on toi Effica, ku me nähdään vanhainkotien tietoja, osastojen tietoja ja kotipalvelun tietoja sielt. Tietyst me nähdään mitä kotihoidosta kirjataan, mut he kirjaa hyvin vähän.

Henkilökunnan mielestä tiedonkulku omassa työyhteisössä on sujuvaa. Kirjaaminen nähtiin hyvänä; hoitajan on helppo tulla vapailta töihin kun tieto löytyy helposti. Hyvänä koettiin myös käytössä olevat potilaslistat, jossa tulevat tapahtumat selkeästi esillä. Potilaslistan koettiin parantaneen tiedonkulkua huomattavasti. Kirjallisen tiedonkulun lisäksi käytössä myös suullista tiedonkulkua, hoitajat näkevät päivittäin toisiaan ja viikoittain osastokokous. Tiedonkulku lääkärin kanssa nähtiin myös sujuvana, hoitajat näkevät lääkärin päivittäin ja kokivat yhteistyön lääkärin kanssa sujuvan oikein hyvin.

Kirjataan kyllä sillai aika tarkkaan mitä on tehty ja tehdään siihen heti suunnitelma perään, et mitä seuraavaksi on vuorossa ja muuta.

Tää on hyvä tää mein potilaslista, koska siinä on aina kaikki meillä olevat potilaat. Ni sieltähän sä näät suunnitelmast, et mitä sil olis. Et se on viel lisännyt tota varmaan tiedonkulkuu kyllä.

Suullisesti tulee kans paljon.

7.3.3 Esimiehet

Yhteistyö eri palveluiden välillä nähtiin pääosin sujuvana, lähinnä ongelmia ilmeni kotipalvelun kanssa Erityisesti kotipalvelun ja kotisairaalan toiminnan hahmottaminen nähtiin ongelmana. Yhteistyö omaisten kanssa nähtiin sujuvana eikä siinä vastaa-
jien mielestä ollut ilmennyt mitään ongelmia.

*Herkästi jäädään kotisairaalaan sitte hoitoon, palata sit takaisin sinne kotihoi-
don piiriin ni se on varmaan, mä uskoisin ne vaikeimmat kohdat.*

*Kotihoidon ja kotisairaalan hahmottaminen on ehkä vaikeeta, et meille tulee
paljon yhteydenottoja mikä on kotihoidon potilait et meit on ehkä vaikee erot-
taa sillai.*

Yhteistyö on hyvin tiivistä.

Kommunikointi omaisten kanssa koettiin kotona helpompana kuin esimerkiksi osas-
tolla ollessa. Omaiset näkevät kotona potilaan voinnin jatkuvasti ja ymmärtävät asi-
oista eri tavalla, kuin esimerkiksi potilaan ollessa osastohoidossa Kotihoito on taval-
laan helpompi ympäristö yhteistyölle omaisten kanssa. Yhteistyö omaisten kanssa
vaihteli sen mukaan, millainen potilas oli kyseessä. Saattohoitopotilaiden omaisten
kanssa voidaan olla tiiviimmin yhteistyössä kun esimerkiksi infektiopotilaan, jotka
saattavat olla vielä työikäisiä ja näin ollen kotisairaalan käyntien aikana lähiomaiset
töissä/koulussa.

*Se on niinku helppoo kommunikointia, omaiset on erilai mukana siinä potilaan
hoitamisessa.*

Ne ymmärtääkin niit asioist usein eritavalla.

Tiedonkulku omaisten ja eri palveluiden kanssa koettiin suhteellisen sujuvana. Tiedonkulussa omaisten kanssa ei ilmennyt juurikaan ongelmia, johtuen osittain tiiviistä yhteistyöstä omaisten kanssa ja omaisten erilaisesta läsnäolosta kotihoidossa. Ongelmana tiedonkulussa nähtiin lähinnä yksityiset palveluntarjoajat, jotka eivät sähköisen potilastietojärjestelmän piirissä. Näin ollen ei ole mahdollista nähdä, mitä kotona tehty tai onko potilaan voinnissa jotain erikoista. Osa yksityisistä palveluntarjoajista käyttää niin sanottua reissuvihkoa, johon kirjaavat mitä käynneillä tehty.

Siellä on läsnä muitakin kuin se potilas ja se tietyllä tavalla helpottaa sitä, koska silloin tulee ne asiat käytyä lävitse potilaan ja omaisen kanssa yhden kertaa ja he saa samanlaisen informaation.

Jos potilaalla käy kunnallinen kotihoito, ni mää näen tuolta papereista lukee, et mitä ne on tehny. Mut sit ku siel käy yksityinen ni se on sil tavalla niinku irrallista, et joskus tuntuu et ne jää heitteille et siin on sitä tiedonkatkon ongelmaa .

Omaiset ja potilaat olivat myös vastaajien mukaan tietoisia kotisairaalan roolista ja toiminnasta kotona Kotisairaalan lääkäri tekee kotikäynnin palliatiivisten potilaiden luo automaattisesti ensikäynnin yhteydessä, muille, kuten infektiopotilaille, tarpeen mukaan. Ongelmana nähtiin muiden palveluiden väärä käsitys kotisairaala. Omaisen aktiivisuudesta riippuen joko omainen itse tai kotisairaala vastasi muiden palveluiden järjestämisestä kotiin ja näiden tiedottamisen asioista

Kotisairaala ei luvata et siel ollaan ne 24 tuntia vuorokaudessa ja siin meidän esitteessäkin kerrotaan et mikä on se kotisairaalan rooli siellä kotona, et miltä osin sit sen potilaan pitää niinku itte tavallaan selvitä siellä.

Mut sit nää tämmöset infektiopotilaat, ni en mä välttämättä käy ollenkaan. Et niissä se on tapauskohtaista.

Soitetaan sit semmosta, jotka ei kuulu ollenkaan meille.

Jotkut on vaan niin aktiivisia, et kuitenkin se omainen niinku kattoo sitä asiaa omaisen vinkkelist ja sit taas hoitohenkilökunta ajattelee sit taas niit eri asioita ja välittää niitä tietoja, et ei se omainen kuitenkaan ihan sit samalla tavalla niit, vaik tietysti omainenkin voi olla hyvinkin valveutunut ja hyvinkin perillä asioista.

Tiedonkulku oman työyhteisön sisällä nähtiin sujuvana johtuen osittain pienestä yksiköstä sekä säännöllisestä tiedottamisesta erilaisin keinoin, kuten päivittäisten palaverien, kirjaamisen, osastotuntien sekä vastuuhenkilöiden avulla. Pienestä yksiköstä johtuen tiivis näkeminen henkilökunnan ja lääkärin välillä on sujuvan tiedonkulun perusta.

Pääsääntöisesti mun mielestä menee hyvin, joka päivä meil on palaveri.

Ja toki sitten, niinkun koneeltakin tulee katottuu.

Pieni yksikkö, et me nähdään täsä päivittäin.

7.4 Palveluiden järjestäminen

7.4.1 Potilaat

Vastaajat olivat tyytyväisiä saamiinsa kotisairaalan palveluihin ja pitivät niitä riittävinä. He myös kokivat, että palvelut olivat helposti saatavilla ja tarvittaessa erilaisten palveluiden lisäys olisi onnistunut. Ohjaus kotisairaalan palveluihin oli vastaajien mielestä sujuvaa, mutta tieto kotisairaalan toiminnasta oli puutteellista. Kotisairaalan ensimmäisellä käynnillä kaikki vastaajat saivat käyntikortin, jossa kotisairaalan yhteystiedot. Osa vastaajista olisi käyntikortin lisäksi kaivannut myös kirjallista tietoa, mitä tehdä ongelmatilanteissa

En mää usko et täsä mittään muutakaan olis tehtävissä.

Ne oli mulle niin helposti saatavilla ku mahdollista, mä en tehnyt sen asian eteen mittään. Mulle sanottiin et näin toimitaan ja se sopi mulle.

No se oli sellasta suullista tietoa, et kirjallista tietoa en saanut sit missään kohta.

En mää saanu sitä ennen (ennen kotisairaalan ensimmäistä käyntiä) mittään tietoa, mitä nyt se lääkäri mainitsi et on olemassa tämmönen vaihtoehto, et sellasta suullista tietoa.

Mää heilt sit kyselin sit kaikennäköstä et kaik neuvot jos tapahtuu jottain tai jos kettään ei kuulu et miten toimitaan ni mää kyselin kaikkii tämmöstä sit. Et jos

viikonloppuna tulee jotain ni mitä sit tehdään et sit vaan täytyy men ensiapuun ni ite mää kaik tämmöset sit kyselin.

Hoitosuunnitelmaa ei käyty vastaajien kanssa läpi, tai ainakaan vastaajat eivät tienneet hoitosuunnitelmastaan satikka sen ajan tasalla olevuudesta. Poikkeuksena ne vastaajat, joiden hoitosuunnitelma oli jo tehty erikoissairaanhoidossa, tiesivät missä mennään ja mitä tulee tapahtumaan. Näin ollen myös kotisairaalan käyntien loputtua, osalle potilaista jatkohoito oli auki.

Et tääl se toteutettiin mitä Porissa oli suunniteltu, ja kyl se mul kerrottiin et mitä tehdään, et sitä noudatettiin.

En saanut mitään kirjallisia jatkohoito-ohjeita, mitä yleensä sairaalasta kotiutumisen jälkeen saanut.

Et jottain tietoa, mihin ottaa yhteyttä jatkossa, jos jottain tulee.

7.4.2 Henkilökunta

Vastaajien mielestä potilaan palvelut eivät aina oikeat, potilaita väriien palveluiden parissa tai palveluissa "väiriä" potilaita. Potilaita myös vaikea saada oikeiden palveluiden piiriin, jäävät usein "roikkumaan" väiriin palveluihin, esimerkiksi kotihoidon hitaan käynnistymisen vuoksi. Yksityiset kotipalvelut käynnistyvät nopeammin, mutta esimerkiksi resurssipulan takia saattavat nekin käynnistyä hitaasti. Palveluiden lisääs ei aina onnistu, osittain juuri resurssipulan takia, osittain kotihoidon tekemän arviointikäynnin takia. Arviointikäynnistä palvelun alkamiseen saattaa mennä muutama viikko, jolloin tarve voi olla jo muuttunut. Tietyt palvelut, kuten esimerkiksi fysioterapian palvelut, toimivat todella hyvin. Yleensä, kun potilaalle palvelut saatu järjestymään, ne ovat riittävät. Ajoittain tässä ongelmana lähinnä se, että potilas haluton ottamaan palveluita vastaan.

Ja niitäkin on tullut välillä väiriin et on tullut, et siirretään kotisairaalan potilaaks vaikka se oliskin ollut kotihoidon potilas. Et ihan lähetteessäkin voi olla jo virhe.

Ei niitä kovin nopeesti kyllä, esimerkiks kotihoito käynnistyy aika hitaasti välillä. Et se on tietyst ongelmallista, et sit me ollaan siinä tukena sitte, vaik potilas ei meit välttämättä tarttiskaan, mut me ollaan niin kauan tukena kunnes saadaan kotihoito järjestymään.

Kotihoito ei ikinä kerkii alottamaan niit käyntejä ku yleensä siihen vaaditaan se arviointikäynti, et pari viikkoa voi mennä siihen et se kotihoito edes alottaa niitä käyntejä.

Pääsääntöisesti ne on riittävät, mut mont kertaa on ongelmana se, et potilas ei aina niitä halua ottaa.

Vastaajien mukaan potilaiden hoitosuunnitelmat suurin piirtein ajan tasalla. Hoitajat päivittävät niitä aina kun ehtivät, työn kiire häiritsee hoitosuunnitelmien ajan tasalla oloa.

No ei ne aina varmaan, et se riippuu justa siitä työstä. Tai siis tästä onko kiire vai ei. Niihin täytyy kuitenkin vähän paneutua. Et sit ku on hiljasempaa, ni sit yritetään niitä kattoo.

Me hoitajat niitä päivitämme kun pystymme.

7.4.3 Esimiehet

Vastaajien mielestä potilaan palvelut olivat pääsääntöisesti oikeat, välillä potilaat lähinnä resurssipulan takia ”väärillä” paikoilla Toisinaan vastaan tulee tilanteita, joissa huomataan, että potilas ei alkuunkaan ole kotisairaalan potilas tai että potilaalle ei pystytä tarjoamaan kotisairaalan palveluja kotona. Tällöin potilas pyritään ohjaamaan oikeiden palvelujen piiriin joko esimerkiksi osastolle tai kotihoitoon, mutta aina se ei onnistu rajallisten resurssien takia.

Pääsääntöisesti kyllä.

Ei nää palveluketjut sillai saumattomasti mee, et potilaat olis oikeassa paikassa.

