

Markus Kuusisto

## **Tehostetusta Avosairaanhoidosta Kotisairaalaksi**

Opinnäytetyö

Kevät 2013

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma (yAMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen yAMK

Tekijä: Markus Kuusisto

Työn nimi: Tehostetusta Avosairaanhoidosta Kotisairaalaksi

Ohjaaja: Sirkka-Liisa Palomäki, Yliopettaja

Vuosi: 2013

Sivumäärä:

Liitteiden lukumäärä:

---

Väestön ikääntyminen Suomessa on Euroopan nopeinta. Väestön ikärakenteen muutos vaikuttaa palvelujen tarpeen lisääntymiseen. Valtakunnallinen linjaus on panostaa kotona tapahtuvaan hoitoon. Seinäjoen Tehostettu Avosairaanhoito (TAS) on vaihtoehto sairaalassa tapahtuvalle hoidolle. Kotisairaala (hospital at home) tyyppistä toimintaa on ollut Seinäjoella noin viisi vuotta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Seinäjoen Tehostetun avosairaanhoidon toimintaa ja ottaa kantaa siihen, mikä olisi sopiva nimi toiminnalle.

Kehittämistyössä sovellettiin toimintatutkimuksen periaatteita. Aineisto muodostui TAS:n henkilökunnalle tehdystä fokusryhmähaastattelusta ja kaupungin sairaalan hoitohenkilöstölle tehdystä webropol-kyselystä (n=41) sekä TAS:n henkilökunnan kehittämispalavereista. Havainnointipäiväkirja oli osa aineistoa. Aineiston analyysimenetelminä käytettiin sisällön- ja Swot-analyysia.

TAS:n henkilökunnan mukaan suurin osa ongelmista liittyi tunnettavuuteen ja luotettavuuteen. Kaupungin sairaalan henkilökunnan ja TAS:n henkilöstön käsitykset poikkesivat toisistaan. TAS:n toiminta oli melko hyvin tunnettua perusterveydenhuollossa. TAS:n sairaanhoitajien kehittämispalavereissa tuotettiin perustehtävän- ja hoitoprosessin kuvaus sekä toimintaa ohjaavat arvot. Todettiin, että edellä mainituilla prosessin tuotoksilla voidaan vaikuttaa tunnettavuuteen ja luotettavuuteen. Henkilökunnan käsitys yksikön nimestä oli Kotisairaala. Käsitystä tukevat myös muut saadut tulokset ja kirjallisuus.

Perustehtävän- ja hoitoprosessin kuvaus sekä arvot luovat toiminnalle perustan. Edellä mainittu helpottaa kehittämistä tulevaisuudessa. Tuloksia voidaan hyödyntää markkinoitaessa kotisairaala yhteistyökumppaneille ja potilaille laitoshoidon vaihtoehtona.

Avainsanat: tehostettu kotihoito, kotisairaala, toimintatutkimus,

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's degree (UAS) in Social Work and Health Care Master's programme in development and management in Social Work and Health Care

Author/s: Markus Kuusisto

Title of thesis: From Intensified Home Nursing to Hospital at Home

Supervisor(s): Sirkka-Liisa Palomäki, Principal Lecturer

Year: 2013      Number of pages:      Number of appendices:

---

The aging of Finnish population is fastest in Europe. The change of population structure affects the need for public services. The national definition policy is investing in nursing at home. The Intensified Home Nursing in Seinäjoki (TAS) is an alternative for hospital care. Hospital at home as a type of care has been in Seinäjoki for about five years. The purpose of this thesis was to improve the function of Intensified Home Nursing in Seinäjoki and state what would be a suitable name for this function.

The principles of activity analysis were applied to this development work. The data consisted of focus group interviews for the personnel of TAS, webropol - questionnaire (n = 41) for the city hospital personnel and the TAS personnel from developing meetings. The data was analysed using content analysis and swot-method.

According to the TAS personnel, most problems involved knowledge and reliability. The opinion of city hospitals and TAS personnel were different. The function of TAS was quite well known in primary health care. The description of basic tasks and nursing process and values were created in the meetings of TAS personnel. It was discovered that these could affect the knowledge and reliability. The opinion of the personnel about the name was Hospital at Home. This concept was also shared by other results and literature.

The description of basic tasks, nursing process and values creates a ground for functionality. This description eases the improvement in the future. These results can be used in marketing Hospital at Home as an alternative for hospital care to partners and patients.

Keywords: intensified home nursing, hospital at home, activity analysis

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ.....	4
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 TEHOSTETTU AVOSAIRAANHOITO (TAS), KEHITTÄMISEN TARVE JA TAVOITTEET .....	8
3 KOTONA TAPAHTUVA HOITO .....	11
3.1 Kotihoito ja kotisairaanhoito .....	11
3.2 Kotisairaala .....	12
4 KEHITTÄMISTYÖN KYSYMYKSET JA MENETELMÄT .....	16
4.1 Tehostetun avosairaanhoidon tiedossa olevat solmukohdat.....	16
4.2 Lähestymistapana toimintatutkimuksen soveltaminen .....	16
4.3 Kehittämisen menetelmät, aineistojen keruu, kuvaus ja analyysi.....	20
4.3.1 Fokusryhmähaastattelu .....	22
4.3.2 Webropol-kysely.....	23
4.3.3 Aineiston analyysi .....	23
5 KEHITTÄMISEN PROSESSI JA TULOKSET .....	25
5.1 Prosessin käynnistyminen.....	25
5.2 TAS:n toiminta työyhteisön analysoimana.....	25
5.3 Kaupunginsairaalan lääkärin ja sairaanhoitajien näkemys TAS:sta .....	30
5.4 Perustehtävä ja arvot.....	35
5.5 TAS:n hoitoprosessin kuvaus.....	41
5.6 Kehittämisprosessin arviointi.....	45
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	47
LÄHTEET.....	52
LIITTEET .....	56

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Kuvio 1 TAS:iin lähettävät tahot .....	9
Kuvio 2. Toimintatutkimuksen viisi analyysitasoa.....	17
Kuvio 3. Toimintatutkimuksen sykli .....	19
Kuvio 4. TAS:n henkilökunnan yhteinen SWOT-analyysi.....	29
Kuvio 5. Parhaimmiksi koetut informoinnin kanavat TAS:sta .....	33
Kuvio 6. Yhteenveto kehittämisenkohteista kaupunginsairaalan lääkärin ja sairaanhoitajien näkemyksistä .....	35
Kuvio 7. TAS:in perustehtävä ja kumppanuudet mind-map .....	36
Kuvio 8. Asiakaslähtöinen TAS .....	40
Kuvio 9. TAS:n hoitoprosessin kuvaus.....	44
Kuvio 10. Kehittämistyön vetäjän ja kehittäjäryhmän roolien muutokset .....	46
Taulukko 1. Aineistojen keruu ja kuvaus kehittämisprosessin edetessä .....	21
Taulukko 2. Potilaiden suhtautuminen TAS:iin hoitoon siirtymiseen .....	31
Taulukko 3. Yhteistyön kokeminen TAS:n ja oman työyksikön välillä .....	31

## 1 JOHDANTO

Väestörakenne tulee muuttumaan merkittävästi. Tilastokeskus ennustaa, että Suomen väkiluku jatkaa kasvuaan ja ylitämme 6 miljoonan asukkaan rajan 2042, edellyttäen väestönkehityksen jatkavan aiempaa linjaa. Vuosina 2009–2060 yli 65-vuotiaiden määrä väestöstä kohoaa 29 prosenttiin, sen ollessa nykyään noin 17 prosenttia eli ikääntyneen väestön määrä lähes kaksinkertaistuu. Vastaavasti työikäisten määrä vähenee. (Suomen virallinen tilasto 2009, Ahoniemi 2011, 10.)

Ikääntyvän väestön määrä kasvaa nopeammin Suomessa kuin muualla Euroopassa. Ikärakenne muuttuu pysyvästi, koska elinikä pitenee ja toisaalta työikäisten määrä vähenee. Alueelliset erot tulevat olemaan merkittäviä johtuen muuttoliikkeestä ja väestön ikärakenteista paikallisesti. On selvää, että tämä asettaa haasteita terveydenhuollolle. (Ahoniemi 2011, 10–15.)

Haasteisiin on tartuttu esimerkiksi valtioneuvoston vuonna 2005 aloittamalla Paras-hankkeella. Hankkeen tavoitteena on taata kaikille mahdollisuus laadukkaisiin palveluihin. Valtioneuvoston ohjelmaan kuuluu myös kuntauudistus, jolla vahvoihin peruskuntiin pohjautuvalla mallilla turvataan palveluita. (Paras-hanke 2005.) Edellä mainittu asia liittyy Terveydenhuoltolain 1.luvun pykälään 10, jossa säädetään palvelujen tasapuolisesta saatavuudesta ja saavutettavuudesta. Lakipykälässä määritellään, miten kuntien tulisi järjestää terveydenhuollon palvelut kaikille tasapuolisesti koko alueellaan. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Vanhusväestön lisääntyminen ja pitkäaikaispotilaiden sekä tiettyjen sairauksien hoidon kuormittavuus johtavat siihen, että hoitopaikkoja ei ole riittävästi akuuteista sairauksista kärsiville. Kotona tapahtuvan hoidon kehittäminen on tarpeellista. (Sanerma 2009, 17.) Stakesin selvityksen mukaan esimerkiksi vuonna 2009 terveyskeskusten hoitopäivistä olivat pitkäaikaisia 63% (Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2009). Kuntien on järjestettävä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista sairaanhoitoa kotona. Kotisairaaloiminta on määräraikasta hoitoa kotona ja se voi olla joko perus- tai erikoissairaanhoidon järjestämää. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Seinäjoen kaupunginsairaalan Tehostetun Avosairaanhoidon (TAS) toimintaa. Teoriaa kartoitettiin tekemällä hakuja erilaisten kirjastotietokantojen hakukoneilla. Hakusanoina käytettiin kotihoito, kotisairaanhoido, tehostettu kotihoito, väestön ikärakenne, tehostettu kotisairaanhoido, kotisairaala ja hospital at home. Haettiin tutkielmia, alan kirjallisuutta ja leh-tiartikkeleita alan lehdistä.

Opinnäytetyön prosessin tavoitteena oli vastata luvussa kaksi esitettäviin kehittä-misen kysymyksiin. Toimintatutkimusta soveltaessa on mahdollista, että tarkoitus ja tavoitteet voivat muuttua prosessin aikana. Prosessin aikana huomasimme, että TAS:lta puuttui monia asioita, jotka tulisi olla yksiköillä selvillä ja joihin toiminta pe-rustuu, esimerkkinä arvot ja perustehtävä. Kun perusasiat ovat selvillä, toiminnan esille tuominen helpottuu. Prosessi on jatkuvaa ja opinnäytetyöllä oli liikkeelle lait-tava vaikutus. Vasta tulevaisuus näyttää, mihin kehittämisprosessi vie. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana ei ehditty saamaan kovin paljon konkreettisia muu-toksia aikaan. Prosessin aikana saatiin kuitenkin kehittämisen ilmapiiri aikaan, mi-kä on toimintatutkimukselle myös ansiokasta.

Opinnäytetyöprosessi tuotti melko paljon aineistoa. Aineisto koostui TAS:n työntekijöiden fokusryhmähaastattelusta ja sen SWOT-analyysistä sekä kaupunginsai-raalan työntekijöille tehdystä webropol-kyselystä. TAS:n työntekijöillä oli useita kehittämispalavereja, joiden tuotoksena syntyi perustehtävän- ja prosessin kuvaus sekä arvot. Opinnäytetyön tekijän havainnointipäiväkirja ja oma reflektio olivat osa aineistoa.

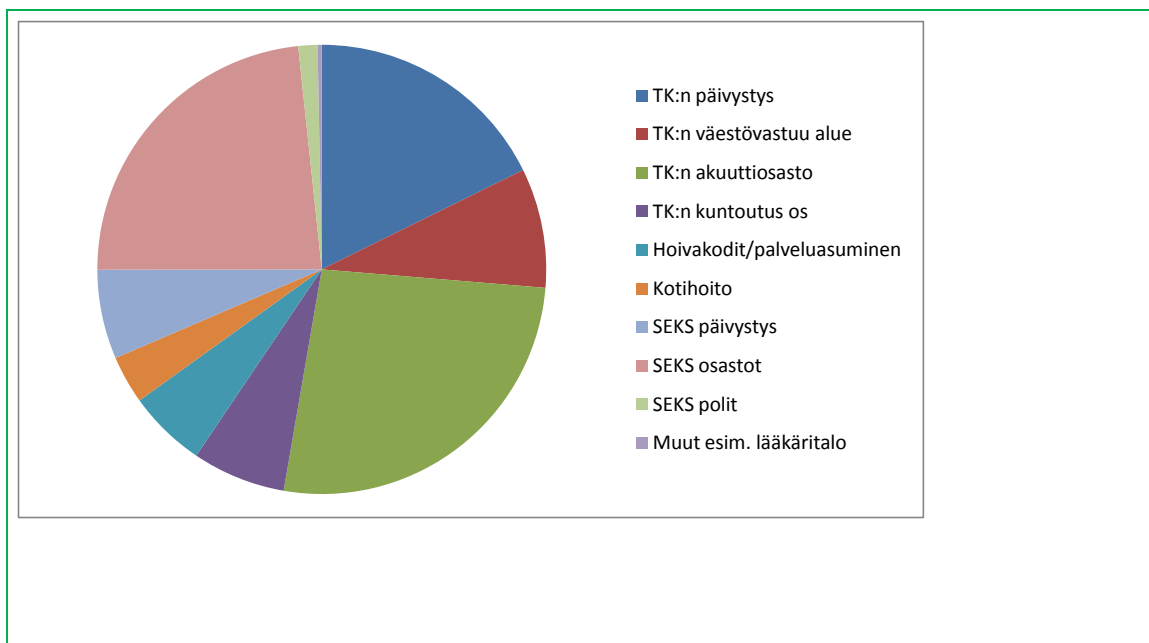
## 2 TEHOSTETTU AVOSAIRAANHOITO (TAS), KEHITTÄMISEN TARVE JA TAVOITTEET

Seinäjoen Tehostettu Avosairaanhoito (TAS) toteuttaa kotisairaala-tyyppistä hoitotyötä, jossa sairaalatasoiset palvelut viedään potilaan kotiin. Toiminta alkoi noin viisi vuotta sitten tehostettuna kotihoitona. Tehostetun kotihoidon vaiheessa yksikössä työskenteli sekä lähi- että sairaanhoitajia. Tehtävänä oli vähentää kotihoiton kuormitusta. Vuonna 2009 yksikkö muuttui kotisairaala tyyppiseksi ja kaikki toimet muutettiin sairaanhoitajiksi. Samalla siirryttiin sosiaalipuolelta perusterveydenhuollon alaisuuteen. TAS on toimintamuotona vielä melko uusi Seinäjoella ja hakee vielä rooliaan tasa-arvoisena vaihtoehtona laitoshoidolle. TAS on muuttunut alun tehostetusta kotihoitosta sairaanhoidolliseksi yksiköksi ja on toiminut nykyisellä nimityksellä vuodesta 2011. Nimen vaihto tapahtui sen vuoksi, että TAS sekoitettiin liian usein kotihoitoon. Muutoksen tarkoituksena oli terveyskeskuksen- ja erikoissairaanhoidon vuodeosastopaikkojen kuormituksen helpottaminen. TAS toimii Seinäjoen kantakaupungin, Nurmon ja Halkosaaren alueilla. Yksikölle harkitaan edelleen oikeaa nimikettä, joka kuvaisi sitä parhaiten ja antaisi selkeän kuvan ulkopuolelle. Tavoitteena oli ottaa kantaa nimiasiaan myös tässä kehittämistyön prosessissa.

Yksikössä työskentelee kuusi sairaanhoitajaa ja yhteinen lääkäri akuuttiosaston kanssa. Sairaanhoidolliset kotikäynnit suunnitellaan yksilöllisesti ja tarvittaessa lääkäri voi tehdä kotikäyntejä. TAS toteuttaa kotona terveyskeskussairaalatasoista hoitoa esimerkiksi infektiopotilaiden iv-lääkitykset, im- ja sc-injektiot, nestehoidot, verensiirrot, kipupumppuhoidot ja saattohoidon. (TAS:n esite 2012.)

Pääosin potilaat tulevat TAS:iin terveyskeskuksen osastoilta, päivystyksestä, poliklinikoilta sekä keskussairaalan osastoilta ja päivystyksestä (Kuvio 1). Kotona tapahtuva hoito tulee yhteiskunnalle merkittävästi edullisemmaksi kuin osastohoito. Tämän vuoksi toiminnan tunnetuksi tekeminen on selkeä kehittämiskohde. Esimerkiksi vuoden 2008 laskelma Tampereen kotisairaalaasta kertoo hoitovuorokauden olevan 130€ halvempi kuin Hatanpään sairaalassa (Kaisanlahti 2010, 20).





Kuvio 1. TAS:iin lähettävät tahot (TAS oma tilastointi 2011).

Tunnettavuuden lisäämiseksi on tehty jonkin verran toimenpiteitä. TAS:n toimintaa on esimerkiksi käyty esittelemässä osastojen henkilökunnalle sekä lähetetty esitteitä. Myös niin sanottu ”puskaradio” on toiminut potilaiden välillä ja he ovat osanneet itse ehdottaa lääkärille TAS:n hoitoa Näyttää kuitenkin siltä, että TAS on edelleen vierasta ja sen hoitoon soveltuvia potilaita ohjautuu vuodeosastoille.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli Seinäjoen kaupungin sairaalan Tehostetun Avosairaanhoidon toiminnan kehittäminen. Kehittämisen tarve nousi sairaanhoitajien oman käytännön kokemuksen pohjalta asioista, jotka koettiin ongelmallisiksi. Ensiksi tehtävänä oli tunnettavuuden lisääminen.

Toisena tehtävänä oli kehittää potilaan TAS:iin tuloprosessia. Hyvin suoritettu kotiutuminen on potilaan ja hoitohenkilökunnan kannalta erittäin tärkeää ja erityisesti informaation kulun merkitys korostuu.

Kolmanneksi pyrkimyksenä oli nimen täsmentäminen. Tarkoituksena oli ottaa kantaa nimiasiaan tässä kehittämistyön prosessissa. Nimen tulisi olla mahdollisimman selkeästi toimintaa kuvaava.

