

Kotisairaala ikäihmisen kotona asumisen tukena kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna

Integroiva Kirjallisuuskatsaus

Johanna Kosonen

Opinnäytetyö

Joulukuu 2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK

Tekijä(t) Kosonen, Johanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Joulukuu 2018
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kotisairaala ikäihmisen kotona asumisen tukena kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna , Integroiva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Matilainen, Irmeli; Räsänen Riitta-Liisa		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla kotisairaalan toimintaa Suomessa ja kansainvälisesti tarkasteltuna sekä sitä, miten kotisairaala tukee ikäihmisen kotona asumista. Tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa, jota voidaan hyödyntää kotisairaalan kehittämisessä.</p> <p>Integroiva kirjallisuuskatsaus valikoitui menetelmäksi, koska haluttiin saada laaja näkemys kotisairaaloiden toiminnasta. Integroiva kirjallisuuskatsaus rakentui tutkimuskysymysten määrittelystä, systemaattisesta tiedon hausta, alkuperäistutkimusten valinnasta, tulosten analysoinnista ja tulosten esittämisestä. Kirjallisuushaku tehtiin suomalaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Saatiin yhteensä 655 artikkeliviitettä, joista 14 tutkimusartikkelia valittiin katsaukseen. Tulokset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Kotisairaala toimi useassa maassa ja siitä käytettiin eri nimikkeitä, toimintaperiaatteet olivat yhtenäiset kansallisesti ja kansainvälisesti. Keskeisimmät kotisairaalan toimintaa kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna sekä kotisairaala ikäihmisen kotona asumisen tukena alaluokat olivat kuvaus kotisairaalan toiminnasta, hyödyt, elämänlaatu ja ympäristö.</p> <p>Kotisairaaloiden toimintaa ja hoitotyön sisältöä oli tutkittu vähän. Toimintaa oli kehitetty ja luotu erilaisia malleja. Jokainen maa oli kehittänyt kotisairaalan vastaamaan omia tarpeita niillä resursseilla, jotka heillä olivat käytössä.</p> <p>Ikäihmiset kokivat kodin hoitoympäristönä turvalliseksi ja luottamukselliseksi. Palvelurakennemuutoksen myötä oli kiinnitetty huomiota siihen, että ikäihmiset saivat olla kotona elämänsä loppuun asti. Ikäihmisen sairastuessa kotisairaala tarjosi hoidon kotiin, joka ylläpiti toimintakykyä ja paransi elämänlaatua.</p>		
Avainsanat (asiasanat) kotisairaala, kotihoito, ikäihminen, toimintakyky, palvelutarve, elämänlaatu, integroiva kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		

Author(s) Kosonen, Johanna	Type of publication Master's thesis	Date December 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 53	Permission for web publication: x
Title of publication National and international perspectives on a home-based hospital for the elderly An integrative literature review		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Matilainen, Irmeli; Räsänen Riitta-Liisa		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of this study was to conduct an integrative literature review and examine how home-based hospitals operated in Finland and internationally and how they supported the elderly in staying at home. The aim was to produce up-to-date information that could be used in the development of home-based hospital.</p> <p>An integrated literature review was selected as a method due to the purpose of getting a broad view of home-based hospitals activity. The literature review consisted of the definition of the research questions, systematic search for information, selection of original studies, analysis of their results and presentation of the results. Literature searches were conducted both in Finnish and international databases. A total of 655 articles were found, and 14 of them were selected for the review. The results were analysed using databased content analysis.</p> <p>Home hospitals were found operating in several countries, and they operated under many different titles. However, their operating principles were consistent nationally and internationally. The most important national and international characterisations related to home-based hospitals as well as those highlighting the support of elderly living at home were the descriptions of the hospitals' operations, benefits, quality of life and the environment.</p> <p>The operations of home-based hospitals and the content of their nursing care had received very little research attention. Various designs had been developed and different models created. Each country had developed the hospitals to meet their own needs based on the available resources. The elderly felt that the home care environment was safe and confidential. With the help of the service structure, attention was paid to the fact that the elderly could be at home until the end of life. In case of illness, the home-based hospital provided a home care facility that supported function and improved the quality of life.</p>		
Keywords/tags (subjects) home-based hospital, home care, an elderly person, function, service needs, quality of life, an integrated literature review		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Ikäpolitiikka Suomessa	4
2.1	Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva lainsäädäntö.....	5
2.2	Laatusuositus tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaamassa	6
2.3	Hanke- ja strategiatyö ikäpalvelujen kehittämisessä	8
3	Kotona asumista tukevat palvelut ikäihmisille.....	11
3.1	Ikäihmisen toimintakyky ja palvelutarve – palveluista hyvään elämään..	12
3.2	Kotihoito yhdistää palvelut ja hoidon	13
4	Kotisairaala kotona asumisen tukena.....	15
4.1	Kotisairaala käsitteenä	15
4.2	Kotisairaalatoiminnan tarkastelua	17
4.3	Erlaisia kotisairaalan malleja	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	23
6	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	24
6.1	Aineiston keruu	25
6.2	Aineiston arviointi ja analysointi	34
7	Tulokset	37
7.1	Kuvaus kotisairaalan toiminnasta	38
7.2	Kotisairaala kotona asumisen tukena	40
8	Pohdinta.....	43
8.1	Tulosten tarkastelu.....	43
8.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	45
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	46
	Lähteet	48

Kuviot

Kuvio 1. Väestön ikärakenne. Lähde Tilastokeskus/Väestörakenne.....	4
Kuvio 2. Laatusuosituksen sisällön kokonaisuus (STM 2017-19)	7
Kuvio 3. Terveystieteiden tutkimuskeskusten vanhuspalvelut (mukaillen Tilvis 2016).....	11
Kuvio 4. Hoitoprosessi kotisairaalassa	16
Kuvio 5. Aineistonhakuprosessi.....	26
Kuvio 6. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä tässä opinnäytetyössä	36
Kuvio 7. Kotisairaalan toimintaa kuvaavat alaluokat	37

Taulukot

Taulukko 1. Aineiston valinta	28
Taulukko 2. Alkuperäistutkimukset.....	29

1 Johdanto

Kun arjen sujuminen kotona ikääntymisen tai sairauden vuoksi ei ole enää itsestäänselvyys, läheisiltä ja kotihoidolta saatava apu on kotona asumisen onnistumiseen vaikuttava keskeinen tekijä. Kotona asumiseen liittyy muistoja, sosiaalisia suhteita ja ihmisen koko elämänhistoria. Kotona asuminen tuo vapautta, mutta samalla myös avun tarvetta. Toimintakyvyn heikentyessä elinympäristön merkitys korostuu. Keskeinen yhteiskuntapoliittinen tavoite on kotona asuminen läpi ihmisen elämänkaaren. Tavoitteena on, että ikäihmisen tai sairastuneiden ei tarvitse muuttaa kotoaan vaan palvelut ovat saatavissa sinne elämän loppuun saakka. Suomessa tätä tavoitetta tuetaan uusittujen lakien, ohjelmien ja suositusten avulla. (Ikonen 2015, 10-12.)

Laki (980/2012) ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista asettaa kotihoidon ensisijaiseksi iäkkäiden palvelumuodoksi. Laki parantaa ikääntyneen väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä tukee toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä kehittää omaishoitoa. Ikääntyvän väestön asuminen kodeissaan pyritään turvaamaan palvelujen ja kuntouttavien toimenpiteiden avulla. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.)

Sairaalat kotiuttavat kotisairaalaan potilaita, joiden yleiskunto sallii kotona annettavan sairaalahoidon, mutta vastustuskyky on vielä heikentynyt. Koti on hyvä ja kuntouttava ympäristö toipua vakavasta infektiosta eristyksessä. Kotona voi paremmin vaikuttaa hoitoonsa ja elämänlaatu on parempi kuin laitoksessa. Arkiaskareitakin kotisairaalahoidossa pystyy tekemään, joten kotona oleminen kohottaa mielialaa, ruokahalua ja yleiskuntoa sekä kokonaisvaltaisesti toimintakykyä. Kotiympäristössä pystytään myös arvioimaan paremmin avun tarve ja tarjoamaan tukea ja apua kotona asumiseen. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 143.)

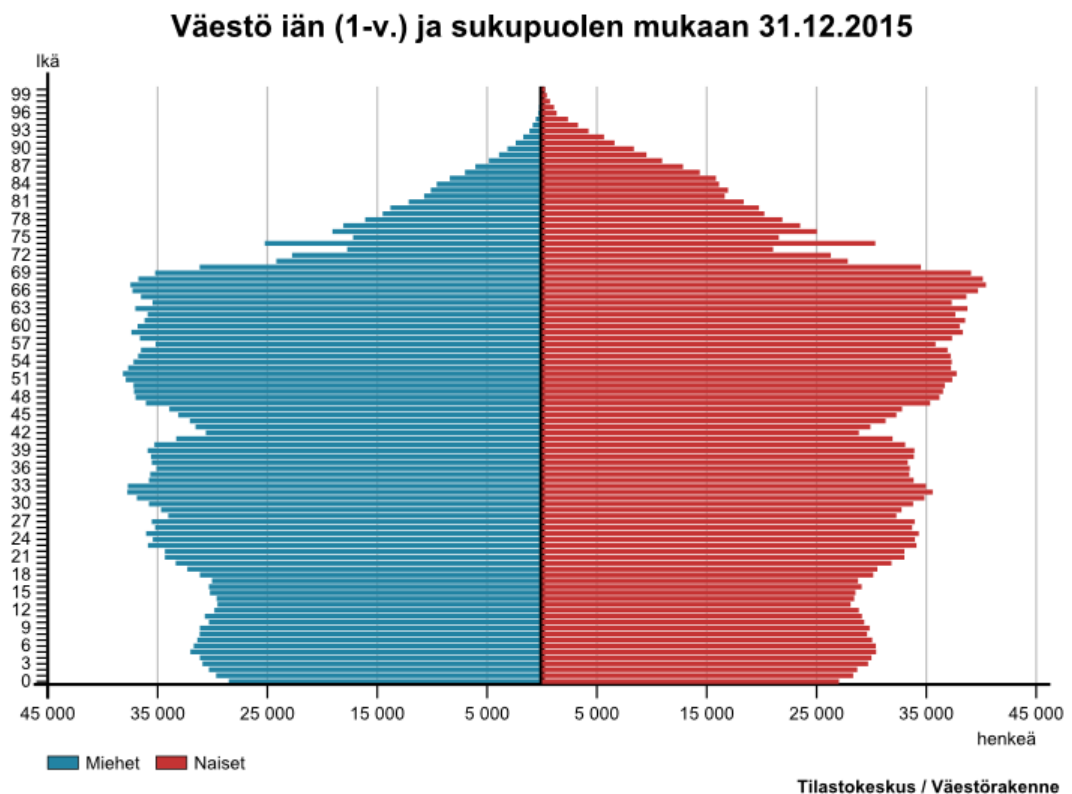
Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhtenä keskeisenä tavoitteena on kotisairaaloiminnan kehittäminen. Tämän kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin, miten kotisairaala toimii Suomessa ja kansainvälisesti tarkasteltuna sekä miten se

tukee kotona asumista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kotisairaala-toiminnan kehittämisessä.

2 Ikäpolitiikka Suomessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tavoitteena on palveluiden laadun parantaminen, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. Uudistuksen keskeisenä pyrkimyksenä on vahvistaa erityisesti perusterveydenhuollon asemaa. Hallitus korostaa linjauksissaan, että Sote- ja aluehallinto-uudistuksen yhtenä keskeisenä päämääränä on julkisen talouden kestävyysvajeen vähentäminen. (Myllärinen 2016.)

Suomi ikääntyy nopeasti seuraavina vuosikymmeninä. Tilastokeskuksen väestön ikärakennepyramidi näyttää (Kuvio 1.), että Suomessa oli vuoden 2015 lopussa 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä 1 123 103 eli joka viides suomalainen on nyt vähintään 65-vuotias.



Kuvio 1. Väestön ikärakenne. Lähde Tilastokeskus/Väestörakenne

Eurostatin tilastojen mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli Suomessa EU28-maista kuudenneksi suurin vuoden 2014 lopussa. 65 vuotta täyttäneiden osuus oli suurin Kreikassa, Italiassa ja Saksassa, pienin oli Irlannissa. Kansantalouden ja yhteiskunnan kokonaiskehitykseen vaikuttavat väestön ikärakenne ja työssä käyvien määrä. Ikääntyminen ja talouden suhdanteet vaikuttavat julkisten kokonaismenojen kasvuun. Suomalainen väestö ikääntyy ja syntyvien lasten määrä vähenee. Lasten väestöosuuden pientyminen sekä väestön ikääntyminen ja työttömyys heikentävät elatusuhdetta Suomessa. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle hyvinvointiyhteiskuntaa rahoittaa ja kannattelee yhä pienemmät ikäluokat. Ihmisten terveys on parantunut ja elinajanodote on pidentynyt, jolloin eliniän kasvu pidentää eläkevuosia. Panostamalla tulevaisuuden hyvinvoiviin iäkkäisiin ihmisiin ja ehkäiseviin palveluihin, hoito- ja hoivamenojen kasvupainetta saadaan hillittyä, mutta on hyvin todennäköistä, että eläke- ja hoivamenot kasvavat samaa vauhtia kuin työväestö ikääntyy. (Tilastokeskus, Findikaattori, 2016.)

2.1 Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva lainsäädäntö

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö linjaa lainsäädännöllä, asetuksilla, laatusuosituksilla, strategioilla ja hankkeista saaduilla tiedoilla ikääntymispolitiikkaa. Tavoitteena on ikäihmisten toimintakyvyn, itsenäisen elämän ja aktiivisen osallistumisen edistäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011.) Lähtökohtana on Suomen perustuslaki (731/1999), joka velvoittaa julkisia organisaatioita edistämään väestön terveyttä ja turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) velvoittaa kuntia tukemaan kotona selviytymistä kotipalvelun ja sitä täydentävien tukipalveluiden sekä kotihoidon ja kotisairaanhoidon avulla. Kotisairaanhoidon on terveydenhuoltolakiin (1326/2010) perustuvaa toimintaa. Kuntalain (410/2015) mukaan kunta voi järjestää sille laissa säädetyt tehtävät itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle eli hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelujen tuottajalta.

Ikäihminen tarvitsee myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palveluita. Lainsäädäntö asiakaslähtöisesti ja yksilön edun mukaisesti parhaiten turvaa tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen hoidon. Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat siirtymässä maakuntien vastuulle. Kunnat eivät enää huolehdi

ikäihmisten terveyskeskuspalveluista, koti- ja laitoshoidosta tai kuntoutuksesta. Kotikunnan tehtäväksi jää edistää hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.)

Laki (980/2012) ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli ns. vanhuspalvelulaki määrää, että kunnan on toteutettava ikäihmisen arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla laadukkailla palveluilla sekä muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Hoito on toteutettava niin, että ikäihminen voi kokea olonsa turvalliseksi ja arvokkaaksi sekä ylläpitää sosiaalisia suhteita ja osallistua mielekkääseen terveyttä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Lain (980/2012) tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä vahvistaa ikääntyneiden osallistumista väestö- ja yksilötasolla, parantaa ikääntyneiden mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten ja palveluiden kehittämiseen ja parantaa palvelujen saatavuutta. Laissa säädetään järjestämisvastuussa olevan kunnan velvollisuuksista, palvelutarpeen selvittämisestä ja niihin vastaamisesta sekä laadun varmistamisesta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.)