Resurssit on rajalliset ja siit pidetään kiinni, että kaikkien hoito on turvallista.

On myös semmosia potilaita, kun on huomattu, et sit siel kotona ei voidakkaan sitä palvelua tarjota.

Rajallisten resurssien takia myöskään palvelujen lisäys kotiin ei aina onnistu. Myös kotipalvelun tekemä arviointikäynti potilaan luona ennen palvelujen aloittamista nähtiin palvelujen lisäämistä hidastavana tekijänä. Esimiesten mukaan potilaiden hoitosuunnitelmat ovat ajan tasalla ja henkilökunta päivittää niitä säännöllisesti.

No lisäys ei onnistu helposti.

He haluaa aina tehdä sen arviokäynnin ja sit tavallaan mitä sairaammast ihmisestä ja sin tullaan viikon päästä tekemään arviokäynti, ni sehän on niin ku myöhästä.

Hoitava henkilökunta päivittää ja niit just täsä tarkistettiin.

Me ollaan sitouduttu siihen, että hoitosuunnitelmat kaikista tehdään ja niit arvioidaan aika ajoin.

7.5 Toisten arvostaminen

7.5.1 Potilaat

Kotisairaalan potilaat arvioivat henkilökunnan ilmapiirin hyväksi ja heille oli jäänyt sellainen mielikuva, että henkilökunta tulee hyvin toimeen keskenään. Henkilökunta arvioitiin myös ammattitaitoiseksi sekä työnsä moitteettomasti tekeväksi. Myös tiedonkulun henkilökunnan välillä koettiin toimivan moitteettomasti, potilaan esille nostamat asiat/ongelmat olivat henkilökunnan tiedossa, eikä potilaan tarvinnut jokaiselle samaa asiaa esille tuoda. Myös tiedonkulku henkilökunnan ja kotisairaalan lääkärin välillä arvioitiin sujuvaksi.

Jäi semmonen mielikuva ainakin et mitä ne hoitajat täsä kävi ni mitä keskenään ne oli ni ihan hyvä henki.

Oikeen ammattitaitoista porukkaa ja teki työnsä ja moitteettomasti.

Kyl määhän ainakin semsen kuvan sain et ne oli tietosii mist oli puhuttu esimerkiksi.

Määhän olen käsittänyt et heil on joka aamu joku et he näkee toisensa ja palaveeraa keskenänsä et se tieto kulkee.

Kyl he on sit informoineet, et jos he meinaa kysyy heidän lääkäriltä jottain, ni kertoneet et mitä on sanonu.

7.5.2 Henkilökunta

Henkilökunta koki työyhteisönsä ilmapiirin hyvänä ja avoimena. Vastaajien mielestä keskinäinen kemia toimii hyvin, kaikki ovat innostuneita työskentelemään kotisairaalaissa. Ongelmana nähtiin pienen yksikön haavoittuvuus, kun on vähän työntekijöitä, sairaslomat vaikuttavat heti työntekoon. Kotisairaalan varahenkilöt nähtiin hyvänä ratkaisuna tähän ongelmaan, tosin siinäkin ongelmana se, että varahenkilöt koko talon käytössä eivätkä näin ollen aina saatavilla tarpeen vaatiessa. Myös työn epätasaisuus huonoo; työntekijöiden vahvuus vaihtelevaa ja toisinaan tilanteita, jolloin paljon potilaita ja vähän hoitajia. Ja vastaavasti kun vähän potilaita, saattaa olla monta hoitajaa töissä, jolloin töitä ei riitä kaikille. Tällaisissa tilanteissa työntekijöitä ohjataan muualle töihin, kuten osastoille, minkä vastaajat kokivat huonona ja stressiä aiheuttavana tekijänä.

Me kyl tullaan hyvin toistemme kanssa toimeen.

Ja se on varmaan kaikil se innostus tähän työhön, et tota kaikki kokeen tän semmoseks omaks jutuks.

Hyvä asia ku tuli nämä varahenkilöstö, ni se on jo semmonen etu sitten, mut ei hekään ain oo käytössä, koska heit käyttää koko talo.

Jos meil on hiljast, mein pitää men osastolle ja mää koen sen semmosena epä-mukavana asiana kyllä.

Et siitä tulee semmosta stressiä kyllä välillä, että semmosta epävarmuutta on nyt tällä hetkellä aika paljon et se varmaan heijastuu kyl jollain lailla.

Tiedonjakaminen työyhteisössä nähtiin sujuvana. Asioista keskustellaan päivittäin, joko hoitajat keskenään tai hoitajat ja lääkäri yhdessä. Myös viikoittaiset palaverit nähtiin hyvänä tiedonjakamisen välineenä. Vastaajien mukaan henkilökunnan tiivis yhteistyö helpotti tiedonjakamista. Myös jokaisen erikoisosaaminen ja sen hyvä hyödyntäminen työyhteisössä nähtiin hyvänä.

Vähän keskustellaan mikä olis parasta tai mitä voitais tehdä ja tälläisestä, ni kyl mun mielest me keskustellaan niist joka päivä.

Tiivis yhteistyö just niinku lääkärin ja muitten kanssa.

Meil on tavallaan joku ain erikoistunut johonkin juttuun.

7.5.3 Esimiehet

Vastaajien mukaan työyhteisön ilmapiiri nähtiin hyvänä ja avoimena. Kotisairaалassa työskentelevät nähtiin työhönsä sitoutuneina, mikä lisää myönteistä ilmapiiriä. Myös henkilökunnan saama säännöllinen työnohjaus nähtiin hyvän ilmapiirin etuna. Pieni työyhteisö nähtiin sekä etuna että rasitteena. Etuna siksi, että henkilökemioiden nähtiin toimivan paremmin pienessä työyhteisössä. Rasitteena taas mainittiin pienen yksikön haavoittuvuus, sekä esimerkiksi työntekijän henkilökohtaisen elämän heijastuminen työyhteisöön. Myös henkilökemiat mainittiin pienen yksikön rasitteena.

Kotisairaalas on hyvä ilmapiiri.

Ihmiset on tullu siihen, et ne on hakeutuneet tähän työhön, ni kaikki ovat niinku, tykkäävät tehdä sitä työtä.

Ja nyt on tota työnohjausta sit kans, he pystyy siel sit käymään näit, esimerkiksi potilastapauksia läpi.

Pieni työyhteisö, jotta he voivat keskenään paremmin niitä asioita sitten puida, tuntevat ja tietävät.

Ku on pien työyksikkö, ni kyl se niin ku tavallas sitten, jos joku voi siellä huonosti tai on jotain semmosta ni se näkyy, mun mielestäni aika heti.

Kun se on se pieni porukka, niin aina niin ku kemiat potilaan ja hoitajan tai potilaan ja lääkärin kohdalla toimi. Ja sit täs on niin ku kauheen vaikee sitten niin ku vaihtaa sitä.

Työyhteisön tiedonjakaminen nähtiin sujuvana. Tiedonjakamisen sujuvuuteen nähtiin vaikuttavan työpisteen sijainti, jossa sekä lääkärin että hoitajien työhuoneet sijaitsivat vieretysten. Näin ollen tavoitettavuus oli helppoa ja nopeaa. Kotisairaalan henkilökunnalla on myös erilaisia erikoisosaamisia, esimerkiksi saattohoidosta, jota työyhteisössä nähtiin hyvin hyödynnettävän. Henkilökunnan myös nähtiin yhdessä pohti-

van ja vaihtavan kokemuksia potilaan parhaasta hoitovaihtoehdosta, joko keskenään tai eri palaverieissa.

Heil on hyvä työpiste, missä useamman ihmistä toimii samanaikaisesti, et he saa toinen toisensa kiinni ihan välittömästi.

Et jokaisella on niitä omia erikoisosaamisiaan ja he sit tuo sitä siihen työyhteisöön. Sit on tietysti semmosia asioita mitä yhdessä niin ku pohditaan.

Et he vaihtaa kokemuksia näistä potilaista et niin ko mikä olis tässä sit se paras vaihtoehto.

8 YHTEENVETO TULOKSISTA

8.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

Kaikkien vastaajien mielestä koti hoitopaikkana nähtiin hyvänä. Ympäristö oli miellyttävämpi sekä vapaampi, hoitajat tulivat potilaan reviiirille, jolloin koti luonnollisempi paikka potilaalle. Kodin ympäristö kuitenkin tuo omat haasteensa työn tekemiselle, esimerkiksi hygienian muodossa. Kodin tuomat puitteet ovat erilaiset hoitotyölle, kuin sairaalassa. Potilaiden mielestä hoito kotona ei samanlaista kuin sairaalassa, keskityttiin enemmän vain työtehtävien tekoon ja sairauden hoitoon. Potilaiden yksityisyys ei kärsinyt kotisairaalassa, kaikkien vastaajien mielestä potilaiden yksilöllisyyttä kunnioitettiin hoidon aikana. Esimerkiksi hoitoajat sovittiin potilaan toiveiden mukaisesti, mikäli sille ei ollut mitään sairauden tuomaa estettä, kuten säännöllinen antibioottihoito.

Potilaiden mielestä heidän oma päätöksenteko hoitoon oli vähäistä, lähinnä päätöksenteko oli jäänyt valintaan kotisairaala- sairaala välillä. Joidenkin potilaiden kanssa oli keskusteltu hoitovaihtoehdoista, kuten haavanhoitotuotteista. Henkilökunnan ja esimiesten mukaan potilaat otetaan mukaan päätöksentekoon ja heidän kanssaan keskustellaan eri hoitovaihtoehdoista, lähinnä kyse on siitä, että yleensä potilaat haluavat ammattilaisten tekevän päätöksen heidän puolestaan. Huomioitavaa on myös se,

onko potilas kykeneväinen tekemään päätöksen. Vasten potilaan tahtoa ei silti ole toimittu kenenkään vastaajan mielestä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

	Potilaat	Henkilökunta	Esimiehet	+/-
Koti hoitopaik- kana	-Miellyttävämpi ympäristö	-Potilaan oma alue -Luonnollisempi ympäristö	-Potilaan oma re- viiri -Huomioitava ko- din tuomat puitteet	+
Yksilön oma elämäntyyli	-Aikataulut mitoi- tettu potilaan elä- mään	-Potilaan toiveita pyritään kunnioit- tamaan	-Toiveet huomioi- daan mahdolli- suuksien mukaan	+
Potilaan pää- töksenteko	-Potilaan oma päätöksenteko vähäistä	-Potilaan omaa pää- töksenteko kunnioi- tetaan -Kaikesta potilas ei pysty päättämään	-Annettava riittävä tieto potilaalle -Potilas tekee pää- töksen	-
Toimiminen vastoin potilaan tahtoa	-Ei toimimista vasten tahtoa	-Ei toimimista vas- ten tahtoa	-Ei toimimista vasten tahtoa	+

8.2 Osallistumisen edistäminen

Potilaat eivät tienneet hoitosuunnitelmastaan, henkilökunnan ja esimiesten mukaan potilas otetaan aina mukaan hoitosuunnitelman tekoon. Yleensä tämä tapahtuu en- simmäisellä käyntikerralla, jolloin potilaan kanssa keskustellaan nykytilasta ja tule- vasta. Henkilökunta kirjaa hoitosuunnitelman koneelle työpisteessään, potilas ei siis läsnä hoitosuunnitelmaa tehdessä.

Potilaiden mielestä terveyden edistäminen käsittää yleisemmin yleiskunnan ylläpi- don sekä neuvontaa liikunnasta ja ravitsemuksesta. Potilaiden mielestä kotisairaala keskittyi enemmän sairauksien hoitoon kuin ennaltaehkäisevään työhön. Tämän he epäilivät osittain johtuvan kiireestä. Henkilökunnan ja esimiesten mukaan potilaat saavat sekä ennaltaehkäisevää hoitoa että sairauksien hoitoa. Tähän vaikuttaa pitkälti myös potilaan sairauden luonne sekä hoitoaika kotisairaalassa. Kiire voi myös henki-

lökunnan näkemyksen mukaan olla estävä tekijä ennaltaehkäisevälle neuvonnalle, sillä jos ei kiirettä olisi, ehtisi viettää enemmän aikaa potilaan luona. Mutta sekä henkilökunnan ja esimiesten mukaan aina löytyy jonkin verran aikaa ennaltaehkäisevälle neuvonnalle (Taulukko 2).