Kehittämistyön tukena oli mahdollista käyttää olemassa olevia tietoja yksikön omasta tilastoinnista. Tietoa oli kerätty esimerkiksi potilasmääristä, hoitajakson pituudesta, ikärakenteesta, hoidettavista sairauksista sekä keskimääräisistä hoitoajoista. Vuonna 2010 kerättiin myös asiakaspalautetta (liite 1).

Viisi sairaanhoitajaa aloitti uusina työntekijöinä tehostetun kotihoidon siirtyessä perusterveydenhuollon alaisuuteen. Olemme saaneet paljon vastuuta toiminnan kehittämisestä. Kehittämistyö on haasteellista, kun tehdään käytännön työtä koko ajan aktiivisesti. Koin opiskelun luoman tilanteen oivalliseksi keinoksi paneutua enemmän yksikön toimintaan ja saada muutkin hoitajat siihen mukaan. Kollegoilla oli aluksi käsitys, että opinnäytetyön tekijä tekisi kehittämistyötä yksin.

Toimintatutkimuksellisessa kehittämissä mahdollistetaan ihmisten aktiivinen osallistuminen eri menetelmillä ja hyödynnetään keskinäistä vuorovaikutusta (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 38). Uusien ja toimivien käytännön ratkaisujen löytäminen vaatii keskinäistä ymmärrystä ja tiivistä yhteistyötä osallistujien kesken. (Ojasalo ym. 2008, 40).

Alusta saakka tein selväksi, että kehittäminen ei ole vain opinnäytetyön tekijän vastuulla. Tämä vaati koko työyhteisön panoksen. Hoitotyön johtaja vahvisti ryhmälle saman viestin. Aluksi tunsin kokevani pientä vastarintaa ja se tuntui syövän omaa motivaatiotani. Itselläni oli halu kehittämiseen ja koin, että muilla ei sitä ollut. Alkukankeuden jälkeen tilanne kuitenkin parantui ja kehittämistyön merkitys alkoi todentua vähitellen muillekin. On tietenkin ymmärrettävä reaktio, että ajatellaan kehittämisen kuuluvan vain henkilölle, joka sitä tekee. Täytyy muistaa, että kukaan ei voi kehittää yksin ja on jokaisen etu, että voi olla itse mukana prosessissa.

### 3 KOTONA TAPAHTUVA HOITO

Ikäihmisten valtakunnallisella palvelujen laatusuosituksella ohjataan kotihoitoon liittyviä toimenpiteitä. Suosituksen tarkoitus on lisätä panostusta kotihoitoon ja vähentää laitosasumista huomattavasti tulevaisuudessa. (Ikäihmisten palvelu- ja laatusuositus 2008:3.) Heinäkuun 2013 ensimmäisestä päivästä lähtien astuu voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. Uudella lailla säädetään kuntien velvollisuudesta lisätä kotona tapahtuvaa hoitoa. (Laki ikääntyneen väestön 28.12.2012/980.)

Vuodin (2011, 110–114) väitöskirjan tuloksissa korostuu ihmisten halu tulevaisuudessa olla kotona mahdollisimman pitkään ja saada sosiaali- ja terveystalvulut sinne. Hoitolaitokset toimintaympäristönä koettiin uhkana. Tulokset tukevat valtakunnallista suuntausta kotona tapahtuvaan hoitoon.

#### 3.1 Kotihoito ja kotisairaahoito

Potilaan kotona tapahtuva hoitotyö on yksityisellä alueella tehtävää, mutta työ minkä hoitaja suorittaa on osa julkista palvelua. Kaikki kotona olevat tilat ja välineet ovat osa potilaan yksityistä omaisuutta. Potilas ei ole vain potilas, vaan hänellä on oma henkilökohtainen historiansa, perhe, läheiset sekä oma roolinsa tässä kokonaisuudessa. Kotona potilas itse määrittelee, miten haluaa elää. Tämä luo osaltaan haasteen ammatti-ihmiselle, koska hän tulee vieraana potilaan omaan ympäristöön. Potilaan oma ympäristö antaa hänelle ”valtaa” ja itsemääräämisoikeus korostuu. Sanotaankin, että kotona tapahtuva vuorovaikutus jättää potilaalle ja ammattihenkilölle enemmän liikkumavaraa keskinäisessä mukautumisessa. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 18–20.)

Kotona tapahtuva hoitotyö on yhä vaativampaa ja asettaa haasteita myös ammattihenkilöiden koulutukselle. Suurin ammattiryhmä ovat lähihoitajat, joiden koulutuksessa on yhdistetty monta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan nimikettä. Tulevaisuuden potilaat osaavat vaatia enemmän ja suurten ikäluokkien vanheneminen tarkoittaa sitä, että vanhuksia on yhä enemmän kotona tapahtuvan auttamistyön

kohteena. Lisäksi monikulttuurisuuden lisääntyminen tuo esimerkiksi kielitaidollisia ja kulttuurin tuntemuksellisia haasteita. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 271–274.)

Kotisairaanhoido on potilaan kotona tehtäviä sairaanhoidollisia toimia, näytteiden ottoa, lääkityksen valvomista ja voimien seuraamista. Toiminta edellyttää lääkärin määräystä. Varsin vaativankin sairaanhoidon tarpeessa olevat voivat saada kotisairaanhoidon palveluita esimerkiksi saattohoitopotilaat. Omaisten tukeminen on merkittävä osa kotisairaanhoidon työtä. Kotisairaanhoidossa työskentelevät ovat pääasiassa sairaanhoitajia. (Kotihoito tukee kotona 2012.)

Kotisairaanhoidoa toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitoon voivat kuulua esimerkiksi sairaanhoitajia, lääkäri, perus/lähihoitajia sekä fysioterapeutteja. Vanha käsite valvottu kotisairaanhoido on tarpeeton, koska toiminta on joka tapauksessa lääkärin valvonnassa suoritettua. Eri paikkakunnilla saattaa olla erilaisia työnjakomalleja. Tehtäväkeskeisessä mallissa hoitajilla on vastuu alueet esimerkiksi näytteiden otto, haavanhoito, lääkkeiden jako. Vastuuhoitajamalli on kehittyneempi versio, jossa hoitajat on jaettu esimerkiksi maantieteellisiin perustein. (Ikonen & Julkunen 2007, 47–48.)

### **3.2 Kotisairaala**

Laitoshoidon kuormittuessa vaihtoehtoksi on kehitetty kotisairaala. Euroopassa kotisairaalat alkoivat jo 1961 Ranskassa ja 1978 Englannissa. Suomessa toiminta alkoi yleistyä vasta 1990-luvun puolivälissä. Kotisairaalan tarkoituksena on helpottaa sairaalahoidon painetta. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori, Ivanoff-Lahtela 2007, 15–16.)

Kotisairaala toimintaa ei ole edes mainittu asetuksissa ennen vuotta 2000. On toivottu, että terveydenhuoltolakiin tulisi kirjata asetukset, jotka määrittäisivät kotisairaaloimintaa selkeästi. (Ahlblad, 2009.) Edelleen kotisairaaloimintaa on hyvin pieni maininta laissa.

*”Kotisairaaloimintoo on määrääikaista, tehostettua kotisairaaloimintoo. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaaloimintoo tai niiden yhdessä järjestämää toimintoo.*

*taa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon". (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.)*

Kotona tapahtuvasta sairaalatasoisen hoidosta voidaan käyttää erilaisia nimityksiä, kuten tehostettu kotihoito, tehostettu kotisairaanhoito ja kotisairaala. Potilaat tarvitsevat vaativampaa hoitoa, mitä normaali kotihoito voi tarjota. Kotisairaala on lähinnä akuuttivaiheen hoitoa. (Ikonen & Julkunen 2007, 61.) Kotisairaalahoito tarkoittaa potilaan kotona annettavaa sairaalatasoista hoitoa, mikä korvaa laitoshoidon sairaalassa. Hoitopaikkana voi lisäksi olla palvelukoti tai muu ympärivuorokautinen hoitokoti. Toimintaa johdetaan sairaalasta ja se voi olla niin perus- kuin erikoissairaanhoidon alaista toimintaa. Kotisairaaloiden potilaat ovat muun muassa postoperatiivisia, akuutteja infektiopotilaita, nesteensiirtoa vaativia sekä palliativista hoitoa tarvitsevia. Potilaan tulee olla kotikuntoinen ja hänen tulee suostua kotona annettavaan hoitoon. Potilaalla tulee olla diagnoosi ja kotisairaala on vain hoitoa antava yksikkö, ei tutkimusyksikkö. Kotona annettava sairaalahoito vaatii sairaanhoitajalta vahvaa ammattitaitoa, koska hän on linkki potilaan ja lääkärin välillä. (Hägg ym. 2007, 139–141.)

Kotona tapahtuva sairaalahoito on monella tapaa hyvä vaihtoehto. Potilaan elämänlaatu on parempaa ja potilas on aktiivisempi oman hoitonsa suhteen. Infektio tai infektioille altis potilas on kotonaan turvassa, eikä aiheuta myöskään riskiä ympäristölleen. Mieliala on merkittävä tekijä paranemisprosessissa ja se kohenee usein kotona hoidettavilla potilailla. (Hägg ym. 2007, 143.) Kotisairaalatasoinen hoito mahdollistaa hoidon toteutuksen joustavammin. On kaikkien etu, että asiat hoidetaan oikea aikaisesti ja paikassa, joka on tarkoituksenmukainen. (Müller 2011, 23.)

Kotisairaalan tarkoituksena on vähentää sairaaloiden kuormitusta. Englannissa verrattiin kotisairaalatoiminnan hyötyjä sairaalassa tapahtuvaan hoitoon. Kotisairaalan ansiosta huomattiin valtava lasku sairaaloiden sisään kirjauksissa. Myös kuolleisuudessa huomattiin 3-6 kk:n seurannassa merkittävä ero. Kotisairaala vaikutti kuolleisuutta vähentävänä tekijänä. Potilaiden tyytyväisyys lisääntyi huomattavasti, kun he saivat sairastaa kotona. Lisäksi kotisairaala vähensi kustannuksia

verrattuna akuuttiosastohoitoon sairaalassa. Näihin tuloksiin pääsivät Shepherd ym. 2008.

Marina Arvonen (2008) on tehnyt Turun Yliopistossa pro gradu tutkielman kotisairaalaan kotiuttamisesta potilaan ja omaisten näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkasteltiin ihmiseen- ja tehtäväänsuuntautuneita toimintoja. Kotiuttaminen sujui tutkimuksen mukaan kokonaisuudessaan hyvin. Parhaiten toteutuivat ihmisen kunnioittaminen ja huolenpito. Kriittisiksi kohdiksi kotiuttamisessa muodostui kirjallisten ohjeiden antaminen sekä taloudellisista etuuksista ja komplikaatioista tiedottaminen. Puutteita ilmeni eniten kotiuttamisen toimintoihin liittyvissä ohjaavissa, päätöksentekoa ja omatoimisuutta tukevissa toiminnoissa. Kehittämisen tarpeena tuli esiin kotiutumisen tukemiseen liittyvän kirjallisen materiaalin kehittäminen.

Kujala (2004) tutki pro gradu-tutkielmassaan haastatteleamalla kotisairaalan sairaanhoitajia. Tutkimuksen mukaan toiminnan alkaessa oli kovasti muutosvastarintaa. Sairaanhoitajien näkemyksissä tiedottamisen merkitys korostui merkittävästi. Tavoite oli, että kotisairaala käytettäisiin tarkoituksenmukaisesti. Ammattitaidon merkitys ja oman työn kehittäminen katsottiin erittäin tärkeäksi.

Kotisairaalahoido mahdollistaa hyvin toteutetun palliatiivisen hoidon loppuun saakka, koska kotisairaala toiminnassa on lääkäri, joka on vastuussa ja tukena. Espoon kotisairaala on uranuurtaja nimenomaan palliatiivisen hoidon puolelta. Siellä alettiin hoitaa vuonna 2001 palliatiivisia potilaita, jotka olivat pian toiseksi suurin potilasryhmä infektioiden jälkeen. Kotona tapahtuvassa hoidossa korostuu itsemääräämisoikeus, koska toimitaan jonkun muun reviirillä. Toisaalta hoitajalla on enemmän yksilöllistä aikaa vastata potilaan tarpeisiin. On todettu myös, että kotona tapahtuva hoito vaikuttaa vuorovaikutukseen, koska roolit eivät näyttele niin suurta merkitystä. Palliatiivisen kotisairaalahoidon avulla voidaan siirtää kuolema takaisin kotiin, missä se ennen oli tavallista. (Saarelma 2005, 205–209.)

Wilson, Wynn ja Parker (2002) tutkivat potilaiden ja omaishoitajien- tai huoltajien tyytyväisyyttä kotisairaalahoitoon verrattuna sairaalahoitoon. Potilastyytyväisyys kotona tapahtuvaan hoitoon oli korkeampi, toisaalta omaiset olivat tyytyväisempiä sairaalassa tapahtuvaan hoitoon. TAS:n oman asiakaspalautteen mukaan lähes

kaikkien vastanneiden mielestä koti sopi hoitopaikaksi erittäin hyvin tai hyvin (liite 1)

Shepperd ym. (2010) selvittivät kotisairaalaan koskevia tutkimuksia. Niissä tuli esiin, että potilaat olivat tyytyväisempiä, kun pääsivät kotiin aikaisemmin kotisairaalan ansiosta.

## 4 KEHITTÄMISTYÖN KYSYMYKSET JA MENETELMÄT

### 4.1 Tehostetun avosairaanhoidon toiminnan solmukohdat

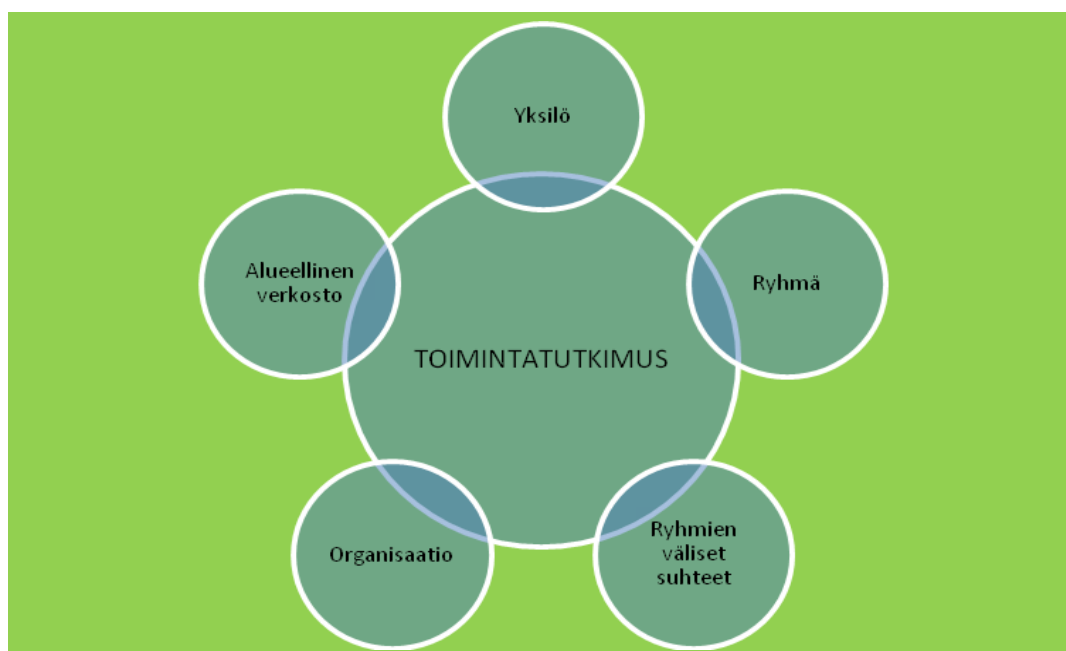
Solmukohdista, jotka kuvattiin tehtävinä luvussa kaksi, muodostuivat seuraavat kehittämistyön kysymykset. Miten toiminta saadaan nykyistä tunnetummaksi? Miten hoitoprosessia kehitetään ja mikä nimi TAS:lle?

### 4.2 Lähestymistapana toimintatutkimuksen soveltaminen

Kehittämisen kohdetta voidaan lähestyä eri tavoin. Lähestymistavan valinta ohjaa menetelmien valinnassa. Tässä vaiheessa ei ole vielä sen tarkempia suunnitelmia vaan yleistä pohdintaa ja suunnittelua. Tieteellisessä tutkimuksessa lähestymistavan valinta tarkoittaa tutkimusstrategian valitsemista, esimerkiksi toimintatutkimus tai tapaustutkimus. (Ojasalo ym. 2009, 51.)

Tämän opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimuksellinen ote. Toimintatutkimus sopii hyvin oman työn kehittämiseen. Toimintatutkimuksen tavoitteena on toiminnan kehittämisen lisäksi systemaattinen toiminnan seuraaminen. Tutkimuksen avulla pyritään saamaan aikaan käytännöllistä tietoa ja tiedontuotannon tapa on prosessimainen. Kaikkia vaiheita ei voida suunnitella ennalta, vaan tutkimuksessa suunnitellaan ja reflektoidaan jatkuvasti. Prosessin aikana havainnoidaan koko ajan ja se ohjaa etenemistä. (Toikko & Rantanen 2009, 29–30.) Kehittämiseen kuuluu yleensä aina yhteistyötä muiden kanssa. Tällöin tulee ottaa huomioon, että toiminnan kehittäminen vaatii vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan kehittämistä sekä keskustelua kehittämisen keinoista ja suunnasta. Tämän vuoksi toimintatutkimuksella saavutetaan laajempi merkitys. Heikkisen (2007, 16–17) mukaan toimintatutkimus voidaan jakaa viiteen eri analyysitasoon (Kuvio 2).





Kuvio 2. Toimintatutkimuksen viisi analyysitasoa mukaillen Heikkinen (2007, 16–17.)

Tutkijan osallisuus toimintatutkimuksen prosessissa voi vaihdella tutkijan roolin mukaan. Tutkija voi olla ulkopuolinen asiantuntija, joka tutkii ilmiötä ulkoa päin. Toisaalta tutkija voi olla tasavertainen toimija osana kehittämisprosessia. Toimintatutkimuksella voidaan tavoitella hyvin erilaisia asioita. Kehittämisen kohteena voi olla pieni organisaatio, jonka sisäisiä toimintatapoja kehitetään tai se voi olla yksilötasolla henkilökohtaista oppimista. Toisaalta toimintatutkimuksellisella otteella voidaan kehittää isomman organisaation toimintaa. Tutkimuksessa olevan kohdeyhteisön aktiivista roolia ”tutkijana” voidaan korostaa ja tällöin puhutaan osallistavasta toimintatutkimuksesta. (Toikko & Rantanen 2009, 30.)