2.2 Laatusuositus tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaamassa

Vanhuspalvelulain toimeenpanon tukemiseksi Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001, 2008, 2013 ja 2017. Vuoden 2013 ikäihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen tarkoituksena on tukea kuntia väestörakenteen muutoksessa, ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisessa sekä vanhuspalvelulain (980/2012) toteutumisessa. Tavoitteena on turvata mahdollisimman toimintakykyinen ja terve ikääntyminen. Toimintakykyinen ikääntyminen parantaa elämänlaatua, vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja hillitsee hoitokustannusten kasvua. Suositus nostaa esille seitsemän teemaa ikäystävällisen Suomen rakentamiseen: 1. Terveyden ja toimintakyvyn turvaaminen, 2. Hoidon ja huolenpidon turvaajat, 3. Osallisuus ja toimijuus, 4. Asuminen ja elinympäristö, 5. Palveluiden rakenne, 6. Johtaminen, 7. Oikea palvelu oikeaan aikaan. Palvelujen rakennetta ja

toimintatapoja on muutettava niin, että kotiin annettavaa tukea lisätään ja monipuolistetaan. Tärkeää on myös lisätä erilaisia kuntoutuspalveluja. Laatusuositus korostaa ravitsemuksen ja liikunnan merkitystä hyvinvoinnin keskeisinä osatekijöinä. Laatusuosituksessa on valtakunnalliset tavoitteet iäkkäiden hoivapalvelujen rakenteelle, suositus henkilöstömitoituksesta tehostetussa palveluasumisessa, laitoshoidossa ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidossa sekä suositus henkilöstön kohdentamisesta kotihoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2013.)

Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuonna 2017 laatusuositus uudistui ottamaan huomioon ohjauksen ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset sekä hallitusohjelman ja julkisen talouden suunnitelman tavoitteet. Keskeisenä kysymyksenä uudessa laatusuosituksessa (2017) on, miten iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon palvelut voidaan toteuttaa mahdollisimman hyvin samaan aikaan, kun kuntien kustannuksia karsitaan. Säästötavoitteeksi on asetettu 70 miljoonaa euroa vuoteen 2019 mennessä. Laatusuositus päivitettiin vastaamaan tämän päivän haasteita ja tavoitteita. Kotihoidon sisältöä kehitetään, jotta ikäihmisten on hyvä elää ja asua kotona. Tähän tarvitaan uusia ja innovatiivisia palvelumuotoja sekä hyvää johtajuutta henkilöstön työjärjestelyihin. Samalla vanhuspalvelulakia tarkennettiin vastaamaan tämän päivän tarpeita. Tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville ikäihmisille. Uusin laatusuositus nostaa viisi tema-aluetta. (Kuvio 2) (Sosiaali- ja terveysministeriö, Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019.)



Kuvio 2. Laatusuosituksen sisällön kokonaisuus (STM 2017-19)

Suositukset toimintakyvyn turvaamiseksi tarkoittavat esimerkiksi, että lisätään vaikuttavaksi todettuja toimenpiteitä, kuten liikuntaa, kaatumisten ehkäisyä ja ravitsemusneuvontaa. Uusi suosituskokonaisuus neuvonnan, palveluohjauksen ja palvelujen seurannan välineeksi on asiakas- ja palveluohjaus keskiössä, jonka keskeisenä ajatuksena on ns. yhden luukun periaate, jossa yksi yhteydenotto riittää. Asiakkaan tilanne selvitetään ja asiakas ohjataan oikean avun piiriin. Laadulla on tekijänsä- teeman suosituksena on riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa, joka on kohdennettu oikein. Ikäystävällinen palvelujen rakenne yhdistää palvelut ja asumisen alueen väestön tarpeiden mukaan. Teknologiaa hyödynnetään nykyistä laajemmin asiakkaiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi, henkilöstön työajan uudelleen kohdentamiseksi tai korvaamiseksi ja johtamisen tehostamiseksi. Lääkkeiden koneellista annosjakelua lisätään lääketurvallisuuden parantamiseksi. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019.)

2.3 Hanke- ja strategiatyö ikäpalvelujen kehittämisessä

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020-strategian tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta, jossa kohdellaan ihmisiä yhdenvertaisesti, edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä ja varmistetaan kaikkien osallisuus yhteiskuntaan. Strategian kolme linjausta ovat; hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta. Eliniän pidentyminen tuo uusia mahdollisuuksia mutta samalla myös haastaa julkisen talouden kestävyys. Terveyteen ja toimintakykyyn sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn on panostettava. Painopistettä on siirrettävä hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen pois sairauden hoidosta. Näillä keinoilla parannetaan elämänlaatua ja lisätään työllisyyttä ja hillitään sosiaalimenojen kasvua. (Sosiaali- terveysministeriö, 2011.)

Ikäpalvelujen asiakkaiden oikeusturvaa, heidän saamiensa palvelujen laatua sekä tasa- puolista ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa kohtelua varmistaa valtakunnallinen ohjaus ja valvonta. Tavoitteena on, että lait, asetukset ja vanhustenhuollosta annetut suositukset mahdollistavat, että ikäihmiset saavat sellaista hoitoa ja hoivaa, jota tarvitsevat. Valtakunnallisena tavoitteena on tukea heidän asumista omassa kodissaan. Tavoitteena on järjestää vuorokauden ympäri olevat palvelut ensisijaisesti

asiakkaan kotona. Kunnilta muutoksen toteutuminen edellyttää panostusta toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä kotona asumista tukevien ja kotihoidon palvelujen saataavuuteen. (Valvira 2013.)

Tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa on mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ja hyvän ikääntymisen turvaaminen, joka edellyttää rakenteiden muuttamista, sillä nykyisillä toimintamalleilla ei voida vastata tulevaisuuden tarpeisiin. Onnistunut palvelujen rakennemuutos edellyttää niin palvelujen sisällöllistä kehittämistä kuin iäkkäiden ihmisten parissa toimivien osaamisen kehittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, kärkihanke; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos,2016.)

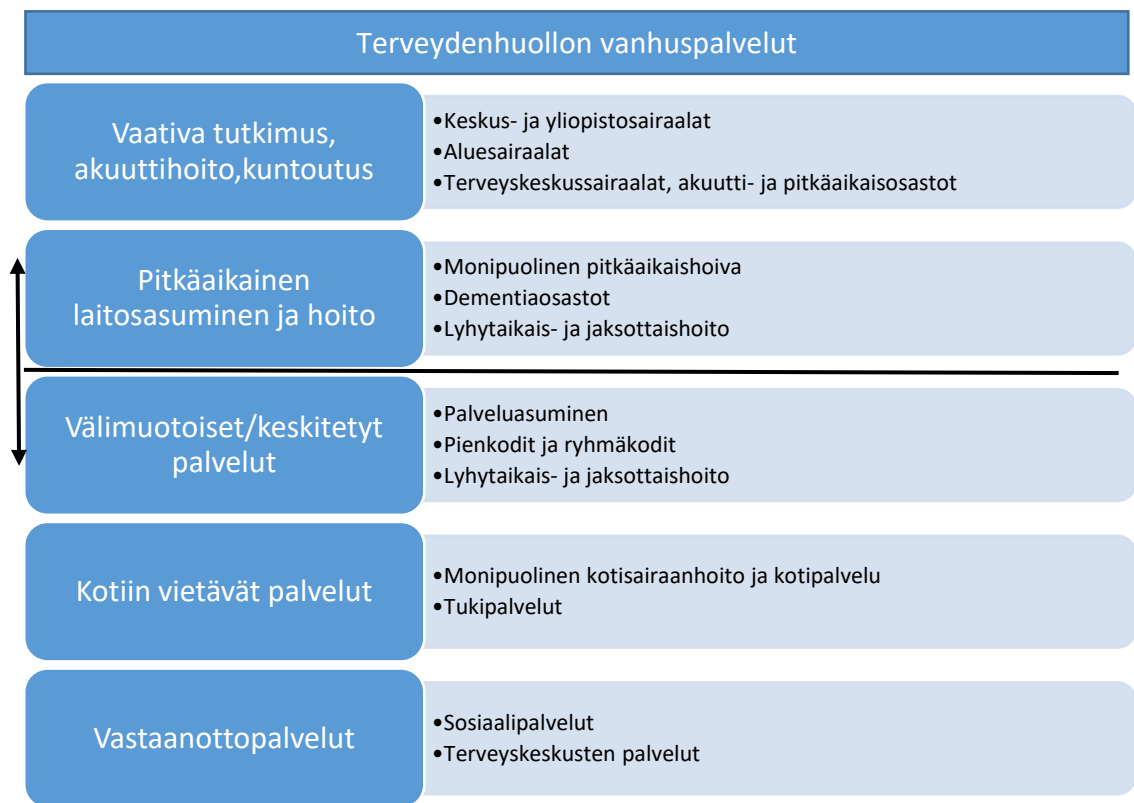
Hallituksen kärkihanke on uudistaa ja kehittää kotihoitoa sekä vahvistaa omais- ja perhehoitoa. Hanketta johtaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kärkihanketyö käynnistyi maakunnissa syksyllä 2016 Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ja Sosiaali- ja terveysministeriön järjestämässä I&O-tilaisuuksissa. Tavoitteena on kehittää ikäihmisille ja heidän omaisille nykyistä yhdenvertaisemmat ja paremmin koordinoitut sekä kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. Ikäihmiset ja heidän omaiset otetaan mukaan suunnittelemaan omia palveluitaan. Keskeisiä toimijoita ovat myös palveluiden järjestäjät ja tuottajat, henkilöstö, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Uudistuksen myötä palvelut kohdentuvat ikäihmisille nykyistä yhdenvertaisemmin maan eri alueille. Maakuntiin nimetyt muutosagentit ohjaavat iäkkäiden ihmisten palvelukokonaisuuden rakentamista. Palvelut kohdennetaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen mukaan ja sovitetaan yhteen. Kotiin annettavia palveluita kehitetään, jotta kotona asuminen on mahdollista. Uudistuksen toimenpiteet lisäävät omais- ja perhehoidon houkuttelevuutta, tukevat omais- ja perhehoitajien hyvinvointia ja helpottavat työikäisten omaishoidon ja työssäkäynnin yhteen sovittamista. Perhehoito vakiintuu osaksi palvelurakennetta ja monipuolistaa palveluvalikoimaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, kärkihanke; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos,2016.)

Taloudellisesti, eettisesti ja sosiaalisesti kestävä hoito- ja palvelujärjestelmän kehittämisen lisäksi kansanterveyden ja talouden kannalta merkittävänä kokonaisuutena on myös muistisairaiden määrän kasvu. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 auttaa kuntia ja kuntayhtymiä varautumaan tähän. Ohjelma auttaa päätöksentekijöitä tulevaisuuden ratkaisuisa aivoterveysten edistämässä, muistisairauksien hoidossa ja

sairastuneiden ja heidän läheistensä tarvitsemasta tuesta ja palveluista. Muistisairauksien Käypähoito suosituksen mukaan muistisairauksiin sairastuu vuosittain Suomessa noin 14 500 henkilöä. Arviolta 130 000 henkilöä sairastaa vuonna 2020 vähintään keskivaikkea muistisairautta. Muistisairaus on suurin ympärivuorokautiseen hoidon tarpeeseen vaikuttava tekijä. Kansallisen muistiohjelman mukaan on tärkeää kehittää ympärivuorokautista hoitoa ja tavoitella sitä, että muistisairas ihminen asuu samassa paikassa ja palvelut liikkuvat. Oikea-aikaiset ja toimivat palveluketjut turvaavat sairastuneelle ja hänen läheisilleen tuen ja palvelut saumattomasti muistisairauden edetessä sekä elämän loppuvaiheessa. (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020, 1-12; Muistisairaudet: Käypähoito suositus 2017; Tilvis 2016,60.)

3 Kotona asumista tukevat palvelut ikäihmisille

Suomen terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2013 18,5 miljardia euroa. Eniten varoja käytettiin ikäihmisten laitoshoidon, mutta kotihoidon osuus ja omaishoidon tuki ovat selvästi kasvussa. Ikäihmisten palvelujärjestelmä terveydenhuollossa on varsin laaja ja moniulotteinen. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa kuntayhtymänä tai ostamalla palveluita yrityksiltä tai järjestöiltä. Eri-laiset tukijärjestöt (Kansaneläkelaitos), yhdistykset, vapaaehtoistyö ja omaiset täydentävät kunnallista palvelujärjestelmää. Ikäpalveluiden kysyntään vaikuttavat olennaisesti asuinympäristö ja sen lähipalvelut. Tavoitteena on, että kotona asuu yli 90% yli 75-vuotiaista. (Tilvis 2016, 58-64.)



Kuvio 3. Terveydenhuollon vanhuspalvelut (mukaellen Tilvis 2016)

Ikäihmisten keskeisiä sosiaalialan palvelumuotoja ovat kotisairaanhoido ja kotipalvelu, ateriat- ja siivouspalvelut, asumispalvelut, laitoshoido, omaishoidon tuki, kuntoutus, apuvälineet ja terveyspalvelut sekä veteraanipalvelut ja -etuudet. (Tilvis 2016, 58,64.)

3.1 Ikäihmisen toimintakyky ja palvelutarve – palveluista hyvään elämään

Kotona asumisen tukeminen, avopalveluiden ensisijaisuus sekä saumattomat ja oikein ajoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut ikääntyvien ihmisten hyvinvoinnin ja palvelujen kehittämisen tukena ovat valtakunnallisia tavoitteita. Iäkkään väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen tulee olemaan yhä tärkeämpi yhteiskunnallinen tehtävä, koska väestön vanhentuessa toimintarajoitteisia henkilöitä on entistä enemmän. 1970-luvulta lähtien viime vuosiin saakka iäkkäiden henkilöiden toimintakyky on parantunut, mutta silti monet toimintarajoitteet ovat yleisiä heikentäen iäkkäiden hyvinvointia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016; Tilvis 2016, 60; Laukkanen 2008,261.)

Kotona asuvan ikäihmisen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ja sosiaalisten suhteiden ylläpito on yhteydessä hänen toimintakykyyn ja voimavaroihin. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, kuten syömisestä, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, kotiaskareista ja asioinnista kodin ulkopuolella. Terveystila ja erilaiset toiminnan vajaukset kuuluvat fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan oppimista, muistia ja tiedon käsittelyä. Psyykinen toimintakyky liittyy mielen-terveyteen ja elämänhallintaan. Omat voimavarat, mieliala ja haasteista selviytyminen ilmentävät psyykkistä toimintakykyä. Kykyä toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa sanotaan sosiaalisesti toimintakyvyksi. Esimerkiksi suhteet omaisiin ja ystäviin ja sosiaalisten suhteiden sujuvuus ovat sosiaalisen toimintakyvyn osatekijöitä. (Heinola & Luoma 2007, 36; Laukkanen 2008, 264.)

Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa useita eri menetelmiä. Henkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen on haasteellista löytää sopivia arviointimenetelmiä. Ikäihmisen toimintakyky ja voimavarat ovat tekijöitä, joita usein muut ihmiset arvioivat. Elämänlaatu-käsite puolestaan on ikäihmisen omaan kokemukseen perustuva käsitys ja pitää sisällään mitattavissa olevat hyvän elämän ehdot. Elämänlaatuun kuuluvat niin terveys ja psyykinen hyvinvointi kuin myös ihmisen ulkopuoliset aineelliset edellytykset ja tyytyväisyys omaan elämään. Hyvä fyysinen, psyykinen

ja sosiaalinen toimintakyky ja niitä tukeva ympäristö auttaa ikäihmistä selviytymään arjessa itsenäisesti. (Heinola & Luoma 2007, 37; Laukkanen 2008, 262-263; THL 2016.)

Ikäihmisten palvelutarpeet ovat samoja kuin nuoremmallakin väestöllä, mutta ikään-
tyminen tuo kuitenkin erityispiirteitä palvelutarpeeseen. Palvelutarpeeseen vaikuttaa
väestön ikärakenne, terveyden tila ja toimintakyky, palvelujärjestelmän toimivuus ja
väestön odotukset ja asenteet. Kotihoidon palvelujen saanti perustuu tarveperiaat-
teeseen. Tätä määrittelyä helpottamaan on tehty kotihoidon kriteerit, joiden tarkoi-
tuksena on selkiyttää palvelujen kohdentamista kotihoitoa tarvitseville. Kotihoitoa
hakevan ikäihmisen palvelutarve selvitetään arvioimalla toimintakykyä sekä elämän-
laatua eli perustana palveluiden suunnittelulle on erilaisten asiakkaiden palvelutar-
peiden tunnistaminen. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi tehdään ikäihmisen
kotona, jolloin saadaan selkeä kuva kotona arjessa selviytymisestä. Kokonaistilan-
netta arvioitaessa otetaan huomioon asiakkaan subjektiivinen kokemus sekä mahdol-
lisesti omaisen näkemys palvelutarpeesta. Olennaista toimintakykyä ja elämänlaatua
tukevassa kotihoidossa on ikäihmisen voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntämi-
nen. (Heinola & Luoma 2007, 39-42; Ikonen 2015, 28; Tilvis 2016, 62.)

3.2 Kotihoito yhdistää palvelut ja hoidon

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämiskehityksen myötä kotihoito käsitteen
käyttö on yleistynyt. Kotihoitoa toteutetaan erilaisilla työnjakomalleilla eri paikkakun-
nilla. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistäminen kotihoidoksi on paikallinen rat-
kaisu ja sen vuoksi kotihoidon työnjakomallit vaihtelevat ja riippuvat organisaatioi-
den käytännöistä ja toimintakulttuurista. (Ikonen 2015, 15-22,30,72.) Englannissa
Home Ward-projektissa palveluiden tarjoajat yhdistivät voimavaransa ja lääkärit sekä
sairaanhoidajat muuttivat työskentelytapojaan. Kotiin vietävinä palveluina tarjotaan
nyt akuuttihoitoa, mielenterveys- ja sosiaalipalveluja. (Dean 2013.)

Kotihoito on kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja tukipalvelujen palvelukokonaisuus,
joilla autetaan kotona asuvia ihmisiä, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi
huonontunut. Kotiin vietävät tukipalvelut ovat esimerkiksi ateriapalvelu, vaatehuolto,

siivouspalvelu ja turvallisuuspalvelu. Kotihoidon sairaanhoitopalvelu on kotona terveydenhuollon ammattilaisen antamaa sairaanhoitoa, joka on tarkoitettu ihmiselle, joka ei sairautensa tai toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi pysty käyttämään muita avoterveydenhuollon sairaanhoitopalveluita. Kotihoidon sisällöstä säädetään kotipalvelun osalta sosiaalihuoltolaissa 20§ ja sosiaalihuoltoasetuksessa 9§ sekä kotisairaanhoidon osalta kansanterveyslaissa 14§ 1mom 2. kohta ja terveydenhuoltolaissa 2010/1326. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan turvallinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään tukemalla asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa ehkäisevien palveluiden, palvelutarpeen arvioinnin, terveystalvelujen, asumis- palvelujen ja omaishoidon tuen avulla. Kotihoitoa voi saada sairauden, heikentyneen toimintakyvyn tai vammaisuuden vuoksi. Suurin osa kotihoidon asiakkaita on iäkkäitä ihmisiä, joilla voi olla useita pitkäaikaissairauksia. Kotihoidon avulla mahdollistetaan viiveetön sairaalasta kotiutuminen ja turvataan sairaalahoidon jälkeinen jatkohoito. (Ikonen 2015, 15-22,30,72.)

Kotihoidon perustana ovat asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä tavanomaiseen elämään kuuluvien toimintojen suorittaminen tai niissä avustaminen. Kotihoidon palvelujen saanti perustuu tarveperiaatteeseen. Kunnat ovat laatineet kriteerejä, jotka selkiyttävät palveluiden kohdentamista kotihoitoa tarvitseville. Palveluiden järjestämisen lähtökohtana on tasavertainen ja oikeudenmukainen kohdeltu asuinalueesta riippumatta. Palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen myöntämisen yhteiset käytännöt parantavat yhdenvertaisuutta. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen kotihoitoa toteutetaan palvelusuunnitelman mukaisesti huomioiden arjen tilanteet. Kotihoidon asiakkaista suurin osa tarvitsee hoivapalveluja ja sairaanhoitopalveluja. Kotihoidossa toteutetaan lääkärin määräämiä sairauksien vaatimia hoitoja ja seurantaa ja käytetään yhä enemmän erilaisia tarvikkeita, laitteita ja välineitä. Kotihoito on hyvinvointia ja terveyttä edistävää, sairautta parantavaa tai ehkäisevää ja kuntouttavaa työtä. (Ikonen 2015; 28,72,177,180.)

Laatusuosituksen (2017) mukaan kuntoutumista edistävä toiminta on olennainen osa kotihoitoa, jossa paljon apua ja tukea tarvitsevat asiakkaat hyötyvät säännöllisestä kuntouttavasta toimintatavasta. Kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteena on parantaa elämänhallintaa ja tukea ihmisen omia voimavaroja arjessa selviytymisessä.

Työssä käytetään erilaisia selviytymistä tai omatoimisuutta tukevia työtapoja. Ikäihmisen kanssa voidaan esimerkiksi yhdessä valmistaa ateria tai tehdä yhdessä muita arkisia askareita, joista ikäihmisen on vaikeuksia suoriutua. Jotta ikäihminen voi asua nykyistä pidempään kotona, laatusuositus (2017) suosittaa investointia kuntoutuksen lisäämiseen. Kuntoutuksen tavoitteena on ikäihmisen toimintakyvyn parantuminen tai säilyminen ja mahdollisimman itsenäisesti selviytyminen kotona. Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen monialainen kuntoutus on pitkäjänteistä toimintaa ja sen tavoitteiden saavuttamisen arvioinnissa tulee käyttää luotettavia mittareita ja arviointimenetelmiä. Kuntoutukseen voi sisältyä koulutusta, neuvontaa, terapioiden, apuvälinepalveluja, asunnon korjausneuvontaa ja muutostöitä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019.)

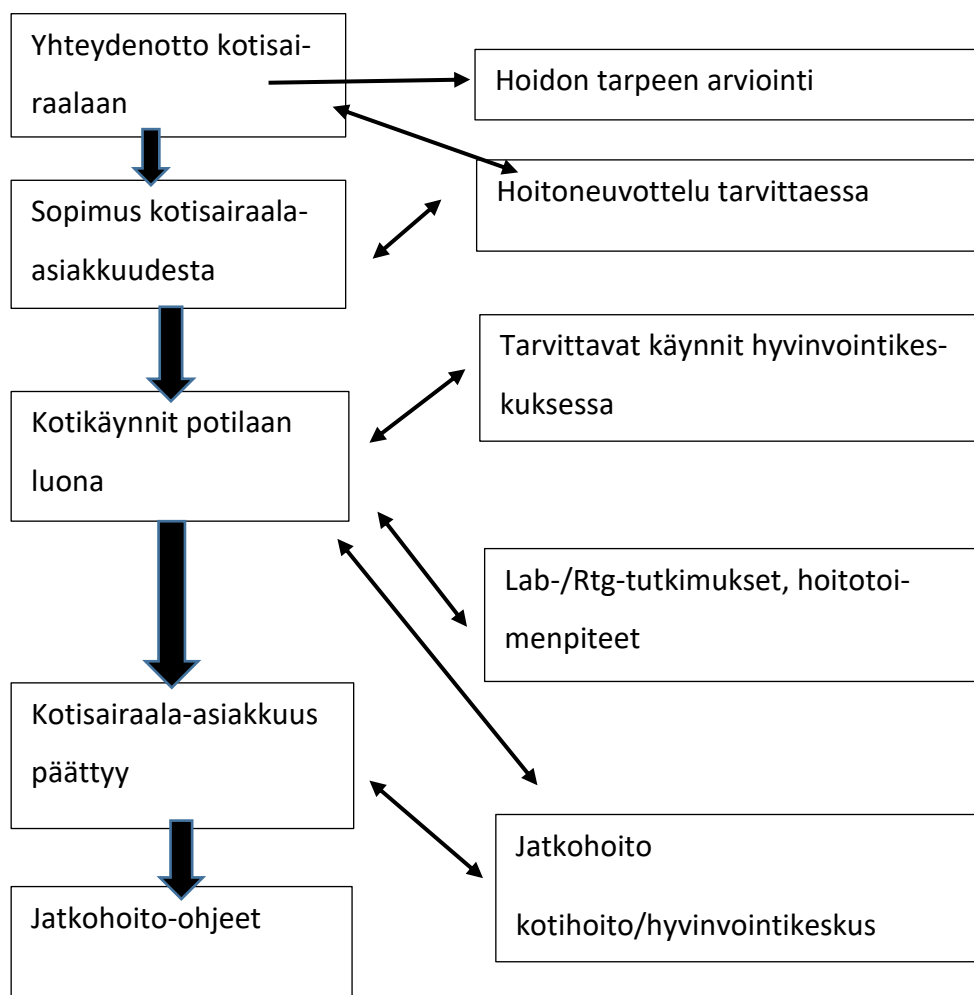
4 Kotisairaala kotona asumisen tukena

Euroopan ensimmäinen kotisairaala perustettiin Pariisiin vuonna 1961, Yhdysvalloissa ja Englannissa kotisairaaloiminta alkoi 1970-luvulla. 1970-luvun lopulla Ruotsissa aloitti uudenlainen sairaalan kanssa yhteistyötä tekevä kotisairaanhoidon toiminta, joka oli vaihtoehtona ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa oleville potilaille. Toiminnan tarkoituksena oli edistää asiakkaan valinnanvapautta ja hoidon laatua, mutta myöhemmin taloudellisten tekijöiden merkitys korostui, kun laitospaikkoja lakkautettiin, joten vaihtoehtoja sairaalahoidolle tarvittiin. Tammisaarella aloitti Suomen ensimmäinen kotisairaala vuonna 1995. Vuoden 2010 jälkeen Suomeen on perustettu useita julkisia sekä yksityisiä kotisairaaloita. (Ollila, 2018, 11; Saarelma 2005.)

4.1 Kotisairaala käsitteenä

Kotisairaalahoido on määräaikaista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, näiden yhdistelmän tai yksityisen järjestämää tehostettua kotisairaanhoidoa ja kotona toteutettavaa sairaalatasoista hoitoa vaihtoehtona vuodeosastohoidolle. Lääketieteellinen ja hoitotyön osaaminen korostuu kotisairaalahoidossa. Lähtökohtana on, että kotisairaalassa asiakkaiden ei tarvitse olla sairaalassa ja hän saa sairaalatasoista

hoitoa ympärivuorokauden omassa kotona. Yleensä ihmiset tarvitsevat vaativampaa hoitoa kuin kotihoito pystyy tarjoamaan. Kotisairaala tarjoaa sairaanhoitoa kotona silloin kuin asiakas ja hänen omaiset sitä haluavat. Kotisairaalassa hoidetaan esimerkiksi infektioita, laskimotukospotilaita, suuria haavahoitoja ja palliatiivista sekä saattohoitoa tarvitsevia asiakkaita. Lääkäri arvioi asiakkaan soveltumisen kotisairaalan potilaaksi ja päättää terveydentilan ja muiden tilannetekijöiden perusteella, voidaanko häntä hoitaa kotona. Hoidon kannalta ensiarvoisen tärkeää on, että asiakkaalla on diagnoosi ja hoitosuunnitelma. Kotikäynnit suunnitellaan määrätyn hoidon ja hoitosuunnitelman mukaan tai tarve arvioidaan asiakkaan voinnin mukaan kuvion 4 mukaisesti. Lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet kuuluvat hoitoon, mutta hoitohenkilökunnan käynnit potilas maksaa itse. Mahdollisia kriisitilanteita varten tulee potilaalla ja hoitotiimin jäsenillä olla tiedossa selkeät toimintaohjeet ja tukiosasto. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela, 2007, 139-149; Ikonen 2015,73; Ollila, 2018, 10-13 & Saarelma 2005.)



Kuvio 4. Hoitoprosessi kotisairaalassa (muokattu Hägg 2007)

Kotisairaaloiminnan tavoitteena on lyhentää sairaalassaoloaika, nopeuttaa sairaalahoitosta kotiutumista sekä hoitaa erilaiset krooniset sairaudet kotiympäristössä. Lääkärin arvioinnin jälkeen hoito voidaan aloittaa kotona, tai potilas voidaan kotiuttaa aiempaa nopeammin kotisairaalan turvin kotiin. (Hägg ym. 2007, 139-149; Ollila, 2018, 12-13; Shepperd, Doll, Angus, Clarke, Iliffe, Kalra, Ricauda, Tibaldi & Wilson 2009.) Ikäihmisen on parempi olla tutussa ympäristössä kuin sairaalassa. Kotiympäristössä tehtävä hoito tukee itsemääräämisoikeutta, ylläpitää ikäihmisen elämänlaatua ja sosiaalisia verkkoja. Kotisairaalahoito omassa toimintaympäristössä edistää sairauden aikaista toimintakykyä sekä motivoi paremmin hoitoon ja paranemiseen. Ikäihmiset ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kotona kuin sairaalassa. Kotisairaalassa hoito on inhimillisempää ja ehkäisee laitostumista. Hyötynä nähdään myös haittatapahtumien väheneminen sairaalassa, esimerkiksi kotisairaalahoito vähentää sairaalainfektioita sekä ehkäisee kaatumisia oudossa ympäristössä. Sekavuutta esiintyy myös vähemmän kotisairaalahoidossa. (Hägg ym. 2007, 139-149; Ollila, 2018, 12-13; Shepperd ym., 2009.)