Taulukko 2. Osallistumisen edistäminen

	Potilaat	Henkilökunta	Esimiehet	+/-
Hoitosuunnitelmaan osallistuminen	-Vaikuttaminen omaan hoitoon vähäistä -Suurin osa ei tiedä omaa hoitosuunnitelmaansa	-Keskustellaan potilaan kanssa hoitosuunnitelmasta -Potilas tietää suunnitelmasta	-Asioita käydään läpi yhdessä potilaan kanssa -Suunnitellaan hoito yhdessä potilaan kanssa	-
Terveysten edistäminen	-Lähinnä sairauksien hoitoa	-Potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti -Terveyttä pyritään edistämään	-Sekä sairauksien hoitoa että ennaltaehkäisevää	-
Terveysten edistämisen estävät tekijät	-Kiire	-Periaatteessa aina löytyy aikaa terveyden edistämiseksi -Kiire, lyhyet hoitajaksot ja potilaan sairaus vaikuttavat	-Aina löytyy aikaa neuvonnalle -Potilaan sairaus sanelee	+

8.3 Yhteistyö

Potilaiden mukaan yhteistyö eri palveluiden välillä on sujuvaa. Potilaat ovat tulleet kotisairaalan potilaiksi jouhevasti ja palvelu lähtenyt toimimaan niin kuin luvattu. Henkilökunnan ja esimiesten mukaan yhteistyö eri palveluiden kanssa on pääosin sujuvaa, lähinnä kotihoidon kanssa ongelmia. Nämä ongelmat ovat lähinnä kiinnisäättävyydessä sekä palveluiden hahmottamisen vaikeudessa.

Potilaiden mielestä yhteistyö omaisten kanssa oli jäänyt vähäiselle, lähinnä yleisen keskustelun tasolle. Yhteistyö kotisairaalan henkilökunnan kanssa on ollut sujuvaa, tiedonkulku potilaiden ja henkilökunnan välillä ollut sujuvaa. Lääkäreitä eivät vastaajat kuitenkaan olleet nähneet, osa vastaajista olisi lääkärin halunnut nähdä, mutta tämä ei onnistunut. Yleensä potilaan luona käynyt koko henkilökunta, joissain tapauksissa potilaiden mielestä voisi olla parempi, että vain tietyt hoitajat kävisivät potilaan luona. Henkilökunnan ja esimiesten mukaan yhteistyö omaisten kanssa ollut hyvää,

yhteistyön määrä on riippunut lähinnä omaisista. Kommunikointi helpompaa omaisten kanssa kotihoidossa, omaiset ymmärtävät asiat paremmin, kun jatkuvasti ovat läsnä potilaan arjessa.

Tiedonkulku eri palveluiden ja omaisten kanssa ajoittain sujuvaa, lähinnä epäselvyyttä roolituksessa, kenelle kuuluu mikäkin, myös kotipalvelun ja vanhainkotien kirjaaminen ajoittain puutteellista. Oman ongelmansa muodostavat yksityiset kotipalvelut, jotka eivät sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Omaiset ja potilaat pääsääntöisesti tietävät kotisairaalan roolin, etteivät kotisairaalan palvelut ole tarjolla ympärivuorokauden. Yleensä potilaiden omaiset aktiivisia hoitamaan tiedonkulun eri palveluiden välillä sekä järjestämään vaadittavat palvelut kotiin.

Henkilökunta ja esimiehet näkivät tiedonkulun omassa työyhteisössään sujuvana, hyvänä koettiin palaverit, osastotunnit, kirjaaminen sekä potilaslista. Pienellä yksiköllä koettiin myös olevan positiivinen vaikutus tiedonkulkuun. Pienessä yksikössä nähdään useammin, jolloin myös paljon suullista tiedonkulkua puolin ja toisin (Taulukko 3).

Taulukko 3. Yhteistyö

	Potilaat	Henkilökunta	Esimiehet	+/-
Eri palveluiden välillä	-Yhteistyö sujuvaa palveluiden välillä	-Yhteistyössä kotihoidon kanssa välillä ongelmia -sekaannusta ajoittain kotihoidon ja kotisairaalan välillä	-Yhteistyö pääosin sujuvaa -Eri palveluiden hahmottaminen vaikeaa	-
Yhteistyö omaisten kanssa	-Kontaktit omaisten kanssa jäivät yleisen keskustelun tasolle	-Yhteistyö omaisten kanssa sujuvaa -Yhteistyö riippuu myös omaisista	-Yhteistyö omaisten kanssa sujuvaa	-
Tiedonkulku	-Tiedonkulku kotisairaalamuut palvelut sujuvaa -Kotisairaala välitti tietoa lääkäriltä, yksikään ei nähnyt lääkäreitä	-Osa omaisista huolehtii eri palveluista -Palveluiden roolitus epäselvä -Yksityiset kotipalvelut eivät sähköisessä potilastietojärjestelmässä	-Tiedonkulku sujuvaa, omaiset/potilaat tietoisia kotisairaalan roolista -Omaiset yleensä hoitavat muut tarvittavat palvelut	-
Oma työyhteisö	-Yhteistyö kotisairaalan henkilökunnan kanssa sujuvaa	-Tiedonkulku sujuvaa -Potilaslista parantanut tiedonkulkua	-Tiedonkulku sujuvaa (palaverit, osastotunnit) -Pieni yksikkö, tiivis näkeminen	+

8.4 Palveluiden järjestäminen

Potilaiden mielestä heidän saamansa palvelut olivat oikeita sekä riittäviä, eivätkä he osanneet kaivata mitään enempää. Ohjaus kotisairaalaan oli ollut sujuvaa, mutta tieto kotisairaalan palveluista puutteellista. Tieto oli jäänyt lähinnä yhteystietokorttien saamiseen. Osa vastaajista oli saanut suullista tietoa kotisairaalaan, lähinnä kun itse siitä kyselivät. Kotisairaalan käyntien loputtua osalle vastaajista jatkohoito oli jäänyt aukinaiseksi, osa vastaajista kaipaili kirjallisia jatkohoito-ohjeita, joita osastolta kotiutuessa saa.

Esimiesten ja henkilökunnan mukaan potilaiden palvelut pääsääntöisesti oikeat, harvoin kotisairaalaan tulee potilaita, jotka eivät kuuluisi tämän palvelun piiriin. Toisinaan tulee tilanteita, jolloin potilaat tavallaan jäävät roikkumaan kotisairaalan potilaiksi, vaikka eivät enää kotisairaalan palveluita tarvitsisi. Syynä tähän ovat kotipalvelun hidas käynnistyminen ja rajalliset resurssit. Nämä edellä mainitut seikat vaikeuttavat myös potilaan ohjaamista oikeisiin palveluihin.

Henkilökunnan ja esimiesten mukaan palveluiden lisäys potilaan kotiin ei aina onnistu, tähän vaikuttavat resurssit sekä kotipalvelun tekemä arviokäynti. Arviokäynnin jälkeen saattaa mennä viikko tai kaksi, ennen kuin kotipalvelu käynnistyy, tämä usein jo myöhäistä esimerkiksi saattohoitopotilaille. Toisinaan tulee myös tilanteita, jolloin potilas ei halua ottaa vastaan hänelle tarjottuja palveluja. Potilaiden hoitotyösuunnitelmat ovat vastaajien mielestä ajan tasalla, henkilökunta päivittää niitä aina kun ehtii. Lähinnä työn kiire häiritsee niiden päivitystä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Palveluiden järjestäminen

	Potilaat	Henkilökunta	Esimiehet	+/-
Oikeat palvelut	-Ne oli mulle niin helposti saatavilla ku mahdollista, mä en tehnyt sen asian eten mitään. Mulle sanot-	-Ei ne ihan aina ole -Kotihoito käynnistyy hitaasti	-Ei nää palveluketjut sillai saumattomasti mene -yhteistyötä tarttis tietysti tehdä, resurssit on rajal-	-

	tiin et näin toimitaan ja se sopi mulle. -No se oli sellasta suullista tietoa, et kirjallista tietoa en saanut sit misään kohtaa		liset	
Palveluiden riittävyys	- En mää usko et täsä mittään muutakaan olis tehtävissä	-Potilas ei aina vaan halua ottaa niitä	-Lisäys ei onnistu helposti -Arviokäynti, usein myöhäistä	-
Ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma	-Et tääl se toteutettiin mitä Porissa oli suunniteltu, ja kyl se mul kerrottiin et mitä tehdään, et sitä noudatettiin. -En saanut mitään kirjallisia jatkohoito-ohjeita, mitä yleensä sairaalasta kotiutumisen jälkeen saanut.	- Hoitajat päivittää kun pystyy -Ei ne aina varmaan, riippuu työstä	-Hoitava henkilökunta päivittää	-

8.5 Toisten arvostaminen

Potilaat arvioivat kotisairaalan ilmapiirin hyväksi ja kokivat, että henkilökunta tulee hyvin toimeen keskenään. He myös pitivät henkilökuntaa ammattitaitoisina. Vastaajien mielestä tiedonkulku kotisairaalan henkilökunnan välillä oli sujuvaa. Henkilökunta ja esimiehet arvioivat kotisairaalan ilmapiirin hyväksi ja avoimeksi. Vastaajien mukaan henkilökunta sitoutunut työhönsä ja keskinäinen kemia toimii hyvin. Säännöllinen työnohjaus nähtiin yhtenä ilmapiiriin positiivisesti vaikuttavana tekijänä, samoin pieni työyhteisö.

Pieni työyhteisö koettiin myös vastaajien mielestä rasitteena kotisairaalan ilmapiirille. Vähän työntekijöitä, joten poissaolot vaikuttavat välittömästi koko työyhteisöön. Positiivisena koettiin varahenkilöt, mutta heidän eivät aina kotisairaalan käytettävissä.

Henkilökunta koki myös työn epätasaisuuden huonona, jos vähän potilaita, työntekijät ohjataan muualle töihin. Myös vaihteleva vahvuus vuoroissa nähtiin negatiivisena.

Tiedonjakaminen koettiin sujuvana sekä henkilökunnan että esimiesten mukaan. Tähän vaikuttivat vastaajien mielestä tiivis yhteistyö, mikä osittain johtuu työpisteestä, sekä palaverit ja henkilökunnan erikoisosaaminen. Myös suullista tiedonjakamista tapahtui jatkuvasti, asioista keskusteltiin päivittäin sekä henkilökunta keskenään, että henkilökunta ja lääkäri. Tähänkin vastaajien mielestä vaikuttivat tiivis yhteistyö ja lähekkäin sijaitsevat työpisteet (Taulukko 5).

Taulukko 5. Toisten arvostaminen

	Potilaat	Henkilökunta	Esimiehet	+/-
Avoin ilma- piiri	-Jäi semmonen mielikuva ainakin et mitä ne hoitajat tässä kävi ni mitä keskenään ne oli ni ihan hyvä henki. -Oikeen ammattitaitoista porukkaa ja teki työnsä ja moitteettomasti.	-Se on varmaan kaikil se innostus tähän työhön -Epätasainen vahvuus huonoa -Meit ohjataan niinku muualle töihin, et sit siit tulee semmosta stressiä kyllä välillä	-Pieni yhteisö -Kaikki tykkää tehdä sitä työtä -Pienen yksikön haavoittuvuus	-
Tiedon jaka- minen	-Kyl määhän ainakin semsen kuvan sain et ne oli tietosii mist oli puhuttu esimerkiks. -Mää olen käsittä et heil on joka aamu joku et he näkee toisensa ja palaveeraa keskenänsä et se tieto kulkee.	-Tiivis yhteistyö -Osastopalaverit	-Hyvä työpiste -Erikoisosaamista -Päivittäiset palaverit	+

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Rauman kotisairaalan hoitofilosofian toteutuminen

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista käytännössä Rauman kaupungissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten kotisairaalan henkilökunta ja potilaat arvioivat kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvojen toteutuvan kotisairaalan toiminnassa. Tutkimuskysymyksinä tässä opinnäytetyössä olivat miten Rauman kotisairaalan arvot toteutuvat kotisairaalassa henkilökunnan arvioimana sekä miten Rauman kotisairaalan arvot toteutuvat kotisairaalassa potilaiden arvioimana. Seuraavaksi esitän saadut tutkimustulokset teemoittain sekä aikaisempia tutkimustuloksia (Liite 5).

