



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sini Saksa & Maija Valli

LAPSEN SAIRAANHOITO KOTIYMPÄRISTÖSSÄ

Esite vanhemmille lasten kotisairaalaista

Sosiaali- ja terveysala
2018

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveystyö

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sini Saksa & Maija Valli
Opinnäytetyön nimi	Lapsen sairaanhoito kotiympäristössä Esite vanhemmille lasten kotisairaalaan
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	70 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään lasten tavallisia kehitysviiveitä ja sairauksia, lasten kasvua ja kehitystä, lasten kotisairaalaan sekä perhekeskeistä hoitotyötä. Nämä valittiin keskeisiksi käsitteiksi, koska työn tekijöiden mielestä ne kuuluvat kotisairaalaan. Teoriaa kerättiin kirjoista ja internetistä, kotimaisista ja ulkomaisista julkaisuista.

Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tuotoksena valmistettiin esite Vaasan keskussairaalaan lasten kotisairaalaan. Esite tulee toimimaan kotisairaalan työntekijöiden työvälineenä, sekä esittelemään asiakkaille vaihtoehtoisen tavan korvata lapsen sairaalassa tapahtuva hoito. Esitteessä kerrotaan lyhyesti, kenelle palvelu on suunnattu sekä millaista palvelua tarjotaan sairaalahoidon sijasta. Esite valmistettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla ja työn tekijät vastasivat esitteen suunnittelusta, kuunnellen yhteistyötahon sekä ohjaavan opettajan toiveita ja ideoita. Esite on liitteenä opinnäytetyön lopussa.

Keskeisiä arvoja lasten kotisairaalan toiminnassa ovat yksilöllisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, nopea hoidon saanti sekä vapaaehtoisuus. Perheen osallistuminen hoitoon edistää lapsen ja perheen hyvinvointia. Kotisairaalaan lapsi saa hoitoa tutussa ja turvallisessa paikassa. Kriteerit kotona tapahtuvaan hoitoon ovat diagnosoitu sairaus, ennustettava taudinkulku, vakaa yleistila ja ettei jatkuvaa monitorointia tarvita. Potilasta hoidetaan sairaalassa usein vain akuutin sairauden ajan.

Avainsanat Lapsi, kotisairaala, sairaus, kasvu ja kehitys, perhehoitotyö

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Terveydenhoitotyö

ABSTRACT

Author	Sini Saksa & Maija Valli
Title	Child healthcare in the home environment Brochure for parents of children's home-hospital
Year	2018
Language	Finnish
Pages	70 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The theoretical part of this bachelor's thesis focused on children's common development delays and diseases, children's growth and development, children's hospital home care, and family-oriented nursing. These were selected as key concepts because, in the authors' opinion, they are a part of the hospital home care. Theory was collected from books and the Internet, from domestic and foreign publications.

As a result of the practice-based part of the thesis, a brochure was prepared for the children's home hospital in Vaasa Central Hospital. The brochure will serve as a tool for hospital home care employees and to present to clients what kind of option they are offered instead of hospitalization. The brochure briefly tells who the service is for and what kind of service is offered. The brochure was prepared with a Word processor and the authors planned the design of the brochure, and listened to the wishes and ideas of the teacher and the co-operation partner. The brochure is attached at the end of the thesis.

Key values in the children's home hospital are individuality, family orientation, security, continuity of care, fast access to care and voluntary service. Family involvement in the care promotes the child's well-being in the family. In a home hospital, a child gets treatment in a familiar and safe place. Criteria for home-based treatment are diagnosed as illness, predictable disease, stable general condition, and continuous monitoring is not needed. The patient is often treated for hospitalization only during acute illness.

Keywords	Child, home hospital, disease, growth and development, family nursing
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	10
	3.1 Projektin määritelmä	10
	3.2 Projektin vaiheet	11
	3.3 SWOT-analyysin määritelmä.....	11
	3.4 SWOT-analyysi.....	12
4	LASTEN YLEISIMMÄT KEHITYSVIIVEET SEKÄ SAIRAUDET.....	14
	4.1 Keskосуus	15
	4.2 Syöpäsairaudet ja niiden hoito	16
	4.3 Infektiot ja niiden hoito.....	18
5	LAPSEN KASVU JA KEHITYSVAIHEET	22
	5.1 Fyysinen kasvu ja motorinen kehitys.....	22
	5.1.1 Vauvan kasvu ja kehitys.....	23
	5.1.2 1–5-vuotiaan lapsen kasvu ja kehitys.....	23
	5.1.3 5–7-vuotiaan lapsen kasvu ja kehitys.....	24
	5.1.4 7–12-vuotiaan lapsen kasvu ja kehitys.....	25
	5.1.5 Nuoren kasvu ja kehitys	28
	5.2 Kognitiivinen kehitys	30
	5.3 Psykososiaalinen kehitys	32
6	KOTISAIRAALATOIMINTA.....	36
	6.1 Kotisairaalan toimintaperiaatteet	37
	6.2 Kotisairaaloiminnan arvot.....	38
	6.3 Lasten kotisairaala Vaasassa.....	39
	6.4 Lapsi kotisairaalassa	40

6.5	Sairaanhoidtaja lasten kotisairaалassa	43
6.6	Erikoissairaanhoidto	43
7	PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ LASTEN KOTIYMPÄRISTÖSSÄ.....	45
8	ESITELEHTINEN JA SEN SISÄLTÖ	47
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	49
9.1	Aiheen valinta	49
9.2	Projektin suunnittelu ja toteutus.....	49
9.3	Aikataulu.....	52
10	POHDINTA.....	54
10.1	Projektin arviointi ja SWOT-analyysi	54
10.2	Eettisyys	56
10.3	Luotettavuus.....	58
10.4	Tavoitteiden saavuttaminen, oma oppiminen ja yhteistyö.....	59
10.5	Pohdintaa lasten kotisairaалasta	61
10.6	Jatkotutkimusaiheet.....	61
	LÄHTEET.....	63

LIITTEET

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. SWOT-analyysi..... 12

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Valmis esite lasten kotisairaalaista

1 JOHDANTO

Suomessa lasten kotisairaaloiminta on alkanut vuosituhaten alussa. Virallinen ensimmäinen lasten kotisairaala perustettiin Tampereelle vuonna 2001. Esimerkiksi Tampereella toiminnan tavoitteena oli tuottaa lapsen tarvitsemia erikoissairaanhoidon toimenpiteitä kotona sekä lyhentää näin lapsen sairaalassaoloaikaa. (Korpinen 2016.) Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Lain mukaan on pyrittävä asiakaskeksyyteen sekä parantamaan palvelujen yhdenvertaista saataavuutta. (L 30.12.2010/1326.) Lasten kotisairaaloiminta on aina erikoissairaanhoidtoa (Vaasan keskussairaala 2017 a).

Toiminnan keskeisiä arvoja ovat yksilöllisyys, perhekeskyys, turvallisuus, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, nopea hoidon saanti sekä vapaaehtoisuus. Perheen osallistuminen hoitoon edistää lapsen sekä perheen hyvinvointia. Kotisairaalassa lapsi saa hoitoa tutussa ja turvallisessa paikassa. Kriteerit kotona tapahtuvaan hoitoon ovat diagnosoitu sairaus, ennustettava taudinkulku, vakaa yleistila sekä se ettei jatkuvaa monitorointia tarvita. Potilasta hoidetaan sairaalassa usein akuutin sairauden ajan. (Lähdeaho, Heinonen-Tolonen ja Kuusela 2011; Visakorpi 2002, 46.)

Vaasan keskussairaalan lastenosaston alaisuudessa toimiva lasten kotisairaalan hoitohenkilökunta tarvitsi työnsä tueksi uuden esitteen, jossa esitellään perheille lyhyesti ja ytimekkäästi vielä melko uutta lasten kotisairaala -palvelua.

Aihe valittiin, koska se on mielenkiintoinen, melko uusi ja se antaa erilaisen lähestymistavan lapsiin, heidän sairauksiinsa sekä kokonaisvaltaiseen perhetyöhön. Aiheen tekee tärkeäksi se, että hoitohenkilökunnalla on todellinen tarve esitteelle. Se toimii henkilökunnan työvälineenä ja helpottaa heidän työtään sekä auttaa vanhempia ja lapsia lähestymään sekä tutustumaan lasten kotisairaalan toimintaan ja sen tuottamiin palveluihin.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tarkoituksena oli laatia toiminnallisena opinnäytetyönä esite Vaasan keskussairaalan lastenosaston A8 ja A9:n alaisuudessa toimivalle lasten kotisairaallalle. Esitteen on tarkoitus tulla jokapäiväiseen käyttöön.

Tavoitteena oli tuottaa kansankielinen, helppolukuinen ja ytimekäs esite, joka sisältää informatiivista tietoa lasten kotisairaalaista, sen tarkoituksesta ja toiminnasta sekä se, että esite toimii henkilökunnan yhtenä työvälineenä. Esitteen kautta vanhempien on helppo tutustua sekä lähestyä keskussairaalan tarjoamaan palveluun. Opiskelijoiden henkilökohtaisina tavoitteina oli oppia lasten kotisairaanhoidon palvelusta ja toiminnasta, lasten yleisimmistä kehitysviiveistä ja sairauksista, joita kotisairaalassa hoidetaan, lasten kasvusta ja kehityksestä sekä perhekeskeisestä hoitotyöstä.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Opinnäytetyön tekemisessä tulee esiin kaikki projektin vaiheet suunnittelusta, arviointiin.

3.1 Projektin määritelmä

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla myös projektityyppinen. Projekti on tavoitteellinen ja aikataulutettu prosessi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Projekti määritelmänä tarkoittaa, kun esimerkiksi joukko ihmisiä suorittaa tiettyä tehtävää, jolla on tavoite, budjetti ja aikataulu sekä elinkaari. Projekti ei aina välttämättä tuota lopputuloksena konkreettista tuotosta, vaan tuloksena voi myös olla ratkaisu johonkin ongelmaan. (Ruuska 2012, 19–20.)

Jokaista projektia määrittelevät siis tavoitteet, jotka kuvaavat sitä muutosta, joka projektilla pyritään saamaan aikaiseksi sen hyödynsaajien kannalta. Tavoitteiden lisäksi projektisuunnitelmassa määritellään aikataulu sekä toteutukseen tarvittava budjetti. Projekti on aina tilaustyö ja toimeksianto tulee asiakkaalta, esimerkiksi organisaatiolta. (Silfverberg 2007, 6; Ruuska 2006, 22–23.)

Silfverbergin (2007) mukaan hyvässä projektisuunnitelmassa tavoitteet ovat selkeät ja realistiset sekä kuvaavat sitä hyödynsaajien tilan tai toiminnan muutosta, johon projektilla pyritään. Projektilla on realistinen ja selkeä aikataulu, jonka puitteissa pystytään saavuttamaan kestäviä tuloksia. Projekti pyritään aikatauluttamaan niin, että kun projekti on valmis, kohdeorganisaatio pystyy jatkamaan pitkäaikaiseksi tarkoitettua toimintaa ilman ulkoista tukea. Projektilla tulee olla myös selkeä johtamismalli ja organisaatio. Projektin osapuolet tekevät aidosti yhteistyötä ja roolit sekä vastuut ovat selkeät. Projektiin tarvittavat panokset eli resurssit määritellään selkeästi ja ovat riittävät suhteessa tavoitteisiin. Rahallinen panos eli budjetti laskeaan sen perusteella, miten panokset jaetaan henkilötyöhön, materiaaleihin, tarvikkeisiin ja erilaisiin ostopalveluihin. (Silfverberg 2007, 7–10.)

3.2 Projektin vaiheet

Projekti on tehtäväkokonaisuus, johon kuuluu alkamis- ja päättymisajankohta. Projekti jakaantuu eri vaiheisiin, jotka poikkeavat ominaisuuksiltaan sekä työskentelytavoiltaan toisistaan. Tyypillistä on, että vaiheet limittyvät toistensa kanssa. Päätyneeseen työvaiheeseen joudutaan usein vielä palaamaan, vaikka seuraava vaihe olisi jo käynnissä. Lyhyesti projektin vaiheisiin kuuluu, perustaminen, suunnittelu, toteutus ja päättäminen. (Ruuska 2012, 22–23.)

3.3 SWOT-analyysin määritelmä

SWOT-analyysi on niin sanottu nelikenttäarvostelu, ja sen nimi tulee englanninkielisistä sanoista Strengths-vahvuudet, Weaknesses-heikkoudet, Opportunities-mahdollisuudet ja Threats-uhat. SWOT-analyysiä käytetään analysoitaessa projektin yhteydessä tapahtuvaa oppimista ja sen toimintaympäristöä kokonaisuutena. (Opetushallitus 2017.)

Analyysi voi olla subjektiivinen ja on usein suuntaa antava. SWOT-analyysi jaetaan sisällöltään ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Vahvuudet ja heikkoudet ovat sisäisiä tekijöitä, mahdollisuudet ja uhat luetaan ulkoisiin tekijöihin. (Opetushallitus 2017.)

3.4 SWOT-analyysi

Kuviossa 1 käydään läpi projektin sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia.

<p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mielenkiinto työn tekemistä kohtaan - Työn tekijöitä kaksi, eli työtä pystyy jakaa ja toisen työtä arvioida sekä muokata - Aikataulun vapaa suunnittelu 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mielenkiinto tai motivaatio loppu - Tiedonkeruun hankaluus ja teoriatiedon vähäisyys - Erimielisyydet ja mielipide-erot
<p>Mahdollisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esitteellä on todellinen käyttötarkoitus - Yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa - Opettajan tuki opinnäytetyöprojektin ajan - Kirjastohenkilökunnan tarjoama tiedonhakuapu - Laaja valikoima teoksia opiskelijakirjastossa 	<p>Uhat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esitteen asettelun suunnittelu ja toteutus ymmärrettävään ja yksinkertaiseen muotoon - Mahdollisesti liian vähäinen tieto - Liian vähäinen aika - Esitetilauksen peruuntuminen tilaavan tahon puolesta - Tekstinkäsittelyohjelman asetukset ja käyttö - Vaihto-opiskelu ulkomailla osittain työn tekovaiheessa

Kuvio 1. SWOT-analyysi.

Tärkeimpänä sisäisenä vahvuutena esiin tulee tekijöiden määrä, joten työn määrää pystyy jakamaan sekä toisen tuotosta arvioimaan ja muokkaamaan. Työn tekeminen ei ole ajallisesti sidottu mihinkään tiettyyn ajankohtaan, vaan aikataulun pystyy itse määrittelemään ja suunnittelemaan itselleen sopivaksi. Sisäisenä heikkoutena

nähdään tiedonkeruun hankaluus, erityisesti kansainvälisten julkaisujen käyttö sekä mielenkiinnon ja motivaation loppuminen. Teoriatiedon kattavuus ja sen monipuolisuus saattaa esiintyä sisäisenä heikkoutena, sillä kattavien ja asianmukaisen lähteiden käyttö vaihto-opiskelujen aikana voi tuottaa haasteita, kun kirjatieta ei ole helposti saatavilla. Vastoinkäymiset työn tekovaiheessa vaikuttavat mielenkiinnon ylläpitämiseen, kuten myös muu arjessa mielekkäämpi tekeminen.

Ulkoisina mahdollisuuksina toimii laaja tukiverkosto sekä yhteistyötahot, joilta mahdollista saada apua ja neuvoja. Suurena motivaattorina on esitteen todellinen tarve ja käyttötarkoitus. Työn uhkina on tekstinkäsittelyohjelman asetusten hankaluus sekä niiden korjaus vie aikaa. Työparin opiskeluvaihtoon lähtö asettaa työntekemiselle nopean aikataulun, joka luo aikataulullisen haasteen. Myös molempia yhteistyötahoja miellyttävä esitteen ulkomuoto saattaa asettaa haasteita.

4 LASTEN YLEISIMMÄT KEHITYSVIIVEET SEKÄ SAIRAUDET

YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista (UNISEF 2017) määrittelee seuraavasti, kuka on lapsi: ”Tässä yleissopimuksessa lapsella tarkoitetaan, jokaista alle 18-vuotiaasta henkilöä, ellei lapseen soveltuvien lakien mukaan täysi-ikäisyyttä saavuteta aikaisemmin”.

Sairaudella tarkoitetaan rakenteen tai toiminnan poikkeavuutta, joka voi aiheuttaa tilapäistä tai pysyvää haittaa, vajaatoimintoja tai vammaisuutta (Terveyskirjasto 2017). Kun lapsi sairastuu, hänen käyttäytymisessään esiintyy muutoksia. Lapsi muuttuu usein väsyneeksi, itkuiseksi ja ruokahaluttomaksi. (Karling, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilén 2008, 268 a). Vanhemmat odottavat lapsensa syntyvän terveenä. Lapsen elämää uhkaava sairaus tai vamma merkitsee usein vanhemmille suurinta mahdollista uhkaa ja psyykkistä hätää. (Pihko 2008.)

Lapsen luontevin paikka sairastaa on koti, se on turvallinen ja tuttu. Kotona lapsen on helppo noudattaa omia tottumuksia ja tapojaan. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 101.) Lapsen sairastuminen ja sairaalaan joutuminen vaikuttaa usein merkittävästi lapsen itsetuntoon. Itsetuntoa voidaan vahvistaa tarjoamalla lapselle onnistumisen kokemuksia leikin ja opin kautta. Vakava sairaus myös usein erottaa lapsen ikätovereistaan, sairaalan leikkitoiminta korvaa kuitenkin tätä menetystä. Sairaalassa leikkiminen on viihdyttävää, kuntouttavaa ja terapeutista, jonka tavoitteena on tukea tervettä kasvua ja kehitystä. Koululaisille ja nuorille on tärkeää kaverisuhteiden ylläpito, jonka vuoksi sairaalassa usein on tilat, jossa voi tavata kavereita, lukea, pelata ja kuunnella musiikkia. Sairaalassa on myös koulu, jolloin lapsi voi jatkaa peruskouluun sairaudesta huolimatta. (Lähteenoja 1993, 29.)

Lapsen sairastuessa vakavasti, vanhemmat panevat yleensä toivonsa lääketieteen. Harvoin lapset kuitenkin sairastuvat niin vakavasti, ettei sairautta voitaisi hoitaa tai hoidon rajoja jouduttaisiin miettimään. Hoidon rajoja joudutaan tavallisim-

min pohtimaan vastasyntyneiden sekä niiden lasten kohdalla, jotka sairastavat syöpää, kroonisia tai eteneviä sairauksia, tai erilaisten aivokatastrofien jälkeen. (Pihko 2008.)

4.1 Keskosuus

Keskosena pidetään arkkiaatri Ylpön määritelmän mukaan lasta, joka painaa syntyessään alle 2 500g. Myöhemmin yleistyi alle 37. raskausviikkoa syntyneiden keskosmääritelmä. Ennenaikaista synnytystä uhkaavia oireita ovat kivuliaat supistukset ja kohdunkaulan kypsyminen (lyhentymisen, avautumisen, pehmenemisen), jotka saattavat johtaa synnytykseen. Euroopan perinataalilääketieteen yhdistyksen mukaan ennenaikaisen synnytyksen kriteerit ovat: 1) vähintään neljä supistusta 20 minuutin aikana, 2) supistuksen kesto yli 30 sekuntia sekä 3) supistus on käsin tunnettavissa. Ennenaikaisen synnytyksen uhatessa ennen raskausviikkojen 35+0, sikiön keuhkojen kypsyttämiseksi voidaan äidille antaa pistoksina kortikosteroidihoitoa. (Käypä hoito 2011.) Äidille voidaan antaa myös supistusten estoon tokolytyttejä, prostaglandiinin estäjiä tai kalsiumkanavan salpaajia (Lautala 2012).