Oma näkemys oli alusta saakka, että olin osa kehittäjäryhmää ja toimin tasavertaisesti ohjaten ryhmän toimintaa. Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa tuntui kuvaavan sellaisia asioita, jotka sopivat juuri oman työni kehittämiseen. Roolini muuttui jonkin verran prosessin aikana. Prosessin alkaessa olin yksi työntekijöistä TAS:ssa. Kesällä 2012 sain tiedon, että pääsen vuodeksi esimiestyöhön ja jatkoin prosessia toisaalta ulkoa päin, mutta silti ollen sisällä prosessissa koko ajan. Mielestäni asialla ei ollut kovin paljon merkitystä. Toisaalta joskus voi olla hyväkin katsoa tuttua asiaa vähän etäämmältä. Prosessin läpivieminen vaati enemmän suun-

nittelua, koska kehittämistyötä tehtiin yhdessä ja haasteena oli löytää kaikille sopivat aikataulut. Suunnittelu vaati oman aikataulun järjestämistä sekä TAS:n vastavan sairaanhoitajan työvuorosuunnitelmallista järjestelyä.

Kehittämistyö ei ala tyhjästä vaan pohjatietoa haetaan teoriasta, metodikirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista. Kehittämistyötä tekevän tulee olla tietoinen erilaisista käytännöistä. Kuitenkin esimerkiksi Ojasalo ym. 2009 sanovat kirjassaan, että ei ole pakko noudattaa kaikkia vanhoja käytäntöjä.

Tämän kehittämistyön tarkoitus oli kehittää pienen organisaation toimintaa sisäisesti. Toiminnan kehittämisellä tulee olemaan kuitenkin vaikutuksia laajemminkin. Tehostetun avosairaanhoidon kehittäminen vaikuttaa monella tapaa. Vaikutuksia on työntekijöihin, potilaisiin ja organisaatioon ja myös koko Seinäjoen kaupungille.

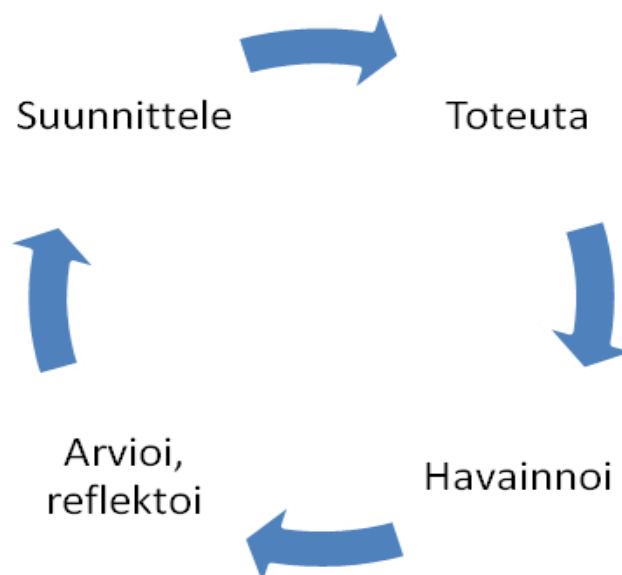
Toimintatutkimus metodina sopii erittäin hyvin tämän yksikön kehittämiseen. Kehittämistyössä saatiin esiin oman työyhteisön solmukohdat osallistamalla koko työyhteisön kuusi sairaanhoitajaa mukaan prosessiin. Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia yhdessä ja samalla luomaan ymmärrystä ja uutta tietoa ilmiöstä. Osallistava kehittäminen on usein parempi ratkaisu ongelmaan, kuin ilmiö ulkopuolelta tutkittuna. (Ojasalo 2009, 58.)

Toisaalta selvitin ilmiötä myös laajemmin organisaation kannalta. Ottamalla Seinäjoen kaupunginsairaalan lääkärit ja sairaanhoitajat mukaan webropol-kyselyllä, saatiin tietoa Tehostetun Avosairaanhoidon toiminnasta muiden näkökulmasta. Kehittämistyö eteni prosessimaisesti, kuten toimintatutkimuksen piirteisiin kuuluu. Tässä vaiheessa ei ole tiedossa, mitä on prosessin lopullinen tulos. Tuloksia reflektoitiin myös TAS:n aikaisempaan tilastointiin ja asiakaspalautteeseen, jotta saatiin asiakasnäkökulma mukaan.

Kun kehittäminen on toimijalähtöistä prosessikehittämistä, sillä ei ole rajaavaa suunnitelmaa. Kehittämisprosessi on muuntuva ja muoto voi rönsyillä hyvinkin paljon. Tämän vuoksi prosessi voi olla hidas. Kehittämistehtävän muodostuminen prosessin aikana tekee siitä ennakoimattoman ja epävarman. Tämän vuoksi prosessin eri syklejä tulee arvioida ja muokata kehittämisen tavoitteita sekä suunnit-

telmia koko ajan. Toisaalta tutkijalle annetaan mahdollisuus käyttää erilaisia tapoja päästä tavoitteisiin. Nimenomaan nämä tekijät tekevät kehittäjästä prosessiasiantuntijan (Toikko & Rantanen 2009, 50–51).

Toimintatutkimus etenee prosessina ja on syklinen. Toisin sanoen prosessin erilaiset vaiheet toistuvat. Tämän vuoksi prosessia kuvataan toimintatutkimuksessa usein spiraalina. Spiraalin eri sykleissä (Kuvio 3) toistuvat suunnittelu, toteutus, havainnointi sekä arviointi. Tässä niitä sovellettiin työryhmän työskentelyyn. Prosessi alkaa valitsemalla päämäärät tai kehittämisen ongelma ja sen jälkeen asetetaan työlle tavoitteet. Tämän jälkeen selvitetään, onko aiheesta löydettävissä muita tutkimuksia ja lähdeaineistoa. Aineistoon tutustumisen jälkeen tavoitteita voidaan vielä täsmentää. (Ojasalo ym. 2009, 60.) Kehittämisprosessin spiraalimallia käsittelevät myös Toikko & Rantanen (2009, 66–67).



Kuvio 3. Toimintatutkimuksen sykli mukaillen Heikkinen (2007, 79).

Kotona tapahtuvasta hoidosta löytyi valtavasti tietoa ja sitä on tutkittu paljon. Kotisairaala oli hankalampi löytää teoriaa ja tutkittua tietoa. Kehittämisprosessin alkua ohjasivat tiedossa olevat solmukohtat ja opinnäytetyöhön liittyvä palaveri TAS:n hoitajien kanssa. Palaverissa saatiin esiin tarkemmin solmukohtiin liittyviä asioita ja toisaalta palaveri tuotti uusiakin ajatuksia.

### **4.3 Kehittämisen menetelmät, aineistojen keruu, kuvaus ja analyysi**

Toimintatutkimuksen katsotaan olevan yleensä kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa, missä voidaan käyttää myös määrällisen lähestymistavan menetelmiä. Toimintatutkimuksessa täytyy muistaa, että kyseessä on osallistava kehittäminen, jossa kehittäjät ovat aktiivinen osa prosessia. Näin näkökulma laajenee kokemuksen, ammattitaidon ja hiljaisen tiedon tullessa mukaan, eikä käytetä vain virallista aineistoa. ( Ojasalo ym. 2009, 61–62, Heikkinen 2007, 36–37, 50–51.)

Aineiston keruuseen on erilaisia vaihtoehtoja. Sitä voidaan kerätä esimerkiksi haastattelulla, havainnoimalla, kyselyillä ja ryhmäkeskusteluilla. Toimintatutkimuksessa käytetään usein menetelmänä yhteisiä toimijoiden välisiä keskusteluja ja niitä käydään läpi koko prosessin ajan vaiheesta toiseen. Tutkijan tehtävä on havainnoida ja dokumentoida keskustelua ja luoda pohjaa seuraavalle keskustelulle. (Ojasalo ym. 2009, 62.)

Opinnäytteen aineistot on kerätty taulukkoon (1). Menetelmien käyttöä ja analyysia kuvataan tarkemmin kehittämisprosessin kuvauksessa ja prosessia arvioidaan myös eri vaiheissa.

Taulukko 1. Kehittämispöcessin aineistot

AINEISTO	SISÄLTÖ	AJANKOHTA
Tiedossa olevat solmukohdat, muistio	Kehittämistyön tarpeen toteaminen.	Syksy 2011
Kehittäjäryhmän aloituspalaverin muistio	Aikaisemmin tiedossa olevien solmukohtien avaaminen, syvemmälle aiheeseen johdattaminen.	4/12
Fokusryhmähaastattelu Havainnointipäiväkirja	TAS:n kuusi sairaanhoitajaa I yleinen kysymys II kohdentuvat kysymykset III tulevaisuuskyseymys	5/12
Webropol-kysely	Kaupungin sairaalan lääkärit ja sairaanhoitajat (N=41)	6-8/12
Litteroitu fokusryhmähaastattelu Havainnointi päiväkirja	Yhteinen SWOT-analyysi	9/12
TAS:n kehittämispalaverissa tuotettu Mind-map, valokuvat	Perustehtävän kuvaus, kumppanuudet ja asiakkuudet sekä arvot	10/12
TAS:n kehittämispalaveri Muistio, havainnointipäiväkirja Prosessikaavio QPR-ohjelmalla	TAS:n hoitopöcessin kuvaaminen	11/12

TAS:n sairaanhoitajien sähköpostit	Kehittäjäryhmän kommentit perustehtävästä ja arvoista	1/13
Kehittämistyön vetäjän prosessin itsearviointi	Reflektio	Kevät 2013

#### 4.3.1 Fokusryhmähaastattelu

Tämän kehittämistyön yhdeksi tiedonkeruun menetelmäksi valittiin fokusryhmähaastattelu, joka on ryhmähaastattelun menetelmä. Painopiste fokusryhmähaastattelussa perustuu osallistujien keskinäiseen vuorovaikutukseen. Asetelma ei ole perinteinen haastattelijan ja haastateltavien välinen vuorovaikutus. Fokusryhmän avulla saadaan tietoa ihmisten tarpeista, mieltymyksistä, subjektiivisia reaktioita, mutta saadaan myös ideoita kehittämistä varten ja voidaan saada tietoa toimijoiden käsityksistä kehittämisen kohteena olevasta asiasta. On todettu, että noin 6-12 henkilön ryhmät toimivat parhaiten fokusryhmähaastattelussa. (Toikko & Rantanen 2009, 121, Ojasalo ym. 2009, 100–101.)

Ryhmän tulee olla riittävän pieni, jotta kaikilla on mahdollisuus jakaa mielipiteitään, mutta toisaalta riittävän suuri, jotta saadaan monipuolisuutta käsityksiin asiasta. Liian pieni ryhmän koko saattaa aiheuttaa sen, että kehittämisen ideoita syntyy vähemmän. Fokusryhmähaastattelu soveltuu ryhmään, jolla on yhdistävä tekijä esimerkiksi työskentely samassa työpisteessä. (Krueger & Casey 2000, 10–11, Ojasalo ym. 2009, 42.)

Tässä kehittämistyössä kerättiin tietoa fokusryhmähaastattelulla Tehostetun Avo-sairaanhoidon henkilökunnalta. Opinnäytetyön tekijä oli itse mukana kehittämisprosessissa, mikä on mahdollista toimintatutkimuksessa. Haastattelua ohjaavat teemat pohjautuivat tiedossa oleviin solmukohtiin ja maaliskuussa 2012 käydyssä keskustelussa nousseisiin asioihin. TAS:n kuusi sairaanhoitajaa oli ihanteellisen kokoinen ryhmä fokusryhmähaastatteluun.

Laadullisia menetelmiä käytettäessä on tärkeää, että tutkimus on emansipatorinen. Tällä tarkoitetaan sitä, etteivät tutkittavat ole vain kohde, vaan prosessi lisää tutkittavien ymmärrystä ja vaikuttaa myönteisesti ajattelu- ja toimintatapoihin. Teemahaastattelu ja täsmä- eli fokusryhmähaastattelu tukevat emansipatorista lähestymistapaa. Haastattelutilanteissa annetaan mahdollisuus luoda yhteinen kanta teemoista ja samalla mahdollistuu oman keskustelukulttuurin ja käsitteiden luominen yhteisiin käytäntöihin työelämässä. Tällainen tavoite haastattelulle vaatii aikaa riittävästi ja tutkimushaastatteluteeman tulee olla tarkkaan määritelty. Haastattelijan tulee huolehtia, että keskustelu pysyy asetetuissa teemoissa ja kaikki osallistujat saavat mahdollisuuden osallistua keskusteluun. (Vilkkä 2005, 103.)

#### **4.3.2 Webropol-kysely**

Seinäjoen kaupunginsairaalan henkilökunnalle tehtävä kysely toteutettiin sähköisenä webropol-kyselynä, jossa oli osittain määrällisiä kysymyksiä ja muutama avoin kysymys. Kysymysten muodostaminen lähti ennalta tiedossa olevien solmu-kohtien kautta, sekä Tehostetun Avosairaanhoidon henkilökunnan keskustelun pohjalta nousseiden teemojen pohjalta. Näin saatiin laajennettua näkökulmaa kehittämistyöhön ja selvitettyä ryhmien tai organisaation välistä suhdetta, kuten toimintatutkimuksen analyysitasoissa (Kuvio 2) on kuvattu. Webropol-kyselyä muokattiin yhdessä kehittämisryhmän kanssa ja testattiin ulkopuolisella sairaanhoitajalla. Kaikkien kommenttien jälkeen muodostettiin lopullinen kyselylomake.

#### **4.3.3 Aineiston analyysi**

Saatuja aineistoja käsiteltiin sisällön analyysilla ja osin määrällisellä menetelmällä. Webropol-kysely tuotti avointen kysymysten lisäksi määrällistä informaatiota. Prosessin aikana verrattiin tuloksia myös TAS:n aikaisempiin tilastoihin. Kyselylomaketta käytetään yleisesti määrällisen tutkimuksen tiedon keruuseen, jossa kaikilta vastaajilta kerätään sama asiasisältö (Vilkkä 2005, 73). Sisällönanalyysi on aineiston kuvaamista sanallisesti. Sen avulla etsitään aineiston merkityskokonaisuuksia ja merkityssuhteita. Tutkimusaineisto pelkistetään ja tiivistetään sekä karsitaan epäolennainen informaatio pois. Tutkimusongelman ohjatessa ryhmitellään uusia kokonaisuuksia. (Vilkkä 2005, 139–140, Ojasalo ym. 2009, 124–125.)

Kirjoitin päiväkirjaa jokaisen vaiheen aikana, jossa peilasin kokemuksia ryhmän toiminnasta ja prosessin vaiheista. Tutkijan on hyvä kirjoittaa havaintonsa tutkimuspäiväkirjaan. Sen avulla on mahdollista jäsentää ajatuksiaan ja samalla tutkimuksen eteneminen ja havainnot tulee dokumentoitua. (Heikkinen ym. 2007, 106–107.)



## **5 KEHITTÄMISENPROSESSI JA TULOKSET**

### **5.1 Prosessin käynnistyminen**

Kehittämisprosessi käynnistyi vapaamuotoisella keskustelulla. Tehostetun Avosairaanhoidon työntekijät pitivät huhtikuun 2012 alussa palaverin tulevasta kehittämistyöstä ja keskustelun pohjana käytettiin tiedossa olevia solmukohtia. Palaverissa kerrottiin opinnäytetyön tavoitteet ja hoitotyön johtaja kävi rohkaisemassa henkilökuntaa oman työn kehittämiseen. Korostettiin sitä, miten olemme itse asiantuntijoita ja etuoikeutetussa asemassa, kun saamme kehittää omaa työtämme. Keskustelu avasi paljon solmukohtia ja tietyt teemat nousivat selkeämmin esiin. Ensimmäisessä keskustelussa TAS:n henkilökunnan kanssa kaikki osallistuivat aktiivisesti keskusteluun. Vaikka kyseessä ei ollut varsinainen teemahaastattelu, käytettiin tiedossa olevia solmukohtia teemojen tapaan keskustelun pohjana. Kirjoitin muistiota palaverista koko ajan keskustelun edetessä.

Keskustelussa todettiin tunnettavuuden olevan heikkoa. Erityisesti tunnettavuus koettiin ongelmana erikoissairaanhoidon suhteen, mutta myös perusterveydenhuollon ja potilaiden taholta. Meillä oli myös kokemus, että meihin ei luoteta. Niimiasia korostui edelleen. Tehostettu Avosairaanhoido luo miellelyhtymän psykiatriasta hoidosta avo-sanana vuoksi. Tiedonkulku eri hoitoyksiköiden välillä koettiin puutteelliseksi ja yhteistyön tehostaminen koettiin tärkeäksi.

### **5.2 TAS:n toiminta työyhteisön analysoimana**

Ennen fokusryhmähaastattelua kertosin aloituspalaverissa keskusteltuja asioita muistiinpanojen pohjalta. Samalla luotiin rentoa ilmapiiriä kahvittelun merkeissä. Kerroin ryhmälle, että haastattelu otetaan videokameralle, mutta ei ollut tarkoitus kuvata ketään, vaan tärkeintä on saada ääni tallennettua. Kamera suunnattiinkin pois haastateltavista. Kehittämistyön vetäjänä kerroin haastattelun kulusta. Ohjasin keskustelua muutamalla pääkysymyksellä ja keskustelu sai edetä omalla painollaan. Suuntasin tarvittaessa keskustelua takaisin aiheeseen, kun eksyttiin sivuraiteille.

Fokusryhmähaastattelussa on kolmentasoisia kysymyksiä, (Toikko & Rantanen 2009, 145-146),

I yleinen kysymys,

II kohdentuvat kysymykset,

III tulevaisuuskysymys.

Haastattelu eteni seuraavien teemojen ohjatessa keskustelua:

I Mikä on TAS:n tilanne teidän mielestänne?

II Kohdentuvat kysymykset, jotka nousivat aloituspalaverin pohjalta.

Mitkä asiat koette ongelmallisiksi TAS:n hoitontulo prosessissa?

Mitkä asiat vaikuttavat tiedonkulkuun TAS:n ja sidosryhmien välillä?

Mitkä asiat vaikuttavat TAS:n tunnettavuuteen? Mitä mieltä olette tämänhetkisestä nimestä?