9.1.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

Kaikkien vastaajien mielestä koti hoitopaikkana on miellyttävämpi sekä vapaampi ympäristö potilaalle. Koti nähtiin potilaan omana reviiirinä, jonne hoitajat tulevat. Koti tuo omat haasteensa hoitajien työskentelyyn, ympäristö ei ole samanlainen kuin sairaalassa. Potilaiden yksityisyyttä kunnioitettiin ja heidän toiveensa huomioitiin, mikäli se oli sairauden puitteissa mahdollista. Samansuuntaisia tutkimustuloksia saivat myös Hämäläinen ja Korkeakoski (2000). Heidän opinnäytetyönsä mukaan potilaiden yksilöllisyys huomioitiin paremmin kuin osastohoidossa, hoitaja kunnioitti potilaan kotia ja kodin tapoja. Myös Kokkosen ja Laineen (2001) tutkimustulosten mukaan kotisairaalan henkilökunta huomioi kodin tavat ja tottumukset toteuttaessaan hoitoa. Burlin ynnä muiden (2006) tekemässä tutkimuksessa kotisairaalan potilaat olivat paljon tyytyväisempiä kuin sairaalassa olevat potilaat hoidon mukavuuteen ja kätevyteen sekä lääkäriin. Nchamban ja Ngumin (2012) tekemässä opinnäytetyössä saattohoitokodin hoito arvioitiin paremmaksi kuin sairaalahoito potilaiden saaman yksilöllisen hoidon takia.

Potilaiden hoidon tarpeesta riippuen kotisairaalan käyntien määrä vaihteli kerran päivässä käynnistä kerran viikossa tapahtuvaan käyntiin. Verrattuna sairaalahoitoon, jossa joku koko ajan läsnä (muut potilaat, hoitajat), kotisairaalan potilas saattaa olla yksinasuva ihminen, joka joutuu olemaan sairautensa kanssa yksin. Kotisairaalan tulisiakin potilaita ottaessaan huomioida potilaiden taustat, osalle yksinasuvalle kotona sairastavalle voi tulla turvaton olo, jos ympärillä ei ketään johon tarvittaessa turvautua.

Potilaiden mukaan kotisairaalan antama hoito ei ollut aina samanlaista kuin sairaalassa saatu, potilaat kokivat kotisairaalan antaman hoidon toimenpidekeskeisemmäksi. Shepperdin (2001) tekemässä tutkimuksessa taas potilaat, jotka olivat kotisairaalan potilaina, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ne, jotka olivat sairaalassa. Vastaavasti taas omaiset olivat päinvastaista mieltä. Potilaiden mukaan myös heidän päätöksentekonsa omaan hoitoon oli vähäistä. Halonen (2012) on saanut samansuuntaisia tutkimustuloksia. Halosen tutkimuksessa tehostetun kotisairaalan asiakkaat kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun eivätkä he saaneet riittävästi tietoa hoitonsa vaihtoehtoista. Hämäläisen (2000) tekemässä opinnäytetyössä vastaavasti kotisairaalan potilaat kokivat voivansa vaikuttaa kotona tapahtuvassa hoidossa paremmin omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Opinnäytetyöni tuloksissa potilaiden kokemus vähäisestä päätöksenteosta koskien omaa hoitoaan voi johtua osittain kohderyhmästä, esimerkiksi antibioottihoitoa saavat potilaat eivät juurikaan pysty hoitoonsa vaikuttamaan verrattuna esimerkiksi palliatiivisiin potilaisiin.

Henkilökunnan ja esimiesten mukaan taas potilaat saivat osallistua päätöksentekoon ja heidän mielipiteitään kuunneltiin. Kuitenkaan kaikkien vastaajien mielestä vasten potilaan tahtoa ei ollut toimittu. Loitomaa (2009) on saanut tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia; kotihoidon henkilökunnan mukaan asiakkaan osallistumisen tukeminen toteutui vain harvoin kotihoidossa. Asiakkaat kuitenkin kokivat, ettei hoidossa kuitenkaan toimittu vasten heidän omaa tahtoaan eikä heitä pakotettu mihinkään hoitoihin.

Arvolaussekkeet elämän ja ihmisarvon toteutumisesta kotisairaalassa

- 1.Koti miellyttävä ja viihtyisä ympäristö potilaalle, palvelut helposti saatavilla. Hoito ei kokonaisvaltaista.
- 2.Aikataulut mitoitettu potilaan elämään.
- 3.Potilaan päätöksenteko vähäistä.
- 4.Ei toimimista vasten tahtoa.

9.1.2 Osallistumisen edistäminen

Suurin osa potilaista ei tiennyt omasta hoitosuunnitelmastaan, vaikka henkilökunnan ja esimiesten mukaan potilas otetaan aina mukaan hoitosuunnitelman tekoon. Hoitosuunnitelma tehdään aina ensi käynnin yhteydessä suullisesti, henkilökunta kirjaa sen myöhemmin koneelle. Pääsääntöisesti kaikista potilaista tehdään hoitosuunnitelma, toisinaan esimerkiksi infektiopotilaiden lyhyen hoitajakson takia hoitosuunnitelma jää tekemättä. Myös Anttonen (2007) on saanut opinnäytetyössään samansuuntaisia tutkimustuloksia. Siinä kotisairaanhoidon hoitajat tiesivät hoitosuunnitelman olevan pakollinen kaikkien asiakkaiden kohdalla, mutta jokaiselle asiakkaalle ei tehty sellaista. Potilaiden tietämättömyys omasta hoitosuunnitelmasta saattoi mahdollisesti johtua siitä, että potilas ei ymmärrä hoitohenkilökunnan kysellessä ongelmista, ravitsemuksesta ynnä muusta sellaisesta kyseessä olevan hoitosuunnitelman läpi käymistä.

Potilaat näkivät ennalta ehkäisevän terveyden edistämisen olevan yleiskunnan ylläpitämistä sekä neuvonnan oikeanlaisesta ravitsemuksesta ja liikunnasta. Vastaajien mielestä kotisairaala oli keskittynyt enemmän sairauksien hoitoon kuin ennaltaehkäisevään terveyden edistämiseen. Myös Peltoniemen (2000) tekemässä tutkimuksessa potilaat kokivat tehostetun kotisairaanhoidon melko toimenpidekeskeiseksi. Syyksi tähän he epäilivät kiireen.

Henkilökunnan mukaan kiire toisaalta häiritsee ennaltaehkäisevän neuvonnan antamista; jos ei olisi kiire, ehtisi viettämään enemmän aikaa potilaan luona. Toisaalta henkilökunnan mukaan aina löytyy aikaa jonkinlaiselle neuvonnalle. Samaa mieltä

olivat myös esimiehet. Pääsääntöisesti kotisairaala pyrkii antamaan potilaille myös ennaltaehkäisevää hoitoa, mutta potilaiden hoitojakso sekä sairaus vaikuttavat tähän. Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet Hotakainen, Huhtakangas ja Lempinen (2010). Heidän opinnäytetyössään tuli ilmi, että hoitohenkilökunnalla on hyvin erilaisia näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tärkeimmäksi osa-alueeksi muodostui sairauksien ennaltaehkäiseminen ja hoitaminen. Terveyden edistämistä estäviä tekijöitä sen sijaan olivat liiallinen työmäärä, asiakas-/potilasmäärä, hoitajien stressi, asiakkaiden/potilaiden hoitoon sitoutumattomuus ja osastolla oleva kiire.

Arvolausekkeet osallistumisen edistämisen toteutumisesta kotisairaalassa

1. Vaikuttaminen omaan hoitoon vähäistä, suurin osa ei tiedä omaa hoitosuunnitelmaansa.
2. Terveyden edistäminen koetaan kotisairaalassa lähinnä sairauksien hoitona.
3. Terveyden edistämisen estävänä tekijänä vastaajat näkivät kiireen ja potilaan sairauden.

9.1.3 Yhteistyö

Potilaiden mielestä yhteistyö eri palveluiden välillä oli sujuvaa, potilaat siirtyneet luontevasti kotisairaalan potilaiksi. Kotisairaalan palvelut järjestetty heille ja toiminta käynnistynyt niin kuin oli luvattukin. Henkilökunnan ja esimiesten mukaan yhteistyö eri palveluiden kanssa pääosin sujuvaa, kotihoidon kanssa ajoittain ongelmia. Lähinnä nämä ongelmat ilmenivät kiinnisaatavuudessa sekä palveluiden hahmottamisen vaikeutena.

Potilaiden mukaan yhteistyö omaisten kanssa jäänyt vähäiselle, lähinnä yleisen keskustelun tasolle. Henkilökunnan ja esimiesten mukaan taas yhteistyö omaisten kanssa hyvää, kommunikointi koettiin helpompana kuin osastolla, koska omaiset enempi läsnä potilaan arjessa ja näin ollen ymmärtävät asiat paremmin. Yhteistyö omaisten kanssa riippui myös omaisista itsestään, toiset omaiset aina paikalla kotisairaalan käyntien yhteydessä, toisten potilaiden omaisia ei juurikaan nähty hoitojakson aikana. Potilaiden ja henkilökunnan vastausten eroavaisuus luultavasti johtuu haastateltujen potilaiden otoksesta, joka ei sisältänyt saattohoitopotilaita. Tämän potilasryhmän kanssa yhteistyö omaisten kanssa on erilaista kuin esimerkiksi infektiopotilaiden.

Potilaiden mielestä yhteistyö kotisairaalan henkilökunnan kanssa oli sujuvaa, harvoin mitään tietokatkoksia ilmeni. Yleisesti potilaan luona kävi koko henkilökunta, vastaajien mielestä tilanteesta riippuen voisi olla parempi, että vain muutama hoitaja kävisi. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saanut myös Tuomi (2005). Tämä on tietysti haasteellista toteuttaa kotisairaalan vähäisen henkilökunnan vuoksi.

Potilaiden mielestä tiedonkulku kotisairaalan ja muiden palveluiden välillä oli sujuvaa, hoitajat tulivat ilmoitettuna ajankohtana ja tiesivät potilaiden taustan ja hoidon tarkoituksen. Tuomen (2005) tekemässä opinnäytetyössä kotisairaanhoidon asiakkaista tiedonsaanti oli parasta niiden mielestä, joiden luona käytiin päivittäin. Kohtalaisesti kokivat saavansa tietoa ne, joiden luona käytiin 1-3 kertaa viikossa.

Kotisairaalan henkilökunta myös välitti tietoa potilaille kotisairaalan sekä erikoissairaanhoidon lääkäreiltä, eikä potilaiden tarvinnut itse asioita hoidella. Kukaan vastaajista ei ollut nähnyt kotisairaalan lääkäriä hoitajaksonsa aikana, osa vastaajista olisi halunnut nähdä. Myös yksi vastaaja oli asioinut kotisairaalan potilaana ollessaan omalääkäriänsä kanssa muissa asioissa, päällekkäisyyttä hoidossa. Verrattaessa osastohoitoon potilaan kaikki asiat hoidetaan osastolääkärin kautta, miksei näin myös kotisairaalassakin.

Henkilökunta ja esimiehet kokivat tiedonkulun omaisten kanssa sujuvana, sekä omaiset että potilaat tietävät kotisairaalan roolin. Omaisten aktiivisuudesta riippuen joko omainen itse tai kotisairaala vastasi muiden palveluiden järjestämisestä kotiin ja näiden tiedottamisen asioista. Ongelmaksi koettiin eri palveluiden roolituksen hahmottaminen, omaiset eivät aina tienneet keneen ottaa yhteyttä missäkin asiassa ja usein näissä tapauksissa otettiin yhteyttä kotisairaalaan. Tiedonkulku eri palveluiden kanssa koettiin suhteellisen sujuvana. Ongelma yksityiset kotipalvelut, jotka eivät sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Näin kotisairaalan henkilökunta ei välttämättä saa mitään tietoa potilaan muusta voinnista ja mahdollisista muista ongelmista. Antosen (2007) tekemässä opinnäytetyössä tiedonkulku eri palveluiden välillä nähtiin sujuvana. Joidenkin asiakkaiden luona oli vihot, johon kotisairaala, kotipalvelu ja omaiset jättivät viestejä toisilleen. Hautalan ja Melonin (2006) tekemässä opinnäytetyössä enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että yhteinen tiedonsiirtomenetelmä parantaa tai parantaisi tiedonsiirtoa. Stakesin (2003) tekemän tutkimuksen mukaan

hoidon jatkuvuuden onnistumisen edellytyksenä on, että potilaan/asiakkaan tiedot ovat ajan tasalla siirtyessä hoitopaikasta toiseen.

Tiedonkulku oman työyhteisön sisällä nähtiin sujuvana, tätä edesauttoi säännölliset palaverit, osastotunnit, hyvä kirjaaminen sekä potilaslista. Myös pienen yksikön ja tiiviin näkemisen arvioitiin edistävän hyvää tiedonkulkua.

Arvolausekkeet yhteistyön toteutumisesta kotisairaalaassa

1. Yhteistyö pääsääntöisesti sujuu eri palveluiden välillä, kotisairaalan toiminnan hahmottaminen välillä vaikeaa.
2. Yhteistyö omaisten kanssa sujuvaa.
3. Tiedonkulku pääsääntöisesti sujuu, ongelmana sähköisen potilastietojärjestelmän ulkopuolella olevat palvelut. Lääkärin näkeminen hoitajakson aikana ei automaattista.
4. Tiedonkulku oman työyksikön sisällä sujuvaa.