Keskokset jaetaan kahteen ryhmään, alle 2500g painavat ovat keskosia ja alle 1 500g painavat ovat pikkukeskosia. Pikkukeskoset jaetaan vielä kahteen, hyvin pienipainoisiin, syntyessään alle 1500g ja erittäin pienipainoisiin, syntyessään alle 1 000g. (Jumpponen 2006, 8.) Raskauden kesto merkitään täysinä viikkoina ja päivinä, esimerkiksi 25+3, jolloin on menossa 26. raskausviikko (Tiitinen 2017). Suomessa syntyy vuosittain yksi 20 lapsesta ennen 37+0 raskausviikkoa, joka tarkoittaa noin 3 000 vauvaa. Suuri osa syntyy melko lähellä laskettua aikaa, yli puolet taas raskausviikkojen 35–36 aikana. Hyvin pienipainoisia on kaikista syntyneistä alle 1 % ja erittäin pienipainoisia 0,3 %. (Parikka, Lehtonen 2017, 9.)

Keskosen on tavalliseen vastasyntyneeseen verrattuna usein pieni sekä laiha. Hoidossa suurin haaste ei ole pieni koko, vaan se että elimistö on vielä täysin keskenäinen. Elimistön kypsytyksen vaikuttaa merkittävästi raskausviikkojen määrä. Keskosen iho on vielä hyvin heikko ja läpikuultava, jonka vuoksi se menettääkin huomattavan paljon lämpöä ja vettä ihon kautta, joka taas johtaa suolatasapainon

häiriöille. Myös bakteeri-infektiot ja ihorikot ovat tavallinen ongelma keskosilla, niitä voivat aiheuttaa esimerkiksi tavalliset iholle asetettavat anturit ja teipit. Kaasujen vaihto on vielä vähäistä, koska siihen tarvittavia keuhkorakkuloita on vielä niukasti. Myös aivot ja niiden poimuttuminen ovat kesken ja hermoyhteydet kasvavat ympäristön muovaamina. Sisäelimet ovat paikoillaan, ja oma pieni sydän pumpkaa verta, jota pienet heikot suonet kuljettavat joka puolelle elimistöön. Vaikka keskosien hermosto on vielä kehittymätön, on hän silti jo aktiivinen, liikkuu ja reagoi herkästi ympäriltä tuleviin ärsykkeisiin. Jo pienikin keskonen tuntee, kuulee, maistaa ja haistaa, näkö taas kehittyy viimeisimpänä ja ensimmäiset viikot voi keskonen olla silmät kiinni. Keskosien kestävyys melua ja valoa kohtaan on huono, ja ympäristö pyritäänkin rauhoittamaan hyvin, esimerkiksi keskoskaapin päälle asetettavalla peitolla. (Parikka ym. 2017, 11–14.)

Keskosien kasvuvauhti on huomattavasti nopeampaa, kuin täysiaikaisen, joten se muistuttaaakin sikiön reipasta kasvua kohdussa. Keskonen siis tarvitsee suhteessa enemmän energiaa ja ravinteita, kuin täysiaikainen, lisäksi äidiltä saadut ravintovarat ovat vähäisiä ennenaikaisuuden vuoksi. Keskosille annettavista korvikkeista erityisravintovalmisteistä voidaan yleensä luopua, kun vauva saavuttaa 3,5–4kg painon. Erikoissairaanhoido antaa ohjeet keskosien ravitsemukseen. (Hermanson 2012.)

4.2 Syöpäsairaudet ja niiden hoito

Syöpään sairastuva lapsi on harvinaisuus, siihen sairastuu noin 150 lasta vuosittain. Yleisimpiä pahanlaatuisia tauteja ovat akuutit leukemiat ja lymfoomat sekä pahanlaatuiset aivokasvaimet. Kiinteistä kasvaimista esiintyy eniten Wilmsin kasvainta, pehmytkudossarkoomaa sekä neuroblastoomaa. Lasten syöpiä ei useinkaan havaita kovin varhaisessa vaiheessa, jolloin taudin toteamisen aikaan kasvaimet ovat usein suuria, sekä n. 80 % esiintyy myös etäpesäkkeitä. Onneksi lasten syöpätaudit ovat erityisen herkkiä solunsalpaajahoitoille, jopa kolme neljäsosaa parantuu pysyvästi. Ennusteeseen vaikuttaa se miten laajalle tauti on päässyt leviämään. Varhainen taudin toteaminen on avainasemassa paranemiseen. (Pihkala 2010, 383–384.)

Syöpäsairauden hoidon tavoitteita ovat lapsen totaali paraneminen vähäisin komplikaatioin ja pienin sivuvaikutuksin. Hyvä vointi, normaali kasvu ja kehitys hoitojen aikana sekä lapsen ja perheen fyysinen ja psyykinen jaksaminen ja paranemistoivon ylläpito. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 192 b.)

Syöpä on lapselle vaikeasti ymmärrettävä sairaus, jota on vaikea hahmottaa. Lapsi voi ilmaista ahdistavia tunteita ja pelkoja piirtämällä, maalaamalla, laulamalla tai leikkimällä. Suositteja ovat sairaala- ja kotileikit. Leikin avulla lapsen on helpompi hyväksyä ja ymmärtää sairauttaan, sen hoitoa, eroa perheestä ja sen tuomaa kotikäivää. Syöpähoidot vaikuttavat lapsen ulkonäköön esimerkiksi hiustenlähtönä, leikin avulla voidaan tällöin auttaa lasta sopeutumaan ulkonäköönsä ja hyväksymään itsensä. (Lähteenoja 1993, 29–30.)

Syövän tavallisia hoitomuotoja on sytostaattihoito ja sädehoito. Siinä lääkkeet tai sädetys tuhoavat syöpäsoluja, mutta valitettavasti myös terveitä soluja. Sytostaattihoidon haittavaikutuksiin kuuluu pahoinvointi ja oksentelu, jota voidaan helpottaa lääkkein. Pahoinvointia aiheuttaa myös yleisesti pelko, masennus sekä pelko tulevan hoidon vuoksi. Oikean ja helpottavan lääkkeen löytäminen saattaa usein olla työlästä. On tärkeää, että hyvä lääke löydetään, sillä runsas oksentelu aiheuttaa laihutumista, suolatasapainon järkkymistä sekä ruokatorven limakalvojen ärtymistä. Ravitsemus on tärkeä osa hoitoa, koska hyvin syövä lapsi kestää paremmin sytostaatti- ja sädehoidot sekä infektoriski pienenee. Syöpäsairaus myös lisää ravinnon tarvetta, koska sen aikana aineenvaihdunta kiihtyy ja elimistön kyky käyttää ravintoaineita heikkenee. Lapsen pituutta ja painoa seurataan säännöllisesti, jotta aliravitsemus huomattaisiin ajoissa. Myös alentunut mieliala vaikuttaa ruokahaluun, ruokailuun ei kuitenkaan kannata kiinnittää liikaa huomiota, jolloin se lisää niin lapsen, kuin vanhemmankin ahdistusta. Vaikka lapselle ei ruoka maistuisikaan, on tärkeää huolehtia nesteen saannista, nesteen perustarve on 100ml/kg/vrk. Nesteiksi veden, mehujen ja limsojen lisäksi katsotaan vellit, kiisselit, hapanmaitotuotteet ja keitot. Jos lapsi ei suun kautta saa otettua tarvittavaa määrää nesteitä, siirrytään suonensisäiseen nesteytykseen, josta lapsi saa kaiken tarvittavat energian. (Lähteenoja 1993, 5–12.)

Suun ja hampaiden hoito on tärkeässä osassa syövän hoidossa. Suun on oltava hoidettuna ennen kuin hoidot aloitetaan, koska tulehdukset leviävät helposti muualle elimistöön reikäisten hampaiden tai rikkinäisten limakalvojen kautta. Säännöllisiä tarkastuksia jatketaan koko syövän ajan. Jos lapselle annetaan sädehoitoa pään alueelle, tulisi reikäiset hampaat hoitaa ennen sädettämisen aloitusta, koska se hidastaa hammasluun uusiutumista. Hampaat tulisi harjata pehmeällä harjalla hellästi aamuin ja illoin. Vaikka ikenet alkaisivat vuotaa verta, on puhdistusta silti jatkettava ehdottomasti. Myös huulten rasvauksesta on hyvä huolehtia rohtumisen ja halkeilun vuoksi, sytostaattihoidot kuivattavat huulia entisestään. Hoidot aiheuttavat myös suun limakalvojen kuivumista, kuiva suu lisää hampaiden reikiintymis- ja ientulehdusvaaraa. Kuivumiseen auttaa runsas juominen, jääpalojen sekä pastillien imeskely. Myös keinosylkeä ja tabletteja on myytävänä apteekkeissa. Jos lapsella on kiipeä suu, voi hän tuntea olonsa erittäin sairaaksi. Se vaikeuttaa puhumista, syömistä ja nielemistä. Jos suun limakalvot menevät rikki, on suun hoitoon kiinnitettävä erityistä huomiota. Tarvittaessa lapselle voidaan antaa suun limakalvoja puuduttavia aineita sekä kipulääkettä. (Lähteenoja 1993, 14–15.)

Lapsen hygieniasta on huolehdittava hyvin ja ihon kunnosta pidettävä huolta. Pienikin rikko iholla voi aiheuttaa infektion, erityisen tärkeää on käsien ihon kunto. Sekä itse syöpäsairaus, että sen hoidossa käytettävät lääkkeet lisäävät riskiä infektioihin ja heikentävät niiden parantumista. Lapsen sairastuttua kuumeeseen, on heti reagoitava, koska hoidon viivästytyä heikentää se yleiskuntoa merkittävästi. (Lähteenoja 1993, 16–18.) Jos lapsen leukosyyttiarvot laskevat erityisen matalalle, hoidetaan lasta erityisolosuhteissa, kuten eristyshuoneessa. Lasta hoitavien ja tapaa-vien tulee käyttää riittäviä suojaimia ja huolehtia hyvästä hygieniasta. (Aalto, Uusitalo 2004, 273)

4.3 Infektiot ja niiden hoito

Jalankon (2009 a) mukaan infektiot ovat tilastojen valossa suurin syy päiväkotij- ja koulupoissaoloihin. Infektiot uhkaavat kaikenikäisiä, mutta erityisesti pikkulapsia. He syntyvät maailmaan steriilistä ympäristöstä, joten he kohtaavat ulkomaailmassa erittäin laajan kirjon mikrobeita. Vastasyntynyt on syntyessään immuunipuuteinen,

mikä lisää herkkyyttä saada infektoita. Äidiltä perityt vasta-aineet katoavat puolessa vuodessa, jonka jälkeen elimistön on itse tuotettava vasta-aineensa loppuelämänsä. Kasvavan elimistö on herkempi infektoille, kuin aikuisen. (Peltola 2010, 173.) Infektiota on syytä epäillä, jos vastasyntyneellä on väsymystä, käsittelyarkuutta, kuumetta, iho-oireita tai on sairaan tuntuinen, kuume kuitenkin usein puuttuu oireistosta (Kouvalainen 1993, 10).

Infektion aiheuttajana ovat joko paljaalle silmälle näkymättömät bakteerit, sienet, virukset ja alkueläimet tai näkyvät loiseläimet. Jos tartunnan aiheuttaja pääsee elimistössä paikkaan johon se ei kuulu, on tällöin kyseessä kontaminaatio. Jos kontaminoitunut aiheuttaja jää elimistöön lisääntyen, mutta ei aiheuta tautia, puhutaan kolonisaatiosta. Jos taas kolonisaatiosta johtaa oireinen sairaus, tarkoittaa se silloin infektiotaudin syntymistä. Infektiosairaus taas aiheuttaa inflammaation, eli tulehduksen sairastuneessa elimessä. (Uhari 2002, 78.).

Toistuviin infektiosairauksiin sairastuvan lapsen immuunipuolustusjärjestelmässä ei useinkaan ole vikaa, vaan kyse on ikään liittyvä ohimenevä häiriö. Lapsen sairastuminen on yksilöllistä, mutta osaan sairastumisherkkyyteen vaikuttavista asioista voi vaikuttaa. Infektiokierteen ehkäisyssä on tärkeää karsia elinympäristöstä ilmansaasteita, tupakansavua, huonepölyä ja allergisoivia eläinkarvoja. Lapsen yleiskunto voi vähitellen huonontua jatkuvista infektoista ja lääkekuureista. (Karling ym. 2008, 274–275 b.) Erityisesti päiväkotij- ja kouluympäristö altistaa lasta infektiokierteeseen, syynä runsaat tartuntakontaktit sekä usein iso ryhmäkoko. Tartunnat ovat kuitenkin vähennettävissä hyvällä käsihygienialla. (Aaltonen, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilén 2006, 233.)

Yleisin infekto lasten keskuudessa on virusperäinen ylähengitystietulehdus, joita lapsi voikin sairastaa vuodessa useamman. Tämän seurannaistautina esiintyy usein välikorvantulehdusta, joka voi viedä lapsen myös ns. ”korvakierteeseen”, eli useaan korvantulehdukseen peräjälkeen. Välikorvan tulehduksesta hoidetaan antibiootein. Lisäksi yleisiä ovat ripulitaudit, ihoinfektiot sekä rokkotaudit. Vaivat ovat yleisiä

leikki- ja kouluikäisillä lapsilla. (Jalanko 2009 a.) Yleisiä rokkotauteja, joita esiintyy vielä, ovat enterorokko, vauvarokko, vesirokko, parvorokko ja tulirokko (Jalanko 2017).

Monet kulkutaudit ja vakavatkin infektiot on saatu karsittua kokonaan tai vähennettyä minimiin maastamme rokotuksien avulla (Jalanko 2009 a). Lasten rokotusohjelmaan kuuluu, rotavirusripuli, keuhkokuume, verenmyrkytys, korvatulehdus, kurkkumätä, jäykkäkouristus, hinkuyskä, polio ja Hib-taudit, kuten aivokalvontulehdus ja kurkunkannentulehdus. Tuhkarokko, sikotauti, vihurirokko (lyhyesti MPR) (THL 2017 a) sekä lisäksi nyt uutena vesirokko, syksystä 2017 alkaen (THL 2017 b) ja kohdunkaulansyöpärokote (THL 2017 c). Esimerkiksi maissa joissa rotavirus-rokotetta on alettu antaa, on lasten tautikuolemia ja sairaalassa hoidettuja akuutteja gastroenteriittejä saatu vähenemään merkittävästi (Räsänen 2016, 17).

Lapsilla kuume on tavallisesti virusinfektion aiheuttama. Sinänsä kuumeen hoidosta ei ole hyötyä. Lämmön nousu saattaa jopa nopeuttaa infektiosta paranemista, koska se on elimistön tapa reagoida tautiin ja karkottaa sitä. Mutta lapsen kipua ja tuskaisuutta on syytä hoitaa tehokkaasti kipulääkkeillä, joista suositeltavin valmiste lapsille on parasetamoli (THL 2015). Lasten hengitystieinfektioissa on todettu hunajan saattavan helpottaa oireita akuutin öisen yskän lyhytaikaisessa hoidossa, tulee kuitenkin muistaa, että hunajaa saa antaa vain yli 1-vuotialle. Yskänlääkkeiden taas ei ole nähty tuovan hyötyä. Antibioottihoidon on tutkittu olevan tehokas yli kuu-kauden jatkuneessa lapsen limaisessa yskässä. Kaikissa infektioissa lapsi kuuluu sairaalahoitoon, mikäli hänen yleisvointinsa on heikentynyt tai hän hapettuu huonosti. (Käypä hoito 2015.) Lasten infektioiden hoidossa tyypillisiä hoitomuotoja ovat suoneen ja suun kautta annettavat antibioottihoidot ja nestehoidot, sekä astman vuoksi annettavat hengitettävät astmalääkkeet. Lisäksi lapsi saattaa joutua osastolle liman imentään hengitysteistä. Tämä on yleistä etenkin pienten lasten hankalien hengitystieinfektioiden aikana. (HUS 2018.)

Lasten ripuli ja oksennustaudeissa tärkeintä on huolehtia lapsen nesteiden saannista, esimerkiksi mehulla ja maidolla. Koska ripuloinnin ja oksentelun mukana menetetään nesteitä ja suoloja, on suolojen korvaamiseen kehitetty jauheita, kuten

Osmosal Novum, joka sekoitetaan juotavaan nesteeseen. Jos lapsen yleisvointi on heikko, hän on alle puolivuotias, ulosteessa on verta, ripuli tai oksentelu on loputtonta, oireisiin liittyy korkea kuume, virtsaa ei tule, eikä lapsi pysty ottamaan nestettä tai ravintoa, on syytä hakeutua sairaalahoitoon. (Jalanko 2009 b.)

5 LAPSEN KASVU JA KEHITYSVAIHEET

Kasvulla tarkoitetaan fyysistä muutosta ja edistymistä. Fyysinen muutos on lähinnä perimän säätelemää. Kehitys korostaa ihmisen muuttumista koko elämän aikana ja se on usein tiedostamatonta ja jatkuvaa. Kehitystä siis tapahtuu läpi elämän. (Karling ym. 2008, 64.) Ihminen kohtaa erilaisia kehitysvaiheita eri-ikäisenä. Lapsuus ja nuoruus jaetaan eri ikäkausiksi kasvun ja kehityksen rytmin mukaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 10 a.)

Neonataalikaudella tarkoitetaan vastasyntyneen 28 ensimmäistä elinvuorokautta. Imeväisiällä tarkoitetaan lapsen ensimmäistä elinvuotta, jolloin kehitys on nopeampaa myöhempisiin elinvuosiin verrattuna. Leikki-ikäiset jaetaan kahteen ryhmään ikänsä perusteella. Varhainen leikki-ikä sijoittuu 1–3 ikävuosiin ja myöhäinen leikki-ikä 3–6 ikävuosiin. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 11 a.)

Kouluikä alkaa seitsemästä ikävuodesta ja loppuu 12:sta ikävuoteen. Murrosikä eli puberteetti sijoittuu nuoruusiän alkuun. Nuoruuteen luetaan 12–18:sta ikävuodet. Murrosiän ansiosta nuoresta kasvaa aikuinen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 11 a.)

Kehitys jaetaan fyysiseen kasvuun sekä motoriseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen kehitykseen. Muutokset kehityksen eri osa-alueilla vaikuttavat toisiinsa ja ne tapahtuvat toisiinsa sidoksissa. Kun jokin osa-alue kehittyy, tapahtuu myös kehitystä muilla alueilla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 10 a.)

5.1 Fyysinen kasvu ja motorinen kehitys

Fyysisen kasvun aikana ruumiinosien keskeiset suhteet muuttuvat. Suuri osa kudoksista lisääntyy määrällisesti kasvun aikana. Motorisella kehityksellä tarkoitetaan liikkeiden kehitystä. Siihen vaikuttavat keskushermoston, luuston ja lihaksiston kasvuvauhti. Taitojen kehittymiseen vaikuttaa perimä, ympäristö, motivaatio ja yksilön persoonallisuus. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 10–11 a.)