III Millainen tulevaisuusnäkyminen työntekijöillä on?

Keskustelu lähti hitaasti käyntiin, mutta tilanteen edetessä ryhmä unohti tallentamisen ja vapautui. Keskustelua syntyi kovasti ja vetäjänä ohjasin keskustelua tarvittaessa teemojen mukaiseen suuntaan. Tilanteessa pysyttiin melko hyvin aiheessa.

### **Aineiston yhteinen analyysi**

Litteroin fokusryhmähaastattelun nauhoitteelta kesän aikana. Litteroitua tekstiä oli noin 10 sivua rivivälillä 1 ja fonttikoolla 10. Kesän aikana suunnittelin syksyn tapaamista. Mietin keinoja osallistaa koko kehittäjäryhmä prosessin seuraavaan vaiheeseen. Mielestäni ei ollut järkevää analysoida fokusryhmähaastattelun tuotosta yksin. Toimintatutkimuksen periaatteiden mukaan halusin osallistaa koko ryhmän

tähänkin vaiheeseen ja SWOT-analyysi vaikutti hyvältä keinolta. Kehittämistyöhön otettiin mukaan myös uusi jäsen, joka oli pitkäaikainen sijainen. Työntekijä oli ollut tietoinen prosessin vaiheista koko ajan ja oli luonnollinen ratkaisu, että hänet otettiin mukaan. Koko ryhmän koko oli nyt 7 hoitajaa ja olin osa kehittämissyhmää.

Toimintatutkimuksen periaatteen mukaan on mahdollista, että tutkija kehittää omaa työtään ja osallistuu siihen toimija-tutkijana. Toimija-tutkijalla on kokemusta käytännöstä tutkittavasta kohteesta ja hänellä on halu kehittää omaa työtään. Tarkoituksena on selvittää, onko mahdollista tehdä asioita paremmin tai toisella tavalla. Toimintatutkijan lähtökohtina ovat useimmiten sekä teoria että käytäntö ja tutkija osallistuu itsekin muutosprosessiin (Heikkinen & Rovio 2007, 94-95.)

Litteroituun fokusryhmähaastatteluun palattiin syksyllä 2012 TAS:n sairaanhoitajien kanssa. Paikalla oli koko kehittäjäryhmä. Tilaisuus oli sovittu vastaavan sairaanhoitajan kanssa hyvissä ajoin, jotta työvuorosuunnittelussa voitiin mahdollistaa kaikkien paikalla olo. Aloitimme tilaisuuden mukavasti kahvitelulla ja samalla kävin läpi, mitä oli tarkoituksena tehdä. Ilmapiiri oli vapautunut, eikä mitenkään virallinen, mihin pyrittiin. Kehitimme yhdessä työtämme ja kaikkien rooli oli merkittävä.

Fokusryhmähaastattelua oli tarkoitus analysoida yhdessä SWOT- eli nelikenttä-analyysin avulla. Menetelmä ei ollut kellekään ennestään tuttu. Esittelin SWOT-analyysia aluksi kaikille käyttäen apuna fläppitaulua. Siihen piirrettiin nelikenttä ja niihin vahvuudet (strengths), heikkoudet/kehittämiskohteet (weaknesses) ja mahdollisuudet (opportunities) sekä uhat (threats). (Swot-analyysi, 2012). Tukimateriaalina oli monisteita, joissa oli esimerkkejä ja tarkemmin selitettynä jokainen kenttä.

Jakaannuimme neljään ryhmään. Itse olin yksin, koska olin jo tutustunut materiaaliin ja perehtynyt enemmän aiheeseen. Jokaiselle ryhmälle annettiin yksi nelikentän osa-alueesta, alleviivauskynät ja monistenippu, jossa oli litteroitu teksti. Ohjeena oli etsiä omaan nelikentän osioon sopivia asioita ja kirjoittaa ne paperille. Ryhmiltä kului materiaalin kanssa aikaa noin 30–40 minuuttia.

Kun ryhmät olivat valmiina, kukin ryhmä esitteli kaikille oman tuotoksensa. Tehtävän purussa huomasimme, että sama asia voi löytyä useastakin nelikentän osa-alueesta. Asiasta virisi keskustelua ja mietimme syitä, miksi näin voi olla. Totesimme, että riippuu näkökulmasta, josta asiaa katsotaan.

Lopuksi kysyin palautetta käytetystä metodista. Tällainen aiheen käsittely sai positiivista palautetta työntekijöiltä. Heidän mielestään menetelmä avasi ja selvensi paljon käsiteltävää asiaa ja jäsensi aikaisemmin olemassa olevia ongelmia. Osallistavaa menetelmää pidettiin hyvänä kaiken kaikkiaan.

Ilmapiiri oli positiivinen koko ajan ja työntekijät ottivat informaation helposti vastaan. Parityöskentely näytti olevan intensiivistä ja parit syventyivät hyvin tekstiin. Yksi merkittävä tekijä motivaation kohottajana oli varmasti se, että analysoitava materiaali oli työyhteisön itsensä tuottamaa. Kuvasin paperiarkit jälkeinpäin digitaaliseen muotoon. Tein yhteisestä SWOT-analyysistä kuvion (4).

### Vahvuudet

- työ on paremmin jäsenneiltyä kuin alkuvuosina
- tiivis ryhmä, ei vaihtuvuutta samat "mieleenpainuvat" hoitajat
- TK:n osasto ja lääkäri käytettävissä päivittäin, osaava lääkäri
- TAS:n sairaanhoitajan ammattitaito, osaa jo puhelimesta kysyä "oikeita" asioita
- yhteiskunnalle edullisempi hoitomuoto
- koti mieluisin hoitopaikka potilaalle
- sijaiset tykkäävät työskennellä TAS:ssa(heikkous: ei ole antaa riittävästi töitä)
- valmius opetella uusia hoitoja
- kokonaisvaltainen hoito esim. näytteiden otto hoidetaan kotona, saattohoito, perushoito, henkinen tukeminen

### Heikkoudet/kehittämisaalueet

- tunnettavuus heikkoa
- solun hoitajien tietämättömyys meistä
- SEKS ei tiedä riittävästi meistä, samoin työterveys
- heikko tietämys TAS:n työtavoista, esim. SEKS:n lääkäreillä
- sekoitetaan TAS:n ja Ksh:n toiminta
- nimiasia, onko TAS oikea?
- päivityksestä ei "uskalleta" lähettää potilaita suoraan meille, osaston kautta kierto
- pidetään "väkisin" osastolla, ei siirretä TAS:iin vaikka olisi soveltuva potilas
- näyttäydytään liian vähän sairaalassa
- SAS-koordinaattorin ylikuormitus, ei riitä aikaa perehtyä TAS:lle sopiviin potilaisiin
- huonot nettisivut
- luottamuspuola
- huono raportointi varsinkin sairaalan puolelta
- ilman lisäresursseja ei laajenemimahdollisuutta
- laskutus,, käyntimaksun sijaan päivälaskutus
- alueraja, ei kaikille kuntalaisille tasapuolinen

### Mahdollisuudet

- yhteistyön lisääminen sairaankuljetuksen, osastojen ja lääkäreiden kanssa
- päivystävän lääkärin ja TAS välillä konsultaatiota enemmän
- tiedotuksen parantuminen, luottamus kasvaa
- loppuyhteenveto YLE lehdelle
- tunnettavuuden lisääminen
- mediatiedotus
- hoitopolun kuvaus
- nimi asia, Kotisairaala?
- lähete-sanon korvaaminen?
- tiedonkulun kehittämisen TAS ja osastojen, tk:n päivityksen ja SEKS:n välillä
- yhteiskunnan säästöt
- ammattitaidon kehittäminen
- vastuun lisääntyminen
- uudet sairausryhmät, toimenpiteet
- yhteisen sijaisjärjestelmän kehittäminen TAS ja Tk:n osaston välillä

### Uhat

- vain jatkohoitopaikka, potilaita ei lähetetä suoraan TAS:iin
- lääkärit eivät luota omaan arvioonsa, eivät käuskalla lähettää potilaita suoraan TAS:iin
- tunnettavuus ei muutu paremmaksi
- lääkärit/hoitohenkilökunta eivät luota TAS:iin
- Y-taloon muutto vaikeuttaa yhteistyötä
- tiedonkulku ei parane
- lääkäri vaihtuu, hoitokäytänteet erilaiset
- ajatellaan, että TAS on vain vanhusväestöä varten
- emme saa riittävän hyvää raporttia lähettävästä yksiköstä
- TAS ei kasva henkilöstömäärän osalta
- työ ei säilytä mielekkyyttä, ammattitaito ei lisääntynyt, ei ole haasteita
- ei tule säästöjä yhteiskunnalle
- sijaispuola, ammattitaidottomia ei voida ottaa
- potilasmäärä ei kasva

Kuvio 4. TAS:n henkilökunnan yhteinen Swot-analyysi

Fokusryhmähaastattelun SWOT-analyysin avulla TAS:iin liittyviin kehittämisen kysymyksiin päästiin syvemmälle. Aikaisemmin ongelmallisiksi koetut asiat nousivat esiin. Suurimmaksi osaksi ongelmat liittyivät tunnettuuteen. TAS:n hoitajat kokivat yksikön toiminnan tärkeäksi. **Vahvuuksissa** potilaslähtöinen ja organisaation huomioiva ajattelu tapa tulivat hyvin esiin. Potilaslähtöisyys oli huomioitu hyvin ja tätä tukee TAS:n omaan tilastointiin liittyvä asiakaspalaute (liite 1). **Heikkouksista** suurin osa liittyi tiedonkulkuun ja luottamuspulaan, jonka nimenomaan ajateltiin johtuvan riittämättömästä tunnettuudesta. Toisaalta **mahdollisuuksissa** löytyi jo korjausehdotuksia, miten näitä asioita voitaisiin kehittää. **Uhkana** koettiin pääasiassa se, ettei mitään tehtäisi ja tilanne jatkuisi ennallaan.

### 5.3 Kaupunginsairaalan lääkärien ja sairaanhoitajien näkemys TAS:sta

Webropol-kyselyn (liite 2) tarkoitus oli selvittää, mitä Tehostetusta Avosairaanhoidosta tiedetään. Kyselyllä haluttiin myös saada kehittämissuhteita ja kommentteja toiminnasta. Kyselyä muokattiin yhdessä ohjaajan kanssa ja testattiin myös muutamalla henkilöllä. Muutoksia tehtiin annetun palautteen perusteella. Kyselyn tekoa ohjasivat myös aikaisemmin tiedossa olevat solmukohdat. Kyselyssä saatiin kaupunginsairaalan henkilöstön näkökulma mukaan kehittämistyöhön. Tässä kehittämistyössä täytyi rajata kysely koskemaan vain perusterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoidon näkökulma olisi ollut kiinnostava, mutta siihen ei ollut mahdollisuutta.

Henkilökunnan sähköpostiosoitteet hankin hallinnon sihteereiltä. Kysely avattiin elokuun alussa ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Lähetin kyselyn aluksi 68 vastaajalle. Seurasin vastauksia aktiivisesti ja totesin, että vastauksia tuli harvakseltaan. Huomasin, että sähköpostilistasta puuttui vielä terveystieteiden työntekijät avopuolelta. Sihteeri ei ollut huomannut toimittaa heidän osoitteitaan. Elokuun puolivälissä lisäsin loput ja kysely lähetettiin lopulta 106:lle. Lähetin muistutuksen myös aikaisemmin kyselyn saaneille ja vastausaikaa pidennettiin. Edelleen vastauksia tuntui olevan liian vähän ja lähetin vielä muistutuksen. Elokuun lopulla lisäsin vastausaikaa viikolla, kunnes kysely suljettiin. Sain lopulta 41. vastausta. Kysely osui hankalaan ajankohtaan. Elokuulla osa henkilöstöstä oli vielä lomilla. Samaan ajankohtaan liittyi terveystieteiden muutto Y-taloon. Kaupungin sairaalan osasto-

ja muutti syyskuulla fyysisesti täysin uuteen paikkaan. Oletin, että henkilökunta oli valmistelujen takia erittäin kuormittunut. Nämä syyt vaikuttivat todennäköisesti vastaajien määrään.

Webropol-kyselyyn saatiin 41 vastausta. Vastaajista yhdeksän olivat lääkäreitä ja loput sairaanhoitajia. Vastaajien työskentelyaika kaupungin sairaalassa vaihteli 2,5 kuukaudesta yli 30 vuoden kokemukseen. Vastaajista 20 työskenteli osastolla, 12 vastaanotoilla, kahdeksan päivystyksessä ja yksi useissa paikoissa sairaalaa. TAS oli tuttu 40 vastaajalle, yksi ei ollut vastannut. Vastaajista 37 oli osallistunut potilaan jatkohoidon järjestämiseen TAS:ssa. Taulukossa (2) nähdään kyselyyn vastanneiden arvio potilaiden suhtautumisesta TAS:n hoitoon siirtymisestä. Taulukossa (3) arvioidaan yhteistyön kokemista.

Taulukko 2. Potilaiden suhtautuminen TAS:iin hoitoon siirtymiseen.

	Huonosti	Melko huonosti	Neutraalisti	Hyvin	Erinomaisesti	Yhteensä	Keskiarvo
Potilaiden suhtautuminen TAS:n hoitoon siirtymiseen	0	0	2	21	16	39	4,36

Potilaat suhtautuivat TAS:iin siirtoon erittäin hyvin. Tärkeää on, että lähettävä yksikkö osaa kertoa riittävästi informaatiota ja TAS:n hoitaja ehtii käydä mahdollisuuksien mukaan tapaamassa potilasta osastolla ennen siirtymistä.

Taulukko 3. Yhteistyön kokeminen TASin ja oman työyksikön välillä.

(1 huonoin-5 paras)	1	2	3	4	5	Yhteensä	Keskiarvo
TAS:n ja oman yksikön välinen yhteistyö	1	0	2	14	24	41	4,46

Yhteistyön koettiin toimivan keskiarvon perusteella erittäin hyvin. Avoimissa kysymyksissä tuli esiin, miten sitä voitaisiin vielä kehittää.

Kävin avoimet kysymykset läpi yksityiskohtaisesti ja keräsin vastauksista yhteenvedon. Kirjasin ensin kaikki vastaukset eri kysymysten alle. Monet asiat toistuivat useissa vastauksissa, mutta vain eri sanamuodossa. Etsin vastauksista samankaltaisuuksia ja yhdistelin niitä saadakseni jäsennellympää tietoa. Kävin vastaukset läpi useaan kertaan ja ryhmittelin ja tiivistin niitä.

### **Tiedon saanti TAS:n toiminnasta**

*”Ylilääkäriltä, lääkäriltä, akuuttiosasto ollut yhteistyökumppani, osasto yhteistyössä kotiutuvien potilaiden jatkohoidosta, talon sisäisessä koulutuksessa, esimieheltä, hlökunta, työkaverit, sähköpostilla, infolehtisestä, TAS:n hoitajilta jne.”*

Vastauksista kävi ilmi, että tieto TAS:sta perustui paljolti suusta suuhun informaatioon. Totesimme, että on tietenkin hyvä, että meillä on puolestapuhujia. Mietimme kuitenkin, että tulisi löytää keino, jolla mielletäisiin TAS osaksi kaupunginsairaala pysyvästi. Toiminnasta tiedottaminen olisi meidän tärkeä tehtävämme jatkossa.

### **TAS:iin soveltuvat potilaat**

*”Saattohoitopotilaat, syöpäpotilaat, kipupumppu, infektiopotilaat, iv-antibiootti, iv-lääkitys, kipulääkitys iv ,pneumonia, pyelonefriitti, ruusu, hyväkuntoisia, vaativampaa hoitoa tarvitsevat, potilaat, jotka eivät tarvi sairaalahoitoa, omatoimisia jne.”*

Vastauksista ilmeni hyvin, miten kaupunginsairaalan henkilökunta tietää TASiin soveltuvat potilaat. Vastauksista löytyivät kaikki sairausryhmät, mitä TAS:n tilastoissakin näkyvät (liite 1).

*”TAS:n lääkäri/hoitajat, vastaava sairaanhoitaja, oman osaston sosiaalityöntekijä.”*

Vastaajat tiesivät hyvin kehen tuli ottaa yhteyttä potilaan TAS:n hoitoon ohjaamiseksi.



## Yhteistyökäytäntöjen kehittäminen TAS:n ja muiden yksiköiden välillä

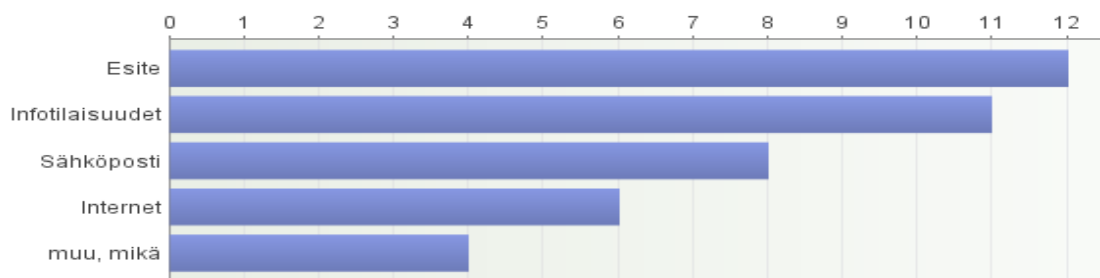
*”Yhteiset koulutukset, palaverit, informaatiotilaisuus, yhteispalaveri, info hoitajien palaverissa, osastotunnilla voisi TAS henkilö kertoa toiminnoista, enemmän markkinointia TAS:sta, yhteinen kehittämisiltapäivä, yhteistyö toimii hyvin, viikoittainen kontakti olisi hyvä, lisätä, toimintayksikön sijainti järjestely, yhteistyö Huhtalan osaston kanssa, hoitajien tuttuus helpottaa, keskustelemalla, ei kokemusta, ei uusia ideoita, ei ole ongelmia jne.”*

Vastausten perusteella informaationtarve näytti olevan suuri. Toivottiin selkeästi enemmän yhteistyötä ja tapaamisia. Tehostetun kotihoidon vaiheessa työryhmään kuului kotiutushoitaja, joka kiersi osastoilla arvioiden yksikköön soveltuvia potilaita.

## TAS:n informointiin liittyvät odotukset

*”Nykytieto riittävä, hyvin informoitu, tieto löytynyt hyvin esitteestä, nettisivuilta tarkempaa tietoa, millaisia potilaita hoitaa, muitakin kuin iv-antibiootti potilaita, listalle kaikki hoidettavat asiat, miten eroaa KSH:sta, uudet hoitomuodot, käytännöt, työtehtävät, kriteerit, muutokset toiminnassa, toiminta-alue, yleinen informaatio paikallislehdessä, päivitetty esite, puh.nrot, hlökunta jne. ”*

Vastauksista ilmeni melko paljon epäselviä asioita. Kertooko se liian huonosta tiedottamisesta? Antaako tämän hetkinen esite riittävästi informaatiota? Kuviossa (5) näkyivät kyselyyn vastanneiden arviot parhaista keinosta tiedottamiselle.



Kuvio 5. Parhaimmiksi koetut informoinnin kanavat TAS:sta.

## **Tehostettu Avosairaanhoito-nimi toiminnan kuvaajana**

*”Hyvin kuvaa, ei mielipidettä, nimeen totuttu, TAS/tehostettu avosairaanhoito ei kerro mitään tietämättömille, vanhat ei ymmärrä/muista, vaikeaselkoinen, Kotisairaala olisi nimenä parempi, joskus sekoitetaan kotisairaanhoitoon, kertoo, että on avopuolelle saatavaa, sairaanhoitoa tehostetusti kotona, avohoitotiimi, erottaa tavallisesta ksh:sta, koti-sana selkeyttäisi, että kotona tapahtuvaa jne.”*

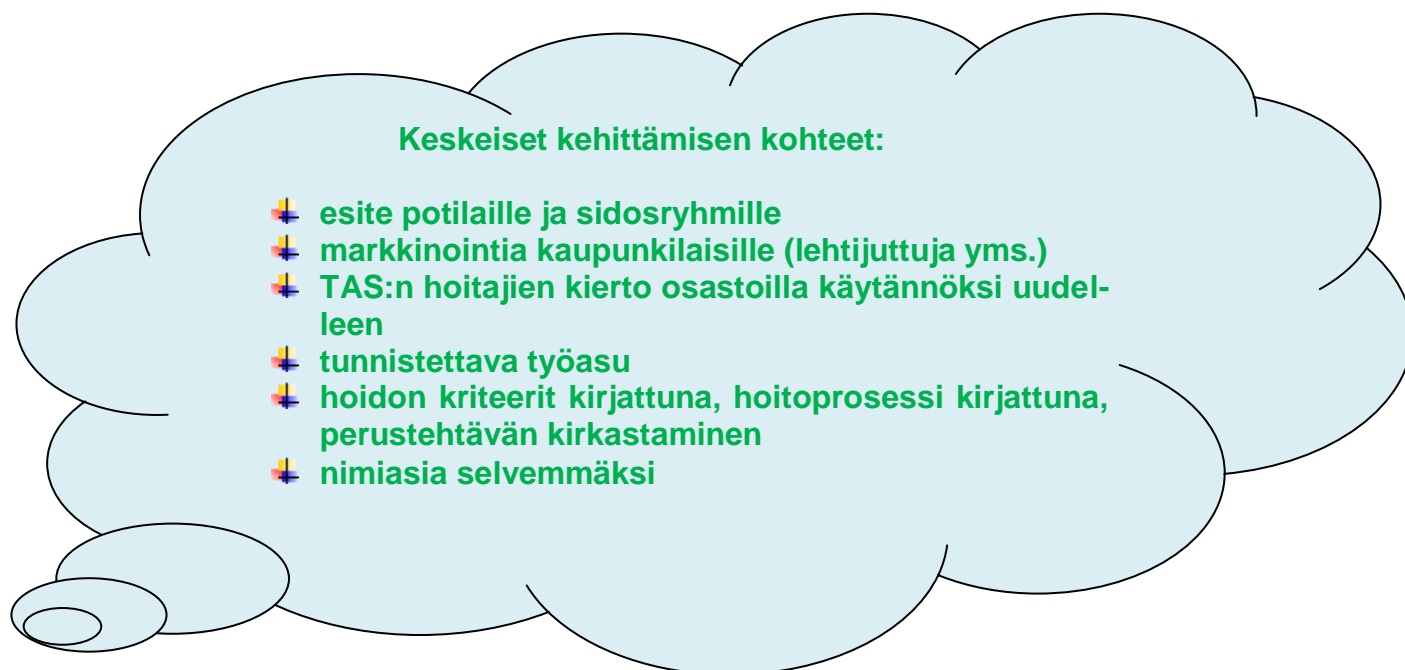
TAS:n työntekijöiden mielipide oli prosessin alusta saakka, että tämän hetkinen nimi ei kuvaa toimintaa riittävän hyvin ja aiheuttaa epäselvyyksiä. Osa vastanneista kertoi tottuneensa nimeen ja epäilivät, onko hyväksi muuttaa jälleen nimeä. Vastaukset vahvistivat myös sitä näkökulmaa, mikä työntekijöillä itsellään oli. Kotisairaala nimenä tuli esiin useassa vastauksessa. Toivottiin selkeää eroa kotihoiton toimintoihin. Nimi asiaan palattiin myöhemmin prosessin edetessä.

## **Ideoita/ajatuksia/kommentteja toiminnan kehittämiseksi**

*”Lisää hoitajia, enemmän hoitoa kotiin, koska laitospaikkoja ei riittävästi, säästää osastopaikkoja, säästää yhteiskunnalle, ei turhaan kuormiteta osastoja, hyväkuntoiset potilaat saa olla kotona, TAS:lle yhtenäinen työasu, jotta tunnistaa hoitohenkilökunnaksi, toiminta akuuttiosaston kanssa samoissa tiloissa, yhteistyö, molempien ammattitaito kasvaisi, informaation kulku helpompaa, markkinointia myös enemmän kansan keskuuteen, osaisivat itse ehdottaa jne.”*

TAS:n toiminnan merkitys näytti olevan selkeä kyselyyn vastanneille. On ymmärretty, että toimintaan panostaminen on yhteiskunnallisesti merkittävää säästöjen vuoksi. Huomattiin myös potilas näkökulma. Hyväkuntoisen potilaan ei tarvitse maata sairaalassa. Informaatioon ja yhteistyöhön toivottiin myös kehitystä.

Kuvioon (6) on kerätty keskeisiä esille tulleita kehittämiskohteita, joita TAS:n kehittäjäryhmä voi alkaa jatkossa konkreettisesti viemään eteenpäin.



Kuvio 6. Yhteenveto kehittämisen kohteista kaupunginsairaalan lääkärien ja sairaanhoitajien näkemyksistä.

#### 5.4 TAS:n perustehtävä ja arvot

Prosessin edetessä huomattiin, ettei TAS:lla ole selkeää toiminnan kuvausta. Palaverin tarkoituksena oli miettiä työryhmän kanssa Tehostetun Avosairaanhoidon perustehtävää, kumppanuus-, ja asiakkuussuhteita. Palaveri aloitettiin perinteisesti kahvitelulla. Sovelsin (Takanen & Petrow 2010, 140) orientaatioharjoitusta, jossa ryhmää pyydettiin hiljentymään ja keskittymään itseensä. Jokaiselle annettiin tehtäväksi kertoa, miltä tuntui sillä hetkellä ja mistä tilanteesta oli palaveriin tullut ja mitä tehnyt. Korostettiin tilanteen vapaamuotoisuutta ja kukin sai itse miettiä, mitä haluaa kertoa. Aikaa tähän käytettiin noin 15 minuuttia. Ilmapiiri vaikutti positiiviselta kehittämistehtävää kohtaan.

Keskustelun alussa selvisi, että oli tullut ilmi asioita, jotka huolestuttivat ryhmän jäseniä TAS:n työntekijöinä. Asioita ei tähän opinnäytetyöhön kirjata, mutta keskustelun pohjalta päädyimme siihen, että kehittämistyön merkitys korostui entisestään. Huomasimme, miten tärkeää oli saada perustehtävän- ja hoitoprosessin kuvaus tehtyä. Sillä on suuri merkitys toimintamme perustelemiseksi, jos sellaista



Saman palaverin aikana mietimme yhdessä toimintaamme ohjaavia arvoja. Jokaiselle jaettiin kolme pientä paperia ja kaikkien tuli miettiä omasta mielestään meidän toiminnallemme tärkeitä arvoja. Kun kukin oli saanut asiat paperille, ne laitettiin pöydälle. Yhdessä hahmottelimme ja jaoimme niitä luokkiin. Arvojen miettiminen oli aika haasteellista ja osa asioista ei välttämättä ollut ihan arvoja kuvaavia. Todettiin, että tietyt arvot ohjaavat toimintaa, mutta niitä on vaikea muuttaa kirjalliseen muotoon. Päätin laittaa tuotoksen osaksi perustehtävän kuvausta, koska toiminnan tulisi perustua arvoihin.

Mietimme TAS:n toiminnan sisältöä. Miksi Tehostettu Avosairaanhoito on olemassa? Mikä on meidän perustehtävämme sekä ketkä ovat kumppaneitamme ja asiakkaitamme. Mitkä arvot ohjaavat toimintaamme?

Tehostetun Avosairaanhoidon tehtävä on tuottaa sairaalatasoisia sairaanhoito- ja lääkäripalveluita potilaan kotiin voinnin salliessa kotihoidon.

Hoidamme erilaisia infektiopotilaita ja toimenpiteitä kuten iv-antibiootit, injektiot im., sc., iv, kipupumput, drenit, katetroinnit, CVK/portacat, VISTA yms. Tehtäviin kuuluvat myös, nestehoito, iv-ravitseminen, postoperatiivisen potilaan hoito, infektoituneen haavan hoito, saattohoito, vaativa kivunhoito sekä verikokeet. TAS:n hoitaja hankkii tarvittaessa apuvälineitä ja antaa ohjausta sekä neuvontaa potilaille, omaisille ja esimerkiksi palvelukeskusten hoitajille. Kehittäjäryhmä luonnehti TAS:a seuraavalla tavalla:

*\*Voinnin salliessa koti on paras paikka potilaalle, erityisesti muistisairaille, välttään turhilta potilassiirroilta.*

*\*Hoidon saatavuus palveluasumisyksiköihin, ei turhia siirtoja, potilas ei vie kahden yksikön vuodepaikkaa.*

*\*Kotona hoitaminen on halvempaa kuin osastoilla, saavutetaan säästöjä yhteiskunnalle.*

*\*Asiantuntevaa hoitoa vuoden jokaisena päivänä 24h/vrk. (Yöllä ESPERI)*

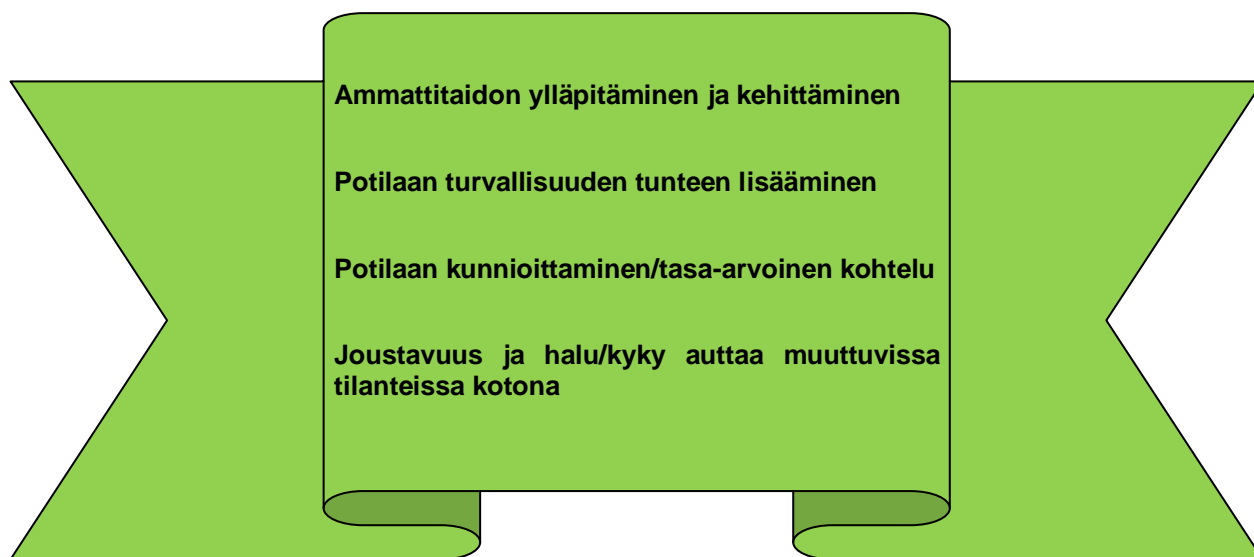
**\*Pystyy vastaanottamaan kaikki** kotisairaalaan soveltuvat potilaat, nopeat potilassiirrot mahdollisia.

**\*Pystyy antamaan aikaa** potilaalle kokonaisvaltaisesti.

**\*Ohjaa ja neuvoo** muiden yksiköiden hoitajia, kouluttaa, antaa tukea osastoille tarvittaessa.

**\*Infektioiden leviämisriski vähenee**, kun hoidetaan kotona.

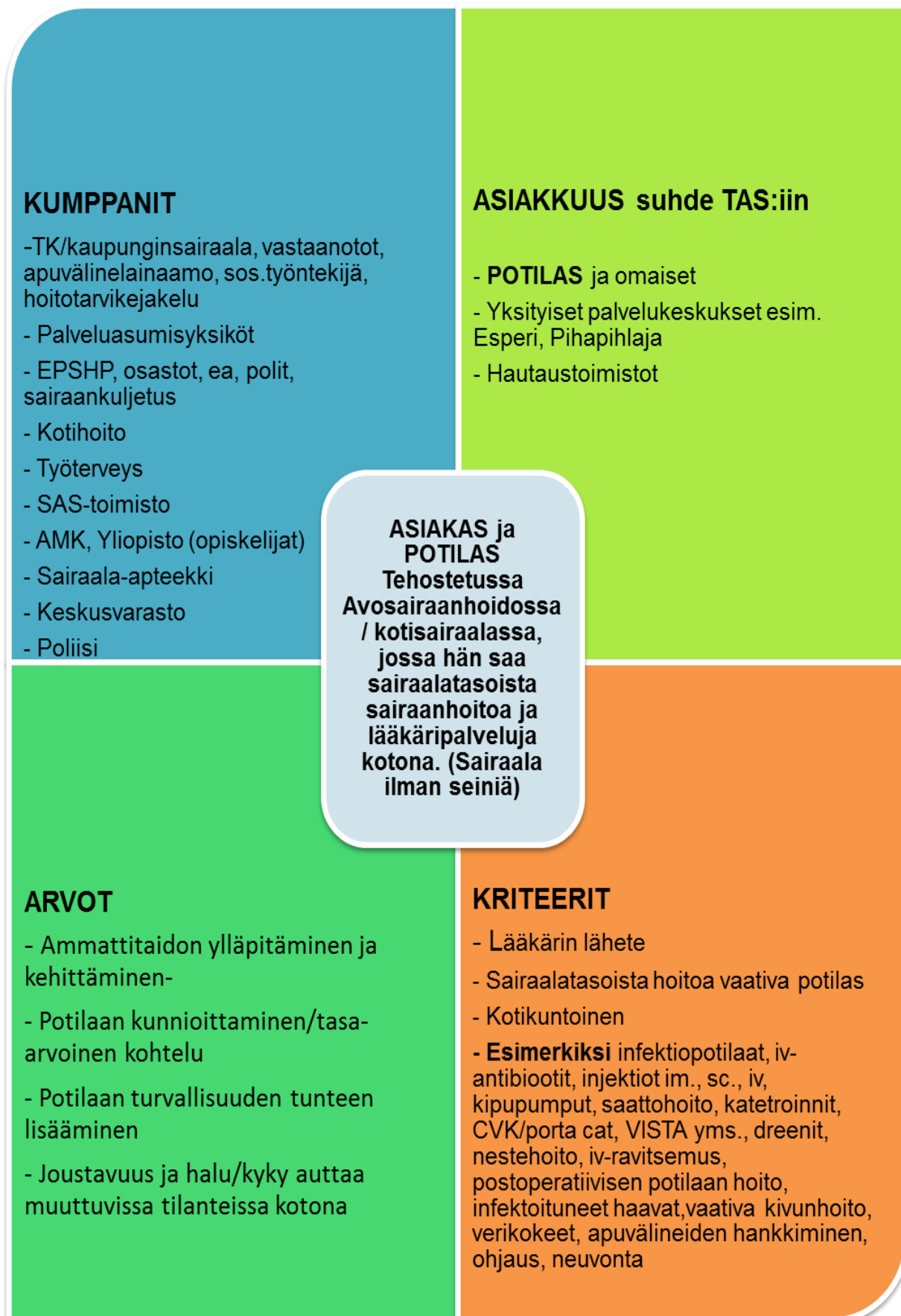
**TAS:n toimintaa ohjaavat arvot:**



**Kumppanit ja asiakkaat**

TAS:n toiminnan perustana on potilas ja häneen liittyvät toiminnot. Potilaan itsemääräämisoikeus korostuu erityisesti kotona tapahtuvassa hoidossa hänen omassa ympäristössään. TAS:lla on useita sidosryhmiä. Kuvioon (8) on koottu kaikki

TAS:n kanssa yhteistyössä toimivat kumppanit. Kuvio on koottu työryhmän yhdessä laatimasta mind-mapista (Kuvio 7). Kuviossa ovat eriteltynä TAS:n asiakkuussuhteet. Asiakkuussuhde voi olla myös kumppanuussuhde. Toiminnalle luotiin yhteistyössä ohjaavat arvot. Prosessin kohteena on kuitenkin potilas, jonka hyväksi koko systeemi tuottaa tarvittavat palvelut potilaan tarpeiden mukaan.



Kuvio 8. Asiakslähtöinen TAS.



## 5.5 TAS:n hoitoprosessin kuvaus

Vietimme työhyvinvointi-päivää Vaasassa marraskuussa 2012. Aamupäivällä oli suunniteltu tutustumismatka Vaasan kotisairaalaan ja iltapäiväksi varattu aikaa ruokailuun ja kehittämispalaverille. Vaasan kotisairaala vierailun tarkoitus oli kuulla, miten siellä toimitaan. Kuulimme monia samankaltaisia asioita, jotka olivat olleet solmukohtia sielläkin aluksi. Saimme kuulla, että tunnettavuus ja luottamus olivat aluksi huonoa myös Vaasassa. Vaasan kotisairaala on toiminut jo yli 10 vuotta. Ensimmäiset viisi vuotta olivat menneet oman paikan lunastamiseen terveydenhuollon organisaatiossa. Vaasassa oli alun alkaen toimittu Kotisairaala nimellä ja heidän mielestään se oli viisasta, ettei sekoiteta muihin kotihoidon yksiköihin. (Vaasan kotisairaala vierailu 2012. Muistio.) Totesimme, että oli huojentavaa kuulla, että muuallakin oli käyty läpi samanlaisia prosesseja ja olemme oikealla tiellä toimintamme kehittämisessä.

Meille oli varattu ravintolasta rauhallinen tila, jossa oli mahdollisuus pitää kehittämispalaveri iltapäivällä. Aluksi juttelimme vapaasti kotisairaala vierailun annista ja keskustelua syntyi paljon. Hoitoprosessin kuvaus oli Vaasankin kotisairaalassa vasta aluillaan näin pitkän toiminnan jälkeen. Keskustelimme siitä, miten tärkeää on saada se tehtyä meillekin.

Mietimme mielikuvituspotilaan avulla, mitä kaikkea TAS:n hoitoontuloprosessi sisältää. Sovimme, että kehittämispalaverin vetäjänä kirjaan ylös kaikki asiat, mitkä ryhmälle tulivat mieleen. Koska kyseessä oli tyhy-päivä ja illalla oli suunnitelmissa pikkujoulun vietto, ryhmällä oli vaikeuksia keskittyä. Tähdensin kuitenkin, että annettu tehtävä täytyy saada tehtyä, koska meillä ei ollut mahdollisuutta järjestää lisää tapaamisia. Saimme tehtyä prosessin kuvauksen. Sovimme, kun saan kuvauksen kirjoitettua, niin lähetän sen kaikkien kommentoitavaksi.

### Potilaan tulo TAS:n hoitoon

Tas:n potilaaksi tullaan lääkärin kirjoittamalla ”läheteellä”, josta selviää hoito-ohjeet ja lääkitys. Lähettävä yksikkö tiedustelee TAS:n hoitajalta hoitopaikkaa ja

informoi samalla suullisesti. Potilaan tulee suostua kotona tapahtuvaan hoitoon ja olla kotikuntoinen.

Potilaalle tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma ja valmistellaan hoidon mahdollistamiseksi kuuluvat asiat. Mahdollisuuksien mukaan potilasta käydään tapaamassa jo lähettävässä yksikössä ja annetaan informaatiota TAS:n hoidosta. Suonensisäinen hoito aloitetaan jo lähettävässä yksikössä mahdollisten reaktioiden takia.

TAS toimii jokaisena päivänä klo 7:30–22. Joskus tarvitaan käyntejä öisin. Palvelun tuottaa yksityinen hoitoalan palveluntarjoaja Espero Oy, jonne toimitetaan hoitosuunnitelma ja lääkkeet.

### **Ensikäynti ja muut hoitokäynnit**

Potilaalle annetaan toiminnasta kertova esite ja kerrotaan hoidettavasta sairaudesta sekä hoitosuunnitelmasta. TAS hoitaa kaiken sairauteen liittyvän esimerkiksi lääkityksen annon ja verikokeet kokonaisvaltaisesti huomioiden kunkin yksilölliset tarpeet.

Kotikäyntien jälkeen hoitaja palaa TAS:n toimistoon. Hoitolaukku huolletaan asianmukaiseen kuntoon seuraavia käyntejä varten. Potilaasta kirjataan käynti sähköiseen sairaskertomukseen (Effic) ja käynnit tilastoidaan. Sairaanhoitaja tapaa TAS:n lääkärin arkisin klo 11. Hoitaja esittelee potilaat lääkärille ja kertoo heidän voinnistaan ja mahdollisista tarpeista. Lääkäri kirjaa määräykset sähköiseen sairaskertomukseen.

Lääkärin tapaamisen jälkeen toteutetaan ja kirjataan määräykset sekä päivitetään muuttuneet tiedot potilaslistaan. Hoitaja huolehtii lääke- ja varastotilaukset. Huolehditaan toimistotilojen siisteydestä. Hoitaja kirjaa jokaisen käynnin matkapäiväkirjaan reitteineen. Iltapäivällä raportoidaan seuraavalle työvuorolle päivän tapahtumat.

Potilaan tilaa arvioidaan joka käynnillä kliinisesti ja tarvittaessa verikokeiden tai muiden mittausten avulla. Jos hoito ei vaikuta toivotulla tavalla, lääkäri tekee pää-

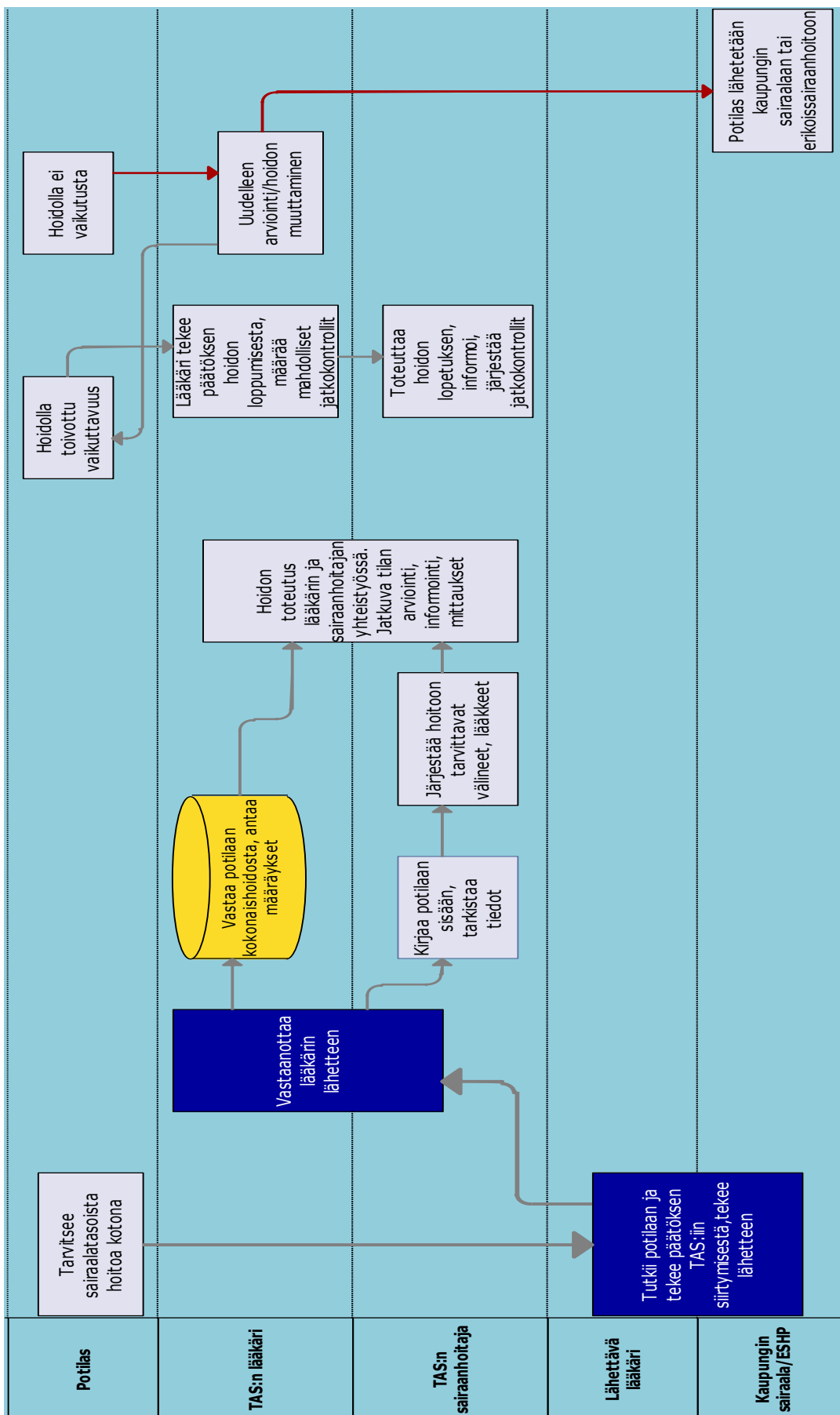
töksen, miten jatketaan. Potilaalla on mahdollisuus palata tarvittaessa perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon.

### **TAS:n hoidon loppuminen**

Lääkäri tekee päätöksen hoidon loppumisesta laboratorio tulosten, hoidon keston ja vasteen mukaan. Hoitajalla on suuri merkitys, koska TAS:n lääkäri ei välttämättä näe potilasta koko hoitosuhteen aikana. Lääkäri kirjoittaa reseptit tarvittaessa ja informoi jatkohoito-ohjeet. Hoitaja päivittää tiedot sairaskertomukseen ja informoi potilasta ja mahdollisia muita yhteistyökumppaneita jatkosta.

TAS hoitaa myös saattohoitopotilaita, mutta saattohoidon prosessia ei käydä läpi tässä työssä sen laajuuden vuoksi.

Kuvasin QPR-ohjelmalla TAS:n hoitoprosessin (Kuvio 9) vaiheet. Seinäjoen kaupungin kotihoidon ja SAS-toimiston prosessit ovat kuvattuina samalla menetelmällä, joten kuvaus on niiden kanssa samassa linjassa. Näin kuvausta voidaan käyttää esimerkiksi kerrottaessa TAS:sta kaupungin nettisivuilla. Kuvioon voidaan liittää sähköisessä muodossa linkitys, jossa avataan prosessin eri vaiheet tarkemmin (liite 3).

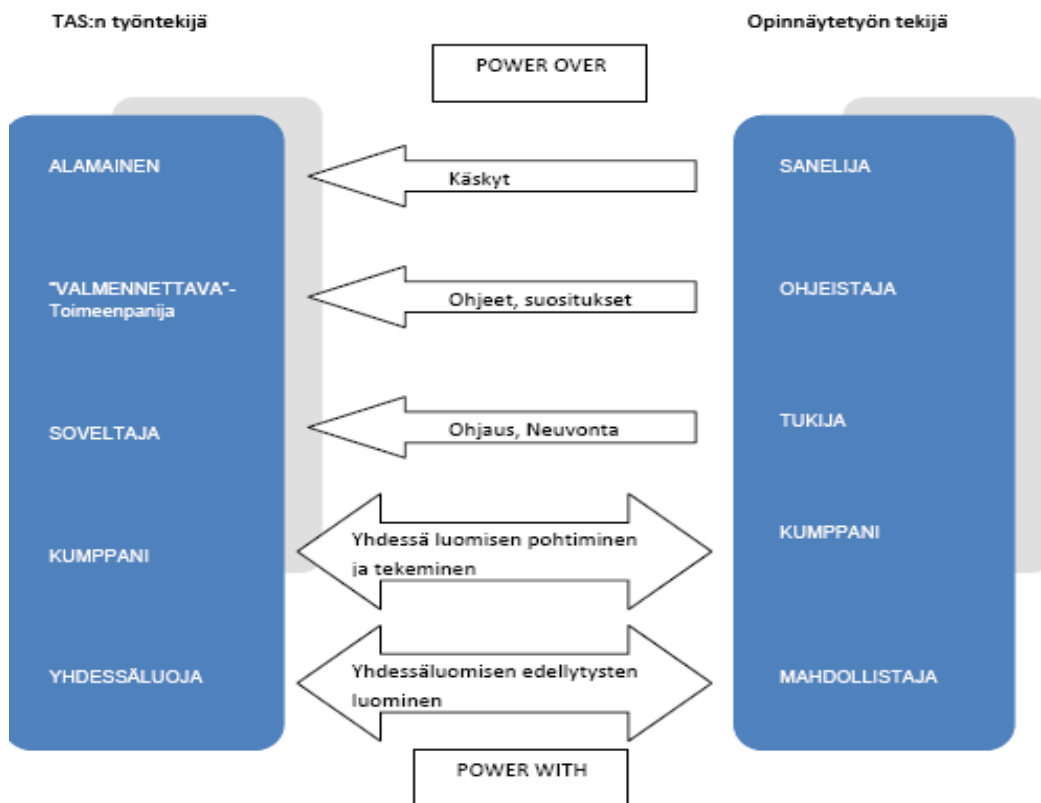


Kuvio 9. TAS:n hoitoprosessin kuvaus.

## 5.6 Kehittämisprosessin arviointi

Takasen ja Petrowin kirjassa Kohtaamisten voima (2010, 69) käsitellään työnantaja-asiakas roolien muutoksia. Arvioin TAS:n sairaanhoitajien ja opinnäytetyön tekijän välistä roolia kehittämisprosessin aikana kuvion (10) avulla. Alussa opinnäytetyön tekijän rooli oli selkeästi sanelija, joka kertoi mitä oli tarkoitus tehdä ja miten se toteutetaan. Selkeä asetelma oli, että käskyt tulivat sanelijalta ja muut toimivat sen mukaan. Aloituspalaveri oli juuri tällainen tilanne. Ryhmällä ei ollut vielä motivaatiota kehittämistyöhön, koska he eivät olleet ajatelleet olevansa osa kehittämisprojektia. Tämän vuoksi pyysin hoitotyön johtajaa mukaan kertomaan yhteisestä päämäärästä ja tukemaan prosessin lähtötilannetta.

Fokusryhmähaastattelu vaiheessa jatkoin edelleen ohjaajana ja neuvojana, joka tuki prosessin etenemistä ja ohjeisti ryhmää. Edelleenkään ryhmä ei vaikuttanut motivoituneelta, mutta muutosta oli jo näkyvissä. Fokusryhmän analyysivaiheessa pääsimme etenemään kumppanuuden tasolle. Teimme yhdessä fokusryhmän analyysin swot-menetelmällä. Ryhmä vaikutti kiinnostuneelta ja paneutui ryhmätyöskentelyyn. Osallistava menetelmä koettiin mukavana keinona työstää asiaa. Seuraavat vaiheet toimivat helpommin ja koin roolini osittain jo mahdollistajana. Ryhmä loi yhdessä aineistoa eri kehittämispalavereissa. Mietimme TAS:n perustehtävää, arvoja ja hoitoprosessia yhdessä ja sain niiden pohjalta aikaan useita kuvioita. Yhteinen tekeminen ja tavoite motivoivat kehittämistyötä.



Kuvio 10. Kehittämistyön vetäjän ja kehittäjäryhmän roolien muutokset mukailten (Takanen & Petrow 2010, 69).

Koen, että kehittämisprosessin vetäminen antoi valmiuksia vetää erilaisia projekteja tulevaisuudessa. Opin keinoja osallistaa kehittäjäryhmää yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Samalla oli mielenkiintoista nähdä oman roolin muuttuminen prosessin edetessä sanelijasta kumppanitasolle. Jonkin verran koin, että pääsin mahdollistaja tasolle. Luulen, että nyt, kun kehittämisen prosessi saatiin alkuun, kehittäjäryhmä on valmis jatkamaan prosessia itsenäisemmin konkreettisiin toimiin. Tätä kehittämisprosessia tukivat muut kehittämisen prosessit uudessa työpaikassa, toisaalta sain tukea myös vastavuoroisesti siellä vietäviin kehittämistehtäviin. Kehittämisen prosessi tuki myös käytännön esimiestyötä uudessa tehtävässä.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytteen ensimmäisenä kehittämistehtävänä oli **tunnettuuden lisääminen**. Yhteisen kehittämisprosessin tuloksena tiedottaminen nousi tärkeäksi tekijäksi. Keskustelun pohjalta syntyi ajatus uudesta esitteestä. Esitteitä tulee tehdä kahdenlaisia, potilaille ja hoitohenkilökunnalle omansa. Uuden esitteen tuominen olisi hyvä siinä vaiheessa, jos yksikön nimi vaihtuu. Samalla voidaan antaa ”informaatioiskuja” toiminnasta. Kaupunginsairaalan henkilökunnalle tehdyn webropolikyselyn vastaukset tukivat näkemystä esitteestä parhaimpana keinona tiedottamisessa (Kuvio 5). Esitteen suunnittelussa kannattaa miettiä tarkoin, mitä tietoa potilas tarvitsee ja mitä ammattihenkilöstö. Potilaille suunniteltavassa esitteessä tulee välttää ammattisanastoa. Esitteessä tulee käydä selville kotisairaalan tarkoitus ja tehtävä mahdollisimman selkeästi ”kansankielellä” kuvattuna. Yhteistyökumppaneille (Kuvio 8) tulee suunnitella ammattikäyttöön sopiva esite, josta selviää millaisia valmiuksia TAS:n sairaanhoitajilla on hoitaa erilaisia sairauksia kotona. Kirjallisen esitteen kehittäminen nousi esiin myös Arvosen (2008) pro gradu tutkielmassa kotisairaalaan kotiuttamisesta.

Tulosten perusteella TAS:n toiminta tulee tehdä näkyvämmäksi. Aikaisemmin kotiutushoitaja oli TAS:n työntekijä, joka kiersi osastoilla etsimässä sopivia potilaita. Tämän käytännön palauttaminen edistää TAS:n tunnettuutta merkittävästi. Tällöin hoitaja toimii TAS:n ”käyntikorttina” jatkuvasti. Tämän hetkiselällä henkilökuntamäärällä asian toteuttaminen on haasteellista. Ikäpalvelulaki (Laki ikääntyneen väestön 28.12.2012/980.) velvoittaa kuntia panostamaan kotona tapahtuvaan hoitoon, joten TAS:n kehittäminen on välttämätöntä tulevaisuudessa suuremmaksi yksiköksi. Tulee muistaa kuitenkin, että TAS ei ole pelkästään vanhusten hoitoyksikkö, vaan hoitaa myös työikäisiä potilaita. Halosen (2012) tutkimus vahvistaa näemyksen. Yhteistyötahot ja potilaat tarvitsevat jatkuvaa ja aktiivista tiedottamista kotisairaalatyyppisen hoidon mahdollisuudesta ja toimintaperiaatteista. Vaasan kotisairaalassakin todettiin sama asia. Finne-Soverin (2012) selvityksessä tuli esiin hoitokoordinaattorit kotiutuksen tehostamiseksi. Kotiutusten koordinoimiseen tulee panostaa nykyistä enemmän Seinäjoella. SAS-koordinaattorin (suunnittelu-

arviointi-sijoitus) aika menee lähinnä vanhustenhoidon laitospaikkojen sijoitusten järjestämiseen.

Kehittämisen tulosten perusteella voidaan suositella, että TAS:n sairaanhoitajien tulee käyttää yhtenäistä tai tunnistettavaa työasua, koska visuaalinen näkyvyys on tärkeää. Seinäjoen kotihoidossa työntekijät käyttävät liiviä tunnusmerkkinä. TAS:n hoitajat voivat yhdenmukaistaa työasuaan samalla tavalla. Tulee miettiä, mikä olisi TAS:n värimaailma. Tämän tulee toistua nettisivuilla, esitteessä ja vaatteissa. Tämänhetkisessä esitteessä on vihreä väri vallitsevana ja sama väri toistuu terveyskeskussairaalan nettisivuilla.

Kehittämisprosessin tuloksissa tuli ilmi, että potilaat eivät välttämättä ohjautu TAS:iin, vaikka se tunnetaan perusterveydenhuollon yksiköissä melko hyvin. Tulosten mukaan luottamuspuola tuli esiin yhtenä heikkoutena. Lääkärit eivät uskalla ottaa vastuuta, vaan ohjaavat potilaat esimerkiksi ensin osastolle, josta he siirtyvät TAS:iin. Tarkoitus on, että soveltuvat potilaat siirtyvät suoraan Kotisairaalaan. Tällä tavoin säästetään yhteiskunnan varoja ja vuodeosastopaikkoja on niitä enemmän tarvitseville. Kotona tapahtuva tehostettu sairaanhoito on luotettava ja turvallinen vaihtoehto sairaalahoidolle. Lääkäriin helppoon saatavuuteen on panostettava (Halonen 2012, 67.) Luotettavuuteen voi vaikuttaa tiedonkulun kehittämisellä yksiköiden välillä. Yhteistyötahojen on hyvä saada tietoa esimerkiksi siitä, miten potilaat sairauksineen ovat hoituneet TAS:ssa. Tämä edellyttää hoidon vaikuttavuuden seurannan kehittämistä jatkossa. Tilastotiedon kerääminen ja seuraaminen aktiivisesti on tärkeää.

Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa todettiin haasteelliseksi. Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan voitu tutkia erikoissairaanhoidon tietämystä TAS:n toiminnasta työn laajuuden vuoksi. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää erikoissairaanhoidon puolelle. TAS:n oman tilastoinnin mukaan (liite 1) vain 14% potilaista tuli erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoito tulee yhteiskunnalle huomattavan kalliiksi, joten on järkevää, että potilaat, jotka eivät tarvitse ko. hoitoa, siirtyvät mahdollisimman nopeasti perusterveydenhuoltoon. Näistä potilaista osa voi siirtyä suoraan TAS:n hoidettavaksi.



TAS:iin **hoitoontuloprosessin kehittäminen** oli opinnäyteyön toinen tehtävä. Hoitoprosessin tunnetuksi tekemisellä yhteistyökumppaneille voidaan niin ikään parantaa luottamusta. Yhteistyökumppaneiden tulee tietää, millaiset valmiudet TAS:lla on erilaisten sairauksien hoitamiseen. Prosessin aikana tuotettiin TAS:n perustehtävän kuvaus ja QPR-ohjelman avulla luotu prosessin kuvaus sekä arvot. Kuviota voidaan käyttää eri tarkoituksiin. Sen tulee näkyä kaupungin sairaalan nettisivuilla. Sähköisessä muodossa siihen voidaan linkittää hoitoprosessin kuvaus yksityiskohtaisemmin. Kuvio selventää TAS:n hoitoprosessia yhteistyötahoille ja sitä voidaan käyttää ”informaatioiskujen” tukimateriaalina. Seinäjoen kaupungin ikääntymispoliittisen strategian (2012) yhtenä tavoitteena on saada prosessikuvaus aikaan erilaisista palveluista. TAS:n prosessikuvaus on linjassa vuoteen 2017 ulottuvan strategian kanssa.

On erittäin tärkeää, että yksiköllä on selkeästi määritelty perustehtävä ja arvot. Ammattitaidon ylläpitäminen muodostui yhdeksi TAS:n sairaanhoitajan työtä ohjaavaksi arvoksi. Työ on vastuullista, koska sairaanhoitaja on useasti ainoa linkki potilaan ja lääkärin välillä. Tämän vuoksi on tärkeää kouluttaa henkilökuntaa jatkuvasti. Yksiköllä ei ole tavoitteellista koulutussuunnitelmaa. Tulevaisuudessa tällainen on tärkeä kehittämisen kohde. Turvallisuuden tunteen luominen on kotona tapahtuvassa hoidossa haasteellista. Riittävä potilaan informointi on tärkeää. Lääkärin kotikäyntejä tulee lisätä, jotta potilaat olisivat tasa-arvoisia osastolla olevien potilaiden kanssa. Potilasturvallisuutta voidaan lisätä huomattavasti, jos lääkäri on käytettävissä jatkuvasti. Vaasan Kotisairaallalla on oma lääkäri ja kokemukset ovat pelkästään positiivisia.

Hoitoprosessi tulee suunnitella asiakaslähtöisesti ottamalla potilas mukaan hoidon suunnitteluun. Yhteys lääkäriin on tehtävä helpoksi. Jos resurssit eivät riitä kotikäynteihin, täytyy olla mahdollisuus saada yhteys lääkäriin ainakin puhelimitse. Potilaalle tulee järjestää aikaa ja hoitajien on oltava joustavia sekä löytää luovia ratkaisuja kotona hoidettaessa. Hoidon jatkuvuuden järjestäminen on tärkeää ts. sama hoitaja käy mahdollisuuksien mukaan aina saman potilaan luona. Tämä osaltaan vaikuttaa turvallisuuden tunteen lisääntymiseen. Tätä tukee myös Halosen (2012) tutkimuksen tulokset.

Kolmas opinnäytetyön kehittämistehtävä oli **ottaa kantaa yksikön nimeen**. TAS nimenä saattaa vaikeuttaa yhteistyötahojen ja potilaiden ymmärrystä, mikä tehtävä yksiköllä on ja mihin se sijoittuu. Webropol-kyselyssä tuli esiin mielipiteitä, joissa nimeen oli jo totuttu. Kuitenkin eniten tuli esiin kotisairaala nimitys, mitä TAS:n hoitajatkin kannattavat. Mielestämme Kotisairaala kertoo nimenä heti, mikä on toiminnan tarkoitus. Muut nimitykset johtavat helposti harhaan ja TAS määritellään helposti kotihoidon osaksi. Kotisairaala nimitys voi muuttaa mielikuvaa yksiköstä ja siitä tulisi luonnollinen vaihtoehto määriteltäessä potilaan jatkohoitopaikkaa. Nimen vaihto ei ole TAS:n hoitajien ”käsissä”, vaan sen käsittely on esimiesportaan tehtävä. Esitin perustelut nimen vaihdokselle jo kehittämisprosessin aikana esimiestahoille. Nimiprosessi on edelleen meneillään. Kotisairaaloiden määrästä on vaikea löytää tilastotietoa. Hakukoneella tehdyllä haulla, 22 kaupungissa toimitaan kotisairaala-nimikkeellä. Joissain kaupungeissa on myös erikseen erikoisalojen kotisairaala yksiköitä esimerkiksi lasten-, psykiatrisen-, sekä palliatiivinen kotisairaala. Lisäksi löytyy useita yksityisten palveluntuottajien kotisairaaloita.

### **Kehittämistyön eettisyys**

Kehittämistyön kaikissa vaiheissa toimittiin tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Saatu informaatio raportoitiin sellaisena kuin se saatiin. Kehittämistyön tarkoitus oli palvella omaa työyksikköä ja saada alkuun kehittämisen ilmapiiriä. Toiminnallisessa tutkimustavassa tutkija itse on aktiivinen osa prosessia. Samalla tulee ottaa huomioon, että kehittämistä tehdään yhdessä muun työyhteisön kanssa, eikä vaan omasta näkökulmasta. Kaikkea saatua materiaalia käsiteltiin luottamuksellisesti koko prosessin ajan, eikä yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa raportista. Tutkimustiedon käsittelyssä tulee huomioida, että tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä käytetä muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Tutkittavien henkilöllisyyttä ei paljasteta, eikä tietoja käytetä muutenkaan väärin. (Aineiston hankinta, [Viitattu 16.4.2013].) Tutkijan perustehtävä on luotettavan tiedon tuottaminen todellisuudesta. Tähän liittyvät esimerkiksi suunnittelu, tulkinta, kuvailu ja selittäminen. (Lötjönen 1999, 6.) Opinnäytetyön tekoon hankittiin lupa kaupungin sairaalan johtavalta ylilääkäriltä.

Kehittäminen onnistuessaan palvelee niin potilaita ja heidän omaisiaan, työntekijöitä ja työnantajaa sekä kaupunkia. On kaikkien etu, että potilaat ohjautuvat oikeisiin hoitopaikkoihin oikeista syistä. TAS:n kehittämisellä voidaan saavuttaa säästöjä. Esimerkiksi vuonna 2012 TAS:n hoitopäivämaksu oli 70,43€ ja kaupungin sairaalan vastaava 193,33€ (Kojola 2013). Toimintatutkimuksen kaikki viisi analyysitasoa (Kuvio 2) on pyritty ottamaan huomioon jollain tasolla kehittämisprosessissa (Heikkinen 2007, 16–17).

TAS:n hoitajien motivointi kehittämään omaa työtään oli myös haaste, koska perinteinen käsitys on, että opinnäytetyön tekijä itse tekee kaiken työn. Osallistavilla menetelmillä päästiin alkuun kehittämisen ilmapiirissä ja uskon, että palatessani takaisin yksikköön, voimme alkaa miettimään konkreettisia keinoja kehittämiselle. Toimintatutkimukselle asetettu emansipatorisuuden tavoite toteutui mielestäni prosessin aikana. Hoitajat eivät olleet vain tutkimisen kohteena vaan aktiivisia osallistujia, joiden ajattelutapa mahdollisesti muuttui prosessin aikana kehittämismyönteisemmäksi. Tämä edesauttaa prosessin käytäntöön viemistä.

Kehittämisprosessi oli monella tapaa haasteellinen. Työpaikan vaihto ja mittavat kehittämisprosessit myös siellä samanaikaisesti, tekivät prosessista vielä haasteellisemmän. Ajankäytön ja voimavarojen hallinta vaati erittäin paljon. Prosessin aikana sain myös perheenisäystä, mikä ei yhtään helpottanut voimavarojen hallintaa. Kiitän TAS:n henkilökuntaa osallistumisesta kehittämisprojektiin ja erityisesti opinnäytetyön ohjaajaa positiivisesta kannustamisesta. Kiitän myös perheenjäseniäni kärsivällisyydestä opinnäytetyö prosessin aikana.

Tulevaisuuden tutkimus- tai kehittämiskohteina olisi mielenkiintoista selvittää, millälaisia vaikutuksia TAS:n hoidolla on kaupungin talouteen. Olisi mielenkiintoista tietää, miten TAS:n perustehtävän- ja hoitoprosessin kuvaus vaikuttavat tunnetavuuteen. Samaten, jos nimi muuttuu Kotisairaalaksi jossain vaiheessa, mitä vaikutuksia sillä on. Tulevaisuuden kehittämisen kohteena voisi olla yhteistyön tehostaminen erikoissairaanhoidon kanssa.

## LÄHTEET

- Ahlblad, J. 2009. Kotisairaala kaipaa lain kirjainta. Lääkärilehden uutisia. [Verkkopainos 13.8.2009][Viitattu 31.1.2013] Saatavana: [http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=7577/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=7577/type=1)
- Ahoniemi, M. 2011. Muuttuva väestörakenne -haaste kuntien johtamiselle ja palvelutehtävälle. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. [Viitattu 4.2.2012]. Saatavana:<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-22057>
- Aineistojen hankinta ja tutkittavien kohtelu. [Verkkosivusto]. Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. [Viitattu 16.4.2013]. Saatavana: <https://www.jyu.fi/edu/tutkimus/tutkimusetiikka/aineiston-hankinta-ja-tutkittavien-kohtelu>
- Arvonen, M. 2008. Kotisairaalaan kotiuttaminen – potilaiden ja heidän omaisten arviointi kotiuttamisen toteutumisesta. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Finne-Soveri, H. 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki – esimerkkinä Helsinki. Raportti 31/2012. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino oy. [Viitattu 29.3.2013] Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80409/b4046c29-61fe-497c-a226-f517bd40f2bb.pdf?sequence=1>
- Halonen, M. 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito - asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden opettajankoulutus. Itä-Suomen yliopisto. [Viitattu 29.3.2013 ] Saatavana: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120447/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120447.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120447/urn_nbn_fi_uef-20120447.pdf)
- Heikkinen, H.L.T., Roivio, E., Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Kansanvalistusseura. Dark Oy. Vantaa
- Hägg T., Rantio M., Suikki P., Vuori A. & Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. Painos. WSOY Oppimateriaalit Oy: Porvoo
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita Prima: Helsinki
- Ikäihmisten palvelu- ja laatusuositus 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. AT-Julkaisutoimisto Oy Paino: Yliopistopaino Helsinki
- Kaisanlahti, A. 2010. Sydän 1/2010. Sydänliiton lehti.

Kojola, M. 2013. Hoitotyönjohtaja. Sosiaali- ja terveystieteiden keskus Seinäjoki. Sähköposti [xxx.xxx@xxx.fi](mailto:xxx.xxx@xxx.fi). 23.4.2013.

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. [Verkkosivusto] [Viitattu 5.2.2012].) Saatavana: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut)

Kujala, R. 2004. Kotisairaaloiminta tasapainoisen onnistumisstrategian näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimus Oulun ja Porin kotisairaaloiminnan merkityksestä. Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto. LTKHoitotieteen ja terveyshallinnon laitos

Krueger, R. & Casey, M-A. 2000. Focus Groups. 3<sup>rd</sup> edition. A practical guide for applied research. Sage Publications, Inc. Printed in United States of America.

L 30.12.2010/ 1326.Terveystieteidenlaki. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. [Viitattu 23.3.2013] Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

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

Lötjönen, S. (toim.). 1999. Tutkijan ammattietiikka. [Verkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsingin Yliopisto. [Viitattu 14.4.2013]. Saatavana: [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan\\_ammattietiikka\\_99.pdf?lang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi)

Müller, H. (toim), 2011. Kotihoito 24h-Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes print: Tampere

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamisella liiketoimintaan. Ritalahti ja WSOYpro. Helsinki

Paras-hanke.[Verkkosivusto] [Viitattu 5.2. 2012]. Saatavana: <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntauudistus/paras/Sivut/default.aspx>

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaaloiminnassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 121(2):205-11.

Sanerma, P. 2009. Kotihoidon kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes print: Tampere

Seinäjoen kaupungin ikääntymispoliittinen strategia. Yhteisellä työllä hyvään ikääntymiseen. Tavoite- ja toimenpideohjelma vuoteen 2017. [Viitattu 29.3.2013]  
Saataavana:

<http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/ikaantyvienpalvelut/ajankohtaista.html/648.pdf>

Shepperd, S., Doll, H., Angus, RM., Clarke, MJ., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, NA., Wilson, AD. 2008. Admission avoidance in hospital at home. Department of Public Health, University of Oxford, Rosemary Rue Building, Headington, Oxford, Oxfordshire, UK, OX3 7LF. [Verkkajulkaisu][Viitattu 2.2.2013] Saataavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843751>

Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Richards, S., Finbarr, M., Harris, R. 2010. Hospital at home early discharge. [Verkkajulkaisu]Department of Public Health, University of Oxford, Rosemary Rue Building, Headington, Oxford, Oxfordshire, UK, OX3 7LF. [Viitattu 2.3.2013]. Saataavana: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub3/pdf>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [Verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 23.4.2013]. Saataavana: <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>

Swot-analyysi 2012. Opetushallitus. Laadunhallinnan tuki. Menetelmiä ja työvälineitä [Verkkosivusto 9.2.2012] Saataavana: [http://www.ooph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](http://www.ooph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)

Takanen, T. & Petrow, S. 2010. Kohtaamisten voima. Tarina yhdessäluovasta uudistumisesta. Edita Publishing Oy: Helsinki

Tehostettu Avosairaanhoito 2010. Esite

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. 3 luku 25§. [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.2.2013] Saataavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kotisairaanhoito#Pid1907181>

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. 3 luku 25§. [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.2.2012]. Saataavana: <http://www.stakes.fi/Fl/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/terveyskeskustenvuodeosastohoito.htm>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes print. Tampere

Vaasan Kotisairaala vierailu. Muistio 2012.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Otavan kirjapaino. Keuruu.

Vuoti, M. 2011. Pohjoissuomalaisten suurten ikäluokkien tulevaisuudenkuvat ikääntymisestäään, hyvinvoinnistaan ja sosiaali- ja terveyspalveluistaan. [Verkköjulkaisu] Väitöskirja. Oulun yliopisto. Juvenes print. Tampere [Viitattu 2.3.2013] Saatavana: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514295386/isbn9789514295386.pdf>

Wilson, A., Wynn, A., Parker, H. 2002. Patient and carer satisfaction with "Hospital at home" : Quantitative and qualitative results from a randomized controlled trial. [Verkköjulkaisu] British Journal of General Practise, January 2002. [Viitattu 12.6.2012] Saata-  
vana: <http://www.ingentaconnect.com/content/rcgp/bjgp/2002/00000052/00000474/art00004>

## LIITTEET



## LIITE 1 Yhteenvetoa TAS:n vuodesta 2011

- yhteensä 5 701 potilaskontaktia, joista suurin osa tehtiin kotikäynteinä (5 576 käyntiä).
- Potilaskäyntiä tehtiin keskimäärin 15,6 käyntiä / päivä
- Hoidettujen potilaiden keski-ikä oli 68 v.
- Keskimääräinen hoitoaika oli 5,6 pv.
- 
- **Lähettävät tahot:** 31% akuuttiosastolta, päivystys 25.8%, vv-alueet 8.1% (Terveyskeskus)
- SEKS ea, osastot, polit n.14%
- lisäksi palvelukodeista yms.
- kotihoidon asiakkaita 4.8%
- TAS:in hoitoon on tullut myös muutamia terveystalon, erikoislääkärin ja työterveyden lähettämiä potilaita.
  
- **Hoitoontulon syyt:** jonkinlainen infektio; pneumonia, pyelonefriitti, ruusut, haava infektio, bronkiitti, rintatulehdus, sappitulehdus, postoper. infektiot, urosepsis
- nestetys potilaat, iv-ravitsemus, punasolutankkaus, Venofer
- laskimotukospotilaat, kivunhoito, abscessi, saattohoito
- erilaiset injektiot; esim. Klexane, B-12 vit, Bonviva, jne.
- valmistelu maha-suolikanava tutkimuksiin
- Saattohoitopotilaat: Tilastojen mukaan kotona loppuun asti hoidettuja saattohoitopotilaita on v. 2011 ollut yhteensä 15. Tilastoista ei käy ilmi niitten saattohoitopotilaiden määrää, jotka ovat olleet TAS:n potilaina, mutta siirtyneet loppuvaiheessa sairaalahoitoon.

Suurin osa TAS: in potilaista siirtyi hoidon jälkeen suoraan kotiin (60,9%), kotihoitoon (7,5%), kaupungin palvelukeskuksiin (10,8%) tai yksityisiin palvelukoteihin (2,3%). Osa potilaista tarvitsi erikoissairaanhoidoa (4,3%), osastohoitoa kaupunginsairaalassa (2,5%), terveyskeskuslääkärin vastaanottoa / -päivystystä (1,1%)

### 2010 Kerätyn asiakaspalautteen antia: (49 vastausta)

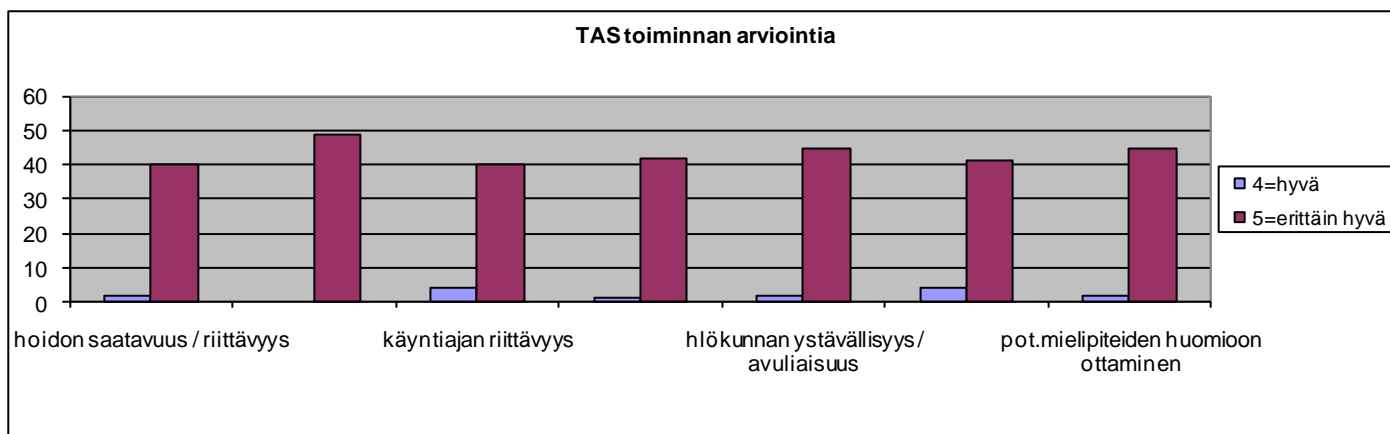
- Potilaiden mielestä tehostetun avosairaanhoidon antama hoito mahdollistaa kotona asumisen erittäin hyvin (44 vastaajaa), hyvin (4 vastaajaa) ja kohtalaisesti (1 vastaaja).

Vastaajat ovat perustelleet arviointiaan seuraavin suurin kommentein:

- Asiallista - potilas kiitollinen kun saa olla kotona, hoitajat ystävällisiä ja asiantuntevia.
  - Toimitaan lääkärin ohjeen mukaan ja otetaan selvää toimenpiteistä jos tapahtuu muutoksia potilaan voinnissa.
  - Hienoa saada kotona asiantuntevaa hoitoa.
  - Koska olen jo muutenkin sairaseläkkeellä eikä aikani ole niin rajoitettua.
  - Hoito on ollut antibiootti suoneen, joten ainakin tämän hoidon osalta erittäin hyvin voi asua kotona hoidon ajan.
  - Hoitajat erittäin ystävällisiä, hommansa hallitsevia, täsmällisiä.
  - Kaikki tarvittava tuodaan tänne ja ei tarvi lähteä verikokeisiin tk:hin.
  - Hoitajat aivan ihania ja kun vielä lääkärin käynti oli yllätys että aivan mahtavaa hoitoa.
  - Sairauteni hoito vaatii ainoastaan säännöllisen lääkityksen suonensisäisesti, joten tarkkailu tai muut hoitotoimenpiteet ovat tarpeettomia.
  - Ilman näitä hoitajia olisin joutunut vuodeosastolle saamaan tämän lääkkeen joka nyt hoituu tosi kivasti kotona.
  - Muussa tapauksessa hoito olisi terveystieteiden keskuksessa vuodeosastolla.
  - Kotona oleminen auttaa paranemista (= nopeuttaa)
  - Saan olla lasten kanssa kotona = suonensisäinen antibiootti.
- Potilaiden mielestä koti soveltuu hoitopaikaksi erittäin hyvin (39 vastaajaa), hyvin (8 vastaajaa) ja kohtalaisesti (2 vastaajaa).

Vastaajat ovat perustelleet arviointiaan seuraavin suurin kommentein:

- Koti on aina koti
- Olen jo kohtalaisen hyvässä kunnossa ja toipumiseni kotona on paras.
- Liikuntarajoitteiselle erittäin sekä tietysti myös muillekin hyvä, esim. ajella taksilla monta kertaa päivässä nyt ei tarvii
- Koska yleisvointini kuitenkin hyvä.
- Ei tarvi olla yksin osastolla, saa olla tutussa ympäristössä, rauhallista.
- Saa olla kotona että paraneminen on nopeampaa.
- Terveystilani on riittävän hyvä ollakseni kotona.
- Hoito ei vaadi jatkuvaa kontrollointia
- Oma koti on aina oma koti. Nyt tilanne ainakin sellainen että näissäkin puitteissa onnistui. Kyllä tämä sairaalan voittaa.



Tähän asiakastyytyväisyyskyselyyn vastanneet ovat halunneet esiin tuoda seuraavia asioita koskien tehostetun avosairaanhoidon toimintaa:

- Hoito mahdollista äkisti puhjenneen sairauteni hoidon kotona juhlapyhien aikana ja toivottavasti jatkossakin.
- Kiitos kaikille hoitoon osallistuneille.
- Toivotaan tietoa kotisairaanhoidon käyntimaksuista.
- Kehittäkää tätä toimintaa. Teidän hoitajat kotikäynnillä oppii huomioidaan potilaan tarpeen, kun hän on omassa ympäristössä ja mielentilassa.
- Mielestäni kaikki on hyvin.
- Positiivinen kokemus
- Voin vain ihailia yksikön palveluhenkisyttä ja tasokkuutta. Hieno ja persoonia. Huikeaa asiakaspalvelua. Ja se, että tällainen toiminta yleensä on Seinäjoella olemassa oli yllätys. Olen extraplus tyytyväinen kaikkeen! Kiitos!
- Hieno palvelumuoto!
- Ei valittamista / moittimista. Jatkakaa samaan malliin.
- Hyvin organisoitu. Hoidon säännöllisyys on turvatekijä. Siihen pystyy luottamaan.
- Erittäin hyvä systeemi.
- En keksi mitään. Kaikki hoitui kohdallani erittäin hyvin. Kiitos!
- Mielestäni niin täydellistä että vaikea mennä mitään lisäämään. Kiitos hyvästä hoidosta.
- Mielestäni hoito on kiitoksen arvoista. Hoitajat heti kuin vanhoja tuttuja.
- Olen saanut itselleni muutakin, kuin ks. olevaan sairauteen liittyen, koska hoitaja on viipynyt kuitenkin sen aikaa että on voinut hänen kanssaan keskustella, sitä ei varmaan olisi tk:ssa tapahtunut. Kiitos!
- Kaikki näin on hyvä ainakin minulle.
- Hoitakaa myös itseänne. Olkaa armollisia, kuunnelkaa, levätkää, että jaksaisitte tätä tosi arvokasta, tärkeää "kenttätyötä" kulkea potilaiden rinnalla heille tekemässä. Olette todella hyviä. Kiitos!
- Aivan mahtavaa tällainen hoitomuoto.
- Erittäin hyvä hoitomuoto silloin kun se on sairauden tilan huomioon ottaen mahdollista. Koti on paras paikka aina kun se on mahdollista.

- Hoitajat erittäin ystävällisiä, valoisia, avoimia ja kiinnostuneita työstään!
- Teette todella hyvää työtä! ja ennen kaikkea olette niin iloisia ja huumorintajuisia.
- Mahdollistaa sairaan ihmisen kotona olon ja antaa sairaalapaikan toiselle tarvitsijalle.

**LIITE 2 Webropol-kysely kaupungin sairaalan henkilökunnalle**

# Spring

*Tehostettua avosairaanhoitoa koskeva (TAS) kysely Seinäjoen kaupungin sairaalan lääkäreille ja sairaanhoitajille*

**1. Työskentelen kaupungin sairaalassa? \***

- Lääkärinä
- Sairaanhoitajana

**2. Kauanko olet työskennellyt Seinäjoen kaupunginsairaalassa?****3. Missä työskentelet?**

- Osastolla
- Vastaanotolla
- Päivystyksessä
- muu, mikä

**4. Onko Tehostetun avosairaanhoidon toiminta sinulle tuttua?**

- Kyllä
- Ei

**5. Jos vastasit kyllä, mistä sait tiedon TASin toiminnasta?**

**6. Oletko osallistunut potilaan jatkohoidon järjestämiseen Tehostettuun avosairaanhoidtoon?**

- Kyllä  
 En

**7. Miten potilaat suhtautuvat ehdotukseen TASin hoitoon siirtymisestä?**

	Huonosti	Melko huonosti	Neutraalisti	Hyvin	Erinomaisesti
Potilaiden suhtautuminen TASin hoitoon hoitoon siirtymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Millaisia potilaita TAS:ssa mielestäsi hoidetaan?**

**9. Jos et ole varma millaisia potilaita TAS hoitaa, kehen otat yhteyttä?**

**10. Millaiseksi koet yhteistyön TASin ja oman työyksikkösi välillä? (huonoin 1- paras 5) \***

	1	2	3	4	5
TASin ja oman yksikön välinen yhteistyö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Miten yhteistyökäytäntöjä TASin ja oman työyksikkösi välillä voitaisiin kehittää?**

**12. Millaista tietoa toivoisit saavasi TASin toiminnasta?****13. Mielestäsi paras keino tiedottaa TASin toiminnasta?**

- Esite
- Infotilaisuudet
- Sähköposti
- Internet
- muu, mikä

**14. Miten tehostettu avosairaanhoito nimenä kuvaa toimintaa mielestäsi?  
Mikä muu se voisi olla?****15. Kommentteja TASin toiminnasta ja ideoita/ajatuksia toiminnan kehittämiseksi.**

## LIITE 3 TAS:N HOITOPROSESSIN TOIMINNOT

### Potilaan tulo TAS:n hoitoon

Hoitaja tai lääkäri soittaa lähettävästä yksiköstä. He tarkistavat TAS:n hoitajalta, onko tilaa ja soveltuuko potilas hoidettavaksi. Tällöin saadaan suullinen raportti. Lääkäri tekee lähetteen, jossa on selkeät hoito-ohjeet. Edellytyksenä on, että potilas on kotona pärjäävä ja halukas TAS:n hoitoon.

Potilaan paperit avataan efficasta ja tarkistetaan epikriisi, jotta sieltä löytyvät hoito-ohjeet ja lääkitykset. Potilaalle avataan KHTOTS lehti, johon TAS kirjaa. Kirjataan saadut tiedot ja tehdään potilaalle kansio, mihin tulostetaan perustietolehti, epikriisi, lääkitys ja muuta hoitajan tarpeelliseksi arvioimaa materiaalia esimerkiksi kartta asuinpaikasta. Tarkistetaan, että TAS:lla on tarvittavat lääkkeet potilaan hoitoon. Jos lääkkeitä ei ole, tehdään tilaus Keskusapteekkiin ja haetaan lääkkeet suoraan, jos tarve on akuutti. Potilas kirjataan TAS:n päivittäiselle potilaslistalle: nimi, henkilötunnus, osoite, puhelin, hoidettava sairaus, lääkitys, laboratorio kontrollit sekä mahdollinen muu tärkeä informaatio. Listaa käytetään hoitajien raportointiin ja muistilistana.

Potilasta käydään tapaamassa lähettävässä yksikössä mahdollisuuksien mukaan. Jos kyseessä on antibiootti, hänen tulee saada ensimmäinen suonensisäinen lääkitys lähettävässä yksikössä. Laitospotilaan hoito voidaan aloittaa suoraan laitoksessa. Potilaalle kerrotaan TAS:n toiminnasta, lääkkeen tai hoidon antoaika sekä jaetaan TAS:n esite. Potilaaseen voidaan ottaa yhteyttä myös puhelimitse, jos ei ole mahdollista tai tarpeellista käydä tapaamassa etukäteen. Lähettävän yksikön on osattava myös kertoa riittävästi TAS:n toiminnasta. Kaikissa yksiköissä tulee olla TAS:n esite. Potilaalle kerrotaan käyntimaksun hinta 8,70€.

TAS toimii jokaisena päivänä klo 7:30-22. Joskus tarvitaan käyntejä öisin. Ne tilataan yksityiseltä hoitoalan palveluntarjoajalta Esperiltä, jonne lähetetään faksilla TAS:n lomake uudesta potilaasta. Siinä kerrotaan potilaan perustiedot, sairaus ja muut erityisesti huomioitavat asiat sekä lääkitys. Mukaan lähtee myös epikriisi. Hoitaja valmistaa hoitolaukun lääkkeineen ja toimittaa vuoronsa aikana sen valmiiksi Esperille yökäyntiä varten. Esperin kirjaa omat käyntinsä laukussa olevaan lomakkeeseen. Tarvittaessa pidetään yhteyttä potilasta koskevista asioista puhelimitse. Potilasta informoidaan etukäteen yökäynneistä.



### Ensikäynti ja muut hoitokäynnit

Potilaalle annetaan esite, jos ei ole etukäteen jo tavattu. Potilaalle informaatiota sairaudesta, jota hoidetaan ja mahdollisesta hoitosuunnitelmasta. Hänelle kerrotaan, että TAS hoitaa kaiken sairauteen liittyvän esim. lääkityksen annon ja verikokeet kokonaisvaltaisesti. Potilaalle kerrotaan käyntiajat ja annetaan käytännön neuvontaa esimerkiksi miten käydä suihkussa kanyyliin kanssa. Hoitaja arvioi potilaan tilaa ja sitä onko hän edelleen kotikuntoinen. Potilaalle suoritetaan määrätty hoitotoimenpiteet. Esimerkiksi annetaan lääkkeet, otetaan verikokeet, haavanhoidot, injektiot jne. Potilaalle kerrotaan, että hän voi kysyä kaikkea sairauteen liittyvistä asioista ja niihin pyritään etsimään vastaukset.

Kotikäyntien jälkeen hoitaja palaa TAS:n toimistoon. Hoitolaukku huolletaan asianmukaiseen kuntoon seuraavia käyntejä varten. Potilaasta kirjataan käynti efficaan. Käynnit tilastoidaan laskutusta ja HILMON(hoitoilmoitustietoja) varten. SPAT luokitus ICPC tiedot täytetään.

Sairaanhoitaja tapaa TAS:n lääkärin arkisin klo 11. Tällöin on käytettävissä aamulla otettujen verikokeiden tulokset. Hoitaja esittelee potilaat lääkärille ja kertoo heidän voinnistaan ja mahdollisista tarpeista. Lääkäri kirjaa määräykset sähköiseen sairaskertomukseen.

Lääkärin tapaamisen jälkeen toteutetaan ja kirjataan mahdolliset määräykset sekä tilataan verikokeet. Potilaslistaan päivitetään muuttuneet tiedot. Huolehditaan lääke- ja varastotilaukset. Huolehditaan toimistotilojen siisteydestä. Hoitaja kirjaa jokaisen käynnin matkapäiväkirjaan reitteineen. Iltapäivällä raportoidaan seuraavalle työvuorolle päivän tapahtumat.

Potilaan tilaa arvioidaan joka käynnillä kliinisesti ja verikokeiden avulla. Jos hoito ei vaikuta toivotusti, lääkäri tekee päätökset, miten jatketaan. Vaihdettaanko lääke, täytyykö potilaan palata perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Tilanteessa, että potilas lähetetään muualle, hoitajan tulee informoida yksikköä ja lääkärin on tehtävä lähete. Hoitaja huolehtii potilaalle ja omaisille informoinnin ja järjestää tarvittaessa kuljetuksen hoitoon.





### **TAS:n hoidon loppuminen**

Lääkäri tekee päätöksen hoidon loppumisesta laboratorio tulosten, hoidon keston ja vasteen mukaan. Hoitajalla on suuri merkitys, koska TAS:n lääkäri ei välttämättä näe potilasta koko hoitosuhteen aikana. Lääkäri kirjoittaa reseptit tarvittaessa ja informoi jatkohoito-ohjeet. Hoitaja päivittää lääkitystiedot koneelle. Hoitaja vie reseptin ja kertoo potilaalle jatkon, poistaa kanyylin, jos kyseessä ollut suonensisäinen hoito. Kerrotaan mahdolliset kontrollikäynnit laboratorioon tai röntgeniin. Viimeisen kotikäynnin jälkeen potilas poistetaan listalta ja hänestä tehdään loppuarviointi sähköiseen sairaskertomukseen. Joskus hoidetaan kotihoiton asiakkaita ja heistä tulee informoida kotihoitoon TAS:n hoidon loputtua.

TAS hoitaa saattohoitopotilaita, mutta saattohoidon prosessia ei tässä kuvata tässä. Potilaita kuolee ajoittain kotiin ja silloin hoitajan tulee tietää miten toimitaan siinä tilanteessa. Jos kuolema on odotettavissa ja potilaalla on selkeä diagnoosi, hoitajan tulee vain ilmoittaa terveyskeskuksen päivystykseen ja hoitaa vainajankuljetusauton tilaaminen. Jos TAS:n oma lääkäri ei ole käytettävissä, kuoleman toteaa kaupungin sairaalan päivystyksen lääkäri.