Kotisairaala ei sovellu laaja-alaista monitorointia tarvitsevalle, päihdeongelmallisille, yksinäisille muistisairaille tai heille, jotka eivät osaa hälyttää puhelimella tai turvapuhelimella apua kotiin. Epävakaa sydän- ja hengitystilanne on myös este kotisairaalaan pääsulle. Kotisairaala ei ole tarkoituksenmukaista myöskään henkilöille, jotka eivät halua hoitoa kotiin tai eivät sitoudu siihen tai kokevat kotisairaalahoidon turvattomaksi. (Ollila, 2018, 13.)

4.2 Kotisairaaloiminnan tarkastelua

Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tyypillisiä kotisairaalapotilaita olivat virtsatieinfektioista, pneumoniasta, sydämen vajaatoiminnasta tai akuutista munuaisvauriosta kärsivät. Tutkimuksen mukaan vuosittaiset säästöt verrattuna sairaalahoitoon olivat 1.28 miljoonaa puntaa. Kotisairaala otettiin hyvin vastaan sekä potilaiden että hoitotyön ammattilaisten keskuudessa. (Beck, Kelly, Wilkerson, Voro, & Chen 2016.) Kotisairaalassa voidaan hoitaa ruusun eli erysipelaksen aiheuttama infektio, laskimotromboosia, borreliosia sekä suuria hankalia haavoja. Vuonna 2012 Helsingin kotisairaalassa tavallisimpia hoidettavia olivat keuhkokuume, munuaisaltaan tulehdus, ihon

bakteeritulehdukset sekä rinta- ja keuhkosityöpä. Kotisairaalassa kotikäynnit suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan voinnin ja hoidon mukaan. Asiakkaan kotiin tuodaan hoitoon liittyvät tarpeelliset välineet ja laitteet. Infektioriskit kotona ovat vähäisemmät kuin sairaalahoidossa, koska kotona ei yleensä hoideta samanaikaisesti muita. Hoitotoimenpiteet toteutetaan kotona aseptisesti ja usein puhtaan hoitotilan luominen voi olla kotona haastavaa, on tärkeää noudattaa aseptiikan periaatteita hoitotyössä. (Hägg 2007, 143; Ikonen 2015, 74; Jussila & Lahtinen 2010, 389,392.)

Keskeisessä osassa kotisairaaloimintaa on lääkehoito, joka on osa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Kivekäs, Toppinen, Kokki, Mäntyselkä, Kinnunen, Huusko & Saranto 2017 kartoittivat tutkimuksessaan infuusiohoitojen määrää ja laatua terveydenhuollossa ja arvioivat, miten älykkään teknologian avulla infuusiohoitoa voidaan toteuttaa turvallisemmin, vaikuttavammin ja kustannustehokkaammin. Sairaalan osastolla pelkästään infuusioidon takia olevat potilaat olivat vähentyneet kotisairaaloiminnan aloittamisen myötä. Tutkimuksessa saatiin selville avoterveydenhuollossa toteutettavien infuusiohoitojen määrä sekä se, että yleisin infuusiohoito oli antibioottihoito. Tutkimuksessa selvisi, että infuusiohoitojen etämonitorointia ei käytetä ja tekniikkaa hyödynnetään hyvin vähän. Etämonitoroinnin haasteena infuusioidon toteutuksessa ovat harvaan asutulla maaseudulla ja kaukana asuvat potilaat, jossa tietoliikenneyhteydet eivät ole vielä arkipäivää. Lisähaasteena on asiakkaiden sekä sosiaaliala- ja terveydenhuollon ammattilaisten motivaatio, taidot sekä välineet sähköisen asioimisen lisäämiseen. Terveydenhuollon ammattilaiset olivat valmiit käynnistämään infuusiohoitoin liittyvän etämonitoroinnin ja hyödyntämään nykyistä enemmän älykkään teknologian tuomia mahdollisuuksia. (Kivekäs, Toppinen, Kokki, Mäntyselkä, Kinnunen, Husuko, Säntö 2017.)

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito on keskeinen ja haastava osa kotisairaaloimintaa. Kotisairaaloito mahdollistaa parantumattomasti sairaalle ihmiselle turvallisen, yksilöllisen ja korkeatasoisen hoidon elämän loppuvaiheessa ja kuoleman kotona. Viime vuosina kotisairaaloiden vastuu saattohoidosta kotona on kasvanut. Toimintaympäristönä koti on kotisairaalatyön erityishaaste. Kuoleva ihminen ja hänen läheiset tarvitsevat oireiden hoitamisen lisäksi tukea vaikean sairauden aiheuttamiin sosiaalisiin ja psyykkisiin haasteisiin, koska silloin sairaalajärjestely kotona on raskasta. (Hänninen 2013.)

Palliativinen eli oireita lievittävä hoito tarkoittaa ihmisen ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, jossa sairauteen ei ole enää parantavaa hoitoa. Palliativisen hoidon avulla voidaan ennakoita, tunnistaa ajoissa ja ehkäistä esimerkiksi kipua sekä muita fyysisiä, psyykkisiä tai henkisiä ongelmia. Parantumattomasti sairas ihminen voi tarvita pitkäaikaista, jopa vuosia kestävää oireita lievittävää hoitoa. Kun hoitoja lopetetaan, arvioidaan niiden hyöty potilaan elämänlaadun kannalta, sillä päämääränä on hyvä elämänlaatu ja kuolemaa pidetään normaalina. Vuosittain maailmassa arviolta 40 miljoonaa ihmistä tarvitsee palliativista hoitoa ja 78 % heistä asuu pieni- ja keskituloisissa maissa. Maailmanlaajuisesti vain noin 14 % ihmisistä, jotka tarvitsevat palliativista hoitoa, saavat sitä. Liialliset rajoitukset kipulääkkeiden käytössä estävät kivunlievityksen ja oireenmukaisen hoidon antamisen. Terveystieteiden ammattilaisten koulutuksen puute ja tietämättömyys palliativisesta hoidosta estävät hoidon kehittämistä. Varhainen oireenmukainen hoito parantaa elämänlaatua ja vähentää turhaa sairaalahoitojaksoa ja terveyspalvelujen käyttämistä. (Käypähoito suositus 2012, Kuolevan potilaan oireiden hoito; Valvira: Palliativinen hoito; WHO.)

Saattohoito eroaa palliativisesta hoidosta siten, että saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuolinhetkeä. Saattohoidon kesto on yleensä muutamia viikkoja tai enintään kuukausia, kun taas palliativinen hoito on pidempiaikaista. Saattohoito on oireiden lievittämistä esimerkiksi kivun ja pahoinvoinnin hoitoa ja tukea sairastuneen elämän viime vaiheissa ja kuoleman hetkellä. Suomessa vuosittain noin 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa. Saattohoitoa saavista noin puolet hoidetaan kotona ja tarvittaessa kotihoidon tai kotisairaalan turvin. Omassa kodissa on turvallista sairastaa ja kodin voi muokata tilanteen mukaan. Kotona ei tarvitse välittää sairaalan rutiineista vaan voi viettää päivän, miten haluaa. Saattohoidon toteuttamiseen kotona tarvitaan ainakin yksi hoitoon osallistuva omainen. (Ikonen 2015,261-262; Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 254; Käypähoito suositus 2012, Kuolevan potilaan oireiden hoito; STM, Hyvän saattohoidon suositukset 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat Hyvän saattohoidon suositukset (STM 2010) ohjaavat saattohoidon järjestämistä ja toteuttamista. Perustana saattohoidolle on itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Suositukset ohjeistavat, että

saattohoito toteutetaan asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti esimerkiksi kotona tai laitoksissa. Hyvä saattohoito edellyttää, että saattohoito suunnitellaan ja organisoidaan systemaattisesti ja tarkoituksen mukaisesti sairaanhoitopiireissä sekä sovitaan selkeästi vastuu- ja työnjako. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että hoitoketju ja tiedonkulku ovat selkeät ja että saattohoito on mahdollista toteuttaa kotona tai laitoksessa. Suositusten toteutumista edistetään keskusteluilla hyvän saattohoidon merkityksestä kuoleman lähestyessä. (STM, Hyvän saattohoidon suositukset.) Sosiaali- ja terveysministeriö tarkensi palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa uudella suosituksella, joka pohjautuu vuoden 2010 ohjeistuksiin. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen (2017) - suositus perustuu kolmiportaiseen malliin, jossa palvelut järjestetään perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Tämän pohjalta voidaan suunnitella palveluketjut ja työnjako alueellisesti. Suositus (2017) pyrkii vahvistamaan osaamiasi- ja laatuksiteereillä 2010 laaditun suositusten tavoitteiden toteutumista. (Saarto ja asiantuntijatyöryhmä, 2017, 6-15.)

4.3 Erilaisia kotisairaalan malleja

Ruotsissa sosiaalihuollon kriteerien mukaan palliatiivinen hoito on perustason ja vaativan tason palliatiivista hoitoa. Erikoistuneen palliatiivisen hoidon asiantuntevuuden ja osaamisen moniammatillinen työryhmä tarjoaa vaativan tason hoitoa esimerkiksi komplisoituneen oireenkuvan vuoksi. Uppsalan läänissä perustason palliatiivista hoitoa toteuttaa jokainen kunta erikseen. Erikoistuneen palliatiivisen kotisairaalahoidon osastoon (Avdelningen för specialiserad hemsjukvård, ASH) kuuluvat Uppsalan ja Knivstan kunnat, yhteensä noin 230 000 asukasta ja ASH:lla on mahdollista antaa kerralla noin 50 potilaalle kotisairaalahoitoa ympärivuorokauden. ASH tarjoaa vain lääketieteellisesti tarpeellista hoitoa, muun hoivan ja huolenpidon tarjoaa yleinen kotihoito. ASH vastaa kaikenlaisista oireiden hoidosta ja sairaanhoitajilla on määriteltä lista tarvittavista akuuttilääkkeistä. Esimerkiksi hengenahdistukseen, kipuun, jalkojen turvotukseen, pahoinvointiin, suun sieninfektioihin ja liman eritykseen joita on sairaanhoitajan mahdollista antaa omalla päätöksellä muutama annos kerrallaan. Kotona voidaan ottaa verikokeita, antaa infuusioita, poistaa askitesta sekä tehdä punasolu- ja trombosyyttisiirtoja. Potilaat ovat ASH:n kirjoilla keskimäärin noin 100 päivää. (Martinsson & von Heideman, 2018, 13-14.)

Yksityinen Kotisairaala Luotsi Oy on perustettu Turkuun vuonna 2009. Suurin asiakasryhmä on kotisaattohoitopotilaat ja parenteraalista antibioottia saavat proteesi-infektiopotilaat. Johanna Hilli toimii Kotisairaala Luotsi Oy:n lääkärinä ja pohtii käytännön näkökulmia kotisairaaloimintaan. Jokaisella kotisairaala potilaalla on hoitosuunnitelma ja siihen sitoudutaan. Kotisairaalan toiminta edellyttää ympärivuorokautista päivystystä, jolloin sairaanhoitajan käynti järjestyy mihin aikaan tahansa ja lääkäri on sairaanhoitajan tavoitettavissa. Monissa kunnissa palvelut ovat tarjolla rajoitettuna aikana, jolloin yksityiset yritykset voisivat tuoda joustoa palvelutarjontaan. Toisaalta yksityisien kotisairaaloiden kasvua rajoittaa lääkäriresurssien saataavuus ja kotisairaalapalveluiden hinta. Yksityiseltä kotisairaalaalta ostettava palvelu on kalliimpaa kuin vastaava hoito sairaalassa. (Hilli, 2018, 16-17.)

Porissa kotisairaaloiminta aloitti poliklinikkatoimintana vuonna 1999. Akuutti kotikeskus aloitti 2017 vuoden alusta ja yhdisti henkilökunnan ja toiminnot kotisairaalasta, turvapuhelintoiminnasta ja mobiilitoiminnasta. Tavoitteena on välttää turhia päivystyskäyntejä, lyhentää sairaalajaksoja ja tukea kotona pärjäämistä kotona annettavan hoidon ja hoivan avulla. Toiminta-aika on klo 7-23 joka päivä. Oma lääkäri on tavoitettavissa virka-aikana ja muina aikana konsultoidaan kaupungin sairaalan päivystäjää. Kotisaattohoidossa olevilla potilailla on sovittu taustaosasto, jonne voi ottaa yhteyttä tai siirtyä tarvittaessa. Turvapuhelintoiminta auttaa esimerkiksi kaatumistapauksissa ja se toimii ympärivuorokauden. Turvapuhelinhälytys välittyy hoitajan kännykkään, jolla he ottavat yhteyttä hälytyksen tehneeseen asiakkaaseen ja tarvittaessa lähtevät auttamiskäynnille. Mobiilitoiminta antaa lääketieteellistä konsultatiota kiireellisissä tai puolikiireellisissä asioissa esimerkiksi hoitolinjausten tekemisessä. Mobiilitoiminnassa on neljä lääkärinä ja neljä sairaanhoitajaa. Toiminta-aika on maanantaista torstaihin klo 8-21 ja perjantaisin 8-16, muina aikoina konsultoidaan kaupungin sairaalan päivystäjää. Porissa näiden toimintojen keskittämisellä on haluttu saada kaikki ammattilaiset yhteen ja työtehtävien logistiikkaa selkeyttämällä potilaat voidaan hoitaa kotona aina kun se on mahdollista. (Lähtenmäki, 2018, 21-23.)

Osana palvelurakennemuutosta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Eksote) on kehittänyt kotiin vietäviä ja liikkuvia palveluja. Sairaanhoitajan ja suun terveydenhuollon palveluja tarjoava Mallu-klinikka-auto viedään erityisesti

haja-asutusalueille tarjoamaan avoterveydenhuollon palveluita tai esimerkiksi koulujen pihoille suun terveystarkastuksia varten. Mallu-autossa töissä olevalla hoitajalla on lääke- ja rokotusluvut, Marevan-määräyskoulutus sekä verinäytteenotto taito. Työ vaatii monipuolisen osaamisen lisäksi luovuutta ja joustavuutta. Mallu-auton vastaanotto kattaa lähes koko Etelä-Karjalan alueen. Maaliskuussa 2016 Etelä-Karjalassa aloitti ”Päivystys olohuoneessa” hanke, jonka tavoitteena on ottaa käyttöön toimintamalli kotona hoidettaviin akuutteihin tilanteisiin sekä kehittää eri toimijoiden välistä yhteistyötä. ”Päivystys olohuoneessa” on liikkuva päivystyksikkö, jossa työskentelee ympärivuorokauden lisäkoulutettu sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja pystyy tekemään päivystyksellisen hoidontarpeen arvioinnin, tutkimukset ja hoidot kotona lääkärin yhteyden, ensihoitoyksikön tutkimusvälineistön ja laajennetun lääkevalikoiman avulla. Käytännön toiminnasta vastaa nimetty kenttäjohtaja ja lääketieteellisestä kehittämisestä ja konsultaatiosta lääkäri. Alustavien tulosten mukaan ilman liikkuvaa päivystyksikköä potilaan hoito olisi vaatinut usean eri tahon kotikäynnin, potilaan kuljetuksen tai sairaalassa olon. Kustannussäästö oli noin 33 prosenttia. (Tepponen, 2018, 23-25.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla kotisairaalan toimintaa kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna sekä sitä, miten kotisairaala tukee ikäihmisen kotona asumista. Tavoitteena on tuottaa ajantasaista tietoa, jota voidaan hyödyntää kotisairaalan kehittämisessä.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotisairaala toimii kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna?
2. Miten kotisairaala tukee ikäihmisen kotona asumista?