5.1.1 Vauvan kasvu ja kehitys

Vauvan fyysinen kasvu on ensimmäisenä ikävuotena huimaa (MLL 2017 a.) Ensimmäisen vuoden aikana imeväisikäiselle lapselle pituutta tulee noin puolet syntymäpituudesta lisää sekä paino lähes kolminkertaistuu syntymäpainoon nähden. 1-vuotias painaa siis noin 10 kg ja on noin 75 cm:n pituinen. Kasvua säätelee perimä, ravitsemus sekä hormonit. (Katajamäki 2004, 59)

Jokainen lapsi kasvaa omaa tahtiaan (MLL 2017 a.) Taidot kehittyvät kaikille lapsille samojen vaiheiden kautta omassa tahdissa. Normaalissa kehityksessä on paljon vaihteluita, eikä perittyä nopeutta kehittyä voi muuttaa. Motoriseen kehitykseen voivat vaikuttaa ympäristötekijät. Motorinen kehitys on osa psykoneurologista kokonaiskehitystä, tällöin havaintotoiminnot, sosioemotionaalinen sekä karkea- ja hienomotoriikka kulkevat yhdessä. Kehitys etenee päästä raajoihin kehon keskisistä ääreisiin sekä karkea motoriikan kautta hienomotoriikkaan. (Katajamäki 2004, 59)

5.1.2 1–5-vuotiaan lapsen kasvu ja kehitys

Varhaisella leikki-ikäisellä (1–3v.) 1–2-vuotiaalla lapsella fyysinen kasvu hidastuu jonkin verran ensimmäisen ikävuoden nopeasta kasvusta. Painoa tulee vuodessa lisää n. 3 kg ja pituutta n. 10–12 cm. Taitojen karttuessa lapsi alkaa kiipeillä, juosta ja kurkotella sekä heitellä esineitä. Lapsen sorminäppäryys sekä silmän ja käden yhteistyö kehittyvät. Lapselta onnistuu jo muutaman palikan kokoaminen torniksi ja lapsi alkaa harjoitella itse syömistä ja juomista sekä riisumista. (MLL. 2017. b) 3-vuotiaana lapsesta tulee yleensä aikaisempaa rauhallisempi ja mukautuvampi, lapsi tarkkailee, touhuu ja oppii uusia taitoja. Paino lisääntyy vuodessa n. 3 kg ja pituus n. 5–10 cm. Yleensä lapselle on puhjennut kaikki 20 maitohammasta n. 2½ vuoden ikään mennessä. Kuivaksi oppimista harjoitellaan ja se opitaankin yksilölliseen tahtiin. Liikkuminen ja kävely ovat varmaa, lapsi osaa hieman juostakin sekä kävellä portaita ylös tasa-askelin. Lapsi pystyy potkimaan ja heittämään palloa. Sorminäppäryyden, silmän ja käden yhteistyön ansiosta lapsi osaa rakentaa monen

palikan tornin, jossa on jo 6–7 palikkaa päällekkäin. (MLL 2017 c.) Lapsi osaa piirtää mallista ympyrän ja ristin (Katajamäki 2004, 66). Kynää pidetään vielä kiinni koko kämmenellä. Vähitellen lapsi harjoittelee myös saksilla leikkaamista. (MLL 2017 c.)

Myöhäisleikki-ikäisillä lapsilla (3–6v) paino lisääntyy vuodessa n. 3 kg ja pituus 5–10 cm. Useimmat lapset osaavat tässä ikävaiheessa jo virtsata ja ulostaa wc-pönttöön, vaikka vahinkoja vielä sattuu. Perustaidot vahvistuvat 3-vuotiaasta kouluikään ja lapsi oppii yhdistelemään niitä. Taitojen karttuessa lapsi pystyy esimerkiksi juoksemaan ja heittämään yhtäaikaaisesti. Sorminäppäryys kehittyy, ja lapsi on innokas tekemään asioita käsillään. Kynäote voi vielä vaihdella oikeaan ja vasempaan käteen. (MLL 2017 d.)

4–5-vuotias lapsi alkaa ottaa huomioon toisia ihmisiä enemmän, eikä ole niin itsekeskeinen kuin aiemmin. Tässä vaiheessa kasvu on melko tasaista. Keskimäärin lapset oppivat yökuiviksi 2–4-vuotiaina. Yökuivaksi oppimisen ikä vaihtelee suuresti. Liikkeissä on aiempaa enemmän voimaa ja lapsi haluaakin usein mitellä voimiaan. Lapsi osaa hyppiä ja seistä hetken yhdellä jalalla. Lapsi osaa jo käyttää saksia, laittaa kiinni isoja nappeja ja haluaa auttaa kotiaskareissa. Lapsi pystyy jo suunnittelemaan tekemistä etukäteen sekä keskittyy mielenkiintoiseen tekemiseen, jonka jälkeen lapsi lähtee liikkeelle. (MLL 2017 e.)

5.1.3 5–7-vuotiaan lapsen kasvu ja kehitys

Kouluiän lähestyessä lapsi on melko kätevä erilaisissa käytännön taidoissa, joita harjoitellaan aktiivisesti. Lapsi käyttää mielellään käsiään. 5–6-vuotias lapsi alkaa olla monessa asiassa itsenäinen. Kasvu on tasaista. Ensimmäiset maitohampaat irtaavat yleensä 5–6 vuoden iässä ja tilalle kasvavat pysyvät hampaat. Lapsi hallitsee liikkumistaan jo taitavasti ja liikkeet ovat sulavia. Lapsi osaa yhdistellä eri liikkeitä aiempaa paremmin. (MLL 2017 f.)

Sorminäppäryys sekä käden ja silmän yhteistyö kehittyvät ja lapsi pitää kynää oikeassa otteessa, eikä vaihtelee enää kynää kädestä toiseen. Lapsi nauttii yksityiskoh-

tien piirtämisestä sekä niiden löytämisestä kuvista. (MLL 2017 f.) Lapsi osaa käyttää haarukkaa ja veistä sekä kengännauhojen solmiminen ja vaatteiden napitus onnistuvat. (Katajamäki 2004, 66–67).

6–7vuoden iässä lapsen kasvuympäristö laajenee tuttujen kotiympäristöjen ulkopuolelle, uusiin mielenkiinnon kohteisiin sekä ihmisiin. Koulun aloittaminen tuo uusia asioita koko perheen elämään. Lapsi nauttii lisääntyneestä itsenäisyydestään. Kouluikäiselle lapselle tapahtuu päivän aikana paljon sellaisia asioita, mitä vanhemmat eivät näe tai tiedä, tällöin vanhempien tehtävänä on tukea, kannustaa ja rohkaista lasta pärjäämään itsenäisesti näissä tilanteissa. (MLL 2017 g.)

Tässä iässä lapsen pituuskasvu nopeutuu tilapäisesti ja hän alkaa näyttää enemmän koululaiselta. Nopean kasvun vaihe voi tehdä lapsesta kömpelön ja levottoman, lapsi voi kompuroida, törmäillä ja pitkäksi kasvaneita raajoja voi olla vaikea hallita. Tämä on kuitenkin ohimenevä vaihe. Lapsi voi tarvita pitempiä yöunia kuin aiemmin. 6-vuotias pitää liikuntaleikeistä sekä liikkumisesta ja hän voikin olla jatkuvasti liikkeellä. Tämän ikäinen lapsi juoksee, hyppii trampoliinilla, jumppaa, skeittaa, tanssii, kiipeilee sekä harjoittelee pyöräilemään ilman apupyöriä. (MLL 2017 g.)

Sorminäppäryyden kehittyttyä lapsi mielellään piirtää ja askartelee, voi opetella solmimaan kengännauhoja, soittamaan soitinta tai kuorimaan perunoita. Lasten taipumukset ja kiinnostuksen kohteet vaihtelevat. (MLL 2017 g.)

5.1.4 7–12-vuotiaan lapsen kasvu ja kehitys

Ensimmäisellä ja toisella luokalla 7-9-vuotias lapsi on usein seesteinen, sopeutuva, yhteistyökykyinen, innokas ja nopea oppimaan uutta. Hän voi olla ajoittain vanhempaan takertuva, uhmakas sekä tarvita vanhemman huomiota ja tukea uusissa haasteissa. Välillä lapsi haluaa olla iso ja itsenäinen, välillä taas päästä vanhemman syliin. (MLL 2017 h.)

Kouluiässä lapsi muuttuu ulkomuodoltaan. Lapsenomainen pyöreys häviää, hampaat vaihtuvat (maitohampaista) pysyviin hampaisiin sekä mittasuhteet vartalossa

muuttuvat. Lapsen pää on kokonaispituuteen verrattuna pienempi kuin pikkulapsena. Raajat kasvavat pitkiksi ja hoikiksi. Koulun aloittamisen aikoihin, 6–8 vuoden ikäisenä, pituuskasvu tilapäisesti nopeutuu. Muuten pituuskasvu on alakoulu-vuosina tasaista sekä hitaampaa kuin aiemmin, pituutta tulee vuodessa lisää n. 2–5 cm ja painoa n. 2–3 kg. Lasten väliset kokoerot voi olla suuria, pituuserot voivat olla jopa 20 cm. (MLL 2017 h.)

Ensimmäinen fyysinen murrosiän muutos tytöillä on rintarauhasen kasvu. Tämä voi varhaisimmillaan ilmetä 8-vuotiaana ja rintarauhasen kasvu on usein aluksi toispuolista. Joillakin tytöillä murrosiän muutos näkyy ensin häpykarvoituksen kasvuna, sitä voi varhaisimmillaan kasvaa 9 vuoden iässä. Koululaisen hiki voi jo tuoksua pistävälle. (MLL 2017 h.)

Koululainen tarvitsee unta keskimäärin 10 tuntia vuorokaudessa. Unta lapsi tarvitsee oppiakseen ja jaksakseen päivän uusissa haasteissa. Useilla lapsilla hampaiden vaihtuminen jatkuu läpi koko alakouluiän. Kaikki pysyvät hampaat puhkeavat n. 12 ikävuoteen mennessä, tällöin niitä on yhteensä 28, lukuun ottamatta viisaudenhamppaita. (MLL 2017 h.)

7–9-vuotias lapsi on yleensä liikunnallisesti taitava ja aktiivinen ensimmäisinä kouluvuosinaan, lihasvoima lisääntyy ja lapsi hallitsee kehoaan entistä paremmin. Tytöt ja pojat eivät suuresti eroa toisistaan voimassa tai nopeudessa. On aiempaa helpompaa oppia uusia taitoja ja hioa vanhoja. Uusien taitojen oppiminen sekä onnistumisen kokemukset vahvistavat lapsen itsetuntoa. Lapsi voi olla uhkarohkea liikkuja, lapsi ei ehkä ajattele, että voisi vahingoittua. Liikuntataitojen kehittyminen luo pohjaa muun muassa palloilu-, voimistelu, tanssi- ja uimataidoille. (MLL 2017 h.)

Lapsen hienomotoriset taidot kehittyvät ja ne luovat aikaisempaa paremman pohjan esimerkiksi piirtämiselle, kirjoittamiselle, askartelulle tai soittimen soittamiselle. Osalle lapsista hienomotoriset taidot ovat hankalia, esimerkiksi kengännauhojen solmiminen tai oikean kynäotteen oppiminen voi vaatia normaalia enemmän työtä. Myös perinnölliset taipumukset luovat pohjaa sille, mitä lapsi oppii helpoimmin ja

mistä hän on kiinnostunut. Motivaatiolla ja ympäristön tarjoamilla esimerkeillä, virikkeillä ja tuella on myös suuri merkitys taitojen oppimiselle. Tässä iässä lapsi tekee myös asioita miellyttääkseen vanhempiansa eikä välttämättä pysty arvioimaan omaa jaksamistaan ja kykyjään. (MLL 2017 h.)

9–12-vuotias lapsi on usein tasapainoinen, sosiaalinen, aktiivinen ja kiinnostunut monista asioista. Varhaislapsuuden sekä kouluun sopeutumisen myllerrykset on ohitettu ja varsinaiset nuoruusiän kuohut ovat edessä. Hampaissa tapahtuu muutoksia, maitohampaat vaihtuvat pysyviin hampaisiin. (MLL 2017 i.)

Kasvu on tasaista ja hyvin yksilöllistä, pituutta tulee vuodessa lisää 2–5 cm ja painoa 2–3 kg. Lapsen fyysinen olemus vankistuu. Murrosikään kuuluva pituuskasvun kiihtyminen varhain kehittyvillä tytöillä ja pojilla voi osua jo tähän ikävaiheeseen. Tytöillä se alkaa ennemmin kuin pojilla, aikaisintaan 9 vuoden ja pojilla 10,5 vuoden iässä. Murrosiän kasvu tapahtuu kolmessa vaiheessa. Alussa kasvu on hidasta, noin 5 cm tai jopa vain 2 cm vuodessa. Hitaan kasvun vaihetta seuraa nopea kasvu eli niin sanottu kasvupyrähdys, joka kestää noin kaksi vuotta, jonka jälkeen kasvu taas hidastuu ja lopulta päättyy. Kasvupyrähdysten huippu tytöillä osuu keskimäärin 12 vuoden ja pojilla 14 vuoden ikään. Tällöin tyttö kasvaa keskimäärin 8,5 cm ja poika keskimäärin 9,5 cm vuodessa. Murrosiän alussa on odotettavissa, että tytön pituus lisääntyy yhteensä keskimäärin 28 cm ja pojan 31 cm. Pituuskasvu näkyy usein ensimmäiseksi jalkaterissä ja käsissä. (MLL 2017 i.)

Tyttöjen fyysisiä murrosiän muutoksia ovat mm. rintarauhasen tai häpykarvoituksen kasvu, kuukautiset voivat varhaisimmillaan alkaa 10,5 vuoden iässä. Pojilla ensimmäinen fyysinen merkki on kiven koon suureneminen ja voi joillakin pojilla ilmetä jo 9,5 vuoden iässä, häpykarvat alkavat kasvaa varhaisimmillaan 10-vuotiaana. Perintötekijät, jotka voivat tulla niin isän kuin äidinkin suvun puolelta vaikuttavat murrosiän alkamisikään. (MLL 2017 i.)

Lapsi on liikunnallisesti aktiivinen ja touhukas. Luusto ja lihaksisto vahvistuvat, tämä luo pohjaa entistä monipuolisempiin urheilusuorituksiin. Esimurrosikäisellä voi ilmaantua ohimenevää kömpelyyttä, keskittymiskyvyn puutetta, lapsi voi olla

liikkeiltään rauhaton, tavarat voivat putoilla ja kaatua. Tällainen kehitykseen liittyvä vaihe menee ajallaan ohitse. (MLL 2017 i.)

5.1.5 Nuoren kasvu ja kehitys

Murrosiässä nuoren keho muuttuu lapsen vartalosta aikuisen mittoihin, seksuaalisuus voimistuu ja tunne-elämässä kuohuu. Nuoren ajattelutavat sekä taidot kehittyvät, jotka avaavat nuorelle uuden maailman. Myös suhde muihin, erityisesti omiin vanhempiin, muuttuu merkittävästi. Nämä muutokset voivat aiheuttaa hämmennystä erityisesti nuorella mutta myös nuoren vanhemmissa. (MLL 2017 j.)

Murrosiän alkamisajankohdassa on suuria yksilöllisiä eroja, mutta yleensä se alkaa tytöillä noin kaksi vuotta aikaisemmin kuin pojilla. Muutokset ilmaantuvat tasaisesti ja pidemmällä aikavälillä kuin pojilla (MLL 2017 j.).

Tytöillä murrosikä alkaa keskimäärin 10-vuotiaana, kun rintarauhanen alkaa kehittyä. Joillakin tytöillä rintarauhanen voi alkaa kehittyä jo ennen yhdeksättä syntymäpäivää, joillakin 13-vuotiaana tai vasta 15-vuotiaana. Rinnat voivat myös kehittyä eri tahtiin. Murrosiän seuraavia merkkejä ovat häpykarvoituksen ilmestyminen, pituuskasvun kiihtyminen, rasvakudoksen lisääntyminen, ihon rasvoittuminen sekä lihasten kasvaminen. Kasvupyrähdys alkaa tytöillä keskimäärin 12-vuotiaana ja on nopeimmillaan jopa 8–10 cm vuodessa. Kuukautisten alkamisajankohta vaihtelee huomattavasti, esimerkiksi osalla kuukautiset voivat alkaa jo 9–10 vuoden iässä, osalla vasta 17-vuotiaana. Keskimäärin kuukautiset alkavat noin 13-vuotiaana. Kun kuukautiskierto on käynnistynyt, tytön pituuskasvu hiipuu. Tämän jälkeen tyttö kasvaa vielä keskimäärin 5 cm, mutta kasvu on yksilöllistä. Kuukautisvuodon aikana tyttö joutuu kestämään uudenlaista kipua. Samalla hän joutuu hyväksymään kehoonsa liittyvän epävarmuuden. Kuukautiset eivät alussa ole säännölliset, ne voivat alkaa missä ja milloin vain. (MLL 2017 j.)

Keho elää omaa elämäänsä, eikä nuori voi vaikuttaa oman kehityksen aikatauluun tai kehon muutoksiin mitenkään. Muutokset voivat aiheuttaa ärtyisyyden, epävarmuuden ja ujouden tunteita. Kehon rasvakudos lisääntyy, jolloin vartalon muodot

pyöristyvät ja tulevat naisellisiksi, rasvakudoksen lisääntyminen voi aiheuttaa pelkoa lihomisesta. Rintojen koko saattaa huolestuttaa. (MLL 2017 j.)

Pojilla murrosikä käynnistyy keskimäärin 12-vuotiaana, kun kivekset alkavat kasvaa. Osalla pojista kivekset kasvavat varhain ja nopeasti, osalla kasvu on hitaampaa ja kestää vuosia. Seuraava murrosiän merkki on häpykarvoituksen kasvu. Penis aloittaa kasvunsa yleensä noin vuoden kivesten kasvua jäljessä ja siitä tulee keskimäärin kahdessa vuodessa aikuisen miehen peniksen mittainen. Yllättävät, yölliset siemensyöksyt alkavat keskimäärin 13,5-vuotiaana. Yllättävät siemensyöksyt ja yhtäkkiä erektiöt saattavat hämmentää poikaa, nämä voivat syntyä ilman seksuaalista kiihotetta esimerkiksi innostumisen, pelästymisen tai lämpötilan muutosten yhteydessä. Kehon hallitsemattomuus voi tuntua pelottavalta ja usein kiusalliselta. (MLL 2017 j.)

Pojilla ääni madaltuu, hienhaju kitkeröityy, iho rasvoittuu, lihakset kasvavat, paino nousee sekä pää, kädet ja jalkaterät kasvavat. Kasvavia raajoja voi olla vaikea hallita ja nuoresta voi tulla tilapäisesti kömpelö. Kömpelyys katoaa, kun vartalo tulee vähitellen tutuksi ja kasvu tasaantuu. Pituuskasvu kiihtyy, pituutta voi tulla vuodessa lisää yli 10 cm. Kasvupyrähdys kestää yleensä 1–2 vuotta, tämän jälkeen poika kasvaa pituutta vielä 3–5 vuotta. Parranalku ja kainaloiden karvoitus tulevat esille myöhemmin. Joka kolmannella pojalla rinnat kasvavat jonkin verran murrosiässä, jolloin kyse on useimmiten normaalista, hormonaalisesta ilmiöstä, joka menee ohi noin 1,5 vuodessa. (MLL 2017 j.)

Mieli kypsyy kehoa hitaammin. Tyttöillä fyysinen kehitys etenee psyykkistä kehitystä nopeammin, fyysinen kehitys kestää tytöillä noin 4 vuotta, psyykkisessä kehityksessä kestää ajallisesti paljon kauemmin. Mielen sopeutuminen epätasapainoon usein näkyy lapsenomaisena käytöksenä samalla tavalla kuin pojilla. Poikien fyysinen kehitys lapsen kehosta mieheksi vie keskimäärin 3,5 vuotta ja psyykkinen kehitys tästä puolet enemmän. (MLL 2017 j.)

Mielen yritys sopeutua epätasapainoon näkyy usein lapsenomaisena käytöksen, tätä kutsutaan käytöksen taantumiseksi. Apua sekavaan tilanteeseen haetaan usein lapsuudesta tutuista toiminta- ja käytösmalleista. Koska fyysisesti pojat kasvavat ja kehittyvät yleensä tyttöjä lyhyemmässä ajassa, pojat joutuvat sopeutumaan tyttöjä rajumpiin muutoksiin. Pojat saattavat oireilla tyttöjä näkyvämmiin – pojat taantuvat murrosiässä tyttöjä voimakkaammin. Käytöksen lapsenomaisuus viittaa epävarmuuteen ja pelokkuuteen. Poika yrittää piilottaa nämä tunteet mm. uhon, röyhkeän käytöksen tai rivojen puheiden alle, myös levottomuus, epäsiisteys, kiroilu, uppiskaisuus sekä aggressiivisuus saattavat lisääntyä. Tällainen käytös kuuluu kehityksellisesti nuoruuteen, joka menee aikanaan ohi. (MLL 2017 j.)