9.1.4 Palveluiden järjestäminen

Potilaiden mielestä heidän saamansa palvelut olivat oikeita sekä riittäviä, eivätkä he osanneet kaivata mitään enempää. Ohjaus kotisairaalaan oli ollut sujuvaa, mutta tieto kotisairaalan palveluista puutteellista. Tieto oli jäänyt lähinnä yhteystietokorttien saamiseen. Nykyään kotisairaalaasta tehty esite, jossa tietoa kotisairaalan toiminnasta, ilmeisesti potilaat saavat sen ensikäynnin yhteydessä. Osa vastaajista oli saanut suullista tietoa kotisairaalaasta, lähinnä kun itse siitä kyselivät. Kotisairaalan käyntien loppua osalle vastaajista jatkohoito oli jäänyt aukinaiseksi, osa vastaajista kaipaili kirjallisia jatkohoito-ohjeita, joita osastolta kotiutuessa saa.

Esimiesten ja henkilökunnan mukaan potilaiden palvelut olivat pääsääntöisesti oikeat, toisinaan tullut tilanteita, jossa potilas ei kotisairaalaan kuulu vaan on esimerkiksi kotihoidon potilas. Potilas pyritään ohjaamaan oikeiden palveluiden piiriin, mutta rajallisten resurssien ja kotipalvelun hitaan käynnistymisen vuoksi potilaat saattavat usein jäädä roikkumaan kotisairaalan potilaiksi.

Esimiesten ja henkilökunnan mielestä potilaiden hoitosuunnitelmat pääsääntöisesti ajan tasalla, niiden päivitys henkilökunnan vastuulla. Henkilökunta päivittää suunnitelmia työnsä ohella, aina kun ehtivät. Työn kiire häiritsee päivittämistä ja jos hiljaisinta, saattaa henkilökunta mennä osastoille töihin, jolloin ei aikaa suunnitelmien tarkistamiseen. Anttonen (2007) on saanut opinnäytetyössään samansuuntaisia tutkimustuloksia. Siinä kotisairaanhoidon hoitajat kokivat ongelmaksi, että hoitosuunnitelmaa piti olla koko ajan korjaamassa ja niissä oli paljon vanhaa tietoa. Aikaa niiden päivittämiseen oli huonosti.

Arvolausekkeet palveluiden järjestämisen toteutumisesta kotisairaalassa

- 1.Pääsääntöisesti potilaan palvelut oikeat, palveluiden hidas käynnistyminen ongelma.
- 2.Palvelut pääsääntöisesti riittävät, palveluiden lisäys ei aina onnistu.
- 3.Hoitotyön suunnitelmat pääsääntöisesti ajan tasalla, potilaat kaipasivat jatkohoito-ohjeita hoidon loputtua.

9.1.5 Toisten arvostaminen

Potilaat arvioivat kotisairaalan henkilökunnan ilmapiirin hyväksi ja kokivat, että henkilökunta tulee hyvin toimeen keskenään. Kotisairaalan henkilökunta arvioitiin ammattitaitoiseksi. Myös tiedonkulun nähtiin sujuvan henkilökunnan välillä.

Esimiesten ja henkilökunnan mukaan työyhteisön ilmapiiri koettiin hyvänä sekä avoimena, henkilökunta oli sitoutunutta työhönsä ja heidän keskinäinen kemiansa nähtiin toimivana. Säännöllisen työnohjauksen nähtiin parantavan ilmapiiriä ja pitävän sen avoimena.

Pienen työyhteisön nähtiin esimiesten ja henkilökunnan mukaan olevan sekä etu että rasite työyhteisölle. Etuna pienelle työyhteisölle mainittiin tiivis yhteistyö, jota edesauttoivat lähekkäin sijaitsevat työpisteet ja päivittäiset palaverit. Rasitteeksi taas koettiin se, että lyhyetkin poissaolot heijastuvat heti työyhteisöön, koska vähän työn-

tekijöitä. Varahenkilöt koettiin hyvänä apuna kotisairaallalle, tosin hekään eivät aina käytettävissä tilanteen niin vaatiessa.

Henkilökunta koki työn epätasaisuuden huonona, kun kotisairaalassa vähän potilaita, saatettiin henkilökuntaa ohjata muualle töihin, mikä taas aiheutti vastaajissa ylimääräistä stressiä. Myös vaihteleva vahvuus koettiin rasitteena työskentelyssä.

Tiedonjakaminen koettiin sujuvana sekä esimiesten että henkilökunnan mielestä. Täähän nähtiin vaikuttavan osastotunnit, asioista keskusteleminen päivittäin, henkilökunnan erikoisosaaminen sekä kirjaaminen. Kirjaamisessa mainittiin erityisesti potilaslista, jonka koettiin oleellisesti parantaneet tiedonkulkua kotisairaalassa.

Arvolausekkeet toisten arvostamisen toteutumisesta kotisairaalassa

1. Työyhteisön ilmapiiri hyvä ja avoin. Epätasainen vahvuus ja ohjaaminen muualle töihin aiheuttavat lisästressiä työyhteisössä.

2. Tiedon jakaminen sujuvaa.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pohdinta

Tulosten ja todellisuuden vastaavuus tulisi olla tavoitteena jokaisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen, vaan aineisto kootaan sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy. Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat hänen omat tunteensa ja intuiotensa. Aineiston luotettavuuteen voi vaikuttaa tutkijan perehtyneisyys tutkittavaan kohteeseen ja tutkijan tulee olla tietoinen omista ennakkokäsityksistään. Hänen on pyrittävä haastattelun aikana jatkuvaan objektiivisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205-207.) Tämän opinnäytetyön luotettavuuteen tutkijan omat näkemykset eivät vaikuttaneet, tutkijalla ei ole omakohtaista kokemusta kotisairaalassa työskentelystä ja kotisairaala yksikkönä on tutkijalle vieras. Ainoastaan kotisairaalan henkilökunta oli opinnäytetyön tekijälle tuttuja yhteisen työorganisaation kautta.

Tutkimuksen luotettavuutta tavoiteltiin teemahaastattelurungon avulla. Teemahaastatteluun liitetyt määritelmät oli nostettu esiin Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvoista. Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa heikentävästi, jos käytetyt määritelmät eivät ole tutkittavan ilmiön kannalta olennaisia (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184). Luotettavuutta pyrittiin parantamaan haastattelurunkoon lisättyjen tarkentavien kysymysten avulla. Kysymysten tarkoituksena oli rajata keskustelu kohdistumaan asiaan, jota haluttiin tarkastella ja tutkia.

Tutkimuksen sisällön validiteettia eli tarkoituksellisuutta on pyritty dokumentoimaan opinnäytetyöntekijän objektiivisesta näkökulmasta. Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt tuomaan esiin haastateltujen ajatusmaailmaa. Kuitenkin on muistettava, että haastattelujen tulos on aina seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabelius koskee sitä, että kaikki käytössä oleva aineisto on otettu huomioon tulosten tarkastelussa. Tuloksissa on tarkoituksena niin pitkälle kuin mahdollista heijastaa tutkittavien maailmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 189.) Tutkimukseen otettiin kaikki haastattelujen kautta saatu tieto. Tuloksissa käytettiin haastateltujen ajatusten esille tuomisessa suoria lainauksia. Lainauksien tarkoituksena oli vähentää tulkinnallisia virheitä ja parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Lainauksissa on otettu huomioon se, ettei vastaajan henkilöllisyys tai asema tule ilmi.

Tämä opinnäytetyö antoi tietoa siitä, miten kotisairaalan arvot toteutuvat sekä henkilökunnan että potilaiden arvioimana. Tutkimustulosten perusteella Rauman kaupungin kotisairaala pystyy kehittämään toimintaansa niiltä osin, missä ongelmaa ilmeni. Jatkotutkimuksena voisi tulevaisuudessa selvittää, onko arvojen toteutumiseen kotisairaalassa tullut muutoksia, onko toiminta parempaa ongelmakohtien osalta. Tässä tutkimuksessa rajattiin saattohoitopotilaat pois, heidän näkemyksensä arvojen toteutumisesta voisi tuoda erilaisen tuloksen. Toisena jatkotutkimushaasteena voisi miettiä saattohoitopotilaiden näkemyksiä arvojen toteutumisesta Rauman kaupungin kotisairaalassa.

10 SUOSITUKSET

Opinnäytetyön haastatteluiden pohjalta on noussut esille muutamia kehittämissuhteita Rauman kaupungin kotisairaalan toiminnan parantamiseksi. Ohessa esitän kehittämissuhteet teemoittain.

10.1 Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

Potilaiden mielestä heidän oma päätöksentekonsa hoitoonsa oli jäänyt vähäiselle, vaikka henkilökunnan ja esimiesten mukaan potilas päättää mahdollisuuksien mukaan aina hoidostaan. Tulevaisuudessa potilaiden päätöksentekoa tulisi ottaa enemmän huomioon, esimerkiksi keskustelemassa eri haavanhoitotuotteista, mikä olisi paras potilaan elämäntyyli huomioiden. Myös antibioottitiputuksia saavalta voisi kysellä toivomuksia tipanpaikasta. Näillä pienillä asioilla potilas saa jo tunteen, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa, kysymys ei tarvitse olla isoista asioista ja päätöksistä.

10.2 Osallistumisen edistäminen

Potilaat eivät tienneet omasta hoitosuunnitelmastaan, vaikka henkilökunta ja esimiehet kertoivat sen tehtävän heti ensimmäisellä käynnillä. Tulevaisuudessa olisi syytä miettiä esimerkiksi paperiversiota hoitosuunnitelmasta, joka täytettäisiin yhdessä potilaan kanssa ja näin hoidon tavoitteet ja tarkoitus konkretisoituisivat paremmin potilaalle. Myös ensikäynnin yhteydessä olisi potilaalle hyvä selventää, mikä potilaan hoitosuunnitelma on ja miten hoito tästä etenee.

Potilaat myös kokivat kotisairaalan keskittyvän enemmän sairauksien hoitoon kuin ennaltaehkäisevään terveyden edistämiseen. Tämän he epäilivät johtuvan kiireestä. Henkilökunta koki, että jos kiirettä ei olisi, ehtisi viettää enemmän aikaa potilaan luona, jolloin myös enemmän aikaa ennaltaehkäisevälle neuvonnalle. Tämä kiire saattaa osittain johtua epätasaisesta vahvuudesta, joka vaihtelee päivittäin. Jos vah-

vuus olisi tasainen jatkuvasti, jäisi näin ollen myös aikaa enemmän potilaille ja neuvonnalle. Tulevaisuudessa vahvuuden tasaistamista varahenkilön avulla voisi miettiä.

10.3 Yhteistyö

Haastatelluista potilaista kukaan ei ollut nähnyt hoitojaksonsa aikana lääkäriä, vaikka osa olisi halunnut. Saattohoitopotilaiden luona lääkäri käy automaattisesti ensi käynnillä, voisi olla hyvä jos lääkäri kävisi aina ensi käynnillä jokaisen potilaan luona. Näinhän toimitaan esimerkiksi osastolla, jossa lääkäri käy aina tutustumassa uuteen potilaaseen. Näin potilaat näkisivät lääkärin ja saisivat tarvittaessa kysyä mieltä askarruttavista asioista. Potilaat myös kokivat, että yhteistyö omaisten kanssa jäi lähinnä jutustelun tasolle. Voisikin miettiä, onnistuisiko ensikäynnin yhteydessä sopia niin, että potilaan omainen olisi paikalla, jolloin myös omainen saisi saman informaation kuin potilas.

10.4 Palveluiden järjestäminen

Potilaat kaipasivat enemmän kirjallista tietoa kotisairaalan toiminnasta, nykyään kotisairaallalla esite käytössä, joka ilmeisesti annetaan potilaalle ensikäynnin yhteydessä. Potilailta kannattaisi kysyä mielipidettä esitteestä, onko kattavasti tietoa toiminnasta. Voisi myös miettiä potilaan hoitosuhteen päättyessä antaa potilaalle kirjalliset jatkohoito-ohjeet ja epikriisin kotisairaalan hoitojaksosta.

10.5 Toisten arvostaminen

Henkilökunta koki ylimääräistä stressiä työnsä epätasaisuudesta sekä varahenkilöiden jakamisesta koko talon kanssa. Tulevaisuudessa voisi ajatella yhden varahenkilön kiinnittämistä vallan kotisairaalan vahvuuteen, jolloin vahvuutta voitaisiin saada tasaisemmaksi. Hiljaisina hetkinä voisi varahenkilö mennä työskentelemään osastoille, jolloin kotisairaalan henkilöstö pystyisi keskittymään esimerkiksi hoitosuunnitelmien päivittämiseen.