6 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksen tärkeimpänä tehtävänä on kehittää tieteenalan teoreettista käsitteistöä ja ymmärrystä, arvioida olemassa olevaa teoriaa tai kehittää sitä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voi muodostaa kokonaiskuvan tietyistä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsaus voi olla myös tutkimusmenetelmä, jonka avulla laaditaan yhteenveto muista tutkimuksista. Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin: systemaattiset katsaukset, meta-analyysit ja kuvailevat katsaukset. (Suhonen, Axelin, Stolt 2016,7-8.)

Salmisen (2011) ja Kangasniemen ym. (2013) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksista. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Integroiva kirjallisuuskatsaus on tarkemmin suunniteltu ja jäsennelty kuin narratiivinen katsaus. Integroiva kirjallisuuskatsauksella on useita samankaltaisuuksia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 107.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa kerätään ja hyödynnetään jo olemassa olevaa tietoa sekä arvioidaan ja syntetisoidaan tiedon laatua ja tuloksia kattavasti. Kääriäisen ja Lahtisen (2006) mukaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa ja sen avulla voidaan osoittaa mahdollisia puutteita tutkimustiedossa ja tai jo olemassa oleva tutkimustieto, jota ei ole systematisoitu. (Kääriäinen & Lahtinen 2006,37; Metsämuuronen 2009,47.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetään integroivaa kirjallisuuskatsausta, koska halutaan saada laaja ja kokonaisvaltainen näkemys tutkittavaan aiheeseen. Integroivan kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluu Cooperin (1982,1984) mukaan viisi vaihetta. Whittemore ja Knafl (2005) ovat myöhemmin muunnelleet näitä vaiheita, jotka ovat tutkimusongelman nimeäminen, analysoitavan aineiston keruu, aineiston laadun arviointi, aineiston analysointi ja tulkinta sekä tulosten esittäminen. (Suhonen, Axelin, Stolt 2016,13.) Evansin (2008) mukaan ”integroivan kirjallisuuskatsauksen taustaksi esitettävät tutkimuskysymykset ovat laajoja, niiden tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti”. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 108.)

6.1 Aineiston keruu

Flinkmanin ja Salanterän 2007 mukaan kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu perustuu etukäteen tehtyyn suunnitelmaan. Alkuperäisaineistojen mukaan saamiseksi on käytettävä kaikkia mahdollisia keinoja. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016,111.) Alkuperäistutkimusten etsimisen keskeisin kohde on erilaiset tietokannat (Metsämuuronen, 2009,48). Alustavia hakuja tehtiin joulukuussa 2017 tietokannoista Cinahl, Medline, PubMed, Cochrane ja Janet-Finna. Hakusanoina: ”Hospital at home”, ”home health care”, ”hospital in the home”, ”home medical care”, ”home care”, ”home medical care work”, ”hospital based home care”, ”kotisairaala”, ”kotisairaala-toimintamalli”. Tammikuussa 2018 käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston asiantuntijaa apuna tarkoituksenmukaisten tietokantojen ja hakusanojen löytämiseksi (Metsämuuronen 2009,48).

Suunnitteluvaiheessa päätetään käytettävien alkuperäistutkimusten hyväksymis- ja poissulkukriteerit. Alkuperäistutkimuksien tiivistelmästä voi jo huomata, täyttääkö se hyväksymiskriteerit (Metsämuuronen 2009, 47-48). Tähän opinnäytetyöhön mukaan otettavien alkuperäistutkimusten hyväksymis- ja poissulkukriteerit tutkimuskysymysten ohjaamina on esitetty aineistohakuprosessissa kuviossa 5.



Kuvio 5. Aineistonhakuprosessi

Aineiston haku sekä valinta tehtiin tammikuu 2018 ja huhtikuu 2018. Tietokannoiksi valikoitui Medic, Melinda, Cinahl+, Ebsco Academic Search Elite ja Medline. Täydennyshakuna tehtiin vielä Cochrane tietokannasta sekä BJM Open tietokannasta. Hakusanoina käytettiin ”hospital at home”, ”hospital in the home”, ”home hospital” ja ”kotisairaala”. Tietokannoista löytyi muutama duplikaatti, jotka otettiin mukaan jokaisesta tietokannasta, mutta huomioitiin lopullista aineistoa valittaessa. ”Hospital at home care model” sanalla, joka olisi vastannut tutkimuskysymykseen, ei löytynyt yhtään viitettä. Hyväksymis- ja poissulkukriteereiden vuoksi aineisto oli pieni, joten hyväksyttävä aineisto oli nopeasti käyty läpi hakuja tehdessä sekä otsikon että tiivistelmän perusteella. Taulukossa 1 on kuvattu tietokannat ja hakusanat sekä montako osumaa hakusanoilla tuli sekä kuinka monta tutkimusta hyväksyttiin tai hylättiin.

Taulukko 1. Aineiston valinta

	BMJ OPEN osuma/hy väk- sytty/hy- lätty	Medic osuma/hy väk- sytty/hy- lätty	Cochrane Library osuma/hy väk- sytty/hy- lätty	Melinda osuma/hy väk- sytty/hy- lätty	Cinahl+ osuma/hy väk- sytty/hy- lätty	Ebsco Academic osuma/hy väk- sytty/hy- lätty	Medline osuma/hy väk- sytty/hy- lätty
"hospital at home"			N=6/N=4/ N=2		N=41/N= 1/N=39	N=133/N =5/N=128	
"hospital in the home"	N=189/N =1/N=188		N=2/N=0= 0/N=2		N=25/N= 1/N=24	N=104/N =4/N=99	
"home hospital"						N=11/N= 1/N=10	
kotisai- raala*/ko tisai- raala?		N=8/N=2/ N=6		N=24/N= 0/N=24			
"hospital at home" OR "home hospital OR "hos- pital in the home"							N=112/N =5/N=107

Kaikista tietokannoista osumia oli yhteensä N=655. Otsikon ja tiivistelmän perusteella hyväksyttiin N=26. Koko tekstin perusteella ja duplikaattien poistamisella hyväksyttiin opinnäytetyöhön mukaan 14 tutkimusta. Taulukossa 2 on lueteltu opinnäytetyöhön hyväksytyt alkuperäistutkimukset.

Taulukko 2. Alkuperäistutkimukset

Tekijä, vuosi, maa	Artikkeli	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Cœugnet, S., Forrierre, J., Naveteur, J., Dubreucq, C. & Anceaux, F. 2016.	Time pressure and regulations on hospital-in-the-home (HITH) nurses: An on-the-road study.	Ranskalainen kotisairaalaorganisaatio, 4 hoitajaa, kiireen vaikutus kotisairaala-työhön.	Työhön annettu aika ei vastaa hoitajan kokemusta kiireestä. Terveysthuollon haasteet ja epävarmuus tuovat kiireen tunnun.
Dowell, S., Moss, G. & Odedra, K. 2018.	Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home.	Gloucestershiren Rapid Response tiimi, 5 kuukauden seurantajakso	Kotisairaala säästää kustannuksia, lyhentää sairaalasaoloaikaa, potilaiden tyytyväisyys lisääntyy kotisairaalassa.
Gonçalves-Bradley, DC., Iliffe, S., Doll, HA., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, SH. & Shepperd, S. 2017.	Early discharge hospital at home (Review).	Kirjallisuuskatsaus eri tietokannoista, 32 tutkimusta	Kotisairaala verrattuna sairaalahoitoon voi vähentää sairaalapäivien määrää sekä todennäköisyyttä joutua hoitolaitokseen.

Halonen, M. 2012.	Kotisairaala- tyyppinen hoito: Asiak- kaan koke- muksia tehos- tetusta koti- sairaanhoidosta.	Pro Gradu. 1.10.2011 -29.2.2012 vä- lisenä aikana yhden sairaan- hoitopiirin tehostetun ko- tisairaanhoidon asiak- kailta	Asiakkaat tyytyväisiä ko- tona tehtävään hoitoon, kotona oleminen luotta- muksellista ja turvallista.
Jeppesen E., Brurberg KG., Vist GE., Wedzicha JA., Wright JJ., Greenstone M., Walters JAE. 2012	Hospital at home for acute exacer- bations of chronic ob- structive pul- monary dis- ease(Review)	Kirjallisuuskat- saus, tutki- mukset, jotka käsittelevät potilaita COPD pahenemisvai- heessa, ver- tailu hoidosta sairaalassa ja kotisairaala- ssa, 8 tutki- musta/870 ih- mistä	Muutama potilas joutui sai- raalaan kotisairaalahoi- dosta. Potilaat haluavat hoitoa mieluummin kotona. COPD:n pahenemisvaiheen hoito ei ole järkevää hoitaa kotisairaalassa.
Lee, G., Pick- stone, N., Fac- ultad, j. & Titchener K. 2017.	The future of community nursing: Hos- pital in the Home.	Tapaustutki- mus, COPD sairastava 78 vuotias nai- nen, jonka Lontoon @home team hoitaa kotiin	Tiimi antaa erinomaista hoitoa kotona, ei tarvitse mennä sairaalaan, kotisai- raala tiimillä mahdollisuus arvioida ja hoitaa akuutisti sairas potilas kotona.

Lehtola, L. 2018.	Infektioiden hoito ja hoitoon liittyvät infektiot kotisairaalassa.	Artikkeli kotisairaalan infektioiden hoidosta	Järkevä ja kapeakirjoisten antibioottien käyttö kotisairaalassa.
McMahon, J., O'Keeffe, J. The Victorian HIHT Outcomes Study Group & Lindsay, G.M. 2008.	Is hospital-in-the-home (HITH) treatment of bacterial endocarditis safe and effective? Scandinavian Journal of Infectious Diseases.	Australiassa 9 kaupunkia Victoriassa, kaikki ihmiset, jotka sairastuivat bakteerin aiheuttamaan endokardiittiin, hoito annettiin kotisairaalassa	Kotisairaala on turvallinen vaihtoehto endokardiittiin sairastuneelle, mutta potilaiden valinnassa kotisairaalaan pitää olla erityisen tarkkoja.

<p>Pouw, MA., Calf, AH., van Munster, BC., ter Maaten, JC., Smidt, N. & de Rooij, SE. 2018.</p>	<p>Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial.</p>	<p>Käynnissä oleva seuranta tutkimus, yli 65 vuotiaat, Hollannissa Groningen yliopistollisessa sairaalassa ensiavussa olevat kognitiivisten kykyjen heikkenemisen vuoksi, jotka voisivat sopia kotisairaala tutkimukseen</p>	
<p>Qaddoura, A., Yazdan-Ashoori, P., Kabali, C., Thabane, L., Haynes, R-B., Connolly, S.J. & Van Spall, J. 2015.</p>	<p>Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi eri tietokannoista tammikuu 1990-lokakuu 2014</p>	<p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavan kotisairaala hoito parantaa terveystuloksia ja laskee kustannuksia sekä lisää aikaa sairaalaan hoitoon joutumiselle.</p>

Shepperd S., Iliffe S., Doll HA., Clarke MJ., Kalra L., Wilson AD. &Gonçalves- Bradley DC. 2016.	Admission avoidance hospital at home (Re- view).	Kirjallisuuskat- saus, eri tietö- kannat maalis- kuuhun 2016 asti	Kotisairaala on vaihtoehto sairaalahoidolle tietyille ryh- mälle ikäihmisiä.
Shepperd S., Gonçalves- Bradley DC., Straus SE. &Wee B. 2016.	Hospital at home: home- based end-of- life care (Re- view).	Kirjallisuuskat- saus, eri tietö- kannat vuo- teen 2015 asti	Saattohoidossa olevat ihmi- set haluavat kuolla mie- luummin kotona.
Singh R.,Ro- wan J., Burton C.,Galletly C.2010	How effective is a hospital at home service for people with acute mental ill- ness?	Kaikki vuoden aikana kotisai- raalahoitoa saaneet mie- lenterveyson- gelmistä kärsi- vät 111 poti- lasta Ade- laidessa, poti- laat arvioitiin käyttämällä erilaisia mitta- reita	Yleisin diagnoosi mieliala- häiriö, kesimääräinen aika kotisairaalassa 17 päivää, käyntejä n. 22 yhdellä poti- laalla, 20% joutui sairaa- laan.

Toofany, S. 2008.	Hospital at home: a resur- gence.	tutkii kotisai- raalajärjestel- miä, niiden ke- hitystä ja mah- dollisia tule- vaisuuden vaihtoehtoja	Kotisairaallalla on tärkeä rooli hoidettaessa kroonisia sairauksia ja estää tarpeet- tomia sairaalaan joutumi- sia.
----------------------	---	---	---

6.2 Aineiston arviointi ja analysointi

Politin ja Beckin 2010 mukaan kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto kuvataan ja alkuperäistutkimusten laatu arvioidaan. Evansin (2008) mukaan käytetään arviointikriteerejä ja tarkistuslistoja aina kun mahdollista. Integroivaan kirjallisuuskatsaukseen tarkistuslistamaiset työkalut eivät aina ole kuitenkaan sovellettavissa, koska tavoitteena voi olla analysoida käsitteen määrittelyä aiemmissä tutkimuksissa kuin analysoida eri menetelmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Olennaista on selvittää, millaisia lähteitä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016,112.)

