



# jamk

## Kotisairaala terveystalveluiden tuottajana

Anne Kirmanen

Kehittämistutkimus

Toukokuu 2022

Sosiaali- ja terveysala

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen, ylempi AMK

**Kirmanen, Anne**

**Kotisairaala terveystalveluiden tuottajana**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. **Toukokuu 2022**, 60 sivua.

Sosiaali- ja terveystala. Sosiaali- ja terveystalan johtaminen ja kehittäminen. Opinnäytetyö ylempi AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkajulkaisulupa myönnetty: kyllä

## **Tiivistelmä**

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 25§ säätelee kotisairaalan toimintaa ja kustannusperusteita. Kotisairaala tarjoaa ympärivuorokautista sairaalatasoista hoitoa potilaan kotiin. Kotisairaala toiminta korvaa tai lyhentää hoitoa osastoilla erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Kotisairaalaan tarvitaan aina lääkärin lähete ja hoitava lääkäri päättää soveltuvuuden kotisairaalan potilaaksi.

Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus rakentuu hoidon tarpeen arvioinnin ympärille. Järjestelmän kokonaiskustannukset, hoitoprosessien sujuvuus, hoitohenkilöstön työpanoksen kohdentuminen ja potilaan hoidon onnistuminen sekä omaisten tai läheisten kokemukset hoidon laadusta kulmineituvat hoidon tarpeen arvioinnin onnistumiseen.

Kehittämistyön tarkoituksena oli pyrkiä kuvaamaan kotisairaalan toimintaa ja saada hoidon tarpeen arviointi-yksikön toiminnasta uutta tietoa. Tarkoituksena oli avata tuotteistamisprosessi ja tuotteistaa palvelutuote, jatkokehittää uusia innovaatioita ja uutta osaamista. Hoidon tarpeen arviointi-yksikkö on liikkuva ympärivuorokautisessa hoivassa asuvien ja kotihoidon asiakkaiden päivystyksellisiin tilanteisiin erikoistunut diagnostiikka- ja hoitoyksikkö.

Uuden toimintamallin jalkauttamisessa tarvittiin asiakassuhdemarkkinointia. Siinä keskeistä oli palvelun asiakkuussuhteen luominen, palautteiden sekä tyytyväisyyden seuranta. Kyselytutkimuksen avulla selvitettiin millaisena palveluntilaajat, kotihoito ja palveluasuminen, näkevät hoidon arpeen arviointi-yksikön toimintamallin.

Tyytyväisyys hoidon tarpeen arviointi-yksikön toimintaan oli korkealla tasolla, vastaajista 80% oli toimintaan tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä. Hoidon tarpeen arviointi-yksikön toimintamalli todettiin huomattavasti kustannus tehokkaammaksi kuin malli ennen tämän toiminnan aloittamista.

## **Avainsanat (asiasanat)**

Kotisairaalat, Hoidon tarpeen arviointi-yksikkö, Tuotteistus

## **Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)**

**Kirmanen, Anne**

### **Jyväskylä Home Hospital as a provider of health care services**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2022, 60 pages.

Health care and social services. Development and leadership of health care and social services. Master's degree thesis.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

Health Care Act 1326/2010 25§ regulates the operation and grounds of expenses in home hospitals. Home hospital offers hospital level health care in patients' home round-the-clock. Home hospital care replaces or shortens hospital care in special health care or primary health care. A doctor's referral is needed, and the attending physician decides whether a patient is applicable for care in home hospital.

The operability of healthcare system is built around the assessment of need for treatment. The total costs, fluency of treatment process, labor input of healthcare workers, success of patients' care and the experiences of the quality of care by patients' family all culminates in succeeding in the assessment of need for treatment.

The aim for the research-based development work was to describe the home hospital operation and get new information of the unit of assessment of need for treatment. The purpose was to create a productization process and productize a service, further develop new innovations and new knowledge. Unit of assessment of need for treatment is a diagnostic and treatment unit providing on call healthcare for clients living either in home care or round-the-clock assisted living.

Customer relationship marketing was needed in putting the new operating model into practice. Creating a customer relationship for the service and tracking feedback and customer satisfaction was fundamental. Research enquiry was used to determine how service customers, home care and assisted living, experience the operating model of the unit of assessment of need for treatment.

Satisfaction with the operation of the unit of assessment of need for treatment was high – 80% of respondents were satisfied or highly satisfied. The operating model of the unit of assessment of need for treatment was found to be much more cost effective than the model used before this.

### **Keywords/tags (subjects)**

Home hospitals, Unit of assessment of need for treatment, Productization

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö .....</b>	<b>4</b>
2.1	Sosiaali- ja terveydenhuolto.....	4
2.2	Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut .....	5
2.3	Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut .....	6
<b>3</b>	<b>Kotisairaala ja sen toimintaperiaatteet .....</b>	<b>7</b>
3.1	Kotisairaala.....	7
3.2	Kotisairaala osana perusterveydenhuollon toimintaa .....	8
<b>4</b>	<b>Hoidon tarpeen arviointi perusterveydenhuollossa .....</b>	<b>11</b>
4.1	Lainsäädäntö ohjaa hoidon tarpeen arviointia .....	11
4.2	Laatua ja tehokkuutta hoidon tarpeen arviointiin .....	13
<b>5</b>	<b>Palveluiden tuotteistaminen .....</b>	<b>14</b>
5.1	Kotisairaalan palvelutuotteen tuotteistaminen.....	14
5.2	Palveluiden tuotteistamisen vaatimusmäärittely .....	15
5.3	Tuotteistusprosessin vaiheita .....	17
<b>6</b>	<b>Kehittämistutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Kehittämistutkimuksen prosessin kuvaus ja käytetyt menetelmät.....</b>	<b>19</b>
7.1	Kehittämistutkimus opinnäytetyönä.....	19
7.1.1	Kvantitatiivinen menetelmä osana kehittämistutkimusta .....	21
7.1.2	Kvalitatiivinen menetelmä ja sisällön analyysi .....	22
7.2	Aineiston hankinta ja analyysi.....	22
7.3	Hoidon tarpeen arviointi yksikön käyttöönottoprojektin kuvaus.....	24
7.3.1	Hoidon tarpeen arviointi yksikön toiminnalliset tiedot vuodelta 2021 .....	26
<b>8</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>29</b>
8.1	Palvelutuotteiden muodostaminen .....	29
8.2	Suprapubisen kystostomiakatetrin vaihto – kustannukset ja hinnoittelu .....	32
8.3	Cystofixin vaihdon toteutus – kirjaaminen ja tilastointi .....	34
8.4	Asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja hyödyntäminen.....	36
8.5	Suprapubisen kystostomiakatetrin palvelutuotteen hinnoittelu .....	41
8.6	Kotisairaalan etädiagnostiikka pilotin käyttökokemukset .....	43
<b>9</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>45</b>
9.1	Keskeiset tulokset .....	45
9.2	Luotettavuus ja validiteetti .....	47

9.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	51
9.4	Loppusanat.....	51
<b>Lähteet</b>	.....	<b>52</b>
<b>Liitteet</b>	.....	<b>56</b>
Liite 1.	Cystofixin vaihtovälineistö ja toimenpiteen kulku .....	56
Liite 2.	Hoidon tarpeen arviointi yksikön palautekysely .....	57
Liite 3.	Hoidon tarpeen arviointi-yksikkö hälytyskaavio .....	58
Liite 4.	Hoidon tarpeen arviointi-yksikkö tilastointi SPAT.....	59

# 1 Johdanto

Kuntaliitto on tarkastellut väestön ikärakenteen muutoksesta johtuvia seuraamuksia ja näkee, että yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Uusi Keski-Suomen hyvinvointialueen valtuusto aloitti toimintansa 1.3.2022 ja heidän tehtävänä on luoda tämän vuoden aikana ikääntymispoliittinen ohjelma. Ohjelma edellyttää sitoutumista päätöksentekoon poik-kihallinnollisesti eri palvelualueiden välillä. Tällä ohjelmalla turvataan ikääntyneen väestön hyvinvointiin ja palveluihin kohdentuvat tarpeet. Keski-Suomen hyvinvointialue tuottaa palveluita 1.1.2023 alkaen noin 273 000 kuntalaiselle. Hyvinvointialueet on perustettu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen toimeenpanoa ja voimaannpanoa koskevalla lailla. Laki tuli voimaan 1.7.2021.

Kivekäs ja kumppanit (2017) ovat kartoittaneet tutkimuksessaan kotona tapahtuvien infuusiohoitojen määrää ja laatua ja sitä, miten teknologian avulla niitä voidaan toteuttaa turvallisemmin huomioiden vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden aspektit. Kotisairaala toiminnan pääpotilasvirrat voidaan jakaa infektio- ja palliatiivisiin potilaisiin. Tulevaisuuden kotisairaala-toiminnassa tulee yhä enemmän kehittää etämonitoroinnin ja älykkään teknologian tuomia mahdollisuuksia. (Kivekäs, Toppinen, Kokki, Mäntyselkä, Kinnunen, Huusko & Saranto 2017.)

Kotisairaala ja sen toimintaa uudistetaan kehittämällä uusia toimintamalleja. Alueellista yhteistyötä on tarkoituksenmukaista lisätä kaikkien päivystyksellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa. Näitä uudistuksia tarvitaan, koska lisääntynyt palveluntarve ja tulevaisuuden muutokset ja päivystyspisteiden keskittyminen isoihin kokonaisuuksiin lisääntyvät vielä lähivuosien aikana.

Kehittämistutkimuksen tavoitteena on tutkia ja analysoida kotisairaalan hoidon tarpeen arviointi yksikön palvelun kehittämiseen ja tuottamiseen liittyviä asiakokonaisuuksia. Hoidon tarpeen arviointi yksikön pilotti käynnistyi syyskuussa 2020 ja päätettiin vuoden 2021 syyskuussa. Tänä vuonna on tarkoitus tarkentaa tuotteistamisen avulla mm. pilotin kustannusvaikutuksia ja arvioida sen laatu- ja tehokkuusargumentteja. Digitaalisia palveluja kuten etävastaanottoja pilotoitiin vuoden 2021 aikana. Hoidon tarpeen arviointi yksikön toimintaa laajennettiin myös kotihoitoon. Kotisairaala on mukana tulevan hyvinvointialueen kahdessa eri hankehaussa, joilla haetaan toimintojen ja toimintatapojen laajentamista ja yhtenäistämistä palveluasumisesta kotihoitoon.

Keski-Suomessa kotisairaaloimintaa on tällä hetkellä kahdessa kaupungissa. Pitkien välimatkojen vuoksi sitä ei ole sellaisenaan mahdollista laajentaa koko maakunnan alueelle. Näiden edellä mainittujen hyvinvointialueen hankkeiden aikana kotisairaaloiden toiminta-alueet määritellään uudelleen kuntarajoista riippumatta. Tarkoituksena on vuoden 2022 aikana uuden hankerahoituksen turvin perustaa paikallisia kotisairaalan ns. sateliittiyksiköitä, joille luodaan yhtenäiset toimintamallit. Sateliittiyksiköt toimivat alueellisten toimijoiden resursseilla, mutta saavat konsultaatiotukea kotisairaalan hoidon tarpeen arviointi yksiköltä.

## **2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö**

### **2.1 Sosiaali- ja terveydenhuolto**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä vastaa kunta, mutta palveluiden tuottamisesta joko julkinen tai yksityinen palveluntuottaja ja kansalaiset hankkivat palvelunsa heidän kautta. Palveluiden tuottamisesta syntyvät kustannukset rahoitetaan osin ostajien kustantamana ja osin kunnan, valtion, kelan, Vakuutusyhtiön tai muun rahoituksen turvin. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän tulee toimia tehokkaasti ja niin, että tulokset jakautuvat oikeudenmukaisesti. Sote uudistuksen tavoitteena on hillitä kustannuskehitystä, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu on jatkuvaa. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 60-61.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on kuntalaisten terveyden, omatoimisuuden, toimintakyvyn, sekä sosiaalisen hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen. Asiakaslähtöinen toiminta ja asiakkaan kuuleminen sekä hyvä hoito pyritään toteuttamaan kaikissa tilanteissa. Asiakkaan sosiaalista turvallisuutta ja hänen osallistumista oman hyvinvoinnin parantamiseen pyritään tukemaan kaikissa elämän vaiheissa. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 26.)

Nykyisessä lainsäädännössä käytetään terveydenhuoltoa yleiskäsitteenä kuvaamaan sairaanhoidollisia ja sairauksia ehkäiseviä palveluita, jotka ovat koko väestön saatavilla olevia. Sosiaalihuolto on yleiskäsite sosiaalipalveluista ja sosiaalisten ongelmien lievittämiseen pyrkivistä palveluista tai tuen kokonaisuuksista. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 35.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ovat olleet murroksessa viime vuosien aikana ja kehittämisen trendinä on nostettu esille tietoon perustuva kehittäminen. Tieto voi olla kokemustietoon, tutkimustietoon tai arvotietoon pohjautuvaa. Terveydenhuollossa näyttöön perustuva toiminta (evidence based) on tullut osaksi käytäntöä ja Käypä hoito –suositukset tukevat sitä. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 34.)

## **2.2 Julkiset sosiaali- ja terveystalvet**

Suomen perustuslaissa määritellään, että jokaisella kansalaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalvetuihin. Sosiaali- ja terveystalvetuita koskevissa laeissa määritellään tarkemmin myös kuntien järjestämistävastuusta ja 1.1.2023 tämä vastuu siirtyy tulevalle hyvinvointialueelle. Hyvinvointialueuudistuksen sivuilla määritellään uudistukset tavoitteet, joilla pyritään turvaamaan yhdenvertaiset ja laadulliset sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen talvetut kaikille asukkaille.

Julkisella vallalla on kolme keskeistä roolia sosiaali- ja terveydenhuollossa, ensimmäisenä se toimii talvetutjärjestelmän ja hyvinvointi- ja terveystalvetriskien sääntelijänä, tärkeä rooli on toimia talvetutjärjestelmän rahoittajana tai rahoituksesta huolehtijana ja kolmantena toimia talvetut tuottajana. (Lehto ym. 2001, 21.) Yksi tärkeimmistä tavoitteista on parantaa talvetutuiden saatavuutta ja saavutettavuutta kaventaen myös hyvinvointi- ja terveystalvetvoja. Henkilöstön saatavuus pyritään turvaamaan. Huoltosuhteen heikkeneminen haastaa hyvinvointialuetta, kun samalla ikääntyneiden määrä kasvaa ja syntyvyys laskee ja kustannuksia pitäisi hillitä (Tilastokeskus, Findikaattori, 2016).

Sosiaali- ja terveystalvetministeriö vastaa lainsäädännön valmistelusta ja sen toteuttamisesta sekä poliitistien suuntaviivojen määrittelystä pitäen sisällään keskeisten uudistusten toteuttamisesta. Tutkimus ja kehittäminen jakautuvat Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle, lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimealla, Säteilyturvakeskukselle ja Työterveystalvetlaitokselle. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustalvetuiden saatavuutta ja laatua niin kunnallisissa kuin yksityisissäkin talvetutuissa ohjaa ja valvoo aluehallintovirastot. Ohjauksesta, valvonnasta ja lupahallinnosta vastaa sosiaali- ja terveystalvetalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. (STM, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut 2021.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on yleensä linjattu strategiaa toteuttavat kehittämistoimenpiteet, joilla parannetaan palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta koko alueella. Sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutetaan paljon palveluita käyttäville moniammatillisuuteen perustuvia kohdennettuja palveluita. Erityisryhmänä ovat mielenterveys- ja päihde asiakkaat, heidän hoitoprosessi selkeytetään yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. On tärkeää, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on sujuvaa ja toiminta integroituu potilaan kannalta tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Potilas hoidetaan oikeassa paikassa oikeaan aikaan.

### **2.3 Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut**

Väestön ikääntyminen ja tämän myötä huoltosuhteiden heikkeneminen tuo sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiselle haasteita ja tämän myötä tarvitaan myös yksityistä palvelutuotantoa jatkossakin turvaamaan ikääntyneiden palveluasuminen ja ikääntyneiden kotipalvelut. Yksityisiä terveyspalveluita tuotetaan eniten fysioterapiapalveluissa, lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottotoiminnan sektorilla sekä työterveyshuollossa. (STM, Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut 2021.)

Yksityiset palveluntuottajat eli yritykset, säätiöt tai kolmannen sektorin toimijat voivat tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluita ja täydentää julkisia palveluita myymällä niitä suoraan kuntasektorille tai asiakkaille. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat tällä hetkellä jo yli neljäs osan kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. STM valmistelee lainsäädäntöä ja vastaa yleisestä ohjauksesta. (STM, Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut 2021.)

Yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluita koskevia säädöksiä on määritelty laissa yksityisistä sosiaalipalveluista (L 922/2011.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisistä sosiaalipalveluista varmistaa sen, että näitä palveluita käyttävät asiakkaat saavat laadukkaita palveluita (L 1053/2011.) Laissa yksityisestä terveydenhuollosta säädetään oikeus antaa väestölle terveydenhuollon palveluita yksityisesti (L 152/1990.) Asetuksessa yksityisestä terveydenhuollosta kuvataan mm. palvelut, joita voidaan yksityisesti tuottaa ja samalla määritellään ohjeistus palveluntuottajaksi hakua varten (L 744/1990.)

Maksut ja korvaukset koostuvat asiakasmaksulain mukaisesti. Palveluseteli on valintamahdollisuus sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaille. Lainsäädäntöä on edelleen kehitettävä, jotta se takaa yhdenvertaisuuden periaatteet palvelusetelin käyttäjälle ja tarkentaa järjestäjän ja tuottajan rooleja ja vastuita. Suomen kunnista 80% käyttää palveluseteliä. Omavastuuosuuden vaihtelun vuoksi yhdenvertaisuus ei toteudu ja siksi setelinomavastuuosuuden tulisikin olla saman suuruinen julkisten palveluiden asiakasmaksun kanssa. Valinnanvapaus kokeilun aikana setelin monipuolisempaa käyttöä testattiin, samalla myös harjoiteltiin henkilökohtaisen budjetin käyttöä. Palveluiden tuoteistaminen tukee näkemystä tuotteen sisällöstä ja hinnasta ja näin mahdollistetaan läpinäkyvä vertailu. Palvelusetelin palvelukuvaus ja tuottajien vertailutiedot tulee olla helposti saatavilla, jotta voidaan tehdä vertailua aidosti tietoon perustuen. (STM, valintoja palvelusetelillä – yhdenvertaisuus ja kokeilujen opit mielessä kohti tulevaa 2019.)

Yksityisten sosiaali- ja terveystalveluiden valtakunnallinen koordinaatiovastuu valvonnassa on myös Valviralla, Aluehallintovirasto AVI vastaa paikallisesta valvonnasta alueellaan ja kunnan sosiaali- ja terveystoimi kunnan alueella toimivista yksityisistä talveluista. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos kerää tietoa ja dataa yksityisiltä talveluntuottajilta.

### **3 Kotisairaala ja sen toimintaperiaatteet**

#### **3.1 Kotisairaala**

Kotisairaalatoiminnan juuret sijoittuvat Ranskaan vuoteen 1961, silloin perustettiin Euroopan ensimmäinen kotisairaala Pariisiin. Britannia ja Yhdysvallat käynnistivät ensimmäiset kotisairaalansa 1970-luvulla ja samoihin aikoihin myös Ruotsi vakiinnutti toimintansa. Suomen ensimmäinen kotisairaala perustettiin Tammisaareen vuonna 1995. (Ollila 2018, 11.)

Kotisairaala tarjoaa ympärivuorokautista sairaalatasoista hoitoa potilaan kotiin, joten se korvaa tai lyhentää hoitoa osastoilla erikoissairaanhoidossa ja kaupunginsairaalassa. Kotisairaalaan tarvitaan aina lääkärin lähete ja hoitava lääkäri päättää soveltuvuuden kotisairaalan potilaaksi. Terveystenhuoltolaki 1326/2010 25§ säätelee kotisairaalan toimintaa ja kustannusperusteita (Ollila 2018, 11).

Asiakaslähtöisyys on kotisairaaloiminnan kivijalka. Toiminnan joustavuus pohjautuu siihen, että pyritään vastaamaan potilaiden tarpeisiin ja vältetään organisaatiolähtöisiä rutiineja. Kaikki toiminta pohjautuu mahdollisimman hyvään potilasturvallisuuteen. (Poukka 2018, 28.) Potilaan omassa toimintaympäristössä tapahtuva kotisairaaloiminta tukee potilaan elämänlaatua ja edistää toimintakykyä. Hoitoon sitoutumisen ja hoitomyöntyvyyden on havaittu olevan parempaa ja hoidon inhimillisyyttä on lisääntynyt. (Ollila 2018, 12.)

Kotisairaaloiminnalla pyritään parantamaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja tarjoamaan mahdollisuutta avohoitoon. Kustannusten näkökulmasta kotisairaalahoido vähentää yhteiskunnan menoja merkittävästi ja tärkeintä on, että se vähentää sairaalahoidon kuormitusta. (Ollila 2018, 13.) Laskettaessa kotisairaaloiminnan kustannuksia tulee huomioida mm. henkilökunnan palkat, koulutus ja työnohjaus. Kustannuksiin vaikuttaa myös hoitotarvikkeet, lääkkeet, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset. Kustannustehokkuuteen vaikuttavat toiminnan monimuotoisuus ja käyntien optimointi sekä hoitoprosessien sujuvuus. (Poukka 2018, 38.)

Dowellin ja kumppaneiden (2018) Gloucestershiren Rapid Response tiimiin tekemä viiden kuukauden seurantajakso osoitti selkeästi sen, että kotisairaala säästää kustannuksia, lyhentää sairaalasaoloaikaa ja potilaiden tyytyväisyys lisääntyy (Dowell, Moss & Odedra 2018).