Keskinuoruudessa pahimmat murrosikään kuuluvat myrskyt ovat yleensä jo laantuneet. Tällöin nuori totuttelee muuttuneeseen olemukseensa ja etsii omaa identiteettiään. Irtiotto vanhemmista on normaalia. Näin nuori etsii uudenlaista suhdetta isäänsä ja äitiinsä. Nuori tarvitsee tilaa itsenäistymään, mutta edelleen vanhempiansa tukea sekä aikaa. (MLL 2017 j.)

Keskinuoruudessa 15–18-vuotias nuori totuttelee muuttuneeseen kehoonsa ja opettelee elämään sen kanssa sekä tutustuu omaan seksuaalisuuteensa ja opettelevat etsimään oman seksuaalisen identiteettinsä. Varsinkin monet 15-vuotiaat tytöt ovat kasvaneet fyysisesti lapsen vartalosta naisiksi. Pojat kehittyvät vielä paljonkin fyysisesti, pituuskasvu jatkuu ja se päättyy keskimäärin 18-vuotiaana. Pojat voivat kasvaa vielä tämän jälkeenkin muutamien vuosien ajan. Nuori pohtii omaa naiseuttaan ja miehisyttään sekä tutustuu rauhassa itseensä. Nuorilla heräävä seksuaalisuus aluksi ilmenee ronskeina puheina tai käytöksenä. Hiljalleen seksuaalisuus tulee kokonaisvaltaisemmaksi ja sosiaalisemmaksi ihastumisen sekä rakastumisen tunteiksi. (MLL. 2017. k.)

5.2 Kognitiivinen kehitys

Kognitiivisella kehityksellä tarkoitetaan tiedon käsittelyyn liittyvää kehitystä. Tällä tarkoitetaan havaintojen, ajattelun, muistin, kielellinen sekä oppimisen kehitystä.

Kognitiiviseen kehittymiseen vaikuttavat yksilön oma aktiivisuus, perimä sekä ympäristö. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 10–11 a.)

Lapsi suuntaa havaintojaan aktiivisesti ja alkaa jäsenellä niitä. Lapsi rakentaa samalla maailmaansa ja alkaa muunnella toimintaansa vanhojen opittujen toimintamallien kautta rakentaen uusia toimintamalleja. Nämä toimintamallit muokkautuvat ja muuntuvat oppimisen kautta sekä kulloisenkin tarpeen mukaisesti. (Saarniaho 2005 a.)

Sensomotorisessa vaiheessa 0–2-vuotiailla ajattelu perustuu liikkumiseen ja aistimiseen sekä uusi tieto sulautuu vanhaan. Ajattelun kannalta ympäristö on hyvin tärkeä. Tässä iässä lapsi tajuaa alkeellisen syy-seuraus-suhteen. 2–6-vuotiaana, osittain myös 7-vuotiaana ilmenee esioperationaalinen vaihe, jolloin syntyy symbolifunktio. Tällöin lapsi ymmärtää jonkin sanana tai käsitteen tarkoittavan tiettyä kohdetta, tämä nopeuttaa ajattelua ratkaisevasti. Konkreettisten operaatioiden vaihe alkaa 6/7–12-vuotiaana, jolloin ajattelussa käytetään konkreettisia asioita, abstraktit käsitteet ovat vielä vaikeita ja rajoittaa osaltaan ajattelua. Myös käsitteiden hierarkisuus syntyy ja rakennetaan luokittelua. Formaalisten operaatioiden kaudella 12–16 vuotiaan lapsen ja nuoren ajattelu irrottautuu konkreettisesta ympäristöstä. Abstrakti ajattelu, hypoteesit ja oletusten vertailu ovat mahdollisia. (Saarniaho 2005 a.)

Kielellinen kehitys kuuluu myös kognitiiviseen kehitykseen. Noin yhden vuoden ikäisenä lapsi sanoo ensimmäisen sanansa ja sanavarasto laajeneekin hyvin nopeasti. Ensimmäinen kyselykausi on noin kaksivuotiaalla lapsella, jolloin lapsi esittää paljon mikä kysymyksiä ympäröivästä maailmastaan, toinen kyselykausi on kolme vuotiaana ja tällöin esitetään miksi kysymyksiä. Kolmivuotias osaa jo verbien tavutukset. Kognitiiviseen kehitykseen voidaan vielä katsoa kuuluvan myös moraalien kehittymisen. (Saarniaho 2005 a.)

5.3 Psykososiaalinen kehitys

Psykososiaalisella kehityksellä tarkoitetaan yksilön kokonaispersoonallisuuden, sosiaalisuuden ja tunne-elämän yhteyttä. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat perimä, ympäristö, yksilön oma aktiivisuus ja tavoitteellisuus. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 10–11 a.)

Pikkuvauvatutkimuksesta on löytynyt uutta tietoa vauvojen psyykkisten valmiuksien kehittymisestä. Lapsen ensimmäisinä ikävuosina luodaan pohja myöhemmälle hyvälle kasvulle ja kehitykselle. Tämä tapahtuu osin aivojen tasolla: varhaisvuodet ovat tärkeitä aivojen kehittymisen aikaa, jolloin toistuvat kokemukset muovaavat osaltaan aivojen toiminnallisia rakenteita. (MLL 2018.)

Lapsen paras mahdollinen kehitys on riippuvainen ympäristöstä, joka vastaa hänen sosiaaliin sekä emotionaalisiin tarpeisiinsa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 85). Brittiläinen psykiatri ja psykoanalytikko John Bowlby (1979) on kehittänyt kiintymyssuhdeteorian. Suomalainen lastenpsykiatri Jari Sinkkonen viittaa Bowlbyn kiintymissuhdeteoriansa omassa tekstissään, jossa Bowlbyn mukaan lapsen varhaiskehitystä säätelevät turvallisuuden tarve ja pyrkimys pysyä vaaratilanteissa mahdollisimman lähellä hoivaavaa aikuista. Ahdistuksen lähde on enemmänkin eroon joutumisen pelko kuin sisäiset tuhoavat. (Sinkkonen 2004.)

Bowlbyn (1979) omin sanoin: ”kiintymyssuhdeteorია on yritys käsitteellistää ihmisen taipumusta muodostaa voimakkaita tunnesiteitä toisiin ihmisiin ja selittää niitä ahdistuksena, vihamielisyytenä, depressiona ja tunteiden eristämisenä ilmeneviä stressin muotoja, jotka aiheutuvat tahattomista erokokemuksista ja menetyksistä”.

Ihmislapsella on synnynnäinen tarve suuntautua toista ihmistä kohti. Koska aikuisen läheisyys on vauvalle välttämätön, kiintymyssuhteen muodostuminen on ensisijainen ja esiviritteinen prosessi, jonka käynnistyminen vaatii vain vähän virikkeitä. Tällaista aivojen kypsymistapaa on nimitetty kokemusta odottavaksi vastaakohtana kokemuksesta riippuvalla kypsymisellä. Kokemusta odottavaan kypsymiseen kuuluu, että aivojen on tietyissä kehitysvaiheissa saatava riittävä määrä kokemuksia, jotta häiriötön kehitys jatkuisi. (Sinkkonen 2004.)

Kiintymyssuhdeteorian mukaan, ensimmäisen ikävuoden aikana vanhemman ja lapsen välille muotoutuva suhde on ratkaisevan tärkeä lapsen myöhemmälle psyykkiselle kehitykselle. Varhaisen vuorovaikutuksen tunnekokemukset ohjaavat aivojen toiminnallista kehitystä ja luovat pohjan ihmisen koko myöhemmälle kehitykselle. Vanhemmat viestittävät vauvalle puheen, ilmeiden, eleiden, kosketuksen, liikkutun, otteiden sekä fyysisen läheisyyden välityksellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 85.)

Lapsi on aktiivinen yksilö syntymästään asti. Ennen puheen kehitystä vauva pyrkii ilmaisemaan itseään ja pääsemään vuorovaikutukseen vanhempiensa kanssa. Vauva ilmaisee itseään mm. ilmeillä, ääntelyillä sekä kokonaisvaltaisesti huitomalla ja potkimalla. Kuukauden ikäisenä lapsi katselee vanhempaansa tarkkaavaisesti ja saattaa matkia joitain aikuisen ilmeitä. Vuorovaikutuksen tavat vähitellen muuttuvat ja kehittyvät, jolloin lapsi oppii uudenlaisia tapoja hakea yhteyttä. Kuitenkaan vanhat tavat eivät jää pois. (MLL 2017 1.)

Psykososiaaliseen kehityksen lähtökohtana voidaan pitää lapsen minäkuvan rakentumista eli psykologista syntymää. Amerikkalainen lapsipsykologi Margaret Mahler loi teorian minäkuvan synnystä lapsen kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana. Mahler määritteli lapselle tietyt kehitysvaiheet pikkuvauvan ensimmäisen kuukauden heräämisestä, kolme vuotiaan yksilöllisyyden saavuttamiseen asti. (Saarniaho 2005 b.)

Kolme vuotiaana lapsi alkaa samaistua yleensä samaa sukupuolta olevaan vanhempansa. Lapselle samaistumisen kohde on tärkeä ja lapsi haluaa sisäistää kohteensa ominaisuuksia. Samaistuminen ilmenee kohteen matkimisena sekä jäljittelyinä. Samaistumalla lapsi tutustuu itseensä, kokeilee uusia asioita ja opettelee hyväksymään itsensä vielä pienenä ihmisenä. Tällä periaatteella myös nuori ja aikuinen samaistuu idoleihin, julkkiksiin tai työtovereihinsa. Oleellisen tärkeitä ehjälle persoonallisuudelle ovat positiiviset samaistumiskokemukset, myös negatiiviset kohteet voivat olla tärkeitä kokemuksia minäkuvan rakentumiselle. (Saarniaho 2005 b.)

Ihmisen sosiaalistuminen yhteiskuntaan on pitkä prosessi, joka tapahtuu läpi elämän. Pienen lapsen sosiaalistumisprosessin peruselementtejä ovat samaistuminen sekä itsekontrollin kehittyminen. Sosiaalistumisella tarkoitetaan yhteisön normien, arvojen sekä tapojen ymmärtämistä ja noudattamista. Tärkeää lapsen sosiaalistumisprosessissa on ympäristön antamat palautteet, jonka perusteella lapsi muuttaa toimintaansa sekä oppii ympäristön toimintaperiaatteet. Sosiaalistumisen avulla lapsi oppii käsittelemään omien ja ympäristön tarpeiden mahdollisia ristiriitoja sekä ottamaan muut ihmiset huomioon. Tämän avulla lapsi oppii itsehillintää ja pitkäjänteisyyttä, joka mahdollistaa yhteisössä toimimisen. Sosiaalistumisprosessit vaihtelevat voimakkaasti kulttuureista riippuen. (Saarniaho 2005 b.)

Lasten leikki on hyvä sosiaalisten ja emotionaalisten taitojen kehitys- ja harjoittelutilanne. Lapsi leikkii aluksi yksin, mutta 3-4 ikävuoden aikana lapsi alkaa leikkiä yhdessä toisen lapsen tai aikuisen kanssa. Lapsen sisäinen leikki- ja kuvittelumaailma alkaa kouluikässä muuttua realistisemmaksi. Leikkitalanteissa lapsi samastuu ja sosiaalistuu, leikissä lapsi myös rakentaa yhteyttä oman ja todellisen maailman välille. Lapsi alkaa vähitellen hahmottaa abstrakteja ilmiöitä ja näin ollen oppii käsittelemään laajasti myös oikeaa ja väärää. Tutkija L. Kohlbergin teorian mukaan lapsen moraalikäsitys muuntuu laadullisesti kolmen eri vaiheen kautta. Ensimmäisenä kehittyy yksilönäkökulma eli esisovinnainen moraalinen, jossa käsitys oikeasta ja väärästä perustuu puhtaasti tekojen välittömiin seurauksiin. Noin 12 vuoden ikäinen lapsi alkaa hahmottaa oikean ja väärän yhteisön näkökulmasta eli sovinnaisen moraalinen. Murrosikäisenä moraalikäsitystä määrittelevät sekä oma että yhteisön etu eli periaatteellinen moraalinen. (Saarniaho 2005 b.)

Saarniahon (2005, c.) mukaan nuoruusiän aikana psyykkiseen kehitykseen liittyvät kehitysvaiheet koskevat sisäistä kypsymistä ja itsensä hyväksymistä. Nuoruuden kehitysvaiheessa nuori luopuu lapsuuden ihanteista ja samastumiskohteista sekä nuoren tunne-elämässä tapahtuu suuria muutoksia lapsuuden kehitykseen verrattuna.

Sosiaaliset suhteet muuntuvat usein myös radikaalisti. Nuorella alkaa syntyä kiinteämpi suhde ikätovereihin ja vanhempien merkitys vähenee. Nuori alkaa muuttaa

riippuvuuttaan vanhempiinsa, tämän seurauksena ikätovereiden merkitys korostuu suunnatessa kohti aikuisuutta. Nuori näkee ikätoverinsa tavallaan "siirtymäobjekteina", joita voi käyttää vanhemmistaan irrottautumisesta syntyneet ahdistuksen ja itsenäistymiskriisin hallintaan. (Saarniaho 2005 c.)

Saariahon (2005, c.) mukaan nuori alkaa vähitellen kokea tarpeelliseksi tehdä omia ja omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. Ympäristön paine sekä nuoreen kohdistuvat rooliodotukset vaativat oman identiteetin vakiinnuttamista. Varhaisnuoruuden kuohunta vaimenee, jolloin nuori alkaa etsiä omia henkisiä voimavarojaan. Tälle vaiheelle tyypillistä on rajoja rikkova kokeilu, jopa suvaitsemattomuus. Joskus turhautuminen arvoihin ja asenteisiin voi johtaa nuoren käytöksessä rajuihin ylilyönteihin. Toisaalta nuoren ajattelu on usein hyvin terävää, omia voimia voidaan helposti yliarvioida. Harrastukset voivat vaihtua. Nuori voi kokeilla erilaisia rooleja ja toimintatapoja sekä -malleja eri yhteisöissä. Tärkeää tässä kehitysvaiheessa on saavuttaa tasapaino oman minäkäsityksen eli subjektiivisen identiteetin sekä ulkomaailman nuoresta antaman näkemyksen eli objektiivisen identiteetin ja kokemuksen välille. (Saarniaho 2005 c.)

Valmis ja tasapainoinen identiteetti rakentuu oman minuuden hahmottamisesta, selkeästä minäkuvasta ja itsensä hyväksymisestä, luottamuksesta tulevaisuuteen, seksuaali-identiteetistä, tavoitteisiin sitoutumisesta sekä oman arvomaailman tavoitteiden näkemisestä ja niihin sitoutumisesta. (Saarniaho 2005 c.)

6 KOTISAIRAALATOIMINTA

Kotisairaaloiminta alkoi vuonna 1961 Ranskassa. Yhdysvalloissa, Englannissa, Norjassa ja Ruotsissa toiminta on alkanut hieman myöhemmin, 1970-luvulla. Englannissa kotisairaaloiminta on lähinnä vain perusterveydenhuoltoa, kun taas Yhdysvalloissa ja Kanadassa käytetään kehittyneitä lääketieteellistä teknologiaa esimerkiksi nesteensiirtoja ja sytostaattihoidoja. (Lähdeaho ym. 2011; Visakorpi 2002, 12.) Suomessa kotisairaaloiminta alkoi 1990-luvulla erikoissairaanhoidon ja kotisairaanhoidon välimuotona, jota pääasiassa toteutettiin pitkäaikaissairaille aikuispotilaille. Lapsille suunnattu kotisairaala toiminta alkoi Suomessa 2000-luvulla, se tarjoaa vaihtoehtoista hoitoa osastohoidolle. Niin kuin aikaisemmin mainittu Tampereen yliopistollinen sairaala aloitti ensimmäisenä Suomessa virallisen lasten kotisairaalan, joka on toiminut vuodesta 2001. (Lähdeaho ym. 2011.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 25§ mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille kotisairaahoito. Kotisairaahoito on määrääkaista ja tehostettua kotisairaahoitoa. Hoito on tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Hoidon järjestäjänä voi toimia perusterveydenhuolto, erikoissairaahoito tai edellä mainitut yhdessä tai yksityinen toimija. Hoitoon sisältyy annettavat lääkkeet sekä hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet. (L 30.12.2010/1326.) Sen tarkoituksena on helpottaa sairaalasta kotiutumista, sairaan kotona selviytymistä, tukea omaisia sekä viedä sairaalatasoista hoitoa kotiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017 a.) Kotisairaalahoitoa pidetään kustannustehokkaampana vaihtoehtona sairaalahoidolle. (Ball, Bindler, Cowen & Shaw 2017, 6.)

Perustan kotona tapahtuvalle lasten hoitotyölle ovat luoneet pitkäaikaissairaiden lasten perheisiin liittyvät tutkimukset, joiden mukaan perheet haluavan hoidon tapahtuvan mieluummin kotona kuin sairaalassa. Lasten vanhemmat ovat tunteneet elämänlaatunsa paremmaksi, kun lapsi hoidetaan kotona sairaalan sijaan. Kotisairaaloiminnan avulla pyritään tukemaan ja parantamaan perheen hyvinvointia huomioimalla yksilöllisyys, perhekeskeisyys, vapaaehtoisuus, turvallisuus sekä hoidon

jatkuvuus. Toiminnan tavoitteena on lyhentää sairaalassaoloaikaa, ehkäistä sairaalainfektioita, antaa lapselle turvallinen ja tuttu hoitoympäristö, helpottaa arjen sujumista ja pienentää kustannuksia. Todisteita lapsipotilaiden kotihoidon kustannuksista ja hoidon tehokkuudesta ei ole merkittävästi uusien tutkimusten mukaan kasvanut, mutta se tuottaa lapsille hyviä hoitotuloksia, vähentää perheiden taakkaa sekä sairaalahoidosta aiheutuvia kustannuksia. (Korpinen. 2016, 8.)

Lasten kotisairaalat ovat yleensä erikoissairaanhoitopiirien hallinnoimia ja vain osa niistä hoitaa lapsipotilaita. Lasten kotisairaala toimii ainakin Helsingissä, Kotkassa, Tampereella, Vaasassa sekä Seinäjoella. Kotisairaalat tarjoavat lapsen kotiin ympärivuorokautista hoitoa. Perhe voi ottaa yhteyttä kotisairaalaan vuorokauden ajasta riippumatta ja lapsi voidaan tarvittaessa siirtää sairaalaan lastenosastolle. (Ivanoff ym. 2001, 103–104.)

6.1 Kotisairaalan toimintaperiaatteet

Lasten kotisairaala on aina perheelle vapaaehtoista (HUS 2017). Perhe ja potilas saavat valita kotisairaanhoidon ja sairaalassa hoidon välillä, ja tarvittaessa on mahdollisuus vaihtaa hoitopaikkaa kesken hoidon (Visakorpi 2002, 33). Edellytyksenä on, että vanhemmat pystyvät huolehtimaan ja vastaamaan lapsen tarvitsemasta päivittäisestä hoidosta kotona. (Ivanoff ym. 2001, 103–104.) Hoito järjestetään jokaiselle lapselle ja hänen perheelleen yksilöllisesti. Hoidosta vastaa työryhmä joka on moniammatillinen. Lasten kotisairaaloiminta lyhentää vuodeosastolla vietettyä aikaa, vähentää ja torjuu infektioita sekä pienentää kustannuksia. Lasten kotisairaaloiminta on erikoissairaanhoitoa. (Lähdeaho ym. 2011.) Kotisairaalahoito on hyvä vaihtoehto lapsen pitkäaikaiselle oleskelulle sairaalassa osastolla. Hoito kotona on usein eduksi potilaan yleiselle hyvinvoinnille ja tyytyväisyydelle. Kotihoito ei siis ole vain hoitotoimenpiteiden suorittamista, vaan se on koko perheen kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. (Price & Gwin 2012.) Esimerkiksi Tampereella lasten kotisairaalan potilaalle hoitajan käynnit ovat maksuttomia, mutta lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja hoidosta poliklinikkamaksu peritään seitsemältä käynniltä kalenterivuodessa. (Tays 2015.)

Ruotsalaisen arviointiyksikkö SBU:n tekemä tutkimus; Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering:in, mukaan potilaiden sekä vanhempien elämänlaatu oli parempi lasta hoidettaessa kotisairaalassa, kuin tavallisessa sairaalahoidossa. Tutkimuksen mukaan myös kotona hoidettujen sairaalahoitoaika lyheni merkittävästi. (Visakorpi 2002, 23.)

Kotisairaalahoido on hyvä vaihtoehto lapsen pitkäaikaiselle oleskelulle sairaalan osastolla. Hoito kotona on usein eduksi potilaan yleiselle hyvinvoinnille ja tyytyväisyydelle. Kotihoito ei ole vain hoitotoimenpiteiden suorittamista, vaan se on koko perheen kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. (Price & Gwin 2012.) Etenkin lapset joilla on pitkäaikaissairaus, kotisairaanhoidosta on suuri hyöty. Kotiympäristön uskotaan parantavan pitkäaikaissairaiden lasten hoitoa, edistämään kasvua ja kehitystä sekä vähentävän sairaalahoitajaksoja. Perhe voi tuntea olevansa kokonainen, kun kaikki perheenjäsenet ovat kotona. Vanhempien hyvinvointiin vaikuttaa kuitenkin vähentynyt uni, ahdistus ja vähentynyt oma-aika. Monet perheet tunsivat, että heille ei annettu vaihtoehtoa kotisairaalahoidoa aloittaessaan. Vaan vastuu lääketieteellisesti hauraan sairaan lapsen sairaudesta ja hoidosta annettiin vanhemmille. Tämä aiheuttaa vanhemmille stressiä, kun perhe joutuu tasapainottelemaan lapsen hoidon ja koko perheen tarpeiden kanssa. (Ball ym. 2017, 6.)

6.2 Kotisairaaloiminnan arvot

Yleisesti kotisairaalan keskeiset arvot ovat yksilöllisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, nopea hoidon saanti sekä vapaaehtoisuus. Vaasan keskussairaalan lasten kotisairaalan omina arvoina toimivat lapsi- ja perhelähtöisyys, tasa-arvoisuus ja vastuullisuus. Perheen osallistuminen hoitoon edistää lapsen, että perheen hyvinvointia. Kotisairaalassa lapsi saa hoitoa tutussa ja turvalisessa paikassa. (Lähdeaho ym. 2011; Visakorpi 2002, 46; Silén, Frusti & Kuusisto 2017.)

Yksi kotisairaalan uhkista on turvattomuus. Tärkeää onkin, että potilaan luomenään säännöllisesti oikeina aikoina ja että hoitohenkilökunta on aina tavoitettavissa

puhelimella. Kodin turvallisuus sekä sopivuus ovat olennaisessa osassa kotona ta-
pahtuvan sairaalahoidon onnistumiseen. Tiedonkulun riittävyys hoitajien, potilai-
den ja perheiden välillä lisää myös osaltaan turvallisuudentunnetta. (Visakorpi
2002, 36.)

Vaasan lasten kotisairaalassa sairaanhoitajat huomioivat lapsen ja perheen niin yk-
silöinä kuin kokonaisuutena. Lapsen hoito lähtee lapsesta ja perheestä, jolloin taa-
taan mahdollisimman hyvä ja tuloksellinen hoito. Tasa-arvoisuus näkyy kotisairaa-
lassa esimerkiksi siinä, että kaikkia lapsia ja perheitä pyritään kohtelemaan samalla
tavalla ja kaikille potilaille mahdollistetaan tasavertainen hoito olosuhteet ja lapsen
sairaus huomioon ottaen. Lasten sairaanhoito on vaativaa ja vastuullista työtä, siksi
lasten kotisairaanhoitajat pyrkivät huolelliseen työskentelyyn, monipuoliseen ra-
portointiin ja kirjaamiseen sekä moniammatilliseen työskentelyyn. (Silén, Frusti &
Kuusisto 2017.)

6.3 Lasten kotisairaala Vaasassa

Vaasassa lasten kotisairaala on toiminut vuodesta 2005 ensin pilottihankkeena,
jossa asiakkaiden luona käytiin aamulla ja päivällä. Samaan aikaan henkilöstö työ-
skenteli myös tavallisella osastolla. Vuonna 2007 henkilöstö siirtyi työskentelemään
pelkästään lasten kotisairaanhoidossa sekä vuorotyössä. Vaasan keskussairaala oli
kolmas sairaala Suomessa, jossa aloitettiin lasten kotisairaanhoito. Lasten kotisai-
raalassa hoidetaan akuutisti sairastuneita tai lyhempää hoitokontaktia tarvitsevia
lapsia keskosista aina 16-vuotiaisiin. Lapsi- ja perhelähtöisyys, tasa-arvoisuus ja
vastuullisuus toimivat kotisairaalan arvopohjana ja toimintaperiaatteina. Kahdessa
vuorossa työskenteleviä sairaanhoitajia kotisairaalassa on kolme. Kotikäyntimäärät
vaihtelevat vuosittain sekä eripituisten potilassuhteiden mukaan. Keskimäärin hoi-
tajat tekevät kotikäyntejä vuosittain noin 700–1000. (HUS 2017; Vaasan keskus-
sairaala 2017 b.; Silén ym. 2017.)

Yleisimmät sairaudet, joita kotisairaalassa hoidetaan: syöpäsairaat lapset (yleisim-
mät ovat leukemia, aivokasvain), muut pitkäaikaissairaat lapset (neurologiset, ete-

nevät sairaudet), kasvavat keskukset sekä infektiosairaudet. Toimintasäteenä ja matkarajana Vaasan alueella on noin 50–60km. Tarvittaessa tilanteen ja mahdollisuuden mukaan kotikäyntejä voidaan tehdä myös kauemmaksi esimerkiksi Kristiinankaupunkiin tai Vöyrille. (Silén ym. 2017.)

Toiminnan perusajatuksena on lyhentää erityisesti pitkäaikaissairaiden lasten vuodeosastohoidossa vietettyä aikaa, järjestämällä sairaanhoitajan käynti lapsen kotiin ja tekemällä hoito tai toimenpide kotona. Kotona voidaan esimerkiksi hoitaa haavoja, ottaa verikokeita tai huuhdella ja vaihtaa katetri. Näin lapsen on mentävä osastolle vain suurempia toimenpiteitä varten. Palvelu on perheille täysin vapaaehtoista, joten perhe päättää aina siitä, jääkö lapsi osastolle vai lähdetäänkö sairaalasta kotiin ja turvaututaan kotisairaalaan. Kotisairaalan piirin kuuluvat perheet voivat myös soittaa yöaikaan lastenosastolle kysyäkseen neuvoa, ja perhe saa aina tarvittaessa tulla osastolle. (Vaasan keskussairaala 2017 b.)

6.4 Lapsi kotisairaalassa

Lääkäri tekee päätöksen, voiko lasta hoitaa kotisairaalassa. Tällöin lapsen diagnoosin tulee olla selvä ja taudinkulku ennustettavissa, näin lapsen tilassa ei tapahdu yllättäviä muutoksia. Ympärivuorokautista monitorointia tarvitseva lapsi ei sovellu kotisairaalan potilaaksi. Perheen tulee suostua kotisairaalahoittoon. Vanhemmat vastaavat pääasiassa lapsen kokonaisvaltaisesta hoidosta kotona. Lasta ei voida ottaa kotisairaanhoidon piiriin, jos vanhemmilla ei ole mahdollisuutta olla lapsen kanssa kotona, lapsi on liian sairas tai perhe asuu liian kaukana. Kotisairaalan ja kodin välinen välimatka ei saa olla liian pitkä. (Lähdeaho ym. 2011.)

Nykypäivänä kotisairaalassa hoidetaan potilaita kaikilta lastenklinikan osastoilta. Kotisairaalassa hoidetaan hyvin erilaista hoitoa tarvitsevia lapsia. Suomessa kotisairaanhoidon potilasryhminä ovat infektoituneet antibioottihoitoa saavat lapset, syöpä- ja terminaalihoidon saavat lapset, vastasyntyneet ja keskukset, joilla on syömisongelmia tai pitkittynyttä keltaisuutta sekä kirurgisista toimenpiteistä toipuvat lapset. Uudeksi kotisairaalan potilasryhmäksi Suomessa on suunniteltu diabetesta sairastavia lapsia. Tyypillisiä kotisairaalassa toteutettuja hoitotoimenpiteitä ovat

suonensisäiset lääkitykset, injektiot, iho-ongelmien hoito, nenä-mahaletkuruokinta, keskuslaskimokatetrin käyttö ja haavahoidot. (Lähdeaho ym. 2011.)

Syöpää sairastavat lapset muodostavat Suomessa tärkeän ja olennaisen kotisairaalaan kuuluvan ryhmän. Heidän elämänlaatunsa paranee, jos he saavat viettää hoitojen välisiä aikoja välillä kotona. Terminaalivaiheessa olevan lapsen hoito pyritään toteuttamaan kotona, jos vanhemmat niin toivovat. Syöpää sairastavien lasten perheillä on monenlaisia tarpeita, sillä hoito on monimutkaista, pitkäkestoista ja intensiivistä. (Lähdeaho ym. 2011.)

Kotona tehtyjä hoitotoimenpiteitä esimerkiksi syöpää sairastaville lapsille ovat mm. solunsalpaajien sekä muiden lääkkeiden antaminen, verikokeiden ottaminen ja verituotteiden tiputus, ravitsemuksen arviointi sekä tarvittaessa parenteraalinen eli suoraan verenkiertoon annettava ravitsemus ja nesteytys, erilaisten keskuslaskimokatetrien hoito, sekä kirurgian jälkeinen hoito. Sairaanhoidajan tulee huolehtia kuntoutus- ja psykologisten palveluiden, opetuksen ja saattohoidon järjestämisestä. Lisäksi sairaanhoitajat hankkivat hoitotarvikkeita ja -välineitä opastavat sekä neuvovat perhettä tarvittavissa asioissa. (Friedrich, Goes & Dadd 2003: 255; Hansson Kjaergaard, Schmiegelow & Hallström 2012: 17.)

Yksi kotisairaalahoidoa saava ryhmä ovat keskoslapset sekä heidän perheensä. Tällaista kotona tapahtuvaa hoitoa kutsutaan vauvaperhetyöksi. Vauvaperhetyön tavoitteena on tukea sekä lapsen että vanhemman välistä varhaista vuorovaikutus- ja kiintymyssuhdetta sekä vanhemmuutta. Tavoitteena on myös auttaa lapsen kasvulle otollisen ympäristön luomisessa, antaa tietoa sekä tukea lapsen hoitoon liittyvissä asioissa. Tyypillisiä ongelmia ennenaikaisena syntyneillä vauvoilla ovat uni-valvetrytmin häiriöt, syömisongelmat sekä voimakkaat reaktiot erilaisiin ympäristön ärsykkeisiin. Keskoslapset voivat tarvita nenämahaletkuruokintaa ja erilaista syömisharjoittelua. Pitkittyneen keltaisuuden vuoksi keskoselle voidaan antaa valohoitoa, ottaa tarvittavat seurantanäytteet ja painonseurannat myös kotisairaalaan. (Korhonen 2003: 37; Lähdeaho ym. 2011.)

Isoimman potilasryhmän muodostavat suonensisäistä antibioottihoitoa tarvitsevat lapset. Heidän kotona toteutettu hoito on vähentänyt sairaalainfektioiden määrää. Sairaalainfektioiden esiintyvyys vuosina 2006–2009 on ollut keskimäärin 2,8 %, kun aiempina vuosina se oli keskimäärin 8,5 %. Lapset, joilla on infektio, voidaan antibioottihoito toteuttaa kotisairaalassa. Pneumonia ja pyelonefriitti ovat tyypillisiä lasten kotisairaalassa hoidettavia infektioita. Kotisairaanhoidon lapsipotilailla on riski saada infektio myös kotona. Infektoriskiä lisäävät terveydenhoitoalan ammattilaiset, sillä he työskentelevät monenlaisissa hoitoympäristöissä kuljettaen taudinaiheuttajia paikasta toiseen. Sairaalainfektioiden riski pienenee myös kirurgisista toimenpiteistä toipuvilla lapsilla. (Lähdeaho ym. 2011.)

Kotisairaalan potilaina voi olla myös lapsia, jotka tarvitsevat sairaanhoidollista hoito- tai apuvälinettä korvatakseen sairauden tai vamman aiheuttamia kehon toimintahäiriöitä. Välineet ja laitteet mahdollistavat lapsen selviytymisen, lisävammautumisen tai voivat jopa estää kuoleman. Lasten sairauksien hoidossa tarvittavia välineitä ja laitteita ovat muun muassa avanteet, trakeostomiaputket ja hengityskoneet. Usein monia laitteita ja välineitä voidaan tarvita samanaikaisesti. Omat laitteet ja välineet tarvitaan myös suonensisäisen lääkityksen ja happihoidon toteutuksessa, parenteraalisen ravitsemuksen sekä peritoneaalidialyysin antamisessa. (Carnevale, Alexander, Davis, Rennick & Troini 2006, 51; Kirk & Glendinning 2004, 214.)

Hoitomuotona kotisairaalahoito on osoittautunut tehokkaaksi ja turvalliseksi. Sairauksien hoito on onnistunut kotona eikä haittatapahtumia lapsille ole sattunut. Osastohoitoon lapsia on siirretty vuosittain vain muutamia, tällöin heidän paranemisensa ei ole edistynyt odotetulla tavalla. Kotisairaalatoiminnalla on helpotettu lasten sairaalapaikkojen tarvetta. Lasten kotisairaalatoiminta vaatii kuitenkin edelleen kehittämistä. Lapsipotilaat tulee pyrkiä hoitamaan kotona mahdollisimman monessa tilanteessa, näin vuodeosastohoitoa tulee käyttää vain, kun lapsi tarvitsee hoitajan ja/tai lääkärin jatkuvaa läsnäoloa seurannan ja hoidon takia. (Lähdeaho ym. 2011.) Tätä väitettä tukee myös lasten sairaalahoidon oikeuksien kohta, jossa sanotaan, että lapsi tulee ottaa sairaalahoitoon vain silloin, kun tarvittavaa hoitoa ei voida lapselle toteuttaa yhtä hyvin kotona tai polikliinisesti (NOBAB 2009.).

Lapsi on aina vanhemman vastuulla. Vanhemman tulee olla lapsen kanssa kotona, joten työn ja lapsen hoidon yhteensovittaminen voi hankaloittaa tai vaikeuttaa lapsen kotihoitoon siirtymisen. Etäisyys kodin ja sairaalan välillä voi pienimmissä kunnissa osoittautua haasteeksi. Etäisyys kotisairaanhoidon sujuvuuden kannalta sairaalan ja kodin välillä tulisi olla enintään noin 30 minuutin matkan päässä. Sairausten laatu ja vointi lapsella voivat olla haasteena kotihoitoon siirtymisessä. Liian sairasta lasta ei voida lääkärin arvion mukaan siirtää kotisairaalan potilaaksi, esimerkiksi jos lapsi tarvitsee jatkuvaa seurantaa. (Lähdeaho ym. 2011.)

6.5 Sairaanhoidaja lasten kotisairaalassa

Kotisairaalahoido edellyttää hoitohenkilökunnalta hyvän ja täsmällisen hoidon suunnittelun sekä ohjauksen, koska vanhemmat vastaavat lapsen hoidosta kotona. Lisäksi henkilökunnalta vaaditaan joustavuutta, kokemusta, kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä suunnitella työtänsä. Hoitajan on muistettava, että hoito tapahtuu potilaiden kotona potilaan ja perheen ehdoilla. Hoitaja voi käydä esimerkiksi kotona suorittamassa hoitotoimenpiteen tai antamassa lääkehoidon. Käynneillä hoitaja arvioi lapsen vointia ja tarvittaessa siirtää lapsen sairaalaan. Hoitajat saavat siirtää lapsen osastolle omavaltaisesti heille annettujen ohjeiden mukaan, eivätkä tarvitse siihen lääkärikonsultaatiota. Tarvittaessa virka-aikana voidaan tilanteen vaatiessa järjestää myös lääkärin kotikäynti, ellei ole todennäköistä, että lapsen kunto edellyttää pakollista sairaalakäyntiä. Lisäksi heidän on seurattava potilasturvallisuutta, kuten sitä onko perheillä valmiuksia hoitaa kotona entistä sairaampia lapsia. (Lähdeaho ym. 2011.)

6.6 Erikoissairaanhoido

Lasten kotisairaaloiminta on aina erikoissairaanhoido (Vaasan keskussairaalo 2017 a.). Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaalassa annettavaa erikoislääkärin tekemää tutkimusta ja hoitoo, kuten kirurgisia leikkaustoimintoja. Vaativammasta hoidosta vastaavat yliopistosairaalat tai sairaanhoidopiirien keskussairaalat. (Sosi-

aali- ja terveysministeriö 2017 b.) Erikoissairaanhoitolain (L 1.12.1989/1062) mukaan kotikunnan on tarjottava mahdollisuus erikoissairaanhoidon palveluihin. Lain toteutukseen täytyy kunnan kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

Erikoissairaanhoidossa tavoitteena on saada aikaan toiminnallinen kokonaisuus, joka kykenee tuottamaan korkeatasoisia erikoissairaanhoidon palveluja laaja-alaisesti, jatkuvasti ja kustannustehokkaasti. (Lindén 2009, 30 a.) Lapsen ja nuoren erikoissairaanhoito on pääasiallisesti keskitetty keskussairaaloihin ja yliopisto-sairaaloihin. Tavoitteena on järjestää hoito mahdollisimman lähellä lapsen kotia. Kun tarvitaan erikoissairaanhoitoa, niin lapsesta tehdään lähete keskus- tai yliopistosairaalaan. Lähete erikoissairaanhoitoon tehdään usein perusterveydenhuollossa ja lähetteen tekee perusterveydenhuollon lääkäri tai yksityislääkäri. Sairaalassa arvioidaan kiireellisyysluokka, jonka mukaan lapsi huoltajan kanssa kutsutaan sairaalakäynnille. Ensimmäinen käynti usein on lastentautien poliklinikalla, jossa selvitetään lapsen tarvitsema sairaanhoito sekä mahdollisen hoitoon liittyvä tuen tarve. Hoitoja voidaan jatkaa poliklinikkakäynteinä, perusterveydenhuollossa, keskussairaalassa tai yliopistosairaalassa. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2013, 96 b.)

7 PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ LASTEN KOTIYMPÄRISTÖSSÄ

Perhekeskeisyys on suomalaisen ja skandinaavisen kulttuurin tunnusmerkki. Uudella vuosituhannella on alettu korostaa perhekeskeisyyttä myös lainsäädännössä, kuten terveydenhuoltolaissa. Esimerkiksi neuvolassa lasten laajat terveystarkastukset joihin kutsutaan molemmat vanhemmat, ja joissa tarkastellaan koko perheen hyvinvointia, ei vain lapsen terveyttä. (Nykyri & Otronen 2017, 62.) Lapsen elintapoihin vaikuttavat perheen toimintamallit, tavat ja kulttuuri. On osoitettu lisäksi, että arjen monipuolisuudella ja virikkeillä on lapsen terveydentilaan vaikuttava yhteys. (Karling, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilen 2008, 16 c.) Useinkaan lapsen paras ei voi toteutua ilman vanhempia tai huoltajia. Lapsen hyvinvointi ja kehitys ovat riippuvaisia perheen hyvinvoinnista, vanhemmuuden laadusta sekä vanhempien parisuhteesta. (Lindholm 2004, 16.)

Lapsen sairastuminen saattaa olla perheelle järkytys, se aiheuttaa vanhemmille pettymystä, huolta, surua, pelkoa ja syyllisyyttä toiveiden romahtaessa. Lapsen hyvinvointi on sidottu perheeseen, ja sen hyvinvointiin. Kun lapsi tulee sairaalaan, sinne ei tule yksin hoidettava, vaan kolme hoidettavaa. Eli lapsen hoitoon kuuluu myös koko perheen huomiointi. (Lindén 2009, 31 b.) Sairastuneen perhe on hoidossa suuri voimavara, jota tulisi osata hyödyntää. Perheeltä saatu tuki vaikuttaa kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja lisää hyvää oloa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14.)

Yhden sairaus merkitsee suurta muutosvaihetta, sekä hyvinvoinnin ja selviytymisen koetukselle joutumista koko perheen elämässä. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 322). Perheen sopeutumiseen uuteen tilanteeseen vaikuttavat toiminta- ja vuorovaiikutustavat, perheenjäsenten ja ympäristön suhtautuminen sairauteen sekä stressin hallinta. Sosiaaliset suhteet saattavat vähentyä, jolloin kuvioihin saattaa astua eristäytyminen ja yksinäisyys. Lapsen sairastaminen, ja erityisesti pidempi sairaalassaolojakso aiheuttaa suuria kustannuksia siltikin, vaikka osa niistä korvataan. Perheen terveet lapset saattavat kokea myönteisiä tunteita sairasta sisarusta kohtaan sekä kokea auttavansa ja tukevansa häntä. Toisaalta he saattavat olla myös kateellisia ja

mustasukkaisia, koska vanhempien kaikki voimavarat ja huomio on kohdennettu sairaaseen lapseen. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 44–46.)

Perheenjäsenillä voi esiintyä neljää erilaista käyttäytymismuotoa: irtautuminen, taistelemineen, totuttelemineen ja alistumineen (Åstedt-Kurki. jne. 2008, 51). Lisäksi perheen tunteet risteilevät shokin, vihan, surun, epätodellisuuden välillä heti diagnoosin saamisen jälkeen. Toisaalta taas epätoivon ja tyhjyyden tunteisiin saattaa sekoittua helpotusta siitä, että lapsi on yhä hengissä. Sairaus voidaan kokea monin tavoin (Seppälä 2003, 167.)

Hoitotyöntekijä tarkkailee sairastunutta, suhteita sekä perheen toimintaa vaikeassa tilanteessa. Näitä tarkkailemalla hoito on kokonaisvaltaisempaa sekä perheen voimavaroja ja selviytymistä korostavaa. Perhe on otettava huomioon potilaan tilan arvioinnissa sekä hoitosuunnitelmassa. Perhe on myös tärkeä taustatekijä siksi, että se on usein keskeinen jatkuvan hoidon antaja. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 32–33.)

Kotisairaanhoidossa omaisen ja perheen tuella on suuri merkitys, ei hoitoa voitaisi muuten kotona toteuttaa, ellei perhe ota raskastakin hoitovastuuta potilaasta. Hoidosta voi tulla myös kohtuuton rasitus, jos perheessä on esimerkiksi paljon pieniä lapsia hoidettavana, sairastuneen lisäksi. (Visakorpi 2002, 52.) Lisäksi Visakorven (2002, 75) tekemän haastattelun mukaan omaisten väsymineen ja turvattomuus olivat yhtenä syynä potilaan siirtymiseen takaisin sairaalahoitoon.

8 ESITELEHTINEN JA SEN SISÄLTÖ

Torkkola, Heikkinen ja Tiainen (2002, 7) toteavat teoksessaan, että ymmärrettävä ja potilaat huomioon ottava kirjallinen neuvonta ja tiedonanto on tullut aina vain tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Hyvä esite on kattava, ymmärrettävä, lukija ymmärtää kenelle ohje on suunnattu ja mikä on sen tarkoitus. Sen tulee sisältää vain olennainen tieto hyvin jaoteltuna. Lukijan tulisi ymmärtää virkkeen tarkoitus kertalukemalla. Pääasia kerrotaan päälauseessa, ja täydentävä sivulauseessa. Sisällön olisi hyvä vastata kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Esitteessä olevan asian ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvin, esimerkein ja kuvauksin (Poskiparta 2015; Hyvärinen 2005.)

Hyvä esite alkaa aina otsikolla, joka kertoo aiheen ja herättää mielenkiinnon. (Torkkola. ym. 2002, 39.) Selkeä teksti koostuu riittävän suurella fonttikoolla kirjoitetuista, sopivan lyhyistä kappaleista, jotka ovat rakenteeltaan helposti ymmärrettäviä, sekä sanat yleiskielellä kirjoitettuja. Oikeinkirjoituksessa on hyvässä tekstissä oltu huolellisia. Tekstissä on lyhyehköjä kappaleita, jotka eivät ole pelkkiä luetteluita. Esitteen oikein ymmärtämisen vaatii asianmukainen ja selkeä ulkoasu. Tärkeää on, että esite on kirjoitettu kohdistuen potilaalle tai hänen omaiselleen, eikä esimerkiksi sisällä hankalia lääketieteen termejä. On tärkeää millaisessa järjestyksessä asiat kerrotaan, ja ehkä toimivin on tärkeysjärjestys: aloitetaan siis asioilla jotka ovat tärkeitä ja lopuksi kerrotaan hieman vähäpätöisemmät asiat. (Hyvärinen 2005.) Hyvällä järjestyksellä saadaan lukija kiinnostumaan ja lukemaan koko teksti loppuun saakka (Torkkola. ym. 2002, 40). Hyvänä ohjeena toimii, että jokaiselle kappaleelle pitäisi keksiä oma otsikkonsa. Muuten asiat täytyy jakaa omiin kappaleisiinsa. Luettelut eli esimerkiksi pallot, viivat ja tähdet ovat hyviä tekstin jaksottajia, sillä niillä pidempiä virkkeitä saadaan pilkottua pienemmiksi. Jos luettelut ovat hyvinkin pitkiä, saattaa teksti muuttua raskaaksi. Esitteen sopivasta pituudesta ei voi antaa mitään tarkkaa ohjetta, mutta lyhyet ja ytimekkäät esitteet ilahduttavat lukijaa eniten. (Hyvärinen 2005.) Hyvän esitteen lopussa on yhteystiedot, josta voi kysyä lisää tietoa tarvittaessa (Torkkola ym. 2002, 44).

Esitteeseen liitettävien kuvien kanssa täytyy olla tarkkana. Kuvat ovat suojattu tekijänoikeuslailla, jolloin oikeudet käyttöön ovat tekijällä. Kuvien käytölle on pääsääntöisesti aina kysyttävä lupa. Internetistä löytyy myös kuvia, joita saa vapaasti käyttää, mutta ne usein ovat huonolaatuisia (Torkkola ym. 2002, 40–42).

Hyvä ulkoasu tuo esitteen tekstinkin paremmin esille. Hyvin suunniteltu ulkoasu houkuttelee lukemaan ja helpottaa ymmärtämistä. Tyhjää tilaa ei tarvitse pelätä, tekstin ilmavuus tekee lukemisesta miellyttävämpää. Liian täyteen ahdettu esite näyttää sekamelskalta, josta ei saa selvää. (Torkkola ym. 2002, 53.)

Esite on hyvä antaa ajoissa. Erityisesti tilanteessa jossa lapsen hoitoa ehdotetaan vanhempien vastuulle, on hyvä, että perhe voi tutustua ohjeeseen rauhassa kotona ja miettiä vaihtoehtoa, sekä mahdollisia kysymyksiä. Esitteessä ja keskusteluissa on tärkeää käsitellä tilanteen vaikuttavuutta asiakkaan elämään, tunteisiin ja sosiaalisiin suhteisiin sekä kertoa miten läheiset voivat osallistua hoitoon. (Poskiparta 2015.)

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä osiossa käsitellään projektin toteutumista sekä siihen vaikuttaneita tekijöitä. Projekti toteutettiin yhteistyössä Vaasan keskussairaalan lasten kotisairaalan kanssa. Kohdeorganisaatio esitti tilauksen Vaasan ammattikorkeakoulun opettajalle, joka puolestaan ehdotti aihetta tekijöille. Myös opiskelijoiden kiinnostus lapsiin ja lasten sairaanhoitoa kohtaan auttoi aiheen valinnassa.

9.1 Aiheen valinta

Opinnäytetyön aihetta mietittäessä, molempien tekijöiden kiinnostus suuntautui lapsiin, lasten hoitoon sekä lasten sairaanhoitoon. Opettajan ehdottaessa tilattua aihetta alkoi mielenkiinto kyseistä aihetta kohtaan herätä. Kohdeorganisaatio sijaitsi myös Vaasassa, jolloin yhteydenpito ja tarvittaessa tapaamisetkin onnistuisivat helposti. Opinnäytetyö toteutettiin Vaasassa yhteistyössä Vaasan keskussairaalan lastenosaston lasten kotisairaalan henkilökunnan kanssa.

Lasten kotisairaalan sairaanhoitajilla oli jo valmis ajatus toteutustavasta. Sairaanhoitajat ilmaisivat tarvitsevansa selkokiehisen ja ymmärrettävän esitteen lasten kotisairaalan toiminnasta, jollaista heillä ei vielä aikaisemmin ole ollut. Tällöin tekijät varmistuivat ajankohtaisesta aiheesta, jolla on todellinen tarve ja käyttötarkoitus perheissä sekä kotisairaanhoitajien työssä.

9.2 Projektin suunnittelu ja toteutus

Projektin tekoon osallistuivat työn tekijöiden lisäksi Vaasan keskussairaalan lasten kotisairaalan sairaanhoitajat sekä opinnäytetyön ohjaaja. Saatuaamme aihe idean ohjaavalta opettajalta tavattiin yhteistyötaho ja yhdessä heidän kanssaan keskusteltiin toiveista, aikataulusta ja suunnitelmasta sekä suunniteltiin hieman esitteen sisältöä ja ulkonäköä. Esitteen teko kuitenkin tässä vaiheessa jätettiin taka-alalle ja tekijät päättivät jatkaa sitä myöhemmin opinnäytetyön teoriaosuuden valmistuttua.

Tapaamisen jälkeen projekti aloitettiin työsuunnitelmalla, jonka avulla alettiin kar- toittaa aiheen rajausta sekä tiedon keruuta. Työsuunnitelmaan kerättiin ajantasaista

saatavilla olevaa tutkimustietoa sekä teoriaa lapsista ja lasten kehitysvaiheista, lastensairaanhoidosta, lasten sairauksista, perhekeskeisyydestä, lasten kotisairaalaista, kotisairaanhoidosta, projektin määritelmästä ja vaiheista, SWOT -analyysistä sekä opinnäytetyön taustasta. Kirjoitusprosessi aloitettiin työn sisällön otsikoinneilla ja sisällysluettelon hahmottelemisella. Näin tekijöiden oli helpompi lähteä tuottamaan tekstiä ja etenemään kirjoitusprosessissa. Työsuunnitelman avulla perusteltiin vielä kertaalleen aiheen ja esitteen tärkeys. Valmis työsuunnitelma lähetettiin Vaasan keskussairaalan ylihoitajalle luettavaksi ja pyydettiin opinnäytetyön aiheluvan hyväksymistä. Ylihoitaja hyväksyi lupa-anomuksen ja projekti lähti etenemään.

Seuraavana vaiheena jatkettiin opinnäytetyön kirjallisen osan laajentamista. Opinnäytetyön pohjana käytettiin valmista työsuunnitelmaa, johon koottiin lisää teoriatietoa. Lähteenä käytettiin kirjoja, internetsivuja, yhteistyötahon sairaanhoitajien haastatteluja, aiheeseen liittyvien pro-graduun ja opinnäytetöiden lähdeluetteloja, sekä tietokantoja kuten Medic, PubMed ja Cinahl. Asiasanoina ja sanayhdistelminä kaikissa hauissa käytettiin muun muassa child, children, home care, nursing, family, infant, prematurely born child, cancer, ja diseases sekä näiden suomenkieliset käsitteet. Kotimaista kirjallisuustietoa sekä internet lähteitä aiheesta löytyi melko helposti. Kansainvälisen tiedon etsiminen oli haasteellista tekijöille. Tietoa löytyi kuitenkin jonkin verran, etenkin lasten sairauksista, keskosuudesta, lasten kotisairaalaista ja kotisairaanhoidosta. Tiedonhakuun helpotti tapaaminen kirjaston informaattikon kanssa, jolta sai hyviä neuvoja mistä etsiä tietoa, kuinka asiasanoja kannattaa käyttää ja miten rajata saatuja tuloksia. Löydettyjen lähdemateriaalien ja haastattelujen pohjalta työstettiin opinnäytetyön kirjallista osaa. Työn jako suunniteltiin tekijöiden kesken, niin että kummallakin oli yhtä paljon tehtävää. Vaihto-opiskelu ulkomailla asetti toiselle opinnäytetyöntekijöistä rajalliset mahdollisuudet asianmuksien, monipuolisten ja kattavien lähdemateriaalien käyttöön, sillä kirjallista tietoa ei ollut helposti saatavilla. Tähän uhkaan tekijät osasivat varautua hyvissä ajoin ennen työparin lähtöä, etsimällä ja hakemalla kattavan teorian tiedon kirjoista ja aloittamalla valittujen kirjallisten lähteiden avulla kirjallisen osan kirjoittamisen hyvissä ajoin. Opiskelijavaihdon aikana työntekijä etsi tietoa pääasiassa internetlähteistä. Internetläh-

teitä etsiessä työntekijä harjaantui löytämään ajantasaisia, asianmukaisia ja käyttökelpoisia sivustoja sekä oppi kriittisesti arvioimaan käytettyjen lähteiden luotettavuutta.

Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen ohessa tekijät aloittivat esitteen suunnittelun alustavasti Word – tekstinkäsittelyohjelmalla. Esitteistä tehtiin kaksi erilaista versiota, jotka lähetettiin yhteistyötaholle sekä opinnäytetyönohjaajalle kommentoitaviksi. Yhteistyötahon sairaanhoitajat saivat valita esitteistä mieleisensä ja esittää siihen muutostoiveet. Valittua esitettä lähdettiin muokkaamaan ja kokoamaan valmiiksi toiveiden mukaisesti. Yhteistyötahoa pyydettiin olemaan yhteydessä missä vaiheessa tahansa, jos mieleen tulee ideoita tai parannusehdotuksia esitteeseen. Sopivia kuvia esitteeseen tekijät etsivät hartaasti. Pitkän etsinnän jälkeen kuvat löytyivät Googlen kuvahausta, Pixabay.com:ista. Kuvien etsintä tuotti vaikeuksia, koska kuvien käyttöoikeusasiat ovat hyvin tarkkoja ja niihin täytyi hieman perehtyä ennen kuin löytyi luvalliset kuvat. Vaasan lasten kotisairaalaan oli tehty uutinen internettiin, jossa oli hyvä kuva kotisairaalan työntekijöistä. Tekijät pohtivat, että työntekijöiden kuvat sopisivat esitteeseen, ja myös he olivat siihen myöntyvissä. Heiltä saatiin tieto, kuka kuvan on ottanut, ja miten saada käyttöoikeudet. Kuvien ottaja saatiin tietoon ja hän antoi tekijöille luvat käyttää kuvia, kunhan kuvan ottajan nimi mainitaan kuvien yhteydessä.

Yhteistyötahon sairaanhoitajien kanssa tavattiin vielä kertaalleen kasvatusten esitteen teon loppuvaiheessa sekä pohdittiin yhdessä viimeisiä parannusehdotuksia. Muutokset tehtiin työhön ja työ lähetettiin vielä heille hyväksyttäväksi. Valmis työ lähetettiin lasten kotisairaalan työntekijöille sekä lastenosaston osastonhoitajalle. Esitettä ei Vaasan keskussairaalan säästötoimien vuoksi voitu painaa painossa, vaan se lähetettiin sähköisenä tiedostona, josta he voivat itse tulostaa haluamansa määrän esitteitä.

Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä kirjoitettaessa sekä esitettä tehdessä tekijät tapasivat muutaman kerran opinnäytetyön ohjaajan, jolta saivat hyviä korjausehdotuksia ja neuvoja työhönsä. Tapaamiset selkeyttivät tekijöiden kuvaa siitä, missä työnvaiheessa mennään, onko työtä tehty oikein ja mikä työvaihe on seuraavana.

Kirjoitusprosessia jatkettiin vielä lopuksi opinnäytetyön pohdintaosuudella, jossa käsiteltiin projektin eettisyyden ja luotettavuuden, oman oppimisen, yhteistyön ja tavoitteiden saavuttamista sekä vielä uudelleen tarkasteltiin aiemmin SWOT-analyyysiin pohdituista uhkista, mahdollisuuksista, vahvuuksista ja heikkouksista. Pohdintaosuutta oli työn tekijöiden mielestä mukava kirjoittaa, koska silloin projekti alkoi olla jo loppusuoralla.

Työvälineinä käytettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaa ja tekstipohjana Vaasan ammattikorkeakoulun virallista opinnäytetyön mallipohjaa. Tekstinkäsittelyohjelmassa ilmeni ajoittain tekstin asettelun kanssa ongelmia, joihin saatiin tarvittaessa apua koulun Helpdeskiltä.

Esitettä ei vaadittu koulun puolesta tehtäväksi kuin ainoastaan suomen kielellä. Yhteistyötaho voi tarvitessaan itse kääntää esitettä myös muille kielille. Koulun puolesta olisi ollut loistavat avut opettajilta käännöksen kanssa, jos tekijät olisivat päättäneet tehdä esitteen myös esimerkiksi ruotsiksi.

9.3 Aikataulu

Aikataulu opinnäytetyön tuottamiselle suunniteltiin yhteisymmärryksessä molempien tekijöiden kanssa realistiseksi mutta joustavaksi, huomioon otettiin muut aikataulullisesti haasteelliset tekijät kuten esimerkiksi sen hetkinen elämäntilanne ja samanaikaiset opiskelut. Tavoitteena oli saada opinnäytetyön lupa-anomukset ja suunnitelma keväällä 2017 alulle, jota jatketaan kesän ja syksyn aikana. Syksyn 2017 tavoitteena oli aloittaa valittujen käsitteiden pohjalta teorian tiedon etsiminen, teoriaosuuden kirjoittaminen ja joulukuun mennessä tavoitteena oli saada opinnäytetyön teoriapohja valmiiksi, mutta muista aikataulullisista syistä tähän ei päästy. Teoriaosuus oli tällöin kuitenkin puolessavälissä, vaikka alkuperäisen aikataulun mukaiseen tavoitteeseen ei päästy. Teorianosuutta jatkettiin kevään 2018 aikana. Opinnäytetyön toiminnallisen osan eli esitteen tekeminen aloitettiin myös tammi-kuun 2018 alussa, joka saatiin nopeasti hienosäätöä vaille valmiiksi. Kokonaisu-

dessaan tavoitteena oli saada sekä teoria- että toiminnallinen osa valmiiksi huhtikuun 2018 loppuun mennessä ja koko opinnäytetyöprosessi esityksineen päätökseen toukokuun 2018 loppuun mennessä.

Projektiin haluttiin aikataulullisesti tarpeeksi pitkä ja realistinen, mutta kuitenkin tarpeeksi joustava aika. Näin työ voitiin huolellisesti ja harkitusti toteuttaa loppuun asti, niin että molemmat tekijät ovat tyytyväisiä aikaansaannokseen, molempien tavoitteet ja päämäärät täytyisivät sekä työstä aikaansaadaan haluttu, tavoitteet täyttävä lopputulos.

Aikataulu kaiken kaikkiaan piti melko hyvin paikkansa, vaikka konkreettisia päivämääriä ei projektin varrelle asetettu. Joustava aikataulu helpotti kirjoitus projektia myös siinä mielessä, että prosessia sekä tietoa pystyi rauhassa ja ajatuksella pohtimaan. Toisaalta myös prosessin kannalta ajoittain kaipasi konkreettisia sovittuja päivämääriä ja aikatauluja, joiden avulla prosessin kesto olisi voinut lyhentää entisestään. Yhtäjaksoinen kirjoittaminen olisi voinut lyhentää ajallisesti projektin kesto.

10 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön prosessiin liittyviä asioita. Ensimmäisessä kappaleessa pohditaan jo aiemmin esiintyvää SWOT-analyysiä, toisessa kappaleessa opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä kolmannessa pohditaan tavoitteiden saavuttamista, omaa oppimista ja yhteistyötä.

10.1 Projektin arviointi ja SWOT-analyysi

SWOT-analyysissä aiemmin vahvuuksiksi kerrottiin mielenkiinto työn tekemistä kohtaan, vapaa aikataulu, työn teon jakamisen mahdollisuus sekä toisen työn arviointi ja muokkaus. Vahvuudet pitivät paikkaansa, työn tekijät kokivat projektin työstämisen mielenkiintoisena, koska aihe oli mielenkiintoinen, eikä työn teosta ole ollut suurempaa painetta, koska työn teolle ei ollut asetettu tarkempaa aikataulua. Yhtenä isona vahvuutena nähtiin myös parityöskentely, jolloin toisen työtä pystyi muokkaamaan ja arviomaan, erityisesti pohdintaosuuksia työn tekijöiden oli helppo kirjoittaa yhdessä. Kun toisen kirjoittamaa tekstiä lukee, huomaa siitä eri asioita, kuin itse kirjoittaja, joka on ikään kuin sokaistunut omalle tekstilleen.

Heikkouksina ennen projektin aloittamista nähtiin muun muassa motivaation loppuminen, tiedonkeruun hankaluus sekä erimielisyydet ja mielipide-erot. Työn tekijät vetivät projektia eteenpäin kuitenkin ongelmitta. Välillä koettiin motivaation puutetta, mutta silloin työnteko laitettiin hetkeksi jäähyllä, ja työ otettiin myöhemmin uudelleen esiin, ja tehtiin taas uudella innolla ja tuoreella ajatuksella.

Lisäksi toisen tekijän tuki ja kannustus motivaation loppuessa oli korvaamatonta, toisen apu helpotti kirjoittamista, sana- ja lauserakenteiden pohdintaa sekä toinen auttoi eteenpäin vaikean vaiheen yli. Tiedonkeruuta helpotti käsitteiden sekä aihealueiden jakaminen puoliksi. Näin kummallakin oli tasavertainen määrä tehtävää. Tehtävien jaosta huolimatta tekijät auttoivat puolin ja toisin toistensa osuuksissa koko prosessin ajan, yhteinen päämäärä mielessä. Yhteinen päämäärä ja tavoitteet kannustivat kirjoitusprosessissa eteenpäin. Prosessin aikana ei esiintynyt mitään ylitsepääsemättömiä erimielisyyksiä tai mielipide-eroja. Ajatukset ja mielipiteet kohtasivat tekijöillä pääasiallisesti kaikessa. Pienten mielipide-erojen esiintyessä,

ne keskusteltiin heti läpi, molempien mielipiteen ja ajatukset huomioitiin, jonka jälkeen ratkaisuun päädyttiin yhdessä. Oli positiivisesti yllättävää, kuinka toisen mielipiteet ja ajatukset saavat oivaltamaan asiat toisellakin tapaa. Helpottavaa oli myös se, että toisen kanssa sai jakaa ajatuksia työstä koko prosessin ajan.

Mahdollisuuksina nähtiin; esitteen todellinen käyttötarkoitus, yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa, opettajan tuki opinnäytetyöprojektin ajan, kirjastohenkilökunnan tarjoama tiedonhakuapu sekä laaja valikoima teoksia opiskelijakirjastossa. Motivaatiota nosti reilusti tieto siitä, että kotisairaalan työntekijöillä oli todellinen tarve esitteelle, ja opinnäytetyö aihe tulikin heidän taholtaan. Esitettä tekijät tekivät hyvässä yhteistyössä kotisairaalan kanssa, että he olisivat mahdollisimman tyytyväisiä esitteeseen. Ilman yhteistyötä opettajan tai kirjastohenkilökunnan kanssa, olisi työn tekeminen ollut rutkasti hankalampaa. Opettaja antoi hyviä neuvoja projektissa etenemisessä ja siinä onnistumisessa. Kirjastohenkilökunta taas antoi tiedonhakuopastusta, ja heidän avullaan muun muassa löytyi hyviä kansainvälisiä lähteitä työhön. Opiskelijakirjastosta oli helppo hakea hyviä teoksia. Lisäksi tekijät käyttivät yhtä kaukolainaa, jonka hakeminen oli helppoa.

Uhiksi luettiin; esitteen asettelun suunnittelu ja toteutus ymmärrettävään ja yksinkertaiseen muotoon, mahdollisesti liian vähäinen tieto, liian vähäinen aika, esitetilauksen peruuntuminen tilaavan tahon puolesta sekä tekstinkäsittelyohjelman asetukset ja käyttö. Esitteen asettelu sujui hyvin, työn tekijät saivat esitteestä mielestään hyvän. Tietoakin löytyi aiheesta hyvin sekä monipuolisesti. Esitetilauksen peruminen olisi ollut hyvin outoa, eikä uhka onneksi toteutunut. Ainut uhka joka toteutui, oli tekstinkäsittelyohjelman käyttö, sen kanssa tekijät painivatkin monesti. Apua onneksi löytyi Vaasan Ammattikorkeakoulun omasta Helpdeskistä, jolle oli mahdollisuus laittaa sähköpostia ja saada vastauskin nopeasti. Ongelmia tuli muun muassa sivunumeroiden sekä automaattisen luetteloinnin kanssa.

10.2 Eettisyys

Eettisesti tieteellinen tutkimus voi olla luotettavaa, hyväksyttävää ja tutkimustulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavoilla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Tutkimuksen eettisyyden näkökulmaa tarkastellessa prosessin aikana tehtävät, sivuseikoilta vaikuttavat ratkaisut ovat merkittäviä. Eettiset kysymykset viittaavat näihin lukuisiin valintoihin, joita tutkija joutuu tekemään koko tutkimusprosessin ajan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys, yleinen tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa käytetään tieteellisen tutkimuksen vaatimusten mukaisia, eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta sekä vastuullista viestintää tuloksien julkaisussa. Tutkijoiden on otettava huomioon muiden tekijöiden aikaansaatu työ, kunnioittamalla jo tehtyä työtä, viittaamalla tekijöiden julkaisuihin asianmukaisella tavalla sekä antamalla näille saavutuksille merkityksen omassa tutkimuksessa ja sen tuloksia julkistaessa. On tärkeää, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan, siitä raportoidaan sekä syntyneet aineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellytysten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.)

Ennen tutkimuksen aloitusta tulee tarvittavat tutkimusluvut hankkia. Joskus tutkimukselta voidaan vaatia eettinen ennakoarviointi. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimushankkeessa tai -ryhmässä sovitaan kaikkien osapuolten (työnantajan, tilaajan, tutkijan sekä ryhmän jäsenten) kesken, oikeudet, tekijöitä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet, aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Tutkimuksen rahoituksesta tulee ilmoittaa asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville ja niistä raportoidaan tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.)

Tutkijoiden tulee välttää kaikkia tieteeseen ja tutkimukseen liittyviä arviointi- ja päätöksentekotilanteista, jos on syytä epäillä heidän olevan esteellisiä. Tutkimusorganisaatioissa tulee noudattaa hyvää henkilöstö- ja taloushallintoa sekä ottaa huomioon tietosuojakysymykset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 7)

Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse vastaa ensisijaisesti hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Lisäksi vastuu kuuluu myös koko tutkimusyksikön johtajalle, tiedeyhteisölle, tutkimusryhmille ja niiden vastuullisille tutkijoille, tutkimusyksiköiden johtajille kuin myös tutkimusta harjoittavien organisaatioiden johdolle. Hyvän tieteellisen käytännön lisäksi tulee ottaa huomioon voimassa oleva lainsäädäntö. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 7; Suomen akatemia 2017.)

Kun kirjoitetaan tieteellisen käytännön loukkauksista, tarkoitetaan sillä epärehellistä ja epäeettistä toimintaa, jolla tieteellistä tutkimusta vahingoitetaan tai jopa mitätöidään sen tulokset. Loukkaukset jaotellaan kahteen kategoriaan, vilppi sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilpillä tarkoitetaan plagiointia, sepittämistä, tekaistujen havaintojen esittämistä, suunnitelman, idean tai tulosten varastamista. Vilppi ja piittaamattomuus ovat käytännön vastaisia sekä myös laittomia tekoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 8.)

Maailman lääkäriiliiton laatima Helsingin julistus ohjaa ihmisiin kohdistuvan lääketieteellisen tutkimustyön eettisiä periaatteita. Ohjeita on päivitetty useaan otteeseen, koska lääketiede on jatkuvasti kehittyvä ala. Julistuksessa tulee esiin muun muassa se, että lääketieteellinen tutkimus joka ihmiseen kohdistuu, on ensisijaisesti tarkoitus tutkia sairauksien syitä, kehitystä ja vaikutuksia, sekä parantaa ehkäisy-, hoito- ja toteamistoimenpiteitä. Sekä jokaisen tutkimuksen joka kohdistuu ihmiseen, on suoritus tapa ja tutkimusasetelma tuotava selkeästi esiin tutkimussuunnitelmassa. (Lääkäriliitto 2017.)

Päämääränä terveydenhuollossa ja hoitotyössä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveydenhuoltojärjestelmän tarkoitus on tukea yksilön, perheiden sekä yhteisöjen terveyttä ja hyvinvointia.

(Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 14). Perustehtävänä hoitotyössä on ihmisten tukeminen heidän oman terveyden ylläpitämisessä ja saavuttamisessa (Leino-Kilpi ym. 2015, 24). Tässä opinnäytetyössä tämä näkyi erityisesti sairaan lapsen, hänen perheensä, kavereiden sekä muiden sukulaisten sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen tukemisena. Tärkeää on normaalien ihmissuhteiden ylläpitäminen ja niiden lisääminen. Kotona tapahtuva sairaalahoito ei käytännössä aseta rajoja tai erityisiä vaatimuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yhteydenpitoon toisinkuin sairaalassa tapahtuva hoito. Terveet ihmissuhteet lisäävät elämäniloa ja -halua sekä antavat motivaatiota positiiviseen ajatteluun ja paranemiseen. Potilaiden ja perheiden ongelmat terveydessä saattavat liittyä laajoihin ongelma-kokonaisuuksiin (Leino-Kilpi ym. 2015, 17).

Hoitamisella tarkoitetaan inhimillistä toimintaa, jonka avulla pyritään hyvään. Tämä tavoiteltava hyvä on terveys. Hoitaminen käsittää luonnollisen ja ammatillisen hoitamisen. Hoitaminen on luonnollista, kun ihmiset hoitavat itse itseään, vanhemmat lapsiaan tai erilaiset ihmisryhmät, esimerkiksi aviopuolisot tai ystävät, toisiaan. Ammatillinen hoitaminen on kyseessä silloin, kun terveydenhuoltoalan ammattihenkilöt käyttävät ammatilliseen tietoonsa perustuvia auttamismenetelmiä potilaiden ja asiakkaiden terveyshyvän edistämiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 23).

10.3 Luotettavuus

Aineiston luotettavuutta lisää, että kirjallisuuskatsaus on huolellisesti tehty ja aineistoon on syvennytty perusteellisesti. Internet on täynnä tietoa ja lähteitä on monenlaisia, joten niitä täytyy tarkastella kriittisesti. Lähdemateriaalin ikään tulisi kiinnittää huomiota, sillä liian vanha teorian tieto, saattaa olla jo vanhentunutta, ja sen tilalle on saattanut tulla uudistettua tietoa. Tekijänoikeus.fi (2018) sivustolla on ohjeita, miten internetistä löytyvää tietoa käytetään, kuten teoksia saa käyttää ainoastaan niiden tekijän luvalla, ja siten kuin tekijä antaa luvan. Ennen opinnäytetyön kirjallisen osan ja esitteen aloittamista tuli varmistaa, että lupa-asiat ovat kunnossa koulun ja yhteistyötahon puolesta. Opinnäytetyön kirjallinen osa tehdään Vaasan ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaan.

Luotettavuutta tulee arvioida systemaattisesti, avoimesti sekä kriittisesti. Lisäksi olisi hyvä tuoda esiin myös erilaisia tulkintamahdollisuuksia sekä epäonnistumiset, sillä niitä pohtiessa saattaa tuottaa tärkeää tietoa projektin parantamiseksi. Esimerkiksi kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnissa on neljä seikkaa, joilla sitä voidaan arvioida, kuvauksen elävyys, metodologinen sopivuus, analyttinen täsmällisyys sekä teoreettinen loogisuus. (Suopajarvi 2013; Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 161.) Työhön kirjoitettavan teoreettisen osan tulisi olla kyseiseen työhön looginen ja perusteltu, sekä siihen tulisi löytää ydinkategoriat sekä teoreettinen rakenne. Tutkimuksessa on suositeltavaa käyttää mittareita, jotka ovat valmiiksi testattuja ja standardoituja, mutta toisaalta mittarin ikää on myös suositeltavaa tarkastella. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 162–163, 153.)

10.4 Tavoitteiden saavuttaminen, oma oppiminen ja yhteistyö

Työn tekijät kokevat onnistuneensa työssään hyvin, ja melkein suunnitelmien mukaan. Tavoitteena oli saada työ valmiiksi laaditun aikataulun puitteissa, tehdä parhaansa sekä onnistua esitteen teossa niin, että sille on todellista käyttöä kohdepaikassa, johon esite tehdään. Niin kuin aikaisemmin mainittu aikataulu suunniteltiin realistiseksi mutta joustavaksi. Kuitenkaan tämä ei ole vaikuttanut työn valmistamiseen. Osittain tekijöiden asettamiin aikataulullisiin tavoitteisiin ei päästy mutta koulun asettamissa tavoitteissa ja aikataulussa tekijät ovat pysyneet. Kokonaisuudessaan projekti sujui hyvin, työstä tuli tekijöille mieleinen.

Toiminnallisena osana valmistettiin esite Vaasan keskussairaalan lasten kotisairaalan työntekijöille jokapäiväiseksi työvälineeksi, sekä asiakkaille esittelemän millainen vaihtoehto heille olisi tarjolla. Esitteestä haluttiin laatia kansankielinen, helpolukuinen ja ytimekäs esite, joka sisältää informatiivista tietoa lasten kotisairaalaista, sen tarkoituksesta ja toiminnasta. Työn tekijät kokevat onnistuneensa hyvin esitteen laatimisessa sekä vastanneensa tilaajan toiveisiin. Esitteestä saatiin laadittua kotisairaalan työntekijöiden, opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja opinnäytetyön laatijoiden yhteistyöllä juuri oikeanlainen ja tarkoituksenmukainen.

Työn tekijöiden yhteistyö sujui hyvin, johon vaikutti se, että molemmilla opiskelijoilla oli samat yhteiset tavoitteet. Työskentelyn ja yhteistyön aloitusta helpotti erityisesti se, että molempien tavoitteista keskusteltiin avoimesti heti ennen projektin aloitusta, jonka perusteella yhteiset tavoitteet ja päämäärä saatiin asetettua. Kummallakin oli hyviä mielipiteitä ja ajatuksia, joista tarpeen tullen joustettiin, että päästiin yhteiseen päätökseen. Itse opinnäytetyön tekstiosuutta työstettiin hyvin samaan tahtiin, molemmat yhtä paljon sekä toinen toistaan tukien ja motivoiden.

Toisen työparin opiskelijavaihto asetti omat haasteensa opinnäytetyön toteutukselle sekä yhteiselle työskentelylle. Työparit keskustelivat vaihdon asettamista haasteista ja sopivat tehtävänjaot etukäteen ennen vaihtoa sekä vaihdon aikana. Kommunikaatio ja yhteydenpito toimivat työparin välillä hyvin vaihdon aikana. Erityisesti rajallinen mahdollisuus teorian keruuseen, aikataulu sekä yhteisten tapaamisten yhteensovittaminen asettivat opinnäytetyöprosessille haasteita. Vaihtoon läheneestä työparista ajoittain tuntui, että oma panos olisi jollain tapaa vähäinen, vaikka ennen vaihtoa sekä vaihdon aikana osallistuikin prosessiin aktiivisesti yhtä paljon. Pääsääntöisesti kumpikaan tekijöistä ei kokenut, että työn tekeminen / prosessi olisi ollut vain toisen vastuulla. Haasteista huolimatta oli positiivisesti mukava huomata, miten asetetut tavoitteet saavutettiin.

Tekijöiden oman oppimisen kannalta opinnäytetyöprosessi on ollut monella tapaa opettavainen ja kasvattava. Luotettavien ja aihekohtaisen teorian keruu eri lähteiden kautta sekä monipuolisten lähteiden käyttäminen ja niiden löytäminen eri tietokantoja apuna käyttäen opettivat eritoten pitkäjänteisyyttä, luovuutta sekä keskittymiskykyä. Lähdeviitteiden oikein merkintä tuotti molemmille tekijöille paljon oppettelua. Myös kommunikaatio ja yhteistyötaidot kehittyivät entisestään prosessin aikana. Tekstinlukutaito, tekstin tiivistäminen, sana- ja lauserakenteiden kanssa tekijät saivat useinkin otteeseen ja tasaisin välein pitää aivoriitä. Nämäkin kehittivät omaa oppimista tieteellisen tekstin kirjoittamisessa sekä kieliopillisissa asioissa. Ammatillinen kasvu näkyy erityisesti monipuolisena perehtymisenä kyseiseen opinnäytetyön aiheeseen.

10.5 Pohdintaa lasten kotisairaalaista

Lasten kotisairaaloiminnassa sekä luonnollinen että ammatillinen hoitaminen kohtaavat. Sairaanhoitajat kannustavat ja kehottavat vanhempia hoitamaan lapsiaan mahdollisimman paljon itse sekä sairaalassa että kotona. Tästä on hyötyä esimerkiksi siinä, että vanhemmat oppivat tuntemaan lapsensa paremmin, kiintymyssuhde vahvistuu lapsen ja vanhemman välille, vanhemmat näkevät mahdolliset muutokset lapsen voinnissa, jonka seurauksena he voivat informoida niistä hoitajille. Tarkoituksena on että, vanhemmat tuntevat lapsensa hyvin ja toimivat oman lapsensa asiantuntijoina. Kotisairaanhoidon kannatetaan ja ehdotetaan jos lapsen tila sen vain sallii. Sairaanhoitajat tarjoavat vanhemmille sekä lapselle ammatillisen näkökulman ja tiedon sairauteen, toimenpiteisiin tai muihin asioihin liittyen. Lisäksi sairaanhoitajat tekevät lapselle tarvittavat toimenpiteet, opettavat sekä neuvovat vanhempia ja lasta tekemään mahdolliset toimenpiteet ja hoidot omatoimisesti. Ajan kuluessa ja varmuuden kasvaessa lapsi tai vanhemmat voivat tehdä pienemmät hoitolliset toimenpiteet itsenäisesti ilman sairaanhoitajien välitöntä apua.

Hoitohenkilökunnan on hyvä huomioida sairastavan lapsen lisäksi muu perhe kokonaisuutena. Kun muista perheen jäsenistä huolehditaan sairastavan lapsen lisäksi, voi perhe kokonaisuudessaan paremmin. Esimerkiksi vanhempien jaksamisesta huolehdittaessa varmistetaan, että vanhemmat jaksavat pitää huolta sairaan lapsen lisäksi, muista lapsistaan, arjen asioistaan sekä itsestään. Sisarusten huomioiminen osana hoitoa ehkäistään sisarusten oireilu ja mustasukkaisuus sairastavaa sisarustaan kohtaan. Lasten kotisairaanhoidajien sitoutuminen työhönsä näkyi esimerkiksi siinä, että samat sairaanhoitajat pyrkivät mahdollisuuksien mukaan vierailemaan samojen lapsien ja perheiden luona. Jos tämä ei ollut mahdollista, hoitajat huolehtivat kattavasta kirjaamisesta ja raportoinnista, jotta hoidon jatkuvuus saavutettaisiin mahdollisimman hyvin.

10.6 Jatkotutkimusaiheet

Tekijät pohtivat yhtenä hyvänä jatkotutkimusaiheena mielipide- tai kokemustutkimusta lasten kotisairaalaista. Suomen lasten kotisairaaloitten toiminnasta on tehty

ainakin opinnäytetöitä sekä pro graduja, mutta voisi olla aiheellista tutkia lasten kotisairaalan palveluita saaneilta asiakkailta mielipiteitä ja kokemuksia. Kokemuksia siitä miten elämä helpottui ja lapsen oli mukavampi sairastaa kotona, mutta myös pelottavia hetkiä, jolloin toivoisi lapsensa olevan sairaalassa.

Suomessa lasten kotisairaaloita toimii tällä hetkellä vain viidessä kaupungissa. Suomen pinta-alaan ja kaikkiin Suomen paikkakuntiin verrattuna, lapsille tarkoitettuja kotisairaaloita on melko vähän. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi näin ollen tehdä tutkimuksen tai kyselyn Suomessa asuville perheille, koskien perheiden kiinnostusta lasten kotisairaalaan kohtaan. Näin saataisiin selville vastaako kysyntä ja jo olemassa oleva tarjonta toisiaan. Saaduista tuloksista nähdään kuinka kiinnostuneita perheet ovat lasten kotisairaalaan kohtaan ja olisiko tulevaisuudessa syytä lisätä lasten kotisairaaloiden määrää Suomessa.

LÄHTEET

Aalto, S. & Uusitalo, U. 2009. Syöpäsairaudet. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja, 273. Toim. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Hämeenlinnan. Kariston kirjapaino Oy.

Aaltonen, M., Ojanen T., Sivén T., Vihunen R. & Vilén M. Infektiokierteinen lapsi. Teoksessa Lapsen aika, 233. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit.

Ball, J., Bindler, R., Cowen, K. & Shaw, M. 2017. Nurse's role in care of the child: Hospital, community, and home, 6. Phoenix. Library of Congress Catalog-in-Publication Data.

Carnevale, F., Alexander, E., Davis, M., Rennick, J. & Troini, R. 2006. Daily living with distress and enrichment: the moral experience of families with ventilator-assisted children at home. 51. Viitattu 25.4.2018. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/117/1/e48.full.pdf>

Friedrich, S., Goes, C. & Dadd, G. 2003. Community and home care services provided to children with cancer: a report from the Children's Cancer Group Nursing Committee – Clinical Practice Group, 255. Viitattu 25.4.2018. <http://citeserx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.926.2193&rep=rep1&type=pdf>

Hansson, H. 2012. Hospital-based home care for children with cancer, 17. Viitattu 25.4.2018. <http://www.vetenskaphalsa.se/wp-content/uploads/2012/05/Helena-Hansson-Hospital-based-home-care-for-children-with-cancer.pdf>

Hakulinen, T., Koponen P. & Paunonen M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Perhe hoitotyössä, 32–33. Porvoo. WSOY – Kirjapainoyksikkö.

Helsingin yliopisto. 2018. Tutkimusetiikka. Viitattu 8.5.2018. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka>

Hermanson, E. 2012. Etujassa!. Viitattu 10.1.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00117.

HUS. 2017. Lasten kotisairaala. Sairaanhoito. Viitattu 19.9.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/lapset-ja-nuoret/lasten-kotisairaanhoito/Sivut/default.aspx>

HUS. 2018. Lasten infektiot. Sairaanhoito. Viitattu 13.2.2018. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/lastentaudit/lasten-infektiot/Sivut/default.aspx>.

Hyvärinen, R. 2015. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Viitattu 11.4.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua. Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö, 103–104. Helsinki. WSOY
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua. Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö, 101. Porvoo. Werner Söderström osakeyhtiö.
- Jalanko, H. 2009, a. Mitä lapset sairastavat. Terveyskirjasto. Viitattu 24.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00002
- Jalanko, H. 2009, b. Suolistotulehdukset. Terveyskirjasto. Viitattu 13.2.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00020
- Jalanko, H. 2017. Rokkotaudit. Terveyskirjasto. Viitattu 30.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00022
- Jumpponen, S. 2006. Keskosuuden määritelmä ja taustat. Teoksessa Kevyt pienokainen. Etelä-Savo. Etelä-Savon Kirjapaino Oy
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä, 153, 161–163. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Karling, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2008 a. Infektiokierteenen lapsi. Teoksessa Lapsen aika, 274–275. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Karling, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2008 b. Lapsi sairastaa. Teoksessa Lapsen aika, 268. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy
- Karling, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2008 c. Perheen sisäiset ja ulkoiset voimavarat. Teoksessa Lapsen aika, 16. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Katajamäki, E. 2004. Lapsi, perhe ja yhteistyö. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja, 16. Toim. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Kirk, S. & Glendinning, C. 2004. Developing services to support parents caring for a technology-dependent child at home. 214. <https://pdfs.semanticscholar.org/1b3d/d9592217da603ea301745775e61eff074150.pdf?ga=2.192538799.480152485.1524684170-1931152428.1524684170>
- Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena: tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 24.4.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514271912.pdf>
- Korpinen, A-K. 2016. Hoitotyön ammattilaisten työhön sitoutuminen. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 27.3.2018.

Kouvalainen, K. 1993. Lasten infektiosta ja hoidon organisaatioista. Teoksessa Lasten infektiosairaudet, 10. Toim. Ruuskanen O., Peltola H. & Vesikari T. Turku. Kirjapaino Pika Oy.

Käypä hoito. 2011. Ennen aikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 12.2.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50089#K1>.

Käypä hoito. 2015. Alahengitystieinfektiot (lapset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 13.2.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50098>.

Lautala, A. 2012. Tokolyysi viivyttää ennen aikaista synnytystä tehokkaasti. Lääkärilehti. Viitattu 12.2.2018. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/tokolyysi-viivyttaa-ennenaikaista-synnytysta-tehokkaasti/>

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoidolaki. Säädön säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.12.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062#L1>

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Lissauer, T. & Clayden, G. 1997. Care of the sick child, 24. London. Times Mirror International Publishers Limited.

Lindén, L. 2009 a. Lasten sairaalahoito. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja, 30. Toim. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy.

Lindén, L. 2009 b Lasten sairaalahoito. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja, 31. Toim. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy.

Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteistyö. Teoksessa Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja, 16. Toim. Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Lähdeaho, M-L., Heino-Tolonen, T. & Kuusela, A-L. 2011. Lasten kotisairaala Laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. Terveystietoartikkeli, Suomen Lääkärilehti 66(23) /2011. Viitattu 19.9.2017 <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.puv.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/lasten-kotisairaala-laadukasta-ja-kannattavaa-hoitoa-lapsille/>.

Lähteenoja, K-M. 1993. Syöpäsairaahan lapsen hoito, 5-12,29-30. Helsinki. Libris Oy

Lääkäriliitto. 2017. Maailman Lääkäriliiton Helsingin Julistus. Viitattu 8.5.2018.
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Mannerheimin lastensuojeluliitto MLL. 2017. Lapsen kasvu ja kehitys. Viitattu 24.11.2017.

MLL. 2017. a. Lapsen kasvu ja kehitys - Vauvan fyysinen kehitys. Viitattu 24.11.2017. <https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/0-1-v/vauvan-fyysinen-kehitys/>

MLL. 2017. b. Lapsen kasvu ja kehitys -1–2 v. Viitattu 24.11.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/1-2-v/>

MLL. 2017. c. Lapsen kasvu ja kehitys -2–3 v. Viitattu 24.11.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/2-3-v/>

MLL. 2017. d. Lapsen kasvu ja kehitys -3–4 v. Viitattu 24.11.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/3-4-v/3-4-vuotiaan-fyysinen-kehitys/>

MLL. 2017. e. Lapsen kasvu ja kehitys -4–5 v. Viitattu 24.11.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/4-5-v/>

MLL. 2017. f. Lapsen kasvu ja kehitys -5–6 v. Viitattu 24.11.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/5-6-v/>

MLL. 2017. g. Lapsen kasvu ja kehitys -6–7 v. Viitattu 7.12.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/6-7-v/>

MLL. 2017. h. Lapsen kasvu ja kehitys -7–9 v. Viitattu 7.12.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/7-9-v/>

MLL. 2017. i. Lapsen kasvu ja kehitys -9–12 v. Viitattu 7.12.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/9-12-v/>

MLL. 2017. j. Lapsen kasvu ja kehitys -12–15 v. Viitattu 7.12.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/12-15-v/12-15-vuotiaan-tyton-fyysinen-kehitys/>

MLL. 2017. k. Lapsen kasvu ja kehitys -15–18 v. Viitattu 7.12.2017.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/15-18-v/>

MLL. 2017. l. Vauvan sosiaalinen kehitys. Viitattu 23.1.2018.
<https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/0-1-v/vauvan-sosiaalinen-kehitys/>

MLL. 2018. Vauva kehittyy vuorovaikutuksessa vanhempien kanssa. Viitattu 28.4.2018. <https://www.mll.fi/vanhemmille/lapsen-kasvu-ja-kehitys/0-1-v/vauva-kehitty-vuorovaikutuksessa-vanhempien-kanssa/>

NOBAB – Lasten ja nuorten oikeudet sairaalassa. 2009. Viitattu 28.4.2018. <https://nobab.fi/wp-content/uploads/2017/11/esite.pdf>

Nykyri, A. & Otronen, K. 2017. Puolison ja muiden läheisten tuki imetyksessä ja vauvan hoidossa. Teoksessa Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018-2022, 62. Toim. Hakulinen, T., Otronen, K. & Kuronen, M. Helsinki. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Opetushallitus. 2017. SWOT-analyysi. Helsinki. Viitattu 12.9.2017. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Parikka, V. & Lehtonen, L. 2017. Keskonen. Teoksessa Keskonen hoito ja kehitys, 9. Toim. Stolt, S., Yliherva, A., Parikka, V., Haataja, L. & Lehtonen, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Perhe hoitotyössä, 14. Toim. Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Porvoo. WSOY – Kirjapainoyksikkö.

Peltola, H. 2010. Infektiotaudit. Teoksessa Lastentaudit, 173. Toim. Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pihkala, U. 2010. Syöpäsairaudet. Teoksessa Lastentaudit, 383–384. Toim. Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim

Pihko, H. 2008. Lapsen vaikea sairaus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusartikkeli, Suomen Lääkärilehti 43(63)/2008. Viitattu 19.9.2017. <http://www.laakarilehti.fi/ezproxy.puv.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lapsen-vaikea-sairaus/>. Fstor

Poskiparta, M. 2015. Internetissä vai paperilla? Diabetesaineistojen rooli potilasohjauksessa. Diabetes ja lääkäri, nro 5. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 11.4.2018. https://www.diabetes.fi/files/6297/Diabetes_laakari_5_2015_netti.pdf

Price, D. & Gwin, J. 2012. Care of the child with medical/surgical needs, 9. Missouri. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa -suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Hansaprint Oy. Vantaa. Talentum Media Oy.

Räsänen, S. 2016. Rotavirus and Norovirus Gastroenteritis in Children, 17. Academic dissertation. University of Tampere. Viitattu 10.1.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98383/978-952-03-0007-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarniaho, R. 2005. a. Lapsen kognitiivinen kehitys. Internetix. Viitattu 8.1.2018. http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/ps/ps2/3_kehitys_ikakausittain/02_lapsenkognitiivinenkehitys?C:D=gjsZ.eyaU.

Saarniaho, R. 2005. b. Lapsen psykososiaalinen kehitys. Internetix. Viitattu 23.1.2018. http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/ps/ps2/3_kehitys_ikakausittain/03_lapsenpsykososiaalinenkehitys?C:D=gjsZ.eyaV&m:selres=gjsZ.eyaV

Saarniaho, R. 2005. c. Nuoruuden psykososiaalinen kehitys. Internetix. Viitattu 23.1.2018. http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/ps/ps2/3_kehitys_ikakausittain/06_nuoruudenpsykofyysinenkehitys?C:D=gjsZ.eyaY&m:selres=gjsZ.eyaY

Seppälä, U. 2003. Vanhemmat lapsensairausten kokijoina ja kokemuksen tulkitsijoina. Teoksessa Sairas, potilas, omainen. Toim. Honkasalo, M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Silén, A., Frusti, K. & Kuusisto, A. 2017. Lasten kotisairaalan sairaanhoitajat. Haastattelu 2.5.2017.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi – Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Helsinki.

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelukseen. lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Helsinki. Viitattu 23.1.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/duo94437>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017 a. Sairaalat ja erikoissairaanhoido. Viitattu 26.10.2017. <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017 b. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Viitattu 26.10.2017. <http://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille (pdf, 335 kt). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14, 85. Helsinki. Viitattu 23.1.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74223/Opp200414.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2013 a. Lapsen ja nuoren kasvu ja kehitys. Teoksessa Lapsen ja nuoren hoitotyö. 10–11. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuori, T. & Uotila, N. 2013 b. Sairastavan lapsen ja nuoren hoitotyö. Teoksessa Lapsen ja nuoren hoitotyö. 96, 192. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Suopajarvi, L. 2013. Opas projektiarviointiin. Viitattu 8.5.2018. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Suomen akatemia. 2017. Tutkimusetiikka. Viitattu 10.5.2018. <https://www.aka.fi/etiikka>

Tays. 2015. Lasten kotisairaala. Viitattu 11.4.2018. https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Lasten_kotisairaala

Terveyskirjasto. 2017. Sairaus. Lääketieteen sanasto. Viitattu 7.11.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_teos=ltt&p_artikkeli=ltt03007

THL. 2015. Infektiot. Lastenneuvola. Viitattu 13.2.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/lastenneivolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/infektiot#ohjeita>

THL. 2017 a. Lasten ja nuorten rokotusohjelma. Viitattu 29.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/eri-ryhmien-rokotukset/lasten-ja-nuorten-rokotusohjelma>.

THL. 2017 b. Vesirokkorokote. Viitattu 29.11.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/vesirokko-rokote>.

THL. 2017 c. HPV-rokote. Viitattu 29.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/hpv-rokote>.

Tekijänoikeus.fi. 2018. Teosten käyttäminen. Viitattu 28.4.2018. <http://www.tekijanoikeus.fi/tekijanoikeus/luvallinen-kaytto/>

Tiitinen, A. 2017. Raskaus (normaali kulku). Viitattu 12.2.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille, 7, 39–42, 53. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. 3-15 Viitattu 10.5.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uhari, M. 2002. Infektiotaudit. Teoksessa Lasten ja nuorten sairaudet, 78. Toim. Huttunen, N-P. Porvoo. WS Bookwell Oy.

UNICEF. 2017. YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. Viitattu 20.9.2017. https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS_A5fi.pdf

Vaasan keskussairaala. 2017. a. Lasten kotisairaala. Viitattu 30.11.2017. <https://www.vaasan keskussairaala.fi/potilaille/yksikot/poliklinikat-ja-vastaanotot/lastenpoliklinikka/lasten-kotisairaala/>

Vaasan keskussairaala. 2017. b. Lasten kotisairaala täyttää 10-vuotta – lapsille taukoa osastohoidosta. Viitattu 26.1.2018. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/ajankohtaista/esitteet-ja-lehdet/kotikaynti/2017/lasten-kotisairaala-tayttaa-10-vuotta--lapsille-taukoa-osastohoidosta/>

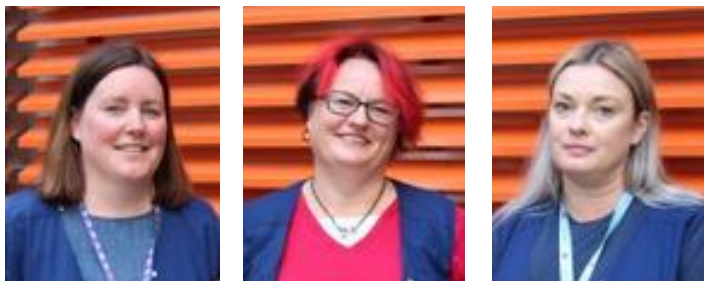
Visakorpi P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan edellytykset, 12-52. Pro Gradututkielma. Kuopion yliopisto.

Vilka, A. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä.

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

Åstedt-Kurki P. & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Perhe hoitotyössä, 322. Toim. Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Porvoo. WSOY - Kirjapainoyksikkö.

LIITE 1.



Anu Silén
sairaanhoitaja

Kirsi Frusti
sairaanhoitaja

Marjo Kuusisto
sairaanhoitaja

Kuvat: Caroline Lång

Kotisairaalan yhteystiedot:

yhteydenotot arkisin klo 8-20 ja viikonloppuisin klo 8-16

Puh: 044 – 323 1967

Muuna aikana yhteys lastenosastolle:

Puh: **A8** 06-213 1965, **A9** 06-213 1942

Vaasan keskussairaala / lasten kotisairaala

Hietalahdenkatu 2-4

65130 Vaasa

Terveydenhoitajaopiskelijat

Maija Valli & Sini Saksa

Tehty opinnäytetyönä



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Lasten kotisairaala

Toimintamme arvopohjana toimii

Lapsi- ja perhelähtöisyys Tasa-arvoisuus

Vastuullisuus

- Lasten kotisairaala on kotona toteutettavaa lääkärijohtoista erikoissairaanhoidoa, jolla mahdollistetaan lapsen turvallinen ja laadukas hoito kotona. Lasten kotisairaalalla on oma lääkäri
- Kotisairaalahoito on perheelle maksutonta ja vapaaehtoista
- Kotisairaalakäynneillä pyritään korvaamaan tai lyhentämään lapsen sairaalassaoloa antamalla tarvittava hoito kotona
- Kotisairaalassa hoidetaan akuutisti sairastuneita tai lyhempää hoitokontaktia tarvitsevia lapsia keskosista 16-vuotiaisiin
 - Yleisimmät avuntarpeet mitä hoidetaan: infektiosairaudet, pitkäaikaissairaat lapset (neurologiset, etenevät sairaudet), syöpäsairaat lapset (leukemia, aivokasvain) sekä kasvavat keskoset
 - Haavojen hoito, verikokeet, katetrin huuhtelu
 - Uni- ja ruokakoulu
 - Vauvaperhetyö, tarvittaessa voidaan olla perheen tukena, esim. kun vauva kotiutuu keskolasta
 - Tarvittaessa myös saattohoito

- Vanhemmat vastaavat lapsen tarvitsemasta päivittäisestä hoidosta ja huolenpidosta kotona
- Lääkäreiden suositellessa perhe voi siirtyä halutessaan kotisairaalan hoidon piiriin, kun lapsi ei enää tarvitse ympärivuorokautista hoitoa ja seuranta sairaalan lastenosastolla tai keskolassa
- Kotikäyntien toimintasäde noin 50–60 km, tarvittaessa käynnit onnistuvat kauemmaksi-kin tilanteen ja mahdollisuuden mukaan