Whittemore ja Knafel 2005 määrittelevät, että integroivan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysin tavoitteena on tasapuolinen ja huolellinen katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten ja teoreettisten aineistojen tulosten tulkinta ja yksittäisten tulosten synteesi. Flinkman ja Salanterä 2007 mukaan ennen katsauksen suorittamista tehty hyvä suunnitelma aineiston analysoinnille voi osaltaan ehkäistä virheitä, koska analysointivaihe on virheille alttein ja kaikkein vaikein katsauksen vaihe. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016,112.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksillä haetaan tietoa laadulliseen tutkimusongelmaan ja siksi tutkimusaineisto analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, joka tiivistää kerätyn aineiston ja jonka avulla analysoidaan ja kuvataan erilaisia aineistoja kadottamatta niiden sisältämää informaatiota. Aineistoa analysoidaan ensimmäisenä on rajattava tarkkaan, mitä aineistosta halutaan selvittää. Tutkimuksen tarkoitus, tutkimusongelma tai tutkimustehtävät ohjaavat aineiston valintaa. Toisessa vaiheessa aineisto käydään läpi ja merkitään ne

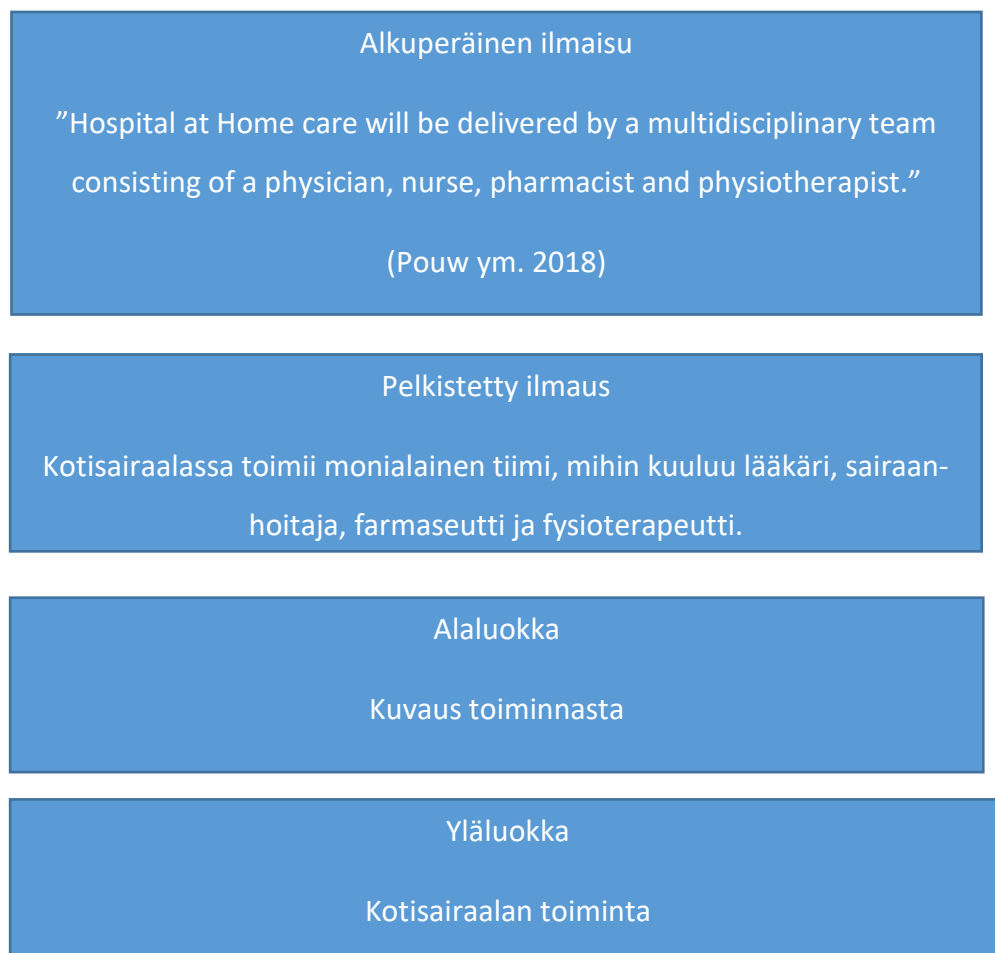
asiat, jotka ovat relevantteja tutkimuksen tarkoituksen kannalta. Tämän jälkeen aineisto luokitellaan, teemoitetaan tai tyypitetään eli aineisto ryhmitetään ja pilkotaan erilaisten aihepiirien mukaan. Tätä menetelmää käytetään paljon analysoitaessa hoitotieteen tutkimuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003,23; Tuomi & Sarajärvi 2012,91-93.)

Eskola (2001;2007) jakaa laadullisen aineiston analyysin teoria- ja aineistolähtöiseen analyysiin. Teorialähtöinen analyysi perustuu johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin eli aikaisempi viitekehys ohjaa aineiston analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2012,95,97,113.) Tässä opinnäytetyössä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Politin ja Hunglerin (1997) sekä Burns ja Groven (1997) mukaan ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai useita lauseita. Analyysiyksiköt, jotka eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja, valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, jolloin aikaisemmilla havainnoilla tai tiedoilla tutkittavasta ilmiöstä ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin lopputuloksen tai toteuttamisen kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95,110.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan kolmevaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisenä aineisto pelkistetään eli redusoidaan, sitten aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan ja viimeiseksi luodaan teoreettiset käsitteet eli aineisto abstrahoidaan. Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä ja aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Aineistosta etsitään tutkimuskysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka voidaan merkitä esimerkiksi erivärisillä kynillä. (Tuomi & Sarajärvi 2012,110.)

Hämäläisen (1987), Deyn (1993) ja Cavanaghin (1997) mukaan aineiston ryhmitelyssä aineistosta nostetut ilmaukset eli koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Sitten käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä vastaavalla käsitteellä. Näin aineisto tiivistyy ja ryhmittelyn avulla luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen rakenteelle. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 110.)

Ryhmittelyn jälkeen Hämäläisen (1987), Deyn (1993) ja Cavanaghin (1997) mukaan aineisto abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet ja erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Abstrahointi jatkuu luokitusten yhdistelemisellä niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Hämäläisen (1987) mukaan abstrahointi on prosessi, jossa muodostuu kuvaus tutkimuskohteesta tutkijan tekemien yleiskäsitteiden avulla. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan alkuperäisaineistoon muodostettaessa uutta teoriaa. Luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet ja niiden sisällöt kuvataan tuloksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 111-112.) Kuviossa 6. kuvataan esimerkillä tämän opinnäytetyön sisällön analyysin eteneminen.

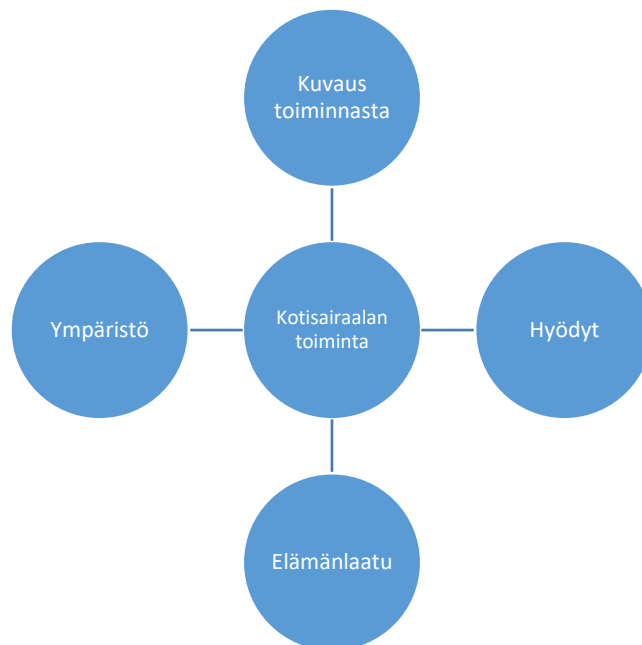


Kuvio 6. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä tässä opinnäytetyössä

7 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla kotisairaalan toimintaa Suomessa ja kansainvälisesti tarkasteltuna sekä sitä, miten kotisairaala tukee ikäihmisen kotona asumista. Suomessa toimintaa on tutkittu suhteellisen vähän, vaikka kotisairaala toimii usealla paikkakunnalla. Vaikka kotisairaala on kehitetty perinteisen sairaalahoidon rinnalle, tutkittua tietoa kotisairaalatoiminnan tehokkuudesta löytyy vähän (Singh ym. 2010). Kirjallisuuskatsauksessa ei noussut esiin valmiita toimintamalleja tai hoitotyön toimintamalleja kotisairaalasta vaan kuvailtiin, miten kotisairaala toimii eri maissa, miksi kotisairaala on hyödyllinen, millaista hoitoa kotisairaala tarjoaa sekä minkälaista sairautta sairastaville kotisairaala on hyödyllinen. Nämä tulokset ryhmiteltiin alaluokiksi, jotka esitellään kuviossa 7.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta kotisairaalan toimintaa kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna sekä kotisairaala ikäihmisten kotona asumisen tukena alaluokkia löytyi neljä. Kotisairaalan toimintaa esitellään kappaleessa 7.1 ja kotona asumisen tukemista hyötyjen, elämänlaadun ja ympäristön näkökulmista kappaleessa 7.2.



Kuvio 7. Kotisairaalan toimintaa kuvaavat alaluokat

7.1 Kuvaus kotisairaalan toiminnasta

Kotisairaalaa toteutetaan eri maissa eri tavalla ja kuvaillaan usealla eri termillä. Englannissa kotisairaalaa kutsutaan ”hospital at home” (HAH) ja muissa maissa ”hospital in the home” (HITH) (Halonen, 2012, 13; Toofany, 2008). Suomessa kotisairaaloimintaa voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidon tai terveyskeskussairaalan alaisuudessa lääkärijohtoisesti. Yhteistä kaikille kotisairaaloille on, että toimintaperiaatteet ovat hyvin samansuuntaisia kotiin annettavaa tai kotiin verrattavissa olevaan hoitopaikkaan annettavaa ympärivuorokautista sairaalatasoista hoitoa, joka voisi vaatia sairaalahoitoa. (Halonen, 2012, 13.)

Lehtola (2018) kuvaa artikkelissaan kotisairaaloimintaa Helsingissä, jossa toimii neljä erillistä kotisairaalaa. Potilaspaikkoja ja työntekijöitä on yhteensä 100. Suurin ryhmä hoidettavia on syöpää sairastavat asiakkaat. Osalle annetaan aktiivihoidoja, mutta suurimmalle osalle tarjotaan palliatiivista hoitoa. Hyvän kivunhoidon lisäksi oloa voi helpottaa kotona tehtävillä pleura- ja askitespunkioilla. Kotisairaalan potilaista noin 30-50% sairastaa jotain infektiotautia ja heille voidaan antaa suonensisäistä antibioottia. Kotisairaalan asiakkaaksi voi tulla päivystyspolilta tai vuodeosastolta, jos potilaan vointi sen sallii. Lehtola toteaa, että asiakkaalla täytyy olla diagnoosi valmiina ennen kuin tulee kotisairaalaan. (Lehtola 2018.)

Hollannissa kotisairaalassa toimii moniammatillinen tiimi, joka koostuu lääkäristä, hoitajasta, farmaseutista ja fysioterapeutista. Muita ammattilaisia voidaan hyödyntää kotisairaalassa riippuen potilaan tarpeista. Kotisairaالاتiimi työskentelee sairaalan alaisuudessa ja sitä voi konsultoida vuorokauden ympäri. Kotisairaالاتiimi noudattaa sairaalan hoitotyön periaatteita ja toimintaohjeita. Ennen kotisairaalaan pääsyä asiakkaat ovat yhden yön sairaalassa, sillä välin kotisairaالاتiimi tekee järjestelyt, siirtää tarvittavat laitteet asiakkaan kotiin ja sitten asiakas voi siirtyä kotiin. Kotisairaalassa voidaan antaa esimerkiksi suonensisäisiä nesteitä ja lääkkeitä. Kotisairaalan lääkäri käy joka arkipäivä asiakkaan luona ja lääkäri sekä hoitaja ovat valmiudessa tarvittaville hälytyskäynneille. Toimenpiteet joita ei voida tehdä kotona, järjestetään niin, että asiakkaan tarvitsee olla vain vähän aikaa sairaalassa. Asiakas voi olla kotisairaalassa niin kauan kuin on tarpeen. (Pouw ym. 2018.)

Ranskassa toimii kotisairaalaorganisaatio Santélys Association, joka tarjoaa sairaanhoitoa laajalle alueelle, jossa asuu miljoona ihmistä. Kotisairaalan monialaiset hoitotiimit voivat hoitaa jopa 140-160 potilasta. Alue on jaettu maantieteellisesti neljään osaan, jota hoitaa hoitotiimi. Hoito on pääosin palliatiivista hoitoa, täsmähoitoa tai kuntoutusta. Joka työvuoro kestää noin 7 tuntia, sisältäen aamun viiden tunnin kierroksen ja iltapäivän parin tunnin toimistotyön. Hoitotiimin hoitajat käyvät harvoin iltapäivällä potilaiden luona, vaan silloin valmistelevat seuraavan päivän työt ja kirjaa- vat potilaiden voinnin. Jokaisella hoitajalla on omat potilaat ja kierrot on suunniteltu taululle sarakkeisiin, jonka mukaan hoitajat kierroksensa tekevät. Työt pyritään suunnittelemaan samalle alueelle. Hoitajat ajavat viikossa noin 300km. Heillä on käytössä GPS:llä varustettu auto ja "hands free" puhelin. (Cœugnet ym. 2015.)

Lee ym. 2017 kuvaavat Lontoossa "@home service" kotisairaala palvelua. Palvelu tarjoaa akuuttia sairaanhoitoa potilaan kotona esimerkiksi keuhkokuumeen hoitoon. Palvelu tukee aiempaa nopeammin sairaalasta kotiutumista, ehkäisee sairaalaan joutumista sekä tarjoaa yöhoitoa palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille. "@home service" tarjoaa moniammatillista hoitoa. Päivittäisiä käyntejä voi olla jopa neljä kertaa päivässä 3-7 päivän ajan. Tiimi voi hoitaa esimerkiksi ihotulehduksia, keuhkoah- taumatautia, epätasapainossa olevaa diabetesta, keuhkokuumetta, sydämen vaja- toimintaa, haavoja, pyelonefriittiä sekä antaa palliatiivista hoitoa ja nesteyttää suo- nensisäisesti. "@home service" hoitaa myös potilaat, jotka kieltäytyvät sairaalaho- idosta, olettaen, että potilas on asiallinen, vaikka sairaalahoito olisi paras vaihtoehto. (Lee ym. 2017.)

Yleisimmät infektiot joita kotisairaalassa hoidetaan ovat ruusu, munuaisaltaan tuleh- dus ja keuhkokuume (Lehtola 2018). Kotisairaala on tehokas ja turvallinen mielenter- veysongelmista kärsiville ja sydänlappätulehdusta sairastaville (McMahon ym. 2008; Singh ym. 2010). Kotisairaala palveluita käytetään keuhkoah- taumataudin pahenemis- vaiheessa, kotona tehtävissä hemodialyydeissä, kotisairaala tarjoaa palliatiivista hoi- toa syöpään sairastuneille. Keuhkoah- taumatauti on yksi yleisimmistä pitkäaikaissai- rauksista maailmanlaajuisesti ja sairaalahoitoon joutumisen syy. (Toofany 2008.) Jeppesen ja muut (2012) tutkivat toipuuko keuhkoah- taumataudin pahenemisesta pa- remmin kotona kuin sairaalassa. Hoitajat kävivät suunnitellusti potilaan kotona siihen asti, kun potilas oli täysin toipunut. Tuloksien mukaan muutama potilas jouduttiin

siirtämään sairaalaan kotisairaalahoitoon aikana. Merkittävää eroa elämänlaatuun ei ollut kotisairaalahoitolla verrattuna sairaalahoitoon, mutta potilaat halusivat hoitoa mieluummin kotona. Tutkijat tulivat siihen johtopäätökseen, että suurimmalle osalle keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen hoito ei sovi kotisairaalassa. (Jeppesen ym. 2012.)

Kotisairaalapalveluiden saamiselle on luotu kriteerit ja kotona ei voida hoitaa ketä tahansa. Singh ja muut (2010) tutkivat kuinka tehokas kotisairaalahoito on mielenterveysongelmista kärsiville. Pääsyaatimuksena kotisairaalahoitoon oli, että asiakkaiden pitää olla vapaaehtoisia, kotiympäristö ei saa olla myrkyllinen ja perhe sekä potilas hyväksyvät kotisairaalahoitoon. (Singh ym. 2010) Huolellinen potilaiden valinta osoittautui tärkeäksi hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi, jotka saavutettiin yhdenmukaisilla kotisairaalan pääsyaatimuksilla. (McMahon ym. 2008.)