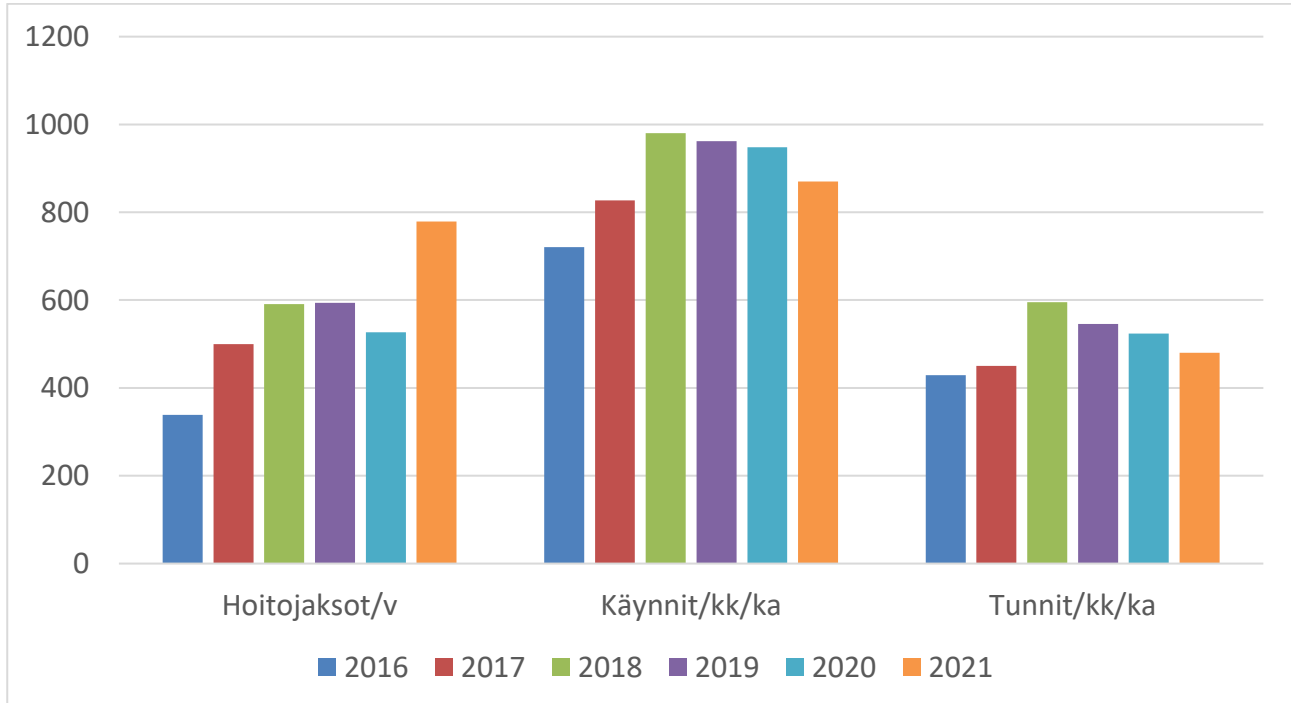
### **3.2 Kotisairaala osana perusterveydenhuollon toimintaa**

Kotisairaaloiminta käynnistyi virallisesti 1.3.2016 kaupungin ja sairaanhoitopiirin yhteishankkeena. Toimitilat sijaitsivat sairaanhoitopiirin tiloissa, tarkemmin päivystysalueen yläkerrassa F siivessä. Hankkeen ohjauksesta vastasi ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana toimi silloinen vanhuspalveluiden johtaja. Alkuvaiheen Benchmarking kohteena oli Tampereen kotisairaala, josta saatiin hyvää taustamateriaalia toiminnan käynnistämisen tueksi.

Henkilöstörakenne koostui seuraavasti; osastonhoitaja, osastonlääkäri, ylilääkäri, 14 sairaanhoitajaa, joista kuusi siirtyi kotihoidon vuorosairaanhoidosta ja kahdeksan sairaanhoitopiirin päivystyksestä. Laaja-alaista osaamista saatiin päivystysosesta, syöpätaudeilta, sydänosastolta ja kirurgian osastolta. Varahenkilöstöä ei toiminnan alkuvaiheessa ollut käytössä. Nykyään kaupunginsairaalan osastotoiminnan varahenkilöstö kiertää myös kotisairaalassa.

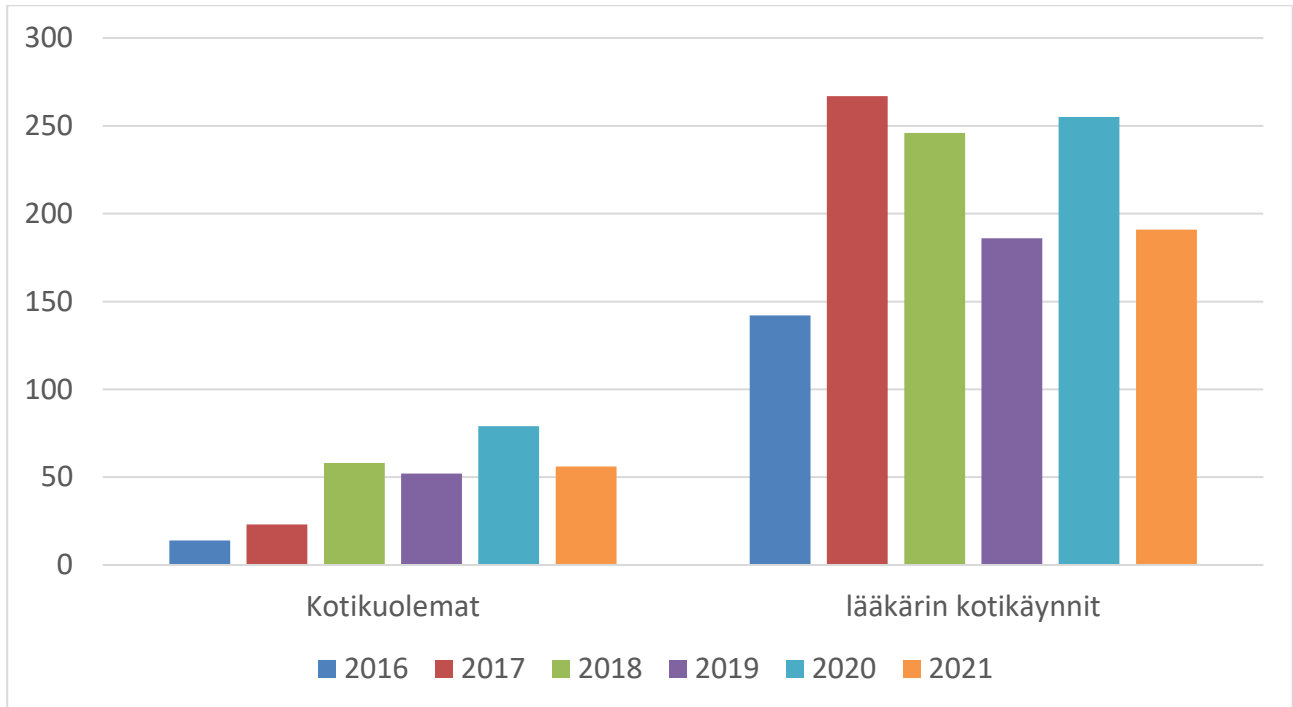
Kotisairaala toiminnan ensimmäisen vuoden aikana pääpaino toiminnan kehittämisessä kohdennettiin hoitajien koulutuksiin ja osaamisen lisäämiseen, jota tuki erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitajien laaja-alaiset osaamistaustat. Kahden organisaation yhteishankkeella on myös ollut haasteita ja niistä suurin osa kohdentui henkilöstöhallintoon, koska työntekijät olivat kahdesta eri organisaatiosta. Samoin alkuvaiheen isoksi haasteeksi nousi asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjaamisen ja tilastoinnin yhteensovittaminen.

Kuviossa 1. on kuvattu kotisairaalan hoitojaksojen määrää ajalta 2016-2021. Hoitojaksoissa toiminnan käynnistymisen alkuvuosina ei ole laskettu mukaan palvelutaloissa hoidettuja, koska heitä ei ole voitu sisäkirjoittaa kotisairaalaan. Kuviossa 1. on esitetty myös käyntimäärien ja työtuntien kehitys edellä mainitulta ajanjaksolta. Vuoden 2021 hoitojaksojen määrän kasvua, mutta samalla käyntien vähenemistä selittää muun muassa antibioottipumppujen käyttöönotto, joilla käyntimääriä on saatu vähennettyä.



Kuvio 1. Kotisairaalan hoitojaksot, käynnit ja työtunnit

Kuviossa 2. on kuvattu kotikuolemien- ja lääkärinkäyntien määrät. 2019 tilastoinnit perustuvat kotisairaalan lääkärin tekemiin kuolintodistuksiin, joten niissä ei ole huomioitu palvelutaloissa tapahtuneita kuolemia. Lääkärin kotikäynneistä puuttuu tiedot kesäsijaisuuksien ajalta vuosilta 2016-2020.



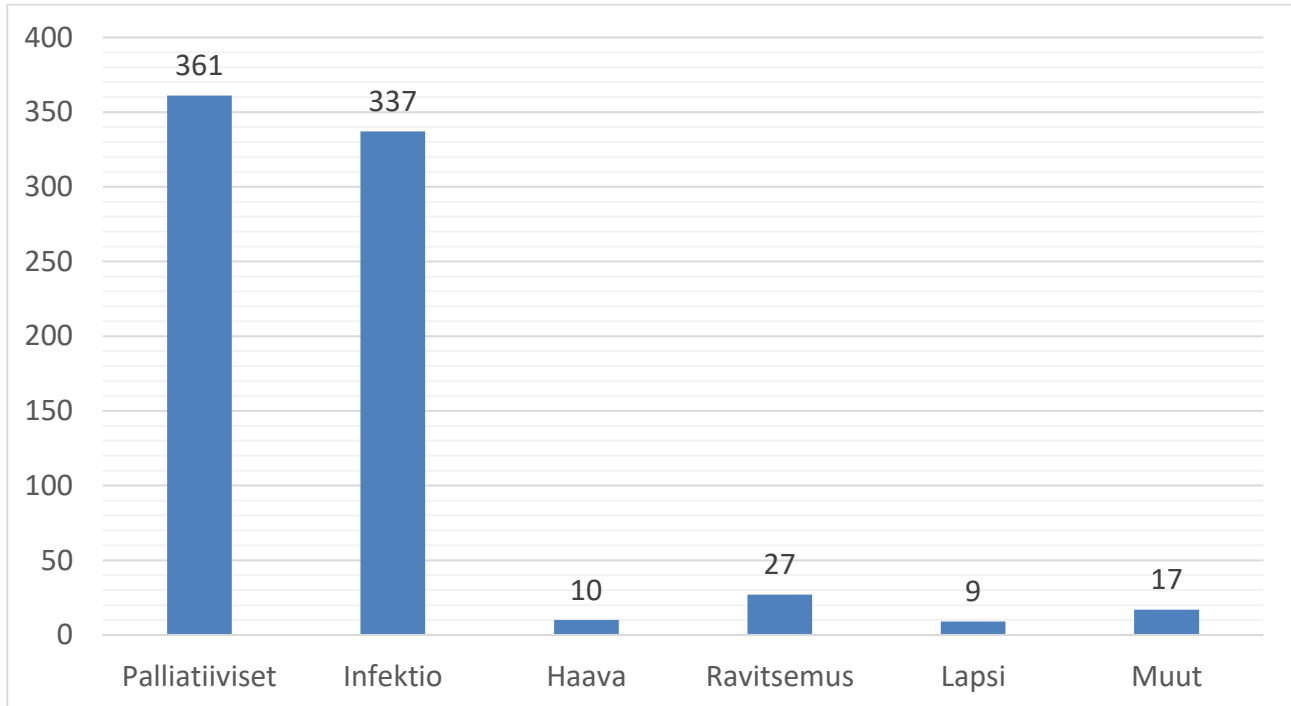
Kuvio 2. Kotikuolemien- ja lääkärin kotikäyntien määrät

Kotisairaalan toiminnan käynnistämisen jälkeen toinen hallinnollinen muutos kotisairaalassa tapahtui vuonna 2018, kun kotisairaala siirtyi terveyskeskussairaalan nykyisen kaupunginsairaalan hallinnoimaksi. Yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa jatkuu edelleen.

Kotisairaalan henkilöstömitoitukseen on tullut yhden henkilötyövuoden lisäys kohdennettuna sairaan lapsen hoitoon. Lapsipotilaiden hoito kotisairaalassa aloitettiin vuonna 2019. Kaupunginsairaalan oma varahenkilöstö on perehdytetty kotisairaalan ja hoidon tarpeen arviointi- yksikön toimintaan ja he kiertävät näissä yksiköissä.

Perustamisvaiheessa kotisairaalaan hankittiin kolme autoa ja hoidon tarpeen arviointi- toimintaa varten lisättiin yksi uusi auto vuonna 2019. Palvelutarpeen kysynnän lisääntyessä on selkeästi tarvetta lisäautolle. Moniammatillinen hoitajajoukko tukee kotisairaalan toimintaa niin lääkehoidollisissa kuin psykiatrisissa tai haavanhoidollisissa erityiskysymyksissä.

Kotisairaalan potilaista noin 50% on palliatiivisia- ja saattohoitopotilaita sekä lähes 50% infektiopotilaita. Kuviossa 3. on tarkasteltu vuoden 2021 potilasprofileja. Muut sarake pitää sisällään mm. potilaan erilaisia ohjaustilanteita.



Kuvio 3. Kotisairaalan potilasryhmät v. 2021

## 4 Hoidon tarpeen arviointi perusterveydenhuollossa

### 4.1 Lainsäädäntö ohjaa hoidon tarpeen arviointia

Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010, 51§) määritellään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä. Potilaan on saatava virka-aikana välittömästi yhteys joko terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Jos hoidon tarpeen arvioinnin pohjalta tarvitaan lääketieteellistä hoitoa, on se järjestettävä potilaan niin terveydentila kuin sairauden ennakoitu kehitys huomioiden kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden sisällä. Kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suunterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021, 5.) Kansanterveyslain 15 b § 1 ja 2 momentissa sekä erikoissairaanhoidon lain 31 § 3 momentissa määritellään ne tiedot odotusajoista, jotka tulee julkaista vähintään puolivuositain (Syväoja ym. 2009, 14).

Kaikista hoidon tarpeen arvioinneista tulee tehdä riittävät merkinnät asiakas- ja potilastietojärjestelmään (Syväoja ym. 2009, 14). Hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon toteutumisen tietoja seurataan perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus, Avohilmo-tietojen perusteella. Avohilmoon tuotetaan tiedot kaikesta perusterveydenhuollon avohoidon toiminnasta. Kuntien, kuntayhtymien, liikelaitosten, yksityisten palvelutuottajien, jotka tuottavat perusterveydenhuollon avopalveluja (L 1326/2010, 3§) tulee antaa toiminnastaan tiedot Avohilmoon. Perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaava kunta on vastuussa myös ostopalveluiden tietojen toimittamisesta Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Tietojen luovutus THL:lle perustuu lakiin ja asetukseen terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (L 556/1989), lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotoinnista (L 409/2001), lakiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (L 668/2008) ja lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 159/2007). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021, 5.)

Koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus rakentuu hoidon tarpeen arvioinnin ympärille. Terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannukset, hoitoprosessien sujuvuus, hoitohenkilöstön työpanoksen kohdentuminen sekä potilaan hoidon onnistuminen ja omaisten tai läheisten kokemukset hoidon laadusta kulminoituvat hoidon tarpeen arvioinnin onnistumiseen. Kirjaamisella on erityinen vaikutus hoidon tarpeen arviointiin, koska puutteelliset kirjaukset voivat pahimmassa tapauksessa johtaa hoitoprosessien vääristymiseen ja turhiin kustannuksiin. (Syväoja ja Äijälä 2009, 7.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö, joka tekee hoidon tarpeen arvioinnin, on isossa roolissa koko hoitoketjun sujuvuuteen ja hoitoprosessiin. Samoin esille nousevat hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät roolit. Ammattihenkilön asema potilaan asioiden hoitajana on merkittävää sekä vastuullista työtä ja sitä säätelevät useat eri lait, asetukset tai muut määräykset. (Syväoja ym. 2009, 34.)

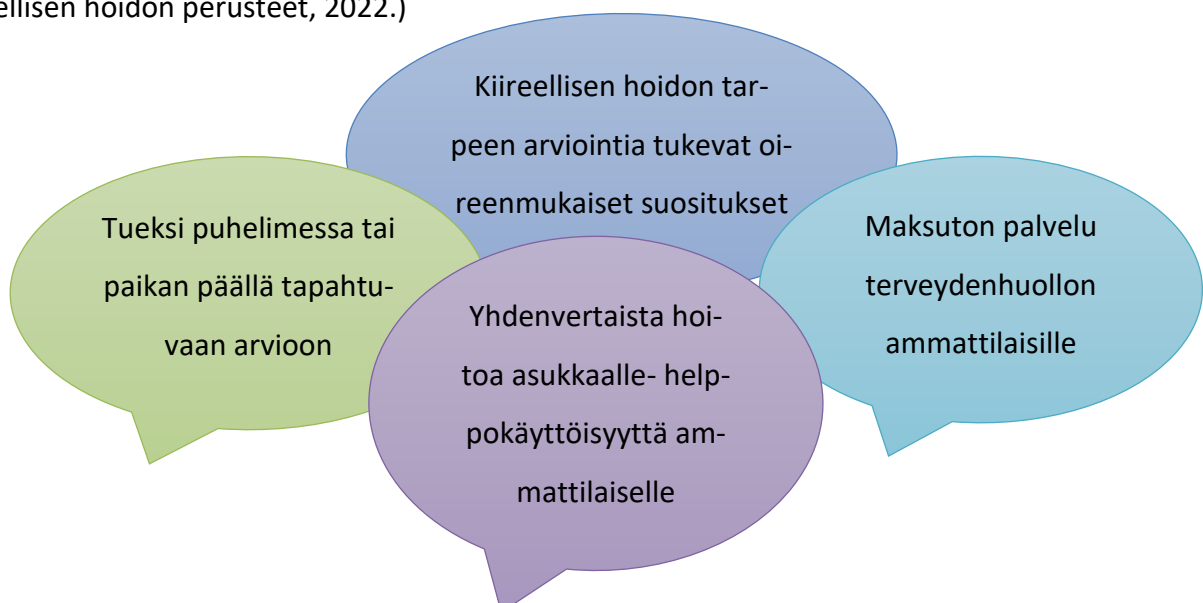
Hoidon tarpeen arvioinnissa keskeinen merkitys on onnistuneella vuorovaikutuksella. Jotta potilaan hoito tapahtuu oikeassa paikassa, oikea-aikaisesti niin tarvitaan päätöksenteon tueksi riittävästi tietoa ja se saadaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa kuunnellen ja haastatellen. (Syväoja ym. 2009, 56.)

## 4.2 Laatu ja tehokkuutta hoidon tarpeen arviointiin

Joulukuussa 2021 DigiFinland on julkaissut terveydenhuollon ammattilaisille suunnatun avoimen ja maksuttoman Hoidonperusteet.fi verkkopalvelun. Palvelun käyttötarkoituksena on tuottaa sosi-aali- ja terveysministeriön aikaisemmin määrittämät kansalliset kiireellisen hoidon perusteet terveydenhuollon ammattilaisille ja tukea ammattilaisia hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa asiakkaan ilmoittamien oireiden pohjalta. Päivystysapu 116117 käyttää tätä palvelua osana heidän digityökaluja. Päivystysapu 116117 on sairaanhoitopiirien järjestämää maksutonta neuvonta- ja ohjauspalvelua. (Kiireellisen hoidon perusteet, 2022.)

Hoidonperusteet.fi-palvelu on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön tehtäessä hoidon tarpeen arviointia joko puhelimitse tai kasvotusten. Palvelu ei tee päättelyä, vaan tukee suositusten antamisessa. Palvelu perustuu oirekortteihin. (Kiireellisen hoidon perusteet, 2022.)

Palvelun kehittämistä jatketaan edelleen ja syksyllä 2022 on luvattu julkaista monipuolisempi versio. Tulevassa versiossa organisaatioilla on mahdollisuus lisätä omia paikallisia hoitopaikkatietoja ja hoitokäytänteitä palveluun. Tällä muutoksella saadaan palvelua kehitettyä alueellisia käytänteitä huomioivaksi hoidon tarpeen arvioinnin ja ohjauksen työkaluksi. Palvelun lääketieteellisen sisällön kehittämisen ja päivittämisen päävastuu on sairaanhoitopiirien akuuttihoiton ammattilaisilla sekä muilla keskeisillä sidosryhmillä. Lääketieteellinen sisältö perustuu STM:n julkaisuihin Lasten yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet (STM 2020, 18) ja Aikuisten osalta (STM 2020, 19). (Kiireellisen hoidon perusteet, 2022.)



Kuvio 4. Laatu ja tehokkuutta hoidon tarpeen arviointiin mukaillen Hoidon perusteet.fi

Sairaanhoitajaliitto on julkaissut vuonna 1996 sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajan eettistä päätöksentekoa. Sairaanhoitajan perustehtävä on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimyksiä. Hoitamisessa keskitytään tukemaan potilaiden voimavaroja ja elämän laadun parantamiseen. Hoidossa korostuu potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Eettinen päätöksenteko on kiinteä osa hoidon tarpeen arviointia. Hoitajan tehtävä on huolehtia potilaan oikeuksista ja niiden toteutumisesta. Oikeudenmukaisuutta ja samanarvoisuutta tulee edistää niin, että myös heikoimmassa asemassa olevien terveydentila ja sosiaalinen osallistuminen tulee huomioiduksi. Päätöksenteossa tulee kaiken pohjautua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vahvaan kliiniseen kokemukseen. Roolien muuttuminen asiantuntijahoitajasta inhimillisyyttä osoittavaan lähimmäiseen vaatii ammatillista kasvua ja kokemusta. Hoitajan on tärkeä tunnistaa oma osaaminen ja omat rajat ja osata riittävän ajoissa konsultoida joko kollegaa tai lääkäriä hoidon tarpeen arvioinnin tueksi. Eettisellä päätöksenteolla pyritään myös edistämään terveydenhuollon kustannusten hallintaa, tehokkuutta ja vaikuttavuutta. (Syväoja ym. 2009, 64.)

## **5 Palveluiden tuotteistaminen**

### **5.1 Kotisairaalan palvelutuotteen tuotteistaminen**

Julkisen terveydenhuollon tuotteistaminen toimii palvelun kehittämisen yhtenä keinona ja sen avulla voidaan päivittää omaa palvelutuotantoamme kilpailukykyisemmäksi. Tuotteistamisen avulla voidaan organisoida palveluita ja näin löytää sekä kehittää uusia palvelukokonaisuuksia.

Tuotteistaminen on ohjausmekanismi, jonka avulla pystytään palvelukokonaisuuksien mittaamiseen, palveluketjujen seuraamiseen ja asiakkuuksien kautta ohjaamaan palvelutuotantoa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjille on tärkeää pystyä varmistamaan, että asiakkaat saavat oikeita palveluita, ja että resurssit kohdennetaan arvoa tuottaviin palveluihin. Tuotteistukseen liittyvän tiedon yhdistäminen talous- ja vaikuttavuustiedon kanssa mahdollistaa järjestäjän tietoon perustuvan ohjauksen sekä tuottajan palvelujen suunnittelun ja seurannan. (Uusimaa 2019- hanke.)

Kuntaliitto suosittelee perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmän pDRG:n (perusterveyden huollon Diagnosis Related Groups) käyttöönottoa kattavasti perusterveydenhuollossa. Järjestelmän avulla saadaan kuva väestön palveluntarpeista, palveluiden käytöstä ja kustannuksista. Sitä voidaan hyödyntää myös laadun ja saavutetun terveyshyödyn mittaamisessa. Tällä voidaan tarkastella työnjakoa, tuottavuutta ja järjestelmä voi toimia laskutuksen ja budjetoinnin perustana. Sitä käytetään myös hinnoittelun apuna sekä tukena käyttäjien välisen summatiedon vertailussa. (Kuntaliitto 2016, 1.)

Kaupungin sosiaali- ja terveystalouksissa ei ollut käytössä sellaista luotettavaa pDRG-tietoa yksittäisen palvelun tuotteistamisen tueksi, jota olisi voitu hyödyntää tässä työssä. Tässä kotisairaalan kehittämishankkeessa tuotteistamisen tukena hyödynnettiin Lifecare asiakas- ja potilastietojärjestelmää sekä taloushallinnon kustannusseurantaa.

Palveluiden tuotteistamisen käsikirjan mukaan tuotteistamisella voidaan saavuttaa seuraavia hyötyjä: tasalaatuisemmat palvelut, toistettavat palvelut, markkinointi sekä myynti helpottuvat ja palvelujen jatkokehittäminen helpottuu. Tuotteistus on myös tarkentamista, määrittelyä ja kehittämistä. Tällä tarkoitetaan työyksikön tai organisaation tuottamien ja asiakkaalle kohdentuvien palvelujen paketoitua, niihin kohdistuvaa tarkempaa määrittelyä sekä palvelujen täsmentämistä ja profiloitua. Tarkennukset saattavat kohdentua palvelun tarkoitukseen tai sen kohderyhmään. Huomioita on kiinnitettävä myös sisältöön, tarvittaviin resursseihin, kustannuksiin sekä laadulle asetettaviin vaatimuksiin. (Tuominen, Järvi, Lehtonen, Valtanen & Martinsuo 2015, 7.)

## **5.2 Palveluiden tuotteistamisen vaatimusmäärittely**

Parantaisen (2007) mukaan tuotteistaminen tulee aloittaa laatimalla vaatimusmäärittely ja arvioida palvelun tarve. Palveluita arvioitaessa tarkastellaan palveluiden määrää ja sitä riittääkö suunniteltu resurssi tuottamaan nämä palvelut. (Parantainen 2007, 197.)

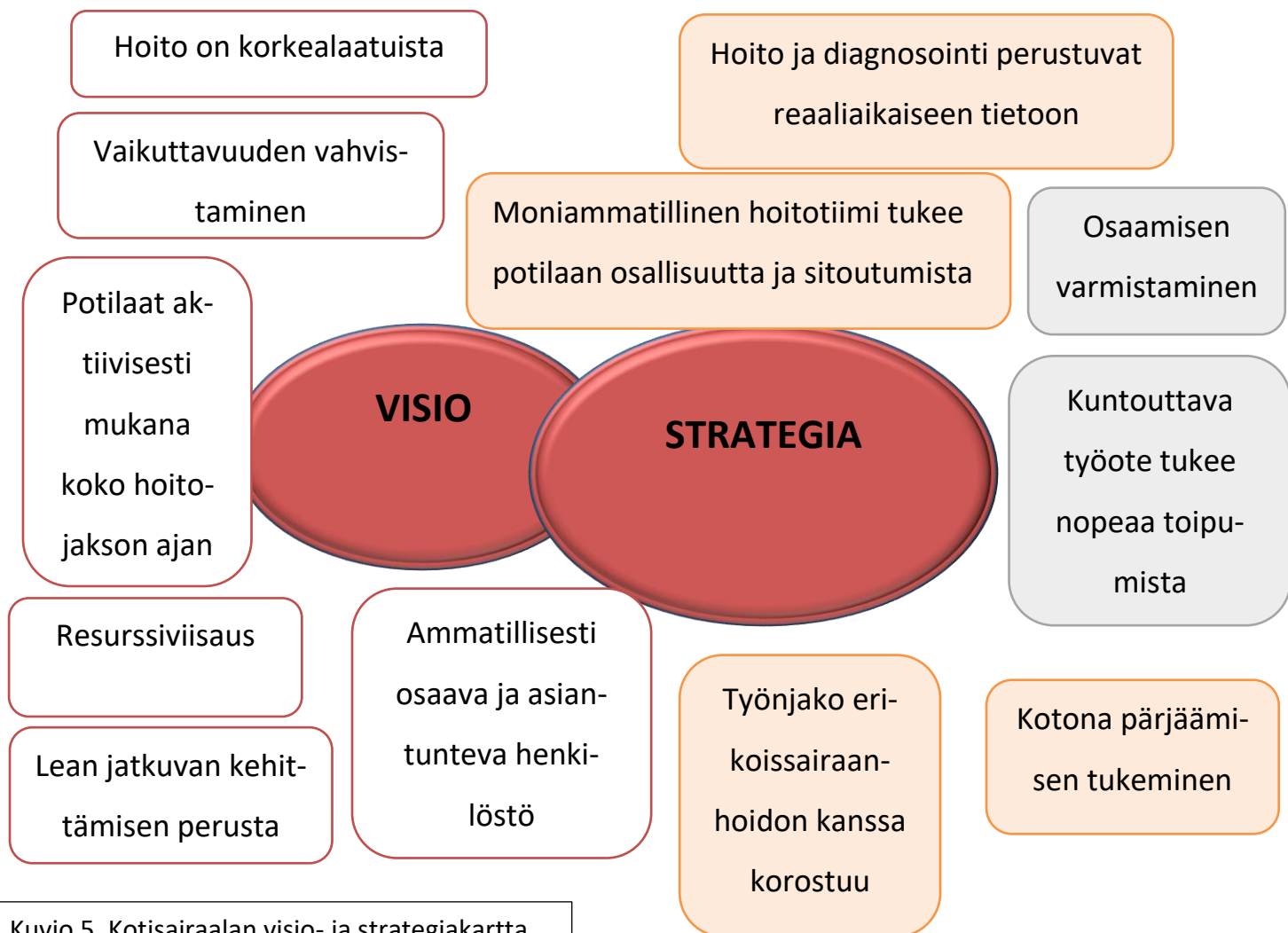
Toimintaohjeiden kokoaminen, valmiin hoitosuunnitelman mukainen hoito, osaamisen varmistaminen, kirjaaminen, tilastointi, laskutus ja seuranta ovat tuotteistamisen viitekehystä ja tiedollisesti tärkeitä osia tässä prosessissa (Parantainen 2007, 221). Kun edellä mainittuihin kokonaisuuksiin saadaan tarvittava tieto, voidaan palvelu julkaista, kerätä kehitysideoita ja koota tuotteistus käsikirjaksi (Parantainen 2007, 225-240.)

Julkisen terveydenhuollon tuotteistaminen toimii palvelun kehittämisen yhtenä keinona ja sen avulla voidaan päivittää omaa palvelutuotantoamme kilpailukykyisemmäksi. Tuotteistamisen avulla voidaan organisoida palveluita ja näin löytää sekä kehittää uusia palvelukokonaisuuksia.

Valkama on (2010) pro gradu tutkielmassaan nähnyt palvelut prosesseina. Prosessit koostuvat toimintoista tai useiden toimintojen sarjasta. Näiden toimintojen tunnistamisella voidaan palveluprosessin eri osakokonaisuudet rajata mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Keskeiset tavoitteet jotka prosessien tunnistaminen käsittää ovat asiakkaiden sekä vaadittavien resurssien, toimintojen ja suoritteiden määrittäminen. (Virtanen ym. 2007, 116.)

Lähtökohdat palveluprosessille luo organisaation strategia ja toimintaperiaatteet, jotka ovat kuvattuna alla olevassa kotisairaalan visio- ja strategiakartassa. Puhuttaessa palveluprosessin tapahtumaketjusta, voidaan puhua kolmesta eri osa-alueesta: palvelutuotannon edellytyksistä, palvelutapahtumasta ja asiakkaalle kohdentuvasta lopputuotoksesta. (Valkama 2010, 14,16.)

## KOTISAIRAALAN VISIO JA STRATEGIA



Kuvio 5. Kotisairaalan visio- ja strategiakartta

Tuominen, Järvi, Lehtonen, Valtanen ja Martinsuo (2015) ovat erottaneet tuotteistamisessa kaksi eri tasoa. Ulkoinen tuotteistaminen näkyy asiakkaille palveluelementtien kuvaamisena ja kiteyttämisenä ja myyntimateriaalina. Sisäisessä tuotteistamisessa kuvataan ja yhdenmukaistetaan palvelutuotantoa ja perustehtävänä on palveluprosessin, toimintatapojen ja vastuiden kuvaus sekä niiden määrittely. (Tuominen ym. 2015, 5.) Asiakasnäkökulman huomiointi on aina hyvinkin olennaista ja aina tulee tarkastella sitä, miten palveluprosessit näkyvät asiakkaalle ja samalla sitä, miten asiakkaan prosessit ilmenevät (Tuominen ym. 2015, 5).

Hyvinvointipalveluissa tuote on useimmiten palvelu. Palvelujen ohella voidaan tuotteistaa jokin toimintamalli tai työkäytäntö. Tällöin kuvaustapana on usein prosessikuvaus. Palvelukuvaukset ja prosessikuvaukset täydentävät toisiaan ja toimivat hyvänä parina palvelujen läpinäkyvyyden lisäämisessä. Kirjalliseen prosessikuvaukseen sisältyvät mm. toiminnan eteneminen, palvelun sisältö ja työntekijöiden tehtävät sekä niiden ajallinen kesto eri vaiheissa sekä suoritusvastuun siirtyminen henkilöltä toiselle. Keskeisiä kohtia ovat prosessin alku ja päättyminen sekä toiminnan onnistumisen kannalta kriittiset kohdat.

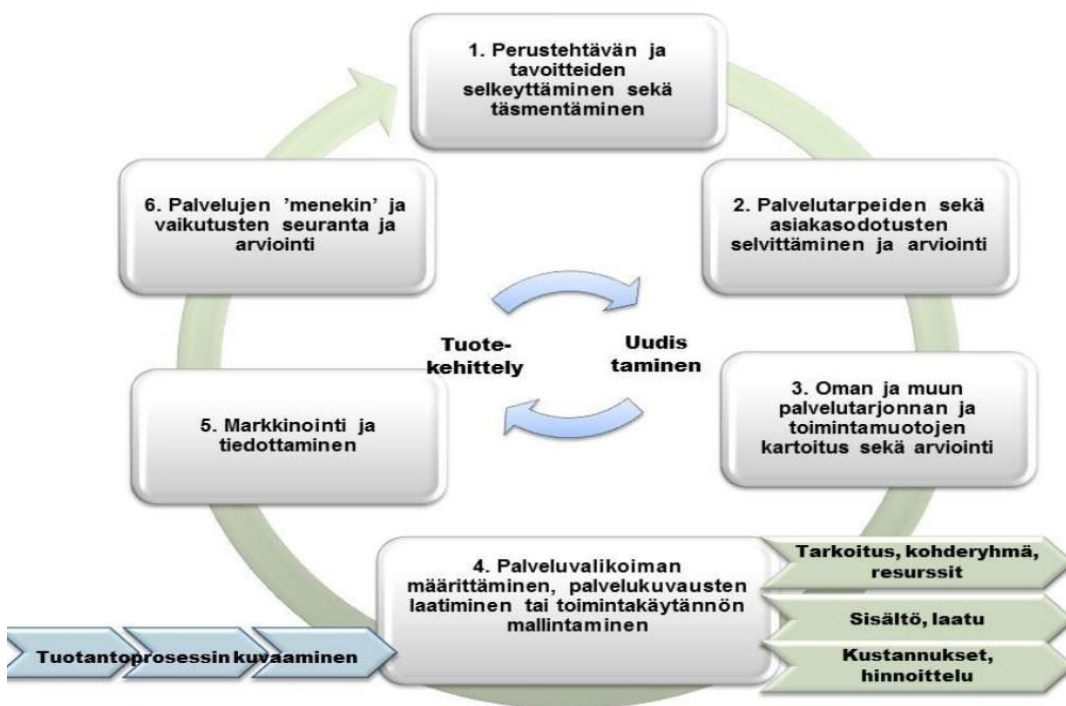
Palvelujen tuotteistamista tai tarkempaa määrittämistä tarvitaan silloin, kun hankitaan tai myydään palveluja. Kun ostaja tietää mitä ostaa ja myyjä tietää mitä myy, voidaan keskustella hinnoista. Mitä tarkemmin omat palvelut on määritelty, sitä helpompi on luoda myös pohjaa yhteistyölle. Arvioitaessa palvelun tuottamisesta aiheutuneita kustannuksia tulee palvelulle määritellä hinta. Hinnan määrittely edellyttää kustannustietoa tuotantoprosessista ja siinä tarvittavista resursseista. Palvelukuvaukset tai palveluselosteet antavat tiedon siitä, mitä palvelun tarvitsijalla on lupa odottaa saavansa – omilla tai yhteiskunnan varoilla. Kun kehitetään palveluja vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja odotuksia – etsitään niitä ominaisuuksia, jotka täyttävät asiakas- ja muut laatuvaatimukset. (Parantainen 2007, 225-240.)

### **5.3 Tuotteistusprosessin vaiheita**

Onnistunut tuotteistus lisää luotettavuutta, uskottavuutta ja hyvää imagoa koko organisaatioon. Tuotteistus antaa mahdollisuuden parempaan laatuun ja erityisesti laadun varmistamiseen. Tuotteistus pakottaa antamaan kehitystyölle selkeät tavoitteet ja analysoimaan ja järjeistämään toimintaprosesseja, jolloin työvaiheet selkiintyvät ja rationalisoituvat. Tuotteistusmallin perustana on

prosessi, johon sisältyy useita eri vaiheita. Vaiheet toteutuvat osin päällekkäin ja osittain limittäin (Kuvio 6).

Palvelujen tarkempi suunnittelu ja määrittäminen edellyttävät, että perusasioiden on oltava kunnossa. Oman yksikön tai sen perustehtävän kirkastaminen, potentiaalisten asiakkaiden tai asiakasryhmien palvelutarpeiden ja heidän odotusten selvittäminen sisältyvät perustan varmistamiseen. Tärkeä on myös kartoittaa muiden vastaavia palveluja tuottavien yksiköiden palvelutarjonta kunnan ja maakunnan alueella. Tuotteiden muodostaminen pitää sisällään palveluiden tarkemman määrittelyn tai kuvaamisen. Organisaatiossa tai yrityksessä voi olla tuoteperheitä tai tuoteryhmiä, joilla on yhteinen nimittäjä. Palveluvalikoima muodostuu näistä ja se kertoo meille, millainen koelma palveluja organisaatiolla on tarjolla. (Kuntaliitto 2017, 1-2.)



Kuvio 6. Tuotteistusprosessin vaiheita (Kuntaliitto 2017).

Tarkemmassa kuvauksessa on yksittäisten palveluiden tai niiden palvelukokonaisuuksien sisältö tuotava esille. Palvelukuvauksessa kuvataan tarkemmin muun muassa:

- palvelukokonaisuuden nimi
- palvelun kohteen määrittely
- mitä palvelun avulla halutaan saada aikaan, millaisia hyötyjä tavoitellaan
- palvelun sisältö
- palvelun laadun vaatimusmäärittelyt
- palvelun onnistumisen arviointi esim. asiakastytyväisyyden mittaamisen kautta
- palvelun tuottamisen kustannusten muodostuminen

## **6 Kehittämistutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Tällä kehittämistutkimuksella pyrittiin kehittämään kotisairaalan toimintaa, tuotetaan hoidon tarpeen arviointi-yksikön toiminnasta uutta tietoa, tuotteistetaan, jatko kehitellään uusia innovaatioita ja/tai uutta osaamista työelämän monimuotoisten ja vaativienkin ongelmien ratkaisemiseksi ja kehittämishaasteisiin vastaamiseksi.

- 1) Millaisena palveluntilaajat näkevät uuden toimintamallin?
- 2) Millaisia vaikutuksia toimintamallilla on palveluiden kustannuksiin?

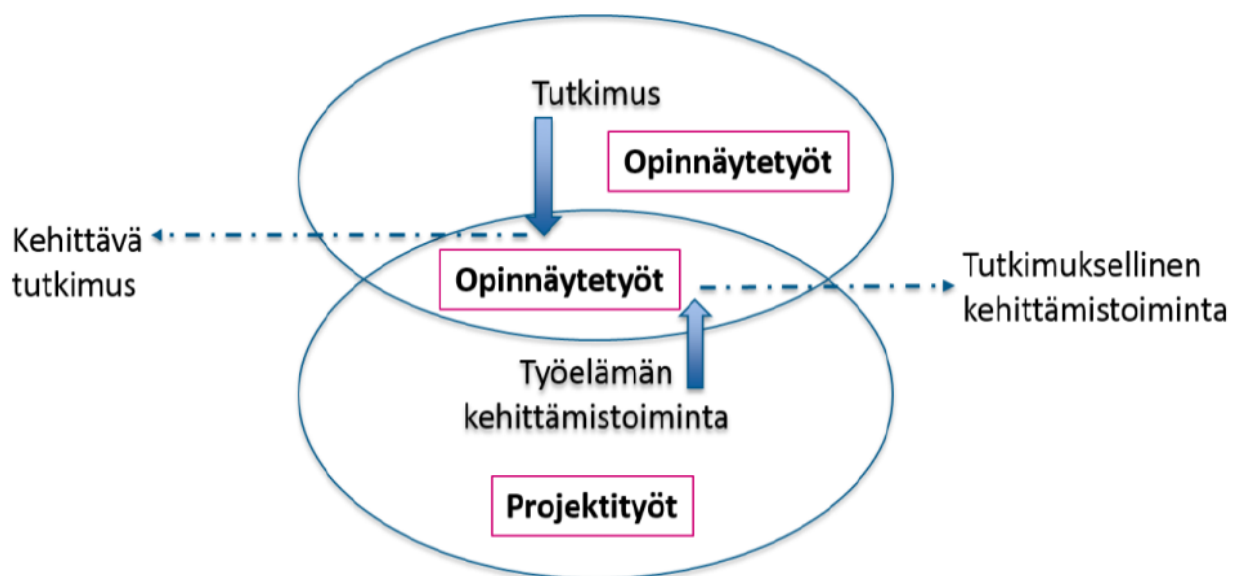
## **7 Kehittämistutkimuksen prosessin kuvaus ja käytetyt menetelmät**

### **7.1 Kehittämistutkimus opinnäytetyönä**

Muutostarve on aina kehittämistutkimuksen perusta ja sen tarkoituksena on edelleen parantaa kehitettävää asiaa. Sen avulla on tarkoitus kehittää tuotetta, palvelua, tarkastella prosesseja, menetelmää tai organisaatiota. Kehittämistutkimus ei ole yksin oma tutkimusmenetelmänsä, vaan siinä voivat yhdistyä kvalitatiiviset eli laadulliset ja kvantitatiiviset eli määrälliset tutkimusmenetelmät. (Kananen 2015, 33, 39.)

Interventionistiset tutkimukset kuvaavat muutokseen pyrkiviä tutkimuksia. Tätä lähestymistapaa käytetään yläkäsitteenä konstruktiiviselle, kehittämis- ja toimintatutkimukselle. Interventionistisella

tutkimuksella pyritään ratkaisemaan nimenomaan käytännön ongelmia ja niitä joilla on tieteellistä merkitystä ja kohdentuu käytännön tarpeisiin. Kehittämistutkimuksessa voidaan erottaa kaksi prosessia. Ensimmäisenä on kehittämistyö, jonka kohteena on tuote, palvelu tai toiminta. Toisena on tutkimus ja siitä tuotoksen syntyy opinnäytetyö. (Kananen 2017, 7-18.) Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on tuottaa käytännön työelämään soveltuvia ratkaisuja (Kananen 2012, 13-16). Kuviossa 7. kuvataan opinnäytetyön sijoittumista tutkimuksen ja työelämän kehittämistoiminnan rajapintaan.



Kuvio 7. Tutkimus ja kehittämistoiminnan leikkauspisteeseen sijoittuvat opinnäytetyöt (Toikko ja Rantanen 2009,12).

Tieto mitä kehittämistutkimuksen aikana tuotetaan on käytännön läheistä ja se tukee kehittämistä ja uusia interventioita. Tieteellinen näkökulma kehittämistyöhön saadaan aikaan tiedon dokumentoinnilla ja tieteellisillä menetelmillä. Tieteen yksi kriteeri täyttyy, kun tuotetaan luotettavaa ja uutta tietoa. Tiedon levittäminen ja julkinen esittäminen edellyttävät hyvää dokumentointia. (Kananen 2012, 21, 44; Kananen 2017, 24, 38.)

Tässä kehittämistutkimuksessa haettiin uutta kustannus tehokasta toimintatapaa tuottaa palvelua lisääntyneeseen palveluntarpeen kysyntää ikääntyneiden palveluihin. Tarkemmin tämä kohdennettiin palveluasumiseen ja kotihoitoon. Tämä toimintamalli korvaa osittain keskuskaupungin alueella ensihoidon kiireetöntä hoitoa ympärivuorokautisesti. Tehdyn asiakastytyväisyyskyselyn pohjalta

haettiin empiiristä tietoa palvelun tarpeesta. Toimintamallin kustannus tehokkuus kuvattiin yksittäisen tuotteen pohjalta erittäin yksityiskohtaisesta ja pystyttiin vertaamaan nykyisiin kustannuksiin.

### **7.1.1 Kvantitatiivinen menetelmä osana kehittämistutkimusta**

Kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen kuuluu tiiviisti reliabiliteetti käsite. Käsitteellä tarkastellaan sitä, miten mittarit antavat ei-sattumanvaraisia tuloksia ja samalla se vahvistaa mittaus-tulosten pysyvyyttä. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää prosenttiosuuksia ja lukumääriä ja se pyrkii yleistämään. Tutkimusongelma on kvantitatiivisen tutkimusprosessin lähtökohta. Mittauksen tuloksena saatua aineistoa tutkitaan tilastollisin menetelmin. Tiedon perustelu, luotettavuus ja yksiselitteisyys korostuvat kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja siihen pohjautuvassa positivismissa. Kun halutaan saada vastauksia tutkimusongelmaan suurelta kohdejoukolta, voidaan käyttää kyselytutkimusta. (Kananen 2008, 10-11.)

Kehittämistutkimus ja sen toteuttaminen eroavat perinteisestä kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Siinä voidaan kuitenkin käyttää määrällisen tutkimuksen tiedonkeruu ja analysointimenetelmiä. Aineiston keräämisessä käytetään yleensä kyselylomaketta ja sitä voidaan käyttää nimenomaan, jos halutaan kartoittaa mielipiteitä tai asenteita. Kehittämisen tarpeiden analysointi, mahdollisuudet ja haasteet ovat osa kehittämistutkimusta. Tutkittava asia muutetaan yleensä mitattavaan muotoon eli operationalisoidaan ja kohdistetaan rajattuun toimintaympäristöön. (Kananen 2012, 121; Vilka 2015, 94-101.) Kyselytutkimuksen luotettavuutta lisää kyselylomakkeen kysymysten ymmärrettävyys ja se, että kohdejoukolla on riittävästi tietoa kysyttävistä asioista sekä siitä, että vastaajat haluavat antaa vastaukset kysymyksiin vapaaehtoisesti (Kananen 2012, 136-137).

Aineisto kerättiin asiakastyytyväisyyskyselyllä käyttäen Forms® sovellusta. Tällä kyselytutkimuksella saatiin nopeasti luotettavaa tietoa palvelun tilaajan tarpeista kyseistä toimintamallia kohtaan. Kyselyn kautta saatiin myös arvokasta tietoa nykytilasta ja kehittämistarpeista. Kyselyalusta jätettiin avoimeksi määritellyn tutkimusajankohdan jälkeen, jolloin saadaan jatkuvaa palautetta toimintamallista ja näin voidaan nopeasti puuttua mahdollisiin epäkohtiin.

### 7.1.2 Kvalitatiivinen menetelmä ja sisällön analyysi

Tutkimusaineiston kerääminen, analysointi ja raportointi ovat keskeinen osa arvioitaessa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Aineisto kootaan ihmisiltä ja tiedon hankinnan apuna voidaan käyttää lomakkeita tai testejä. Aineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti ja monipuolisesti. Havainnot ja mittaukset tehdään luonnollisessa ympäristössä. Kohderyhmä valitaan tarkasti ja heidän antamilla vastauksilla voidaan tuottaa vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineiston tulkinta tehdään sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 164.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston käsittelyssä käytetään sisällön analyysi –menetelmää. Aineisto luokitellaan asiasisältöjen mukaan. Sisältöjä tiivistetään niitä kuvaavilla ja vastaavilla ilmaisuilla alakategorioihin. Näin päästään kuvaamaan aineiston rakennetta ja ne taas kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Rakenteet nimetään ja tämän kautta pystytään hahmottamaan ja ymmärtämään tutkittava asia paremmin. Analysointia tehtäessä ja luotettavuutta arvioitaessa keskeistä on tutkijan kyky pystyä abstraktiin ajatteluun. (Kananen 2015, 88-89, 93-94.)

Palvelun käyttäjälle tehdyssä asiakastyytyväisyyskyselyssä käytettiin myös avointa kysymystä. Siihen tulleiden vastausten analysoinnissa käytettiin kvalitatiivisen tutkimuksen sisällön analyysi -menetelmää. Aineistosta muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Ilmaisuihin etsittiin yhteneväisyyksiä ja tämän jälkeen niitä ryhmiteltiin. Ryhmittelyn kautta aineistoa jaettiin ylä- ja alaluokkiin ja lopulta yläluokasta muodostettiin yksi pääluokka.

## 7.2 Aineiston hankinta ja analyysi

Tässä kehittämistutkimuksessa aineiston hankinta toteutettiin kvalitatiivisella menetelmällä Forms®-kyselyllä, joka suunnattiin yhden hengen hoidon tarpeen arviointi yksikön palveluita käyttäneille kotihoidon ja palveluasumisen henkilökunnalle. Forms®-kyselyllä tehdyt vastaukset arvioitiin palvelun sisäisten analytiikkaominaisuuksien avulla, ladattiin vastaukset excel- muodossa ja osittain käytettiin Forms® raportointiohjelmaa. Tässä tehdyssä kyselyssä käytettiin monivalinta- ja avointa kenttää (Liite 3). Kysely jaettiin kohderyhmälle ikääntyneiden palveluiden palvelupäälliköiden kautta. Jokaiseen kysymykseen oli vastattava, jotta pystyi etenemään kyselyssä eteenpäin. Kysymykset laadittiin niin, että niillä saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Kehittämistutkimuksen tarkoituksena oli myös tutkia ja analysoida hoidon tarpeen arviointi yksikön palvelun kehittämiseen ja tuottamiseen liittyviä muitakin asiakokonaisuuksia. Pilotoinnin aikana oli jäsenneily sitä, miten toimintatavan muutoksella tai uuden toiminnan kehittämisellä pystyttiin turvaamaan ympärivuorokautisen hoivan ja palveluasumisen yksikön henkilöstön osaaminen ja vähentämään ensiavun käyttöä näiden potilaiden osalta.

Mallia laajennettiin kotihoitoon ja toimintaa edelleen kehitetään mm. Tulevaisuuden kotona asu- mista tukevat palvelut ikääntyneille TulKoti- hankkeen kautta. Työssä tarkasteltiin ensimmäisen asteen tulosten ohella myös toisen asteen tuloksia ja sitä, syntykö tällä toimintamallilla välillistä hyötyä myös muille sidosryhmille eli ikääntyneiden palveluille ja kotihoidolle sekä tärkeimpänä heidän asiakkailleen.

Jouni Tuomi & Anneli Sarajärvi (2018, luku 4) käsittelee sisällönanalyysin tavoitteita. Tavoitteena on luoda sanallinen ja selkeä kuva ilmiöstä jota tutkitaan. Alla olevassa taulukoissa on kahta avointa vastausta käsitelty sisällön analyysin eli aineistolähtöisen induktiivisen analysointimallin avulla. Avoimissa vastauksissa on kuvattu palvelun laatua tai saatavuutta monisanaisesti, suurin osa muista avoimista vastauksista olivat lyhyitä ja asiasisällöllisesti yksinkertaisia. Pääluokat hoidon tarpeen arviointi ja saattohoidon osaamisalueet ovat konkreettisia ilmaisuja, joiden kautta voidaan päästä tulkintaan, että toiminta on juurikin sitä, mitä palveluntilaaja meiltä odottaa. Asiakastytyväisyyskyselyn perusteella saatiin vastaus ensimmäiseen asetettuun tutkimuskysymykseen, mikä oli: Millaisena palveluntilaajat näkevät uuden toimintamallin?

Avoimia vastauksia saatiin 24 ja ne on käsitelty sisällön analyysin eli aineistolähtöisen induktiivisen analysointimallin avulla. Taulukossa 1. on esitetty käytetyn mallin luokittelu.

Autenttinen ilmaisu	Pelkistetty	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>Toivon tästä palvelusta kehitettävän pysyvän käytäntömallin, koska se antaa kotihoidon</i>	Toiminnan jalkauttaminen	Ohjausosaaminen	Hoidon tarpeen arvioinnin osamista tukeva	Hoidon tarpeen arviointi

<i>kenttäväelle/lähihoitajille korvaamatonta henkistä ja fyysistä turvaa erityisesti iltoihin ja viikonloppuihin, jolloin ainoa konsultaatiomahdollisuus asiakkaiden tilanteista on ollut vain päivystävä lääkäri tai ensihoito.</i>	Toiminnan kehittäminen			
--	------------------------	--	--	--

Taulukko 1. Aineistolähtöinen induktiivinen analysointimalli

### 7.3 Hoidon tarpeen arviointi yksikön käyttöönottoprojektin kuvaus

Hoidon tarpeen arviointi yksikön ohjausryhmän ensimmäinen kokous pidettiin 16.9.2019. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi kaupunginsairaalan palvelupäällikkö ja varapuheenjohtajana sairaanhoitopiirin palvelujohtaja. Ohjausryhmä kokoontui noin 20 kertaa vuosien 2019-2021 aikana. Taulukossa 2. on määritelty projektin tavoitteet, odotettu lopputulos ja mittarit millä lopputulosta mitataan.

Tavoitteet	Odotettu lopputulos	Mittari
Potilas on oikeassa paikassa oikeaan aikaan	Päivystys käynnit vähenee	Käyntimäärät
Kotihoidon ja palveluasumisen hoidon tarpeen arvioinnin edelleen tukeminen	Päivystys käynnit vähenee	Yhden hengen hoidon tarpeen arvioinnin yksikön käyntimäärät ja puhelinkonsultaatiot

Osaamisen syventäminen	Päivystys käynnit vähenee	Täydenniskoulutusmäärät
Potilastyytyväisyys ja muiden toimijoiden yhteistyö paranevat	Tyytyväiset potilaat, läheiset ja muut toimijat	Asiakaspalautteet/Roidu/ kaupungin sähköinen palautejärjestelmä
Henkilöstöresurssi on oikein kohdennettu	Riittävä henkilöstömäärä suhteessa toimintaan	Mitoitus

Taulukko 2. Kehittämistutkimuksen tavoitteet, odotettu lopputulos ja mittarit

Kehittämistutkimuksen riskien analysointi tehtiin heti tutkimuksen alkaessa ja arviointia jatkettiin koko tutkimuksen ajan. Työturvallisuuslain 8 §:n yleissäännös ja yleinen huolehtimisvelvoite velvoittavat ottamaan huomioon työhön, työolosuhteisiin tai muuhun työympäristöön liittyvät seikat. Yleisenä periaatteena tulee noudattaa vaara- ja haittatekijöiden syntymistä, niiden poistamista tai korvaamista vähemmän vaarallisilla tai haitallisilla elementeillä. (Hietala ym. 2019, 83.) Työturvallisuuslain 8 §:n 3 momentti sisältää yleiset noudatettavat periaatteet, jossa vaara- ja haittatekijöiden syntymistä estetään, poistetaan tai korvataan vähemmän vaarallisilla tai haitallisilla tekijöillä. (Hietala ym. 2019, 83.)

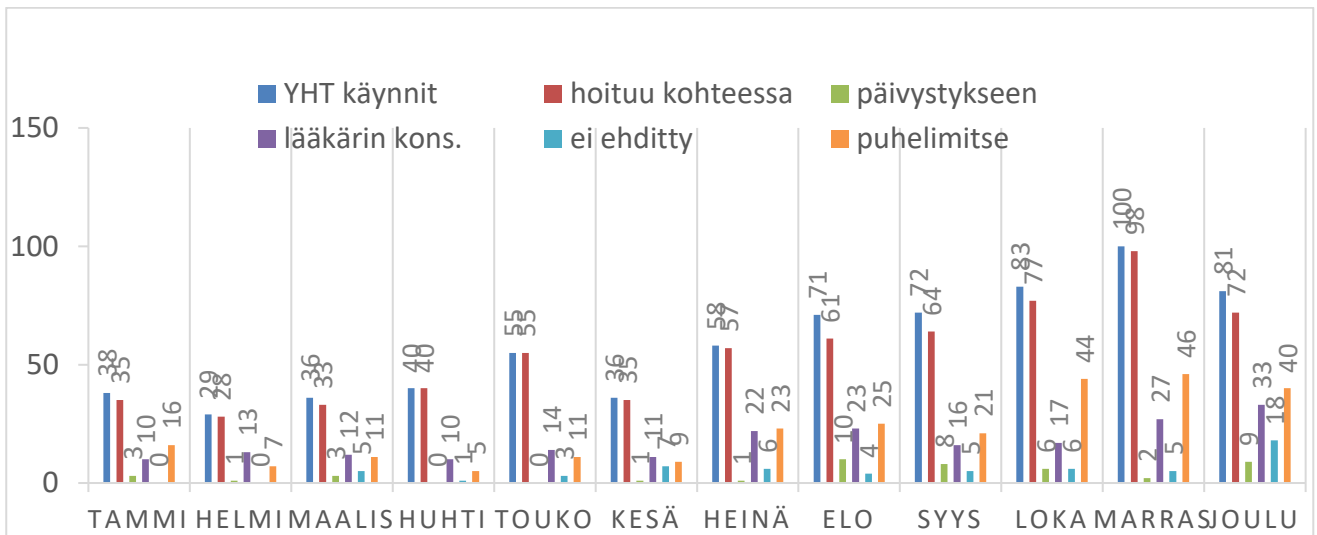
Taulukossa 3. arvioitiin riskeille ja niiden seurauksille toteutumisen todennäköisyys sekä riskeihin varauduttiin suunnittelemalla ennakoivat ja korjaavat toimenpiteet. Todennäköisyyden arvioinnissa käytettiin seuraavaa asteikkoa: + epätodennäköinen, ++ mahdollinen ja +++ todennäköinen. Samalla määriteltiin myös vastuutaho, joka vastaa tästä seurannasta.

Riski ja sen seuraukset	Todennäköisyys	Ennakoivat ja korjaavat toimenpiteet	Vastuu
Ei ole tarpeeksi osaavaa henkilökuntaa. Yhden hengen hoidon tarpeen arviointi yksikkö ei toimi	+  +	Henkilökunnan motivointi.  Hyvä perehdytys ja koulutus.	Esihenkilö  Esihenkilö
Tehtäväksiannot ja toimintamalli eivät kohtaa. Työturvallisuus ja potilasturvallisuus heikentyy	++  ++	Selkeä toimintamalli  Turvallisuuskoulutus Virve Auton GPS paikannus	Ohjausryhmä Esihenkilö
Potilasturvallisuus vaarantuu. HaiProjen määrä kasvaa.	+  +	Hyvä perehdytys ja koulutus.  Selkeä toimintamalli.	Esihenkilö, koulutusvastaava  Ohjausryhmä
Autoilu ja liikenneturvallisuus	++	Ajoharjoittelu opetusta	Esihenkilö, koulutusvastaava

Taulukko 3. Riskienhallinta

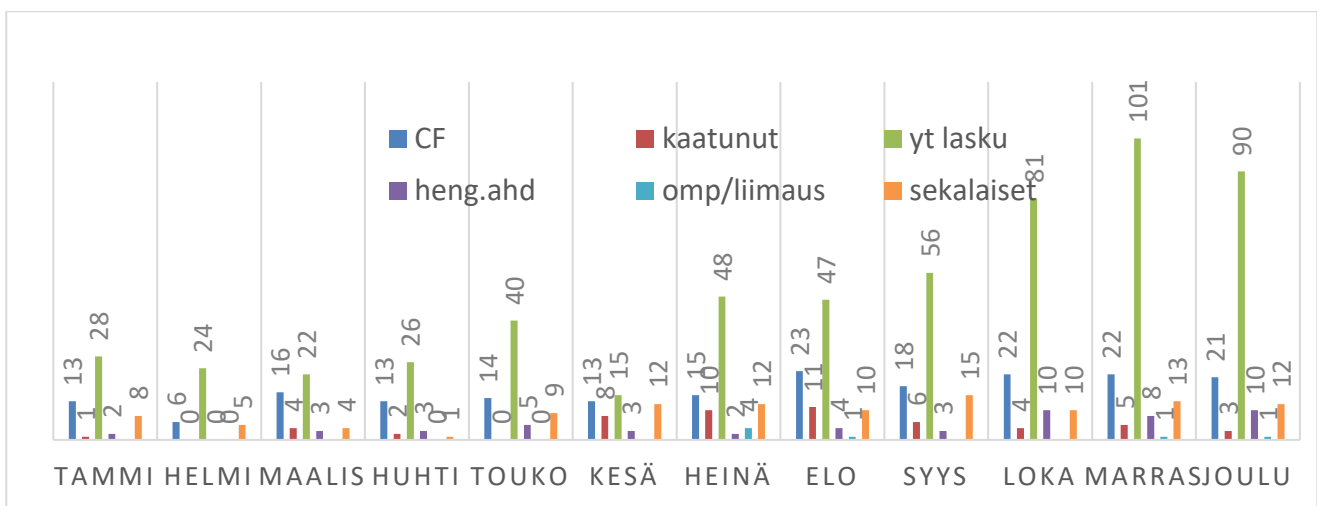
### 7.3.1 Hoidon tarpeen arviointi yksikön toiminnalliset tiedot vuodelta 2021

Kuviossa 8. on avattu käyntien sisältö. Kaupungin kotihoidossa oli heinäkuussa 2021 sairaanhoitaja vajausta, jonka vuoksi kotihoito liitettiin hoidon tarpeen arviointi yksikön palveluiden piiriin ja tämä näkyy puheluiden määrän kasvuna. Yhteensä käynnit pitää sisällään hoituu kohteessa käynnit sekä päivystykseen lähettyjen määrän. Pilotoinnin aikana hoidon tarpeen arviointi yksikköön ei tehty henkilöstölisäyksiä, vaan tämä integroitiin osaksi kotisairaalan toimintaa. Tästä syystä johdettujen henkilöstön poissaolojen vuoksi ei pystytty toteuttamaan kaikkia hoidon tarpeen arviointi yksikölle kohdennettuja käyntejä.



Kuvio 8. Tilastoitujen käyntien ja puheluiden määrät ja luokitus

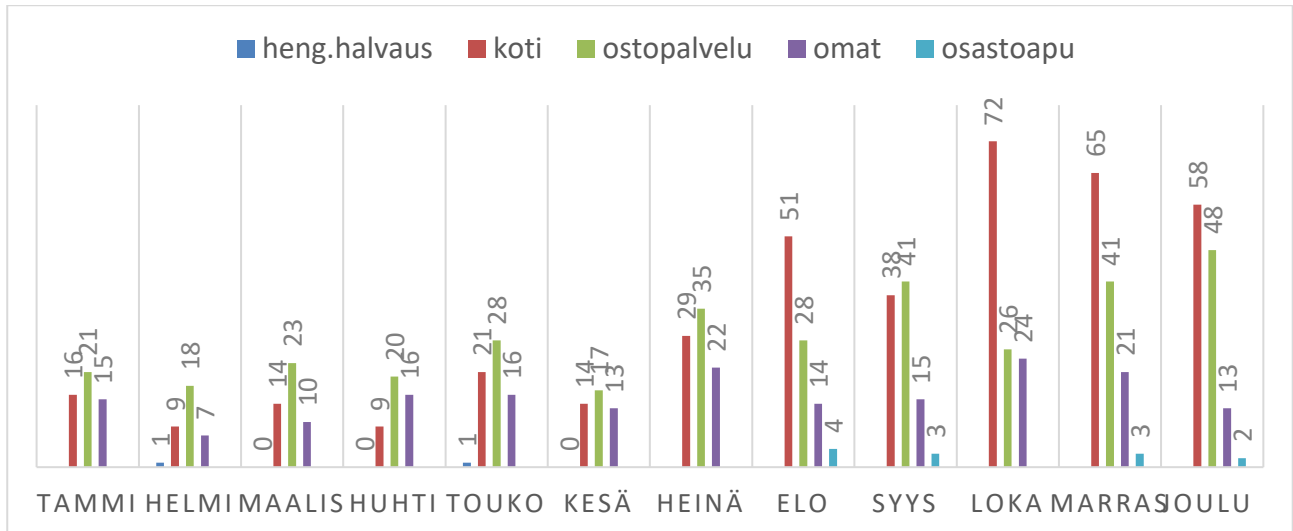
Kuviossa 9. on tarkasteltu tilastoituja käyntejä kansallisten SPAT luokitusten mukaan. Puhelut on tilastoitu sisältömerkinnällä hoidon tarpeen arviointi yksikön puhelinneuvonta. CF merkintä tarkoittaa Cystofixin vaihtoa. Sekalaiset pitää sisällään mm. lääkehoidon toteutuksen ja ohjauksen sekä jatkoahoito- ohjeistuksen palvelun tilaajalle.