LÄHTEET

Alaja, K. (2005). Sairaanhoidajat olleet aktiivisia Imatran muutosprosessissa. Artikkel. Suomen Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajalehti 4/2005.

Alin, T. Kotisairaala. Vastaanottaja: mari.aronen@wippies.com. Lähetetty 28.3.2011 klo 9.29.33. Viitattu 5.4.2011.

Andersson, A., Beck-Friis, B., Britton M., Carlsson P., Fridegren I., Fürst C-J., Strang P. & Willman A. Palliativisesta kotisairaalahoidosta vastaavana avustajajäsenenä: Miller M., MD. 1999. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering Effekter och kostnader. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Avancerad-hemsjukvard-ochhemrehabilitering-Effekter-och-kostnader/>. 12.12.2008.

Andersson, S., Finne-Soveri, H., Heinola, R., Kattainen, E., Kauppinen, S., Sinervo, T., Topo, P. & Voutilainen, P. (2007). Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes.

Anttonen, K. (2007). Harjavallan kotisairaanhoido henkilökunnan kokemana. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Arvela, O. Kotisairaala. Vastaanottaja: mari.aronen@wippies.com. Lähetetty 7.6.2011 klo 14.33.55. Viitattu 12.7.2011.

Arvo, S. & Loitomaa, T. (2009). Henkilöstön näkemys kotipalvelun laadusta Raumalla. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Burl, J., Burton, JR., Burton, L., Clark, R., Greenough, WB., Guido, S., Leff, B., Mader, S., Naughton, B & Steinwachs, D. (2006). Satisfaction with hospital at home care. Journal of the American Geriatrics Society, 2006 Sep;54(9):1355-63. [viitattu 22.4.2013]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x/abstract>

Eskola, J. (2001). Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus

Fin Soc, Sosiaalipalveluiden evalutaatioryhmä (2001). Arviointi sosiaalipalveluissa – katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Stakes.

Haho, A. (2011). Kollegiaalinen työyhteisö puhalttaa yhteen hiileen. Silmähoitaja lehti, vsk 20, nro 1, 8-10.

Haikola, K., Juven, J. & Kärki, T. (2008). Hoitotyöntekijöiden kokemuksia palliativisen potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Lahden ammattikorkeakoulu.

Halonen, M. (2012). Kotisairaanhoidon tuntu turvalliselta. Sairaanhoidaja lehti, 9/2012.

Hautala, T. & Meloni, D.(2006). Yhteistyö Porin kotisairaalan ja yhteistyökumppaneiden välillä: kyselytutkimus Porin kotisairaalan yhteistyökumppaneille hoitohenkilöstön näkökulmasta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Heinola, R. (2007). Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2004). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2010). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Hirvonen, R. (1995). ”Kuin köyhä hevonen, kaura-annokseen tyytyväne” kotihoidon palveluja saavan vanhuksen arki. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hotakainen, E., Huhtakangas, T. & Lemponen, U. (2010). Terveystieteen edistäminen sairaalassa. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä asiakkaiden ja potilaiden terveyden edistämisestä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. (2010). Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P & Ruusuvuori, J. (toim.) Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere.

Hägg, T., Ivanoff-Lahtela, P., Rantio, M., Suikki, P. & Vuori, A. (2007). Hoitotyö kotona. Porvoo: WSOY.

Hämäläinen, K. & Korkeakoski, H. (2000). Saa olla omassa tutussa ympäristössä – potilaiden kokemuksia hoidosta kotisairaalassa. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Ikonen, E-R. & Julkunen, S.(2007). Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Ikonen, E-R. (2013). Kehittyvä kotihoito. Edita Helsinki.

Jaatinen, P.T. (2011) Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden nettisivut.[viitattu 14.7.2011]. Saatavissa:

http://www.rauma.fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/

Karjalainen, A. (2001). Tentin teoria. Väitöskirjatyö. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta.

Kokkonen, H. & Laine, P.(2001). Lempeästi saatellen – läheisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta Porin kaupunginsairaalan kotisairaалassa. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Kujala, R. (2004). Kotisairaалatoiminta tasapainoisen onnistumisstrategian näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimus Oulun ja Porin kotisairaалoiden merkityksestä. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita PrimaOy

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. [viitattu 21.3.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lappalainen, T. & Turpeinen, A. (1998). Auttamistyö kotona. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Launis, V. & Louhiala, P. (2009). Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Edita. Helsinki.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2009). Etiikka hoitotyössä. WSOY.

Lindroos, S., Nevala, S., Virtanen, J.A. & Vuori-Kemilä, A. (2005). Ihmisen hyvä – etiikka lähihoitotyössä. WSOY. Helsinki.

Länsimies – Antikainen, H., Pietilä, A-M., Pirttilä, T. & Vähäkangas, K. (2010). Terveystieteiden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveystieteiden edistäminen, teorioista toimintaan. WSOY.

Molander, G. (2002). Kuoleman hoitaminen kotisairaалassa. Suomen Lääkärilehti 57 (35), 3387.

Myllykangas, M. & Ryyänen, O-P. (2000). Terveystieteiden etiikka. WS Bookwell Oy. Juva.

Mäkipää, P. (2009). Itsemäärääminen. Teoksessa Mäkipää, P., Suominen, H. & Suonsivu, K. (toim.) Eettisiä pohdintoja laitoshoidossa. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja 11/2009. Tampere.

Männistö, E. (2001). Eettisyys terveystieteidenhuollossa – sairaanhoitajaopiskelijoiden ja lääkäriopiskelijoiden näkökulmasta tarkasteltuna. Lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Nchamba, G. & Ngum, M. (2012). Palliative care for cancer patients in a hospice home. Bachelors' thesis. Laurea university of applied sciences.
- Paappanen, E. (1998). Hoitotyön eettiset kysymykset kotisairaanhoidossa – kuvaus hoitotyön eettisistä ongelmista, ratkaisuista ja perusteista kotisairaanhoidajan kokemana. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Packalén, L. (2004). Vanhusten ja omaisten kokemuksia kotona avun turvin asumisesta. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Peltoniemi, M.(2000). Hoidon laatu Säskylän terveystieteiden valvotussa kotisairaanhoidossa potilaiden kokemana. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Pöyry, P. & Perälä, M-L. (2003). Tieto ja yhteistyö yli 65 -vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Stakesin monistamo, Stakes.
- Rauman kaupunginvaltuusto (2006, päivitys 2009). Rauman kaupungin ikääntymispoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämissuunnitelma vuoteen 2012. [viitattu 23.11.10] Saatavissa: <http://www.rauma.fi/sosiaali/ikaihmiset/Vanhuspoliittinen%20kehitt%C3%A4misohjelma.pdf>
- Robson, C. (2001). Käytännön arvioinnin perusteet. Tammi. Helsinki.
- Saarelma, K. (2005). Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005 (121), 203-209.
- Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (1996). [viitattu 22.3.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2009). Hoitotyön etiikka. Edita. Helsinki.
- Shepperd, S. (2001). Hospital at home versus in-patient hospital care.[viitattu 22.4.2013]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000356/abstract>
- Sieppi, K. (2008). Kollektiivinen asiantuntijuus hoitotyössä – ”ollaan kaikki yhtä”. Opinnäytetyö. Ylempi amk. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- STM (2006). Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki. [viitattu 27.8.10]. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/C69BB734-F279-42BB-B2E7-981F3E7F1BD4/0/Strategia2015.pdf>

STM (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Esitteitä 2005:7.[viitattu 9.11.11]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1062477

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto (2008). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki, [viitattu 27.8.10]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

Tilastokeskus (2012). Väestön ennakkotilasto 2012 heinäkuu. [viitattu 26.3.2013]. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vamuu/2012/07/vamuu_2012_07_2012-08-16_tie_001_fi.html

Tuomi, K. (2005). Harjavallan kotisairaanhoido asiakkaan kokemana. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) (2001). Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE- julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. [viitattu 9.11.11]. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Vartiainen, P. (1993). Monitahoarviointi palveluorganisaatioiden vaikuttavuuden arvioinnin mallina. Vaasan yliopisto.

Vartiainen, P. (2007). Monitahoarvioinnin periaatteet ja prosessit. Teoksessa Viinämäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Tammi. Gummerrus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Voutilainen, P., Raassina, A-M. & Nyfors, H. 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2008:47. [viitattu 12.10.10]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto

OPINNÄYTETYÖ-
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1(3)

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSEN TEKIJÄ	Sukunimi	Etinimet
	Aronen	Kari Susanna
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Kellokuja 7 Puhelin	27230 Lappi Sähköpostiosoite
040-5276144 Sukunimi (Muut tekijät)	marj.aronen@student.sami.fi	Etinimi
Tutkintustilasto, oppilaitos tai muu tutkintokeskus		
Satakunnan ammattikorkeakoulu		
Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto		
Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulu		

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA	Nimi	
	Teeri Sari	
	Toimipaikka ja osoite	
	Tiilimäen kampus, Maamiehenkatu 10, 28500 PORI	Sähköpostiosoite
Puhelin		sari.teeri@sami.fi
0447103423	Opinnoista ja ammatti	
TIT yllöpettaja		

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUS	Opinnäytetyön/ tutkimuksen nimi
	Eett. Lneliperusta, RCI-r11, aati2 u-q/ikotisa- a 5JC3_ssa
	Opinnäytetyön/ tutkimuksen taso
	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> AMK -opinnäytetyö
	<input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä
	<p>Lyhyt yhteenveto (Opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointitapa, tutkimuksen merkityksen arviointi, eettiset näkökohdat)</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvojen toteutuvan kotisairaalan toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena on arvioinnin perusteella kehittää kotisairaalan toimintaa. Arviointimenetelmänä käytän monitahoarviointia, joka tarkoittaa sitä, että mahdollisimman moni toimija osallistuu tiedon tuottamiseen ja antaa oman näkökulmansa asiasta. Arviotavaa kohdetta tarkastellaan avainryhmien kautta, jotka ovat sidoksissa arviotavaan kohteeseen. Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastatteluna. Työssäni haastattelen kotisairaalan henkilökuntaa, osastonhoitajan, ylilhoitajan sekä kotisairaalan asiakkaita, Henkilökuntaa ja asiakkaita informoidaan haastattelusta saatelikeellä ja heidän suostumuksensa haastatteluun pyydetään kirjallisena. Haastattelut tuleaan tekemään kevään 2012 aikana ja tutkimuksen tulokset valmistuvat ensi syksynä/ talvena, jolloin raportoin tuloksistani Rauman terveyskeskuksessa. Tulokset ovat myös nähtävillä Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Porin yksikön kirjastossa, jonne jymitari_VCilm_linty_6_fi_-8J110-a_U_11_Ci_fi.3) ja terveysvirasto saa valmiin. t991</p>

	<p>käytettäväkseen. Ennen haastattelun aloittamista kerron haastattelun tarkoituksen ja tavoitteen, sekä annan mahdollisuuden kysymysten esittämiseen. Haastateltavien yksityisyys suojataan, heidän henkilöllisyyttään ei tuoda tutkimuksessa esille vaan he pysyvät anonyymeinä. Haastattelumateriaali tulee ainoastaan opinnäytetyöntekijän käyttöön ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.</p>								
<p>YHTEYSHENKILO(T) SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESTA</p>	<p>Joita opinnäytetyö/tutkimuksen teko voidaan suorittaa mahdollisimman joustavasti ja ao. yksikön kannalta mielekkäästi, on tutkijan syytä ennen varsinaista luvanhakua ottaa yhteys tämän yksikön esimieheen tai muuhun vastaavaan henkilöön ja sopia alustavasti tutkimuslähtökohdat. Yhteyshenkilön nimi merkitään tähän</p> <table border="1"><tr><td>Nimi</td><td>Yksikkö</td></tr><tr><td>Outi Arvela</td><td>Terveyskeskus_ sairaala</td></tr><tr><td>Puhelin</td><td>Sähköposti</td></tr><tr><td>028352618</td><td>outi.arvela@rauma.fi</td></tr></table>	Nimi	Yksikkö	Outi Arvela	Terveyskeskus_ sairaala	Puhelin	Sähköposti	028352618	outi.arvela@rauma.fi
Nimi	Yksikkö								
Outi Arvela	Terveyskeskus_ sairaala								
Puhelin	Sähköposti								
028352618	outi.arvela@rauma.fi								
<p>HAKEMUKSEN LIITTEET</p>	<p>[g] Opinnäytetyö-/tutkimussuunnitelma, josta ilmenevät opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käyretty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointi, tutkimuksen arviointi, eettiset näkökohdat</p> <p>[g] Kyselylomake</p> <p><input type="checkbox"/> Muu, mikä</p> <table border="1"><tr><td>Aineiston keruuaika (alkaa/päättyy)</td><td>Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika</td></tr><tr><td>kevät 2012</td><td>tammikuu 2013</td></tr></table>	Aineiston keruuaika (alkaa/päättyy)	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika	kevät 2012	tammikuu 2013				
Aineiston keruuaika (alkaa/päättyy)	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika								
kevät 2012	tammikuu 2013								
<p>TUTKIJAN SITOUKSEN JA ALLEKIRJOITUS</p>	<p>Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä</p> <p>Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.</p> <p>Tutkimusraportista ei ole yksilöllä välttämättä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä.</p> <p>Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan.</p> <p>Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön.</p> <p>Sitoudun noudattamaan ehdotonta vaihtoluovollisuutta ja luovuttamaan korvauksetta opinnäytetyöstä/tutkimuksesta sen valmistuttua kaksi kappaletta, kannellinen ja toinen ilman, Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolle. Mikäli opinnäytetyön/ tutkimuksen teko keskeytyy, tulen ilmoittamaan siitä Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kehittämissivustolle</p>								

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystyö

OPINNÄYTETYÖ-
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

6(2)

ALLEKIRJOITUS	I Palkka ja aika Raumalla Allekirjoitus ja nimen selvitys	20/32012 Mari Aronen
---------------	---	-------------------------

Hakemuksen ja valmistuneen opinnäytetyön/tutkimuksen palautus

Rauman sosiaali- ja terveystyö
Kehittämispalvelut
Steniuksenkatu 2
26100 Rauma
puhelinvaihe 02 834 11 tai 02 835 11

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
2.4.2012

45/2012

Muut asiat

OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:

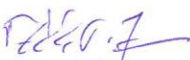
Eettinen perusta Rauman kaupungin kotisairaalassa

Hakija: Mari Aronen
Kellokuja 7
27230 Lappi

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen
allekirjoitus


Pekka T. Jäätinen
Sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 11.4.2012

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto
asianosaiselle

Tämä päätös on
 lähetetty tiedoksi mainituille

Tämä päätös on
 annettu tiedoksi mainituille

Päiväys



Tiedoksiantaja

Marja Laasonen

Otto-oikeus

Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimus-
ohjeet

Oikaisuvaatimusviranomaisen
Sosiaali- ja terveyslautakunta
PL 283
26101 Rauma

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Ylempi AMK- tutkinto

Mari Aronen

XXXXXXXXX

XXXXXXXXX

XXXXXXXXX

mari.aronen@student.samk.fi

HYVÄ KOTISAIRAALAN ASIAKAS

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Valmistumisvaatimukseeni sisältyy opinnäytetyö. Opinnäytetyöni aihe on eettinen perusta Rauman kaupungin kotisairaalassa.

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kotisairaalan arvojen toteutumista selvittämällä, miten kotisairaalan henkilökunta ja asiakkaat arvioivat kaupungin sosiaali- ja terveystoimen arvojen toteutuvan kotisairaalan toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena on arvioinnin perusteella kehittää kotisairaalan toimintaa. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna, haastattelun teemoja ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, osallistumisen edistäminen, yhteistyö sekä palvelujen järjestäminen.

Haastattelu toteutetaan asiakkaan kotona ennalta sovittuna ajankohtana. Mikäli myöhemmin aineistosta nousee epäselvyyksiä, sitä täydennetään puhelinhaastattelun avulla. Pyydän Teiltä kohteliaimmin haastattelu tilanteessa allekirjoituksella vahvistamaan suostumuksenne haastatteluun. Opinnäytetyön tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Kaikki kerätty aineisto tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön. Saadut tiedot säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen saakka, jonka jälkeen ne hävitetään.

Yhteistyöstä kiittäen

Mari Aronen

sairaanhoitaja

HAASTATTELUN TEEMAT

1. Elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen

- koti hoitopaikkana
- yksilön oma elämäntyyli (tavat, tottumukset, toiveet)
- potilaan päätöksenteko (itsenäisyys ratkaista tarvittava hoito)
- toimiminen vastoin potilaan tahtoa (suostuttelu hoitoon)

Hoitajat, osastonhoitaja, ylihoitaja:

- Miten koti hoitopaikkana vaikuttaa työhön?
- Miten asiakkaan elämäntyyli vaikuttaa työhön / näkyy työssä?
- Miten potilaan päätöksenteko omaan hoitoon otetaan huomioon?
- Joutuuko työssä toimimaan vastoin potilaan tahtoa, esimerkiksi suostuttelemalla hoitoon? Millaisia tilanteita ovat?

Asiakkaat:

- Miten koti hoitopaikkana vaikuttaa hoitoosi? Yksityisyys?
- Huomioivatko hoitajat elämäntyylisi hoidossasi?
- Saatko osallistua päätöksentekoon koskien omaa hoitoasi?
- Toimivatko hoitajat vastoin tahtoasi, esimerkiksi suostuttelemalla hoitoon? Muita tilanteita?

2. Osallistumisen edistäminen

- hoitosuunnitelmaan osallistuminen
- terveyden edistäminen (ennaltaehkäisevä hoito, sairauksien hoito)
- terveyden edistämisen estävät tekijät (kiire, liiallinen työmäärä)

Hoitajat, osastonhoitaja, ylihoitaja:

- Miten asiakas otetaan mukaan hoitosuunnitelman tekoon? Kuka tekee hoitosuunnitelman?
- Miten asiakkaan terveyttä edistetään? Ennaltaehkäisevää hoitoa, esim. neuvonta? Vai onko pelkkää sairauksien hoitoa?

- Mitkä tekijät estävät terveyden edistämistä?

Asiakkaat:

- Osallistutko hoitosuunnitelman tekoon? Tiedätkö omasta hoitosuunnitelmastasi?
- Mitä terveyden edistäminen mielestäsi on?
- Edistetäänkö terveyttäsi? Saatko ennaltaehkäisevää hoitoa vai onko pelkkää nykyisten sairauksien hoitoa?
- Kaipaisitko terveyden edistämistä enemmän?

3. Yhteistyö

- eri palveluiden välillä (kotipalvelu, osastot)
- yhteistyö omaisten kanssa
- tiedonkulku
- oma työyhteisö

Työntekijät, osastonhoitaja, ylihoitaja:

- Miten yhteistyö toimii eri palveluiden välillä?
- Miten toimii yhteistyö omaisten kanssa?
- Miten koet tiedonkulun, omaisten kanssa sekä eri palveluiden välillä?
- Miten koet tiedonkulun oman työyhteisösi välillä?

Asiakkaat:

- Miten yhteistyö toimii? Onko sujuvaa, esim. osastot/päivystys- koti välinen yhteistyö?
- Miten sujuu yhteistyö henkilökunnan kanssa? Otetaanko omaiset huomioon?
- Miten koet tiedonkulun, henkilökunnan ja eri palveluiden välillä?

4. Palvelujen järjestäminen

- oikeat palvelut
- palveluiden riittävyys
- ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma

Hoitohenkilökunta, ylihoitaja, osastonhoitaja:

- Onko asiakkaan palvelut mielestäsi aina oikeat? Onko oikeita palveluita helppo saada?

- Ovatko palvelut riittävät? Onnistuuko niiden lisäys helposti?
- Onko hoitosuunnitelma ajan tasalla? Kuka päivittää?

Asiakkaat:

- Ovatko saamasi palvelut mielestäsi oikeat tilanteesi nähden? Onko palveluita helposti saatavilla?
- Ovatko saamasi palvelut riittäviä? Onnistuuko palveluiden lisäys helposti?
- Ohjaus palveluihin?
- Tieto palveluista?

5. Toisten arvostaminen

- avoin ilmapiiri
- tiedon jakaminen

Hoitohenkilökunta, ylihoitaja, osastonhoitaja:

- Millainen on työyhteisösi ilmapiiri? Mikä hyvää, mikä huonoa?
- Tiedon jakaminen työyhteisössä? Miten sujuu?

Asiakkaat:

- Mikä on teidän näkemyksenne kotisairaalan henkilökunnan ilmapiiristä? Mikä hyvää, mikä huonoa?
- Tiedon jakaminen työyhteisössä, onko mielestänne sujuvaa?

LIITE 5

Aikaisemmat tutkimukset

Tutkimuksen tekijä, nimi ja tutkimustehtävät	Tutkimuksen aineisto ja menetelmät	Tutkimuksen päätulokset
<p>Anttonen, K. (2007) Harjavallan kotisairaanhoidon henkilökunnan kokemana.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Harjavallan kotisairaanhoidon laatua henkilökunnan kokemana.</p>	<p>n=4</p> <p>teemahaastattelu</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan Harjavallan kotisairaanhoidon työntekijät olivat tyytyväisiä työhönsä. Henkilökunta halusi kehittää ammattitaitoaan. Henkilökunta arvioi tietämyksensä kunnan palveluista ja etenkin sosiaalipuolen asioista melko huonoksi. Eniten ongelmia esiintyi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyössä. Hoidon suuntaviivojen tulisi olla yhtenevämmät ja työnkuvia tulisi selkeyttää entistä paremmin. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välille toivottiin lisää yhteistyötä.</p>
<p>Arvo, S. & Loitoma, T. (2009) Henkilöstön näkemys kotipalvelun laadusta Raumalla.</p> <p>Tutkimuksessa haluttiin selvittää, miten kotipalveluhenkilöstö kokee antamiensa palvelujen laadun. Lisäksi tutkimuksessa etsittiin mahdollisia kotihoidon kehittämisen- ja koulutustarpeita.</p>	<p>n=54</p> <p>kyselylomake</p>	<p>Kotipalveluhenkilöstön suurin kritiikki laadun suhteen kohdistui sosiaali- ja terveystoimen väliseen yhteistyöhön sekä työhyvinvointiin. Palvelutarpeen arviointi sekä hoidon ja palvelun toteutus koettiin pääsääntöisesti hyvin toteutuneeksi.</p>
<p>Haikola, K., Juven, J. & Kärki, T. (2008) Hoitotyöntekijöiden kokemuksia palliatiivisen potilaan hoitotyöstä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten hoitotyöntekijät kokevat palliatiivisen potilaan hoitotyön.</p>	<p>n=10</p> <p>kyselylomake</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella hoitotyöntekijät kokivat palliatiivisen potilaan hoitotyön haasteelliseksi. Haasteelliseksi hoitotyön teki se, että toisaalta palliatiivisen potilaan hoitotyö koettiin tärkeäksi, mutta samalla myös ahdistavaksi ja vaikeaksi. Hoitotyöntekijät kokivat työssä jaksamiseensa vaikuttavan koko työyhteisön heidän omien voimavarojensa lisäksi. Samoin palliatiivisen potilaan hoidon laatuun vaikutti ammattitaitoinen työyhteisö.</p>
<p>Hautala, T. & Meloni, D. (2006) Yhteistyö Porin kotisairaalan ja yhteistyökumppaneiden välillä : kyselytutkimus Porin kotisai-</p>	<p>n=198</p> <p>kyselylomake</p>	<p>Tulosten mukaan yhteistyö on sujunut yhteistyökumppaneiden mielestä kohtalaisen hyvin kotisairaalan kanssa. Ne ammattiryhmät, joilla ei ole yhteistä</p>

<p>raalan yhteistyökumppaneille hoitohenkilöstön näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotisairaalan yhteistyökumppaneiden näkemyksiä yhteistyön toteutumisesta kotisairaalan kanssa.</p>		<p>tiedonsiirtojärjestelmää kotisairaalan kanssa, kokivat tiedonkulun ongelmalliseksi ja toivoivat yhteistä tietojärjestelmää.</p>
<p>Hirvonen, R. (1995) ”Kuin köyhä hevonen, kauraanokseen tyytyväene” kotihoidon palveluja saavan vanhuksen arki.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella kotihoidon palveluja saavan vanhuksen arkea. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, mitä kotona asuminen merkitsee vanhuksille, mitä apua kotona asuvat vanhukset tarvitsevat ja keneltä he sitä saavat sekä millaiseksi vanhukset kokevat kotona saamansa hoidon.</p>	<p>n=66</p> <p>kyselylomake teemahaastattelu</p>	<p>Kotona selviytyminen lisäsi vanhusten kokemusta elää kunnioitettua ja arvokasta elämää. Vanhuksen kokema vapauden tunne ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen tukivat arvokkuuden kokemusta. Vanhukset toivoivat kotihoidolta enemmän keskustelua ja seurustelua, työntekijöiden kiire ja vaihtuvuus saivat vanhuksilta eniten kritiikkiä.</p>
<p>Hotakainen, E., Huhtakangas, T. & Lemponen, U. (2010) Terveyden edistäminen sairaalassa. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä asiakkaiden ja potilaiden terveyden edistämisestä.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää eri ammattiryhmien näkemyksiä toimia terveyttä edistävän hoitokulttuurin mukaan Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa, Jyväskylä-alueella ja Kokkolan terveyskeskuksessa sekä lisätä tietoa terveyden edistämisestä. Tavoitteena oli myös antaa kehittämisehdotuksia siitä, miten terveyttä edistävää hoitokulttuuria voitaisiin parantaa.</p>	<p>n=93</p> <p>kyselylomake</p>	<p>Tulosten perusteella hoitohenkilökunnalla on hyvin erilaisia käsityksiä terveyden edistämisestä. Käsitykset liittyivät sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitamiseen, kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, elämäntapoihin, ohjaamiseen ja tukemiseen sekä työntekijän omaan hyvinvointiin. Tärkeimmäksi osa-alueeksi muodostui sairauksien ennaltaehkäisy ja hoitaminen. Tutkimuksesta nousi esille, että hoitohenkilökunnan arvoilla ja asenteilla on merkitystä asiakkaiden ja potilaiden terveyden edistämiseen. Tuloksista kävi ilmi, että työntekijät käyttävät aikaa terveyden edistämiseen ja heidän mielestään terveyden edistäminen on osa arkityötä. Tuloksista selvisi, että työntekijät kiinnittävät eniten huomiota ravitsemukseen, liikuntaan, uniryhtiin, psyykkiseen hyvinvointiin ja päihteiden käyttöön edistäessään asiakkaiden ja potilaiden terveyttä.</p>
<p>Hämäläinen, K. & Korkeakoski, H. (2000) Saa olla omassa tutussa ympäristössä – potilaiden kokemuksia hoidosta kotisairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaan kokemuksia</p>	<p>n=65</p> <p>kyselylomake</p>	<p>Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan hoidon laatu kotisairaalassa oli varsin hyvä. Potilaat kokivat henkilökunnan ammattitaitoiseksi ja kotisairaalan tarpeelliseksi hoitovaihtoehdoksi perinteiselle vuodeosastohoidolle. Potilaat pitivät</p>

<p>hoidostaan Porin kaupunginsairaalan kotisairaalassa. Potilaat arvioivat kokonaishoidon, turvallisuuden ja yksilöllisyyden toteutumista hoidossaan, henkilökunnan kykyä tukea heitä itsenäisessä suoriutumisessa sekä kotisairaalan tarpeellisuutta.</p>		<p>kotisairaalan parhaimpana etuna mahdollisuutta saada hyvää hoitoa omassa kodissaan. Kotona tapahtuvassa hoidossa potilaat kokivat voivansa vaikuttaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.</p>
<p>Kokkonen, H. & Laine, P. (2001) Lempeästi saatellen – läheisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta Porin kaupunginsairaalan kotisairaalassa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata läheisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta Porin kaupunginsairaalan kotisairaalassa.</p>	<p>n=6 teemahaastattelu</p>	<p>Opinnäytetyön tulosten mukaan kotisairaalan henkilökunta mahdollisti hyvän saattohoidon toteutumisen. Kotisairaala kunniotti potilaiden ja läheisten tahtoa ja toiveita, jolloin potilas sai kuolla arvokkaasti. Läheiset kokivat, että henkilökunta oli ammattitaitoinen ja inhimillinen hoitaessaan potilasta. Saattohoitopotilaan hoito oli turvallista ja yksilöllistä. Lisäksi henkilökunta ohjasi ja tuki läheisiä hyvin saattohoitovaiheen aikana.</p>
<p>Kujala, R. (2004) Kotisairaaloiminta tasapainoisen onnistumisstrategian näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimus Oulun ja Porin kotisairaaloiden merkityksestä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotisairaalan sairaanhoitajien näkemyksiä kotisairaaloiminnasta tasapainoisen onnistumisstrategian näkökulmasta tarkasteltuna.</p>	<p>n=8 teemahaastattelu</p>	<p>Kotisairaalan sairaanhoitajien työssä painottuvat pyrkimys hyvään ammattitaitoon ja ammatillisuuteen. Tarkasteltaessa kotisairaalan kykyä vastata potilaiden tarpeisiin voidaan todeta, että kotiympäristö on potilaiden hyvinvointia tukeva ja jopa potilaiden paranemista edistävä tekijä. Potilaat saavat kotisairaalassa potilaiden tarpeista lähtevää, yksilöllistä hoitoa.</p>
<p>Männistö, E. (2001) Eettisyys terveydenhuollossa – sairaanhoitajaopiskelijoiden ja lääkäriopiskelijoiden näkökulmasta tarkasteltuna.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoidon ja lääketieteen opiskelijoiden toiminnallisia ratkaisuja ja perusteluja eettisissä ongelmatilanteissa sekä heidän eettisesti ongelmallisina pitämiään asioita terveydenhuollossa.</p>	<p>n=186 kyselylomake</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan kaikissa kolmessa ongelmatilanteissa opiskelijat tekivät toiminnalliset ratkaisunsa potilaslähtöisesti ja perustelivat niitä potilaan oikeuksilla ja ammatillisilla velvollisuuksilla hyvän edistämiseksi ja haitan minimoimiseksi. Eettisesti ongelmallisena koettiin potilaan hyväksi toimiminen, itsemääräämisoikeuden toteutuminen, potilaan omaan elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat, kuoleman kohtaaminen sekä terveydenhuollon resurssien priorisointi.</p>
<p>Mäkinen, M. (2004) Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotisairaanhoidon kotikäynnillä.</p>	<p>n=10 teemahaastattelu</p>	<p>Tulosten mukaan asiakkaiden fyysisten tarpeiden hoitaminen toteutui hyvin. Psykykkisten tarpeiden tukeminen ei noussut esille, vaan ne jäivät vähem-</p>

<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiakaslähtöisyyden toteutumista kotisairaanhoidon kotikäynnillä. Opinnäytetyöllä tavoiteltiin tietoa löytää keinoja kehittää kotisairaanhoidon hoitotyötä vastaamaan paremmin vanhusväestön tarpeita.</p>		<p>mälle huomiolle hoitotoimenpiteen aikana. Sosiaalisten tarpeiden huomioiminen toteutui omaisten ja ystävien kautta, mutta ei varsinaisesti kotisairaanhoidon toimesta. Tulosten mukaan asiakkaat olivat epäitietoisia mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan hoitoonsa. Tietoa ei ollut siitä miten ja millä tavalla asiakkaat voisivat vaikuttaa kotisairaanhoidon antamaan hoitoon.</p>
<p>Nchamba, G. & Ngum, M. (2012)</p> <p>Syöpäpotilaiden palliatiivinen hoito saattohoitokodissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ja korostaa syöpäpotilaiden palliatiivisen hoidon tärkeyttä kotisairaalassa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus aikaisemmista tutkimuksista</p>	<p>Tulosten mukaan syöpäpotilaan palliatiivisessa hoidossa saattohoitokodissa on tapahtunut viime vuosina parannuksia. Parannettavaa löytyy vielä silti muun muassa kivunhoidossa, ajan puutteesta ja kommunikaatiossa.</p>
<p>Paappanen, E. (1998)</p> <p>Hoitotyön eettiset kysymykset kotisairaanhoidossa – kuvaus hoitotyön eettisistä ongelmista, ratkaisusta ja perusteista kotisairaanhoidajan kokemana.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa käytännön hoitotyön eettisistä ongelmista, ratkaisusta ja perusteista kotisairaanhoidossa.</p>	<p>n=3</p> <p>avoin haastattelu ja kirjalliset selostukset</p>	<p>Tutkimustulokset osoittivat, että vastuukysymykset ovat kotisairaanhoidon hoitotyössä epäselviä. Tulosten perusteella potilas-hoitajasuhteessa vastuukysymys muodostui eettiseksi ongelmaksi potilaan lääkehoidon toteuttamisessa, hoitopäätöksissä ja arvioitaessa potilaan mahdollisuutta selviytyä kotona.</p>
<p>Packalén, L. (2004)</p> <p>Vanhusten ja omaisten kokemuksia kotona avun turvin asumisesta.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhusten kotona avun turvin asumista ja ymmärtää, millaisen merkityksen kotona asuminen vanhuudessa saa.</p>	<p>n=160</p> <p>avoin haastattelu</p>	<p>Tutkimuksen tulokset osoittavat, että huonokuntoisia vanhuksia hoidetaan kotona ilman toimivia ja joustavia yhteistyökäytänteitä. Tutkimuksen mukaan nykyinen kotihoito on määrältään ja laadultaan riittämätöntä vastaamaan vanhuksen tarpeisiin.</p>
<p>Peltoniemi, M. (2000)</p> <p>Hoidon laatu Säkylän terveyskeskuksen valvotussa kotisairaanhoidossa potilaiden kokemana.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Säkylän terveyskeskuksen valvotun kotisairaanhoidon potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon sekä antaa tietoa kotisairaanhoidon laadun kehittämistä varten.</p>	<p>n=10</p> <p>teemahaastattelu</p>	<p>Potilaiden kokemukset saamaansa hoidosta olivat yleisesti hyviä. Potilaat arvostivat erityisesti hoitajien luotettavuutta, kädentaitoja, huolellisuutta, tehokkuutta sekä tiedon antoa, ohjausta ja opastusta. Lisäksi potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien palvelualltiuteen ja joustavuuteen, hoitajia pidettiin myös ystävällisinä ja kohteliaina.</p>
<p>Shepperd, S. (2001)</p> <p>Kotisairaala hoito vastaan sai</p>	<p>Kaksi lukijaa itsenäisesti keräsi tutkimuksia aiheesta ja arvioi</p>	<p>Potilaat, jotka kotisairaalassa olivat paljon tyytyväisempiä</p>

<p>raalahoido.</p> <p>Arvioida kotisairaalahoidon vaikutusta verrattuna sairaalaan hoitoon.</p>	<p>niiden laatua eri tietokannoista (mm. Cochrane, Medline, EMBASE).</p>	<p>hoitoon kuin ne, jotka olivat sairaalahoidossa. Omaiset sitä vastoin olivat tyytyväisempiä sairaalassa saatuun hoitoon kuin kotisairaalaan.</p>
<p>Sieppi, K. (2008)</p> <p>Kollektiivinen asiantuntijuus hoitotyössä- ”ollaan kaikki yhtä”.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden käsityksiä kollektiivisesta asiantuntijuudesta hoitotyössä.</p>	<p>n=9</p> <p>teemahaastattelu ryhmähaastattelu</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella hoitotyöntekijöiden käsitysten mukaan kollektiivinen asiantuntijuus hoitotyössä muodostui yhteisestä tiedonmuodostuksesta, yhteistyöstä, kriittisestä työotteesta sekä autonomiasta. Hoitotyöntekijöiden käsitysten mukaan kollektiivinen asiantuntijuus ilmeni hoitotyössä kollektiivisena tietoperustana, yhteenkuuluvuutena, autonomiana, avoimuutena sekä toimivana käytännön työnä. Hoitotyöntekijöiden käsitysten mukaan kollektiivista asiantuntijuutta edistivät kollektiivinen tietovaranto, autonomia, yhteisöllisyys ja avoimuus. Myös erilaiset käytännön työn edellytykset edistivät kollektiivista asiantuntijuutta. Lisäksi johdolla näytti olevan vaikutusta kollektiivisen asiantuntijuuden edistämisessä. Kollektiivista asiantuntijuutta estivät hoitotyöntekijöiden käsitysten mukaan heikko yhteistyö, tiedon jakamattomuus, negatiivinen organisaatiokulttuuri sekä ammattitaidon puute.</p>
<p>Tuomi, K. (2005)</p> <p>Harjavallan kotisairaanhoidon asiakkaan kokemana.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisena Harjavallan kotisairaanhoidon asiakkaat kokevat saamansa palvelun/ hoidon laadun nyt, kun kuntayhtymässä aiemmin toteutetusta kotihoidon kehittämisprojektin päättämisestä on kulunut neljä vuotta.</p>	<p>n=33</p> <p>kyselylomake</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan Harjavallan kotisairaanhoidon asiakkaat olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin, sillä ne saivat kokonaisuutena parhaimman keskiarvon. Henkilökunnan ammattitaito ja ominaisuudet pääsivät lähes yhtä hyvään tulokseen. Tiedonsaanti sai tutkituista aiheista selvästi heikoimmat tulokset. Asiakkaille tiedottamista tulisi tutkimuksen mukaan kehittää. Tyytyväisyydessä on tapahtunut lievää laskua kun tuloksia verrataan kunnassa aiemmin kehittämisprojektin yhteydessä tehdyn asiakaskyselyn tuloksiin</p>