Dowell ym. (2017) tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikki kotisairaalat eivät tarjoa palveluitaan 24 tuntia vuorokaudessa. Vaikka ihmiset elävät pidempään ja krooniset sairaudet yleistyvät, tarvetta olisi vuorokauden ympäri olevalle kotisairaalalle. Englannissa Gloucestershiressä toimii ”Rapid response” (RR) tiimi, joka tarjoaa yksilöllistä ja kattavaa palvelua 24 tuntia vuorokaudessa. Potilaita rekrytoidaan kotoa, ensiavusta ja lyhytaikaisosastoilta. Käyntiajat suunnitellaan yksilöllisesti ja hoitoa voidaan antaa hyvinkin akuutisti sairastuneille. Hoitajan asiakkaan luona viettämä aika vaihtelee hoidon tarpeen mukaan. (Dowell ym., 2017.)

7.2 Kotisairaala kotona asumisen tukena

Yli 75-vuotiaiden hoito kotisairaalassa toi merkittäviä kustannussäästöjä ja kotisairaalahoito oli melkein neljäsosan halvempaa kuin sairaalahoito (Dowell ym. 2017). Qaddoura ja muut (2015) tutkivat kotisairaalan tehokkuutta sydämen vajaatoiminnasta kärsiville potilaille. Sairaalakomplikaatioita ja haittatapahtumia oli vähemmän kotisairaalassa, potilaiden toimintakyky parantui ja potilaiden ja henkilöstön tyytyväisyys lisääntyi. Toiminta oli kustannustehokasta ja rahaa säästävää. Kotisairaala ei kuitenkaan merkittävästi hidastanut sydämen vajaatoiminnasta kärsivän potilaan sairaalaan joutumista ja kuolleisuutta. Kotisairaala voi olla hyödyllinen pitkälle kehittyneen sydämen vajaatoiminnan hoidossa, ei niinkään akuutissa vaiheessa. (Qaddoura ym.

2015) Kotisairaala on turvallinen ja joustava, joka tuottaa hyviä hoitotuloksia. Leen ym. 2017 tutkimuksessa ”@home service” tiimi oli antanut erinomaista hoitoa kotona, jolloin ikäihmisen ei ollut tarvinnut siirtyä sairaalaan. (Lee ym. 2017.)

Kotisairaala voi tarjota turvallisen ja tehokkaan vaihtoehdon sopiville potilaille perinteisen sairaalahoidon rinnalle. Kotisairaala voi alentaa kustannuksia sekä sairaalahoidon palveluiden painetta. (Gonçalves-Bradley ym. 2017; Singh ym. 2010) Kotisairaalalla on tärkeä rooli pitkäaikaissairauksien hoidossa ja sairaalaan joutumisen ehkäisyssä (Toofany 2008). Kotisairaala on hyödyllinen myös pitkäaikaishoidossa olevan asukkaan infektion hoidossa. (Lehtola 2018.)

Akuutisti sairaalaan joutuminen on stressaavaa erityisesti ikäihmisille. Sairaalahoitoon liittyy usein myös muita vanhuusiän sairauksia kuten sekavuus ja toimintakyvyn menetys. Pitkään sairaalassa ollut ikäihminen usein nukkuu päivän ja viettää sängyssä jopa 20 tuntia vuorokaudesta. Pouw ja muut (2018) arvioivat kotisairaalan toimivuutta tiedollisten toimintojen heikkenemisestä kärsivillä ikäihmisillä Hollannissa. Kotisairaala on vasta hiljattain tullut hyväksytyksi siellä vaihtoehtona sairaalahoidon rinnalle ja siellä edistetään nyt aktiivisesti ikäihmisten kotona asumista niin pitkään kuin he haluavat. Vaihtoehdolla sairaalahoidolle on positiivinen vaikutus potilaan tyytyväisyyteen. Kotisairaalassa on tehokasta ja turvallista hoitaa vaativammankin tason potilaita pienemmillä kustannuksilla. (Pouw ym. 2018.)

Halonen (2012) kuvailee tutkimuksessaan asiakkaiden kokemuksia kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen yhteydessä toimivassa tehostetussa kotisairaanhoidossa. Asiakkaat olivat saaneet tietoa hyvin sairaudestaan ja sen hoidosta ja kotiutuminen oli tuntunut turvalliselta. Noin puolet tutkimukseen osallistuneista oli kokenut saaneensa osallistua hoitonsa suunnitteluun. Mutta ne vastaajat, joille oli järjestetty hoidonsuunnittelupalaveri, kokivat muita enemmän, etteivät olleet voineet osallistua omaan hoitoonsa. Toisaalta taas asiakkaat kokivat, että hoidon suunnittelussa otettiin huomioon heidän elämäntilanne. Hoitajat kuuntelivat asiakkaan mielipidettä ja huomioivat yksilölliset tarpeet. Turvattomuuden kokemuksia syntyi, jos ei saanut tarpeeksi tietoa sairaudestaan, kotona oleminen oli epävarmaa ja jos apua ei saanut riittävän nopeasti. Koti hoitoympäristönä koetaan turvalliseksi ja luotamukselliseksi (Halonen 2012, 57). Ikäihmiset ovat usein halukkaita pysymään kotona, koska aikaisemmat sairaalassa olot esimerkiksi infektioiden pelko, yksityisyyden

puute ja eristys sekä kodin mukavuuksien puuttuminen, vaikuttavat heidän päätöksen tekoon. Monella näistä asiakkaista on muistisairaus ja akuutisti sairaalaan joutuminen voi vaikuttaa negatiivisesti muistisairauden oireisiin ja ylipäättään fyysiseen terveyteen, joka johtaa pidempiin sairaalajaksoihin ja laitos-/palveluasumiseen oman kodin sijasta. (Dowell ym. 2018) Gonçalves-Bradley ja muut (2017) selvittivät tutkimuksessaan, parantaako nopeampi kotiutuminen sairaalasta kotiin potilaan terveystuloksia ja laskeeko terveydenhuollon kuluja verrattuna sairaalahoitoon. Aikaisemmallalla kotiutumisella ei ollut juurikaan eroa potilaan terveystuloksiin tai takaisin joutumisella sairaalaan, mutta vähentää sairaalassa vietettyjä päiviä ja laskee riskiä joutua laitoshoitoon. (Gonçalves-Bradley ym. 2017.)

Shepperd ja muut (2016) tutkivat, voiko kotisairaalan elämän loppuvaiheen hoito vähentää kuolemia sairaalassa ja mikä vaikutus kotona tehtävällä loppuvaiheen hoidolla on potilaan oireisiin, elämänlaatuun, terveyspalveluiden kustannuksiin ja hoitajiin verrattuna sairaalahoitoon. Ihmiset jotka saivat saattohoitoa, halusivat mieluummin kuolla kotona ja olivat tyytyväisiä kuukauden päästä hoidosta, mutta vähemmän tyytyväisiä puolen vuoden päästä. Terveydenhuollon kustannuksista ei ollut varmaa tietoa. (Shepperd ym. 2016.)

Kun ikäihminen saa hoitoa kotonaan, se on perheenjäsenille vähemmän stressaavaa (Dowell ym. 2018). Singhin ja muiden (2010) tutkimuksessa todettiin, että ikäihmiset pitävät kotisairaalaista enemmän, koska silloin ei tarvitse lähteä omasta kodista sairaalaan. Kotona toipuu nopeammin, mikä tarkoittaa vähemmän aikaa sairaana. Kotona hoitajilla on enemmän aikaa kuunnella potilasta eikä päivittäisiin rutiineihin tule keskeytyksiä. Kotisairaala tukee myös sairastuneen perhettä ja hoitajia. (Singh ym. 2010) Halosen (2018) tutkimuksen mukaan parisuhteessa elävät asiakkaat kokivat hoitajien huomioineen omaista hyvin, johon voi vaikuttaa se, että puoliso osallistui myös asiakkaan hoitoon (Halonen 2018.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Kotisairaala toimii useassa maassa ja siitä käytetään useita eri nimikkeitä (Halonen, 2012, 13; Lee ym. 2017; Toofany, 2008). Yhteistä kaikille Suomessa ja muissa maissa toimiville kotisairaaloille on, että kotiin annetaan sairaalatasoista hoitoa ja hoitoperiaatteet ovat samat kuin sairaalassa. Kriteerit palveluiden piiriin kuulumiselle eli asiakkaan soveltuvuus kotisairaalaan mietitään tarkkaan ja diagnoosi tulee olla selvillä ennen siirtymistä kotisairaalahoitoon. Tulokset vahvistavat aiempaa tietoa siitä, että kotisairaala voidaan toteuttaa monin eritavoin. Yhteistä kaikille on lääkärijohtoinen moniammatillinen tiimi. Lääkäri on tavoitettavissa useassa kotisairaalassa ympäri vuorokauden ja hoitotiimillä on tiedossa yhteystiedot ja tukiosasto kriisitilanteita varten. Hoitotiimiltä vaaditaan moniammatillista osaamista, joustavuutta ja luovuutta erilaisissa olosuhteissa. Jokainen maa on kehittänyt kotisairaalan vastaamaan omia tarpeitaan niillä resursseilla, jotka heillä ovat käytössä. Eri yksiköt tekevät yhteistyötä ja moniammatillista osaamista sekä teknologiaa hyödynnetään. Palveluiden sisältöjä kehitetään vastaamaan lakien ja suositusten vaatimuksia uusilla innovatiivisilla palvelumuodoilla. (Cœugnet ym. 2015; Dowell ym. 2018; Hägg ym., 2007; Kivekäs 2017; Lee ym. 2017; Lehtola 2018, Ollila, 2018; Pouw 2018.)

Suurin osa kotisairaala potilaista on syöpää sairastavia palliatiivista hoitoa saavia ihmisiä (Lehtola 2018). Hyvä kivunhoito ja oireenmukainen hoito ovat ensiarvoisen tärkeää palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevalle. Yhteistä tuloksille ja aiemmille tutkimuksille on, että toive kuolla kotona on suurempi kuin kotona kuoleminen toteutuminen. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat kehittämisen kohteina ja Suomessa Sosiaali- ja Terveysministeriö on julkaissut Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen (2017) – suosituksen, jossa korostetaan kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tuloksissa nousi esille se, että kaikki kotisairaalat tekevät palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kotona, joten kotisairaallalla on keskeinen rooli turvaamalla hyvä kivunhoito, oireenmukainen hoito ja laadukas saattohoito. Kotisairaalan keinoin voidaan tukea kotona asuvaa palliatiivista hoitoa tai

saattohoitoa saavaa ikäihmistä. (Cœugnet ym. 2015; Lee ym. 2017; Lehtola 2018; Saarto ja asiantuntijatyöryhmä, 2017)

Muita kotisairaalassa hoidettavia sairauksia ovat ihotulehdukset, keuhkohtaumatauti, epätasapainossa olevaa diabetes, keuhkokuume, sydämen vajaatoiminta ja pyelonefriitti (Lee ym. 2017). Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen hoito ei tutkimusten mukaan ollut järkevää kotisairaalassa (Jeppesen ym. 2012.) Tulosten perusteella kansallisesti ja kansainvälisesti kotisairaalat hoitavat samoista sairauksista kärsiviä ja pystyvät rajaamaan ulkopuolelle potilaat, joita kotisairaalassa ei voi hoitaa. Kotisairaala on hyödyllinen tuki ikäihmisen infektion hoidossa (Lehtola 2018). Lääkehoito on keskeinen osa kotisairaalatoimintaa. Aiemmissä tutkimuksissa on jo todettu, että infektioiden hoito kotona ehkäisee sairaalainfektioiden syntyä. Tulosten perusteella suonensisäistä lääkehoitoa voidaan antaa kotisairaalassa, jos potilaan vointi sen sallii. Ikäihminen voi jatkaa normaalia elämäänsä kotona ja toimintakyky ei laske sairastumisen vuoksi. Kotisairaalalla on tärkeä rooli hoidettaessa kroonisia sairauksia ja näin ollen estää toimintakyvyn heikkenemistä ja tarpeettomia sairaalaan joutumisia. (Dowell, 2017; Kivekäs, 2017; Lehtola, 2018; Toofany 2008.)

Tähän työhön valitut tutkimukset osoittivat, että kotisairaalahoido laskee kustannuksia verrattuna sairaalahoitoon, mutta terveystuloksilla ei ollut suurta eroavaisuutta oliko asiakas sairaalassa vai kotisairaalassa. Kustannustehokkuus tulee sairaalahoitojen välttämällä tai lyhyemmällä sairaalahoitajaksoilla. (Shepperd ym. 2016) Kotisairaalahoido on turvallista, vastuullista ja joustavaa hoitoa (Lee ym. 2017). Kansainvälisesti aihetta on tutkittu, näkökulma niissä on kustannusten vertailussa ja tehokkuudessa. Yllättävää oli se, että tutkimuksia etsiessä, löytyi vähän tutkittua tietoa tai ohjeistusta kotisairaalassa tehtävästä hoitotyön toiminnan sisällöstä. Kotisairaalatoimintaa kuvaavaa suomenkielistä hoito- ja lääketieteellistä kirjallisuutta on tuotettu vähän, vaikka kotisairaalatoimintaa on ollut jo 1990-luvun alusta. (Ollila, 2018; Saarelma 2005)

Kotisairaalan hoito on yksilöllisistä ja toteutetaan hoitosuunnitelman mukaan. Tulokset vahvistavat aiempia tutkimustuloksia sillä, että kotisairaala tukee ikäihmistä kotona asumisessa ja kotiympäristön merkitys elämänlaadulle on huomattava (Hägg ym. 2007; Ollila, 2018; Shepperd ym., 2009). Koti hoitoympäristönä koetaan turval-

liseksi ja luottamukselliseksi. Turvallisuutta lisää myös se, että ikäihminen sai osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Kun ikäihminen sairastuu, se on stressaavaa ja voi aiheuttaa sekavuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä. Pitkään sairaalassa ollut viettää suurimman osan päivästä sängyssä. Kotona hoidon saaminen pitää yllä toimintakykyä, parantaa elämänlaatua ja vähentää riskiä joutua laitoshoidon. (Dowell ym. 2018; Hägg ym. 2007; Gonçalves-Bradley ym. 2017; Ollila 2018; Shepperd ym. 2009.)

Yleisesti tutkimuksia katsottuna kotisairaalan asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Ikäihmiset pitivät kotisairaalaista enemmän, koska silloin ei tarvitse lähteä muualle hoitoon ja kotona myös toipuu nopeammin sekä säilyttää omat arkirutiinit. (Dowell ym. 2018; Singh ym. 2010). Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että ikäihmiset ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kotona kuin sairaalassa. Kotisairaalassa hoito on inhimillisempää ja hoito ehkäisee laitostumista. (Hägg ym., 2007; Ollila, 2018; Shepperd ym., 2009.)