Kuvio 9. Tilastoitujen käyntien määrät ja sisältö

Hoidon tarpeen arviointi yksikön toiminnan alkuvaiheessa käyttöä rajoitettiin kaupungin ikääntyneiden palveluihin ja siellä kohdennettuna palveluasuminen. Heinäkuussa 2021 toimintaa laajen-

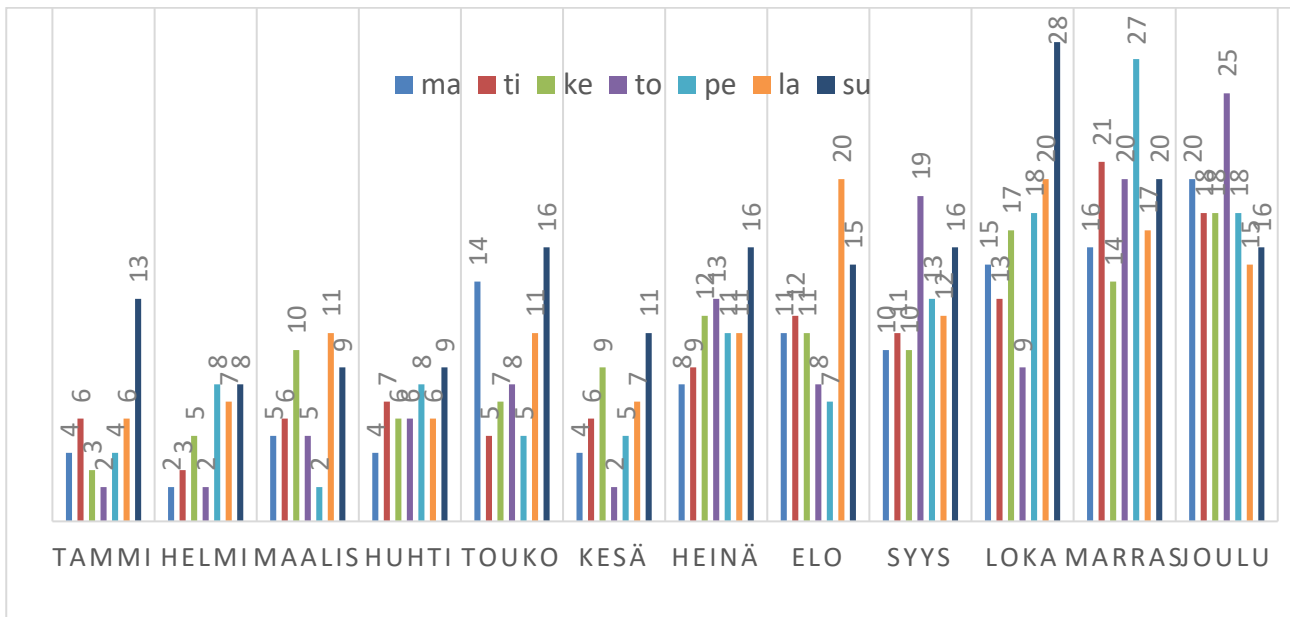
nettiin myös kotihoidon alueelle tukemaan henkilöstön osaamista virka-ajan ulkopuolella. Sairaalan osastoilla hoidon tarpeen arviointi yksikköä on konsultoitu ja hoitoa on toteutettu mm. cystofixiin tai keskusklinikamokateireihin liittyvissä ongelmissa virka-ajan ulkopuolella. Kuviossa 10. on kuvattu hoidon tarpeen arviointi yksikköä käyttäneet yksiköt ja käyntimäärät.



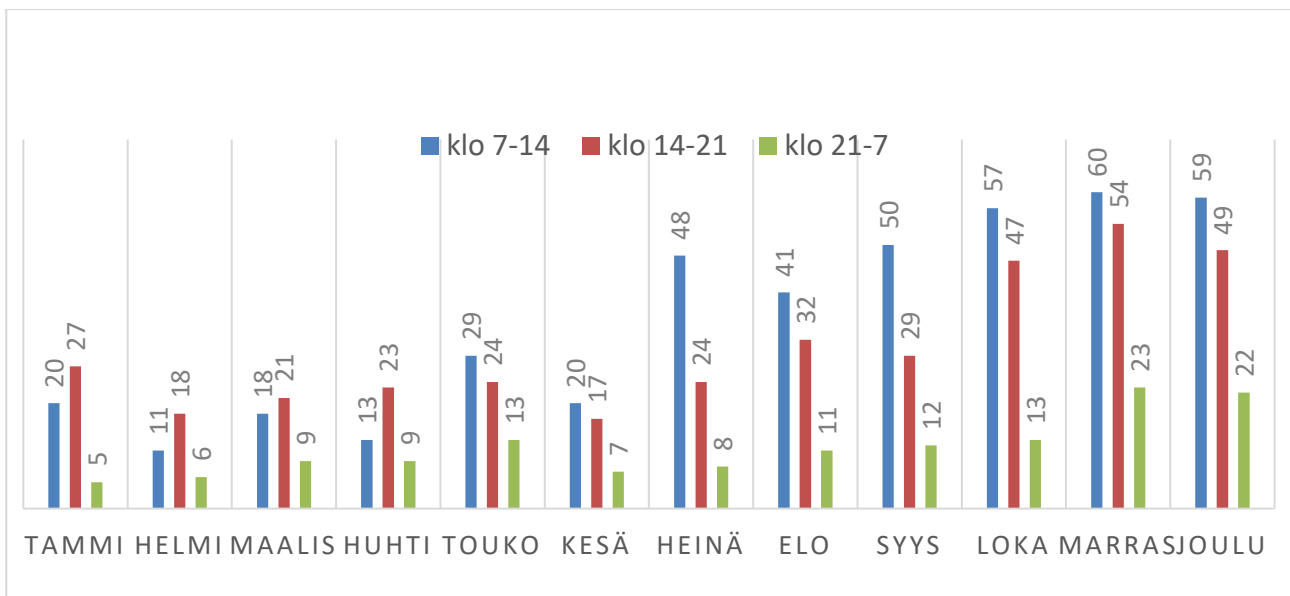
Kuvio 10. Hoidon tarpeen arviointi yksikköä käyttäneet yksiköt

Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse tulee eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunnon mukaan erottaa yleisestä neuvontapalvelusta. Tämän takia puheluiden tilastoinnilla on ihan oleellinen merkitys, jotta ne saadaan eriteltyä käynneistä (Syväoja ja Äijälä 2009, 19). Hoidon tarpeen arviointi yksikön kautta tapahtuva puhelin neuvonta on yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa, koska siinä otetaan kantaa potilaiden yksilölliseen terveydentilaan ja samalla annetaan henkilökohtaisia hoito-ohjeita. Hoidon tarpeen arviointi yksikössä työskentelevät hoitajat ovat kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöitä koulutukseltaan sairaanhoitajia ja tekevät potilaslain mukaiset merkinnät puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista. (Syväoja ym. 2009, 129.)

Kuviossa 11. kuvataan käynnit ja puhelut viikoppäivien mukaan ja kuviossa 12. käynnit ja puhelut vuorokauden mukaan. Konsultaatiomäärät kasvavat selkeästi viikonloppua kohden ja samoin virka-ajan ulkopuolelle, joka kertoo siitä, että esim. kotihoidon omien konsultoitavien sairaanhoitajien määrä vähenee merkittävästi edellä mainittuina ajankohtina.



Kuvio 11. Käynnit ja puhelut viikonpäivän mukaan



Kuvio 12. Käynnit ja puhelut vuorokauden mukaan

## 8 Tulokset

### 8.1 Palvelutuotteiden muodostaminen

Uuden toimintamallin perustan varmistamiseen sisältyy muun muassa oman yksikön ja oman perustehtävän kirkastaminen, asiakkaiden ja palvelutarpeiden ja -odotusten selvittäminen sekä muiden vastaavia palveluja tuottavien yksiköiden palvelutarjonnan kartoittaminen valtakunnallisesti.

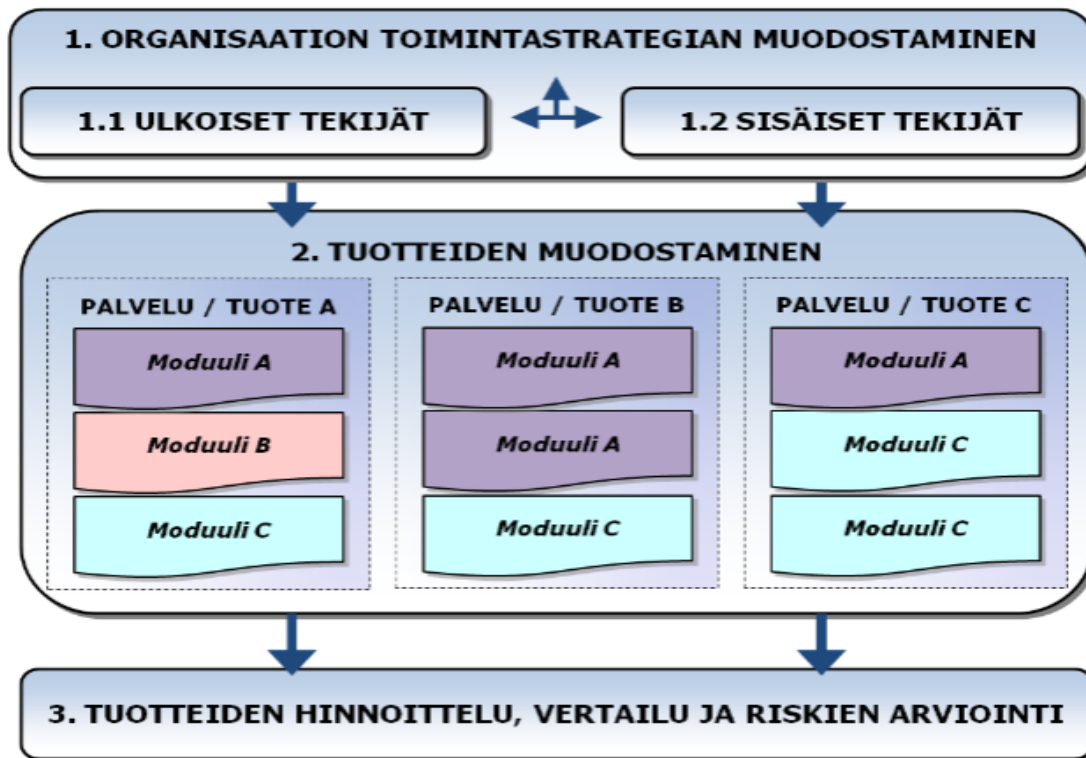
Tuotteistamisprosessissa käytettiin hyväksi Kuntaliiton (2017) julkaisemaa prosessikuvausta (Kuvio 6)

Ennen hoidon tarpeen arviointi yksikön toimintaa palveluntilaaja eli kotihoito joutui varsinkin virka-ajan ulkopuolella turvautumaan erikoissairaanhoidon päivystykseen hoidon tarpeen arviointiin ja hoidon toteutukseen. Tämä toimintatapa johti lisääntyneisiin ensihoidon kuljetuksiin ja palvelunkokijan kohtuuttomiin odotusaikoihin palvelunsaannissa. Yhtenä keskeisenä tavoitteena oli alentaa palvelun kustannuksia ja parantaa palvelun laatua tilaajan ja palvelunkokijan näkökulmasta.

Hoidon tarpeen arviointi yksikön palvelujen tarkempaa suunnittelua ja määrittämistä varten varmistettiin, että perusasiat ovat kunnossa. Hoidon tarpeen arviointi yksikön sairaanhoitajilla tulee olla kyky itsenäiseen päätöksentekoon, konsultoivaan työotteeseen sekä moniammatilliseen työskentelyyn. Hoitajilta vaaditaan myös vahvaa kliinisen hoitotyön asiantuntijuutta, jossa yhdistyvät käytännön hoitotyön kokemus ja syvällinen teoreettinen tieto.

Hoidon tarpeen arviointi yksikön pilotin alkaessa vastaavanlaista kotisairaalan yhteydessä tapahtuvaa toimintaa oli ainoastaan Helsingin kaupungilla, mistä saatiin arvokasta tietoa kokemuksista ja mahdollisista ongelmista. Palvelun ”menekin” ja vaikutusten seuranta arvioitiin asiakaspalautteilla ja käyntimäärillä.

Palveluvalikoiman määrittäminen ja kuvaaminen pohjautuu Valkaman 2010- lähteessä esitettyyn prosessikuvaukseen palvelutuotteiden muodostamiseksi, Kuvio 13. Palvelutuotteet voidaan rakentaa modulaarisista komponenteista, vaikka kokonaisuus on asiakkaan tarpeita vastaava yksilöllinen palvelupaketti. Moduloinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä tuotteen jakamista toiminnallisiin osiin, mikä mahdollistaa massaräätelöityjen palvelujen tarjoamisen ja hinnoittelun.



Kuvio 13. Tuotteistamisprosessi-tuotteiden muodostaminen. (Valkama, 2010)

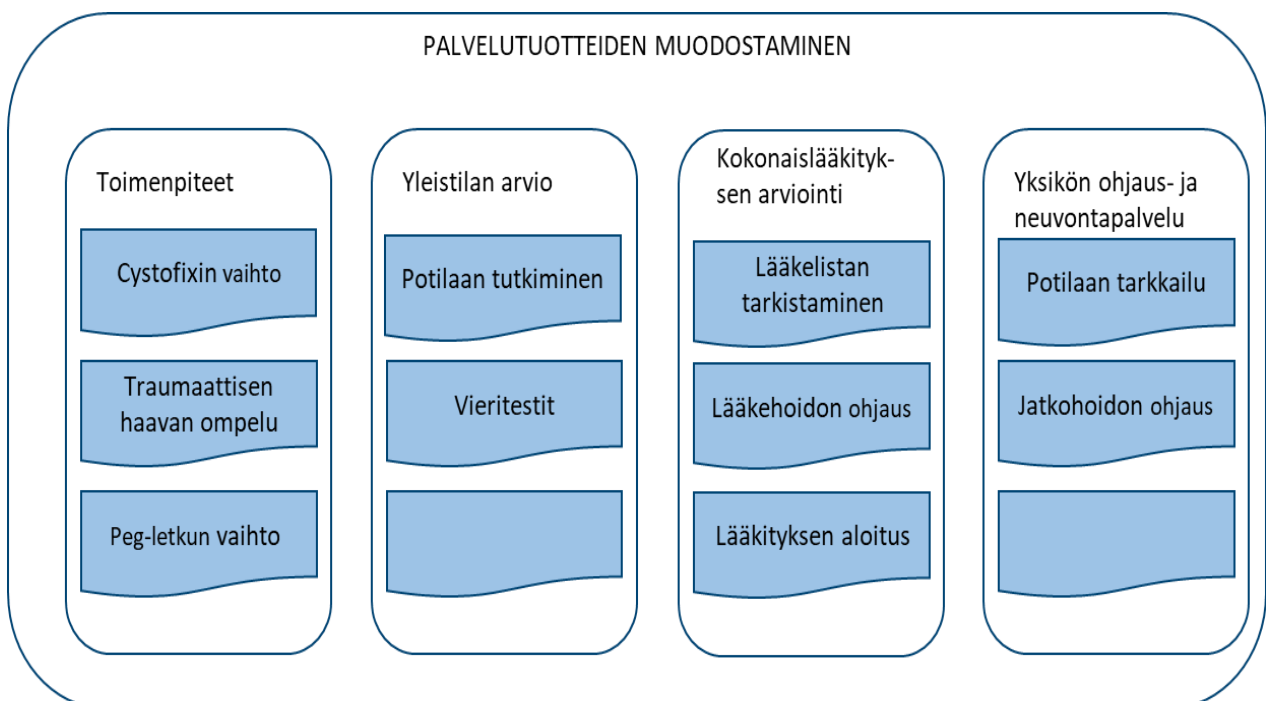
Tässä kehittämistutkimuksessa tuotteistamisella tarkoitetaan hoidon tarpeen arviointi yksikön osaamispalvelujen jalostamista toimituskelpoisiksi palvelutuotteiksi. Palveluntilaajana ja asiakkaana on kaupungin kotihoito ja palveluasuminen, palvelunkokijana on puolestaan kotihoidon ja palveluasumisen asiakas.

Palvelutuotteen edellä kuvattua modulointia ei toteutettu yksityiskohtaisesti, koska sen ei katsottu tuovan lisäarvoa, ainakaan tässä vaiheessa. Varsinaisiksi ydintuotteiksi valikoituivat:

1. Toimenpiteet
2. Yleistilan arvio
3. Kokonaislääkityksen arviointi
4. Yksikön ohjaus- ja neuvontapalvelu

Kuvion 14. mukaisesti ydintuotteet eivät sisältäneet sellaisia moduuleja, jotka olisivat ilmeisesti toistuneet samanlaisina ydintuotteiden välillä. Työssä pyrittiin yksityiskohtaisesti analysoimaan

Cystofixin vaihto, joka on kuvattu toimenpiteisiin kuuluvana moduulina. Cystofixin vaihdon kustannusvertailu hoidon tarpeen arviointi yksikön tai erikoissairaanhoidon suorittamana voidaan suorittaa ilman yksityiskohtaista modulointia. Jos ”Toimenpiteet” olisi käsitelty erillisinä palvelutuotteina, mahdollisesti yhteisiä moduuleja ei olisi voitu tunnistaa, mutta tämän ei katsottu olevan tarkoituksenmukaista tämän työn rajoittuessa edellä mainittuun yksittäiseen toimenpiteeseen. Tuotteistuksen toimintaidea pohjautui käyntisyyluokitteluun ja todelliseen tietoon toteutuneesta palvelun käytöstä. Potilaskontaktien yhteydessä tallennettiin käyntisytytiedot ja suoritettiin kustannuslaskenta yksityiskohtaisesti, joka on haasteellinen malli monen eri tuoteryhmän laskennassa yksikköhintojen muutoksista johtuvista syistä.



Kuvio 14. Hoidon tarpeen arviointi yksikön palvelutuotteiden muodostaminen.

## 8.2 Suprapubisen kystostomiakatetrin vaihto – kustannukset ja hinnoittelu

Tässä kappaleessa on tarkoitus kuvata vatsanpeitteiden läpi asennetun virtsakatetrin eli suprapubisen kystostomiakatetrin vaihto potilaalle prosessikuvauksena. Suprapubinen katetri, kauppanimeltään esimerkiksi Cystofix® on vaihtoehto kestopatetrille, kun rakko ei toimi eikä toistokatetrointi onnistu. Tarkoitus on mahdollistaa virtsan esteetön poistuminen rakosta. Liikkuminen helpottuu, koska katetri ei ole hankaamassa virtsaputkea. Suprapubisen katetrin korkittamalla voidaan seurata mahdollisen spontaanin virtsaamisen onnistumista ja rakon tyhjentymistä virtsarentation jälkeen. (KSSHP hoito-ohjeet 2014.)

Kystostomiaa ei tehdä rakkosyöpöpotilaalle eikä potilaalle, jolla on vakavia hyytymishäiriöitä. Vuoto-ongelmat on huomioitava antikoagulanttihoitoa saavilla. Suprapubisen katetrin asentaa lääkäri. Anatomia tarkistetaan ultraäänellä ja asetetaan ultraääniavusteisesti. Suprapubinen katetri voi olla väliaikainen tai pysyvä. Virtsa katetria asennettaessa tulisi olla rakossa yli 300ml. Paikallaan katetri pysyy ballongin avulla. Suprapubisen katetrin vaihtoväli on 1-3kk, lääkärin antaman ohjeen mukaan. Vaihto tapahtuu vaijerin avulla ilman, että uutta reikää tarvitsee tehdä. Vaihdon suorittaa joko lääkäri tai vaihtoon koulutettu sairaanhoitaja. (KSSHP hoito-ohjeet 2014.)

Päivittäiseen hoitoon kuuluu katetrin juuren tarkistaminen ja puhdistus, ympäröivän ihon hoito ja suojaus sekä virtsamäärän ja -laadun seuranta. Virtsankeräyspussin tulee olla rakkotason alapuolella, jotta virtsa pääsee valumaan keräyspussiin. Tyhjennys suoritetaan tarvittaessa ja vähintään kerran vuorokaudessa. Tarvittaessa katetria huuhdellaan sen tukkiutuessa tai sen estämiseksi. Riittävä nesteiden saanti ennaltaehkäisee virtsatietulehduksia ja katetrin tukkeutumista. Hoidossa tarkistetaan myös ballongin täyttöaste. Hoidossa käytettäviin tarvikkeisiin tehdään hoitotarvikejake-lulähete.

**Hoitopolun kuvauksessa** suprapubisen katetrin vaihto ohjelmoidaan potilaan, omaisten tai hoitavan yksikön toimesta määrätyin väliajoin. Hyvän toimintakyvyn omaavan ja liikkuvan potilaan kohdalla vaihdot tapahtuvat terveysasemalla lääkärin toimesta. Palveluasumisen yksiköissä lääkäri suorittaa vaihdot niissä käydessään. Kotihoidon ja palveluasumisen hoitajat vastaavat katetrin päivittäisestä hoidosta.

Kotisairaalan hoidon tarpeen arviointi yksikön sairaanhoitajat ovat koulutettuja vaihtamaan suprapubisen katetrin. Kotihoidon ja palveluasumisen hoitajat voivat konsultoida hoidon tarpeen arviointi-yksikköä ympäri vuorokauden katetriin liittyvissä ongelmissa. Tukkeutuneen tai irronneen katetrin vaihtaminen onnistuu hoidon tarpeen arviointi yksikön toimesta ympäri vuorokauden. Jos hoidon tarpeen arviointi yksikkö ei onnistu jostain syystä vaihdossa, ohjataan potilas terveysaseman vastaanotolle virka-aikana ja virka-ajan ulkopuolella hoitopaikkana on yhteispäivystys. Hoidon tarpeen arviointi yksikön varusteisiin kuuluu kaikki vaihdossa tarvittavat välineet uutta katetria myöten. Palvelu oli pilotin aikana maksutonta potilaalle sekä palvelun tilaajalle.

### 8.3 Cystofixin vaihdon toteutus – kirjaaminen ja tilastointi

**Kirjaaminen:** syy vaihdolle, katetrin koko ja ballongin nestemäärä sekä mahdolliset ongelmat vaihdossa.

Hoidon tarpeen arviointi yksikön fraasipaketti HOIYHT lomakkeella:

<b><u>Käyntisyys: U29 (muu virtasteiden vaiva/oire)</u></b>
<b><u>Hoidon tarve: syy katetrin vaihdolle</u></b>
<p><b><u>Hoitotyön toiminnot:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Potilas valmistellaan toimenpiteeseen:</li> </ul> <p>Katetrin juuri ja iho sen ympäriltä puhdistetaan.</p> <p>Virtsakeräyspussi/korkki irrotetaan, katetri nostetaan ylöspäin ja vaihtovaijeri viedään sisään rakkoon asti.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vanha katetri</li> </ul> <p>Ballonki tyhjennetään ruiskulla. Ellei se tyhjene, ballonki puhkaistaan täyttämällä se 50–100 ml keittosuolaliuoksella.</p> <p>Vanha katetri poistetaan vaijeria pitkin niin, että vaijeri jää paikoilleen rakkoon menevään reikään.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Uusi katetri</li> </ul> <p>Katetrin koko.</p> <p>Puudutusgeeliä voidaan käyttää liukastamaan katetria</p> <p>Katetri pujotetaan vaijerin ohjaamana rakkoon.</p> <p>Ballonki täytetään 5 ml 10 % esitäytetyllä glyseriini-ruiskulla.</p> <p>Vaijeri vedetään pois katetrin sisältä.</p> <p>Katetri yhdistetään virtsankeräyspussiin tai korkkiin.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toimenpiteen jälkeen taitokset katetrin juureen ja kiinnitys (teipillä, kiinnityssiteellä tai kalvolla).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahdolliset ongelmat vaihdossa.</li> </ul>
<p><b><u>Suunnitelma:</u></b></p> <p>Annettu kirjalliset ja suulliset kotihoito-ohjeet Cystofixin hoitoon palveluasumisen/kotihoidon hoitajalle.</p> <p>Jos haava-alueella tai Cystofixin toiminnassa ongelmia, yhteys Kotisairaalaan tai yksikköhoidon tarpeen yksikköön</p>
<p><b><u>Tilastointi:</u></b></p> <p>Kun valitaan käyntisyys U29, tulee se automaattisesti käynnin yhteenvedolle.</p> <p>Lisätään:</p> <p>SPAT1171 Virtsarakkopunktio</p> <p>SPAT1335 Jatkohoidon suunnitelma, jatkohoidon järjestäminen</p>

Tilastointi tehdään potilastietojärjestelmä LifeCaren tilastoinnin kautta käyttämällä SPAT toimintoluokituksia.

SPAT1171 Virtsarakkopunktio

→ Cystofixin vaihto

SPAT1335 Jatkohoidon suunnitelma, jatkohoidon järjestäminen

→ Ohjeet yksikön hoitajille

→ Hoidetaan kohteessa

TOIMINTOLUOKITUS

Hakuehdot: Kieli:  Suomi  Ruotsi

Hae diagnoosien mukaan Ryhmä:  Tyhjennä

Tunniste:  Nimi:  Hae

Hakutulokset:

Tunniste	Nimi

Valitut toimintoluokitukset:

Tunniste	Nimi
SPAT1171	Virtsarakkopunktio

JATKOHOITO

Jatkohoidot:

Tunniste	Nimi
SPAT1334	Ei jatkotoimenpidettä
SPAT1336	Tutkimuspyyntö
SPAT1337	Puhelinajan varaaminen
SPAT1338	Sopimus kirjeestä/sähköisestä yhteydenotosta
SPAT1339	Uusi vastaanottoaika
SPAT1340	Ohjaus muulle ammattiryhmälle kuin lääkärille
SPAT1341	Ohjaus lääkärille tai hammaslääkärille

Valitut jatkohoidot:

Tunniste	Nimi
SPAT1335	Jatkohoidon suunnitelma, jatkohoidon järjestäminen

OK Peruuta

## Sisältömerkintöihin:

### Sisältömerkinnät

7KOHTA Kotisairaala, hoidon tarpeen arviointi

1



Tuotteistuksen kautta saadaan eroteltua selkeitä hyötyjä palvelujen kehittämisestä ja asiakasnäkökulmasta sekä tällä luodaan tuotannon läpinäkyvyyttä. Hyvinvointialueelle tulisi rakentaa yhtenäinen tuotteistus, sillä se mahdollistaisi kansallisen vertaiskehittämisen, mahdollistaisi ulkoisen arvioinnin, vertailun ja palvelujen hankinnan. Tuotteistuksen mukaan voidaan kytkeä tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden mittareita.

## 8.4 Asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja hyödyntäminen

Uuden toimintamallin jalkauttamisessa tarvitaan asiakassuhdemarkkinointia ja siinä keskeistä on palvelun käyttäjien asiakasprofilointi, asiakassuhteen luominen ja asiakaspalautteiden sekä tyytyväisyyden seuranta. Näiden avulla rakennetaan kannattavuus ja asiakassuhteen ylläpito sekä pidennetään asiakassuhteen kestoja. (Lundberg ja Töytäri 2010, 34.)

Hoidon tarpeen arviointi-yksikön pilotoinnin aikana jäseneltiin sitä, miten toimintatavan muutoksella tai uuden toiminnan kehittämisellä voitiin turvata ympärivuorokautisen hoivan ja palveluasumisen yksikön henkilöstön osaaminen ja vähentää ensiavun käyttöä näissä yksiköissä olevien potilaiden osalta. Mallia laajennettiin kotihoitoon ja toimintaa edelleen kehitettiin.

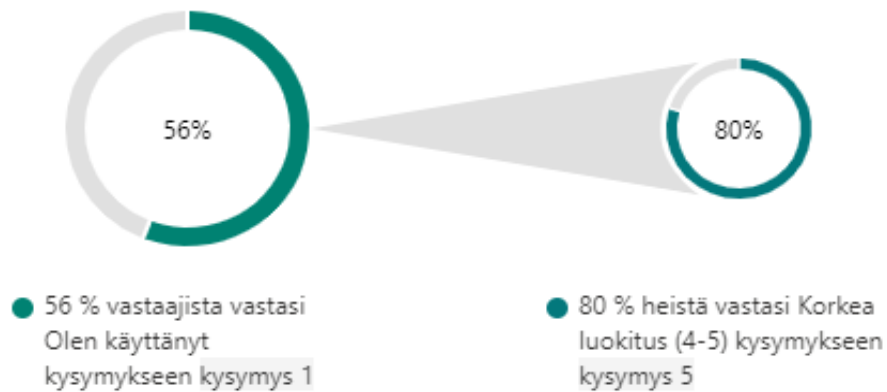
Hoidon tarpeen arviointi yksikön asiakaspalautekysely tehtiin ajalla 8.11.2021-30.11.2021 palveluntilaajalle eli ikääntyneiden palveluille. Kysely toteutettiin Microsoft Forms® sovelluksella. Tämä digitaalinen alusta helpottaa asiakaspalautteiden datan jäsentelyä. Samalla tiedon prosessointia voidaan tehdä kvantitatiivisesti hyödyntäen tilastollista analyysiä ja avoimien palautteiden kohdalla käyttää sisällönanalyysiä. Palautekyselyssä kartoitettiin palveluntilaajan kokemuksia kotisairaalan hoidon tarpeen arviointi yksiköstä. Annetut palautteet ovat palveluntuottajalle arvokkaita ja tärkeitä palvelun kehittämisen ja korkean laadun varmentamisen kannalta. Alla on esitetty asiakastyytyväisyyskyselyn vastausjakaumat.

### 1. Oletko käyttänyt hoidon tarpeen arviointi-yksikön palveluja?

 Olen käyttänyt	45
 En ole käyttänyt	31



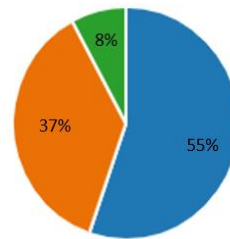
56 % vastaajista vastasi **Olen käyttänyt** tähän kysymykseen, ja enemmistö vastasi **"Korkea luokitus (4-5)"** kysymykseen 5.



## 2. Palvelualueeni on

[Lisätietoja](#)

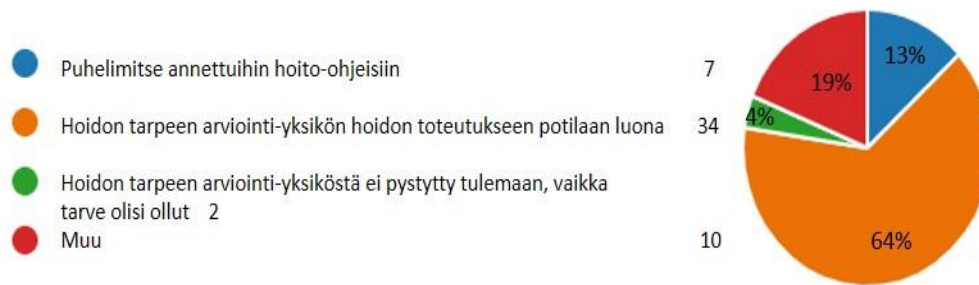
<span style="color: blue;">●</span> Kotihoito	42
<span style="color: orange;">●</span> Palveluasuminen	28
<span style="color: green;">●</span> Muu	6



### Palvelualue (kysymys 2.)

Kysyttäessä millä palvelualueella vastaajat työskentelivät, niin vastaajista yli puolet (55%) työskenteli kotihoidossa. Lähes joka kolmas (37 %) vastaajista työskenteli palveluasumisessa. Alue muu pitää sisällään esim. pitkäaikaishoidon ja joiden osuus oli vain 8%.

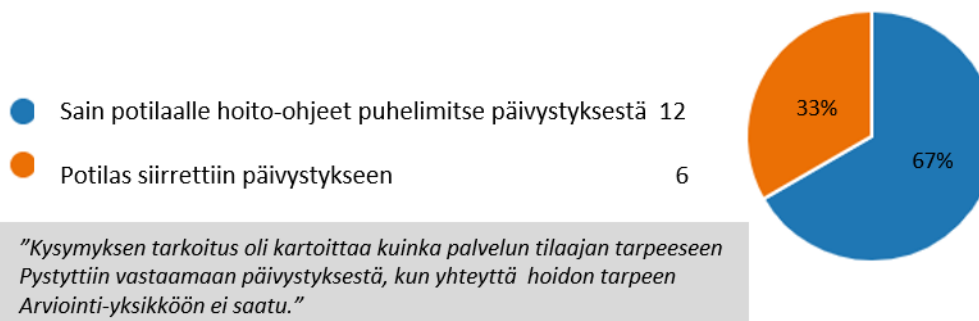
### 3. Mihin jatkotoimenpiteisiin onnistunut yhteydenotto johti



#### Jatkotoimenpide yhteyden oton jälkeen (kysymys 3.)

Kaksi kolmesta (64%) hoidon tarpeen arviointi yksikön työntekijän tekemistä tehtävistä pystyttiin hoitamaan kohteessa. Muu pitää sisällään esim. yhteydenoton 112 numeroon. Pilotin aikana ajoittain hoidon tarpeen arviointi-yksikkö oli pois käytöstä resurssipulan vuoksi. Lähes joka seitsemäs (13%) yhteydenotoista pystyttiin hoitamaan puhelimitse. Yksi kahdestakymmenestä viidestä (4%) yhteydenotosta on jäänyt hoitamatta hoidon tarpeen arviointi yksikön toimesta joko kiireen vuoksi tai riittämättömän hoitajamitoituksen vuoksi.

### 4. En saanut yhteyttä hoidon tarpeen arviointi-yksikköön, mutta



#### En saanut yhteyttä hoidon tarpeen arviointi yksikköön, miten potilaan jatkohoito järjestyi (kysymys 4.)

Kyselyn aikana kahdeksantoista yhteydenotto yritystä jäi toteutumatta, joten palveluntilaaja sai hoito-ohjeet puhelimitse (67%) päivystyksestä. Kolmas osa (33%) asiakkaista jouduttiin siirtämään päivystykseen jatkohoitoon.

5. Minkä arvosanan annat hoidon tarpeen arviointi-yksikön toiminnasta palveluntuottajana.

55  
Vastaukset

★★★★☆  
4.16 Yleisarvosana

78% antoi pistemääräksi väliltä "4-5" tähän kysymykseen

Pistemäärän jakauma



6. Mitä kehitettävää palvelussamme on nyt ja tulevaisuudessa. Jaa ideasi ja parannusehdotuksesi meille.

[Lisätietoja](#)

24

Yhteenvedona suoritetusta kyselystä voidaan todeta, että tyytyväisyys hoidon tarpeen arviointi yksikön toimintaan oli korkealla tasolla, vastaajista 80% oli toimintaan tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä. Mikäli yhteyttä hoidon tarpeen arviointi yksikköön ei saatu, hoidontarve arvioitiin päivystyksen toimesta, kuten ennen hoidon tarpeen arviointi yksikön toiminnan aloittamista. Näitä tapauksia oli 40% (18/45), mikä johtui pilotin alkuvaiheen henkilöresurssin vähyydestä. Palautteen avulla resurssipulaan on puututtu.

**Hoidon tarpeen arviointi-yksikön käyttöönottamisen edistäviä ja estäviä tekijöitä palvelun tilaajan näkökulmasta:** Asiakastyytyväisyyskyselyn lopuksi kartoitettiin avoimen kysymyksen kautta hoidon tarpeen arviointi-yksikön käyttöönottamisen edistäviä ja estäviä tekijöitä kotisairaalassa. Kysymykseen vastauksia tuli yhteensä 24 kappaletta (n=24). Vastaukset on käsitelty sisällön analyysin eli aineistolähtöisen induktiivisen analysointimallin avulla.

**Edistäviä tekijöitä:**

"Konsepti on erittäin tarpeellinen ja toimintaideologia toimiva."

"Saattohoitoyhteistyö on ollut menestyksestä."

"Jatkossakin tulemme tarvitsemaan apua saattohoitotyössä, silloin yhteisen hoitosuunnitelman tekeminen korostuu..."

"...selkeä työnjako..."

"...se antaa kotihoidon kenttäväelle/lähihoitajille korvaamatonta henkistä ja fyysistä turvaa erityisesti iltoihin ja viikonloppuihin, jolloin ainoa konsultaatiomahdollisuus asiakkaiden tilanteista on ollut vain päivystävä lääkäri tai ensihoito".

"Oikein hyvä palvelu ollut ja asiantuntijoita saatavilla."

"Täysin tarpeellinen palvelu ja myös palveluasumisessa on tullut tarvetta käyttää."

"Olette vastanneet hyvin hoidontarpeeseemme, en osaa antaa parannusehdotusta."

"Hyvää ja ammattitaitoista toimintaa."

"Tosi hyvä idea tämä yksikkö, koska sairaanhoitajia ei ole viikonloppuisin."

Hoidon tarpeen arviointi-yksikön toimintaa tukevia ja edistäviä tekijöitä tuli vastauksissa esille melko paljon (n=10). Hoidon tarpeen arvioinnin-yksikön tarve korostuu virka-ajan ulkopuolella. Tällöin iso osa toiminnasta siirtyisi perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen tehtäväksi, jos nykyistä hoidon tarpeen arviointi-yksikköä ei olisi käytettävissä. Sairaanhoitajien määrä laskee palveluntilaajalla virka-ajan ulkopuolella tai sitä ei ole ollenkaan. Samalla koetaan konsultaation muodostuneen helpommaksi, kun yhteyttä ei tarvitse enää ottaa yhteispäivystyksen lääkäriin. Saattohoidon osaamisen varmistaminen ja tuki ovat parantaneet palveluasumisen ja kotihoidon hoidon laatua. Palautteiden perusteella tämä toimintamalli koettiin erittäin hyvänä.

**Estäviä tekijöitä:**

"Jos ei ole resursseja lähteä käynnille, ei pitäisi mainostaa palvelua."

"Lisää henkilökuntaa toteuttamaan yksikön toimia."

"Parempi tiedonkulku..."

"Lisää henkilöstöä kotihoidon asiakkaiden tarpeisiin vastaamaan."

"Kotisairaala ja hoidon tarpeen arviointi-tiimi menee myös joskus sekaisin..."

"Voisi käydä tiimeissä kertomassa enemmän heidän toiminnastaan ja tilanteista joissa heidän apua voisi olla saatavilla ja miten."

Hoidon tarpeen arviointi-yksikön toiminnan kehitettäviä tekijöitä tuli vastauksissa esille melko vähän (n=6). Uuden toimintamallin tiedottaminen koettiin puutteelliseksi. Hoidon tarpeen arviointi-yksikön resurssointi koetaan riittämättömäksi ja sillä ei ole aina pystytty vastaamaan kysyntään kyselyn aikana. Palautteen johdosta resurssointia kohdennettiin enemmän hoidontarpeen arviointi-yksikköön, jotta palvelua pystyttiin tuottamaan paremmin palvelun tilaajalle. Toiminta on jalkautunut erittäin hyvin ja tiedottamiseenkin on kiinnitetty enemmän huomiota. Osa vastaajista (n=8)

arvioi hoidon tarpeen arviointi-yksikön toimintamallia, vaikka eivät vielä olleetkaan sitä käyttäneet. Näitä palautteita ei huomioitu analysoinnissa.

## 8.5 Suprapubisen kystostomiakatetrin palvelutuotteen hinnoittelu

Kuntaliitto suosittelee perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmän pDRG:n (perusterveydenhuollon Diagnosis Related Groups) käyttöönottoa kattavasti perusterveydenhuollossa. Järjestelmän avulla saadaan kuva väestön palveluntarpeista, palveluiden käytöstä ja kustannuksista. Sitä voidaan hyödyntää myös laadun ja saavutetun terveyshyödyn mittaamisessa. (Kuntaliitto suosittelee, 2106.)

Erikoissairaanhoidon kustannuslaskennassa hyödynnetään FinDRG kansallista tuotteistusmallia, jossa tavoitteena on kansallisen tuotteistuksen standardointi. Tätä mallia tultaneen ehkä käyttämään myös hyvinvointialueiden vertailussa ja alueen sisäisen toiminnan tarkastelussa. Tämän mallin tuottamaa tietoa voidaan käyttää alueellisten palvelujen suunnittelun ja johtamisen tukena. Mallin kautta saadaan valmis potilasryhmittely tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden mittaamisen perustaksi. Samalla voidaan mitata ja selvittää väestön palvelujen tarvetta perustuen palvelujen nykyiseen käyttöön, voidaan tunnistaa palvelu- ja hoitokokonaisuudet ja analysoida niitä. Ja tärkeintä on, että tätä mallia voidaan käyttää myös päätösten vaikutusten seurantaan. (Pitkänen 2021, diat 5,7.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ollut käytössä sellaista luotettavaa pDRG-tietoa yksittäisen palvelun tuotteistamisen tueksi, jota olisi voitu hyödyntää tässä työssä. Tässä työssä tuotteistaminen tukena hyödynnettiin Lifecare-asiakas- ja potilastietojärjestelmää sekä taloushallinnon kustannusseurantaa.

Hinnoittelun määrittelyssä suorat työkustannukset pitää sisällään toimenpiteeseen käytetyn ajan apuaikoiheen. Laskennassa käytettiin yksikön keskituntihintaa. Hinnoiteltiin materiaalit, tarvikkeet, lääkkeet ja käsittelylisät. Konsultaatioissa hinnoiteltaisiin lääkärin ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön työtuntihinta, mutta tässä palvelutuotteen määrittelyssä sitä ei tarvittu. Muissa kustannuksissa huomioitiin matka- ja kuljetuskustannukset. Kustannuslaskennassa tulee huomioida myös kustannusvyörytykset, jotka tulevat hallinnosta, tiloista ja erikoislaitteiden käytöstä johtuvista hinnoista.

Kustannuslaskennassa pyrittiin arvioimaan toimenpiteen synnyttämiä kustannuksia omakustannuseriaatteella seuraavan jaottelun mukaisesti hoidon tarpeen arviointi-yksikössä. Taulukossa 3. on esitetty subrapubisen kystostomiakatetrin tuotteen hinnoittelu.

<b>Palvelun kuvaus:</b>	<b>Cystofixin vaihto</b>		
<b>Lääkkeet</b>			##
10 ml esitäytetty ( 10 % glyseriini)			
<b>Materiaalit ja tarvikkeet</b>			
1. Steriilit kertakäyttökäsineet			##
2. Kertakäyttöatulat			##
3. Taitokset ja steriilit taitokset			##
4. Katetrinvaihtosarja			##
5. Reikäliina			##
6. Virtsankeräyspussi ja teline			##
Materiaalien ja lääkkeiden käsittelykustannus, prosenttia hankintahinnasta			
Tilaaminen, noudot, pakkausten hävittäminen	6 %		##
<b>Materiaalit ja lääkkeet yhteensä, €</b>			<b>###</b>
<b>Työ</b>			
Hoitaja, KTH €/h		##	
Valmistelu-aika, desimaalitunti		0,5	
Palvelun kokonaiskesto, keskimäärin, desimaalitunti		1,5	
Rinnakkaisten hoitojen vaikutus työaikaan ( ei rinnakkaista hoitoa)		0 %	
(arvio prosentteina, kuinka paljon hoidon kokonaisajasta käytetään muihin palvelun saajiin)			
Suora työaika, desimaalitunti		1,5	
Kokonaistyöaika valmistelu-aikoinen, h		<b>2,0</b>	
<b>Suoratöykustannus, €</b>			<b>###</b>
<b>Muut kustannukset</b>			
<u>Leasing auto</u>			
Arvioitu keskimääräinen ajomatka per palvelu, km		20	
Leasing kilometrin kustannus, oletus ## €/km		##	##
<u>Konsultaatiot</u>			
Lääkäri, konsultaation keskihinta, €			##
Terveystieteiden ammattihenkilön konsultaatio, SPAT1260			##
<u>Erikoislaitteistot</u>			
Esim. infuusiolaskuri, €/h			##
laitteen tuntihinta kerrotaan hoidon kokonaiskestolla			
<u>Kustannusvyyrytykset</u>			
Hallinnon jne. vyyrytysosuus			##
Tilojen osuus			##
Sotu, ym			##
<b>Muut kustannukset yhteensä, €</b>			<b>###</b>
<b>PALVELUTUOTTEEN OMAKUSTANNUSHINTA</b>			<b>###</b>

Taulukko 3. Subrapubisen kystostomiakatetrin tuotteen hinnoittelu

Tarkoituksena oli tarkentaa tuotteistamisen avulla mm. pilotin kustannusvaikutuksia ja arvioida sen laatu- ja tehokkuusargumentteja. Tuotteistamiseen valittiin yksi tuote, jonka avulla saatiin jo tarkempaa kustannuslaskentaa tehtyä.

Kustannusten vertailussa päivystyskäynnin osalta ei ole käytettävissä yhtä yksityiskohtaista laskelmaa kuten hoidon tarpeen arviointi-yksikön osalta tehtiin. Päivystyskäynti pitää sisällään DRG:n mukaisen hinnoittelun, jossa on huomioitu lääkärin tekemä kliininen tutkimus ja lääkärin tekemä toimenpide sekä ensihoidosta aiheutuneet potilaskuljetuksen kustannukset.

Palvelun tuottaminen hoidon tarpeen arviointi-yksikön toimesta oli noin neljä kertaa kustannustehokkaampaa, kuin potilaan siirtäminen ja hoitaminen päivystyksessä. Tämä on myös vastaus toiseen tutkimuskysymykseen, millaisia vaikutuksia toimintamallilla on palveluiden kustannuksiin.

## **8.6 Kotisairaalan etädiagnoosiikka pilotin käyttökokemukset**

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi kesäkuun 2020 lopussa alueelle 9 miljoonan euron rahoituksen, jolla tähdätään sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamiseen hallitusohjelman mukaisesti. Rahoitus oli tarkoitus kunnissa käyttää tunnistettuihin kehittämistoimenpiteisiin, joita olivat muun muassa vastaanotto toiminnan kehittäminen hoitoon pääsyn parantamiseksi, jonojen purku mm. etäpalveluiden avulla, yhteisesti määritellyt palvelu- ja hoitoketjut mm. diabetes-, mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä eri ammattilaisten yhteistyön kehittäminen lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Hanke toteutetaan vuosina 2020–2022. Mukana ovat kaikki alueen kunnat ja sote-kuntayhtymät. (Remote- pilotin suunnitelma 4/2021.)

Sote-rakennehankkeella vahvistetaan maakunnan sote-toimijoiden yhteistyötä, määritellään ja yhtenäistään palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen sekä organisaatioiden johtamiseen liittyviä toimintamalleja. Pääpainona on erilaisten teknologisten ratkaisujen ja maakunnassa käyttöönotettavan yhteisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän kehittäminen. Hankkeessa aloitetaan myös ministeriön päätöksen mukaisesti valmistelut maakunnan perustamiseksi. Rakenneuudistuksen valmistelua toteutettiin vuosina 2020–2021. Mukana olivat yhtä kuntaa lukuun ottamatta kaikki muut kunnat ja sote- kuntayhtymät. (Remote- pilotin suunnitelma 4/2021.)

Osana rakennerahasto hanketta laajennettiin jo olemassa olevien VideoVisit palveluiden käyttöä (KHKL109 Visuaalisen kommunikaation palveluratkaisu - Virtuaaliset hoivaratkaisu ja KHKL110 Visuaalisen kommunikaation palveluratkaisu - Asiakaspalveluratkaisu) sekä otettiin käyttöön uutena palveluna Remote etädiagnostiikkasalkku ratkaisu. Palveluiden käyttöönotossa voitiin alussa hyödyntää olemassa olevaa VideoVisit alustaa, mutta tavoitteena oli saada ammattilaisille ja loppuasiakkaille käyttöön uusi VideoVisit alusta ja palvelut mahdollisimman pian. Pilotin tavoitteena oli saada kokemuksia etänä tapahtuvien konsultaatioiden toimivuudesta erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Remote-piloteissa hyödynnettiin etädiagnostiikkasalkkua ja tavoitteena oli selvittää, millä tavoin etädiagnostiikkavälineet (etätetoskooppi ja -tutkimuskamera vaihdettavilla linseillä) täydentäisivät etäkonsultaatiota lääkärin kanssa. (Remote- pilotin suunnitelma 4/2021.)

Pilottisuunnitelman mukaisesti Videovisit järjesti koulutuksen kotisairaalan toimistotiloissa ja toimitti salkun koulutuksen yhteydessä toimipisteen käyttöön. Koulutuksessa käytiin läpi etävastaanoton tapahtuman luominen sekä diagnostiikkasalkun käyttö laite laitteelta. Lisäksi käyttäjät saivat linkin käyttöohjeeseen. Tarvittaessa käytiin asioita vielä uudelleen läpi etäyhteyden avulla.

Remoten toimintamallissa hoitajalla oli asiakas, jonka tutkimiseen/hoitamiseen tarvitsi lääkärin tai muun ammattilaisen tukea. (voi olla etukäteen sovittu etäkonsultaatiotapahtuma tai potilaskierroin aikana todettu tarve) Ennen vastaanottoa oli huomioitava, että laitteet oli ladattu. Laitteet piti olla helposti saatavilla. Hoitaja teki etävastaanoton kutsun konsultaatioon osallistuvalla ammattilaiselle (lääkäri). Yleensä kutsu tehtiin heti alkavaksi, jolloin tapahtumaan pääsi liittymään heti kutsun lähettämisen jälkeen. Konsultaatiota antava ammattilainen liittyi tapahtumaan omalta koneeltaan. Alussa käytettiin normaalia etävastaanottoa, eli normaali kamera ja äänilaite käytössä, jotta myös asiakas kuuli konsultaatiota antavan ammattilaisen. Kun halutaan hyödyntää etädiagnostiikkalaitteita, käytetään kulloinkin tarvittavaa laitetta etäyhteydessä. Kun on tarkoitus, että asiakas taas kuulee lääkärin, valitaan jokin muu kaiutin, kuin etädiagnostiikkalaitteen kuulokkeet. Etävastaanotto päätetään sulkemalla etävastaanoton tapahtuma. Tapaamisen loppuksi laitteet puhdistettiin valmiiksi seuraava käyttöä varten. Jos laitteita on käytetty pitkään, voi olla tarpeen laittaa laitteet latautumaan. (Remote- pilotin suunnitelma 4/2021.)

Pilottien käynnistyminen oli hidasta. Koulutukset saatiin järjestettyä aikataulussa, mutta koulutuksen jälkeen ensimmäisten etävastaanottojen toteuttaminen oikean asiakkaan kanssa toteutui varsin pitkän ajan kuluttua. Koulutukset toteutettiin huhtikuun - toukokuun aikana ja pilottiyksiköiden resurssit pilotointiin heikkenivät kesän ajaksi johtuen kotisairaalan lääkärin saatavuudesta ja osittain tähän vaikuttivat myös hoitajien vuosilomat. (Remote- pilotin suunnitelma 4/2021.) Kaiken kaikkiaan Remoten käyttökokemukset olivat vähäisiä, koska henkilöstö koki, että tilanteet ja tarpeet eivät kohdanneet kotisairaalan ja hoidon tarpeen arviointi-yksikön toiminnassa.

## 9 Pohdinta

### 9.1 Keskeiset tulokset

Työssä tarkasteltiin ensimmäisen asteen tulosten ohella myös toisen asteen tuloksia ja pystytäänkö toteen näyttämään, että tällä toimintamallilla syntyy välillistä hyötyä myös muille sidosryhmille eli ikääntyneiden palveluille ja kotihoidolle sekä tärkeimpänä heidän asiakkailleen.

Tutkimuskysymykset muodostavat tutkimusasetelman keskeisen kokonaisuuden eli ytimen, kehittämistoiminnassa niitä voidaan kutsua tai nimetä kehittämiskysymyksiksi tai pelkiksi kysymyksiksi (Toikko ja Rantanen 2009, 117). Tutkimuskysymyksen tulee olla selkeä ja yksiselitteinen. Kysymys tai kysymykset muodostavat kokonaisuuden siitä, mitä tästä aiheesta halutaan tutkia. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006.)

Arvioitaessa luotettavuutta tarkasteltiin, miten projektiryhmän jäsenet osallistuivat toimintaan koko tämän projektin pilotoinnin aikana. Projektiryhmä kokoontui pilotoinnin aikana 20 kertaa ja samalla arvioitiin säännöllisesti projektin tavoitteita, odotettua lopputulosta ja mittareiden oikeellisuutta sekä riskienhallintaa. Vastausta haettiin kysymyksiin, millaisena palveluntilaajat näkevät uuden toimintamallin ja millaisia vaikutuksia toimintamallilla on palveluiden kustannuksiin. Nämä edellä mainitut asiat on esitetty tulokset kohdassa. Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin tehdyt dokumentoinnit osoittautuivat hieman puutteelliseksi ja sitä esitetään yhdeksi jatkokehittämishankkeeksi. Kehittämistyössä käytettiin laadullisia ja määrällisiä menetelmiä, joiden luotettavuuden arvioinnin kriteerit tulivat menetelmistä.

Kotisairaala on myös mukana tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut ikääntyneille TulKoti hankkeessa. Hankkeen tavoitteena on kehittää nykyistä toimintamallia, niin että hoidon tarpeen arviointi-yksikkö voisi toimia koko hyvinvointialueella tukiyksikkönä ja toisaalta mallia voitaisiin laajentaa koko maakunnan alueelle. TulKoti hanke on Tulevaisuuden sotokeskus osahanke.

Hyvinvointialueelle rakennetaan myös SOTE-TIKE toimintamallia kiireettömien ensihoitotehtävien hoidon tarpeen arviointiin. Toimintamalli rakennetaan ensihoidon ja sairaanhoitopiirin päivystystoiminnan yhteistyömalliksi. Tilannekeskukseen ohjautuu kiireettömät eli D-kiireellisyysluokan tehtävät hätäkeskuksen kautta tilannekeskuspäivystäjän arvioitavaksi ja edelleen yhden hengen hoidon tarpeen arviointi-yksikön suoritettavaksi.

Ryytyn (2021, 8) mukaan Kipfelsberger, Herhausen & Bruch (2016) kuvaavat, että asiakaspalautteen hyödyntäminen ja samalla toiminnan tehostaminen ovat keskiössä ja kriittisessä asemassa puhuttaessa organisaation toiminnan tehostamisesta. Asiakaspalautteella on vaikutusta myös organisaation omaan sisäiseen toimintaan. Asiakaspalautteista saatava tieto tulee muokata niin, että sitä pystytään hyödyntämään osana toiminnan kehittämistä. (Ryytty 2021, 8.)

Asiakaspalautteen kerääminen ja kanavoiminen ovat organisaatiolle tärkeää, sillä tämän kautta voidaan saavuttaa ymmärrys asiakkaan niin negatiivisesta kuin positiivisestakin asiakaskokemuksesta, joka antaa organisaatiolle mahdollisuuden oppia tuntemaan paremmin palveluitaan huomioiden myös kriittiset osa-alueet paremmin. Asiakaspalautteet ovat toiminnan kehittämisen prosessin keskiössä, sillä sen avulla voidaan tehostaa ja parantaa sisäisiä ja ulkoisia toimintoja. (Ryytty 2021, 9.)

Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset osittivat, että tyytyväisyys hoidon tarpeen arviointi yksikön toimintaan oli korkealla tasolla, vastaajista 80% oli toimintaan tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä. Mikäli yhteyttä hoidon tarpeen arviointi yksikköön ei saatu, hoidontarve arvioitiin päivystyksen toimesta, kuten ennen hoidon tarpeen arviointi yksikön toiminnan aloittamista. Näitä tapauksia oli 40% (18/45), mikä johtui pilotin alkuvaiheen henkilöresurssin vähyydestä.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminta tarvitsee tuekseen palveluiden tuotteistamisen, jotta voidaan taata tehokkaasti tuotetut terveydenhuollon kustannuksia alentavat toimintamallit koko väestölle. Hyvinvointialueelle tulisi rakentaa yhtenäinen tuotteistus, sillä se mahdollistaisi kansallisen vertaiskehittämisen, mahdollistaisi ulkoisen arvioinnin, vertailun ja palvelujen hankinnan. Tuotteistuksen mukaan voidaan kytkeä tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden mittareita.

Paras tapa kustannuslaskentaan olisi, jos perusterveydenhuollossa olisi jo käytössä käyntitietojen tilastoinnin yhteydessä potilaan keskeiset tiedot käynnistä ja siihen sisältyvä kustannuslaskentalogiikka. Tässä kehittämistutkimuksessa käytetty laskentatapa oli ainut tapa selvittää, onko hoidon tarpeen arviointi-yksikön toiminnan toiminta tapa kustannustehokkaampaa kuin entinen toimintamalli.

Teknologian hyödyntäminen osana kotisairaalan perustyötä mahdollistaa asiakaskokemusten laajenemista. Onnistunut IT-projekti vaatii tehokkaan uuden toiminnan jalkauttamisen, tämä onkin havaittu olevan useissa etädiagnostiikan käyttöönotto projekteissa etenemisen pullonkaula. Pelkät käyttäjäkoulutukset ja ohjeistusten laatiminen eivät takaa uuden työkalun tai palvelun tehokasta käyttöönottoa. (Ahvenainen, Gylling & Leino 2017, 125.)

Kehittämistutkimus toteutettiin onnistuneesti ja opinnäytetyön tekemisen myötä saatiin kokemusta ja taitoja kehittämistyön tulosten tulkinnasta ja tarkemmasta dokumentoinnista. Johtamisen ja kehittämisen kompetensseihin kuuluu uuden tiedon tuottaminen, ongelmanratkaisu ja kehittämishaasteisiin vastaaminen. Kehittämistutkimus mahdollistaa edelleen kehittää tutkimuksellista työtä ja syventää henkilökohtaisen asiantuntijuuden kehittymistä. Tällä uudella toimintamallilla tulee olemaan kysyntää tulevilla hyvinvointialueella ja halutaan olla mukana kehittämässä ja tukemassa satelliittiyksiköiden käynnistämistä maakunnan alueelle.

## **9.2 Luotettavuus ja validiteetti**

Iso osuus tutkimuksen tekoa on osoittaa lopuksi omasta työstä saadut tulokset. Kun kirjoittaja tuo työnsä julkisen arvioinnin kohteeksi ja saa siitä julkista palautetta, se samalla lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan pitää pystyä kirjoittamaan oman työnsä tulokset auki siten, että hän pystyy perustelemaan ja puolustamaan omaa tekstiään ja olemaan sitä kohtaan sekä avoin että kriittinen. (Juuti & Puusa. 2020, 12.)

Luotettavuuden ja laadun mittareina käytetään validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkitaan ja mitataan oikeita asioita. Käytännössä sen avulla voidaan arvioida, että mittauksen kohde ja käytettävät mittarit ovat oikeita. Validiteetti liittyy tutkimuksen suunnitteluun eli tutkimusasetelmaan ja osittain myös siihen, että aineiston analyysi tehdään oikein (syy-seuraussuhteet). Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä. (Kananen 2014, 146-147.) Tässä kehittämistutkimuksessa ei kerätä tai tallenneta potilaiden tai henkilökunnan henkilö- tai potilastietoja. Hoitajien ja lääkäreiden kokemuksista kerättävä tiedon keruu toteutettiin Forms®-kyselynä anonyymisti. Ainoastaan jotain taustatietoja tullaan rekisteröimään.

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin avulla, tässä pätevyys ja tutkimus kohdistuvat siihen, mitä on aiottu tutkia. Tämä käsite on kehittynyt määrällisen tutkimuksen pohjalta ja se ei ole sellaisenaan sovellettavissa laadullisia osioita sisältävään kehittämistutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-139.)

Kehittämistutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on ongelmallista se, että luotettavuuden arvioinnin kriteeristö on vielä hyvin kehittymätöntä. Kehittämistutkimuksen tarkoituksen on aikaan saada muutoksia. Kehittämistutkimuksen tutkimusmenetelmät ovat usein monimenetelmäisiä. Niitä yhdistellään usein tilanteiden mukaan ja luotettavuutta tulisikin arvioida sen mukaan, miten ratkaisut tai interventiot toimivat ja onnistuvat. (Kananen 2012, 24; Kananen 2017, 69.)

Kehittämistoiminnassa luotettavuutta tarkasteltaessa katsotaan sen käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä. Käyttökelpoisuus tarkoittaa prosessin kautta syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä ja sitä, miten selkeitä toimintasuosituksia saadaan aikaiseksi. Siirrettävyydellä tarkoitetaan lopputuotoksien hyviä käytänteitä, jotka voidaan joko suoraan tai osittain siirtää toiseen toimintaympäristöön. (Toikko & Rantanen 2009, 121-126.) Tarkkaan tehty dokumentaatio, mistä ilmenee, mitä, miksi ja miten on tehty luo luotettavan kehittämistutkimuksen pohjan (Kananen 2012, 166).

Validiteetti eli pätevyys määrittelee sen, että tutkimuksessa mitataan sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Validiteetin tarkoitus on tarkastella käytettyjen mittareiden ja tutkittavan ilmiön välistä suhdetta. Tulkintojen tulee vastata tutkimuksen aineistoa. Ulkoinen validiteetti ei yleensä ole ongelma

kehittämistutkimuksessa, sillä tutkimuksessa on mukana kaikki, joita kehittämistyö koskettaa. Sisäisessä validiteetissa tarkastellaan koko prosessin systemaattista luotettavuutta ja sitä, että tulkinnoissa ei olisi ristiriitoja. (Toikko & Rantanen 2009, 122; Kananen 2012, 169-171; Kananen 2017, 76.)

Tässä kehittämistutkimuksessa tutkimusprosessi on kuvattu mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. Kehittämistutkimus on samalla myös kotisairaalan hoidon tarpeen arviointi-yksikön pilotoinnin lopuraportti. Tekijä on ollut sitoutunut kehittämistutkimuksen aiheeseen. Ulkopuolinen asiantuntija on myös osallistunut tiiviisti tämän työn arviointiin koko kehittämistutkimuksen prosessin ajan ja antanut muutosehdotuksia tähän työhön. Kehittämistutkimuksen prosessin aikana olen osallistunut opinnäytetyön seminaareihin oppilaitoksella ja saanut ohjausta ohjaavalta opettajalta myös sähköpostin kautta.

Käytetyt lähteet ovat olleet muutamaa lukuun ottamatta uusia ja teorian pohjana on käytetty sekä kotimaisia että ulkomaisia tutkimuksia ja artikkeleita. Tiedonhankinnassa on käytetty useita eri tietokantoja. Teoriaosiossa on keskitytty keskeisiin aihekokonaisuuksiin hyödyntäen kehittämistyön tekijän omaa ammatillista kontekstia.

Hoidon tarpeen arviointi-yksikön palvelun käyttäjille suunnatun asiakastyytyväisyyskyselyn kautta saatiin tietoa tutkimuskysymykseen, millaisena palvelutilaajat näkivät uuden toimintamallin. Hoidon tarpeen arviointi yksikön palautekysely tehtiin ajalla 8.11.2021-30.11.2021 palvelutilaajalle eli ikääntyneiden palveluille. Kysely toteutettiin Microsoft Forms<sup>®</sup> sovelluksella. Tämä digitaalinen alusta helpotti asiakaspalautteiden datan jäsentelyä. Samalla tiedon prosessointia voitiin tehdä kvantitatiivisesti hyödyntäen tilastollista analyysiä ja avoimien palautteiden kohdalla käytettiin sisällönanalyysiä.

Vastausten määrä oli yhteensä 76 ja oli odotettua parempi, koska vastaajat jakaantuivat moneen eri toimintayksikköön ja kysely jaettiin usean palvelupäällikön kautta. Yhteenvetona suoritetusta kyselystä voitiin todeta, että tyytyväisyys hoidon tarpeen arviointi yksikön toimintaan oli korkealla tasolla, vastaajista 80% oli toimintaan tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä. Asiakastyytyväisyyden tulokset on esitetty muuttumattomina ja aineiston hankinta ja analysointi on kuvattu kehittämistyön prosessissa. Käsitelty aineisto on kuvattu mahdollisimman autenttisesti hyödyntäen laadullisen tutkimuksen menetelmiä.

Tuotteistaminen toimii julkisen terveydenhuollon ja tässä kehittämistutkimuksessa palvelun kehittämisen yhtenä keinona ja sen avulla voitiin päivittää omaa palvelutuotantoamme kilpailukykyisemmäksi. Tuotteistamisen avulla pystyttiin organisoimaan palveluita ja näin löydettiin sekä kehitettiin uusia palvelukokonaisuuksia ja tämän avulla saatiin vastaus toiseen tutkimuskysymykseen, millaisia vaikutuksia toimintamallilla oli palveluiden kustannuksiin.

Kaikessa tutkimustyössä edellytetään rehellisyyttä ja rehtiyttä (Research integrity) sekä kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä ja annetaan heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa ja sen tuloksia julkaistessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 277.) Tuomen ja Sarajärven (2018, 150-151) mukaan tutkimuksen raportoinnissa on muistettava, että tutkimus täytyy raportoida yksityiskohtaisesti ja tieteellisen tiedon asianmukaisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan tulee noudattaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessa. Raporttiin on kirjoitettava auki kaikkien tutkimukseen osallistuneiden hyväksymällä tavalla mm. tutkijaryhmän asema ja oikeudet, tekijäosuus, vastuut ja velvollisuudet. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150-151.)

Creswell & Poth (2018, 226-227) nostavat tulosten auki kirjoittamisen eettisyydestä esille seuraavia tekijöitä: Raportoinnin tulee olla selkeää, kirjoittajan on vältettävä sekavaa kieltä ja tulkinnan mahdollisuutta. Lisäksi tutkijan on ennakoitava raportointitilanteita, jotka eivät ole tarkoituksenmukaisia tai eivät sovi yleisölle. Tutkijan on myös pohdittava seuraavia eettisiä kysymyksiä, kuten onko lupa tietojen julkaisemiseen ja ovatko muiden tekemien julkaisujen lainaukset tehty oikein. Lisäksi tutkijan on pystyttävä vastaamaan julkaisua koskeviin kysymyksiin, ovatko kaikki kirjoittajat tarkistaneet käsikirjoituksen ja olleet samaa mieltä sisällöstä. (Creswell, J. W. & Poth, C.H. 2018, 226-227.)

Creswell ym. (2018, 226-227) nostavat myös esille, että erittäin tarkkana tulee olla tilanteissa, joissa mukaillaan jonkun toisen työtä, koska saman materiaalin käyttö eri julkaisuissa on kiellettyä. Kaikki väärentämiseen liittyvät asiat on myös huomioitava, koska todisteiden, datan, havainnoinnin ja johtopäätösten tulee olla rehellisiä ja luotettavia. Plagiointia ja kokonaisten kappaleiden käyttöä on vältettävä. (Creswell, J. W. & Poth, C.H. 2018, 226-227.)

Tässä kehittämistutkimuksessa on noudatettu tieteellisen kirjoittamisen ohjeistusta ja ominaispiirteitä, pyritty lukemaan tieteellisiä tekstejä kriittisesti ja tuloksien julkaisussa noudatettu avoimuutta. Johtopäätökset mitä tutkimuksesta nousee, ovat rehellisiä ja luotettavia. Lainaukset ja referoinnit on tehty JAMK:n ohjeiden mukaisesti noudattaen myös tarkkoja tekstiviitteiden sekä lähdemateriaalien merkintää.

### 9.3 Jatkotutkimusehdotukset

- asiakastyytyväisyyskyselyn laajentaminen kohdentuen myös palvelun saajaan ja palautteen hyödyntäminen tehokkaammin potilaan tarpeesta lähtevään hoitoon
- tuotteistaminen voidaan nähdä tapana kehittää palveluprosesseja systemaattisella tavalla kuten kokoamalla palvelukäsikirja hoidon tarpeen arviointi-yksikköön. Sähköinen palvelukäsikirja toimii perehdyttämisen tukena. Tällä toimintamallilla saadaan laadun, tehokkuuden ja kannattavuuden näkökulmat huomioitua.
- tarkoituksena on laajentaa hoidon tarpeen arviointi-yksikössä luotua toimintamallia laajemmin hyvinvointialueelle, mutta tämä edellyttää kirjaamisen ja tilastoinnin lisäkoulutusta ja systemaattista jalkauttamista.
- jotta tuotteistamisjärjestelmä saadaan tehokkaaseen käyttöön, niin vaadita organisaatioon tulevaisuuden toimintastrategiaan liittyviä päätöksiä
- digitaalisten/etäpalveluiden tehokkaampi käyttöönotto

### 9.4 Loppusanat

Yhden hengen hoidon tarpeen arviointi-yksikön toimintamalli tulee olemaan myös hyvinvointialueen toimintamalli. Toimintamalli tukee palveluasumisen ja kotihoidon henkilöstön ammatillista osaamista ja on tärkeä tuki heidän palvelualueelle, koska sairaanhoitajien ja lähihoitajien rekrytoinnin veto ja pitovoima heikentyy ja on heikentynyt.

Tämän kehittämistutkimuksen yhtenä merkittävänä tuloksena voidaan todeta, että hoidon tarpeen arviointi-yksikkö on myös kustannustehokastapa tuottaa ja tukea ikääntyneiden palveluiden lisääntyvää hoidon tarvetta.

Tätä kehittämistutkimusta ja sen tuloksia on jo pyydetty esittämään kuntapäätäjille syksyllä 2022.

## Lähteet

Ahvenainen, P., Gylling, J. & Leino, S. 2017. Viiden tähden asiakaskokemus. Helsinki: Helsingin seudun kauppakamari.

Creswell, J. W. & Poth, C.H. 2018. Qualitive Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches. International student edition. Fourth edition. SAGE Publications, Inc. 226-227.

DigiFinland Oy. 2022. Kiireellisen hoidon perusteet. Viitattu 14.4.2022.

<https://hoidonperusteet.fi/symptom-card/5fc144d4-7f44-11ec-a439-0242ac130007/603d6bd6-7f44-11ec-a0f5-0242ac130007>

Dowell, S., Moss, G. & Odedra, K. 2018. Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home. British journal of nursing. Viitattu 13.2.2022.

<https://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1c9b192e-492f-44b0-a97e-91bc19d817c2%40sessionmgr101>

Findikaattori. Tilastokeskus & valtioneuvoston kanslia. Väestön ikärakenteen kehitys. Verkkojulkaisu. Päivitetty 1.4.2016. Viitattu 13.3.2022. <http://www.findikaattori.fi/fi/81>

Hietala, H., Hurmalainen, M. & Kaivanto, K. 2019. Työsuojeluvastuuopas. Helsinki: Alma Talent.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

lääkäiden palvelut. 2020. Kuntaliitto. Viitattu 6.2.2022 <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut>

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Viitattu 20.12.2021. <https://www.ellibslibrary.com/fi/book/978952345616>

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas - Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 212. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 232.

Keski-Suomen Remote-pilotin suunnitelma. Huhtikuu 2021. VideoVisit Oy.

Kirjoittajan työkalupakki -sivusto. Päivitetty vuosina 2016 - 2017. Helsingin yliopiston kielikeskus. <https://blogs.helsinki.fi/kirjoittajantyokalupakki/aikamuoto/>.

Kivekäs, E., Toppinen, E., Kokki, H., Mäntyselkä, P., Kinnunen, U-M., Huusko, J. & Saranto, K. 2017. Infuusiohoidot turvallisesti kotona – selvitys älykkään teknologian 50 mahdollisuuksista. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. FinJeHeW 2017;9(2–3). viitattu 16.3.2022 <https://journal.fi/finjehew/article/view/60996/25456>

Kniivilä, S., Lindblom-Ylänne, S. & Mäntynen, A. 2017. Tiede ja teksti, luku 8. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kuntaliitto. 2017. Tuotteistus on määrittelyä, tarkentamista ja kehittämistä. Viitattu 3.2.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Tuotteistus-on-m%C3%A4%C3%A4rittely%C3%A4-tarkentamista-ja-kehitt%C3%A4mist%C3%A4.pdf>

Kuntaliitto suosittelee perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmän pDRG:n käyttöönottoa. 2016. Kuntaliitto. Viitattu 3.2.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Kuntaliitto-suosittelee-perusterveydenhuollon-tuotteistusj%C3%A4rjestelm%C3%A4-pDRG-17.2.2016.pdf>

L 731/1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 26.2.2022. <http://www.finlex.fi/linkit/kehys/smur/19990731>

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Juva: WS Bookwell Oy

Liukko, S. & Perttula, S. 2019. Opinnäytetyön raportointi. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/>.

Lundberg, T. & Töytäri, J. 2010. Asiakaspalvelun pikku jättiläinen. Lahti: Positiivarit Oy.

Ollila, M. 2018. Kotisairaala ja sen rooli terveydenhuollossa. Teoksessa Kotisairaala. Toim. Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 10- 13

Parantainen, J. 2007. Tuotteistaminen. Helsinki: Talentum Media.

Pitkänen, V. Koulutus 11.10.2021. FCG. Potilasluokittelun avulla tietoa toiminnan tueksi.

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Ryytty, T. 2021. Laadullisen asiakaspalautteen käsittely ja hyödyntäminen – case Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto kauppakorkeakoulu. Projektityö.

Savonia ammattikorkeakoulu 2018. Aiheen ja toteutustavan valinta. YAMK-opinnäytetyö. Viitattu 28.12.2021 Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/yamktutkinnot/Sivut/Aiheenjato-teutustavanvalinat.aspx>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: University Press.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tieto varanto. Viitattu: 6.12.2021 Saatavissa: [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_1.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_1.html)

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.

Saukkonen, S-M. & Ålander, A. 2021. Hoidon tarpeen arviointi- nykytilan selvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 6/2021. Viitattu 19.3.2022

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi\\_nykytilan%20selvitys%20\\_julkaisu.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi_nykytilan%20selvitys%20_julkaisu.pdf?sequence=1)

Sote-uudistus. fi. 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus.

Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.2.2022. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: University Press.

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

Tuominen, T., Järvi, K., Lehtonen, M., H., Valtanen, J. & Martinsuo, M. 2015. Palvelujen tuotteistamisen käsikirja - Osallistavia menetelmiä palvelujen kehittämiseen. Aalto-yliopiston julkaisusarja. Helsinki. Aalto-yliopisto. Viitattu 7.12.2021 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-6218-1>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3. 13. Viitattu 10.2.2022 [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)

Uudenmaan liitto. 2019. Uusimaa 2019- hankkeen keskeiset nostot ja johtopäätökset. Helsinki: Uudenmaan liiton julkaisu C02- 2019.

[https://www.uudenmaanliitto.fi/files/24071/Uusimaa\\_2019\\_-hankkeen\\_keskeiset\\_nostot\\_ja\\_joh-topaatokset.pdf](https://www.uudenmaanliitto.fi/files/24071/Uusimaa_2019_-hankkeen_keskeiset_nostot_ja_joh-topaatokset.pdf)

Valkama, K. 2010. Terveydenhuoltopalvelujen tuotteistaminen case Hatanpään sairaala. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, yrityksen taloustiede, markkinointi.

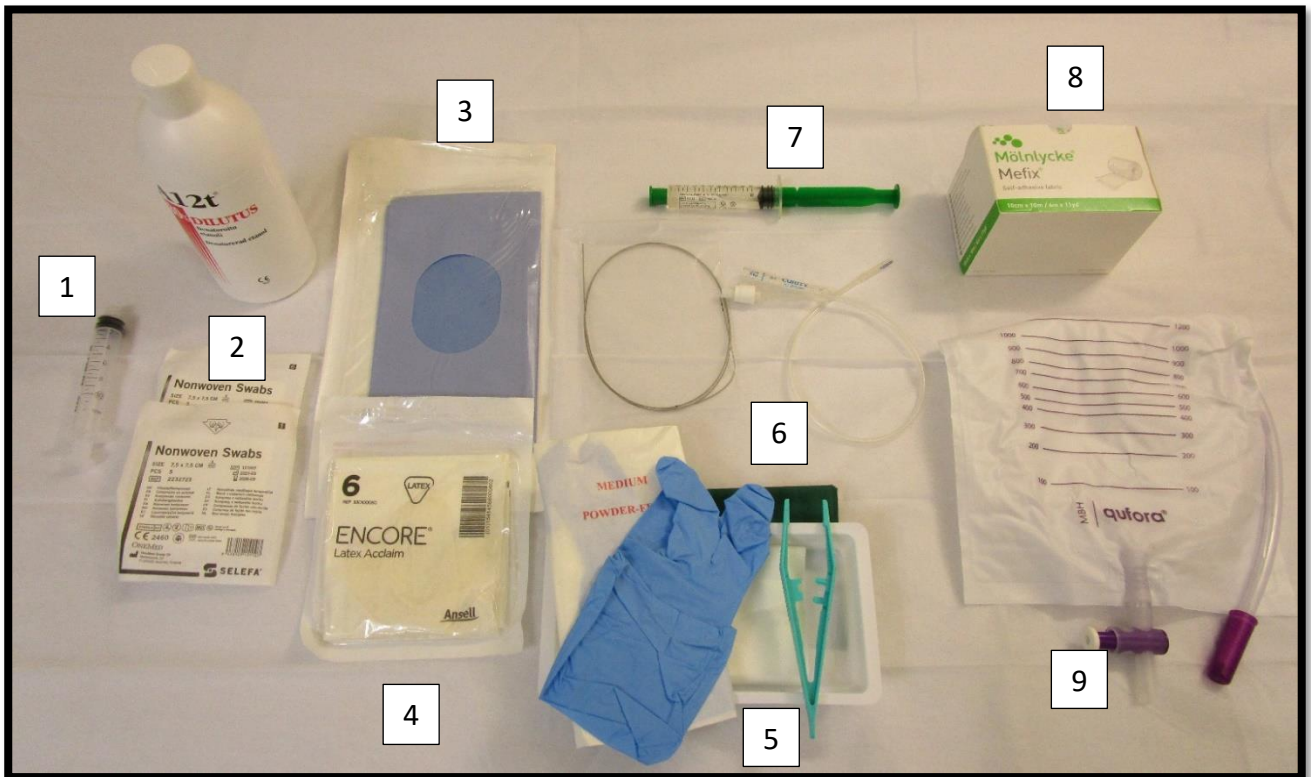
Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Varhila, K. & Lehtimäki, V. 2019. Valintoja palvelusetelillä – yhdenvertaisuus ja kokeilujen opit mielessä kohti tulevaa. Sosiaali- ja terveysministeriö 13.5.2019. Viitattu 19.3.2022. [Valintoja palvelusetelillä – yhdenvertaisuus ja kokeilujen opit mielessä kohti tulevaa - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](#)

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

## Liitteet

### Liite 1. Cystofixin vaihtovälineistö ja toimenpiteen kulku



1. Ruisku (10ml) edellisen katetrin ballongin tyhjentämiseen
2. Alkoholia sekä steriilit taitokset ihon puhdistukseen
3. Reikäliina
4. Steriilit kertakäyttökäsineet, koko käyttäjän mukaan
5. Tarpeen mukaan voi käyttää myös katetrointipakkausta, josta löytyy mm.
  - tehdaspuhtaat, kertakäyttöiset nitrilikäsineet
  - kertakäyttöatulat
  - taitoksia
6. Katetrinvaihtosarja, missä ovat:
  - katetri (eri kokoja)
  - ohjainvaijeri
7. 10ml esitäytetty ruisku (sisältää 10% glyseriiniä) katetrin ballongin täyttämiseen
8. Katetriaukon suojaksi taitoksia, joiden kanssa katetri kiinnitetään ihoon joko teipillä, kiinnityssi-  
teellä tai kalvolla
9. Virtsankeräuspussi sekä teline. Vaihtoehtoisesti voi käyttää reiteen kiinnitettävää pussia

## Liite 2. Hoidon tarpeen arviointi yksikön palautekysely

### Hoidon tarpeen arviointi yksikön palautekysely

Haluamme kartoittaa kokemuksianne hoidon tarpeen arviointi yksikön teillä käytössä olevasta palvelusta.

Palautteenne on meille arvokasta ja tärkeää palvelun kehittämisen ja korkean laadun takaamiseksi.

...

1. Oletko käyttänyt hoidon tarpeen arviointi yksikön palveluja

- Olen käyttänyt
- En ole käyttänyt

2. Palvelualueeni on

- Kotihoito
- Palveluasuminen
- 

3. Mihin jatkotoimenpiteisiin onnistunut yhteydenotto johti

- Puhelimitse annettuihin hoito-ohjeisiin
- Hoidon tarpeen arviointi yksikön hoidon toteutukseen potilaan luona
- Hoidon tarpeen arviointi yksiköstä ei pystytty tulemaan, vaikka tarve olisi ollut
- 

4. En saanut yhteyttä hoidon tarpeen arviointi yksikköön, mutta

- Sain potilaalle hoito-ohjeet puhelimitse päivystyksestä
- Potilas siirrettiin päivystykseen

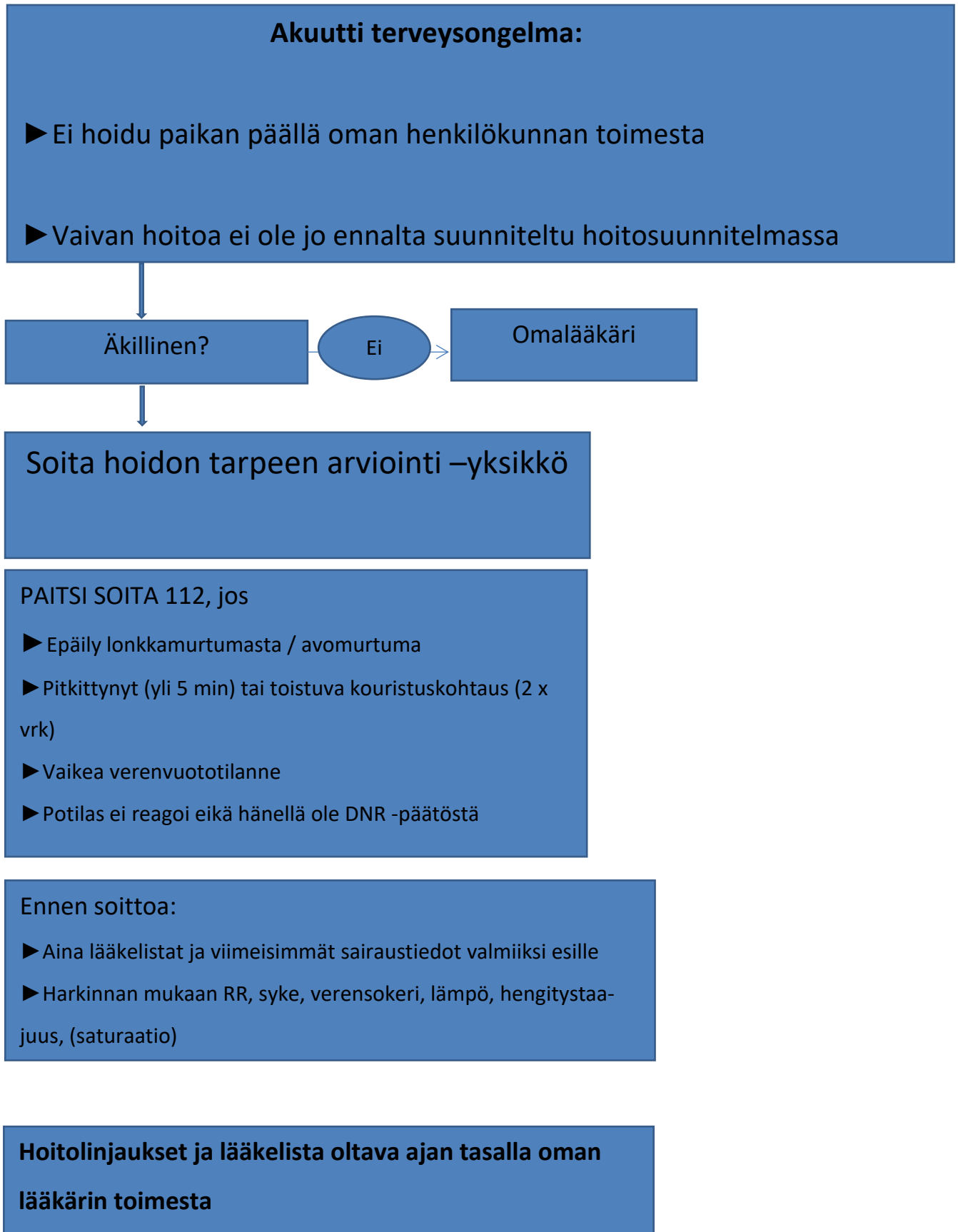
5. Minkä arvosanan annat hoidon tarpeen arviointi yksikön toiminnasta palveluntuottajana.

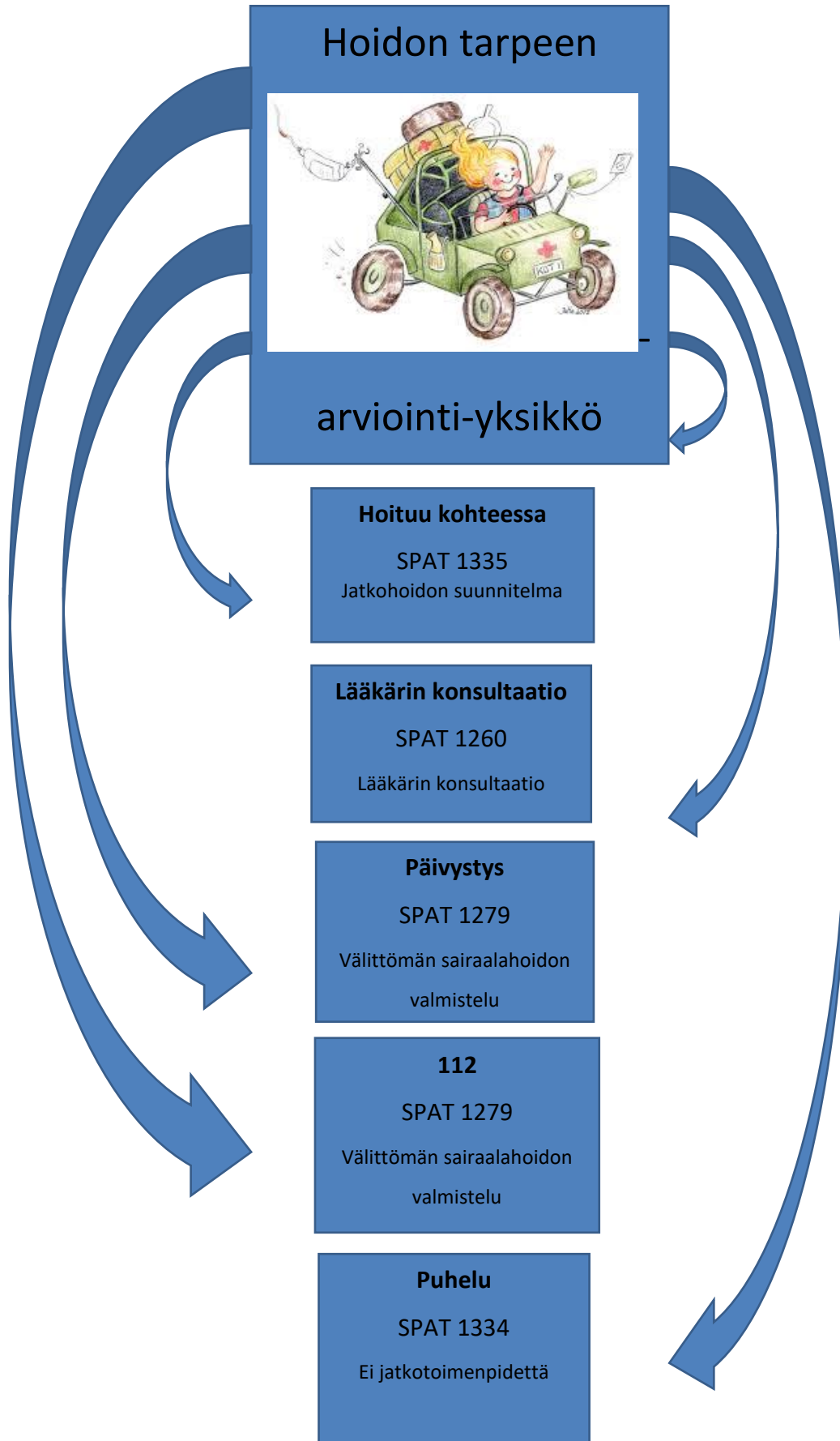


6. Mitä kehitettävää palvelussamme on nyt ja tulevaisuudessa. Jaa ideasi ja parannusehdotuksesi meille.

Lähetä

### Liite 3. Hoidon tarpeen arviointi-yksikkö hälytyskaavio



**Liite 4. Hoidon tarpeen arviointi-yksikkö tilastointi SPAT**

**SPAT1334 Ei jatkotoimenpidettä**

→ puhelulla hoituva asia, ei käyntiä ollenkaan

**SPAT1335 Jatkohoidon suunnitelma, jatkohoidon järjestäminen**

→ ohjeet yksikön hoitajille

→ äksäys kohteessa

**SPAT1279 Välittömän sairaalahoidon valmistelu**

→ päivystykseen ohjaaminen

**SPAT1260 Terveysthuollon ammattihenkilön konsultaatio**

→ lääkärin konsultointi

**Lääkärin konsultointi:**

- Virka-ajan ulkopuolella: päivystävä lääkäri
- Virka-aikana:
  - yksikön lääkäri (kaupungin paikat)
  - päivystyksen lääkäri, päivystyksen geriatri (ostopalvelupaikat tai jos ei saa yksikön lääkäriä kiinni)
  - jos saatto tai tulossa kotisairaalan potilaaksi: kotisairaalan lääkäri