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä noudatettiin Suomen Akatemian tutkimuseettisiä ohjeita (2008), johon opinnäytetyön uskottavuus perustuu. Hyviin tieteellisiin tutkimuskäytäntöihin kuuluu, että tutkija noudattaa rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä, käyttää kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimustuloksia julkistaessa ja raportoitaessa. Eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin tieteellisessä työssään. Tutkimus pyrittiin raportoimaan rehellisesti ja avoimesti tutkimusetiikkaa noudattaen. Toisaalta eettisiin ratkaisuihin vaikuttavat tutkimuksen tulokset, jolloin tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut ovat yhtä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 125, 132-133, 140-142)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena, jossa korostuu sisäinen johdonmukaisuus eli johdanto, teoriaosa, tutkimuksen kohde ja tarkoitus, aineiston keruu ja analysointi sekä pohdinta vastaavat toisiaan. Opinnäytetyö tehtiin integroivana kirjallisuuskatsauksena ja tehdessä noudatettiin kirjallisuuskatsauksen tekemisen ohjeita. Tutkimuksessa tulee olla riittävästi tietoa ja tutkimuksen tulee olla selkeä kuvaus tutkitusta ilmiöstä. Aineiston vähyyden sekä tutkijan kokemattomuuden

ei annettu vaikuttaa raportointiin, lähdeviitteet ja lähteet merkittiin tarkasti. Aineisto antoi vastauksia tutkimuskysymyksiin ja se tukee katsauksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 125, 132-133, 140-142)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen ei ole tarvinnut tutkimuslupaa, koska siihen ei ole osallistunut henkilöitä, vaan tutkimus on teoreettista. Aineisto on kerätty eri tietokannoista kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti. Aineisto oli hyvin niukka ja työtä vaikeutti, että melkein koko aineisto oli englanninkielinen. Opinnäytetyössä on pyritty kääntämään kaikki englanninkielinen teksti mahdollisimman todenmukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen prosessin eteneminen on kuvattu tarkasti, joka kohentaa tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2007). Tarkoituksenmukaisten tietokantojen ja hakusanojen löytämiseksi käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston asiantuntijaa apuna. Alkuperäistutkimukset valittiin systemaattisella tiedonhaualla, ja analysoitiin aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla. Tutkimustulokset kerrottiin totuudenmukaisesti, tutkimustuloksia arvioitiin, että vastaavat tutkimuskysymyksiin. Pohdinnassa tuloksia verrattiin aiempaan tietoon ja tutkimuksiin.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö toi esiin sen, että kotisairaaloiden toimintaa on tutkittu vähän. Toimintaa on kehitetty ja on luotu erilaisia malleja, mutta kotisairaalan hoitotyön toiminnan sisältöä ei ole tarkennettu. Kotisairaala toimii erilaisten nimikkeiden ja organisaatioiden alla eri maissa ja toiminta on lähes samanlaista. Tuloksista nousee esille, että kotisairaalamalleja on yhtä paljon kuin on kotisairaaloita. Jokainen maa on kehittänyt kotisairaalan vastaamaan omia tarpeitaan niillä resursseilla, jotka heillä ovat käytössä. Eri yksiköt tekevät yhteistyötä ja moniammatillista osaamista sekä teknologiaa hyödynnetään. Tavoitteena kaikille maille on kustannuksien väheneminen. Palvelurakennemuutosten myötä on kiinnitetty enemmän huomiota siihen, että ikäihmiset saisivat olla kotona elämän loppuun asti ja palvelut tuodaan kotiin. Tähän kotisairaala on hyvä tuki. Jatkotutkimusehdotuksena on, että kotisairaaloiden hoitotyön toiminnan sisällöt selvitettäisiin sekä tutkittaisiin, miten kotisairaala vaikuttaa ikäihmisen elämänlaatuun.

Kotisairaalahoittoa voidaan toteuttaa monin eritavoin, yhteistä on kuitenkin lääkärijohtoinen moniammatillinen tiimi ja yhteiset toimintaperiaatteet sekä kriteerit siirtyä kotisairaalahoittoon. Useassa paikassa kotisairaalahoittoa on ympärivuorokautista ja niissä missä ei ole, on kehitetty muita toimintamalleja palvelemaan, että ikäihmiset saisivat olla kotona, vaikka sairastaisivatkin. Jos ei ole mahdollista ympärivuorokautiselle kotisairaalahoittoa, voiko hyödyntää esimerkiksi ensihoitoa tai yksityisiä kotisairaaloita? Kotisairaalan kustannuksia on tutkittu ja tutkimusten mukaan näyttäisi olevan kustannustehokasta, mutta jos käyntejä on useita päivässä, onko kotisairaalahoittoa silloin kustannustehokasta? Tärkeintä on, että kotiin vietäviä palveluita vahvistetaan ja kotisairaala tukee tätä suuntausta.

Lähteet

Beck, J., Kelly, J., Wilkinson, A., Cvorov, V. & Chinn, D 2016. Hospital at home – The five model: an effective, cost-saving, alternative to acute hospital admission for the frail elderly population. Oxford academic. Age and ageing, British Geriatrics Society. viitattu 13.11.17 <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afw024.15>

Cœugnet, S., Forrierre, J., Naveteur, J., Dubreucq, C. & Anceaux, F. 2016. Time pressure and regulations on hospital-in-the-home (HITH) nurses: An on-the-road study. Applied Ergonomics. May 2016, Vol. 54, p110-119. 10p. viitattu 1.6.2018. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5le46bJPta21TLOk63nn5Kx95uXxjL6srUqtqK5Jtpa0UrCnuE2ulr9lpOrweezp33vy3%2b2G59q7TLGmtky2rrE%2b6tfsf7vb7D7i2Lt55N6kjN%2fdu1nMnN%2bGu6evSrWqsU22q6R%2b7ejrefKz5I3q4vJ99uoA&vid=4&sid=cb7f3dc8-a800-4c2f-8ae3-224f186b2315@sessionmgr102>

Dean, E. 2013. Integrated care is here and it works. Nursing Standard (NURS STAND). Vol 28 No 1/2013. Viitattu 8.5.2017. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=8b979bb6-f353-402d-8607-c81612a8acb3%40sessionmgr103>

Dowell, S., Moss, G. & Odedra, K. 2018. Rapid response: a multiprofessional approach to hospital at home. British journal of nursing. viitattu 1.6.2018 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1c9b192e-492f-44b0-a97e-91bc19d817c2%40sessionmgr101>

Eloranta, S., Routasalo, P. & Arve, S. 2008. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. Turku. Viitattu 5.3.2016 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/detail/detail?sid=4f9657d6-1752-4160-afe0-a4b19a5a5004%40sessionmgr111&vid=27&hid=116&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105559292&db=c8h>

Findikaattori. Tilastokeskus & valtioneuvoston kanslia. Väestön ikärakenteen kehitys. Verkkojulkaisu. Päivitetty 1.4.2016. Viitattu 19.3.2017. <http://www.findikaattori.fi/fi/81>

Gonçalves-Bradley, DC., Iliffe, S., Doll, HA., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, SH. & Shepperd, S. 2017. Early discharge hospital at home (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD000356. viitattu 1.6.2018. <http://cochranelibrary-wiley.com.ezproxy.jamk.fi:2048/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub4/epdf>

Halonen, M. 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito: Asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Pro Gradu tutkielma. Itä Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120447/urn_nbn_fi_uef-20120447.pdf 13,57.

- Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Toim. Heinola, R. 2007. Stakes. 36-42.
- Hilli, J. 2018. Yksityinen kotisairaala Turussa. Teoksessa Kotisairaala. Toim. Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.16-17.
- Hotus. 2013.Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. viitattu 14.5.2017. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>
- Hyvän saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksen. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 139-149.
- Hänninen, J. 2013. Saattohoito kotona vaatii monenlaista tukea. Lääkärilehti 36/2013 vsk 68. viitattu 11.5.2017. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/saattohoito-kotona-vaatii-monenlaista-tukea>
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Keuruu: Edita. 10-30,72-74,177-180, 261-262.
- Iäkkäiden palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. viitattu 5.3.2017. <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>
- Jeppesen, E., Brurberg K., Vist, G., Wedzicha, J., Wright, J, Greensote, M. &Walters, J.2012. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Review). www.cochranelibrary.com viitattu 20.5.2018. <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003573.pub2/full>
- Jussila, T. & Lahtinen, E-L. 2010. Infektioiden torjunta kotisairaanhoidossa. Teoksessa Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Toim. Anttila, V-J. , Hellstén, S. , Rantala, A. , Routamaa, M. , Syrjälä, H. & Vuento, R. 6. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 389,392.
- Kajander- Unkuri, S. & Sulosaari, V. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin ja R. Suhonen. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 107- 117.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy 133.
- Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi.2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 26.3.2017 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 254.
- Kivekäs,E. ,Toppinen, E.,Kokki, H.,Mäntyselkä, P.,Kinnunen, U-M., Huusko, J.,Saranto, K. 2017. Infuusiohoidot turvallisesti kotona – selvitys älykkään teknologian

mahdollisuuksista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. FinJeHeW 2017;9(2–3) . viitattu 13.11.17
<https://journal.fi/finjehew/article/view/60996/25456>

Kuntalaki.10.4.2015/410. Finlex. Viitattu 17.3.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150410#L2P7>

Kuoleva potilaan oireiden hoito (online). Käypähoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim,2012 (viitattu 10.4.2017) Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede Vol. 18, no 1/-06. 37.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki. Viitattu 17.3.2017
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki. Viitattu 13.11.2017
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Finlex. viitattu 26.3.16
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY. 23.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen-käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.261-264.

Lee, G., Pickstone, N., Facultad, j. & Titchener K. 2017. The future of community nursing: Hospital in the Home. British Journal of Community Nursing. April 2017 Vol 22, No 4.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=9250a0d3-ff30-451c-b7c7-c5bb688373e8%40sessionmgr4010> viitattu 1.6.2018.

Lehtola, L. 2018. Infektioiden hoito ja hoitoon liittyvät infektiot kotisairaalaissa. Suomen sairaalahygienialehti 2018. vol 36 nro 1, s.8-11. viitattu 1.6.2018.
http://ssh.y.fi/data/documents/lehdet/18_1.pdf018.

Lähteenmäki, K. 2018. Akuutti kotikeskus ja sairaala kotona-Porin perusturva. Teoksessa Kotisairaala. Toim. Pöyhiä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.21-23.

Martinsson, U. & Von Heideman, A. 2018. Kotisairaahoito ja palliatiivinen hoito Uppsalassa, Ruotsissa. Teoksessa Kotisairaala. Toim. Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 13-14.

McMahon, J., O'Keeffe, J. The Victorian HIHT Outcomes Study Group & Lindsay, G.M. 2008. Is hospital-in-the-home (HITH) treatment of bacterial endocarditis safe and effective? *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 2008; 40: 40-43. viitattu 1.6.2018.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7d41f19b-f285-46ea-bffa-568e185e3884%40sessionmgr4009>

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki. International Methelp Oy. 47-48.

Muistisairaudet (online). Käypähoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 26.3.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Myllärinen, T. 2016. Sote-palvelurakennemuutos. Hallituksen tarkentavat linjaukset. www.kunnat.net/sote-uudistus

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

Palliatiivinen hoito. 2015. Valvira. viitattu 10.4.2017.

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/palliatiivinen-hoito

Palliative care. 2015. World Health Organization (WHO). viitattu 10.4.2017.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

Pouw, MA., Calf, AH., van Munster, BC., ter Maaten, JC., Smidt, N. & de Rooij, SE. 2018. Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* 2018;8:e020332.

doi:10.1136/bmjopen-2017-020332. viitattu 1.6. 2018.

<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/3/e020332.full.pdf>

Qaddoura, A., Yazdan-Ashoori, P., Kabali, C., Thabane, L., Haynes, R-B., Connolly, S.J. & Van Spall, J. 2015. Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. viitattu 1.6.2018.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b8e8e761-5cd7-4df5-b76d-551be6afa84f%40sessionmgr4006>

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 2005 vol 121 No. 2. viitattu 10.5.2017.

<http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/lehti/2005/2/duo94746>

Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatu-kriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita

2017:44.Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 27.9.2018.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>. 6-15.

Shepperd, S., Doll, H., Angus, R.M., Clarke, M.J., Iliffe, S., Kalra, L., Aimonio Ricauda, N., Tibaldi, V. & Wilson, A.D. 2009. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Canadian Medical Association or its licensors CMAJ* 2009;180(2):175-82. Viitattu 24.4.2017. <http://www.cmaj.ca/content/180/2/175.full.pdf+html>

Shepperd S., Iliffe S., Doll HA., Clarke MJ., Kalra L., Wilson AD. & Gonçalves-Bradley DC. 2016. Admission avoidance hospital at home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD007491. viitattu 1.6.2018.
<http://cochranelibrary-wiley.com.ezproxy.jamk.fi:2048/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub2/epdf>

Shepperd S., Gonçalves-Bradley DC., Straus SE. & Wee B. 2016. Hospital at home: home-based end-of-life care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD009231. viitattu 1.6.2018. <http://cochranelibrary-wiley.com.ezproxy.jamk.fi:2048/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub2/epdf>

Singh, R., Rowan, J., Burton, C. & Galletly, C. 2010. How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australasian Psychiatry*. Vol 8, No 6 viitattu 1.6.2018
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=d3b2aca2-b890-4b60-a621-792cb010e3c0%40sessionmgr4009>.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Hankkeet ja säädösvalmistelu. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) Viitattu 6.3.2017 <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön strategia. Julkaisuja. STM 2011:1. Helsinki. Viitattu 5.3.2017.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>

Suhonen, R., Axelin, A. Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Toim. M. Stolt, A. Axelin ja R. Suhonen. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 7-8.

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Finlex. Viitattu 17.3.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 19.3.2017]. Saantitapa:
<http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>

Tepponen, M. 2018. Liikkuvan palvelun toimintamalli Etelä-Karjalassa. Teoksessa *Kotisairaala*. Toim. Pöyhiä, R., Güldogan, E. & Vanhanen, A. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23-25.

Terveystieteiden ministeriö. 30.12.2010/1326. Finlex. Viitattu 17.3.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Iäkkäiden toimintakyky. Päivitetty 10.5.2016. Viitattu 19.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa (I&O) I&O-kärkihankkeen kokeilut. Viitattu 6.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kehitetaan-ikaihminen-kotihoitoa-ja-vahvistetaan-kaiken-ikaisten-omaishoitoa-i-o->

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kunta edistää iäkkäiden hyvinvointia. 22.2.2017. Viitattu 18.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/kunta-edistaa-iakkaiden-hyvinvointia>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Päivitetty 4.10.2016. Viitattu 20.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Tilvis, R. 2016. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Geriatria. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 58-64.

Toofany, S. 2008. Hospital at home: a resurgence. Primary Health Care. Sep2008, Vol. 18 Issue 7, p20-23. 4p. viitattu 1.6. 2018. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=510122dd-dfea-40d6-9c5b-e2e95c814dfe%40sessionmgr120>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 91-113.

Valvira.2013.Vanhustenhuolto. Julkaistu 27.6.2013. Viitattu 5.3.2017. <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto>