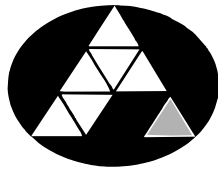


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Mari Hirvonen

**KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON
KEHITTÄMINEN**

Opinnäytetyö
Toukokuu 2010



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ

Toukokuu 2010

**Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittä-
misen ja johtamisen koulutusohjelma**

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

p. (013) 260 600

Tekijä

Mari Hirvonen

Nimeke

Kotisairaالاتاسoisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen

Toimeksiantaja

Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan palvelurakennemuutoksen myötä palveluiden tulisi painottua ympärivuorokautisen kotona asumisen mahdollistaviin palveluihin. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjotaan monin paikoin kotisairaالاتasoisia palveluita tuottamalla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja tarkastella niitä toimintatapoja, jotka liittyvät kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittämiseen. Tavoitteena oli luoda kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellinen malli.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa hyödyntäen. Tutkimusaineisto kerättiin vuoden aikana osallistuvan havainnoinnin keinoin opinnäytetyön toimeksiantaneen hankkeen tilaisuuksista. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Opinnäytetyön tuloksena luodussa mallissa hyödynnettiin analyysimenetelmänä abduktiivista päättelyä.

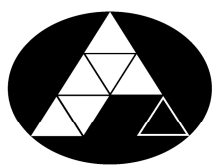
Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittämisen toimintatavat jäsenyivät kuuteen luokkaan, jotka ovat kotiutumisen haasteisiin vastaaminen ja kotisairaالاتasoinen hoito, kotiympäristö, hoidon tarpeen ennakoimiseen liittyvät toimintatavat, hoidon palveluiden tuottaminen ja palveluyhteistyö, hoitohenkilöstön ja lääkärin ammatillinen toiminta sekä palveluiden kustannukset ja hinnoittelu. Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa kotisairaالاتasoisen hoidon palvelut on yhdistetty kotiutustiimitoiminnan kanssa yhtenäiseksi asiakaslähtöiseksi palvelumalliksi. Malli on opinnäytetyön tuloksena syntynyt sovellus siitä, kuinka jatkohoidon ja kotisairaالاتasoisen hoidon palvelut voitaisiin toteuttaa paikallisesti.

Kieli
suomi

Sivuja 99
Liitteet 11
Liitesivumäärä 13

Asiasanat

kotisairaala, kotiutustiimit



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
May 2010

Degree Programme in Development and
Management of Social Services and
Health Care (Master's Degree)
Tikkariinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 600

Author

Mari Hirvonen

Title

Developing Hospital Level Care at Home and Further Care

Commissioned by

Developing Round the Clock Home Care through Regional Networks Project

Abstract

Along with the service structure changes in the field of social and health care, services should concentrate on providing round-the-clock care that enables patients to live at home. Round-the-clock care is provided in many municipalities by producing hospital level services at home. The purpose of this study was to describe and examine those practices that are connected with the developing of hospital level care at home and further care and to create a regional model for providing these services.

The material for this action research was collected in the course of one year through participant observation in various events organised by the project. Content analysis was used in analysing the research material. For creating a regional model the results were further analysed by using abductive reasoning.

The practices of developing hospital level care at home and further care were divided into six categories. Firstly, meeting the challenges related to discharging patients and hospital level care at home; secondly, home as care environment. The third category consisted of the practices related to anticipation of need for care. The last three categories were production of care services and service co-operation, professional practice of health care personnel and doctors and finally, costs and price-setting. In the regional model for providing hospital level care at home and further care, hospital level care at home services have been combined with discharge team services so that they serve patients more efficiently. The model, based on the outcome of the thesis, is an application of a regional implementation of the services of home hospital level care and further care.

Language
Finnish

Pages 99
Appendices 11
Pages of Appendices 13

Keywords

hospital level care at home, discharge teams

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	KOTIHOIDON TARVE JA JÄRJESTÄMINEN.....	8
	2.1 Kotihoito kansallisista lähtökohdista tarkasteltuna	8
	2.2 Kotihoidon järjestämisen alueelliset lähtökohdat.....	11
3	NÄKÖKULMIA KOTISAIRAALATASOISEEN HOITOOON JA JATKOHOIDON KEHITTÄMISEEN	13
	3.1 Kotisairaaloiminnan keskeisiä käsitteitä	13
	3.2 Kotisairaالاتasoisen toiminta tutkimuksissa tarkasteltuna	16
	3.3 Kotisairaالاتasoisen hoidon vahvuuksia ja haasteita.....	20
	3.4 Kotiutuminen jatkohoidon turvaamisen keinona	22
4	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
	5.1 Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke opinnäytetyön toteutusympäristönä.....	26
	5.2 Menetelmälliset valinnat	28
	5.3 Aineiston hankinta.....	30
	5.4 Aineiston analyysi	35
6	KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON TOIMINTATAVAT.....	38
	6.1 Kotiutumisen haasteisiin vastaaminen ja kotisairaالاتasoisen hoito	40
	6.1.1 Kotiutumisen kehittäminen	40
	6.1.2 Kotisairaالاتasoisen toiminta	43
	6.2 Koti hoitoympäristönä	47
	6.2.1 Kotihoitoympäristö.....	47
	6.2.2 Omaiset	50
	6.3 Hoidon tarpeen ennakoimisen käytännöt.....	52
	6.3.1 Kotikuntoisuuden arviointi	52
	6.3.2 Hoidon tarpeen ennakoiminen	54
	6.4 Hoidon palveluiden tuottaminen ja palveluyhteistyö	55
	6.4.1 Palveluyhteistyö	55
	6.4.2 Hoidon palveluiden tuottaminen ja kehittäminen	57
	6.4.3 Palvelunohjauksen kehittäminen	59
	6.5 Hoitohenkilöstön ja lääkärin ammatillinen toiminta	61
	6.5.1 Hoitotyön johtaminen ja esimiestyö	61
	6.5.2 Hoitohenkilöstön ammatillinen toiminta	63
	6.5.3 Lääkärityhteistyö	65
	6.6 Palveluiden kustannukset ja hinnoittelu	67
	6.7 Potilas kotihoidon toimintatapojen kentässä.....	69
7	KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON TOTEUTTAMISEN ALUEELLINEN MALLI	70
8	POHDINTA	76
	8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	76
	8.1.1 Kotisairaالاتasoiseen hoitoon ja jatkohoitoon liittyvien tulosten tarkastelua.....	76

8.1.2 Kotisairaالاتاسaisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin tarkastelua.....	82
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	86
8.3 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat	89
8.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	92
LÄHTEET	96

LIITTEET

Liite 1	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueen kuntien yli 75 - vuotiaiden asumispalveluiden toteutuminen
Liite 2	Opinnäytetyön toimeksianto
Liite 3	Opinnäytetyön prosessi
Liite 4	Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeessa mukana olevat tahot
Liite 5	Osahankkeen tavoitteet. Kotiutumisprosessien kehittäminen -osahanke, Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke.
Liite 6	Tutkimuslupahakemus
Liite 7	Ote tutkimusaineistosta
Liite 8	Esimerkki aineiston analyysistä: Yläluokan 6.5.3 Lääkäriyhteistyö muodostuminen ja Tulosluvun rakentuminen
Liite 9	Abduktiivisen analyysin käyttäminen Kotisairaالاتاسaisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin luomisessa
Liite 10	Potilas kotihoidon toimintatapojen kentässä
Liite 11	Kotisairaالاتاسaisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellinen malli

1 JOHDANTO

Tällä hetkellä laitoshoidon jälkeistä jatkohoitoa tarvitsevien potilaiden hoitomahdollisuuksien puute vaikeuttaa joustavan ja tarkoituksenmukaisen jatkohoidon järjestämistä kaikkialla Suomessa. Ongelma on tunnistettavissa niin erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirryttäessä kuin kunnan omissa palveluissa toimipisteistä toisiin siirryttäessä. Myös potilaiden lyhytaikaisten terveystieteiden hoitaminen vaatii usein potilaan siirtämistä yksiköiden välillä. Lyhytaikaisen hoidontarpeen vuoksi esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksiköstä laitokseen hoitoon siirtyvä potilas varaa kahden hoitoyksikön hoitopaikan. Siirtymiset vievät osan siitä taloudellisesta hyödyistä, jota avo- ja kotihoitopainotteisuuden odotetaan tuovan palveluiden järjestäjille. Lisäksi siirtymiset rasittavat potilasta ja asettavat hoitoon liittyvän tiedon kululle haasteita. Ongelman voidaan vain odottaa pahenevan vanhusväestön määrän lisääntyessä. (Ahoranta & Kettunen 2005, 12; Turunen 2007, 4.) Kunnalliset palveluntarjoajat joutuvat ratkaisemaan jatkohoidon tuottamiseen liittyviä ongelmia tilanteessa, jossa palvelurakennemuutos on useimmissa kunnissa kesken ja kuntatalous maailmanlaajuisen laskusuhdanteen myötä tiukalla.

Kansalliset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet tukevat laitospaikkojen merkittävää vähentämistä ja kodinomaisen sekä potilaan tarpeista lähtevän kotona toteutettavan hoidon kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Valtioneuvosto 2007; 53; Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008). Tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa, työtapoja ja työn sisältöä toimivammaksi ja viedä eteenpäin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintojen toimivuutta kehittämällä perustason erikoissairaanhoidon (Itä- ja Keski-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 20). Suomessa kotisairaalat tai tehostetut kotihoitot tuottavat kotisairaالاتasoista hoitoa (Visakorpi 2002, 9), jota voidaan lähinnä pitää peruserikoissairaanhoidona.

Kotisairaالاتasoisen hoidon kehittämällä tarkoitan erilaisten, kotisairaala- tai tehostetun kotihoitotasoisten, kansallisesti käytössä olevien hoidon toteuttamiseen liittyvien toimintatapojen sujuvaa ja tuloksellista soveltamista alueellisesti. Kotisairaala-

latasoisen toiminnan kehittämistä tukevat varsinkin näytöt hoidon laadun ja potilaiden hyvien kokemusten puolesta. Kotisairaaloiden potilailla on perinteiseen hoitoon verrattuna selvästi paremmat mahdollisuudet saada psykososiaalista tukea (Andersson, Beck-Friis, Britton, Carlsson, Fridgren, Fürst, Strang, Willman & Miller 1999, 22). Kliinisesti tarkasteltuna komplikaatioiden määrä näyttää olevan kotisairaalahoidossa jopa perinteistä vuodeosastohoitoa vähäisempi (Mahomed, Davis, Hawker, Badley, Davey, Syed, Coyte, Gandhi & Wright 2008; Leff, Burton, Mader, Naughton, Burl, Inoye, Greenough, Guido, Langston, Frick, Steinwachs & Burton 2005).

Kotisairaaloimintaa perustelevat myös erot potilaiden toiminnallisuudessa, kognitiivisissa kyvyissä ja elämänlaadussa (Shepherd, Doll, Angus, Clarke, Iliffe, Kalra, Ricauda & Wilson 2008) sekä mahdollisuudet kotiolojen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja toisaalta yksityisyyteen kotioloissa (Jester & Turner 1998, 6; Visakorpi 2002, 92). Kotisairaaloiden potilaat, omaiset ja henkilökunta ovat tutkimusten mukaan perinteistä sairaalahoitoa saaneisiin verrattuna tyytyväisempiä hoitoon (Andersson ym. 1999, 22; Liikka 2006, 11; Shepherd ym. 2008; Visakorpi 2002, 96) ja jopa 96 % Liikan (2006) tutkimista kotisaattohoidon läpikäyneistä omaisista valitsisi kotisairaalahoidon uudelleen.

Jatkohoidontarpeeseen on vastattu viime vuosina kotiutustiimikäytänteitä kehittämällä. Kotiutustiimi toiminnassa potilaan kotiutuminen suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisia menetelmiä hyödyntäen. Hoitoa toteuttava tiimi huolehtii potilaasta ja hänen kotiutumisestaan jopa kaksi viikkoa varsinaisen kotiutumisen jälkeen. Kotiutustiimit tekevät tiivistä yhteistyötä muiden palveluntuottajien kanssa, ja niiden rooli potilaan hoidossa on arvioiva ja määräaikainen. Kotiutustiimitoiminnan myötä potilaiden kokema kotihoidon turvallisuus parantuu ja toiminnalla on saavutettu myös kustannusvaikuttavuutta. (Kaljunen, Sintonen, Tuukkanen & Laaksonen 2005, 14; Karvinen 2009, 34 - 36.)

Tässä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvässä opinnäytetyössä tarkastelen sekä kotisairaالاتasoisen hoidon että jatkohoidon alueellisen kehittämisen mahdollisuuksia Pohjois-Karjalan alueella. Tutkimustuloksena esittelen kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin. Tämä opinnäytetyö pyr-

kii osaltaan edistämään terveydenhuollon toimintojen kehittämistä asiakaslähtöisemmiksi, toimintatavoiltaan nykyaikaisemmiksi ja vaikuttavammiksi. Tunnistan ja kuvaan tässä työssä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden muutostarpeita ja sovellan kansallisia suosituksia alueellisiin tarpeisiin.

2 KOTIHOIDON TARVE JA JÄRJESTÄMINEN

Palvelumuotojen kehittäminen ja jo olemassa olevien toimintatapojen tehostaminen vaatii tietoa palvelunkäyttäjistä ja heidän tarpeistaan (Kaljunen ym. 2005, 5). Seuraavassa on tarkasteltu sekä jatkohoidon että kotisairaالاتasoisen hoidon roolia ja kehittämisen tarvetta niin kansallisen tason lähtökohdista kuin myös alueellisten näkökulmien kautta.

2.1 Kotihoidon järjestäminen kansallisista lähtökohdista tarkasteltuna

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksella sekä hyvinvointia edistävän palvelurakenteen kehittämisellä tavoitellaan hyvinvointipolitiikassa palvelujärjestelmän laadun parantamista, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Samalla korostetaan teknologian käyttöönottoa ja hyödyntämistä sekä palvelujärjestelmän parempaa ohjausta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 25; Valtioneuvosto 2007, 51 - 52.)

Keskeisenä pyrkimyksenä on vahvistaa varsinkin perusterveydenhuollon asemaa. Kotihoidon asemaa halutaan vahvistaa palvelu-uudistuksin ja palvelusetelikokeilua laajentamalla. Kehitystä tavoitellaan varsinkin kuntoutuksen ja omaishoidon toteutuksessa. (Valtioneuvosto 2007, 51 - 52.) Kuntien vastuuta palveluiden järjestämisestä halutaan vahvistaa. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet kasvavat koko ohjelmakauden aikana yhteensä 85,2 miljoonalla eurolla. (Itä- ja Keski-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 3.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä johtaa että alueellistaa Kaste - ohjelman (2008-2011) avulla valtakunnallista terveystoimintaa. Kaste - ohjelmaa toimeenpanevat ja täydentävät Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanke sekä Toimiva terveyskeskus - toimenpideohjelma. Hankkeet tukevat kiinteästi toisiaan. Muita kunnallisen palvelurakennemuutoksen kannalta keskeisiä hankkeita ovat Sosiaaliturvan kokonaisuudistus (Sata), Terveyden edistämisen politiikkaohjelma sekä Kunta- ja palvelurakennemuutustus (Paras). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee uutta terveydenhuoltolaki, jossa säädetään terveydenhuollon toiminnoista ja tehtävistä sekä terveystoimintojen sisällöstä. Terveydenhuoltolaki lisää asiakkaan mahdollisuuksia valita käyttämiään terveydenhuollon palveluita. Lailla halutaan vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja perusterveydenhuollon toimintaa. Perusterveydenhuollon osaamista ja haluttavuutta asiakkaiden näkökulmasta pyritään korostamaan. Riittävä henkilöstö pyritään turvaamaan työoloja ja johtamista kehittämällä. Erikoissairaanhoidon palvelut tuodaan uudessa laissa lähemmäs asiakkaita yhdistämällä samoihin yksiköihin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason toimintaa. Terveydenhuollon toimintaan tavoitellaan uusia toimintamalleja, jotka ovat asiakaslähtöisiä ja toimivat olemassa olevaa järjestelmää paremmin. Yksittäisen ihmisen kannalta olisi tärkeää, että hän saisi tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14, 19, 80 - 81.)

Kotisairaalasien hoidon toimintamalli sijoittuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalle. Itä- ja Keski-Suomen aluejohtoryhmä (2009, 20) on käyttänyt tulevaisuuden visioinnissa rajapinnan palveluista peruserikoissairaanhoidon nimitystä. Varsinkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintojen palveluiden kehittämiseen koetaan tarvetta. Kehittämissyhteistyössä ovat mukana julkinen sektori, järjestöt ja yritykset. Kehittämissyhteistyössä hyödynnetään laajasti tietotekniikkaa sovelluksia ja alueelle tavoitellaan kehittyväksi tietotekniikan pysyviä kehittämissuhteita.

Kaste - ohjelman tavoitteita mukaillen kotisairaالاتasoisen toimintamallin tulisi edistää hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä olla laajasti saatavilla oleva palvelumuoto. Palvelumuodon tulee osaltaan tasoittaa tai vähentää erikoissairaanhoidon vaikuttavuuden alueellisia eroja. Melkas, Pekkola, Enojärvi ja Makkula (2008, 30, 41) mainitsevat kotiutus- ja kuntoutustiimit toivottavaksi palveluiden kehityssuunnaksi, ja kotisairaالاتoiminta nähdään palveluna, joka pitäisi tuoda asiakkaiden palvelutarjontaan. Myös asiakkaan kotona tarjottavaan hoitoon on pyrittävä sisällyttämään hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ja ennaltaehkäiseviä palveluita varsinaisen palvelun lisäksi. (Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008, 18.) Palvelun tulee hyödyntää tietotekniikkaa ja nykyaikaisia näyttöön perustuvia toimintatapoja. Kaikessa toiminnassa on pyrittävä vahvistamaan ihmisten mahdollisuuksia edistää omaa hyvinvointiaan sekä kiinnittyä oman elinympäristönsä kehittämiseen. (Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä 2009, 18)

Kotihoidon on toimittava vuorovaikutteisesti ja joustavasti muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa. Palvelun on tuettava tarpeenmukaisen koti- ja laitoshoidon toteutumista vanhustenhuollossa. Juuri palveluiden yksilöllisessä ja asiakaslähtöisessä integroinnissa onnistumista pidetään keskeisenä (Voutilainen ym. 2008, 23). Henkilöstön riittävyyteen ja osaamiseen on panostettava johdonmukaisesti. Toimintatapojen tulee tukea niukkojen mutta toiminnalle välttämättömien ammattilisten palveluiden, kuten esimerkiksi lääkärien ja sosiaalihoitajien työpanoksen optimaalista hyödyntämistä. (Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä 2009, 6 - 7.)

Toiminnasta on kerättävä johdonmukaisesti palautetta ja palvelua on pyrittävä kehittämään palautteen kuvaaman tarpeen suuntaisesti. Palvelun on myös pystyttävä vastaamaan vanhustenhuollossa säädetyn hoidon tarpeen arvioinnin määräaika-rajoituksiin. Se ei voi myöskään olla ristiriidassa hoitotakuun toteutumisen kanssa. (Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä 2009, 6 - 7.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30) linjataan valtakunnallisiksi palvelurakenteen määrällisiksi tavoitteiksi vuoteen 2012 mennessä, että 75 vuotta täyttäneistä 91 - 92 % asuu kotona (itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden turvin), 13 - 14 % saa sään-

nöllistä kotihoitoa, 5 - 6 % saa omaishoidon tukea, 5 - 6 % on palveluasumisen piirissä ja 3 % pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla). Valtakunnallisesti pitkäaikaislaitoshoidon hoitoa sai keskimäärin 6,2 % 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2006. Tämänhetkisen arvioinnin perusteella kotihoitoa säännöllisesti saavien osuuden saavuttaminen on helpompaa, mutta sen ylläpitäminen tulevaisuudessa asettaa kunnille todellisia haasteita. (Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä 2009, 7.)

2.2 Kotihoidon järjestämisen alueelliset lähtökohdat

Pohjois-Karjalan alueelliset erityispiirteet on huomioitava sosiaali- ja terveystaloudellisia suunniteltaessa. Pohjois-Karjalan alueella kaikkein iäkkäimmän ikäryhmän osuus kasvaa keskimääräisesti enemmän ja nopeammin kuin muualla Suomessa. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevia 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä suhteessa vastaavanikäiseen väestöön on Itä- ja Keski- Suomen alueella keskimäärin suurempi osuus kuin koko maassa (Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä 2009). Pohjoiskarjalaisten terveydentila on keskimääräistä heikompi myös ikävakioituna. Sairastavuusindeksi on muuta Suomea keskimääräisesti korkeampi. Joensuun seutu on selvästi maakunnan vetovoimaisinta aluetta. Matalasta taloudellisesta huoltosuhteesta johtuen palvelujärjestelmän muutokset ovat erittäin ajankohtaisia. (Sisäasiainministeriö 2007, 74 - 75.)

Työttömyys ja erityisesti korkea rakenteellinen työttömyys on maakuntaohjelman (Sisäasiainministeriö 2007) mukaan Pohjois-Karjalan kehityksen suurin ongelma. Pitkäaikaistyöttömyys, nuorten syrjäytymiskehitys ja lapsiperheiden pienituloisuusaste ovat alueella kansallisesti vertailtuna merkittävän huonoja. Haja-asutus asettaa palveluiden toteuttamiselle omanlaisensa haasteet. Hyvinvointiin liittyvät puutteet näyttävät jossakin määrin kasautuvan maaseutumaisille alueille. Pohjois-Karjalassa kuitenkin arvostetaan julkisia sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita. (Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä 2009, 7 - 8.)

Alueellinen sosiaali- ja terveystalvveluiden kenttä on muuttunut viime vuosina voimakkaasti kuntaliitosten ja yhteistoimintasopimusten myötä. Muutokset sosiaali- ja terveystalvveluiden järjestämisessä hakevat yhä paikkaansa.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin aluetta vuosien 2007 - 2008 tilastojen valossa tarkasteltaessa voidaan todeta, että yli 75 - vuotiaiden prosentuaalinen osuus väestöstä oli suurin Ilomantsissa, Heinävedellä, Kesälahdella ja Lieksassa. Sairastavuusindeksi oli suurin Heinävedellä, Ilomantsissa ja Juuassa. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset asukasta kohden olivat suurimmat Heinävedellä, Rääkkylässä ja Ilomantsissa. Kotisairaanhoidon suurimmat käyntimäärät/1000 asukasta olivat sairaanhoitopiirin reuna-alueilla kuten Ilomantsissa, Valtimolla ja Juuassa. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vastaavasti eniten asiakkaita Valtimolla, Heinävedellä ja Kontiolahdella. (Sotkanet 2010.)

Ikäihmistien palveluiden toteuttamisessa on todettavissa kuntakohtaisia eroja. Eroja tarkasteltaessa on muistettava, että käytetyt palvelut ovat sidoksissa kunnan palvelutarjontaan. Liitteessä 1 on tarkasteltu vuosien 2007 - 2008 Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueen kuntien yli 75 vuotiaiden asumisen toteutumista. Kotona asuvia yli 75 vuotiaita oli eniten Kontiolahdella, Heinävedellä, Joensuussa ja Liperissä. Palveluasumista on paljon Kontiolahdella ja Polvijärvellä. Tehostettua palveluasumista on ollut eniten Kesälahdella, Rääkkylässä ja Valtimolla. Yli 75 - vuotiaita pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaita oli eniten Polvijärvellä (10 %) ja vähiten Rääkkylässä (2,2%). (Sotkanet 2010.)

Turunen (2007) on tehnyt Terveystalvveluon Pohjois-Karjalan malli II - projektiin liittyvän selvityksen Pohjois-Karjalan sairaanhoidon ja sosiaalityön kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien jatkohoitajärjestelyjen tilasta. Tämä kuntakohtainen selvitys sisältää myös mallin jatkohoittoa jonottavien potilaiden hoidon toteuttamisesta ja kotiutuksen järjestelyistä. Selvityksen perusteella projektin yhteenvetona todetaan, että kotiuttamiskäytäntöjä on kehitettävä laaja-alaisesti. Yhteistyöhön pitää saada mukaan myös kolmannen sektorin palveluntuottajat. Turhia sairaalasiirtoja on pyrittävä välttämään. Tiedonkulkua ja yhteistyötä eri yksiköiden sekä kuntien ja erikoissairaanhoidon välillä on kehitettävä. Erityisesti jatkohoitopaikkojen järjestämiseen ja suorien kotiut-

tusten kehittämiseen on panostettava. Kaikki jäsenkunnat pitivät kotiutumis- ja jatkohoitokäytäntöjen toimivuutta ja kehittämistä tärkeänä.

Turusen (2007, 29) mukaan Pohjois-Karjalan alueelle tarvittaisiin kuntien yhteiskäytössä oleva jatkohoitopaikka, jota voisi hallinnoida joko erikoissairaanhoidon tai jokin kunnista. Jatkohoitopaikka mahdollistaisi tämänhetkistä toimintatapaa paremmin varsinkin erikoissairaanhoidon jälkeisen jatkokuntoutuksen toteutumisen. Jatkohoidon haasteisiin voitaisiin vastata myös kehittämällä kotihoitoa ympärivuorokautisen kotisairaanhoidon tai kotisairaaloiminnan suuntaan. (Turunen 2008, 17.)

Varsin moneen Turusen (2007) raportissaan esittämään kehittämissuuntaan on Pohjois-Karjalan malli II - projektin päätyttyä jo tartuttu. Erikoissairaanhoidossa on panostettu kotiuttamiseen ja hoitoaikojen lyhentämiseen. Osa alueellisesta jatkohoidon kehittämisestä on sitoutunut kansallisiin sosiaali- ja terveysalan hankkeisiin, joiden tuotoksista voimme odottaa lähivuosina näyttöä ja tuloksia sopeutettavaksi pohjois-karjalaiseen kehittämistyöhön.

3 NÄKÖKULMIA KOTISAIRAALATASOISEEN HOITOON JA JATKOHOIDON KEHITTÄMISEEN

3.1 Kotisairaالاتasoiseen toimintaan liittyviä keskeisiä käsitteitä

Kotisairaala -käsitteellä tarkoitetaan kunnan tai erikoissairaanhoidon ylläpitämää hoidon toteuttamisen tapaa, jossa akuuttia hoitoa vaativan potilaan sairaalatasoinen hoito tuotetaan asiakkaan kotiin. Kotisairaaloiminta korvaa sairaalahoidon ja perustuu aina asiakkaan vapaaseen valintaan kotisairaalahoidon ja sairaalahoidon välillä. Kotisairaalahoidon eroaa perinteisen kotihoidon tai kotisairaanhoidon palveluista varsinkin siinä, että se vastaa potilaidensa akuuttiin hoidontarpeeseen. Kotisairaalahoidon lähettäminen ja sieltä kotiuttaminen perustuvat selviin määriteltyihin kriteereihin. Kotisairaalahoidon päätyttyä apua jatkuvasti tarvitseva potilas voidaan kotiuttaa kotihoidon tai kotisairaanhoidon tuella. (Jester & Turner 1998, 1.)

Saarelma (2005, 203 - 204) määrittää kotisairaaloiminnan kotona toteutettavaksi sairaalatasoiseksi hoidoksi, jonka vaihtoehtona on vuodeosastohoito. Toiminta on ympärivuorokautista. Kotisairaalan potilaat eroavat perinteisen kotihoidon potilaista siinä, että ilman ympärivuorokautista kotisairaaloimintaa he vaatisivat välitöntä vuodeosastohoitoa. Potilaiden kokonaishoidosta vastaa lääkäri, ja oirehoito noudattaa samoja periaatteita kuin sairaalassa. Koti ympäristönä on sairaalatyön erityishaaste. Joustavuus on toiminnalle ominaista. Potilaat voivat ottaa hoitavaan tiimiin yhteyttä milloin tahansa, ja heidän tilanteeseensa puututaan joustavasti ilman, että heidän täytyy jonottaa ruuhkaisilla päivystysosastoilla.

Andersson ym. (1999, 26) ovat linjanneet kotisairaaloiminnan potilaan kotona tapahtuvaksi hoidoksi, joka on lääkärijohtoista ja korvaa laitoshoidon. Potilaalla on kuitenkin aina sairaalahoitoon tahtoessaan oltava siihen mahdollisuus. Kotisairaaloimintaa toteutetaan yleensä moniammatillisesti ja tiimityön omaisesti. Sen toteutuksessa hyödynnetään nykyaikaista teknologiaa. Kotisairaalan toiminta-alue on yleensä suhteellisen suuri ja hoito on ympärivuorokautista. Hoito vaatii aina potilaan suostumuksen ja yleensä myös omaisen osallistumista. Kotisairaalassa toteutettava hoito on pääasiallisesti palliatiivista hoitoa. Selvät hoidon suunnitelmat lisäävät potilaan turvallisuutta ja ovat näin keskeinen tekijä hoidon onnistumisen näkökulmasta.

Tehostettu kotihoito on tavallisin kotisairaaloimintaa kuvaava, Suomessa laajasti käytössä oleva käsite. Kotisairaaloimintaa tarkoitetaan myös käytettäessä käsitteitä palliatiivinen kotihoito tai kotisaattohoito (Saarelma 2005, 203 - 209; Molander 2002, 3387). Tehostettu kotihoito -käsitettä voidaan käyttää kuvaamaan kotisairaalan kaltaista toimintaa (Visakorpi 2009, 9). Tehostettu kotihoito tuottaa palveluja niiden potilaiden tarpeisiin, jotka eivät tarvitse vuodeosastohoitoa, vaan vaativampaa hoitoa, mitä kotihoitokeskus ja väestövastuinen terveydenhuolto pystyvät tarjoamaan (Alaja 2005, 2). Tehostettu kotihoito täyttää esimerkiksi Imatralla (Alaja 2005) varsinaisen kotisairaaloiminnan hoidon tarpeen. Tehostettu kotihoito -käsitteen yleistymiseen saattaa vaikuttaa kunnallisesti tuotettujen kotisairaaloiminnan palveluiden suuri määrä.

Tehostettu kotikuntoutus kuuluu usein osaksi kotisairaالاتasoista hoitoa. Tällöin kuntoutuspalvelut tuotetaan kotisairaالاتasoisen hoidon tapaan potilaan kotiin. Tavallisimmin tehostetun kuntoutuksen käyttäjät ovat kirurgisen hoidon jälkeen kuntoutuvia potilaita tai halvauspotilaita. (Andersson ym.1999, 33 - 36)

Ruotsissa kotisairaالاتoiminnasta käytetään yleisimmin käsitettä *avancerad hemsjukvård*, joka tarkoittaa lähinnä tehostettua kotisairaahoitoa. (Andersson ym. 1999.) *Hospital at home* -käsite ilmenee yleisimmin kotisairaالاتa tarkoittavana englanninkielisten lähteiden käsitteenä. Kotimaisessa kotisairaالاتutkimuksessa on myös usein hyödynnetty tätä käsitettä (Liikka 2006,6; Visakorpi 2002, 9). Jester ja Turner (1998, 6) käyttävät *hospital level care* -käsitettä tarkoittamaan potilaan kotiin vietyä sairaالاتasoista ja kotisairaalamaiseen toimintaan liittyvää hoitoa. Kotisairaالاتoimintaa koskevaa tutkimusta on englanninkielisissä lähteissä tarjolla erittäin runsaasti, ja merkittävä osa tutkimuksesta liittyy kotisairaالاتoiminnan taloudellisuuden tutkimukseen. Englanninkielisissä lähteissä käsitteet voidaan eritellä myös hoidon järjestäjän mukaan: *hospital based home care* tai *-services* ja *community based home care* tai *-services*. Kotimaisessa kirjallisuudessa voidaan käyttää käsitteitä kunnallinen - tai sairaalajohtoinen kotisairaala (Visakorpi 2002, 9).

Kotisairaالاتoimintaa koskevat käsitteet ovat jatkuvassa muutoksessa liittyen terveydenhuollon toimintojen uudelleenjärjestämiseen. Käsitteiden hallinta on haasteellista siinäkin mielessä, että toiminta on Suomessa varsin paikallisesti järjestäytyneitä ja toimintatavat sekä käsitteiden käyttö vaihtelevat jopa paikkakunnittain. Kotisairaالاتasoisella hoidolla tarkoitan tässä työssä kaikkia eri tavoin organisoituja ja toteutettuja kotisairaالات- ja tehostetun kotihoitotoiminnan muotoja. Kotihoito -käsitettä käytän tarkoittaessani yleisesti asiakkaan kotona tapahtuvaa hoitoa ja täsmällisesti yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaalahoidon muodostamaa kotihoitoa. Kotisairaالاتasoisen hoito ja kotiutustiimitoiminta ovat tällöin osa kotihoitoa. Kotisairaالاتasoista toimintaa on edelleenkin Suomessa tutkittu vain vähän, ja suurin osa tutkimuksesta ja artikkeleista on peräisin 1990-luvulta tai vuosituhatluvun vaihteesta. Valtaosa kotisairaالاتasoisen hoidon järjestämiseen liittyvästä aineistosta on julkaisematonta (esimerkiksi kuntien omat ohjeet). Myös kotiutustiimitoimintaa on tutkittu hyvin vähän Suomessa. Koponen (2003, 22 - 23) kuvaa väitöskirjassaan kansainvälisiä tehostetun

kotiuttamisen ja kotiutumisen jälkeisen kotiseurannan toimintatapoja, mutta kaipaa kattavaa kirjallisuuskatsausta aiheesta.

3.2 Kotisairaالاتasoinen toiminta tutkimuksissa tarkasteltuna

Kotisairaالاتoiminta on saanut alkunsa Ranskassa 1960 - luvulla, ja toiminta on laajentunut ainakin kaikkialle englanninkieliseen maailmaan. Suomeen kotisairaalamalli on tullut Ruotsista, jossa kotisairaalahoidon käyttö lisääntyi voimakkaasti jo ennen vuosituhannen vaihdetta (Andersson ym. 1999.) Suomen ja Ruotsin samankaltaisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien vuoksi kotisairaalamallin ja siihen liittyvän tutkimuksen vertaileminen on mahdollista. Kotisairaالاتoiminnan laajenemisen syyt liittyivät 1980- ja 1990- lukujen vaihteessa alkaneeseen sosiaali- ja terveydenhuollon muutokseen ja pyrkimykseen vähentää laitospaikkoja. Alkuvaiheessa myös taloudelliset lähtökohdat olivat usein kotisairaalan perustamisen taustalla. Suomen ensimmäinen kotisairaala perustettiin Tammisaareen 1995. Tammisaaren kotisairaala on erikoissairaanhoidojohtoinen. (Visakorpi 2002, 7 - 9.)

Kotisairaالاتasoista hoitoa tuotetaan Suomessa tavallisesti tehostetun kotihoidon nimikkeellä. Tehostetut kotihoidot ovat usein kunnallisen järjestelmän ylläpitämiä. Myös kansainvälisesti on ollut havaittavissa suuntaus, jossa kotisairaalahoitoa järjestetään yhä useammin kunnallisesti (Jester & Turner 1998, 2). Täsmällisen tilastoinnin puutteen vuoksi kotimaisten toimivien kotisairaaloitten tai kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavien yksiköiden määrä ei ole tiedossa.

Visakorven (2002, 18) mukaan kotisairaalahoidossa ja kotihoidossa ei ole välttämättä suuria eroja Suomessa. Kotisairaالاتoiminta organisoituu monessa kunnassa samalla tavoin kuin kotisairaanhoido. Ero kotisairaalan ja kotisairaanhoidon välillä pysyy selvänä, mikäli kotisairaalahoitoa pidetään selkeästi sairaalahoidon vaihtoehtona ja kotisairaalahoitoa saa vain lääkärin läheteellä. (Visakorpi 2002,18.) Tällöin palvelu ja sen käyttö säilyvät tarkoituksenmukaisina sekä palvelun aiheuttamat kustannukset hallinnassa.

Kotisairaalatasoisen toiminnan tarkoituksena on estää sairaalaan joutumista tai edistää nopeaa kotiutumista (Liikka 2006, 9; Saarelma 2005, 203). Kotisairaalahoidolla voidaan lyhentää sairaalassaoloaikaa (Sarola 2001, 1874). Kotisairaaloiminnan avulla voidaan myös turvata riittävän korkeatasoisen hoidon toteuttaminen kotiin tilanteissa, joissa potilaan tila muuten vaatisi sairaalahoitoa (Jester & Turner 1998, 1). Keskeistä on myös potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja kehittäminen sekä laitostumisen ehkäiseminen. Kotisairaalahoito tukee myös avohoidon ensisijaisuutta (Saarelma 2005, 203).

Kotisairaalahoidon tavallisimmat käyttöaiheet ovat kirjallisuuden perusteella saattohoidon toteuttaminen asiakkaan kotona (Saarelma 2005, 203 - 209), ja tehostettu kuntoutus kirurgisten toimenpiteiden tai halvauksen jälkihoitona (Andersson ym. 1999, 33 - 36). Kotisairaaloissa hoidetaan paljon tulehdussairauksia sairastavia potilaita (Saarelma 2005, 204), ja kotisairaalan käyttöaiheena nähtiin myös sairaalabakteerien kantajien sairaalatasoinen hoito kotona (Visakorpi 2002, 87). Hyviä kokemuksia on myös hengityselinsairauksien, kuten keuhkokuumeen tai keuhkohtaumataudin (COPD) hoidosta kotona (Vilkman, Nyberg, Poussa & Ranta 2001).

Kotisairaalatasoisessa hoidossa tarjottiin yleensä potilaille yöhoidon ja ympärivuorokautisen yhteydenoton mahdollisuus (Jester & Turner 1998, 2; Karvinen 2009, 34; Saarelma 2005, 203; Vilkman ym. 2001, 4388). Joissakin kotisairaaloissa ympärivuorokautista hoitoa ei tarjottu tai kaikki potilaat eivät sitä olleet saaneet (Liikka 2006, 35; Visakorpi 2002, 26). Liikan (2006, 35) tutkimuksessa todettiin, että ilman yöhoitoa kotisairaalahoito ei olisi toteutunut.

Lahden kotisairaalassa (Visakorpi 2002, 64) hoidettiin tarkasteluvälillä eniten tulehduspotilaita, ja seuraavaksi eniten syöpäpotilaita ja haavapotilaita. Tavallisimmin kotisairaalan potilaat saivat suonensisäisesti antibiootti- ja kipuhoidoja sekä neste-, ravinto- tai punasolutiputuksia. Tavallisimpiin kotisairaalan antamiin hoitoihin kuuluivat haavanhoidot, kotiutumisen turvaamiseksi toteutetut hoidot, diabeteksen hoidot tai saattohoidot. Espoon kotisairaalassa tavallisin potilasryhmä oli Saarelman (2005, 204) mukaan tulehduspotilaat, ja seuraavaksi eniten hoidettiin palliatiivista hoitoa

saavia potilaita. Myös Helsingin koillisessa kotisairaalassa hoidetut potilasryhmät olivat samankaltaisia (Sarola 2001, 1874).

Kotisairaaloimintaa järjestetään soveltuviissa olosuhteissa hyvin monenlaisille potilasryhmille. Yleensä ottaen hoidon ulkopuolelle rajautuvat potilasryhmät, jotka eivät pysty toimimaan annetuissa rajoissa yhteistyössä hoitavan henkilökunnan kanssa. Jesterin ja Turnerin (1998, 3) mukaan kotisairaalahoidon toteutumista estävät ainakin potilaan haluttomuus kokeiluun tai perinteisen sairaalahoidon valitseminen sekä kotisairaالاتasoisen hoidon kannalta puutteellinen kotiympäristö (ei puhelinta, mukavuuksia tai läheisten tuen puute). Lisäksi joidenkin kokeiluun alustavasti sitoutuneiden potilaiden kohdalla kotisairaalahoidosta jouduttiin pidättäytymään sairaalassa ilmenneiden vakavien komplikaatioiden vuoksi.

Sairaalaan hoitoon joutuminen saattaa olla psyykkisesti, sosiaalisesti ja psykologisesti ongelmallista varsinkin lapsille ja vanhuksille (Jester & Turner 1998, 2). Kotisairaالاتasoisen hoidon vahvuuksiin lukeutuu näiden ryhmien kohdalla mahdollisuus viedä kodin lisäksi palvelua palvelutaloihin, tehostetun palveluasumisen yksiköihin tai jopa laitoksiin.

Ahorannan ja Kettusen (2005, 78 - 82) tutkimuksessa palvelutalojen asukkaat toivoivat pääsevänsä kunnan äkillisesti huonontuessa tutkimuksiin ja hoitoon, mutta jos hoidon tarve muodostui pidempiaikaiseksi, toivottiin hoitoa kotona palvelutalossa. Tavallisimpana siirtymisen syynä oli potilaan akuutti sairaus, joka vaati erityishoitoa. Hoitopaikan valintaan vaikuttavat potilaan itsensä lisäksi omaisten ja henkilökunnan mielipiteet, mutta myös organisaation, kunnan ja yhteiskunnan mielipiteet. Jos väliaikaisia siirtymisiä halutaan välttää tai järjestää esimerkiksi potilaan saattohoito palvelutalossa, tarvitaan henkilökuntaa ja erityisesti terveysalan osaamista. Nähtiin myös, että yöhoito tai mahdollisuus sen järjestämiseen on edellytys huonokuntoisimpien potilaiden kotona hoitamiselle. Se, milloin hoidon vuoksi siirtyminen voidaan välttää, liittyy tarvittavan lisähoidon määrään. Keskeistä palveluiden toteuttamisessa ovat yhteisöjen ja palveluntuottajien verkostoitumistaidot, mahdollisuudet kouluttautua ja järjestää muuttuvien tilanteiden vaatimia lisäresursseja. Keskeisiä ovat myös aidot pyrkimykset kehittää hoitoa asiakaslähtöisemmäksi.

Myös jonkinlainen kotisairaalan ja laitoshoidon liukuvampi raja palvelisi osaa potilaista (Visakorpi 2002, 98). Turunen (2007, 29) esitti selvityksensä perusteella Joensuuun alueelle sijoittuvan jatkohoito- tai jatkokuntoutuspaikan perustamista. Potilaat voisivat tarvittaessa siirtyä sairaalahoitajakson jälkeen jatkokuntoutuspaikkaan ennen omaan kotiinsa kotiutumista.

Kotisairaaloiminnan taloudellisuutta on tutkittu paljon kykenemättä kuitenkaan osoittamaan sitä kiistatta sairaalahoitoa halvemmaksi vaihtoehdoksi (Andersson ym. 1999; Shepherd ym. 2008). Joidenkin selvitysten perusteella kotisairaalahoitoa pidetään perinteistä hoitoa edullisempänä vaihtoehtona (Leff ym. 2005; Vilkmán ym. 2001). Kotisairaaloiminnan taloudellisuuden tutkimus on haastavaa ja tulokset ristiriitaisia, sillä eri maissa toteutettavan kotisairaalahoidon kustannukset eivät erilaisten toimintatapojen vuoksi ole keskenään vertailtavissa. Toiminnan kustannuksiin vaikuttavat paljon erilaiset paikkasidonnaiset tekijät kuten välimatkat ja järjestämisen kannalta näkymättömät kustannukset (omaisille tai kotisairaanhoidolle hoidosta aiheutuneet välilliset ja välittömät kustannukset) joiden vuoksi hoidon kokonaiskustannusten luotettava arviointi on mahdotonta (Ahoranta & Kettunen 2005, 80; Andersson ym. 1999, 14; Jester & Turner 1998, 3).

Ahoranta ja Kettunen (2005,75) vertasivat iäkkään potilaan ripulin, tulehduksen, insuliinihoidon, psyykenhoidon ja saattohoidon kokonaiskustannusten jakautumista tilanteessa, jossa potilas hoidettiin palvelutalossa tai vuodeosastolla. Tutkimuksen kohteena olleessa yksikössä ei ollut käytettävissä esimerkiksi kotisairaالاتasoisen hoidon palveluita, eli tarvittava hoito järjestettiin muilla keinoin. Kaikissa muissa tapauksissa paitsi tulehduksen hoidossa kustannukset olivat asiakkaalle palvelutalossa hoidettuna vähäisemmät. Tällöinkin kunnalle aiheutuneet kustannukset olivat palvelutalossa hoidettaessa vuodeosastolle siirtämistä pienemmät.

Myös jatkohoidon järjestämiseen liittyvien kokonaiskustannusten hahmottaminen on vaativaa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä prosesseja tutkineet Mäkelä, Häkkinen, Juslin, Koivuranta - Vaara, Liski, Lyytikäinen ja Laine (2007, 29) toteavat, että erikoissairaanhoidon vähentyneet hoitopäivät eivät parantaneet pääkaupunkiseudun kunnissa kotiuttamisen tuloksia. Asiakaskohtaiseen onnistuneeseen

seen kotiuttamiseen tarvittavien hoitopäivien määrä lisääntyi samalla, kun asiakkaiden pitkäaikaishoitoon päätyminen riski suureni. Myöskään Villikan (2007, 119) mukaan lyhyt erikoissairaanhoidon jakso ei taannut vähäisiä kustannuksia koko potilaan hoitajaksolla. Tulokset korostavat selkeästi jatkohoidon prosessien kehittämistarvetta.

3.3 Kotisairaالاتasoisen hoidon vahvuuksia ja haasteita

Kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuspaikkana toimii aina potilaan itsensä näköinen koti. Kotiympäristöä muokataan vain potilaan suostumuksella. Potilaan läheiset ovat hoidossa avainasemassa, sillä heidän avullaan potilas selviytyy hoitokäyntien ja puhelinkontaktien välillä. Sairaanhoitajat pitävät kotisairaalahoidon suurena vahvuutena sitä, että ollessaan potilaan luona tämän kotona he voivat todella keskittyä juuri potilaaseen ja hänen hoitoonsa (Saarelma 2005, 204 - 206). Myös Visakorven (2002, 69) haastatteleminen hoitajien ja potilaiden mukaan kotisairaalahoidon paras puoli oli hoidon tapahtuminen potilaan kotona. Muina kotisairaالاتoiminnan etuina perinteiseen sairaalahoittoon verrattuna olivat yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden tavallista parempi toteutuminen. Sairaalahoittoon verrattuna potilaat pystyivät lepäämään kotona paremmin ja tekemään kotona itselleen tärkeitä asioita. Myös Andersonin ym. (1999, 18) mukaan kotona toteutettavaan hoitoon liittyvä valinnan mahdollisuus ja kotisairaالاتasoisen hoidon hyväksi koettu laatu perustelevat kotisairaالاتoimintaa.

Omaisten rooli on kiistatta keskeinen kotisairaالاتasoisessa toiminnassa. Siinä missä kotiympäristö läheisineen luo potilaalle hyvät mahdollisuudet toipumiseen, kohdistuu läheisille paineita ja hoitovastuuta. Varsinkin hoidon pitkittyessä tai kotona toteutettavan saattohoidon myötä omaisten väsyminen on tavallista (Visakorpi 2002, 75). Hoitovastuu saattaa kasvaa jopa liian suureksi kantaa. Läheisten roolia ja vastuuta on pohdittava huolellisesti jo hoitoa suunniteltaessa. Hoitoon sitoutuvien vapaa-ajan toteutumista sekä hoitovastuun jakamista pitää pyrkiä tukemaan erilaisin yhteisöllisin, taloudellisin ja sosiaalisin järjestelyin. (Jester & Turner 1998, 3 - 9.) Imatralla omaisten tehtävää tukemaan järjestetään omaishoidon tukitiimin palveluita,

joilla pyritään tukemaan omaishoitajien työtä. Omaishoidon tukitiimi tarjoaa lyhytaikaista hoitoapua ja järjestää omaishoitajille ryhmätapaamisia. (Kaljunen, Sintonen, Tuukkanen & Laaksonen 2005, 15.)

Turvattomuus näyttäytyy uhkatekijänä varsinkin iäkkäiden potilaiden kotihoidossa. Epävarmuus selviytymisessä vaikeuttaa kotona selviytymistä, vaikka potilaan fyysinen suorituskyky vaikuttaisikin kohtuulliselta. Kotona selviytymistä ja riittävää hoidontarvetta voi olla myös vaikeaa arvioida kattavasti sairaalassa oltaessa (Koponen 2003, 116 - 117). Sairaalaan kotiutumisen jälkeiset päivät ja yöt ovat varsinkin ikääntyneelle kotiutujalle kriittisiä (Kivelä, Seittenranta & Jäntti 2007, 2 - 4). Kotiutumisenäkökulmasta hoidonantajien on tärkeää keskittyä jo sairaalajakson aikana vahvistamaan perheen sisäistä huolenpitoa. Samalla omaisten kotiutusvastaisuus, potilaan kotiutumiseen liittyvät pelot ja sairaalaan palaaminen vähenevät. Hoitoprosessiin panostaminen ja hoidon rajapintojen hallinta edesauttavat hoidon kokonaisuutta, jatkuvuutta ja laadun paranemista. (Koponen 2003, 116 - 117; Leppänen 2006, 41.)

Hoitotyöntekijöiden kontaktia potilaaseen ja hänen omaiseensa pitäisi pystyä säätämään muuttuvan tarpeen ja selviytymisen mukaan. Muutosten kohtaaminen kotona selviytymisessä ei aina vaadi toiseen hoitopaikkaan siirtämistä, varsinkin jos muutoksiin pystytään reagoimaan ajoissa (Koponen 2003, 116 - 117; Ahoranta & Kettunen 2005, 78 - 79). Hyvä ja luottamuksellinen yhteistyösuhde potilaan ja hoitavan henkilökunnan, mutta myös eri hoitavien tahojen, välillä mahdollistaa avun tarpeen optimaalisen arvioinnin. Selviytymisen huolellinen tarkastelu ja puutteellisen kontaktin korjaaminen auttaisivat varsinkin niiden potilaiden kohdalla, joilla on jatkuvaa epävarmuutta kotona selviytymisessään ja jotka siirtyvät toistuvasti kodin ja sairaalan välillä. Varsinkin hoitopaikkojen väliset siirtymät ovat kohtia, joissa avun intensiteettiä pitäisi pystyä tarvittaessa tehostamaan ja myöhemmin keventämään. (Koponen 2003, 116 - 117)

3.4 Kotiutuminen jatkohoidon turvaamisen keinona

Tällä hetkellä laajasti Suomessa käytössä olevat hyvät kotiutuskäytänteet juontavat vuosina 1997 - 2007 toteutuneeseen PALKO-hankkeeseen (Palveluja yhteen sovittava kotiuttaminen ja kotihoito). PALKO-hankkeen tarkoituksena oli tutkia hoito- ja kotiuttamiskäytäntöjä kunnissa ja sairaaloissa sekä kehittää ja käyttöönottaa hyviä käytäntöjä kotiutumiseen ja kotihoitoon. PALKO-hanke paneutui asiakkaan joustavaan siirtymiseen hoitopaikkojen välillä, tiedon viiveettömään kulkuun, ennakoivaan kotihoidon valmisteluun, palveluiden koordinointiin erityisesti palveluiden rajapinnoilla, asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden parempaan toteutumiseen ja alueen hoitomahdollisuuksien ja palveluiden tuntemukseen. Hankkeen tuotoksena syntynyt PALKO-malli kuvaa asiakkaan onnistuneen siirtymisen kodista sairaalaan ja sairaalasta kotiin sekä kuvaa hyvää kotona selviytymistä. PALKO-malli keskittyi varsinkin hoidon siirtymisen rajapintoja ylittäviin käytäntöihin ja rakenteisiin, jotka edistävät palveluiden ja palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyyttä. (Hammar 2007, 13 - 14; Perälä, Rissanen, Gröönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003.)

Saario (2004, 36 - 37) kuvaa Kotkan PALKO-hankkeen loppuraportissa hankkeen myötä tehtyjä uudistuksia Kotkan sosiaali- ja terveystoimessa. Hanke synnytti kotiutushoitajakokeilun, joka on myöhemmin vakinaistunut pysyväksi käytänteeksi. Saario kuvaa raportissaan yksityiskohtaisesti potilaan hoitopaikkojen välillä siirtymiseen liittyvät tiedontarpeet ja hyvät käytänteet. Henkilöstön väliseen informaation kulkuun ja tavoitettavuuteen kiinnitettiin aktiivisesti huomiota. Terveyskeskuksen käyttöä kotiutusreitteinä pyrittiin vähentämään, kotiutusten suunnitteluun ja toteutukseen sekä SAS-toiminnan kehittämiseen panostettiin. Kotkassa kehitettiin niin sanottua pre- hoitajakäytäntöä, jossa ennen suunniteltua toimenpidettä hoitaja paneutuu potilaan jatkohoidon vaatimukseen ja toteutukseen. Lisäksi panostettiin mm. omaishoitajien hyvinvointiin. (Saario 2004, 36 - 37.) Käytänteet ovat samoja, joita Pohjois-Karjalassa on tarpeen kehittää.

Kotiuttaminen nähdään kirjallisuudessa yleensä prosessina, jossa menestyminen perustuu varhaiseen ja huolelliseen suunnitteluun. Tulevaa hoidon tarvetta sekä kotona toteutettavan hoidon onnistumisen mahdollisuuksia on ennen kotiutumista tarkastel-

tava realistisesti ja moniammatillisesti. Kotihoidon ja sairaalahenkilöstön keskinäinen yhteistyö on kotiutusnäkökulmasta erittäin tärkeää (Koponen 2003, 116 - 117; Leppänen 2006, 41). Kotiutumisen tukemiseksi voidaan pitää SAP - palavereja (Selvitys, Arviointi ja Palveluun ohjaus) (Kivelä ym. 2007, 4) tai hyödyntää kotiutushoitajan palveluita.

Kotiuttaminen on yhteistyötä asiakkaan, hänen omaistensa ja hoitoa järjestävien tahojen välillä. Varsinkin asiakkaan itsensä ja hänen omaistensa kanssa tehtävä yhteistyö on kotiutumisen onnistumisen kannalta olennaista. Yhä edelleen riippuu liikaa potilaan ja hänen omaisensa omasta aktiivisuudesta, minkä verran heitä otetaan mukaan kotiutumisen suunnitteluun. Hyvä kotiutuksen suunnittelu säästää kaikkien osapuolten voimavaroja ja alkaa jo potilaan tullessa hoitoon. (Kivelä ym. 2007, 43; Leppänen 2006, 41.)

Koposen (2003, 17, 22) mukaan potilaan ja omaisen läsnäolo koko kotiutusprosessissa edistää yhteistyötä ja sitoutumista. Kotiutuksen aktiivinen suunnittelu näyttäisi myös lyhentävän sairaalahoitajaksoja ja joissakin tapauksissa myös vähentävän sairaalaan paluuta. Kotiuttamiseen osallistuneet omaiset olivat kotiuttamiseen tyytyväisimpiä. Tyytyväisyyden ja osallistumismahdollisuutensa myötä heidän valmiutensa selviytyä kotona parani, ja heidän oli helpompaa omaksua auttajan rooli.

Kotiutushoitaja on kotiuttamiseen erikoistunut ammattihenkilö, joka toimii potilaan, omaisten, alueen työntekijöiden, laitosten ja muiden yhteistyökumppanien välisenä yhdyshenkilönä. Hän osallistuu potilaan tarvitseman hoidon, palvelun ja kuntoutustarpeen arviointiin sekä jatkohoidon suunnitteluun. Hän neuvoo ja opastaa potilaitaan, heidän omaisiaan ja yhteistyökumppaneitaan. Kotiutushoitaja osallistuu tarvittaessa potilaan hoitoneuvotteluihin muiden työntekijöiden lisäksi avohuollon asiantuntijana. Kotiutushoitajan osaamisessa korostuvat potilaan hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen kokonaisvaltainen tuntemus, yhteistyötaidot, verkosto-osaaminen, vastuullisuus ja toimintakokonaisuuksien sujuvuudesta huolehtiminen. (Leppänen 2006, 47.)

Kotiuttamiseen erikoistuneet kotiutustiimit toimivat monissa kunnissa kotisairaalan tai tehostetun kotihoidon palveluiden rinnalla. Kotiutustiimi edistää laitoshoidosta kotiutuvien asiakkaiden kotiutumista vastaamalla asiakkaan arjen tarpeisiin ja toimimalla asiantuntijana eri tahojen välillä. Kotiutustiimi suunnittelee ja järjestelee kotiutuksen sekä sovittaa yhteen potilaidensa tarvitsemat palvelut. Kotiuttamistiimitoiminnan avulla voidaan tukea potilaiden arjessa selviytymistä ja hoitaa kotiutumiseen liittyviä pelkoja. Potilaiden monenlaisiin jatkohoidon tarpeisiin paneutuminen edellyttää aikaa, palveluiden oikea-aikaisuutta, huolellista suunnittelua, jouston mahdollistamista sekä vaihtelevia työmenetelmiä. (Karvinen 2009, 34 - 35.)

Kotiutustiimi tarkastaa kotiutumisvaiheessa potilaan lääkityksen, sosiaalisen tuki-
verkoston, apuvälineiden tarpeen sekä ruokahuollon toimivuuden. Yhteistyö omaisten kanssa on tärkeä osa toimintaa. Lisäksi kotiutustiimit hyödyntävät moniammatillisessa yhteistyössä fysio- ja toimintaterapeuttien osaamista sekä tekevät yhteistyötä hoitavan lääkärin kanssa. Käytännössä kotiutustiimi käy aluksi tapaamassa potilaitaan näiden kotona. Vähitellen potilas ja omaiset alkavat luottaa avun helppoon saatavuuteen, ja asiat alkavat hoitua puhelinsoitolla. Näin vastuu kotiutumisesta siirtyy vähitellen yhä enemmän potilaalle itselleen ja hänen omaisilleen. (Karvinen 2009, 34 - 35.)

Kotiutustiimin rooli potilaan arjessa on tilapäinen, ja esimerkiksi Järvenpäässä palvelua tarjotaan noin kahden viikon ajan kotiutumisesta. Kotiutustiimin hyvä tavoitettavuus on potilaan turvallisuuden kannalta tärkeää. Järvenpäässä kotiutustiimin potilaiden yöhoidosta vastaa alueen kotihoidon asiakkaitakin hoitava yöpartio. Järvenpäässä on kokemuksia niin kutsutuista koekotiutumisista: Jos kotiutuminen tuntuu potilaasta kerta kaikkiaan ylivoimaiselta, kotiutuminen järjestetään kotiutustiimin toimesta sopeutumismielessä ensin pariksi vuorokaudeksi. Kotiutumistiimi osallistuu järjestelyn toteutukseen eikä potilas menetä sairaalapaikkaansa. (Karvinen 2009, 34 - 35.)

Vaikka kotiuttamistyö aiheuttaa kustannuksia, se edistää parhaiten potilaiden kuntoutumista ja uuteen tilanteeseen sopeutumista (Karvinen 2009, 3). Imatralla kotiutushoitajatoiminnan ja tehostetun kotisairaanhoidon tiimitoiminnan käynnistyttyä

voitiin jo ensimmäisenä toimintavuonna nähdä, että jonotuspäivien kustannukset pienentyivät noin kolmanneksella (Kaljunen ym. 2005, 14).

Nykänen-Juvonen ja Pakarinen (2009, 24) esittivät Outokumpu - Liperin kotiuttamisprosessia käsitelleessä opinnäytetyössään, että alueelle toivottiin kotiutuspartiota, joka ”olisi tukemassa asiakasta kotiutumisen jälkeisinä päivinä”. Myös kotiutushoitajatoiminnan kehittämisen tarve tunnistettiin. Kotihoidon resurssipulaa pidettiin kotiuttamista hankaloittavana tekijänä.

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön aihevalinta syntyi oman ideointini tuloksena. Aihevalinta on hyvin perusteltu ja ajankohtainen, sillä uusien palveluiden kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla on ajankohtaista ja suoranaisesti välttämätöntä. Kotisairaaloiminnasta kiinnostuin jo vuosia sitten erikoistumisopintoja suorittaessani. Kotisairaaloiminnasta kehittämisessä minua kiehtovat varsinkin ammatillisuuden hyödyntämisen mahdollisuudet ja palvelumallin asiakaslähtöisyys. Aihevalinnasta kehittyi ylempään ammattikorkeakoulututkintooni hyvin sopiva ja toimiva opinnäytetyön toteutus (ks. Anttila 2008a; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 130; Marttila & Lyytinen 2008; Rantanen 2008).

Tutkimustehtäviksi tässä opinnäytetyössä muodostuivat seuraavat:

1. Kuvataan ja tarkastellaan niitä toimintatapoja, jotka liittyvät kotisairaaloiminnasta kehittämisessä minua kiehtovat varsinkin ammatillisuuden hyödyntämisen mahdollisuudet ja palvelumallin asiakaslähtöisyys. Tällä tarkoitetaan sekä toiminnan ohjauksen ja järjestämisen tasoisia että toiminnan toteuttamisen tasoisia toimintatapoja. Esimerkkinä toiminnan ohjauksen tasoisista malleista on jatkohoidon kehittämisen päämäärien pohjautuminen kansallisen tason tavoitteisiin. Toiminnan järjestämisen tasolla mallit ovat palveluiden järjestämiseen ja uusien toimintatapojen käyttöönottoon liittyviä toimintamalleja. Toiminnan toteuttamisen tasolla mallit taas ovat konkreettisia työskentelytapoja, menettelytapoja tai käytäntöjä.

Toiminnan ohjauksen ja järjestämisen tasoisten mallien kuvaaminen on tärkeää opinnäytetyön luotettavuuden parantamiseksi sekä sen sijoittamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon todellisuuteen. Toiminnan toteuttamisen tason malleja taas tarvitaan toteutuksen suunnittelua ajatellen.

2. Luodaan kotisairaالاتasoisen hoidon toteuttamisen ja jatkohoidon kehittämisen alueellinen malli. Toisena tutkimustehtävänä oli luoda ensimmäisen tutkimustehtävän tulosten perusteella toimintamalli, joka kuvaa kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteutusta alueellisesti. Mallin luominen edellytti tulosten soveltamista alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon arkeen.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke opinnäytetyön toteutusympäristönä

Kun opinnäytetyön ideavaiheessa tiedustelin alueellista kiinnostusta sairaالاتasoisen kotihoidon toteutukseen, selvisi, että syksyllä 2008 oli alkamassa ympärivuorokautisen kotihoidon kehittämiseen keskittyvä alueellinen hanke. Opinnäytetyöni toteutui itsenäisenä opinnäytetyönä, mutta allekirjoitimme opinnäytetyölle toimeksiannon Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeen kanssa (liite 2). Opinnäytetyön prosessin keskeiset piirteet on esitetty liitteessä 3.

Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke pyrkii osaltaan vastaamaan moniin Pohjois-Karjalan alueella tunnistettuihin jatkohoidon tarpeisiin. Hankkeen rahoittajina ovat Euroopan aluekehitysrahasto (EAKR) ja Pohjois-Karjalan maakuntaliitto. Myös hankkeessa mukana olevat tahot (liite 4) osallistuvat hankkeen suunnitteluun ja rahoittamiseen omilla rahoitusosuuksillaan. Hanke sitouttaa toimintaansa toimijoita kaikkiaan 49 eri työyhteisöstä Pohjois-Karjalan alueelta. Hankkeen ajallinen kesto on 1.8.2008 - 31.12.2010. Tavoit-

teena on kehittää seudullisena verkostoyhteistyönä hankekuntien ympärivuorokautisen kotihoidon palveluja ja palvelurakenteita tehostetun kotihoidon tai kotisairaala-toiminnan periaatteiden mukaisesti. Toisena tavoitteena on toimijoiden oman osaamisen ja osaamisen johtamisen kehittäminen ja vahvistaminen sekä organisaatioiden, järjestöjen, yritysten ja toimijoiden välisen verkostodialogin kehittäminen siten, että kotihoito toteutuu saumattomasti, turvallisesti ja kustannustehokkaasti. (Ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke 2008) Pyrin tämän opinnäytetyön avulla edistämään Ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeen tavoitteita.



Kuvio 1. Ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankekokonaisuus osahankkeineen

Hankkeen toimijat ovat jakautuneet viiteen osahankkeeseen, jotka toiminnallaan pyrkivät edistämään hankkeen tavoitteiden toteutumista (kuvio 1). Toimin hanke-toimijana Kotiuttamisprosessien kehittäminen -osahankkeessa, joka pyrkii kehittämään alueellisia kotiuttamisprosesseja. Hanketyöskentelyssä on noudatettu tiimityön periaatteita. Syvemmän opinnäytetyöni avulla varsinkin Kotiutusprosessin kehittäminen -osahankkeen tiimin työtä sekä tuotosta. Kotiutusprosessien kehittäminen -osahankkeen tavoitteet tukevat tutkimustehtäviäni (liite 5).

Tutkimusluvut (tutkimuslupahakemus liitteessä 6) hain vuoden 2009 aikana kaikista hankkeesta mukana olevista työyhteisöistä (hankkeesta mukana olevat tahot on mainittu liitteessä 4) ja benchmarking-harjoittelun kohteena olleen Varkauden kotihoidon osalta Varkauden kaupungilta. Sain myös luvan nimetä Varkauden kaupungin kotihoidon opinnäytetyöni raportissa. Lupien hakeminen tapahtui sähköpostitse ja vastaanottajan niin toivoessa myös kirjallisesti. Kotiuttamisprosessien kehittäminen - osahankkeen paikalla olleilta osanottajilta kysyin lisäksi suusanallista suostumusta opinnäytetutkimukseen osallistumiseen ensimmäisessä tiimin kokoontumisessa 11.12.2008. Kaikki paikalla olleet suhtautuivat opinnäytetutkimukseen myönteisesti ja antoivat suostumuksensa perehtyneesti. Opinnäytetyöni lyhyt esittely oli tiimitoimijoiden luettavissa hankkeen sähköisessä ympäristössä.

5.2 Menetelmälliset valinnat

Tutkimusotteeni oli laadullinen ja toimintatutkimuksellinen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvailla tutkittavaa ilmiötä seikkaperäisesti, saattaa se ymmärrettäväksi ja kehittää todellisuutta vastaavasta aineistosta uutta teoriaa (Anttila 1996, 136). Toimintatutkimuksellisuus taas sopi opinnäytetyöni lähestymistavaksi, sillä toimintatutkimuksessa ei vain kuvata ja selitetä käytäntöä, vaan pyritään myös muuttamaan sitä. Toimintatutkimuksessa toteutetaan samanaikaisesti sekä tutkimus että käytännön tilanteen tavoitteena oleva muutos. Toimintatutkimus soveltui hyvin opinnäytetyöni toteutukseen, sillä sen nähdään sopivan parhaiten organisaatioiden toiminnan kehittämiseen. Se vaatii toteutuakseen ihmisten aktiivista osallistumista. (Anttila 2009, 26; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 18; Kuula 1999.) Toimintatutkimuksen keinoin tuotettujen uudistusten hyväksyminen on usein luontevaa, koska yhteisö on ollut mukana kehittämisprosessissa (Grönfors 1985,124).

Toimintatutkimus on soveltavaa tutkimusta, joka tuottaa tietoa toiminnasta ja pyrkii sosiaalisten käytäntöjen kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa onnistuminen edellyttää tutkijan ja yhteisön onnistunutta yhteistoimintaprosessia sekä tieteellisen tutkimuksen menetelmien menestyksestä käyttöä. (Kuusela 2005, 31.)

Tutkijan ja käytännön välillä vallitsee toimintatutkimuksessa aktiivinen, vastuullinen ja oppimiseen perustuva vuorovaikutussuhde, jossa tutkija on osa tutkimuskohdettaan. Toimintatutkimuksessa on keskeistä saada ryhmä aktivoitumaan oman työnsä arvioimiseen ja kehittämiseen (Kuusela 2005, 81; Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen, Saari 1994, 35, 43). Toimintatutkimukselle on luonteenomaista menetelmän joustavuus ja mukautuvuus, joka sallii innovaatiot, vuorovaikutuksen ja tilanteenmukaiset keikeilit tutkimuksessa (Anttila 1996, 322). Toimintatutkimus muotoutuu avoimeksi ja joustavaksi prosessiksi, jonka aikana pyritään parantamaan vaiheittain toiminnan laatua (Syrjälä ym. 1994, 39).

Käytännössä toiminta etenee suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektion kautta suunnitelmallisesti ja päämäärärationaalisesti (Kuusela 2005, 86). Jotta arjen toimintaan liittyvien tekijöiden ja mekanismien ymmärtäminen olisi mahdollista, tutkija tarjoaa toimintatutkimukseen osallistuvalla ryhmälle tietoa, teoriaa ja aiempia tutkimuksia. Tutkija jäsentää ryhmän tuottamaa tietoa. Tähän liittyen esimerkiksi toimintatutkimuksen tutkimusongelmat tarkentuvat yleensä vasta tutkimuksen myötä. Tutkimuksen ja suunnittelun edetessä yhtä aikaa ovat tulokset tai sovellus arvioitavissa jo tutkimusprosessin aikana. (Kuusela 2005, 75 - 77; Kuula 1999.)

Syklisyys on toimintatutkimuksen kantava rakenne. Aiheiden syklinen tarkastelu tuottaa toistuessaan uusia näköaloja aiheisiin (Anttila 2008a, 9; Kuusela 2005, 79). Toimintatutkimuksessa uusi sykli rakentuu aina edellisen syklin pohjalta, ja tästä syystä reflektion merkitys toimintatutkimuksessa on keskeinen. Uusi kehitettävä toimintatapa perustuu aina vanhan toimintatavan reflektointiin. Toimijat myös tarvitsevat muutokseen pystyäkseen reflektion keinoin tuotettuja perusteluita. (Kuusela 2005.)

Toimintatutkimuksen toteuttamisen haasteena voidaan pitää intervention kuvaamista ja intervention vaikutusten tunnistamista. Nämä syyt johtavat helposti toimintatutkimuksen sisällölliseen epäselvyyteen. Jotta sisältö olisi löydettävissä, tutkijan on kyettävä erottelemaan ja kuvaamaan toiminnan lähtökohdat, suunnitellut toimenpiteet sekä niiden toteutustapa ja prosessista tehdyt johtopäätökset. (Kuusela 2005, 76.)

Perinteistä toimintatutkimuksellista toimintatapaa sovelsin tässä opinnäytetyössä siten, että hyödynsin Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeen toiminnan nimissä muodostettua Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimiä toimintatutkimuksellisessa lähestymisessäni. En toiminut tiimin vetäjänä, vaan roolini oli sekä opinnäytetyön tekijän että tiiminjäsenen rooli. Perinteisestä toimintatutkimusasetelmasta poikkeaa myös se, että opinnäytetyöni valmistuu ennen kuin tiimitoiminnan päättäminen on ajankohtaista. Tämä oli tietoinen valinta, joka perustui opiskeluni ajalliseen kesto.

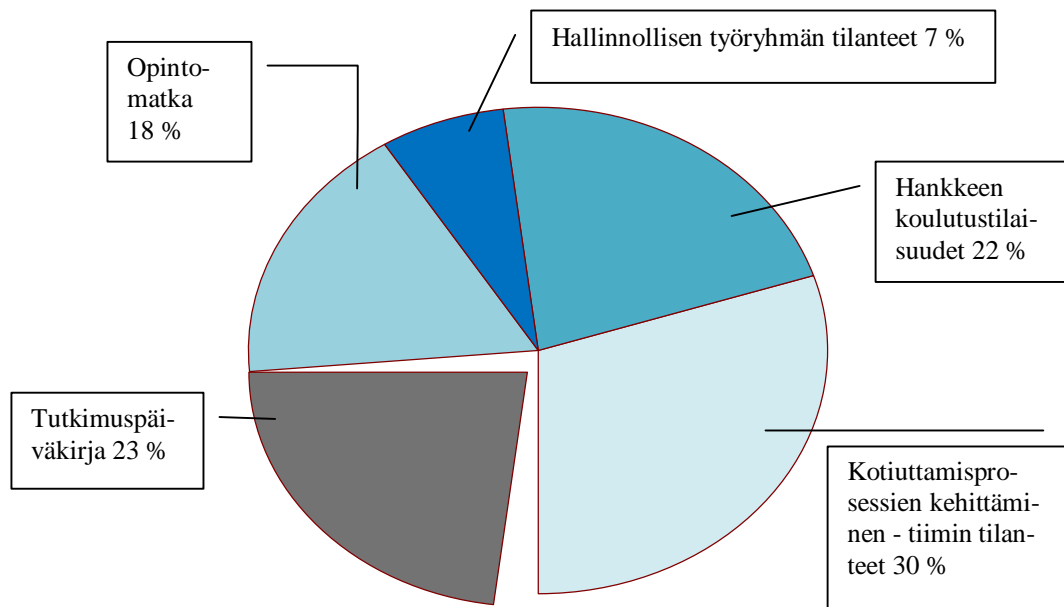
5.3 Aineiston hankinta

Opinnäytetyöni aineiston muodostivat osallistuvan havainnoinnin keinoin keräämäni aineisto sekä tutkimuspäiväkirja-aineisto. Tutkimuspäiväkirja-aineisto sisälsi päiväkirjamerkintöjä opinnäytetyöni koko prosessin ajalta sekä Varkauden Kotihoidon benchmarking- jakson aikana kerätyn tutkimusaineiston. Tutkimuspäiväkirja oli vapaaamuotoinen ja jopa henkilökohtainen kokoelma omia tutkimusaiheisiin liittyviä pohdintoja ja hanketoiminnasta syntyneitä ajatuksiani. Havainnointiaineisto taas koostui Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä – hankkeen toiminnasta kerätystä aineistosta, eli havainnointiaineisto koostui hankkeen koulutuksista, opintomatkalta, Kotiuttamisprosessien tiimin toiminnasta sekä hankkeen hallinnollisen työryhmän tilanteista kerätystä aineistosta. Opintomatalla kerätty aineisto koostui opintokohteissa pidetystä asiantuntijaluennotta. Kirjasin opintomatalla myös tutkimuspäiväkirjaa. Valitsin havainnoinnin aineistonkeruumenetelmäksi tähän opinnäytetyöhön siksi, että sen toteutus oli erilaisissa aineistokeruutilanteissa vaivatonta ja luontevaa. Havainnoinnin keinoin minun oli mahdollista hyödyntää aineistonkeruutilanteista saamaani informaatiota mahdollisimman kokonaisvaltaisesti.

Aineistonkeruu kesti ajallisesti tasan vuoden (9.12.2008 - 9.12.2009) ja aineistonkeruutilanteita oli yhteensä 19. Aineistonkeruun ajallinen kesto oli riittävä ja kattava, sillä aineisto alkoi kylläntyä, eli merkintöjen ja uusien asioiden määrä väheni vii-

meisissä aineistoissa. Ensimmäisen tutkimustehtävän mukaisia pelkistettyjä toimintatapoja oli tunnistettavissa aineistosta yhteensä 358.

Aineistonkeruutilanteista Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeen Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimin tilanteita oli kuusi, koko hankehenkilöstölle tarkoitettuja tilanteita 11 (kehittämispäivät, koulutukset sekä opintomatka) ja hankkeen hallinnollisen työryhmän tilanteita kaksi. Havainnointitilanteet kestivät yleensä 2 - 8 tuntia. Tutkimusaineiston keruutilanteet olivat kaikki erilaisia, ja tilanteisiin osallistuneet hankehenkilöt vaihtelivat jonkin verran. Havaintoaineistoa kertyi kokonaisuudessaan 110 sivua (rivivälillä 1,5). Aineiston koostuminen on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Havainnointiaineiston koostuminen

Kirjasin havaintoni tutkimusaineistoksi A4-kokoisille ruutulehtiön sivuille, joista erotin 2/3 palstaksi varsinaisille havainnoille. Viimeiseen kolmannekseen oikealta kirjasin havainnointitilanteessa syntyneet tulkintani. Liitteessä 7 on esillä ote havainnointimuistiinpanoistani. Kahden sarakkeen järjestelyllä turvasin aineistonkeruun alusta saakka sen, etteivät tulkintani sekoittuneet varsinaiseen havaintomateriaaliin. Alasuutari (1993, 238) sekä Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2008, 212) muistuttavat kahdenlaisten muistiinpanojen tekemisen merkityksestä; on tarpeen kirjata

sekä havainnointia että tulkintoja erikseen. Myös ideat ja hypoteesit on tarpeen kirjoittaa muistiin sitä mukaa, kuin ne syntyvät. Erottelin oikean sarakkeen tulkinnat tunnistettavasti aineistossa aina varsinaisen raportin kirjoituksen vaiheeseen saakka, jotta saatoin eritellä johtopäätökseni aineistosta aineistoa käsitellessäni.

Käytin osallistuvaa havainnointia aineistonkeruumenetelmänä kaikissa havainnointitilanteissa. Havainnoinnin kohteena olivat kaikki hankkeen tilaisuuksiin osallistuneet. Noin kolmannes aineistostani syntyi kuitenkin oman tiimini eli Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimin tilanteissa. Liitteessä 6 on lueteltu Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeeseen osallistuneet tahot. Hankkeen toimijat työskentelevät Pohjois-Karjalan alueella erilaisissa hoitotyön tehtävissä: Kunnallisissa toimipaikoissa kuten kotihoidossa tai terveyskeskuksessa, palo- ja pelastuslaitoksella, keskussairaalassa sekä järjestöissä tai sosiaali- ja terveysalan yrityksissä.

Tutkijanrooliini kuului tiimitoimintaan osallistuminen tiimin täysvaltaisena jäsenenä. Havainnointini oli luonteeltaan vapaata ja luonnolliseen toimintaan mukautunutta, eikä herättänyt tilanteissa huomiota muistiinpanojen tekemistä enempää. Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimi suhtautui havainnoimiseen luontevasti. Kirjasin havaintojani muistiinpanotekniikalla. Havainnoin hanketoimijoiden keskusteluista tutkimustehtäviini liittyviä aiheita, kuten keskustelukulkuja ja johtopäätöksiä. Havainnointiin liittyen saatoin esittää tiimissä tai koulutustilanteessa tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Näin saatoin jo aineistonkeruutilanteessa muodostaa keskusteluista johtopäätöksiä ja ajatuskulkuja. Ennen kaikkea sain tiimin keskusteluista arvokasta ammattilaisten mielipiteisiin perustuvaa, keskusteltavaan toimintatapaan tai käytäntöön liittyvää arviointitietoa. Grönfors (1985, 129) on sitä mieltä, että tutkijan oma kiinnostus aiheeseen auttaa havaintojen tekemisessä. Tutkijan on oltava tietoinen kiinnostuksensa vaikutuksesta havainnointinsa kohdentumiseen, jotta tämä voidaan huomioida analyysivaiheessa.

Havainnoinnin tarkoitus oli tuottaa tutkimuksessani hyödynnettävissä olevaa tietoa, joka esiintyi sanallisessa muodossa tai oli tulkittavissa asiayhteydestä. Havainnointini tuotti tilannesidonnaista tietoa, joka olisi muuten jäänyt hyödyntämättä. Havain-

noidessani en ollut kiinnostunut ryhmän sisäisestä rakenteesta, henkilörooleista tai toimijoiden persoonallisuudesta. En kirjoittanut keskusteluja auki tai henkilöinyt keskustelijoita. Yksittäisissä kohdissa aineistossa on mainittu esimerkiksi ajatuksen ilmaiseen henkilön ammattitehtävä muistiinpanon ymmärrettävyyden parantamiseksi. Havaintoihini liittyvät merkinnät jäävät omaan tietooni eivätkä ole tulkittavissa tutkimustuloksista.

Hyödynsin opintoihini liittyneen harjoittelun Varkauden Kotihoidossa benchmarking-tutustumisena, josta keräsin havaintoaineistoa tutkimuspäiväkirjaani. Varkauden kotihoito oli luonteva benchmarking-kohde, koska Varkaus on ensimmäinen itäsuomalainen kaupunki, jossa toteutetaan kotisairaالاتasoista hoitoa. Olin kuullut Varkauden toimintatavoista hyvää palautetta ja kohtuullinen välimatka vahvisti päätöstäni valita Varkauden kotihoito benchmarking-kohteeksi. Varkauden kotihoidon esimies oli valmis ottamaan minut harjoitteluun ja tiesi havainnoinnista opinnäytetyöhön liittyen. Havainnointi Varkaudessa oli luonteeltaan osallistuvaa havainnointia. Tavoitteenani oli benchmarkingin keinoin oppia hyvin toimivista käytänteistä sekä kyetä arvioimaan ja vertailemaan eri toimintatapoja. Benchmarkingissa on kyse omien prosessien ja menetelmien kyseenalaistamisesta niiden edelleen kehittämistä ja parantamista varten. Käytäntöjen havainnoiminen ja niistä keskusteleminen auttavat toimijoita benchmarking-prosessin molemmilla puolilla kehittämään työtään. (Anttila 2007, 138.)

Benchmarking arviointi aloitetaan tunnistamalla itsearviointin keinoin oma kehittymisen tarve. Seuraavaksi valitaan vertailu- eli benchmarking-kumppani, joka on usein alueellisesti vahva menestyjä, jonka toiminnassa tarkastelunalainen prosessi sujuu paremmin. Tämän jälkeen suoritetaan varsinainen benchmarking-käynti. Viimeisenä vaiheena arvioidaan tuloksia kriittisesti ja luovasti ja soveltavasti. Lopuksi tulos siirretään soveltavasti oman organisaation, tässä tapauksessa opinnäytetyöni aineiston, kontekstiin. (Anttila 2007, 138; Karjalainen 2002, 5.)

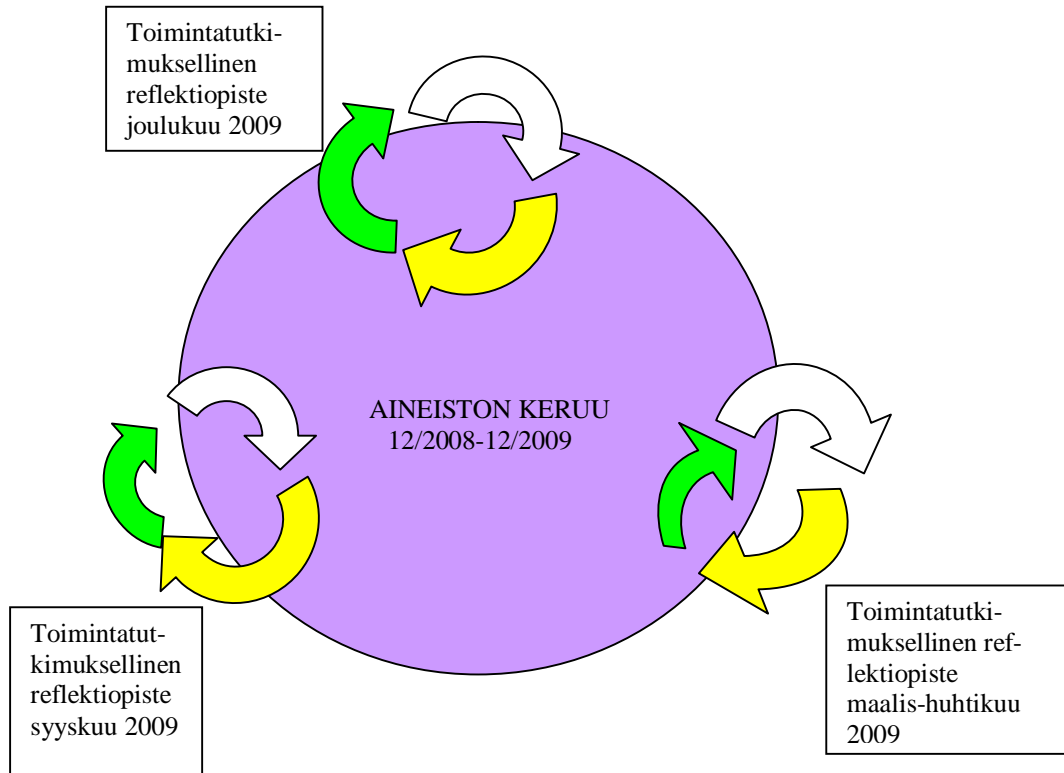
Tutkimuspäiväkirjan merkitys aineiston kannalta oli suuri varsinkin Varkauden benchmarking-matkan ajalta. Kirjasin tutkimuspäiväkirjaan ajatuksiani haasteellisista ja kypsyttyä vaatineista opinnäytetyöni tekemiseen liittyvistä tekijöistä. Tutki-

muspäiväkirjan aineistoa käytin tietoisena siitä, että osa sen sisällöstä oli omaa tulkintaani. Onnistuin tavoittamaan tutkimuspäiväkirjassa luontevan kirjoittamisen ja pohdinnan tavan. Koska benchmarking-käyntiin liittyvät muistiinpanot oli kirjattu tutkimuspäiväkirjaan, tutkimuspäiväkirjasta muodostui varsinaisia havaintomuistiinpanoja elämyksellisempi aineisto.

Muunsin keräämäni havaintomateriaalin mahdollisimman nopeasti, ”tuoreessa muistissa ollessa” havainnointitilanteen jälkeen kirjalliseen, tietokoneella käsiteltävään muotoon. Näin aineisto oli aineistonkeruun päättyessä jo kokonaisuudessaan puhtaaksikirjoitettu aineiston analyysia varten. Olin tutkimussuunnitelmassani maininnut mahdollisuuden hyödyntää jonkin keskeisen osaajan teemahaastattelua keinona tarkentaa tai täydentää aineistoa. Tähän ei kuitenkaan ilmennyt tarvetta, koska tutkimusaineistoa syntyi määrällisesti ja laadullisesti riittävästi.

Koska olin koko aineistonkeruun ajan hyvin tietoinen tutkimusaineistoni sisällöstä ja koostumuksesta, pidin tärkeänä sitä, että kykenin arvioimaan tutkimusaineistoa kokonaisuutena liittäessäni siihen vuoden ajan uutta kertyvää materiaalia. Analysoin tutkimusaineistoa alustavasti jo varsin kauan ennen varsinaista lopullista aineiston analyysin vaihetta (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 136). Kotiuttamisprosessien tiimin työskentelyn vaiheet muodostivat opinnäytetyöni toimintatutkimukselliset reflektiopisteet. Reflektiopisteissä tarkastelin tutkimusaineiston kokonaisuutta ja aineistonkeruun etenemistä suhteessa tiimityöskentelyn etenemiseen. Suunnan tarkastamista seurasi taas eteneminen tutkimusaineiston keruussa. Tämä osoittautui luontevaksi käytännöksi, koska Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimin tavoitteet tukivat omia tavoitteitani. Käytäntö helpotti tutkimusaineistoni hahmottamista kokonaisuutena samalla, kun pohdimme tiimin kanssa yhdessä asettamiamme tavoitteita sekä niiden toteutumista. (ks. Anttila 2008a, 8.)

Toimintatutkimukselliset reflektiopisteet sijaitsivat ajallisesti noin neljännesvuositain aineistonkeruun aikana ja sijoittuvat huhti-toukokuulle 2009, syksylle 2009 sekä joulukuulle 2009. Nämä on kuvattu kuviossa 3. Kolme nuolta reflektiopisteen kohdalla tarkoittavat toisiaan seuraavia syklin vaiheita: havainnointia, reflektointia ja toimintaa (mukaillen Anttila 2008a, 8).



Kuvio 3. Tutkimusaineiston kerääminen ja toimintatutkimukselliset reflektiopisteet.

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoinnissa hyödynsin aineistolähtöistä sisällön analyysia. Kylmän ja Juvakan (2007, 112 - 120) mukaan sisällönanalyysin päävaiheet ovat yleiskuvan muodostaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstraktointi. Sisällönanalyysi on siis tapa järjestää aineisto johtopäätösten tekoa varten. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 137) mukaan sisällön analysointi on tiivistämistä, luokittelua ja tulkintaa. Analyysin tehtävä on järjestää ja jäsentää aineisto siten, että mitään olennaista ei jää pois, vaan aineiston informaatioarvo kasvaa. Grönfors (1985, 145) käyttäisi analyysistä mieluummin abstraktoinnin käsitettä. Analyysi ja synteesi ovat aineiston tarkastelua käsitteellisellä tasolla. Analyyttisen prosessin avulla kerätty aineisto hajotetaan käsitteellisiksi osiksi, ja synteessin avulla näin kootut osat kootaan yhteen uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi. Laadullisessa analyysissä aineiston mielenkiintoisimmat kohdat ovat usein analyysin kannalta tärkeimpiä (Eskola 2001, 146).

Luettuani aineistoa ja perehdyttyäni siihen erittelin aineistosta tutkimustehtäviin vastaavia ilmauksia alleviivaamalla niitä eri väreillä. Ilmaukset olivat aineistossa ilmenneitä ajatuksia tai lauseita, eivät niinkään yksittäisiä sanoja. Analyysiyksikkönä voidaan siis pitää ajatuskokonaisuutta. Ilmauksien tunnistamisen vaiheessa en vielä karsinut aineistoa, vaan järjestelin sitä (Eskola 2001, 144). Liitin tekstistä erottamiini ilmauksiin tiedon ilmauksen alkuperästä, jonka avulla kykenin palaamaan myöhemmin alkuperäiseen ilmaukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 112 - 120; Tanskanen 2008; Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

Ilmauksien tunnistamista seurasi niiden pelkistäminen. Pelkistämällä tarkoitetaan ilmauksien tiivistämistä niin, että niiden olennainen sisältö säilyy. Pelkistykset taas voidaan ryhmitellä sisältönsä perusteella luokiksi. Pelkistettyjen ilmaisujen muodostaminen ja luokkiin järjestäminen oli sisällön analyysin työläin ja mekaanisin vaihe. (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Sisällön analyysin etenemisestä on esillä esimerkki liitteessä 8 (mukaihen Kylmä & Juvakka 2007, 120). Aineiston järjestäminen ja analysointi etenivät näin jäsentämällä, tiivistämällä ja selventämällä kokonaisuutta luokittelun ja oman päättelyni avulla. Toimintatutkimukselle on ominaista se, että aineiston analyysi ja tutkimusongelmien selkiytyminen tapahtuvat samanaikaisesti (Syrjälä ym. 1994, 46). Näin tapahtui myös tässä opinnäytetyössä.

Syrjälän ym. (1994, 46) mukaan ilmiön syvälinen ymmärrys on analyysissa onnistumisen edellytys. Aineiston analyysissä tutkija pyrkii jäsentämään tutkimusaineiston omien käytännön kokemuksiensa ja kirjallisuuden, mutta ennen kaikkea oman ajattelunsa, pohjalta. Analyysin avulla päädytään lopulta uuteen synteisiin, joka muodostaa tutkimustulosten kokonaisuudesta lopulta ehyen, ymmärrettävän ja loogisen kokonaisuuden.

Pelkistysten yhdistämisen, luokittelun ja luokkien auki kirjoittamisen keinoin sain aineistosta esiin analyysin ja aiheen kannalta mielenkiintoisia tekijöitä. Kokosin näitä uudelleen kirjoittaen ja yhdistäen kokonaisuuksiksi, ja muodostin koko aineiston varsin laajasta kokonaisuudesta raportissa esitetyn kuusikohtaisen kokonaisuuden. Liitteessä 8 kuvaan, kuinka tulosluvun rakenne muodostui sisällön analyysin avulla muodostettujen luokkien ja väliotsikoiden tuloksena.

Syrjälän ym. (1994, 47) mukaan varsinkin toimintatutkimuksen haasteena nähdään se, että tulosten tulkinnassa pysähdytään käytännön ongelmien ja niiden ratkaisemisen tasolle. Analyysissä edetessäni aloin hahmotella toisen tutkimustehtävän jatkohoidon kehittämisen ja kotisairaالاتasoisen hoidon mallia. Mallin laatiminen vaati sisällön analyysistä poikkeavaa analyysimenetelmää, sillä alueellisten tarpeiden ja olosuhteiden huomioon ottaminen vaati ensimmäisen tutkimustehtävän tuottamien tulosten soveltamista. Niinpä hyödynsin toiseen tutkimustehtävään vastatessani aineistolähtöisen sisällön analyysin lisäksi abduktiivista päättelyä.

Abduktiiviseen päättelyyn saattaa antaa sysäyksen jokin aineistosta nouseva johtolanka, tutkijan oma ajattelu tai intuitio. Abduktiivinen päättely voi olla myös induktion tulosta. Jos johtolankaan ei löydy kyllin selkeää vastausta aineistosta, tutkijan on systemaattisesti ”ongittava” vastaus esille abduktion avulla. Esimerkiksi induktiivisen prosessin tuloksena voidaan saada vain induktiivinen johtolanka asian mahdollisesta merkityksestä. Abduktio -sana tulee englannin kielen käsitteestä *abduction*, joka on suomennettuna kaappaus. Abduktion synnyttämä tutkimuksen suunta voidaan hylätä milloin vain, mutta menetelmä mahdollistaa yllättävien tutkimuksellisten käänteiden hyödyntämisen. Juuri yllättävät käänteet ovat usein uusien teorioiden pohjana. (Grönfors 1985, 36 - 37.)

Anttilan mukaan ”abduktivisen päättelyn logiikka perustuu siihen, ettei enempää induktio kuin deduktiokaan voi koskaan lisätä dataan edes pienintä havaintoaineiston sirpaletta (Anttila 2008b, 20)”. Abduktion avulla tutkijan on mahdollista päästä uuden teorian jäljille olematta siitä etukäteen tietoinen. Abduktiivista päättelyä voidaan Anttilan (2009, 9 - 12) mukaan hyödyntää käytäntöä palvelevien teorioiden muodostamisessa, kuten tässä opinnäytetyössä on tehty. Päättelyä varten tutkijalla on jokin ajatus tai idea, joka liittyy hänen aiempiin kokemuksiinsa ongelman ratkaisun tarpeesta. Abduktiivinen päättely lähtee empiriasta, hyödyntää tutkijan taustatietoa, kokemusta sekä aiempaa tutkimusta edetessään kohti mallintamista. Abduktiivisen päättelyn hyödyntäminen edellyttää tutkijan havaitsevan aineistostaan ongelman ratkaisemisen kannalta olennaisen aineksen. Mallinnus ei siis synny vain entistä tarkastelemalla vaan oivalluksena tutkijan ymmärryksen kautta. (Anttila 2009, 9 - 12). Ab-

duktiivisen päättelyn käyttäminen tämän opinnäytetyön toisessa tutkimustehtävässä on kuvattu liitteessä 9.

Alustava jatkohoidon kehittämisen ja kotisairaالاتasoisen hoidon mallinnus syntyi abduktion keinoin varsinaisesti jo aineiston työstämisen aikana, mutta testasin mallinnosta aineistoni avulla kyseenalaistamalla koko analyysivaiheen ajan. Hioin mallin esitystapaa ja yksityiskohtia vielä kirjoittaessani opinnäytetyön raporttia. Benchmarking-käynnillä kertynyt tutkimusaineisto oli merkittävässä roolissa kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen mallin muodostumisessa. Koin abduktion käyttämisen luontevaksi mutta tieteellistä lähestymistapaa vaativaksi prosessiksi, sillä pidin tärkeänä, että mallinnus perustui todelliseen aineiston analysointiin, taustatiedon ja kokemuksen synnyttämään ymmärrykseen. Abduktiivinen päättely palveli erityisen hyvin juuri toimintatutkimuksellista, syklistä toimintatapaa. Aineistonkeruun ja analyysin osittaisen päällekkäisyyden vuoksi syklistä mahdollisti mallinnuksen alustavan tarkastelun sekä näkökulmien testaamisen jo aineistonkeruun ja alustavan analyysin vaiheessa.

Analyysistä etenin tutkimustulosten tulkintaan ja mallinnuksen viimeistelyyn. Kirjoitin ja päivitin tutkimusraporttia kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Syrjälän ym. (1994, 49) mukaan laadullisen tutkimuksen raportoinnissa tarvittava näkemys on ”elämän laatujen ja sävyjen ymmärtämistä”, joka vaatii avoimia ja eläviä ratkaisuja sekä haastaa lukijan arvioimaan ja toimimaan. Tutkimusraportissa tavoittelin avointa, luovaa, käytännönläheistä ja kerronnallisesti etenevää, mutta tieteellisyyden kriteerit täyttävää kirjallista lopputulosta. (ks. Pietarinen 2002, 66.)

6 KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON TOIMINTATAVAT

Seuraavassa on tarkasteltu ensimmäisen tutkimustehtävän tuloksia aineiston analyysin avulla muokatun kuuden luokan avulla. Ensimmäisessä tutkimustehtävässä kuvattiin ja tarkasteltiin toimintamalleja, jotka liittyivät kotisairaالاتasoiseen hoitoon ja

jatkohoidon toteuttamiseen. Tulosluvun muodostuminen ja otsikointi perustuu sisällön analyysin avulla muodostettuihin luokkiin, ja on kuvattu liitteessä 8. Kaikissa kuudessa luokassa on tunnistettavissa toiminnan ohjauksen, järjestämisen ja toteuttamisen tason toimintatapoja. Luokissa esiintyvät toimintatavat ovat luonteeltaan realistisia, yleisesti hyväksytyjä ja monialaisia.

Tässä kuudennessa luvussa tarkastellaan ensin jatkohoidon kehittämiseen liittyviä toimintatapoja kuten kotiutushoitajakäytänteitä ja kotiutustiimitoimintaa. Seuraavaksi käsitellään kotisairaaloimintaan liittyviä toimintatapoja. Tulosten esittely etenee kotiympäristöön ja omaisiin liittyvien näkökulmien tarkastelun kautta hoidon tarpeen ennakoimiseen liittyviin toimintatapoihin ja palveluiden tuottamiseen ja palveluyhteistyöhön. Hoitohenkilöstön ja lääkärin ammatilliseen toimintaan liittyvät toimintatavat esitellään ennen palveluiden kustannuksien ja hinnoitteluun liittyviä toimintatapoja. Tulosten esitysjärjestykseksi valittiin tämä, koska lukijan on helpointa hahmottaa tutkimustulosten kokonaisuutta, kun kotisairaaloiminnan hoidon ja jatkohoidon kehittämisen tulokset esitetään ensin. On tärkeää huomata, että Kotiutumisen haasteisiin vastaamisen ja kotisairaaloiminnan hoidon (6.1) lukuun on eritelty vain näihin käytänteisiin kiinteästi liittyvät toimintatavat. Kaikki luokat vastaavat ensimmäiseen tutkimustehtävään ja kuvaavat osaltaan, millaisia toimintatapoja jatkohoidon kehittämisessä ja kotisairaaloiminnan hoidon toteuttamisessa oli tunnistettavissa.

Suurin osa toimintatavoista liittyi alalukuun 6.5.2 ja lukuun 6.4. Karkeasti voidaan sanoa, että suurimpien luokkien sisältö koostui enimmäkseen hoitotyön arkisina pidetyistä toimintatavoista (esimerkiksi ammatillisen yhteistyön kehittäminen tai tietotekniikan hyödyntäminen). Olen keskittynyt esittämään tässä tulosluvussa varsinkin tutkimustehtävien kannalta keskeisiä toimintatapoja. Tutkimustuloksissa käytin palvelunsaajasta yleisesti termiä potilas. Asumismuotojen tai ennaltaehkäisevien palveluiden yhteydessä aineistossa puhuttiin asiakkaasta, mutta valitsin potilas-käsitteen yksiselitteisesti selvyuden vuoksi. Tekstissä käytetyt aineistolainaukset on *kursivoitu* ja esitetty heittomerkkien sisällä. Lukemista helpottaakseni **tummensin** tuloslukujen kuusi ja seitsemän kappaleissa ilmeneviä keskeisiä kotisairaaloiminnan hoitoon ja jatkohoidon toteuttamiseen liittyviä toimintatapoja sekä joitakin keskeisiä tuloksia.

6.1 Kotiutumisen haasteisiin vastaaminen ja kotisairaalasoinen hoito

Jatkohoidon tehostettujen palveluiden, kuten kotiutushoitajien tai kotiutustiimitoiminnan, **potilaat** olivat aineistossa pääsääntöisesti iäkkäitä ja usein myös monisairaita vanhuksia. Kotisairaaloiden potilaat olivat hieman nuorempia siten, että suurimman potilasryhmän varsinaisissa kotisairaaloissa muodostivat pääsääntöisesti alle 65 - vuotiaat. Potilaiden iästä ei voi tämän aineiston kokonaisuuden perusteella tehdä näin yksiselitteisiä johtopäätöksiä, sillä aineisto sisälsi varsinaisten kotisairaaloiden ja kotiutustiimien lisäksi sovelletusti jopa molempia toimintatapoja hyödyntäviä toimijoita. Tämän opinnäytetyön tuloksissa potilaiden ikä voidaan määritellä siten, että he olivat pääsääntöisesti iäkkäitä, ja heidän ikärakenteensa vaihteli jonkin verran sekä toiminnan toteutuksen että toteutuspaikan perusteella.

6.1.1 Kotiutumisen kehittäminen

Suoralla kotiutumisella tarkoitettiin toimintatapaa, jossa potilas kotiutuu suoraan sairaalasta omaan kotiinsa eikä esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle. Ympäri- vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä - hankkeeseen osallistuneet kunnat ja hanketoimijat tavoittelivat suorien kotiutumisten lisääntymistä. Suorien kotiutumisten esteinä olivat aineiston perusteella potilaan huono yleiskunto tai kodin syrjäinen sijainti. Kotiutumisen este ei aina ollut suuri: *”Kotiutumisen voi estää se, ettei kotona ole ruokaa, se, että lääkkeet pitäisi hakea apteekista tai se, että talo pitäisi pystyä lämmittämään”*. *”Joukossa on luonnollisesti haasteellisempiakin kotiutettavia”*.

”Kotiutushoitajakäytänteiden kehittyminen on selvästi käynnissä valtakunnallisesti”. Kotiutumisen haasteisiin pyrittiin vastaamaan monessa kunnassa joko **kotiutushoitajakäytänteitä kehittämällä** tai **kehittämällä kotiutustiimitoimintaa**. Kotiutushoitajakäytänteillä tavoiteltiin parempaa hoidon sujuvuutta ja yhteistyökäytänteiden kehittymistä. Aineistossa mainittiin myös toimipaikkakohtainen kotiuttamiskäytänteisiin panostaminen: Osastoilla pitäisi olla **kotiuttamisvastaava** *”siinä missä verensokerivastaavakin”*.

Kotiutushoitajan oli tunnettava toiminta-alueensa palvelut, yhteydet ja käytännöt. Kotiutushoitajia työskenteli yleisesti niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Yhtenä jatkohoidon kehittämisen keinona esitettiin **kotiutushoitajakäytänteiden kehittämistä erikoissairaanhoidossa**. Kotiuttamisen kehittämistä erikoissairaanhoidossa vaikeuttivat tiedollisten puutteiden lisäksi varsinkin hoidon suunnitelmien muutosherkkyys ja kotiutumisen tarpeen ajankohdan vaikea ennustettavuus: ” *kaikki puunkantoa myöten suunniteltu ja sitten leikkaus perutaan* ”.

Kotiutushoitajan ehdotettiin työskentelevän erikoissairaanhoidossa kotiutusten valmistelussa ja toisaalta kotiuttavan potilaita ensiavusta aktiivisesti. Päivystyksessä työskentelevän kotiutushoitajan nähtiin edistävän alueellista yhteistyötä ja tehostavan kunnallisten palveluiden hyödyntämistä. ” *Kotiutushoitajakäytännön levittäminen päivystyksiin sai kannatusta* ”. Omahoitajan ja kotiutushoitajan välisellä hyvällä tiedonkululla nähtiin ehkäistävän toimijoiden työn päällekkäisyyttä. Tiedonkulun ongelmia ehkäistiin esimerkiksi hyvällä kirjaamisella. Kotiutushoitajakäytänteistä nähtiin olevan etua varsinkin päivystyspotilaiden jatkohoidon suunnittelussa. Kotiutushoitajakäytänteitä voitaisiin hyödyntää myös jatkohoidon kehittymisen siirtymävaiheen toimintatapoina.

” *Kotiutustiimitoiminta on hoidon katvealueiden hallintaa ja mahdollistaa hoidon siirtymäkohtien jouston* ”. **Kotiutustiimitoiminta** edisti aineiston perusteella potilaan kokemaan turvallisuutta, lisäsi hoitojärjestelmän mahdollistamaa joustoa sekä ennaltaehkäisi laitostumista ja hoitopaikkakerrettä. Kotiutustiimitoiminnan etuina nähtiin turvallisuuden ja jatkuvuuden luominen potilaan arkeen. ” *Pimeällä kuten syksyllä ja talvella näyttää palveluille olevan enemmän kysyntää* ”. Kotiutustiimit toimivat aktiivisesti potilaiden kotiuttamista edistääkseen. Nähtiin, että kotiutustiimitoimintaa tarvittiin lisääntyvästi nopeiden sairaalasta kotiutusten yhteydessä: ” *toiminta on siirtymässä akuutin toiminnan suuntaan* ”. Tiimit kävivät sovitusti vuodeosastoilla suunnittelemassa potilaiden suoraa kotiutumista. Kotiutustiimit toimivat yhteistyössä SAS-hoitajien¹, kotisairaalatiimien ja vuodeosastojen kanssa. ” *Myös*

¹ SAS-hoitajat ovat kunnallisia potilaiden sijoituksista vastaavia hoitajia. Lyhenne muodostuu sanoista selvitys, arviointi, sijoitus. Myös SAP -lyhennettä käytetään; tällöin lyhenteenä sanoista selvitys, arviointi, palvelunohjaus. (Kivelä ym. 2007, 4, 18.)

vastuun jakaminen nähtiin tärkeänä; jos potilas on jo vanhastaan kotihoidon asiakas, osa kotiutusvastuusta voidaan katsoa olevan kotihoidolla”.

Kaikki kotiutustiimit edustivat kunnallisen toimijan tuottamaa palvelua. Toiminnan taustalla näkyi usein tilaaja – tuottajamalli. Kotiutustiimitoimintaa toteutettiin **kuntakohtaisesti erilaisin variaatioin**. Kunnalliset tehostetun kotihoidon tiimit olivat omaksuneet kotiutustiimien tehtäviä. Yhtenäistä kotimaista toimintatapaa ei siis ollut tunnistettavissa. *”Eri paikoissa toimintaa on järjestetty todella joustavasti; ongelmassa on tavoiteltava tuore näkökulma ja muotoiltava sen pohjalta joustava tarpeeseen vastaava toteutus.”*

Kotiutustiimit muodostuivat kokeneista **hoitotyön ammattihenkilöistä**, ja kotiutustiimitoiminnassa oli usein mukana **fysioterapeutti ja palvelunohjaaja**. Kotiutustiimitoiminta vaati kaiken kotihoidon tapaan konsultoivan ja toiminnasta vastaavan **lääkärin**. Kotiutustiimit tutustuivat potilaaseensa yleensä jo tämän ollessa sairaalassa. Tieto kotiutustiimin tukea tarvitsevasta potilaasta tuli kotiutustiimille yhteistyökumppaneilta, usein sairaalan henkilökunnalta. Potilas tuli kotiutustiimin hoitoon yleensä hoitajien keskinäisellä sopimuksella **tarveperustaisesti**. Ensitapaamisella tehtiin potilaslähtöisesti suunnitelma jatkohoidon tarpeesta. Kotiutustiimin toimijat järjestelivät apuvälineet, tekniset muutostyöt ja tukipalvelut asiakkaan kotiutumista varten valmiiksi. Kotiutustiimin hoitaja oli kotiutujaa vastassa tämän saapuessa kotiinsa.

Kotiutustiimin rooli ei ollut varsinaisesti hoidollinen, mutta tilapäiset hoidollisetkin toimet hoituivat. Potilaan luona käytiin **sovitusti ja tarvittaessa**, ja potilas saattoi ottaa kotiutustiimiin yhteyttä **kaikkina vuorokaudenaikoina**. Potilaan lääkitys tarkastettiin kotiuduttua. **Lääkityksen tarkastamisen** merkitystä potilaan kotona korostettiin, sillä kotona *”päästään näkemään, mitä lääkkeitä potilas todella käyttää ja miten”*.

Kotiutustiimit tekivät **erittäin paljon yhteistyötä omaisten kanssa**. Palveluja tarjottiin kotiutustiimin toimesta yleensä noin **kahden viikon ajan**. Jos potilaan hoidon tarve jatkui vielä kahden viikon jälkeen, hänet voitiin kotiuttaa kotihoidon tuelle.

Tällöin hoitovastuu siirtyi kotihoidon aluevastuiselle tiimille. Kotiutustiimit hyödynsivät palveluissaan laajasti moniammatillista osaamista. Palvelunohjaaja kävi yleensä potilaan kotona kartoittamassa tilanteen ja hoidontarpeen myös jatkoa silmälläpitäen. Fysioterapeutti tarkasteli kuntoutumisen tarvetta ja laati kuntoutumisen tarpeen jatkosuunnitelmat. ”*Kotiutustiimitoiminta luo erinomaisen mahdollisuuden potilaan tilanteen kokonaistarkasteluun*”.

Kotiutustiimit olivat kehittäneet **potilasryhmäkohtaisia toimintatapoja**, joilla pyrittiin edistämään potilaan suoraa kotiutumista päivystyksestä. Esimerkkinä mainittiin keuhkohtaumatautipotilaat, jotka joutuivat voimakkaan hengenahdistuksen vuoksi päivystykseen tyypillisesti yöllä. Potilaat päätyivät hengenahdistuksen helpotettua usein vuodeosastoille, koska kotiutuminen yöllä oli hankalaa. Kotiutustiimit ovat kantaneet näiden potilasryhmien kotiutusvastuuta kaikkina vuorokauden aikoina. Palvelusta oli hyviä kokemuksia: ”*..näyttää siitä, että vain noin 15 % potilaista palaa vuodeosastolle kotiutustiimitoiminnan ansiosta*”. Kotiutustiimeiltä odotettiin yhä selvemmin myös **potilaiden kotikuntoisuuden arvioimista** kotiutussuunnitelmien laatimisen vaiheessa esimerkiksi erikoissairaanhoidossa.

6.1.2 Kotisairaالاتasoinen toiminta

Kotisairaalakäsitteen käyttö näytti liittyvän varsinkin erikoissairaanhoidon ylläpitämiin palvelumuotoihin, mutta osa kotisairaالاتiimeistä oli myös kunnallisten toimijoiden ylläpitämiä. Tehostetun kotihoidon käsitteen nähtiin kuvaavan kotisairaala -käsitettä paremmin potilaan omaa roolia ja vastuuta kotikuntoisuuden tavoittelussa. Kotisairaالاتasoinen **työ oli sisällöllisesti samankaltaista** sekä kotisairaالاتiimeissä että tehostetun kotihoidon tiimeissä. Kotisairaالاتasoista hoitoa toteutettiin kaikenikäisille kotihoitoon soveltuville potilaille. Hoidon paikallinen toteutus muotoutui hyvin paikka- ja tarveperustaisesti, voimavarat ja jouston tarpeet huomioiden.

Kunnallisen palveluntuottajan järjestämänä toimivat tehostetun kotihoidon tiimit pannotivat kotisairaالاتiimejä useammin myös **kotiutumisen edistämiseen**. Kotisairaالاتasoisen hoidon ”*järjestämisen ongelmana pienissä kunnissa ovat usein tilapäiset*

ja ohimenevät tehostetun kotihoidon tarpeet, varsinkin jos kotisairaanhoidon ei tee viikonlopputyötä”. Todettiin myös, että ”pienemmällä paikkakunnilla potilaat eivät riitä tehostetun kotihoidon kaltaisen tiimin toimintaan”.

Tilaaaja- tuottajamalli toteutui myös kotisairaالاتasoisen hoidon taustalla. Kotisairaالاتasoisen hoito oli käynnistynyt aineiston kunnissa hanke pohjalta tai itsenäisen kehittämistyön tuloksena. Kotisairaالاتasoisen hoidon rooli oli olla tukena avo- ja laitoshoidon rajapinnalla, ja kotisairaالاتasoisen hoidon ”käyttökohde on perustason erikoissairaanhoidon.” Kotisairaالاتasoisen hoito nähtiin **vaihtoehtona** sairaalassa toteutettavalle hoidolle.

Kotisairaالاتasoista hoitoa tarjotaan hyvin erilaisissa ja erikokoisissa kunta- ja kaupunkiympäristöissä. Suomalaisia kotisairaaloita on 13 ² (Kotka, Pori, Vaasa, Turku, Jyväskylä, Kokkola, Oulu, Salo, Tampere ja Helsingissä 4 kotisairaaloa). Tehostettujen kotihoitojen määrä ei ilmennyt aineistosta. Pienemmällä paikkakunnilla kotisairaالاتasoisen hoidon tuottaminen perustui hyvään ja **toimivaan palveluiden väliseen yhteistyöhön** esimerkiksi kotisairaالاتiimin ja kotihoito tiimien välillä. Kotisairaالاتasoisen hoidon tuottaminen voitiin organisoida kotiutustiimitoiminnan toteutuksen kanssa jopa **samaan tiimiin**, joka sitten käytännössä jakautuu vuorossa hoitettavien potilaiden mukaan eri tehtäviin. ”..kotisairaالاتoiminta pyörii vähäisin resurssein”.

Kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavan tiimin **vaivaton tavoitettavuus** oli tärkeää toiminnan kannalta. Kaikki kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavat tiimit antoivat potilaille tiimin yhteystiedot yhteydenottoa varten, jolloin potilaat saattoivat soittaa apua tarvitessaan tiimille kaikkina vuorokaudenaikoina. Kotisairaالاتasoisessa hoidossa sairaanhoitajien työpanosta tarvittiin kaikissa vuoroissa. Myös **kuntouttava hoito-ote** oli kaikille kotisairaالاتasoisille tiimeille yhteistä.

Kotisairaالاتasoisen ”hoito vaatii aina **lääkärin lähetteen**”. Hoidon toteuttaminen kotiin taas vaatii aina **potilaan suostumuksen**, koska kotona toteutettava hoito vaatii sitoutumista. Potilas allekirjoitti hoitosopimuksen hoitoon tulovaiheessa. Samalla

² Tieto ilmeni luennoijan esittämänä aineistonkeruutilanteessa

suoritettiin tulohaastattelu, jossa sovittiin hoidon käytäntöihin ja suunnitelmiin liittyvät asiat. Hoitosopimusta voitiin tarvittaessa muuttaa myöhemmin. Hoitoontulokäytänteiden tarkoituksena oli rajata hoidon ulkopuolelle ne henkilöt, jotka eivät soveltuneet tai kyenneet sitoutumaan hoitoon esimerkiksi päihderiippuvuutensa vuoksi. ”Potilaaksi ei oteta huumeongelmaisia, jos vaan tiedossa”. Lääkäri tapasi hoitoon tulevat potilaat ainakin kerran hoitojakson aikana. Yleensä lääkäri tapasi potilaat hoidon aloitustilanteessa.

Kotisairaalatasoiseen hoitoon siirryttäessä varsinaiset tutkimukset oli tehty ja potilaan **diagnoosi oli selvä**. Kotisairaalatasoisen hoidon aikana potilaista otettiin tavallisesti verikokeita. **Kotoa käsin tehtiin tutkimuksia** varsinkin potilaan sairaudentilan seurannan ja hoidon arvioinnin kartoittamiseksi. Kotisairaalatasoista hoitoa saivat aineiston kotisairaalatasoista hoitoa toteuttavissa yksiköissä tyypillisimmin erilaisiin infektioihin hoitoa saavat potilaat ja sisätautivaivoista kärsivät potilaat. Myös veren tiputtaminen anemiasta kärsiville potilaille oli melko usein kotona toteutettava hoitoa.

Hoitoa tarjottiin aineiston perusteella yleensä enimmillään puolen tunnin yksisuuntaisen **ajomatkan** päähän, mutta joissakin paikoin puolen tunnin ajomatkasta joustettiin sujuvasti kun potilaan kotihoidon tarve oli perusteltu. Hoidon tarjoamisen rajoittamista välimatkan perusteella ”*perusteltiin potilas- ja hoitajaturvallisuudella*” ja ”*resurssien mielekkäällä käytöllä ja toiminnan tuloksellisuudella*”. Liikkumisessa tiimit käyttivät joko omaa autoa, kotisairaalan autoa tai leasing-autoa.

Kotisairaalatasoisessa hoidossa hyödynnettiin usein tavallisia hoitoon liittyviä rakenteita. Kotisairaalan **lääkäri tapasi** kotisairaalan potilaita iltapäivisin tavalliseen tapaan **vastaanotolla**. Potilaalta kontrolloitiin verikokeita, laadittiin jatkosuunnitelmia ja arvioitiin hoidon tuloksia. Tämän jälkeen hoito, esimerkiksi antibiootin tiputtaminen kotioloissa, jatkui lääkärin suunnitelman mukaisesti. Myös jälkitarkastukset oli ohjelmoitu lääkärin poliklinikalle. Lääkärin kotikäynteihin järjestettiin tarvittaessa mahdollisuus, mutta käytännössä **kotikäyntejä** järjestettiin lähinnä vakavimmin sairaiden potilaiden, kuten saattohoitopotilaiden, luo. Vastaanotto saatettiin järjestää esimerkiksi sähköisesti etävastaanottona. Sairaanhoitajan tekemien **lääkärikonsul-**

taatioiden käytänteiden sujuvuus ilmeni tärkeänä tekijänä kotisairaالاتasoista hoitoa toteutettaessa.

Kotisairaالاتasoisen hoidon käyttöönoton myötä oli pystytty laajentamaan palveluiden tarjontaa ja ottamaan käyttöön uudenlaista joustoa tarjoavia palvelumalleja. Tällaisina nähtiin ainakin **sairaanhoidon iltakäynnit** ja niin sanotut **voinninseurantakäynnit**. ”Tällä hetkellä käytäntö on sellainen, ettei kotipalvelu uskalla jättää poikkeuksellisen huonosti liikkuvaa tai kaatunutta potilasta kotiin, vaan toimittaa hänet seurattavaksi vuodeosastolle”. Voinninseurantakäynneillä tarkoitettiin sitä, että tilanteen vaatiessa tiimi saattoi käydä arvioimassa hoidon tarvetta potilaan kotona. Kotiin voitiin järjestää tiimin toimesta myös tilapäistä seurantaa, jolloin potilas välttyi vuodeosastolle siirtymiseltä.

Kotisairaالاتasoisessa hoidossa hyödynnettiin perinteisen kotihoidon tapaan muita **yhteistyötahoja ja palveluita**. Potilaille järjestettiin tarpeen mukaan tukipalveluita. ”Yhteistyötahot kuten tekninen tuki, apteekki, välinevuokraus tai sairaalapastorit ovat tärkeitä”. Toimintatavat vaihtelivat paikkakunnittain ja perustuivat aina myös ammatilliseen tarpeen arviointiin.

Kotisairaالاتasoinen hoito toteutui käytännössä usein tehostetun palveluasumisen yksikössä tai laitoksessa. Olennaista oli se, että **potilas sai palvelua kotiinsa**. Yksin asuminen ei ollut aineiston perusteella este kotisairaالاتasoisen hoidon toteutukselle, vaan tilannetta ja kotona selviytymistä arvioitiin monin paikoin joustavasti ja tapauskohtaisesti. Mikäli hoidon toteuttaminen ei kaikesta huolimatta onnistunut potilaan kotona, potilaalle voitiin järjestää hoitopaikka esimerkiksi vuodeosastolle. ”Potilaallahon on sairaالاتasoista hoitoa vaativa tarve”. **Takaisin sairaalaan haluvia** potilaita oli kaikissa kotisairaالاتasoista hoitoa tuottavissa yksiköissä vain **harvoin**. Nähtiin myös, että jos sairaalaan takaisin haluaminen ei liittynyt hoidettavaan vaivaan eikä laitospaikkaa ollut välittömästi saatavilla, potilaan hoitoa oli jatkettava hänen kotonaan. Hoitopaikan vaihdokset tapahtuivat aina lääkärin luvalla.

Kotisairaالاتasoisen hoidon tarpeen päättyessä kotiin tarjottava palvelu loppui. Myös kotisairaالاتasoisen hoidon päättyessä käytettiin **kotiutumisen** käsitettä, vaikka tar-

koitettiin käytännössä hoidon päättymistä. Kotisairaalasaisesta hoidosta kotiuduttiin usein ilman palveluita (työkäiset potilaat) mutta myös kotihoidon tuelle. Jos potilaalla oli jo ennen hoitojaksoa käytössä kotihoidon palveluita, yhteistyötä tehtiin oman kotihoidon tiimin kanssa. Yhteistyö kotihoidon tiimien kanssa oli tärkeää myös esimerkiksi saattohoidon pitkittyessä. Tuolloin vastuuta voitiin jakaa hoidontarpeen mukaan myös potilaan omalle kotihoidon tiimille.

6.2 Koti hoitoympäristönä

6.2.1 Kotihoitoympäristö

Kotia pidettiin potilaan ”*elämän peruselementtinä*”, mutta myös palveluntuotannon lähtökohtana. Kotona asumisella oli hoitohenkilöstön mielestä selvä potilaita **aktiivoiva vaikutus**. Koti ympäristönä nähtiin ”*voimaannuttavana*”. Hoitohenkilöstö piti kotona sairastamista kokemuksensa perusteella potilaille arvokkaana ja terapeuttisena, ja heidän myös koettiin toipuvan nopeammin kotonaan kuin laitosympäristössä. Saattohoitopotilaiden hoidosta saatujen kokemusten perusteella kotihoidosta laitokseen hoitoon joutuneet potilaat olivat usein pettyneitä.

Hoitotyön ammattilaiset näkivät kotihoitojen hoitavan **yhä huonokuntoisempia** ja sairaampia potilaita koteihinsa. Jo kunnallisen kotihoidon piiriin päästäkseen potilaan on tarvittava aiempaa enemmän apua arjessa selviytymisessä. Hoitotyöntekijät pitivät kotihoidon toteutusta varsin vaativana, jos potilas tarvitsi jatkuvasti apua enemmän kuin 4-5 kertaa vuorokaudessa. ”*Sitten tietysti pitää miettiä sitäkin, milloin potilas ei enää ole kotikuntoinen. Tolkku pitää olla päässä molemmin päin!*”

Kodin **syrjäinen sijainti** saattoi muodostua esteeksi tai ainakin rajoitteeksi saada palvelua omaan kotiin. ”*Keskustassa menee huonompikuntoinenkin, mutta syrjässä ei*”. Kotiutuminen saattoi muodostua haasteelliseksi varsinkin niille potilaille, joilla ei sinällään ollut sairaalahoidon välitöntä tarvetta, mutta ”*potilas ei voi kotiutua huonon ja usein hoitojaksolla huonontuneen yleiskunnon vuoksi*”. Syrjäisesti yksin asuvan potilaan **jatkohoito voitiin joutua toteuttamaan** leikkauksen jälkeen esimer-

kiksi terveyskeskuksen **vuodeosastolla**, sillä ”*yksin syrjässä asuville voi olla hankalaa saada järjestetyksi kylliksi apua*”. Leikkauksen tai pitkän sairaalahoitojakson jälkeiseksi vaihtoehdoksi oli joissain paikoin perustettu ”*kotikuntouttamisen yksiköitä, joissa hoidetaan pääasiassa ortopedisia ja sisätautipotilaita, joiden tavoitteena on kuntoutua kotikuntoisiksi*”. **Kotikuntouttamisen yksikkö** oli kodinomainen asunto, jossa potilas saattoi harjoitella kotona asumista parin vuorokauden ajan ennen varsinaista omaan kotiinsa kotiutumista. Monet kunnat myös ostivat **kuntoutuspaikkoja** helpottaakseen hoitopaikkapulaa.

Hoitopaikan vaihtamisen nähtiin kuormittavan potilaita. ”*Hoitopaikan vaihtaminen on kuormittavaa vanhukselle, lapselle ja esimerkiksi kehitysvammaiselle*”. Hoitopaikan vaihtamisessa pyrittiin noudattamaan harkintaa varsinkin niiden potilaiden kohdalla, joilla oli vahva turvallisuuden tarve tai vaikeuksia hahmottaa muutoksia. Ongelmia hoitopaikan vaihdoksissa aiheutti myös se, ettei potilasta tunnettu uudessa hoitopaikassa. ”*Dementoituvien siirtelyä pyritään välttämään ja huonevaihdoksiakin tehdään (palveluyksikössä) harkitusti*”. ”*Palvelut pitäisi pyrkiä järjestämään lähempänä ihmistä*”.

Kotiympäristö saattoi olla turvaton ja yksinäinen paikka yksin asuvalle potilaalle. Potilas saattoi tavoitella takaisin hoitoon pääsyä turvattomuuden ja yksinäisyyden vuoksi. **Turvattomuus lisäsi selvästi sairaalaan paluuta** ja mikäli perustilannetta ei pystytty muuttamaan, turvattomuuden tunne aikaansai kierteen, jossa potilas kotiutui vain lähteäkseen uudelleen sairaalaan. ”*Jos potilas ei ole halukas kotiutumaan, houkuttelu ei yleensä tuota tulosta – tahtoo poikia sairaalaan paluun*”. Vaikka potilaan tilanne tunnistettiin turvattomuudeksi, uutta kotia turvallisempaa hoitopaikkaa joutui käytännössä odottamaan. ”*Turvattomuuden hoito on hyvin tärkeää!*”

Hoidon suunnitelmille laadittiin **varasuunnitelmat** siltä varalta, etteivät hoidon alkuperäiset suunnitelmat toteutuneet. Esimerkiksi kotisaattohoitopotilaiden osalta sovittiin monin paikoin, että he voivat sairaalapaikkaa tarvitessaan hakeutua suoraan kunnalliselle vuodeosastolle. Hoitohenkilöstö koki, että jo **tieto** helposti saatavilla olevasta avusta **helpotti** potilaiden ja omaisten epävarmuutta ja suoranaisesti **vähensi hoidon tarvetta**.

Ympäristöllä nähtiin olevan suuri vaikutus potilaan kuntoutumiseen. Kotiympäristöstä tunnistettiin paljon tekijöitä, jotka pitivät potilaan peruskuntoa ja toiminnallisuutta yllä. **Kuntoutumisen ja fysioterapian palveluiden määrää toivottiin lisättävän** kotihoidossa. Kuntoutuspalveluiden kotiin saamisessa nähtiin kehitettävää. Fysioterapian kotiin saamisen käytänteet olivat kuntakohtaisesti erilaisia. Kotona toteutettavan ennaltaehkäisevän kuntoutuksen tehtävänä oli harjaannuttaa varsinkin potilaan tasapainoa ja ylläpitää toimintakykyä. Säännöllisellä harjoittelulla oli saavutettu tuloksia myös kaikkein huonokuntoisimpien potilaiden ryhmissä. Kotiin annettun kuntoutuksen nähtiin pitkittävän laitoshoitoon siirtymistä merkittävästi.

Kotona asumista tuettiin monin paikoin tarjoamalla **apuvälinevuokrausmahdollisuuksia** tai teettämällä kunnan kustantamia pieniä selviytymistä parantavia **muutostöitä**. Potilaiden käyttöön lainattiin myös esimerkiksi sairaalasänkyjä. Potilailla ja omaisilla, mutta myös hoitohenkilöstöllä, oli usein **tiedollisia epäselvyyksiä** muutostöiden ja apuvälinepalveluiden hyödyntämisestä. Kuntakohtaisesti vaihtelevien toimintatapojen vuoksi varsinkaan erikoissairaanhoidosta kotiutuville potilaille ei aina ollut selvää, mitä apuvälineitä tai kodin muutostöiden palveluita oli saatavilla ja kuinka palvelua haettiin. *”Erikoissairaanhoidossa ei aina ohjata näitä, kuuluvat perusterveydenhuollon alaisuuteen... tai tietoa ei ole riittävästi”*.

Kotiin varsinaisen hoidon tueksi järjestetyt tukipalvelut mahdollistivat kotikuntoutumisen esimerkiksi halvauspotilaiden jälkihoidossa. Tukipalveluiden järjestämisessä kohtuus nähtiin kuitenkin viisautena. Laajasti tukipalveluin tuettu kotona asuminen saattoi jopa passivoida kuntoutujan omaa toimintaa. Itse tekemisellä nähtiin olevan vahva vaikutus toimintakykyyn. **Kuntoutussuunnitelmien** laajempi käyttöön ottaminen nähtiin mahdollisuutena edistää kotikuntoisuuden säilyttämistä. Kuntoutussuunnitelma laadittiin tavallisesti potilaan, omahoitajan ja fysioterapeutin välisenä yhteistyönä. Myös erilaiset **sopeutumisvalmennukset** edistivät varsinaisen kotiin tarjottavan hoivan ohella merkittävästi kotona selviytymistä. Sopeutumisvalmennusta voitiin toteuttaa myös potilaan kotona, jolloin omaisten osallistumismahdollisuudet paranivat.

Tilapäisen hoivan tarve oli aineiston perusteella monin paikoin ilmeinen, vaikka ”*tulevaisuudessa lyhytaikaista hoitoa tarjoavat hoitopaikat ovat lisääntymässä lähes joka paikassa*”. ”*Lyhytaikaishoivan mahdollisuudet kuuluvat kiinteästi tähän painopiste kotihoitoon asiaan!*” **Vuorohoidon** ja **intervallihoidon** lisäksi aineistossa mainittiin usein kunnallisten palveluiden ylläpitämät **päivätoimintatyypiset** palvelumallit ja vanhusten päivähoitopalvelut. **Levähdyspistetoiminta** mahdollisti kotihoitossa olevan vanhuksen hoitoon tuomisen hyvin vähäisellä varoitussajalla esimerkiksi omaisen asioinnin ajaksi. Tilapäishoitomahdollisuuksien puutteen nähtiin aiheuttavan tilanteita, joissa tilapäishoivan tarvitsijat joutuivat luovuttamaan palvelunsa kuntoutuspotilaiden käyttöön. Tilapäishoitomahdollisuuksien puutetta oli ratkaistu myös erillisen **tiimin avulla**, joka mahdollisti kotona kuntoutumisen ja esimerkiksi omaishoitajien sijaistamisen. Lyhytaikaisen hoivan järjestäminen edellytti jouston ja järjestelyvaran löytämistä. Nähtiin, että erilaisia lyhytaikaisen hoivan palveluita on tarpeen kehittää aktiivisesti, jotta kotona asuminen olisi yhä useammalle tulevaisuudessa realistinen vaihtoehto.

6.2.2 Omaiset

Koko potilaan perhe nähtiin jatkohoidon kehittämisen kohteena. ”*Omaisen sitoutuminen ja hoitoon osallistuminen on hoidon toteutumisen kannalta ollut välttämättömyys*”. Sosiaalisten tekijöiden nähtiin vaikuttavan merkittävästi potilaan kokonaisvointiin. Myös toiminnallisuuden ja yhteisöllisyyden kokemukset saivat yleensä vahvistusta kotona. Hanketoimijoiden keskuudessa nähtiin, että ”*omaisen jättäminen hoidon ulkopuolelle on kyettävä ainakin perustelevaan*”. **Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö korostui** entisestään potilaan jatkohoitoa suunniteltaessa. Koettiin, että ”*omaisen parempaa näkyvyyttä tarvitaan ainakin hoitopäätöksiä laadittaessa, hoitopaikanvaihdoksissa ja suunnitelmien rajapinnoissa*”.

Omaisilla oli usein halua osallistua hoidon toteutukseen, mutta varsinkin ajallisesti pitkäkestoisessa hoidossa heidän voimansa saattoivat uupua niin, että hoitovastuu muodostui jopa kestävämmän raskaaksi. Hoidon toteutuminen omassa kodissa aiheutti omaisille myös häiriöitä. Omaisilla koettiin olevan vaatimuksia hoidon suh-

teen ja ”*joskus he tuntuvat kävelevän potilaan tahdon yli*” mielipiteineen. Vaikka hoitohenkilökunta piti omaisten hoitoon mukaan ottamista työllistävänä, toisaalta yhteistyön rakentaminen nähtiin kannattavana. Hyvät kokemukset paransivat omaisten hoitoon **sitoutuneisuutta** ja hoitohenkilöstön kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvää **luottamusta**.

Omaisista haluttiin kannustaa avoimuuteen ja yhteistyöhön. Nähtiin, että omaiset tarvitsevat **riittävät tiedolliset valmiudet osallistuakseen yhteistyöhön**. Myös omaisen ajankäyttöön ja esimerkiksi välimatkoihin liittyvät seikat olivat tärkeitä hoitoa suunniteltaessa. Omaista **ohjattiin** hoitotoimiin, jotta hän sai tietoa, kokemusta ja varmuutta tehtäviin. Nähtiin, että esimerkiksi kipulääkkeen annostelutapa kannatti suunnitella siten, että kotona läsnä oleva omainen saattoi antaa turvallisesti lääkettä. ”*Tieto lisää varmuutta pärjätä ja lääkkeen antaminenkaan ei vaadi joka kerta ammattilaista*”. Omaisen kokemattomuus ja mahdolliset hoitotoimia koskevat pelot huomioitiin jo hoidon toteutusta suunniteltaessa. **Hoidon kokonaisvastuu** säilyi kaikissa tilanteissa hoitavalla henkilöstöllä, ja omainen ohjattiinkin epäselvissä tilanteissa ottamaan yhteyttä hoitavaan henkilökuntaan.

Omaisen ja hoitohenkilöstön **yhteiset tavoitteet ja hoitohenkilöstöltä saatu tuki** auttoivat omaista jaksamaan. ”*..vaikka omaiset ovat väsyneitä, aina on saatu tsemppua yhteistä tavoitetta kohti*”. Hoitohenkilöstö huomioi omaisen omassa toiminnassaan ja kannusti häntä. Myös ”*omaisen toivon vahvistaminen on tärkeää!*”. Hoitavan tiimin tukea omaiselle pidettiin merkittävänä. Hoitava tiimi koettiin eräänlaisena siltana omaisen ja hoidettavan välillä. **Raskaita kokemuksia** kuten saattohoitokokemuksia **purettiin** hoitavan tiimin ja omaisen kesken palaverissa jälkikäteen. Raskaistakin hoitokokemuksista huolimatta ”*omaisen on jaksettava jatkaa omaa elämäänsä*”.

Omaisen osallistumisen mahdollisuuksia oli parannettu hyödyntämällä **omaishoidon tukea** esimerkiksi saattohoidon yhteydessä. Omaisten hoitoon osallistumista ja jaksamista oli tuettu myös **vertaistukiryhmätoiminnalla** ja **koulutuksella**. Omaisryhmille oli järjestetty **liikunnallista kuntoutusta**. Varsinkin omaishoitajien lakisääteisten vapaiden toteutumiseen ja heidän kuntoutukseensa panostettiin kunnissa pit-

käkestoisesti. Omaishoitotyö nähtiin hoitavan omaisen kannalta ”*erittäin sitovana*”. **Tukipalvelut tai järjestetty tilapäishoiva** olivat omaisen kannalta välttämättömyyksiä, jotta omainen pääsi irtaantumaan hoivatyöstään. Lyhyetkin järjestetyt poisolot potilaan luota nähtiin omaishoitajan tai saattohoitopotilaan omaisen jaksamista edistävinä tekijöinä.

6.3 Hoidon tarpeen ennakoinnin käytännöt

6.3.1 Kotikuntoisuuden arviointi

Kotikuntoisuuden arviointi oli tämän tutkimuksen tulosten perusteella jatkohoidon kehittämisen keskeisimpiä haasteita. Kotikuntoisuuden arviointi johti potilaan jatkohoidonsuunnitelmien laatimiseen. Koko jatkohoidon järjestelyprosessi vääristyi, jos jatkohoidon suunnitelmat perustuivat virheelliseen tai vääristyneeseen kotikuntoisuuden arvioon. Potilaan siirtyessä organisaatioiden ja hoitopaikkojen välillä sairauden ja toipumisen eri vaiheissa, menetetään helposti käsitys potilaan kotikuntoisuudesta ja suorituskyvystä. Ongelmaa syvensi eri toimijoiden keskinäinen tiedonpuute ja se, ettei toisen työtä tunnettu. Nähtiin, että erikoissairaanhoidossa on vaikeaa ymmärtää, mitä hoitoa kotiolosuhteissa ja kotihoidon keinoin on mahdollista toteuttaa. *”Mitä voisi olla kotikuntoisuuden laadukkaampi määrittäminen erikoissairaanhoidon – perusterveydenhuollon välillä konkreettisesti?”*

Epäonnistuneiden tai väärin perustein tehtyjen jatkohoidon suunnitelmien nähtiin aiheuttavan **kustannuksia, turhia hoitopaikanvaihdoksia ja epäselvyyttä**. Varsin usein potilas siirtyi erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen pariksi päiväksi vain siksi, että jatkohoidon suunnitelmat laadittiin terveyskeskuksessa. Tämän toimintatavan nähtiin kuormittavan terveyskeskuksia ja aiheuttavan potilaalle lisääntyvästi hoitopaikanvaihdoksia.

Päivystyksellisesti hoidetun potilaan jatkohoidosuunnitelman tekemistä pidettiin erikoissairaanhoidon näkökulmasta toisinaan vaativana. Päivystyspotilaiden jatkohoidon suunnittelu tulisikin aloittaa **mahdollisimman pikaisesti** potilaan tuntevan hoi-

totyöntekijän ja omaisen avustuksella. Nähtiin, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon on kehitettävä **keskinäistä yhteistyötään** potilaiden jatkohoidon suunnitelmien laatimiseksi. Samalla potilaan jatkohoidon suunnitelmat saisivat parempaa syvyyttä ja jatkuvuutta. Organisaatorajat ylittävä yhteistyö hyödyttäisi potilasta ja kaikkia toimijoita sekä parantaisi hoidon prosessien sujuvuutta. Hoitotyöntekijöiden keskinäisen yhteistyön ohella voitaisiin samalla lisätä palvelujärjestelmää koskevaa ymmärrystä.

Leikkaukseen suunnitellusti tuleville potilaille oli otettu käyttöön **ennakoivia jatkohoidon suunnittelun toimintatapoja** (pre-operatiivisia jatkohoidon suunnitelmia). Tämä suunnittelu tapahtui leikkausta edeltävästi siten, että kaikki jatkohoidon järjestämiseen oleellisesti liittyvä voitiin huomioida ja järjestää ennen potilaan sairaalaan tuloa. Näin suunnitelmille oli annettavissa ajallista järjestelyvaraa, ja potilas pystyi osallistumaan itse jatkohoidon suunnitelmiansa laatimiseen. Käytäntö edisti myös potilaan sitoutumista suunnitelmallisuuteen. Sairaanhoitajat kokivat pre - operatiiviseen suunnitteluun olevan yhä käytettävissä liian vähän resursseja. *”Kotiutusten kehittämiseen liittyen painopisteen on oltava varsinkin pre-operatiivisessa suunnittelussa”*.

Kotikuntoisuuden arvioinnin kehittäminen ja jatkohoitojärjestelyiden sujuvuuden edistäminen vaativat työskentelyä sekä päättävällä että toimijatasolla. Nähtiin, että **arviointia** olisi mahdollista hyödyntää potilaan hoidonprosessien kehittämisessä paljon nykyistä enemmän. Arviointi nähtiin hyvänä kehittämisen keinona varsinkin potilaan hoidon ylittäessä organisaatioiden välisiä rajapintoja. Arvioinnin avulla olisi mahdollista kehittää yhteisiä prosesseja potilaan näkökulmasta toimivammiksi. *”Painopistettä pitäisi saada paljon enemmän eri toimijoiden toiminnan väliseen arviointiin”*

Parantuvien jatkohoidon ennakoimisen mahdollisuuksien nähtiin olevan sidoksissa suunnitteluun ja hoitotyön toteutukseen. *”Erikoissairaanhoidon tarvitsee kunnallisten palveluiden tukea hoidontarpeen ja kotikuntoisuuden arviointiin”*. Nähtiin, että ammattitaidolla laadittujen **jatkohoidon arvioiden arvostus on nousussa**. Tulevaisuudessa jatkohoidon arvioihin liittyvä osaaminen saattaa muodostua tunnustetuksi

erityisosaamiseksi ja ”*jatkohoidon tarpeen arvioista saatetaan olla valmiita jopa maksamaan*”.

6.3.2. Hoidon tarpeen ennakoiminen

Niissä kunnissa, joissa koti- ja jatkohoidon kehittämisessä oli menestytty, panostettiin **kotikuntoisuuden säilyttämiseen ja laitostumisen ennaltaehkäisyyn** monialaisesti. Hoidon tarpeen ennakoiminen nähtiin oleellisena hoidon laadun kannalta ja hoidon kokonaisuuden sujuvuutta tavoiteltaessa. Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimissä puhuttiin hoidon tarpeen ennakoimisen toimintatavasta: Hoidon tarpeen arvioimisen perusteella hoidon haasteet pyritään ratkaisemaan monialaisesti ja asiakaslähtöisesti. Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu mahdollisimman **oikea-aikaisesti** ja kuvaa potilaan tilannetta **totuudenmukaisesti**. ”*Jos saadaan aikaan hyvä toimintatapa, joka perustuu varhaiseen jatkohoidon tarpeen ennakoimiseen, hoitavien tahojen keskinäiseen yhteydenpitoon ja yhteistyöhön potilaan eduksi sekä hyvään palautteikäytäntöön.. asia ei kuulosta suurelta mutta voi käytännössä tuoda suuren avun!*”

Hoidon tarpeen ennakoimista voidaan pitää ennaltaehkäisyn yläkäsitteenä. Ennaltaehkäisevien palveluiden tarvetta **kartoitettiin** luontevasti esimerkiksi ikäneuvolaikäntien yhteydessä. Nähtiin, että ennaltaehkäisevät palvelut ehkäisivät syrjäytymistä ja yksinäisyyttä sekä näiden synnyttämiä ongelmia. Ennaltaehkäisevät palvelut olivat tässä aineistossa virike- tai ryhmätoimintaa, kuntoutumista ja muuta sosiaalista yhdessäoloa.

Hoidon tarpeen ennakoiminen nähtiin luontevana osana asiakkaan ja hoitotyöntekijän arkista mutta laadukasta hoitosuhdetta. ”*Ennakoivan otteen tavoittaminen hoidon suunnittelussa on erityisen haasteellista varsinkin päivystyspotilaiden kohdalla!*” Hoidon tarpeen ennakoiminen paransi yhteistyötahojen **keskinäisen jouston mahdollisuuksia**, koska tilanteisiin voitiin ennakoimalla varautua entistä paremmin. ”*Perjantai ei välttämättä ole huono kotiutumispäivä, jos suunnitelmat on hyvin laadittu*”. **Tiedon kulun kehittäminen ja yhteistyökäytänteiden hiominen** asiakasläh-

töisemmiksi nähtiin keskeisinä keinoina hoidon tarpeen ennakoivan toimintatavan kehittämisessä.

Hoidon tarpeen ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn keinoin voitiin hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan vaikuttaa huonokuntoisten kotihoidon potilaiden **toimintakyvyn tukemiseen**. Konkreettisesti hoidon tarpeen ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn keinoin voidaan siis pitkittää pysyvään laitoshoidon siirtymistä. Myös muiden hoitoon liittyvien prosessien hallinnan nähtiin edesauttavan asiakkaan kotona asumista. Esimerkiksi lääkehoidon asianmukainen ja oikea-aikainen toteutus nähtiin kotona selviytymistä tukevana toimintatapana. Kotihoidon asiakkaiden **toimintakyvyn mittaaminen**³ ja **seuranta** taas antoivat suuntaa asiakkaiden tilanteen kehittymisestä kohti tuetumman asumisen tarvetta. Toimintakyvyn mittaaminen helpotti asiakkaiden tarpeisiin vastaavia hoitopaikkasijoituksia koko kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen tasolla. Ennaltaehkäisyssä ja hoidon tarpeen ennakoimisessa menestyminen nähtiin avaintekijöinä tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa.

6.4 Hoidon palveluiden tuottaminen ja palveluyhteistyö

6.4.1 Palveluyhteistyö

Kunnallisen sosiaali- ja terveysalan yhteistyötahoina nähtiin yksityiset palveluntuottajat, järjestötoimijat, yhdistykset, seurakunnat ja vapaaehtoistoimijat. Tiedonkulun ongelmat, resurssien puute ja byrokratiaan liittyvät ongelmat nähtiin tavallisina haasteina yhteistoiminnalle. **Keskinäistä yhteistyötä** pidettiin edellytyksenä verkostoitumiselle.

Yhteistoiminnan kartoittaminen ja keskinäisen **viestinnän kehittäminen** nähtiin tärkeinä yhteistyön kehittämisen muotoina. Yhteistyötä kehitettiin myös yhteistyöneuvotteluissa ja toimijoiden välisen ammatillisen vuorovaikutteisuuden keinoin. Hyvän palveluntuottajien välisen yhteistyön nähtiin vähentävän yksittäiseltä toimijalta vaadittavaa tiedon ja osaamisen määrää, koska yhteistyössä toimittaessa ”*kaikkea ei*

³ Aineistossa mainittiin RAVA, MMSE- ja IKI-ADL toimintakykymittarit

tarvitse tietää tai osata itse”. Yhteistyön keinoin oli myös mahdollista saada tervetullutta joustoa pientoimijoiden toimintaan. Toisaalta yksityisten palveluntuottajien hyvät jouston mahdollisuudet olivat ratkaisseet hankalia ja luonteeltaan tilapäisiä kunnallisen toimijan hoidon järjestämisen pulmia. Nähtiin, että yksityisten palveluntuottajien ja hanketoimijoiden kannattaa panostaa **näkyvyyteensä**.

Yksityisillä palveluntuottajilla tarkoitetaan tämän opinnäytetyön tuloksissa sosiaali- ja terveysalan yrittäjiä. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat Pohjois-Karjalassa jatkuvasti lisääntyvän osan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Esimerkiksi suuri osa alueen palveluasumisesta oli yksityisten tuottamaa. Yksityiset palveluntuottajat osallistuivat panoksellaan **palveluiden tuottamiseen julkisten palveluiden rinnalle**, mutta työllistyivät myös **tehtävistä, jotka kunnallinen kotihoito oli joutunut priorisoimaan** (verinäytteiden ottaminen). Yksityisen palveluntuottajan palveluita hyödynnettiin kunnallisen kotihoidon toimesta myös potilaiden vähäistä avuntarvetta vaativien toimien hoitamiseen (saunottaminen kerran viikossa). Vähäisen avuntarpeen kyseessä ollessa ”*kotihoito saattoi ohjata potilaan suoraan yksityisille palveluntuottajille*”. Toisaalta yksityiset toimijat olivat **erikoistuneet** jonkin hoidon osan alueen (esimerkiksi yöhoidon) hoidon tuottamiseen. Henkilöstön ja varsinkin sairaanhoitajien vaikean saatavuuden vuoksi tarvittava **sijaisuus oli joskus ostettu** yksityiseltä yrittäjältä. Ateriapalveluihin liittyvältä yksityiseltä ruuan jakelupalvelulta taas oli **ostettu palvelu**, jossa ruuan toimittaja antoi potilaalle ateriointiin tarvittavan avun. Kunnallinen ”*kotipalvelu säästi näin käynnin*”.

Järjestötoimijat osallistuivat palveluyhteistyöhön varsinkin **potilaskohtaisissa hoidon toteutuksissa**. Kotihoidon henkilöstöllä oli hyviä kokemuksia yhteistyöstä järjestötoimijoiden kanssa haasteellisten kotiutusten yhteydessä. Järjestötoimijat pystyivät tarjoamaan hoitosuhteeseen **erityisosaamista ja joustoa**, joita pidettiin suurena vahvuutena. Järjestöjen vapaaehtoisten työntekijöiden pelättiin kuormittuvan pitkällisissä hoidon toteutuksissa. Lisäksi vapaaehtoisten toiminta nähtiin jossakin määrin maantieteellisesti sitoutuneeksi. Yhteistyötä julkisen sektorin, yksityisten palveluntuottajien ja hanketoimijoiden kesken pidettiin tärkeänä. Yhteistyötä tarvitaan yhteistyön synnyttämien **etujen ja uusien palvelumallien** vuoksi niin palvelujärjestelmän

kuin potilaidenkin näkökulmasta. ”Koska palvelua on tarjolla, olisi sitä kyettävä hyödyntämään, jotta resurssin ylläpito on kannattavaa”.

6.4.2 Hoidon palveluiden tuottaminen ja kehittäminen

Palveluiden järjestäjän nähtiin tarvitsevan asiakasnäkökulmaa tuottaakseen potilaiden haluamia ja heidän tarpeisiinsa vastaavia palveluita. Sosiaali- ja terveysalan palveluiden keskeisimpinä arvoina nähtiin **asiakaslähtöisyys** ja **käyttäjäystävällisyys**. Palveluilta odotetaan tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Hyvän palvelun tulisi olla asiakkaan näkökulmasta myös **käytännöllistä**. Palveluiden toteutus tulee harkita siten, että ne ovat **ristiriidattomia** ja **kannustavia**. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelun käyttämisen tulee olla asiakkaan kannalta kannustavaa ja myös taloudellisesti järkevää. Laajasti tarkastellen palvelutarjonnan nähtiin rikastuvan näillä keinoin ja muuttuvan yhä paremmin asiakkaiden tarpeisiin vastaavaksi.

Palveluiden **muutoskyvykkyyttä** pidettiin keskeisen tärkeänä vahvuutena. Nähtiin, että palveluita oli muokattava jatkuvasti toimivampaan suuntaan ja toisaalta paremmin potilaiden tarpeita vastaaviksi. Toimivien ja joustavien palvelurakenteiden ylläpitäminen vaati **jatkuvaa työstämistä**. Uusien palveluiden tai toimintatapojen käyttöönotto edellytti yleensä jo olemassa olevien **resurssien integroimista**. ”Resurssien vapauttaminen ja kohdentaminen on toimintatavan muutoksessa erittäin tärkeää.”

Uusien toimintatapojen käyttöönotossa **hyödynnettiin muualta opittuja käytänteitä** ja toimintatavoista jo **olemassa olevaa näyttöä**. Toimintatapojen **pilotointi** esimerkiksi hanketyöskentelyn avulla nähtiin yhtenä keinona testata toimintatapaa ennen sen varsinaista käyttöönottoa. Pilotoinnin toivottiin hoitotyön tekijöiden ryhmässä myös ”herättelevän hiipuneita palveluita uudelleen.”

Kunnallisiin palveluihin kaivattiin ”kipeästi **järjestelyvara** ja palveluiden **nopeaa toimintavalmiutta**”. Palvelu-uudistuksissa menestyneiden kuntien palvelumalleja tarkasteltaessa syntyi vaikutelma siitä, että joustavuus ja innovatiivisuus oli onnistuttu yhdistämään olemassa olevaan järjestelyvaraan. Palveluiden ja hoidon rakenteiden kehittämistä pidettiin hankkeen tilaisuuksissa tärkeänä, mutta kehittämisessä perään-

kuulutettiin **realistista näkökulmaa**. Kuntien haasteellinen taloudellinen tilanne saneli monin paikoin kehittämisen rajat. Ensisijaisesti kehittämisen kohteina nähtiin **jo olemassa olevat palvelurakenteet ja toimintatapojen sisällöt**. Palveluiden **vaativamman toteutuksen** arveltiin helpottavan uusien palveluiden käyttöönottoa, sillä koettiin, että uutta palvelua joudutaan käytännössä aina muokkaamaan tarveperustaisesti toiminnan käynnistyttyä. **Arviointi** nähtiin tärkeänä keinona jo käynnistyneen palvelun kehittämisessä.

Palveluidentarjonnan muodot muuttuvat palveluiden sähköistymisen myötä. Jo tällä hetkellä on käytössä toimintatapoja, joissa asiakas varaa ajan lääkärille internetin kautta. Sähköisesti tuotetun palvelun etuna nähtiin se, ettei asiakkaan syrjäinen asuinpaikka estä osallistumista tai palvelun saamista. Asiakkaan odotetaan hyötävän sähköisten palveluiden mukanaan tuomasta **tasapuolisuuden lisääntymisestä**. ”*Jää nähtäväksi, kuinka terveydenhuollossa pystytään tilanne hyödyntämään?*”

Uudistuvan **terveydenhuoltolain** odotettiin poistavan vanhan lainsäädännön epäkohtia. Esimerkiksi julkisten sosiaali- ja terveystalouden ja yksityisten palveluntarjoajien toiminnan odotettiin kehittyvän lakisääteisesti tasavertaiseksi siten, että asiakkaalla on mahdollisuudet samaan hoitoon ja palveluihin asuinpaikasta riippumatta. ”*Palvelu ei saa eriarvoistaa käyttäjiään*”.

Palvelurakenteen tarjoamien **mahdollisuuksien nähtiin luovan palveluntarvetta**. Mahdollisuus luo siis käyttäjiä. Palvelu-uudistuksiin liittyi varsin merkittävä ja pitkäkestoinen näkyvyyden tavoittelun ja palvelun markkinoinnin tarve. Uuden palvelumallin käyttöönottaneet toimijat arvioivat **toiminnan näkyvyyden haasteet** merkittäviksi, ”*kenties suurimmiksi*” toimintansa haasteiksi. ”*Tiedottamisen rooli on toimintatapamuutoksissa hyvin keskeinen*”. ”*Myös tietojen päivittämisen tarve on jatkuva!*”

6.4.3 Palvelunohjauksen kehittäminen

Varsinkin erikoissairaanhoidossa hallittiin tulosten perusteella osin puutteellisesti maakunnallinen palveluntarjonta ja sen luomat mahdollisuudet. Hankkeen tiimitoimijat eivät nähneet kaiken maakunnallisen palveluntarjonnan hallintaa edes realistisena, vaan potilaiden tarvitsemat palvelut nähtiin mielekkäänä järjestää tapauskohtaisesti kunnallisen palvelunohjauksen kautta. Kuntien **yhdennumukaiset palvelunohjaukset** helpottaisivat esimerkiksi erikoissairaanhoidon toimijoiden työtä.

Koti- ja jatkohoitoon paljon panostaneet kunnat olivat kehittäneet merkittävästi palvelunohjausta ja sen saatavuutta. Näissä kunnissa jopa *”jokaisella kotihoidontiimillä on oma palvelunohjaajansa”*. Palvelunohjausta oli keskitetty monin paikoin omaksi palvelukseksi. Kunnissa oli otettu käyttöön niin sanottuja yhden numeron palveluita, joista asiakkaat ja eri organisaatioiden toimijat saivat vaivattomasti yhteyden palvelunohjaukseen. Palvelunohjaus selvitti asiakkaan tarpeen ja järjesti hänen tarvitsemansa palvelut ja tukipalvelut. *”Eri toimijoilla voi olla resursseja, tahtoa ja halua osallistua potilaan jatkohoidon toteutuksen järjestämiseen, mutta yhteyslinkkien puuttuessa palvelun tarvitsija ja tarjoaja eivät kohta. Tietoakin on tarjolla, mutta kaikesta huolimatta sitä voi olla hankalaa saada ainakaan välittömään tarpeeseen”*.

Palvelunohjauksen kehittämistä perusteltiin sillä, että tukipalveluiden puute tai niiden vaikea saatavuus voi käytännössä estää potilaan kotiutumisen. Koettiin myös, että *”palvelumahdollisuuksiakin on tarjolla, mutta eikö palveluista olla valmiita maksamaan?”* Tukipalveluiksi laskettiin esimerkiksi siivouspalvelut, talonmiespalvelut (esim. lumityöt), kyytijärjestelyt, tekninen tuki ja apteekkipalvelut. Apteekki- en järjestämää lääkkeiden annosjakelupalvelua pidettiin Pohjois-Karjalassa yhtenä tavallisimmin kotihoidon asiakkaiden käytössä olevista tukipalveluista. Tukipalveluita tuottivat usein esimerkiksi pitkäaikaistyöttömiä työllistävät tahot, urheiluseurat tai yritykset, joiden kanssa kunta oli laatinut yhteistyösopimuksia.

Tukipalveluiden saaminen vaati usein asiakkaan kannalta päivän tai parin viiveen. Poikkeustilanteissa, esimerkiksi potilaan kotiutuessa nopeasti, **kotihoito oli hoitanut** tukipalveluntuottajalle kuuluvan kaupassa käymisen tai polttopuiden kantamisen

siten, että asiakas oli päässyt kotiutumaan sovittuna aikana. Näissä tapauksissa palvelunohjaaja järjesti heti virka-aikana potilaan kotiin tilannekartoituksen ja tarvittavat palvelut. ”*Kotiutuminen kannattaa toteuttaa vaikka erityisjärjestelyin, sillä se on aina sairaalassa vietettyä lisäyötä halvempi ratkaisu.*” Palveluiden järjestämisen nähtiin vaativan **luovuutta** hyödyntää kaikki käytettävissä olevat mahdollisuudet. Potilaan avun tarve saattoi olla esimerkiksi leikkauksesta kotiutuessa siinä määrin tilapäinen, että tilanne saatiin hoidettua omaisavun tai naapurien antaman avun turvin. Joskus syrjässä lähellä kunnan rajaa asuvan asiakkaan **palvelut ostettiin naapurikunnasta**.

Palvelut tuotetaan yhä useammin **palvelusetelin avulla** kustannettuna. Palvelusetelit ovat kuntakohtaisia maksusitoumuksia, joiden avulla asiakas voi ostaa niitäkin palveluita, joita kunnallinen toimija ei itse tuota. Palvelusetelien myöntäminen tapahtui yleensä kunnallisten palvelunohjausten toimesta. ”*Palveluseteleitä myönnetään yleensä henkilökohtaisen hoidon hankkimiseen.*” Palvelusetelikäytännön nähtiin lisäävän varsinkin yksityisten palveluntuottajien roolia palvelujärjestelmässä. Hanke-toimijat olivat sitä mieltä, että palvelusetelikäytännön yleistyminen edistäisi paikallisten palveluiden monipuolistumista. Lisäksi koettiin, että palvelusetelikäytännön kehittäminen ajankohtaisessa palvelurakennemuutoksessa tasaisi palveluiden kotihoitopainotteisuuden myötä lisääntyvää palveluntarvetta.

Palvelusetelikäytänteet olivat vielä monin paikoin kehitysvaiheessa. Lisäksi palveluseteleiden käyttöön liittyi tulosten perusteella selviä **tiedollisia epäselvyyksiä**. ”*On helposti epäselvää, ketä toimijoita on mahdollista käyttää, mitä palvelu maksaa ja kuka sen maksaa*”. Kunnallisen palvelurakenteen monipuolistumisen ja muuttamisen yhä monitoimijaisempaan suuntaan nähtiin aiheuttavan selviä haasteita potilaan **hoidon kokonaisvastuun hallinnalle**. ”*Eri palvelunjärjestäjien osallisuus yhden potilaan hoitoon saattaa synnyttää hoidon pirstaleisuutta.*” Keskitetyn palvelunohjauksen nähtiin parantavan myös hoidon kokonaisvastuun hallintaa ja turvaavan potilaan näkökulmasta palveluiden paremman yhteensopivuuden. Palvelusetelikäytännön kehittämisen odotettiin tasaavan tulevaisuudessa palveluiden tuottamiseen liittyvää vastuuta. Palvelusetelikäytänteiden nähtiin tukevan myös asiakkaan valinnanvapautta.

6.5 Hoitohenkilöstön ja lääkärin ammatillinen toiminta

6.5.1 Hoitotyön johtaminen ja esimiestyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen nähtiin merkittävänä palvelujen kehittämisen keinona. Hoitotyön johtajien toivottiin edustavan muutosprosesseissa myös henkilöstön odotuksia ja luottamusta. Yhteiskunnallisen ja alueellisen päätöksenteon tukea alueellisen kotihoidon kehittämiseksi korostettiin, sillä eri tasoilla tapahtuvan **päätöksenteon nähtiin ohjaavan voimakkaasti palveluiden käyttöä** ja hoidon painopisteen muutosta kotihoitopainotteisemmaksi. Sosiaali- ja terveysalan toimintamuutosten taustalla olivat eri kunnissa olleet ”*vahvat, kehitysmuonteiset ja innovatiiviset esimiehet*”. Menestyksekkäiden toimintamuutosten **suunnitteluprosesseihin** oli panostettu merkittävästi.

Menestyksekkäästi toimintatapojaan kehittäneissä kunnissa oli kuvattu huolellisesti toimintatapamuutoksiin liittyvät henkilöstön **tehtävänkuvat**. Näissä kunnissa oli käytännön tasolla pohdittu sitä, miten organisaatiossa olevaa **osaamista** kannatti hyödyntää. Tehtäviä oli **delegoitu** muille ammattiryhmille. Toimintatapamuutokset oli toteutettu henkilöstön ja potilaiden turvallisuus sekä työntekijän **lakisääteiset oikeudet** huomioiden. Henkilöstön **toimipaikkojen siirrot** olivat tavallisia palvelurakenteen muutoksissa, mutta suurin osa toimintatapamuutoksissa syntyvistä tehtävistä oli luotu **nimikemuutoksin**. Joissakin paikoin oli palkattu uuttakin henkilöstöä. Henkilöstön tehtäviä ja sijoituksia oli pyritty vuosien varrella muokkaamaan organisaatioiden sisällä paremmin **kotihoidon toteutusta tukevaan suuntaan**.

Henkilöstön hallinnollisesti ja fyysisesti yhtenäinen sijainti lisäsi toiminnan joustavuuden mahdollisuuksia. **Henkilöstöressurssien hyödyntäminen** tehostui näin esimerkiksi tilanteissa, joissa tiimissä oli vajausta sairastapauksen vuoksi. Henkilöstöressursseja oli vahvistettu tilapäisissä tarpeissa myös henkilöstöä muista toimipisteistä **lainaamalla**. Henkilöstön **työkierron tukemista** kannatettiin, sillä työkiertoa pidettiin hyvänä keinona perehdyttää henkilöstöä tehtäviin kaiken varalta. Joissakin kunnissa hoitoa oli toteutettu varsinkin tilapäisessä tarpeessa sairaanhoitajien **varallaoljärjestelyin**. Tällöin henkilöstö oli vapaaehtoisesti varalla, ja varallaolosta maksettiin

sovittu varallaolokorvaus. Joissakin paikoin hyödynnettiin myös ”*lyhyitä iltavarallaoloja*”, jolloin sairaanhoitaja oli iltaisin suunnitellusti varalla muutaman tunnin ajan. Varallaolojärjestelyt ja joustaminen olivat tavallisia varsinkin viikonloppuisin, jolloin kotisairaanhoidon palveluita ei ollut saatavilla.

Niissä kunnissa joissa palveluita oli kehitetty voimakkaasti, tavoiteltiin henkilöstön **ammattitaidon täysimääräistä hyödyntämistä**. Henkilöstövoimavarojen käytössä välteltiin kuitenkin päällekkäisyyttä: ”*Useamman hoitajan kannata ajaa tapaamaan samaa potilasta.*” Erityisesti huomiota oli kiinnitetty siihen, että **hoitotyön resurssit olivat täysimääräisesti hoitotyön käytössä**. ”*..mietitty sitä, mitä hoitajan koulutuksella tehdään ja mitä joku muu voi tehdä!*” Hoitotyöhön välillisesti liittyviä **tehtäviä oli priorisoitu** muille ammattiryhmille. Työn **sisällöllisen ja työnjaollisen kehittämisen menetelmiä** oli hyödynnetty monin paikoin laajasti, koska sairaanhoitajien huono saatavuus vaikutti konkreettisesti toiminnan järjestämiseen. ”*Sijaisia varsinkin sairaanhoitajien sijaisuuksiin on erittäin hankalaa saada*”.

Henkilöstön **koulutuksella** oli toimintatapojen kehittämisessä merkittävä rooli. Kouluttaminen oli alkanut hyvissä ajoin ennen toimintatapamuutoksia. Olemassa olevan henkilöstön osaamisen tasoa oli nostettu lupa- ja työpaikkakoulutuksen sekä oppisopimuskoulutuksen keinoin. Kannustava työpaikkailmapiiri nähtiin jatkokouluttautumisen kannalta tärkeänä tekijänä työyhteisöissä.

Kotihoitohenkilöstön **kehitysmyönteisyyttä** ja **sitoutumista** pidettiin jatkohoidon kehittämisen kannalta keskeisenä. Toiminta ahtaissa taloudellisissa resursseissa tai esimerkiksi ennakoitavan lomautusuhan alla vaikutti työntekijöiden kokemaan työn tekemisen kannustavuuteen. **Osaamisen kartoittaminen ja hyödyntäminen, työn vaativuuden arviointi ja työssä jaksamisen edistäminen** paransivat henkilöstön sitoutumista. **Työnohjausta, laadukasta esimiestyötä ja työvuorosuunnitteluun panostamista** pidettiin työhyvinvointia edistävinä keinoina. Myös ”*työtehtävien palkkauksessa on hieman pystytty huomioimaan työtehtävien vaativuutta.*”

Henkilöstö kaipasi **kotihoitotyön arvostuksen muutosta** ja yleistä kotihoitoa tukevaa **asennemuutosta**. Asenne- ja arvostusmuutoksen tarve on sekä yhteiskunnallinen

että koskee myös sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita. Kotihoitotyö haluttiin nähdä arvokkaana ja ihmisläheisenä työnä, jossa vaaditaan niin osaamista, ammattitaitoa kuin asianmukaisia resurssejakin. ”Kotihoitotyö tarvitsee imagonnousua ja suoranaista brändäystä!”

6.5.2 Hoitohenkilöstön ammatillinen toiminta

Kotihoitotyö nähtiin ammatillista vahvuutta ja luovuutta vaativana työnä, jota joudutaan usein tekemään aika- ja resurssipaineiden puristuksissa. Työ on perusolemukseltaan hyvin **asiakaslähtöistä** ja vaatii asiakkaan kokonaisuuden hahmottamisen ja hallinnan taitoja. Kotihoitotyön ammatillisista toimintamalleista aineistossa ilmeni useimmin juuri **vastuullisuuden** käsite. Kotihoidon toteutuksessa tavoiteltiin **sujuvuutta, oikea-aikaisuutta ja turvallisuutta**. Kotihoitotyössä nähtiin tarvittavan **kokonaisarvioinnin taitoa**. Esimerkiksi lääkehaittojen tunnistaminen jäi kotihoidossa käytännössä hoitohenkilöstön vastuulle. Henkilöstön vähäinen vaihtuvuus edisti työn toteutusta ja ilmeni henkilöstön mukaan myös potilaiden toiveena. Tehtävien priorisoinnissa korostuivat ammatillisuus ja päätöksentekovallan ammatillinen hyödyntäminen. Esimiehet pitivät ammatillisia haasteita kotihoidoissa pääsääntöisesti toivotuina, ja hankehenkilöstö tunnisti monin paikoin muutospaineita työssään.

”Kotihoitotyön vahvuus on ammattilaisten mahdollisuus vaikuttaa omaan työtahtiinsa, työjärjestykseensä ja tekemisensä tapaan”. Kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavat tiimit nähtiin **itsenäisinä ja ammatillisesti vahvoina** kokoonpanoina, jotka vaikuttavat itse toimintansa tapaan joustavasti. Tiimit olivat hyvin **itseohjautuvia**. Kollegiaalista tukea pidettiin arvossa. Kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuksessa oli yleensä tapana, että lääkäri perehtyi päivittäin potilasasioihin ja potilasasiakirjoihin kotihoidon toimistolla yhteistyössä sairaanhoitajan kanssa. Potilaiden hoidon seuranta perustui näin sairaanhoitajan raportointiin lääkärille. Toimintatapa vaati sairaanhoitajalta vahvaa ja monialaista hoitotyön osaamista, hoitotyön kokemusta, vastuullisuuden hallintaa ja hyviä yhteistyötaitoja. ”On huomioitava, kuinka ammatillisesti vaativasta ja vastuullisesta toimintatavasta on kysymys!”

Kotisairaالاتasoista hoitoa toteutettiin käytännössä siten, että **tiimi jakautui** vuorossaan hoitamaan eri potilaita. Jos sairaanhoitaja oli vuorossa yksin, hän turvautui apua tarvitessaan kotihoidon aluevastuiseen tiimiin. Kaikissa kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavissa tiimeissä oli havaittavissa vaihtelua siinä, paljonko potilaita oli hoidossa. ”Vaihteleva kuormitus näyttää olevan toiminnan ominaisuus kunnasta riippumatta”. ”Välillä potilaita on liikaakin, ja välillä on hiljaista.” Hiljaisina hetkinä tiimi osallistui kotihoidon aluevastuisten tiimien potilaiden hoitoon tai kierteli päivystyksessä tekemässä toimintaa tunnetuksi. Potilaiden vähäistä määrää perusteltiin myös sillä, että ”palvelu on vielä uutta, ja asiakkailta ja toimijoilta ei todennäköisesti ole vielä riittävästi tietoa palvelun hyödyntämisen mahdollisuuksista”.

Siirtyminen kohti ympärivuorokautista palvelua oli alkanut monin paikoin muutoksella, jossa **sairaanhoitajat alkoivat tehdä myös iltavuoroa ja / tai viikonlopputyötä**. ”Se, että harvalukuiset sairaanhoitajat tekisivät kaksivuorotyötä, saattaisi helpottaa toiminnan järjestämistä; aikaa vievät työt (kuten haavanhoidot) voitaisiin suunnitella pitkin päivää”. Sairaanhoitajien ”iltavuoron arveltiin palvelevan parhaiten aikavälillä 10-18 tai 12-20”. Hanketyöntekijät näkivät sairaanhoitajien työajan muutokset hoidon toiminnan kannalta tarpeellisena ja mielekkäänä. Tällä hetkellä monin paikoin kotihoidon ”pakolliset haavanhoidot hoidetaan viikonloppuisin terveyskeskuksen vuodeosastolla”.

Yhteistyön ja moniammatillisen osaamisen taidot nähtiin kotihoitotyössä välttämättömiksi. Neuvojen kysymistä pidettiin hanketyöntekijöiden ryhmässä toivottavana toimintatapana. Hoitoon osallistuvien toimijoiden **keskinäisten konsultaatiokäytänteiden parantaminen** oli tämän tutkimuksen perusteella tärkeää. ”Konsultaatiokäytänteiden kehittäminen on mahdollista vain verkostoitumalla entistä paremmin”. Konsultaatiokäytänteiden kehittämisen tulisi tapahtua **ohjauskäyntejä toteuttamalla** (erikoissairaanhoidon henkilöstö ohjaa kotihoidon tiimejä esimerkiksi vaativan kotiutuksen yhteydessä) tai **lisäämällä erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien poliklinikkatoimintaa** kunnissa.

Hankehenkilöstö näki, että ”potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitotietojen siirtymisen tulee perustua laadukkaaseen palautteeseen ja ohjaukseen uuteen hoito-

paikkaan” Hoitotyön tiedonkulkuun liittyvistä toimintatavoista **sähköinen toimintatapa** herätti hankkeessa ylivoimaisesti eniten huomiota. Toivottiin, että hoitotyön käytännön toteutukseen liittyvän ”..**kirjaamisen** tulee palvella hoitotyötä.” Henkilöstön kokemuksen mukaan sähköinen kirjaaminen parantaa tulevaisuudessa potilasturvallisuutta ja hoitotyön näkyvyyttä. Potilaan hoitoon liittyvä kirjaaminen tapahtuu tämän kotona käytäessä reaaliaikaisesti.

Tietotekniikan ja teknologian hyödyntämisen hoitotyössä nähtiin suoranaisesti edistävän potilaan kotona olemisen mahdollisuuksia. Tietotekniikan turvin voitiin parantaa potilaan mahdollisuuksia osallistua hoitoon (tietotekniikka viestimisessä ja esimerkiksi etävastaanoton mahdollisuus) ja helpottaa hoitohenkilöstön työtä ja asiakasturvallisuutta (liiketunnistinjärjestelmät ja sähköiset turvajärjestelmät). Sähköisten järjestelmien odotettiin tuovan myös työaikaan ja hoitotyön kustannuksiin liittyvää säästöä. ”*Kotihoidon asiakkaille asennetaan kännykällä koodilla avautuvat lukot. Tämä mahdollistaa kotipalvelun asiakkaan turvapuhelinhälytykseen vastaamisen ilman, että ensin on haettava asiakkaan avain kotihoidon toimistolta*”. **Teknologian** nähtiin nopeuttavan hoitotyöntekijöiden työtä ja säästävän työaikaa niin sanottujen tarkastuskäyntien jäädessä vähäisiksi. Hoitotyötä haluttiin kehittää ”*potilaiden luona tehdyistä tsekkauskäynneistä kohti laadukkaampaa ja asiakaslähtöisempää hoitotyötä*”. Hoitoteknologia oli usein tullut ja jäänyt käyttöön kotihoitohankkeiden myötä. Teknologisten apuvälineiden hyödyntämisen nähtiin helpottavan hoitajien ja lääkärien välisiä konsultaatioita ja mahdollistavan osaltaan uusien toimintatapojen kehittämistä.

6.5.3 Lääkäriyhteistyö

Lääkärin rooli oli kiistatta keskeinen kaikissa niissä organisaatioissa, joissa kotihoitotoimintatapojen kehittämisessä oli menestytty. Lääkärin rooli nähtiin tärkeänä niin toiminnan suunnittelussa, perustamisessa kuin ylläpitämisessäkin. ”*Lääkäripalveluiden turvaaminen on nähtävä edellytyksenä jatkohoidon kehittämiselle ja kotisairaalasoiselle toiminnalle.*” Hanketyöntekijät näkivät lääkäripalveluiden saatavuudessa monin paikoin Pohjois-Karjalassa kehitettävää. Uusien toimintatapojen kehittämisen ja käyttöön ottamisen nähtiin vaativan lääkäriltä **sitoutuneisuutta**. Koettiin,

että ”viikonloppupäivystysten keskittyminen Joensuuhun on vähentänyt entisestään potilaan mahdollisuuksia saada hoitoa hoitoa kunnissa” päivystysaikana. Kotisaira-alatasoisen hoidon toteutuksissa hyödynnettiin yleensä **päivystävien lääkäreiden konsultoinnin mahdollisuuksia**. Koettiin, että jo tieto lääkärin konsultoinnin mahdollisuudesta helpotti sairaanhoitajan työtä. Kotisaira-alatasoista hoitoa toteuttavat tiimit olivat sitä mieltä, että hoitajien lääkärille tekemien suorien konsultaatioiden määrä oli viime aikoina ollut nousussa.

Nykyistä helpommista lääkärin välisistä **konsultaatiokäytännöistä** toivottiin tukea potilaan hoitopaikanvaihdoksien yhteydessä. Lääkärin keskinäisten konsultaatiokäytännöiden odotetaan kehittyvän sähköisten toimintatapojen yleistyessä. ”Sähköiset toimintatavat voivat helpottaa myös keskinäistä vertaistuen saamista”. Hanketoimijoiden keskuudessa nähtiin tarpeellisena ”.. **kehittää hoitovastuun siirtämistä potilaan kotikunnan lääkärille hänen kotiutuessaan suoraan omaan kotiinsa.**” Niissä kunnissa, joissa lääkäripalvelut ostettiin niitä tuottavalta yritykseltä, pidettiin uusien toimintatapojen suunnittelua ja toteuttamista normaalia haasteellisempänä lääkärin työsuhteiden tilapäisyyden vuoksi. Lääkärin ja hoitajien välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön parantamisen keinoina nähtiin **toimipaikkakohtaisten yhteisten pelisääntöjen laatiminen, koulutus, asioista keskusteleminen ja keskinäiseen luottamukseen panostaminen.**

Paikoin oli sovittu **lääkärin ja kotihoitohenkilökunnan kesken toimintatapoja**, joissa hoitaja esimerkiksi soitti lääkärille tai lähetti potilaan tutkimuksiin välittömästi havaitessaan potilaalla tietyn ongelman. Joissakin paikoin hoitaja vahvisti tekemäänsä tilannearviota esimerkiksi **pikanäytteenoton** keinoin. Pikanäytteenoton kaltaisten käytännöiden koettiin nopeuttavan potilaan hoidon aloitusta ja säästävän hoitajien ja lääkärin resursseja.

Lääkärin tekemien potilaskohtaisten **hoidon linjausten laatiminen** ja niistä **tiedottaminen** nähtiin hoitotoiminnan mielekkyyden kannalta hyvin tärkeäksi. Hoidon linjauksilla tarkoitettiin tässä ”ei elvytetä” - päätöksiä, palliativisen hoidon tai saattohoidon hoitopäätöksiä. Hoitohenkilöstöllä oli kokemuksia tilanteista, joissa kotihoitossa palliativista hoitoa saava potilas joutui päivystyksellisesti uuteen hoitopaik-

kaan ja ”*tutkimukset saatettiin aloittaa pahimmassa tapauksessa uudelleen*” vain siksi, ettei tieto sairauden laadusta ja hoitopäätöksestä ollut tavoittanut kaikkia hoitojärjestelmän tahoja.

Kotisairaaloiminnasta vastaavan lääkärin tehtäviin kuului toisinaan pieniä potilaan kotona hoidettavia ja hänen tilaansa helpottavia **toimenpiteitä**. Lääkärit tekivät myös hoidon tilannetta kartoittavia **arviointikäyntejä** potilaiden koteihin. Hoitohenkilökunta koki, että **lääkärin liikkuvuus** säästi omaisten ja potilaiden resursseja. Lääkärin ja hoitohenkilöstön toiminta nähtiin parhaillaan **yhteistyönä**, jossa jokainen edisti omalla toiminnallaan potilaan saamaa hyvää hoitoa ja koko hoitavan tiimin toimintaa. Esimerkiksi saattohoitopäätöksen yhteydessä ”*lääkäri keskusteli potilaan kanssa tämän kotona läpikäyden myös eri hoidon vaihtoehtoja ja ongelmatilanteita, tukien kotona olemisen ja hoitamisen luonnetta*”.

6.6 Palveluiden kustannukset ja hinnoittelu

Sekä opintomatkakohteissa että hankehenkilöstön keskuudessa koettiin, että **kuntien kannatti panostaa hyvään palveluun huonossakin taloudellisessa tilanteessa**. ”*Hyvä palvelu syö toimiessaan muita kustannuksia.*” Varsinkin tietämättömyyden ja kehittämisenestä jättäytymisen nähtiin synnyttävän pitkällä aikavälillä kustannuksia. Hoidon **prosessien työstämistä** ja **arviointia** tarvittiin jatkuvasti. Sekä hoidon tarpeeseen viiveellä reagoiminen että hoidon viivästynyt aloitus aiheuttivat ylimääräisiä kustannuksia. Käytössä olevat toimimattomat prosessit aiheuttivat vahinkoa niin taloudellisesti kuin inhimillisestikin tarkasteltuina. ”*Halpaa ei ole sekään, ettei uutta kehitetä!*”

Kaikkiin hoidon valintoihin nähtiin liittyvän kustannustekijöitä, joiden tarkasteluun tarvittiin **realistista** ja **kokonaisvaltaista näkemystä**. Hoitopaikkajonojen syntymisen tiedostettiin kaikkialla kustannustekijäksi, mutta kustannuksia nähtiin syntyvän myös hoitotyöntekijöiden joustonvaran puutteesta tai epätarkasti laadituista jatkohoidonsuunnitelmista.

Kotisairaalatasoisen hoidon toteutuksessa esiintyi varsinkin potilaan maksukattokäytänteiden vuoksi ristiriitatilanteita, joissa kotona hoitaminen saattoi tulla asiakkaalle laitoshoidon kalliimmaksi. *”Jos vuodeosastolla hoitaminen on kotona hoitamista halvempaa, on aina ryhmä ihmisiä, jotka valitsevat hoitopaikakseen vuodeosaston”*. Hoidon järjestämisen **kustannuksiin ja kotihoidon kannustavuuteen** oli vaikutettu muutamissa kunnissa jopa paikallisesti tehdyillä päätöksillä. Esimerkiksi eräässä kunnassa oli päätetty vastoin yleistä käytäntöä, että kotisairaalatasoinen hoito kerrytti potilaan maksukattoa. *”Alueellisella päätöksenteolla voidaan vaikuttaa hoitoon liittyviin valintoihin oleellisesti”*. Palvelun hinnoittelun nähtiin tukevan kotihoidon toteutusta ja *”hinnoittelulla on pyrittävä ohjaamaan palveluiden käyttöä”*.

Kotisairaalatasoisesti tuotettua hoitoa pidettiin kaikissa sitä tuottavissa tiimeissä **oleellisesti vastaavaa laitoshoidon halvempaa** vaihtoehtona. **Kotiutushoitajakäytänteiden kehittämällä ja kotiutustiimitoiminnan perustamisella** tavoiteltiin säästöä. Kotiutustiimitoiminta oli kaikissa sitä toteuttavissa kunnissa potilaalle ilmaista. **Ennaltaehkäisevät palvelut** (kuten kuntoutuspalvelut) olivat muuan kunnassa palveluiden käyttäjille **ilmaisia** ja *”kotoaan tuleville kunta järjestää taksikyydit”*. Eräässä kunnassa myös saattohoito oli saattohoitopäätöksen jälkeen potilaalle ilmaista.

Kotisairaalatasoisen hoidon kustannukset olivat tiimien mukaan olleet yleisesti nousussa tutkimusten (esimerkiksi verikokeiden ottaminen) lisääntyessä. Henkilöstökustannukset olivat suurin yksittäinen kotona toteutettavan hoidon kustannustekijä. *”Henkilöstökustannukset ovat noin 70 % toiminnan kustannuksista”*. Kotisairaalatasoisen hoidon toimintatavan **käyttöönottoon liittyvät kustannukset** olivat olleet yleensä tutkimusaineiston kunnissa **vähäisiä**, ja uuden toimintatavan käyttöönotto olikin useimmissa kunnissa tapahtunut täysin omakustanteisesti. Nähtiin, että toimintatapojen alustava testaaminen hanketoiminnan **pilotoinnin keinoin** saattoi aikaansaada kunnissa säästöä.

Myös **kilpailuttamisen käytänteitä tarkastelemalla** saatettiin aikaansaada konkreettista säästöä. Kilpailuttaminen oli joissain paikoin yksityistetty alueellisesti, jolloin itse kilpailuttamiseen käytettävä työajan säästö voitiin nähdä esimiesten työajan

säästönä. Yhtenäistetyin kilpailuttamisen nähtiin mahdollistavan esimerkiksi yhtenäiset alueelliset hoitotuotekäytännöt, jotka taas helpottaisivat osaltaan hoitotyöntekijöiden työtä potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa. Kilpailuttamiseen liittyen jouduttiin kuitenkin aina tekemään kompromisseja, joiden kustannusvaikuttavuus herätti keskustelua puolesta ja vastaan. ”..oli kilpailutettu ja päädytty tuottamaan (palvelu) itse.. Nyt kuitenkin ollaan niin ylikuormitettuja, ettei voida ottaa uusia potilaita”.

Kotisairaalasoinen hoito hinnoiteltiin joko **tunti- tai käyntimaksuperusteisesti**. ”Hinta sisälsi hoidon, lääkärin käynnin tarvittaessa, lääkkeitä, tippanesteet ja infuusiovälineet sekä haavatuotteet ainakin viikoksi”. Potilaan käyttämät reseptivalmisteet eivät yleensä kuuluneet kotisairaalasoinen hoidon hintaan. Jos potilas oli vanhastaan kotihoidon kuukausimaksuasiakas, tilapäisestä kotisairaalasoisesta hoidosta ei saman palveluntuottajan tuottamana aina peritty erillistä maksua. Eri kotisairaalasoisia tiimejä yhdistävänä tekijänä voitiin myös pitää sitä, että saman vuorokauden ajalta veloitettiin enintään kahdesta käynnistä. Tuntiperusteisen hinnoittelun katsottiin mahdollistavan henkilöstön todellisen työajan seurannan. Palvelun järjestäjän kannalta oli merkittävää, kestikö potilaskäynti minuutteja (varsinkin kotiutustöihin tarkastuskäynnit saattoivat olla luonteeltaan tällaisia) vai parikin tuntia (vaativat haavanhoidot). Toisaalta taas käyntimaksuperusteisuutta perusteltiin jouston parantumisella; käyntimaksuperusteinen laskuttaminen ”mahdollistaa sen, että potilaalle voidaan käydä antamassa jokin lääke esimerkiksi kerran kuukaudessa.”

6.7 Potilas kotihoidon toimintatapojen kentässä

Liitteessä 10 on graafisesti kuvattu tämän opinnäytetyön tulosten muodostama kokonaisuus potilaan näkökulmasta. **Potilas ja hänen omaisensa sijoittuvat toiminnan keskipisteeseen**. Potilas on hoitoonsa eri aiheissa vuorovaikutuksessa kentän tai sen osien kanssa.

Potilasta ja omaista ympäröivät **palvelut niin sanotulla palveluiden kehällä (vihreät laatikot)**. Palveluiden kehältä löytyvät kotisairaalasoinen hoidon toteutus, kotiutustüimöiminta ja kotiutushoitajakäytänteet. Liite 10 havainnollistaa näiden pal-

veluiden sijoittumista palvelujärjestelmään toimintatapoina, ei itsenäisinä organisaatioina. Palveluiden kehälle on myös kirjattu opinnäytetyön tuloksista tunnistettavia keskeisiä jatkohoidon kehittämiseen tai kotisairaالاتasoisen hoitoon liittyviä painopistealueita, kuten hoidon tarpeen ennakointi tai ammatillisuus. Nämä toimintatavat ovat potilasta lähinnä palvelujärjestelmässä ja synnyttävät hänelle kokonaismielikuvan palveluja tuottavasta organisaatiosta. Palveluntuottajat ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteet sijoittuvat toimintakäytäntöjen **uloimmalle eli organisaatiotason kehälle**. Sekä palveluiden toteutus että palvelunjärjestäjät ovat palveluiden tuottamiseen ja potilaisiinsa liittyen jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään.

7 KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON TOTEUTTAMISEN ALUEELLINEN MALLI

Toisena tutkimustehtävänä muotoilin kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin. Malli koostuu luvusta seitsemän ja liitteen 11 kuviosista, koska liitteen 11 kuviossa ei ollut mahdollista kuvata kaikkia mallin toiminnan kannalta oleellisia vuorovaikutteisuussuhteita. Kyseessä on tämän opinnäytetyön perusteella muodostettu teoreettinen malli, jota ei näin ollen voida pitää terveydenhuollon palveluiden järjestämisen kattavana kuvauksena. Mallin hyödyntäminen vaatii aina myös sen soveltamista paikalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin muodostamisessa hyödynsin aineiston analyysimenetelmänä abduktiivista analyysia, joka yhdisti sekä teoriaa että tutkimusaineistoa. Abduktiivisen analyysin käyttäminen on kuvattu liitteessä 9. Tarkastelin aineistoa mallia laatiessani laajasti ja soveltaen. Hyödynsin mallissa jo olemassa olevia hoidon toteuttamisen toimintatapoja ja sovelsin niitä perustellusti alueelliseen toimintakäytäntöön.

Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa yhdistin kotisairaالاتasoisen hoidon palvelut kotiutustiimitoiminnan kanssa. Kotiutustiimin ja Kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuksen kuvasin helposti toisiinsa yhdistet-

tävinä palikoina, jotka kuitenkin pyörähtävät pois paikaltaan, jos näitä palvelumuotoja tukevat ja ympäröivät tukirakenteet poistetaan. Kotisairaالاتasoisen hoidon toteuttaminen ja kotiutustiimitoiminta tarvitsevat ympärilleen eheän ja nykyaikaisen palveluverkon. Liitteen 11 alaosan palkit kuvaavat niitä potilaita, jotka hyötyvät kotisairaالاتasoisen hoidon ja kotiutustiimitoiminnan palveluista. **Hoidon tarpeen ennakoinen ja ennaltaehkäisyn toimintatavat** muodostavat pohjan, jolle palvelut rakentuvat. Kuvion alimmaisena esiintyvät **elämänlaadun ja vuorovaikutteisuuden** näkökulmat huomioidaan lähtökohtaisesti aina palvelun suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin yhteydessä.

Päädyin esittämään kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueelliseen malliin jatkohoidon käytänteiden kehittämistä juuri kotiutustiimitoiminnan avulla, sillä kotiutustiimitoiminnan avulla on mahdollista vastata kotiutushoitajakäytänteitä tehokkaammin potilaiden kotiutumisen jälkeisiin tuen ja hoidon tarpeisiin. Kotiutushoitajakäytänteillä on paikkansa ainakin erikoissairaanhoidon jälkeisen jatkohoidon suunnittelussa. Kotiutushoitajat ovat tärkeitä yhteyshenkilöitä myös jatkohoidon käytänteiden kehittäjinä ja kotiuttamisen asiantuntijoina.

Malli voisi palvella pienehkön pohjoiskarjalaisen kunnan tarvetta tai kotisairaالاتasoisen hoidon toimintatavan käyttöönoton vaihetta kunnassa. Mallin toimiminen edellyttää laajaa paikallista ja alueellista sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä ja jatkuvaa kehitystyötä toimintatapojen uudistamiseksi. Lähtökohtaisesti toimintamalli sijoittuu **kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen alaisuuteen**. Mallissa on mahdollista hyödyntää kunnallisten toimijoiden lisäksi **kaikkia muitakin sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajia**. Kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuksen osalta malli voisi toimia myös yksityisten palveluntuottajien ylläpitämänä asukasmäärältään suuressa kaupungissa.

Erikoissairaanhoidon rooli mallissa liittyy kotiutumisen käytänteiden kehittämiseen ja kuntien kanssa tehtävään kotiutumista edistävään yhteistyöhön. Esimerkiksi kotiutushoitajakäytänteiden kehittäminen voisi hyödyntää erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa tulisi kehittää lääkärin keskinäisten ja hoitotyöntekijöiden välisiä konsultaatiokäytänteitä paremmin kotihoitoa tukeviksi. Myös hoidontarpeen en-

nakoimisen toimintatapojen (kuten ennaltaehkäisevien toimintatapojen ja pre-operatiivisten kotiutussuunnitelmien) entistä parempi hyödyntäminen on tulosten perusteella tärkeää.

Malli hyödyntää kunnan hallinnollisesti ja fyysisesti yhtenäistä **kotihoidon rakennetta** siten, että esimerkiksi kotihoidon työntekijöiden tiimitilat ovat kotihoidon tilojen läheisyydessä ja yhteistyön tekeminen tiimien välillä on helppoa. Kotiutustiimitoiminta ja kotisairaالاتasoinen hoito voidaan yhdistää jopa samaan tiimiin käytännön toteutuksen sitä vaatiessa. Työskentely kotisairaالاتasoista hoitoa tuottavassa tiimissä tai kotiutustiimissä vaatii työntekijöiltä vahvaa ammatillista kokonaistilanteen hallintaa ja ”kuules, järjestellään!” - tyylistä perusasennetta. Hoitotyöntekijät nauttivat esimiestensä luottamusta, ja he ovat **toimivaltaisia mutta vastuullisia** toiminnassaan. Hoidon järjestelyssä tavoitellaan **joustavuutta, järjestelynvараа ja asiakaslähtöisyyttä**. Toimintaan tavoitellaan työn järjestelyillä sen verran väljyyttä ja joustoa, että uudet potilaat ja nopeasti eteen tulevat ongelmatilanteet pystytään hoitamaan. Toiminnan mottona voidaan pitää ajatusta, että potilaan jatkohoito ei saa viivästyä järjestelyiden vuoksi.

Sekä kotisairaالاتasoinen hoito henkilöstö että kotiutustiimihenkilöstö hyötyisivät **tiiminvetäjistä tai vastuuhenkilöstä**, joka käy esimiehen ja hoitotyön johdon kanssa säännöllistä keskustelua toiminnasta ja sen kehittämisestä. Tämä vastuuhenkilö voi kantaa palvelusta asiantuntijavastuuta ja hyödyntää osaamistaan henkilöstön koulustehtävissä. Tiimien henkilöstön ammatilliseen kasvuun ja hyvinvointiin vaikutetaan työyhteisön kehittämiseen tähtäävällä säännöllisellä toiminnalla kuten esimerkiksi työnohjausta tarjoamalla.

Kotiutustiimien ja kotisairaالاتasoinen tiimien arkinen toiminta muodostuu hoitaja-kohtaisten asiakaskäyntien hoitamisesta. Hoitohenkilökunta tekee jatkuvasti **yhteistyötä** eri tahojen kanssa edistääkseen asiakkaiden jatkohoidon suunnitelmia. Hoitohenkilöstön on kyettävä jakautumaan tehtäviin joustavasti myös asiakkaiden määrän ja hoitoisuuden perusteella. Esimerkiksi kotihoidon alueelliset tiimit voivat tulla sovitusti apuun tilanteissa, joissa kotiutus- tai kotisairaالاتasoinen tiimi tarvitsee apua. Henkilöstösuunnittelussa huomioidaan se, että kotiutustiimien potilaiden tarpeet

saattavat painottua ilta-aikaan. Joissakin toteutuksissa sekä kotisairaالاتasaisen hoidon tiimissä että kotiutustiimissä toimi vuorossaan vain yksi hoitaja.

Kotisairaالاتasoinen hoito vaatii toteutukseensa kaikkina vuorokauden aikoina sairaanhoidollisen osaamisen saatavuutta. Yöhoidon toteutuksessa sairaanhoitaja toimii parina kotihoidon muun henkilöstön kanssa. Kotiutustiimitoiminnassa taas ammatillinen kokemus ja asiakkaan kokonaistilanteen hallinnan taidot näyttävät voittavan varsinaiset sairaanhoidolliset taidot. Sairaanhoitajapula saattaa aiheuttaa mallin paikalliselle toteutukselle ongelmia. Henkilöstön saatavuuden vuoksi osa tiimien toiminnosta voi olla mielekästä myös yksityistä. Ilman sairaanhoidollista osaamista kotisairaالاتasaisen hoidon toteutuksessa ei ole kyse **peruserikoissairaanhoidon tasoisesta hoidosta**.

Hoitohenkilöstön tavoitettavuuteen ja toiminnan joustavuuteen voidaan vaikuttaa hyödyntämällä asianmukaista **teknologiaa**. Käytänteistä sopiminen on tärkeä osa toiminnan suunnittelua. Käytänteitä tarvitaan ainakin hoitohenkilökunnan tavoitettavuuden parantamiseksi ja esimerkiksi tietojen kulun edistämiseksi (sovitaan, kuka kirjaa mitä ja minne). Hoitohenkilöstö osallistuu **toimintatavan käyttöönottoon liittyvään tiedottamiseen** varsinkin toiminnan alkuvaiheessa. Kaikissa kotisairaالاتasaisen hoidon toteutuksissa tunnistettiin kuormituksen vaihtelua, ja toiminnan käyttöönoton vaiheessa vaihtelua voidaan odottaa olevan normaalia enemmän. Palvelusta tiedottaminen on paitsi kouluttamista ja informointia, myös yhteistyön tekemistä ja näkyvyyden tavoittelua. **Yhteistyön kehittämisen merkitystä ei voi korostaa mallissa liikaa**. Tiimien on aktiivisesti pyrittävä omalla toiminnallaan tekemään uutta toimintatapaa tarpeelliseksi.

Kotiuttamistiimitoiminnan ja kotisairaالاتasaisen hoidon toimintatapojen välillä on käytännön toteutuksessa suuriakin eroja. Kotiutustiimitoimintaan sitoutunut henkilöstö keskittyy mahdollisuuksiensa mukaan yhteistyöhön erikoissairaanhoidon, jatkohoitoa järjestävien kunnallisten tahojen kanssa. Kotisairaالاتasaisen hoidon henkilöstö tekee yhteistyötä samojen tahojen kanssa, mutta yhteistyön näkökulma on sairaanhoidollisempi. Kunnallisen vuodeosaston ja kotihoidon tilanteen seuranta helpottaa kotiutustiimiä asiakkaiden hoidon tarpeen ennakoimisessa.

Kotisairaalatasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa hyödynnetään paljon **palvelunohjauksen mahdollisuuksia**. Kotisairaalatasoiselle tiimille ja kotiutustiimille joko mitoitetaan palvelunohjaajalta riittävästi työaikaa tai tiimillä on käytettävissään oma palvelunohjaaja. Palvelunohjaaja kantaa vastuuta asiakkaan palveluntarpeista ja hänen etuisuuksistaan. Palvelunohjauksen kautta potilaalle voidaan järjestää joustavasti myös edunvalvonnan tai sosiaaliohjauksen palveluita. Palvelunohjaus tekee laajasti yhteistyötä alueen yksityisten palveluntarjoajien ja järjestötoimijoiden kanssa siten, että asiakkaan palveluihin voidaan tarjota joustavasti vaihtoehtoja. Palvelunohjauksen kanssa sovitaan uuden palvelumallin käyttöönoton vaiheessa palveluiden käyttämiseen ja myöntämiseen liittyvät käytänteet, joita voidaan jatkossa joustavasti kehittää. Palvelunohjaus osallistuu roolissaan palvelumallista tiedottamiseen, ja tekee tarvittaessa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kunnan ulkoistamiin hoito- ja kuntoutuspaikkoihin päin.

Sekä kotiutustiimin henkilöstö että kotisairaalatasoisen hoidon henkilöstö hyödynnevät potilaidensa hoidossa **fysioterapeutin** osaamista. Varsinaisen kuntoutuksen lisäksi fysioterapeutti osallistuu jatkosuunnitelmien ja kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja arviointiin. Fysioterapeutti pyrkii aktiivisesti kehittämään myös kotikuntoutuksen palvelumallia kunnassa. Fysioterapeutin osaamista hyödynnetään myös henkilöstön koulutuksessa ja kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn säilyttämiseen liittyvien toimintakäytänteiden kehittämisessä.

Lääkäripalveluiden saatavuuden turvaaminen on koko toimintatavan suunnittelun kannalta olennaista. **Lääkärin** rooli mallissa liittyy hänen normaaleihin työtehtäviinsä, ja esimerkiksi kotisairaalatasoista hoitoa saavat potilaat voidaan pääasiassa hoitaa normaalisti vastaanotolla arkisin. Lääkärin tehtävän osalta toimintatapaan liittyvät haasteet liittyvät yö- ja viikonloppuhoidon mahdollisuuden tarjoamiseen. Jos kunnassa ei ole tuolloin omaa päivystystä, mallin toteutus edellyttää päivystyssopimusten ja käytänteiden luomista. Lääkäripalveluiden tarve oli kotisairaalatasoista hoitoa toteuttavissa kunnissa päivystysaikoina vähäinen, ja tätä perusteltiin hoitajien ammatillisella hoidon tarpeen ennakoimisen toiminnalla. Mallin käyttöönotto edellyttää joka tapauksessa paikallisten yhteistyösopimusten ja konsultaatiokäytänteiden hioamista.

Mallin käyttöönottoon kannattaa liittää **koulutusta** ja esimerkiksi benchmarking-tyyppistä tutustumista vastaaviin palvelumalleihin. Käytännön toteutuksen näkeminen selventää ja yksinkertaistaa kokemusta palvelusta. Monissa kunnissa uusi palvelumalli oli käynnistynyt hanke pohjalta. Toiminnan käynnistäminen kannattaa suunnitella huolella. Palveluiden lähtökohtien on oltava selvillä jo palvelun suunnitteluvaiheessa. Uuteen palveluun liittyvät prosessit kannattaa kuvata huolellisesti. Uudesta palvelumallista kiinnostuneet ammattilaiset sitoutetaan toimintaan suunnittelusta lähtien, sillä suunnitteluun osallistuminen luo mahdollisuuksia **osaamisen hyödyntämiseen** ja parantaa **sitoutumista**. Toiminnan valmistelussa kannattaa hyödyntää **moniammatillista osaamista**, sillä ammattilaisten tietämyksen avulla saavutetaan todelliset arkiset näkökulmat itse työn tekemiseen. **Esimiestyön** rooli on keskeinen toiminnan suunnitteluvaiheesta lähtien.

Toiminnan arviointi on tärkeää sekä palvelua saavan potilaan, palvelua toteuttavan tiimin kuin varsinaisen palvelunjärjestäjänkin näkökulmista. Toimintaa arvioidaan säännöllisesti ja johdonmukaisesti, ja toiminnan arvioinnissa pyritään hyödyntämään myös muiden paikkakuntien kokemuksia palveluiden toteuttamisesta. Palvelutoimintaa pyritään muokkaamaan arviointitiedon perusteella paremmin eri tahojen tarpeeseen ja muuttuvaan palveluntarpeeseen vastaavaksi. Palvelumallin joustavuudesta ja muutoskyvykkyydestä on myös tässä merkittävää hyötyä.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kotisairaالاتasoisen hoidon ja kotiutustii-
mitoiminnan toimintamallia ei kannata suunnitella käytänteiltään jyrkäksi. Joustavuus ja **tilannekohtainen ammattilaisarvion hyödyntäminen** näyttäytyivät kotiutustii-
mitoiminnassa ja kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuksessa hyvin tärkeinä tekijöinä. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilöstön osaamista kehitetään erityisesti työskentelyolosuhteiden, koulutuksen, johtamisen ja ammatillisten haasteiden keinoin.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä olen tarkastellut kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittämisen alueellisia mahdollisuuksia. Seitsemännessä luvussa esittelin opinnäytetyön prosessin aikana syntyneen sovelluksen, kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin. Seuraavassa olen tarkastellut opinnäytetyön tuloksia tutkimustehtävittäin ja suhteessa aiempaan tutkimukseen.

8.1.1 Kotisairaالاتasoiseen hoitoon ja jatkohoitoon liittyvien tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kotiutumisen haasteisiin vastattiin kunnissa tavallisimmin panostamalla potilaiden suoraan kotiutumiseen, kehittämällä kotiutushoitajakäytänteitä tai varsinaista kotiutustiimitoimintaa. Toimintatapojen painotus vaihteli siten, että varsinkin erikoissairaanhoidon nähtiin hyötyvän kotiutushoitajakäytänteiden kehittämisestä. Kunnat taas hyötyisivät eniten kotiutustiimitoiminnan kaltaisesta palvelusta, joka mahdollistaisi potilaan kotiutumisen tukemisen varsinaisen sairaalasta poistumisen jälkeen. Kotiutustiimitoiminnan avulla voitiin ennaltaehkäistä tehokkaasti potilaiden turvattomuuden kokemusta ja sen aikaansaamaa hoitopaikkakerrettä. Kotiutustiimitoiminnan tulokset olivat hyviä, sillä vain harva kotiutustiimien tuella kotiutuneista potilaista halusi takaisin sairaalaan. Tämä tulos oli yhtäläinen kotiutustiimitoimintaa artikkelissaan kuvanneen Karvisen (2009) kanssa.

Kotiuttamisen kehittämiseksi tarvittiin ennen kaikkea monialaista ammatillista yhteistyötä. Monialainen ammatillinen yhteistyö oli kiistatta keskeinen tuki kotiuttamiselle kaikessa kotihoidon ja kotisairaالاتasoisten palveluiden järjestämisestä koskevassa kirjallisuudessa (Ahoranta & Kettunen 2005; Jester & Turner 1998; Melkas ym. 2008; Mäkinen ym. 2006; Kaljunen ym. 2005; Koponen 2003; Leppänen 2006; Lukkaroinen 2002; Visakorpi 2002; Voutilainen ym. 2008). Kotisairaالاتasoisen hoidon

toteutukset olivat tämän opinnäytetyön tuloksissa hyvin paikkakunta- ja tarveperustaisesti muovautuneita, eikä yhtä yhtäläistä toimintatapaa ollut tunnistettavissa. Tämä vastaa myös Visakorven (2002, 13) näkemystä kotimaisesta kotisairaaloiminnasta.

Koska tässä opinnäytetyössä ei tutkittu kotisairaالاتasoista hoitoa saaneita potilaita, tulokset eivät tuo uutta tietoa heidän kokemuksistaan liittyen hoidon toteutukseen tai laatuun. Potilaiden tyytyväisyys ilmeni kuitenkin välillisesti useissa hoitohenkilöstön ilmauksissa. Henkilöstö koki kotihoitotyön olevan kiitollista ja ammatillisesti palkitsevaa, vastuullista ja haasteellista työtä. Hoitohenkilöstön tyytyväisyyttä taas kuvattiin muissakin kotisairaalatutkimuksissa (Andersson ym. 1999,22; Liikka 2006, 11; Shepherd ym. 2008, 8; Visakorpi 2002, 96.)

Kotiympäristö nähtiin parhaillaan potilaan toipumista edistävänä, aktivoivana ja voimaannuttavana ympäristönä. Hoitopaikan vaihtamisen harkintaa pidettiin viisaana varsinkin dementoituneiden ja kehitysvammaisten potilaiden kohdalla. Myös Jester ja Turner (1998, 2) näkivät kotisairaalahoidon hyödyttävän vanhusten ja lasten hoidon järjestämistä. Vaikka tämän opinnäytetyön tuloksissa kotisairaالاتasoisen hoidon ja varsinkin kotiutustiimien potilaat olivat pääsääntöisesti iäkkäitä, ei pidä unohdtaa, että niin Suomessa kuin maailmallakin kotisairaaloissa hoidetaan potilaita, joiden ikä vaihtelee ”vauvasta vaariin”. (Jester & Turner 1998, 2; Liikka 2006, 8; Sariola 2001, 1874; Visakorpi 2002, 13 - 14.)

Kotikuntoutuksen järjestelyihin ja saatavuuteen liittyi tämän opinnäytetyön tulosten perusteella epäselvyyksiä, mutta itse kotikuntoutuksen mahdollisuuksia toivottiin lisäävän. Myös Ikäihmisten palveluiden laatusuositus kannustaa erityisesti kotiin annettavien kuntoutuspalveluiden kehittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 20.) Kuntoutumisen toteutus nähtiin lähinnä kotihoidon toteutukseen yhdistettynä palveluna, mutta esimerkiksi Ruotsissa tunnetaan käytänteitä, joissa kotikuntoutus on kotisairaالاتasoisen hoidon suoranainen perustelu (Andersson ym.1999, 33 - 36). Vaikka kuntoutus- ja fysioterapian palvelut nähdään omana palvelukokonaisuutenaan, voisi näiden palveluiden toteutus potilaan kotona noudattaa kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuksen pääpiirteitä.

Kotikuntoisuuden arvioimisen merkitys oli tämän opinnäytetyön keskeisimpiä tuloksia. Kotikuntoisuuden arvioinnin merkitys korostui tuloksissa varsinkin potilaan kotiutuessa erikoissairaanhoidosta omaan kotiinsa. Virheellisen kotikuntoisuuden arvioinnin nähtiin lisäävän kotiuttamiseen liittyvää epäselvyyttä ja kustannuksia, mutta myös aiheuttavan potilaalle turhia hoitopaikan vaihdoksia. Kotikuntoisuuden arvioiminen mainitaan kotiuttamista koskevissa tutkimuksissa (Koponen 2003, 20 - 21; Leppänen 2006; 19) lähinnä sairaalasta kotiuttamista valmisteltaessa esiintyvänä käytänteenä. Tässä mielessä tämän opinnäytetyön kuvaama merkitys kotikuntoisuuden arvioimiselle oli laaja. Kotiutustiimien merkitys potilaiden kotikuntoisuuden arvioimisessa nähtiin kehittyvänä ja tulevaisuudessa todennäköisesti yleistyvänä toimintatapana. Kotikuntoisuuden arviointiin tarvitaankin jatkossa yhteneviä käytänteitä ja yleisesti hyväksyttyä ohjeistusta, mutta myös eri toimijoiden, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, tiivistä ja tavoitteellista yhteistyötä.

Ennaltaehkäisevät palvelut ovat kehittämisen etusijalla Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 19). Ennaltaehkäisemiseen liittyvät toimintatavat näkyivät keskeisinä tuloksina tässä opinnäytetyössä. Hoidon tarpeen ennaltaehkäisyn toimintatavoiksi tunnistettiin kotikuntoisuuden säilyttämisen tukeminen, laitostumisen ennaltaehkäisy ja ennaltaehkäisevät palvelut sekä potilaille leikkausta edeltävästi laaditut jatkohoidon suunnitelmat. Ennakoimalla erikoissairaanhoidon potilaiden jatkohoidon tarvetta riittävän ajoissa voidaan helpottaa heidän jatkohoitoon sijoittumistaan ja kotiutumistaan merkittävästi (Villikka 2007, 112). Samoin kuin tämän opinnäytetyön tuloksissa myös Voutilainen ym. (2008, 15) ovat todenneet, että ennaltaehkäisyn keinoin voidaan vaikuttaa merkittävästi jopa pitkäaikaishoidon tarpeeseen.

Tässä opinnäytetyössä palvelunohjaus nähtiin keskeisenä keinona hallinnoida ja koordinoita asiakkaan käyttämiä palveluita, mutta myös keinona parantaa potilaan ja omaisen ymmärrystä hoitoon kuuluvista etuisuuksistaan. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa palveluiden käyttäjille suositetaan tehtäväksi palvelusuunnitelmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 20, 30). Potilaalle järjestettävät palvelut perustuvat kattavaan palveluntarpeen arviointiin. Palveluiden ”räätälöiminen” potilaan tarpeisiin paitsi parantaa hoidon laatua, on myös yhteiskunnalle edullisempaa kuin

rutiininomainen ja kaikille samansisältöinen palvelu. (Voutilainen ym. 2008, 18). Palvelunohjauksen käytänteisiin kaivattiin tässä opinnäytetyössä kuntarajat ylittävää yhdenmukaisuutta. Palvelunohjauksen merkitystä potilaslähtöisemmän ja kehittyvän palvelujärjestelmän kannalta on käsitelty lähes kaikissa kotihoitoon ja sen toteutukseen liittyvissä tutkimuksissa (Kaljunen ym. 2005; Koponen 2003; Leppänen 2006; Lukkaroinen 2002; Mäkinen ym. 2006, 26; Perälä ym. 2003; Tepponen 2003; Voutilainen ym. 2008).

Tuekseen kotisairaالاتasoisen hoidon toteutus ja kotiutustiimitoiminta tarvitsee tämän opinnäytetyön tulosten perusteella henkilöstöjohtamiseen paneutuvaa esimiestyön otetta. Esimieheltä vaadittavia ominaisuuksia olivat joustavuus, ammatillisuutta tukeva asenne ja työn tekemistä mahdollistava toimintatapa. Hoitotoiminnan perusteiden huolellinen luominen ja yhteistyön rajojen sopiminen vapautti hoidon toteutukseen joustavuutta. Toiminta ei siis voi pysyvästi perustua hoitavan tiimin pioneerihenkisyyteen, vaan esimiehen tukea tarvitaan palvelutoiminnan rakenteiden vakiinnuttamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tavoitteiksi on Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa asetettu henkilöstön osaamisen kehittäminen ja osaamisen monipuolinen hyödyntäminen sekä työn hallittavuuden parantaminen. Myös se, että esimiehen tehtävänä nähdään laatusuosituksessa toimintatapojen kehittäminen joustoa lisäämällä, sopii yhteen tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 38)

Lääkärien rooli kotisairaالاتasoisen hoidon käynnistämisessä ja toiminnassa oli keskeinen. Lääkäripalveluiden saatavuus nähdään tärkeäksi myös kotiutustiimitoiminnassa (Karvinen 2008, 34 - 36). Lääkärin vaihtumiseen liittyi jonkin verran ongelmia, jotka taas rajoittivat toimintaa. Jossakin paikoin myös sairaanhoitajien saatavuudessa oli vaikeuksia. Lääkäreiden vaihtuminen ja lääkärin palveluiden saatavuuteen liittyvät rajoitteet nähtiin haitoiksi myös Mäkisen ym. (2006, 21) tutkimuksessa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni ensimmäistä kertaa käytäntö, jossa potilas saattoi käydä hoidon tilanearviossa lääkärin vastaanotolla samalla kun varsinainen hoito toteutui kotisairaالاتasoisen palvelun myötä hänen kotonaan. Lääkärien toimintakäytäntöjä ei tosin ole kuvattu laajasti ja yksiselitteisesti aiemmissä tutkimuksissa.

Kotisairaalatasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin (luvussa 7) käytäntöön soveltamisen keskeiset haasteet liittyvät juuri lääkärin ja sairaanhoitajien saatavuuteen. Henkilöstön saatavuuteen liittyviin haasteisiin vastattiin tulosten perusteella henkilöstön toimipaikka- ja lupakoulutuksin ja laatimalla hoitohenkilöstön ja lääkärin keskinäisiä yhteistyösopimuksia. Tilanteeseen voitiin vaikuttaa myös konsultaatiokäytänteitä kehittämällä. Sekä lääkärin ja hoitajien että hoitajien välisen konsultaatiokäytänteiden kehittäminen nähtiin kotihoidon palvelun laatua ja vaikuttavuutta parantavana tekijänä myös Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 25.)

Kotisairaalatasoisen hoidon ja kotiutustiimitoiminnan lähtökohdat liittyvät oletukseen, että hoito tapahtuu potilaan kotona. Tämän opinnäytetyön perusteella potilaat kävivät kotisairaalatasoisesta hoidon toteutuksesta huolimatta tilannearviossa lääkärin vastaanotolla. Lääkärit tekivät kotikäyntejä yleensä vain kaikkein sairaimpien potilaiden luo. Perusteluna lääkärin vähäiselle liikkuvuudelle olivat liian vähäiset resurssit, mutta asiaa on kyettävä tarkastelemaan kotisairaalatasoisen hoidon toteutuksessa myös potilaan kokeman turvallisuuden, varsinaisen potilasturvallisuuden sekä hoitotyön ammatillisen vastuun näkökulmista. Potilaan kokema turvallisuus nähtiin tässä opinnäytetyössä oleellisena kotisairaalatasoisen hoidon toteutukselle. Potilasturvallisuuden hyvä taso taas perustelee koko kotisairaalatasoisen hoidon toimintatapa. Hoitotyön ammatillisen vastuun näkökulmalla tarkoitan hoitotyön ammattilaisien kotisairaalatasoisissa tiimeissä kantamaa mittavaa hoidon toteutukseen liittyvää vastuuta. Vastuu on vaarassa siirtyä entisestään lääkäreiltä hoitotyöntekijöille, mikäli kotihoidon lääkäreiden sitoutumista, käytettävissä olevia resursseja ja lääkäreiden liikkuvuutta ei pystytä parantamaan.

Hinnoittelu ja päätöksenteko nähtiin palveluiden käytön ohjaamisen keinoina. Lain-säädännön puutteiden nähtiin vaikuttavan siihen, että hoidon toteutus laitoksessa saattoi tulla potilaalle kotona hoitamista halvemmaksi (myös Lukkaroinen 2002, 32; Visakorpi 2002, 97). Myös sosiaali- ja terveysministeriö kannattaa avo- ja laitoshoidon rahoitusjärjestelmien yhdistämistä periaatteiltaan yhtäläisiksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22).

Kotisairaalatasoisen hoidon kehittäminen tai kotiutustiimitoiminta on mielekästä ensinnäkin niille potilaille, joilla on selkeä oma tahto tulla hoidetuksi kotona. Toisena kotihoidon palveluiden tärkeänä kohderyhmänä nähtiin potilaat, jotka hyötyvät siitä, ettei hoidon toteutusta varten tarvitse vaihtaa hoitopaikkaa. Vanhusten tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido ovat hyviä esimerkkejä tästä. Lukkaroinen (2002, 31) kyseenalaistaa vanhuksen siirtämistä hoitoa varten vuodeosastolle, vaikka vanhuksen kotina toimiva tehostettu palveluasuminen muistuttaakin palveluiltaan ja kokonaiskustannuksiltaan laitoshoidoa. Myös Koponen (2003, 117) toteaa, ettei sairaalaan siirtyminen ole aina välttämätöntä, jos potilaan voinnin muutoksiin reagoidaan kotihoidossa ajoissa ja potilasta voidaan auttaa kotihoidon keinoin.

Vaikka kotiutustiimin ja kotisairaalatasoisen hoidon kustannukset nähtiin selvästi vastaavaa laitoshoidoa halvempina vaihtoehtoina (perustuu hoidon toteutuksissa työskentelevien henkilöiden mielipiteisiin), kotihoito ei ole kuitenkaan aina ja kaikkiin potilaiden hoidontarpeisiin sopiva ratkaisu. Kotihoidon avulla saavutettavat hyödyt, kuten kuntoutuminen ja sosiaalinen tuki, olivat tämän opinnäytetyön tulosten perusteella saavutettavissa vasta elämän peruselementtien, kuten turvallisuuden, vuorovaikutteisuuden ja osallistumisen mahdollisuuksien ollessa kunnossa.

Pohjois-Karjalaan on eri yhteyksissä kaivattu uusia palveluratkaisuja varsinkin jatkohoidon järjestämisen, kuten kotiuttamisen ja kuntoutumisen, helpottamiseksi (Nykänen - Juvonen & Pakarinen 2009, 24; Turunen 2007, 28 - 29). Kuntoutumisen haasteita oli tämän opinnäytetyön tulosten perusteella ratkaistu ostamalla kuntoutuspaikkoja, kehittämällä kotikuntoutusta ja sen saatavuutta tai perustamalla erityinen kotikuntoutumisen yksikkö, missä potilas saattoi harjoitella kotona oloa ennen varsinaista kotiutumista. Kotiuttamisen haasteisiin vastattiin kotiutushoitaja- tai kotiutustiimikäytänteitä kehittämällä sekä edistämällä suorien kotiutumisen mahdollisuuksia laajemmin alueellisesti. Kaikkeen palveluiden kehittämiseen liittyi hoidon järjestämisestä ympäröiviä tekijöitä, jotka edistivät palveluiden muutospyrkimyksiä. Näitä ympäröiviä tekijöitä olivat tässä työssä esimerkiksi asenteelliset tekijät tai hinnoittelu ja päätöksenteko palveluiden käytön ohjaamisessa. Jatkohoidon järjestämiseen liittyvien haasteiden ratkaisemiseen tuskin on ainoita oikeita paikallisia ratkaisuja. Palveluiden toteutus vaihtelee paikkakunnittain paljon, kuten voitiin todeta. Jatkohoidon

järjestämiseen liittyvät ratkaisut vaativat kuntakohtaista näkemystä palveluiden tarpeesta ja järjestämisestä, palvelumallien käyttöönoton taitoja ja niihin liittyviä tietoja.

8.1.2 Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin tarkastelua

Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellinen malli hyödynsi kokonaisvaltaisesti ensimmäisen tutkimustehtävän tuloksia ja tutkimuksen teoreettisen osan kirjallisuuskatsausta. Mallin muodostaminen ei olisi ollut mahdollista ilman pitkäkestoista ja laajaa aiheeseen perehtymistä ja benchmarking-tutustumisen myötä syntynyttä ymmärrystä kotihoidon ja kotisairaالاتasoisen hoidon käytännön toteutuksesta. Vaikka ajankohtaista palveluiden kehittämiseen liittyvää tutkimusta oli tarjolla runsaasti, kotisairaالاتasoisen hoito ja kotiutustiimitoiminta osoittautuivat yllättävän tutkimattomiksi alueiksi. Todennäköisesti aihealueiden tutkimattomuus liittyy niiden paikkakuntakohtaisesta toteutuksesta johtuvaan vaikeaan hahmotettavuuteen ja toimintatapojen nuoreen ikään.

Kotisairaالاتasoisessa hoidossa korostuivat tiimien vahva monialaista ammatillista osaamista hyödyntävä ja kuntouttava toimintatapa, jotka näyttävät olevan ominaisia varsinkin kunnallisesti järjestetyille tehostetuille kotihoidoille. Nämä tekijät ohjasivat luomaani kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellista mallia toimimaan perusterveydenhuollon alaisuudessa. Myös Visakorven (2002, 17) mukaan kunnallinen palvelumalli voi hyödyntää kunnallisen terveydenhuollon voimavaroja, kuten kotihoitoa ja fysioterapiaa, erikoissairaanhoidon alaisuudessa toimivaa palvelumallia helpommin. Kotiutustiimitoiminnan kehittämistä päädyin esittämään malliin siksi, että tutkimusaineiston perusteella pelkkä potilaiden kotiuttamisen palvelun kehittäminen ei näytä riittävän kaikkien kotiutuvien potilaiden kokonaistilanteen ja esimerkiksi turvattomuuden hallintaan. Kotiutustiimitoiminnan avulla potilasta on mahdollisuus saattaa itsenäisessä asumisessa selviytymiseen. Myös Leppäsen (2006, 26) tutkimuksessa esitettiin kotiutustiimin tai kotisairaالاتasoisen tiimin hoitavan alueellisesti potilaiden kotiutukset tulevaisuudessa.

Perustelen esittämäni mallin ympärivuorokautista toteutusta tämän opinnäytetyön tuloksien, käytännön tarpeen ja aiemman kotisairaalatutkimuksen (ks. sivu 16) tuella. Myös Ikäihmisten palveluiden laatusuositus taas perustelee palveluiden kehittämisen pääpainon olevan ympärivuorokautisen kotona asumisen mahdollistavissa palveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 25). Tämän opinnäytetyön tuloksissa ympärivuorokautista toteutusta perusteltiin sillä, että kotisairaalahoido oli vaihtoehtoista potilaan sairaalahoidolle, ja että kyseessä oli peruserikoissairaanhoidon tasoisen hoidon⁴ toteutus. Kotiutustiimitoiminnalla taas pyrittiin tukemaan potilaiden kotona selviytymistä turvallisuuden luomisen keinoin, jolloin yöhoito on nähtävä hoidon turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Vaikka kaikki kotiutustiimien potilaat tai kotisairaala-tasoista hoitoa saavat potilaat eivät tarvitsisi yöhoitoa, heille on pystyttävä tarjoamaan siihen mahdollisuus.

Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa esitin, että malli tarvitsee toimiakseen eheän ja nykyaikaisen palveluverkon. Organisaatioiden täytyy siis panostaa yhteistyön kehittämiseen niin organisaation sisällä kuin ulkopuolellakin. Organisaation sisäisiä yhteistyökumppaneita olivat muut organisaatioissa toimivat palvelut ja henkilöt. Organisaation ulkoisia yhteistyökumppaneita olivat tässä opinnäytetyössä esiintyneet yksityiset palveluntuottajat, järjestötoimijat tai toiset kunnat. Palveluverkkoa taas hallitaan mallissa palvelunohjauksen keinoin. Palvelunohjauksella tarkoitan tässä Mäkisen ym. (2006, 26) kuvaamaa potilaan kokonaisvaltaista palvelunohjauksen toimintatapaa. Keskustelussa potilaan ja hänen omaistensa kanssa palvelunohjaus pyrkii tarjoamaan potilaan käyttöön ”etuksien ja palveluiden paketin”, joka perustuu potilaan todelliseen kokemukseen palveluiden tarpeesta ja kotona selviytymisestä. Niiltä osin kuin potilas ei täytä kunnallisten palveluiden myöntämiseen liittyviä kriteereitä, hänelle tarjotaan avoimesti mahdollisuus saada palvelu muualta.

Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellinen malli perustui kotisairaالاتiimin ja kotiutustiimin toimijoiden ammatillisen kokonaistilanteen hallinnan taidoille. Mallissa tiimit kuvattiin itsenäisinä ja toimivaltaisina ja tiimien toiminnassa korostuivat joustavuus ja asiakaslähtöisyys. Tiimien toiminnassa panostet-

⁴ Termin alkuperä Itä- ja Keski-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 20. Mainittu myös tulosluvussa 6.1.2.

tiin palvelualttiin ja järjestelyn mahdollisuuksia korostavan ammatillisen asenteen käyttöön. Asennetyön tarve tunnistettiin merkitykselliseksi kotihoidon kehittämiseksi. Asennemuutosta nähtiin tarvittavan sekä yhteiskunnallisesti että hoitohenkilöstön keskuudessa. Kunnallinen hoidon tuottamisen asenne kaipaa uudistumista kun terveyspalveluiden tuottaminen hajaantuu tulevaisuudessa yhä useammalle palveluiden tuottajalle ja palveluiden laadun merkitys korostuu (Mäkinen ym. 2006, 4).

Erikoissairaanhoidon rooli on mallissa merkittävä, ja sen merkitys jatkohoidon järjestelyiden toteuttamisessa liittyy varsinkin toimintojen kehittämiseen. Lähtökohtaisesti peruserikoissairaanhoidon palveluiden kehittäminen vaatii kiinteää alueellisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Erikoissairaanhoidon rooli jatkohoidon alueellisessa kehittämisessä voisi muodostua kuntien peruserikoissairaanhoidon palveluiden kehitystyötä koordinoivaksi. Erikoissairaanhoidon tarpeet jatkohoidon sujuvaan järjestämiseen ovat joka tapauksessa sidoksissa kuntien valmiuksiin järjestää potilaiden jatkohoitoa.

Pohjois-Karjalan alueen kuntien palveluntarpeiden erityispiirteet näkyvät kotisairaalatasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa toiminnan pienimuotoisena toteutuksena ja tietoisena joustavan toimintatavan korostuksena. Toivon, että malli toimii keskustelun herättäjänä ja synnyttää kunnissa pohdintaa kotisairaalatasoiseen hoitoon ja kotiutustiimitoimintaan liittyvästä palveluntarpeesta. Varsinaisen mallin käyttöön ottamista tärkeämpää olisi omaksua mallissa kuvaamani palveluiden järjestämisen kokonaisnäkemys.

Kuvasin luvussa seitsemän mallin toimintaan, käyttöönottoon ja kehittämiseen liittyviä toimintatapoja, koska halusin korostaa niiden merkitystä mallin toiminnan kannalta. Mallin toimintaan, käyttöönottoon ja kehittämiseen liittyviä toimintatapoja olivat esimerkiksi koulutus, arviointi ja palvelun käyttöönottoon liittyvä tiedottaminen. Nämä toimintatavat olivat käytössä varsinkin niissä kunnissa, jotka olivat käyttöönottaneet ja kehittäneet menestyksellisesti vastaavia palvelumuotoja.

Tepponen (2009, 136) esittää tuoreessa väitöskirjassaan kotihoidon suppean ja laajan sisällön. Kotihoidon suppealla sisällöllä hän tarkoittaa henkilökohtaisen hoivan pal-

veluita, kodinhoidon tehtäviä ja virka-aikana tapahtuvia sairaanhoidollisia tehtäviä, jotka sisältävät myös lääkärin palvelut. Hänen kuvaamansa kotihoidon laaja sisältö taas pitää sisällään paljon samoja aineksia, jotka esiintyvät tämän opinnäytetyön tuloksissa ja kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa. Kotihoidon laaja sisältö yhdistää kotihoidon suppean sisällön perustehtäviin myös ennakkoivan ja ehkäisevän toiminnan palveluita, tukipalveluita, gerontologisia sosiaalityön palveluita, kuntoutuspalveluita, palveluiden ympärivuorokautisen saatavuuden, tehostetun kotihoidon palvelut sekä sairaalasta kotiuttamisen tuen palvelut. Tepponen (2009, 135) näkee, että kotihoidon palveluiden suppean ja laajan tarjonnan erot syntyvät toteutuspaikkakohtaisesti henkilöstön osaamisen, asenteiden, työmotivaation ja henkilöstön mitoituksen (paljonko potilaita suhteessa työntekijöihin) eroista. Myös johtamis- ja organisaatiokäytänteet sekä kotipalvelun ja kotihoidon yhdeksi kotihoidoksi integroituminen voivat johtaa siihen, että kotihoitoa tarjotaan joko sen suppeasta tai laajasta sisällöllisestä näkökulmasta.

Kotisairaالاتasoisen hoidon ja kotiutustiimitoiminnan palvelumuodot sijoittuvat tällä hetkellä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliselle harmaalle alueelle, joka ei ole totutusti minkään organisaation ominta toiminta-alueita. Tämän hankalan sijainnin lisäksi kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon prosessit saattavat koostua jopa usean eri organisaation ja toimijan prosesseista. Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen malli hyötyisi prosessiajattelusta, jossa potilaan kulkua palvelujärjestelmässä tarkasteltaisiin yhden, eri organisaatioille ja toimijoille yhteisen potilaan prosessin kautta. Tällä hetkellä eri organisaatiot hiovat omia palvelukohtaisia prosessejaan ja valitettavan usein varsinkin potilas kärsii näiden prosessien yhteensopimattomuudesta. Palveluiden toteuttamiseen liittyvä ajattelu ja palveluita tuottavat organisaatiot muuttuvat hitaasti, ja myös harmaa alue on ylitettävä. Palveluiden kehittäjien kannattaa olla kehityksen edellä sekä potilasprosessikohtaisessa ajattelussa että harmaiden alueiden prosesseihin liittyen. (Melkas ym. 2008, 47; Mäkinen 2006, 48 - 49)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Olen seuraavassa arvioinut opinnäytetyöni luotettavuutta hyödyntäen Kylmän ja Juvakan (2007, 127 - 134) esittämiä laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä. Nämä kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Olen tämän työn myötä perehtynyt laajasti erilaisiin kotisairaالاتasoisen hoidon toteuttamisen tapoihin ja jatkohoidon kehittämiseen liittyviin toimintatapoihin. Ympäristö- ja kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä - hankkeen ympäristö kotihoidon ammattilaisineen oli opinnäytetyön kannalta vakuuttava ympäristö. Hanke loi ajoituksellisesti ja opinnäytetyön tavoitteiden kannalta hyvän tilaisuuden itseäni jo vuosia kiinnostaneen aiheen työstämiseen ja opinnäytetyön toteuttamiseen. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöltä odotetaan konkreettista työelämälähtöisyyttä ja tutkimuksellista perustaa, mutta myös kehittämisosaamista sekä organisaatio- ja yhteiskuntaosaamista. Nämä tekijät ovat hyvin edustettuina tämän työn aihevalinnassa ja toteutuksessa. Pystyin tiivistämään aiheeseen luontevasti myös sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen näkökulman. (Rantanen 2008, 127 - 133.)

Opinnäytetyön aihe oli hyvin laaja, ja sen rajaaminen tuotti haasteita. Jouduin muokkaamaan aihetta ja tutkimustehtäviä aineiston perusteella. Lopputuloksena tutkimustehtävät kuvasivat aineiston kokonaisuutta laajasti, perustellusti ja realistisesti. Opinnäytetyön tulokset olivat yhteneviä aiemman tutkimuksen kanssa ja erityisesti Tepposen (2009, 136) väitöskirjassaan kuvaaman ”kotihoidon toteutuksen laajan sisällön” yhtenevät tulokset paransivat tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Tulosten yhteneväisyyden vaikutus luotettavuuteen kannusti minua erityisesti, sillä minulla oli tilaisuus tutustua Tepposen tuoreisiin tuloksiin vasta opinnäytetyöni kirjoittamisen loppuvaiheessa.

Menetelmävalinnat tukivat hyvin opinnäytetyötä ja toimintaani opinnäytetyön tekijänä. Toimintatutkimuksellisuus menetelmänä paransi opinnäytetyön luotettavuutta, sillä toimintatutkimuksellisuus asettui toteutukseen aiheen ja sen asetelman kannalta

varsin luontevasti. Kuvasin opinnäytetyön asetelmaa (toimijoita ja havainnointiympäristöjä) sen verran kuin niiden kuvaaminen oli eettisesti arvioituna mahdollista. Tämä paransi tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä. Tutkimusjärjestelyt eivät ole kuitenkaan ympäristön tai aineistonkeruun kannalta toistettavissa.

Havainnointi menetelmänä vaati minulta keskittymistä ja omien havaintojeni kriittistä tarkastelua. Tunnistin jo aivan havainnoinnin alkuvaiheessa havainnoinnin haasteeksi sen, että omat uskomukseni pyrkivät päätymään havainnointiin kapeuttaen sitä. Tiedostin myös sen, että havainnointitilanteisiin osallistuneiden ammattilaisten henkilökohtaiset uskomukset saattoivat päätyä havaintoihin ja tutkimuksen tuloksiin. Tätä ehkäisin tarkastelemalla esimerkiksi havaintojen määriä: yhtäläisten analyysiyksiköiden määrä paransi tuloksen luotettavuutta. Havainnointiin keskittyminen, pohdinta ja havaintojen kriittinen tarkastelu esimerkiksi tutkimuspäiväkirjassa helpottivat objektiivisuuttani havaintojani kohtaan. Havainnointi oli mielenkiintoinen ja kokonaisvaltainen aineistonkeruumenetelmä. Oli kiehtovaa todeta, että jos erilaisella taustalla ja elämäkokemuksella varustettu henkilö olisi havainnoinut puolestani, koko opinnäytetyö olisi muodostunut toisenlaiseksi.

Tutkimuspäiväkirjan hyödyntäminen paransi menetelmän uskottavuutta, sillä pystyin hyödyntämään tutkimuspäiväkirjan sisältämiä kuvauksia varsinkin luvun 7 mallissa. Havaintoaineiston kirjaaminen kahteen eri sarakkeeseen (havainnot vasemmalle, omat tulkintani oikealle) paransi mahdollisuuksiani eritellä omat tulkintani aineistosta. Käytäntö paransi tutkimukseni reflektiivisyyttä. Aineiston laadun tarkkailu ja toimintatutkimuksellisten syklien hyödyntäminen tutkimusaineiston keräämisessä (ks. 5.3) auttoivat minua tutkimusaineiston kokonaisuuden hallinnassa ja paransivat osaltaan opinnäytetyöni luotettavuutta. Opinnäytetyön pitkä ajallinen kesto ja tutkimusaineiston luonteva keräämisen tapa vahvistivat sen luotettavuutta. Vuoden kestäneen aineiston keräämisen aikana aihe ja havainnointimenettelyt tulivat tutuiksi. Lisäksi aineisto ehtii jäsenyä luontevasti. (Anttila 2008a, 8.)

Olen tavoitellut hyvää laadullisen tutkimuksen vahvistettavuutta kuvaamalla tarkasti tutkimuksen toteutukseen ja vaiheisiin liittyvät tekijät. Yhteinen kehittämistehtävä Kotiuttamisprosessien kehittämisen tiimin kanssa paransi luotettavuutta. Opinnäyte-

työn kielellinen validiteetti vahvistui siitä, että aineiston kerääminen tapahtui koti-hoidon ammattilaisten keskuudessa. Tiimin jäsenten vahva ammatillinen tausta vaikuttaa myös luotettavuutta parantavasti, vaikka Anttila (1996, 63) muistuttaa toimintatutkimuksen sisäisen ja ulkoisen validiteetin kärsivän rajoittuneen ja usein myös epäedustavan otoksen vuoksi. Realistisesti tarkasteltuna toimintatutkimuksen tuloksilla on merkitystä lähinnä kyseisessä käytännön toteutuksessa. (Hirsjärvi ym. 2008, 226 - 228.)

Vaikka yhteistyömme Kotiuttamisprosessien tiimin kanssa oli hyvää, olisi opinnäytetyön toteutukseen ja toimintatutkimuksellisuuteen liittyvä keskustelu voinut olla säännöllisempää ja avoimempaa. Tämä liittyi siihen, että toimin tiimin jäsenenä, eikä tiimi ollut muodostunut opinnäytetyötäni varten. Tiimin kanssa puutteelliseksi jäänyt tutkimuksellinen vuorovaikutus korjautuu hieman sillä tosiasialla, että vain noin kolmannes tutkimusaineistosta oli tiimin tilanteista kerättyä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka objektiivisesti tutkija pystyy tarkastelemaan aihetta (Hirsjärvi ym. 2008, 226 - 228). Vähäinen kokemukseni kotihoitotyöstä saattaa osaltaan heikentää luotettavuutta, mutta toisaalta objektiivisuuteni aiheen tarkastelussa osoittautui selväksi vahvuudeksi. Erikoissairaanhoidon kokemus auttoi kliinisen osaamisen yhdistämisessä kotisairaالاتasoisen hoidon suunnitteluun. Toiminnan ja sen käytänteiden tarkastelu mahdollistui näin tuoreesta näkökulmasta. Nämä tekijät vaikuttivat myös tutkimuksen uskottavuutta vahvistavasti.

Pyrin tietoisesti vahvistamaan ymmärrystäni kotiin järjestetyn hoidon todellisuudesta ja perehdyin aiheeseen mahdollisimman laajasti. Benchmarking-matka Varkauden kotihoitoon vastasi erittäin hyvin tavoitteeseensa ja paransi näin osaltaan myös opinnäytetyön luotettavuutta. Kotiutustiimitoiminnan kuvaaminen opinnäytetyön teoreettisessa osassa asetti varsinkin kotiutustiimitoiminnan toteutuksen osalta haasteita. Vaikka kotiutustiimitoiminnan toimintatavat ovat valtakunnallisesti voimakkaasti kehittyviä, ne ovat hyvin tuoreita eikä niitä ole juurikaan tutkittu. Tämän vuoksi kotiutustiimitoiminta esiintyy tässä opinnäytetyössä lähinnä tutkimustulosten kautta. (ks. Saaranen - Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aiheen sitominen yhteiskunnallisesti laajaan kontekstiin edistää tutkimuksen luotettavuutta. Tavoittelin luotettavuutta ja realismia opinnäytetutkimuksen tuloksissa ja varsinkin luomassani mallissa. Olen koko opinnäytetyön prosessin ajan kiinnittänyt tietoista huomiota terveeseen kriittisyyteen kaikessa työskentelyssäni ja muistuttanut itselleni, että opinnäytetyön tekijänä vasta perehdyn tutkimuksen tekemiseen. (vrt. Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tämä parantaa osaltaan tutkimukseni reflektiivisyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Opinnäytetyön aihe oli niin ajankohtainen, että pari vuotta kestäneen opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa tehdyt kirjallisuushaut ehtivät jo vaatia päivittämistä. Opinnäytetyön ajankohtaisuus vahvistaa sen luotettavuutta, mutta tämän opinnäytetyön hyödyntämisen elinkaari ei todennäköisesti ole pitkä.

8.3 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Opinnäytetyöni aiheeseen liittyy lähtökohtainen oletus siitä, että jatkohoidon ja kotisairaalasaisen toiminnan kehittäminen on alueellisesti sekä mielekästä että tarpeellista. Kotiutustiimitoiminnan tai kotisairaalasaisen palveluiden kehittämistä voidaan perustella esimerkiksi sillä, että palvelumallit ovat laajasti käytössä maassamme. Olen pyrkinyt tarkastelemaan tutkimukseen liittyvää materiaalia kriittisen tasapuolisesti sen hyödyt ja haitat huomioiden. Lisäksi olen kiinnittänyt raportoinnin huolellisuuteen huomiota koko opinnäytetyön ajan. (Kylmä & Juvakka 2007,154.)

Opinnäytetyön toteutus ei synnyttänyt huomattavia eettisiä ongelmia. Kaikki hankkeessa toimivat olivat mukana ammattinsa ja työnantajansa edustajina, eikä toimijatiimiä muodostettu tämän opinnäytetyön tarpeita varten. Opinnäytetyöhön osallistuminen ei aiheuttanut osallistujille vaivaa tai ylimääräisiä kuluja. Tutkimusluvut haettiin ja saatiin kaikista hankkeeseen sitoutuneista työyhteisöistä. Hankehenkilöstö tiesi tutkimuksesta, ja suurin osa heistä antoi perehtyneesti suostumuksensa hankepäivässä 11.12.2008. Havainnointi ei aineistonkeruumenetelmänä henkilöinyt osallistujia eikä aiheuttanut toimijoille haittaa. Arkaluontoisia tai arveluttavia henkilökohtaisia asioita ei havainnoitu. Tutkimusaineiston analyysissä ja tutkimusraportin kirjoit-

tamisessa suojelin tietoisesti tiedonantajia ja hanketyöhön osallistuneiden persoonallisuutta. Aineiston hyödyntäminen ja säilyttäminen tapahtuivat asianmukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 143 - 155.)

Ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke toimi opinnäytetyön toimeksiantajana, mutta tällä opinnäytetyöllä ei ole tilaajaa. En siis hyötynyt opinnäytetyön tekemisestä taloudellisesti. Opinnäytetyön aiheita pidettiin hankkeen piirissä tärkeänä ja opinnäytetyö lisäsi osaltaan hankkeen tuotosta. Opinnäytetyön laaja alueellinen lupahakumenettely ja opinnäytetyön toistuva esillä olo hankkeen yhteydessä toivat opinnäytetyölle näkyvyyttä, joka paransi osaltaan opinnäytetyöhön liittyvän toiminnan eettisyyttä. (Mäkinen 2006, 79)

Opinnäytetyöni tähtää sosiaali- ja terveydenhuollon painopistemuutosten mukaisesti kotihoidon merkityksen ja toteutuksen lisääntymiseen. Vaikka tulosten perusteella näyttää siltä, että kotihoidon toteutus on vastaavaa laitoshoidoa edullisempaa, hoidon toteuttaminen kotona ei ole kaikille potilaille kaikissa tilanteissa sopiva ratkaisu. Jatkohoidon ja kotihoidon palveluiden kehittämistä ei voida perustella ensisijaisesti kustannuksiin tai hoidon resursseihin liittyvillä syillä. Kotihoidon kehittämisen perustelut liittyvät hoidon kokonaisvaltaisuuden ja potilaslähtöisyyden kehittämiseen. Kotihoidon palveluiden kehittäminen vaatii tuekseen koko palvelujärjestelmän muutosta kotona hoitamista tukevaksi, sillä yksittäiset palveluiden kehittämissuunnitelmat eivät riitä luomaan palvelujärjestelmään siinä tarvittavaa riittävää joustoa. (Andersson 1999, 39; Gylling 2002, 70 - 77.)

Palvelun on menestyäkseen tarjottava potilaalle hänen tarvitsemaansa hyötyä. Turvattomuus, yksinäisyys ja pitkät välimatkat nähtiin myös tämän opinnäytetyön tuloksissa uhkina kotihoidon toteutukselle. Potilaan näkökulmat ohittamalla kotiuttamisen hyöty jää kaikkien osapuolten näkökulmasta tilapäiseksi. Vastoin tahtoaan kotiutetun potilaan turvattomuus vahvistuu hoitojärjestelmää kohtaan koetulla epäluottamuksella, ja epäluottamuksen kokemusten jälkeen on entistä vaikeampaa rakentaa hyvää hoitosuhdetta potilaaseen. Jatkohoito on turvallista ja potilaslähtöistä, kun potilaan tarpeista huolehditaan kokonaisvaltaista ammatillista arviota hyödyntäen (myös Ahoranta & Kettunen 2005, 78).

Kotisairaالاتاسaisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa elämänlaatu ja yhteisöllisyys on kuvattu kuvion alla sitä kokoavana elementtinä. Elämänlaatu ilmeni tässä opinnäytetyössä turvallisuuden, hoitopaikan vaihtamisen harkinnan ja sosiaalisten suhteiden luoman turvan tavoitteluna. Elämänlaadun käsitteellä haluan muistuttaa mallissani siitä, että potilaan tarpeita ei voida ohittaa järjestämällä hänen tarvitsemansa palvelut elämänlaadun peruslähtökohdista piittaamatta. Tässä opinnäytetyössä tunnistetut hoidontarpeen ennakoimisen ja kotikuntoisuuden arvioimisen toimintatavat tukevat elämänlaadun ja yhteisöllisyyden turvaamisen vaatimusta.

Potilaan elämänlaadun ja yhteisöllisyyden turvaamisen ei pitäisi olla yksin sosiaali- ja terveystalveluiden tehtävä. Ihmisten osallistumiseen ja sosiaalisiin kontakteihin on pyrittävä luomaan mielekkäitä mahdollisuuksia kaikissa elämän vaiheissa siten, että yhä harvempi syrjäytyisi. Järjestötoimijoilla ja esimerkiksi seurakunnilla on pitkät perinteet yhteisöllisyyttä tukevien palveluiden järjestäjinä. Tätä yhteisöllisyyden kokemusta, käytännöllisiä ja arkisia toimintatapoja sekä uudenlaisiakin palvelumalleja tarvitaan syrjäytyneisyyden ja vanhusväestön määrän lisääntyessä.

Jatkohoidon kehittäminen on nähtävä ensisijaisesti hoitotyön ammatillisena haasteena. Hoitotyöntekijät osallistuvat käytännössä aina potilaan kotikuntoisuuden ja hänen kotiutumisvalmiuksiensa arviointiin. Hoidon kotona toteuttamisen mahdollisuuksien tarkastelu yhteistyössä potilaan ja hänen omaisensa sekä hoidon toteutukseen osallistuvien tahojen kanssa parantaa hoidon jatkuvuutta ja luo mahdollisuudet hoitoon sitoutumiselle. Samalla hoidon laatu ja hoitoon liittyvä eettisyyden toteutuminen parantuvat.

Omaista ei voida ohittaa potilaan jatkohoidon järjestelyissä. Myös tämän opinnäytetyön mukaan omaisilla on hoitoon sitoutuakseen oltava riittävät tiedolliset ja taidolliset valmiudet osallistuakseen hoito koskevaan päätöksentekoon. Ihmisten yksilölliset ja tilannesidonnaiset valmiudet omaksua asioita vaihtelevat suuresti. Myös haastavasti käyttäytyvä omainen pyritään saamaan mukaan hoitoon ja yhteistyöhön. Apuna tässä työssä voidaan käyttää eri ammattilaisten osaamista.

Hoidon toteuttaminen potilaan kotona ei vähennä lääkärin tai hoitohenkilöstön vastuuta vaan muuttaa heidän kantamansa vastuun luonnetta. Kotisairaالاتasoisen hoidon toteutus ei siis kilpaile perinteisen sairaalahoidon kanssa paremmuudessa, vaan nämä toimintamuodot on nähtävä toisiaan täydentävinä. Tämän näkökulman sisäistäminen vaatii asennetyötä ja aikaa sekä tuekseen potilaiden hyviä kokemuksia. Palveluiden käyttäjien on voitava luottaa saavansa laadukkaita palveluita hoitopaikasta riippumatta. Palveluiden tuottajien taas on uudistettava palvelurakenteita potilaiden tarpeita vastaaviksi.

8.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Alueellisesti tunnistettua kotihoitopainotteisuuden tarvetta kuvaa hyvin se, että laaja joukko alueellisia toimijoita on sitouttanut Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeeseen resurssejaan usean vuoden ajaksi. Hanketoiminnalla tavoitellaan alueellisen kehittymisen käynnistymistä ja kotihoitoa tukevan ajattelun vahvistamista. Myös hankkeeseen liittyvällä tutkimustyöllä on näyttöön perustuva vaikutus organisaatioiden ajattelussa. Kehittämistyöhön osallistuminen ja esimerkiksi tutkimusluvan myöntäminen sitouttaa organisaatioita konkreettiseen kehittämistoimintaan. Opinnäytetyöllä voidaan katsoa olevan merkitystä paitsi käytänteiden kehittämisessä, myös organisaatioiden yhteisiin tavoitteisiin sitouttamisessa. (Marttila & Lyytinen 2008, 154.)

Kotiutustiimitoiminnan ja kotisairaالاتasoisen hoidon palvelumuotoihin liittyvien käsitteiden ja toimintatapojen jäsentymättömyys vaikeutti tämän opinnäytetyön toteutusta. Todennäköisesti samat vaikeudet estävät kotisairaالاتasoisen toiminnan suunnittelua käytännön tasolla. Tämä opinnäytetyö tarjoaa kotisairaالاتasoisesta hoidosta ja kotiutustiimitoiminnasta kiinnostuneille tiedollista tukea toimintatapojen hahmottamiseksi.

Toivon, että opinnäytetyön tuottama tieto edistää myös kotihoidon kehittymiseksi tarvittavaa asennetyötä. Olen tavoitellut opinnäytetyöni tuloksena syntyneessä kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisessa mallissa konkreettisuutta ja realismia siten, että malli muodostuu kehitystyötä tekevien kannalta ym-

märrettäväksi. Konkreettisuus voi edistää mallin tai sen osien hyödyntämistä kehittämisen apuvälineenä, mutta malli on nähtävä tämän opinnäytetyön teoreettisena tuloksena. Sitä ei ole laadittu tilauksesta eikä sen soveltamiselle käytännön toteutuksessa ole suunnitelmia.

Opinnäytetyöni kaltainen laaja ja ajankohtainen kehittämistehtävä synnyttää vaivattomasti jatkokehittämistarpeita. Potilaiden kotikuntoisuuden arvioinnin kehittäminen ja vakiintunut toteutus organisaatioiden välillä ilmenivät selvänä jatkokehittämisen tarpeena. Vaikka itse kotiuttamista ja sen käytänteitä onkin tutkittu, varsinkin päivystyksellisesti hoitoon päätyneiden potilaiden kotiuttaminen ja erikoissairaanhoidon lyhenevien hoitajaksojen vuoksi nopeutunut kotiuttaminen vaativat kotiuttamisen käytänteiden nykyaikaistamista ja kattavien prosessikuvausten laatimista. Myös lääkärin keskinäisten vastuunsiirron toimintatapojen ja konsultaatiokäytänteiden kehittämistä tarvitaan.

Kotiutustiimitoiminnassa tapahtunut nopea kehitys synnyttää selkeitä tutkimuksellisia tarpeita. Kotiutustiimitoiminnan käytänteiden, toiminnan laadun ja tuloksellisuuden tutkimusta ei käytännössä ole saatavilla. Sama koskee myös palvelunohjausta voimakkaasti uudistuvana ja monimuotoisena palvelumuotona. Varsinkin perusterveydenhuollon järjestämä kotisairaالاتasoinen toimintatapa tarvitsee toteutuksen tapoihin ja toiminnan tuloksellisuuteen liittyvää kotimaista tutkimusta.

Hoitotyön koulutukseen ja käytännön toteutukseen kaivataan parempaa toimijoiden välistä vuorovaikutteisuutta ja toisen työn ymmärryksen kautta syntyvää keskinäistä ammatillista arvostusta. Palvelujärjestelmän kokonaisuuden hahmottamisen puutteet ilmenivät niin tässä työssä kuin Kopsen (2003, 116 - 117) tutkimustuloksissa hoitohenkilöstön kehittämistarpeena. Hoitohenkilöstön puutteellinen kyky hahmottaa palvelujärjestelmän kokonaisuutta aiheuttaa paitsi taloudellisia, mutta myös mitä suurimmassa määrin inhimillisiä ja hoidon laatuun liittyviä paineita. Palveluiden laatu ohjaa joka tapauksessa palveluiden käyttöä myös sosiaali- ja terveysalalla. Koen olevani tämän opinnäytetyön myötä tärkeällä asialla tavoittelemassa laadukkaampia ja nykyaikaisempia alueellisia palveluita.

Kotihoidon kehittäminen kotiutustiimitoiminnan tai kotisairaالاتasoisen toiminnan suuntaan tarkoittaa paitsi palvelurakenteiden kehittämistä, myös paremman kotihoitotyön laadun tavoittelua. Kaikkialla kotihoidoissa ymmärretään esimerkiksi turvattomuuden vaikutus kotona selviytymiseen, mutta kotiutustiimitoiminnan keinoin avuntarpeeseen on mahdollista vastata entistä tehokkaammin. Kotiutustiimitoiminta korostaa hoidon turvallisuuden merkitystä, jatkuvuutta, moniammatillista yhteistyötä ja palvelun tuomaa joustonvaraa: kaikki asioita, joihin perinteisesti toteutettu kotihoito kykenisi, jos sillä olisi käytettävissään toimintaan tarvittava jousto ja resurssit. Tilanne on sama kotisairaالاتasoisissa palveluissa ja esimerkiksi kotisaattohoidossa. Kotihoitojen asiakkaiden huonokuntoisuuden vuoksi kotihoidot ovat monin paikoin tilanteessa, joissa arjen hoitotyö vie uuden kehittämiseen tarvittavat voimavarat ja resurssit.

Uusien toimintatapojen kehittämisessä on siis kysymys myös sosiaali- ja terveysalan byrokratian hallitsemisesta ja perinteisesti jähmeiden organisaatioiden muutoskyvykkyyden parantamisesta. Uudet palvelut, kuten kotiutustiimitoiminta ja kotisairaالاتasoisen toiminta, ovat organisaatioiden kotihoidon kehittymispyrkimysten pioneereja. Vuosien päästä voimme arvioida, muodostuuko näistä palveluista sosiaali- ja terveysalan pysyviä rakenteita. Lähtökohtaisesti näissä palvelumalleissa korostuvat sekä asiakaslähtöisyys että joustavuus ja ne edustavat alallaan päivitettyä ajattelutapaa.

LÄHTEET

- Ahoranta, P. & Kettunen, A. 2005. Palveluketjusta turvaverkoksi ikääntyneelle - siirtykö hoidon tarvitsija vai tarvittava hoito? Mikkelin ammattikorkeakoulu A: Tutkimuksia - research reports 16.
- Alaja, K. 2005. Sairaanhoidajat olleet aktiivisia Imatran muutosprosessissa. Artikkel. Suomen Sairaanhoidajaliitto.
https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoidajalehti/4_2005/muut_artikkelit/sairaanhoidajat_ovat_olleet_akti/3.5.2009.
- Andersson, A., Beck-Friis, B., Britton M., Carlsson P., Fridegren I., Fürst C-J., Strang P. & Willman A. Palliatiivisesta kotisairaalahoidosta vastaavana avustajajäsenenä: Miller M., MD. 1999. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering Effekter och kostnader.
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Avancerad-hemsjukvard-och-hemrehabilitering-Effekter-och-kostnader/>. 12.12.2008.
- Alasuutari, P. 1993. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Vastapaino.
- Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Helsinki: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2008a. Onko opinnäytetyöstä kehittämistyöksi? Mistä löytyvät opinnäytetyön metodologiset ratkaisut? Ammattikorkeakoulujen Opinnäytetyö ja ohjaus - seminaari 2008. <http://www.chydenius.fi/pdf/anttilan-kalvot.10.10.2008>.
- Anttila, P. 2008b. Tutkimuksen logiikka ja strategiset valinnat. Esitys 10.12.2008. [http://www.ulapland.fi/includes/280,24,.. abduktiivinen päättely ja systeemien analysointi. 10.10.2008](http://www.ulapland.fi/includes/280,24,..%20abduktiivinen%20paa%20ttely%20ja%20systemien%20analysointi.10.10.2008).
- Anttila, P. 2009. Proseduraaliset eli prosesseja tutkivan toiminnan menetelmät. http://www.ulapland.fi/includes/file_download.asp?deptid=17678&fileid=8140&file=20060307131011.ppt. 14.4.2009.
- Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhanustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus, 133 - 157.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY.
- Gylling, H.A. 2002. Millaisilla arvoilla tutkimusta voidaan perustella. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 70 - 82.
- Hammar, T. 2007. Mallintamisella kotihoidon hyvät käytännöt näkyviksi: tiedonkulku ja yhteistyö kotihoidossa (PALKO - malli). Espoon HOT hankkeen päätösseminaari 1.11.2007. Esitys.
<http://www.hothanke.fi/seminarit/Teija%20Hammar%201.11.2007.ppt>. 1.11.2007.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä J. 1999. Toimintatutkimuksen piirteet. Teoksessa Huttunen R., Moilanen P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus, 25 - 55.
- Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Itä- ja Keski – Suomen aluejohtoryhmä. 2009. Kaste- ohjelman Itä- ja Keski - Suomen alueellinen toimeenpanosuunnitelma. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7908.pdf. 22.4.2009.
- Jester, R. & Turner, D. 1998. Hospital at home: the Bromsgrove experience. <http://ovidsp.uk.ovid.com/tietopalvelu.npc.fi:8080/spb/ovidweb.cgi>. 17.1.2009.
- Kaljunen, L., Sintonen, S., Tuukkanen, V. & Laaksonen P. 2005. Ikäihmisten hoito- ja hoivapalveluiden kehittämiskohteiden tunnistaminen ja priorisointi Imatralla. Lappeenrannan teknillinen yliopisto.
<http://www.tbrc.fi/pubfile/RR%208%20Sintonen%20Sanna.pdf> . 20.10.2009.
- Karjalainen, A. 2002. Mitä benchmarking - arviointi on?
<http://www oulu.fi/w5w/benchmarking/bm.RTF>. 1.10.2009.
- Karvinen M. 2009. Lähellä yötä päivää. Sairaanhoidaja 82 (8), 34 - 36.
- Kivelä H., Seittenranta, S. & Jäntti, R. 2007. Potilaan kotiuttamiseen ja ympärivuorokautiseen hoitoon sijoittamiseen liittyvä yhteistyö Herttoniemen sairaalassa. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2007:3.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kotiin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja, Tampereen Yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5822-2.pdf>. 19.12.2008.
- Kouvalainen, T., Nyström, M., Hirvonen, M., Laatikainen, M., Leppänen, P., Hurskainen, S., Mäkiranta, M., Kinnunen, M., Kainulainen, P., Ihatsu, J., Nykänen, M., Koivula, M., Mantsinen, E., Huttunen, T., Purmonen, J., Potkonen, S., Kortelainen, M., Turunen, M., Mikkonen, V., Valtonen, R., Lonkainen, A., Kummumäki, L., Kinnunen, A-L., Tilli, K., Varhimo – Issakainen, L., Torssonen, L., Kuronen, R. & Tikka, T. 2008. Kotiuttamisprosessien kehittäminen -osahankesuunnitelma. 31.3.2009. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulun Moodle oppimisympäristö. 18.4.2009.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöytä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskus, raporttisarja 2005/2. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leff, B., Burton, I., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Inoye, S. K., Greenough, W. B., Guido, S., Langston, C., Frick, K. D., Steinwachs, D. & Burton, J. R. 2005. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital - level care at home for acutely ill older patients. <http://www.annals.org/cgi/content/abstract/143/11/798>. 16.10.2008.
- Leppänen, P. 2006. Kotiutusohitajan tehtävänkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoitossa. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Sosiaali- ja terveysala, Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.
https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6746/stadia_1147415678_7.pdf?sequence=1. 10.2.2010.

- Liikka, P. 2006. Kotisairaalassa kuolleiden potilaiden omaisten kuvaus ammattihenkilöstöltä saamastaan tuesta. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Pro gradu -tutkimus.
- Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75 - vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede, väitöstutkimus. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514268334/isbn9514268334.pdf>. 1.10.2009
- Mahomed, N.N., Davis, A., Hawker, G., Badley, E., Davey, J.R., Syed, K.A., Coyte, P.C., Gandhi R., & Wright, J.G. 2008. Inpatient compared with home based rehabilitation following primary unilateral total hip or knee replacement: a randomised controlled trial. PubMed: J Bone Joint Surg Am. 90 (8), 1673 - 80. 13.10.2008.
- Marttila, L. & Lyytinen, A. 2008. Opinnäytetyö ammattikorkeakoulun T&K -toiminnan peilinä. Julkaisussa Levonen, J. (toim.) Ylempi ammattikorkeakoulututkiminto - Työelämäläheistä asiantuntemusta kehittämässä. HAMK:n julkaisuja 3/2008, 139 - 154. http://portal.hamk.fi/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_d ocname=1064554.PDF. 15.3.2010.
- Melkas, H., Pekkola, S., Enojärvi, S. & Makkula, S. 2008. Vanhusten hyvä kotona asuminen; tutkimusta kuntatuottavuudesta, älykodeista ja apuvälineprosesseista. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38277/isbn9789522145871.pdf?sequence=1>. 1.10.2009.
- Molander, G. 2002. Kuoleman hoitaminen kotisairaalassa. Suomen Lääkärilehti 57 (35), 3387.
- Mäkelä, M., Häkkinen, U., Juslin, B., Koivuranta - Vaara, P., Liski, A., Lyytikäinen, M. & Laine J. 2007. Sairaalasta kotiin asti. Erikoissairaanhoidossa alkanee hoitajaksetjut pääkaupunkiseudun kunnissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T3-2007-VERKKO.pdf>. 20.3.2010.
- Mäkinen, S., Valve, R., Pekkarinen, S. & Mäkelä, T. 2006. Kuinka uudistamme palvelujärjestelmää? Innovatiivisella prosessien kehittämisellä kohti laadukkaampia ja tuottavampia vanhusten palveluja. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso. Helsingin yliopiston koulutus ja kehittämiskeskus Palmenia. Verson julkaisuja 3/2006. <http://www.lut.fi/fi/lahti/publications/2006/Documents/Tuottavuushankkeen%20raportti%20lopullinen.pdf>. 20.4.2009.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nykänen-Juvonen, S. & Pakarinen T. 2009. Kotiutusprosessi asiakaslähtöiseksi sosiaali ja terveydenhuollon peruspalveluissa - kotiutusprosessikuvaus kehittämistyön tueksi. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma.
- Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P. & Teperi J. 2003. PALKO - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Stakes Aiheita 27/2003. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita27-2003.pdf>. 12.12.2009.

- Perälä, M-L., Gröönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus STAKES. Helsinki. Raportteja 8/2006.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58 - 69.
- Rantanen, T. 2008. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö ja työelämän kehittämisen metodologia. Julkaisussa Levonen, J. (toim.) Ylempi ammattikorkeakoulututkinto - Työelämäläheistä asiantuntemusta kehittämässä. HAMK:n e- julkaisuja 3/2008, 127 - 139.
http://portal.hamk.fi/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_d_ocname=1064554.PDF. 12.10.2008.
- Saaranen - Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimuksen arviointi - reflektointia. Luku 3.3.3. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. 28.4.2009.
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005 (121), 203 - 209.
- Saario, A. 2004. Asiakkaan kotiutuminen ja kotihoito Kotkassa osana PALKO - projektia. Projektin loppuraportti. Kotkan kaupunki, sosiaali- ja terveysviraston julkaisuja.
www.kotka.fi/showattachment.asp?ID=3941&DocID=2626.
- Sariola, S. 2001. Kotisairaaloiminta laajenee nopeasti. Suomen Lääkärilehti 56 (17), 1874.
- Shepherd, S., Doll, H., Angus, R., Clarke, M., Illiffe, S., Kalra, L., Ricauda, N A. & Wilson, A. D. 2008. Admission Avoidance hospital at home. Cochrane database of systematic reviews 2008: Issue 4, Art. CD007491.
6.10.2008.
- Sisäasiainministeriö. 2007. Maakuntaohjelmat 2007 - 2010. Tiivistelmät, s.74 - 80, Pohjois-Karjala.
[www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/895effdd856adc82c22572b30029abbd/\\$file/maakuntaohjelmat_20072010_tiiivistelmat.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/895effdd856adc82c22572b30029abbd/$file/maakuntaohjelmat_20072010_tiiivistelmat.pdf) .
22.4.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Julkaisu ja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Kehittämishjelmat ja hankkeet.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet. 23.4.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf. 12.3.2010.
- Sotkanet. 2010. Tilastot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>. 18.3.2010.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Tanskanen, A. 2008. Sisällön analyysi hoitotieteessä. Tuumasta tekstiksi. Perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>
12.10.2009.

- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171.
<http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf>.
 30.3.2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turunen, M.-S. 2007. Terveystieteiden Pohjois-Karjalan mallin II vaihe; Erikoissairaanhoidon jälkeiset jatkohoitojärjestelyt. Loppuraportti. Pohjois-Karjalan sairaanhoidon ja sosiaalityön kuntayhtymä.
www.pkssk.fi/projektiyksikkö/raportit. 22.4.2009.
- Turunen, M.-S. 2008. Erikoissairaanhoidon jälkeiset jatkohoitojärjestelyt. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkoston kehittämispäivä 21.5.2008. PKAMK, Luentomateriaali.
- Valtioneuvosto. 2007. Hyvinvointipolitiikka. Hallitusohjelma.
www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio040507.pdf. 51 - 54. 12.2.2009.
- Vilkman S., Nyberg, A., Poussa, T. & Ranta, P. 2001. Keuhkohtaumataudin (COPD) akuutin pahenemisvaiheen hoito kotisairaalassa. Suomen Lääkärilehti 56 (43), 4387 - 4391.
- Villikka, M. 2007. Hoitoketjun kustannukset perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon: Case Lappeenranta ja Imatra. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Tuotantotalouden osasto.
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/30294/TMP.objres.592.pdf?sequence=1>. 20.3.2010.
- Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Pro gradu - tutkielma.
- Voutilainen, P., Raassina, A.-M. & Nyfors, H. 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2008:47.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf. 12.3.2009.
- Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä - hanke. 2008. Hankkeen esite.
<http://www.ncp.fi/tutkimus&kehittaminen/sotekeskus/Kotihoito24.pdf>.
 20.3.2010.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueen kuntien yli 75 – vuotiaiden asumispalveluiden toteutuminen

A	B yhteensä 2007	C yhteensä 2008	D yhteensä 2007	E yhteensä 2008	F yhteensä 2007	G yhteensä 2008	H yhteensä 2007	I yhteensä 2008
Heinävesi	92,9	93,8	0	0	1,4	1,4	5,7	4,8
Ilomantsi	89,5	87,8	4,2	4,1	1,2	2,4	9,1	9,7
Joensuu	91,4	91,1	3,6	3,7	2,1	3	6,4	5,9
Juuka	88,9	87,9	0	0	5,8	5,4	5,3	6,7
Kesälahti	86,7	86	2,7	3	8,8	10,1	4,5	4
Kitee	88,8	89,5	0		6,7	6,7	4,4	3,7
Kontiolahti	95,2	95,7	9,4	9,5		0	4,6	4,3
Lieksa	90,1	89,1	1,4		3,4	4,6	6,5	6,3
Liperi	89,9	90,7	0	0	2,9	2,6	7,1	6,7
Nurmes	89	86,6	5,4	3,3	4,8	7,1	5,9	6,2
Outokumpu	88,2	88	0		3,5	3,2	8,2	8,7
Polvijärvi	90	89,6	5,8	6,6	0		10	10
Rääkkylä	88,5	87,1	1,9	2	8,5	10,1	3	2,2
Tohmajärvi	90,1	88			6,4	8,5	3,4	3,3
Valtimo	84,5	84,5	0	0	8,3	9	7,1	6,3

B-C: Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä

D-E: Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä

F-G: Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä

H-I: Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä

Opinnäytetyön toimeksianto



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä - hanke

Yhteystiedot: Henna Myller; projektipäällikkö P-K:n amk, Tikkarinne 9, 80200 Joensuu, 050 4387548

Sähköpostiosoite: henna.myller@pkamk.fi

OPISKELIJA Mari Hirvonen, PKAMK, YAMK TJYS07

Yhteystiedot: mari.hirvonen@pkssk.fi, puh. 050 345 8824

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Toimeksianto YAMK- opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyö käsittelee kotisairaala kotisairaالاتasaisen hoidon alueellista kehittämistä. Menetelmänä käytetään laadullista toimintatutkimuksellista otetta.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Toimeksiantaja

Opiskelija voi kopioida hankkeen kustannuksella opinnäytetyöhön liittyvää materiaalia Tikkarinteen monistamon koneella tai vaihtoehtoisesti saada kopiopaperia.

Tarvittavat opinnäytetyöhön liittyvät (kehittämistiimin tapaamiset Joensuun ulkopuolella) matkat opiskelija voi laskuttaa halvimman kulkuneuvon mukaisesti.

Opiskelijasta


Opiskelija luovuttaa valmiin opinnäytetyön viimeistään keväällä 2010 hankkeelle.

1 kpl paperiversiona muovikansissa ja sähköisesti/muistitikulla. Opiskelija antaa luvan laittaa opinnäytetyö Moodle - oppimisympäristöön hankkeessa olevien toimijoiden käyttöön. Valmiin opinnäytetyön opiskelija esittelee hanketoimijoille erikseen sovittavana ajankohtana.

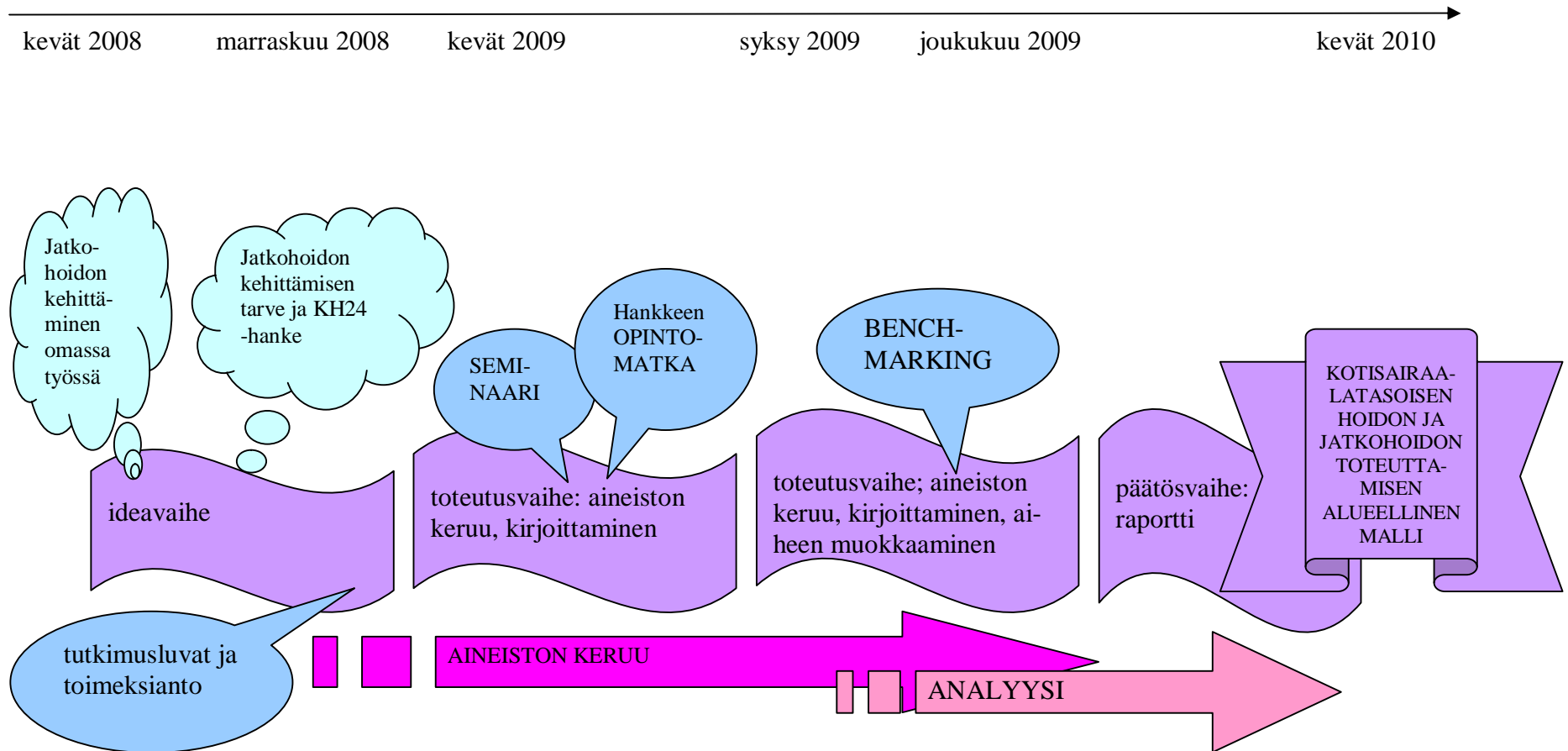
Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Erja Moore _____

Päiväys ja allekirjoitukset
Joensuussa 15.1.2009


Toimeksiantajan edustaja


Opiskelija

Opinnäytetyön prosessi



**Ympärivuorokautisen hoidon toteuttaminen seudullisena verkostoyhteistyönä
-hankkeessa mukana olevat tahot:**
(helmikuussa 2009)

Heinäveden kunta
Ilomantsin kunta
Joensuun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi
Kontiolahden kunta
Lieksan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi
Liperin kunta (Outokumpu), sosiaali- ja terveystoimi
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi Helli – liikelaitos / Kiteen kaupunki
Hoitokoti Apilarinne, Ilomantsi
Hoitokoti Omena Oy, Ilomantsi
Hoitokoti Pikkupiha tmi, Tohmajärvi
Hoitokoti Piritta Oy, Joensuu
Hoitokoti Tanhuttila Oy, Lieksa
Johanneskoti Oy, Heinävesi
Kiteen Kanervikkola – koti Oy, Kitee
Kuntoutus-, koulutus- ja asuntosäätiö (Leväniemen toimintakeskus), Heinävesi
Mummon Turva Oy, Joensuu
Pohjois-Karjalan Pelastuslaitos / Ensihoidopalvelut
Tuuliharjun Hoiva Oy (Hyvinvointikeskus Tuuletari), Uimaharju
Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry.
Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry.
Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys ry.

Asiantuntijoina yhteistyössä:
Perhehoitokoti Mielikki, Joensuu
Lieksan Pietari – Apteekki, Lieksa
Hoito- ja viestintäteknologian yrityksiä

Osahankkeen tavoitteet. Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeen Kotiuttamisprosessien kehittäminen -osahanke: Kouvalainen ym. 2008

OSAHANKKEEN TAVOITTEET

Osahankkeen tavoitteet ovat jakautuneet neljään eri päätavoitteeseen ja niiden alaisiin osatavoitteisiin. Osa tavoitteista liittyy suurelta osin käytännön hoitotyön toimintaan, johon meillä on selkeät mahdollisuudet vaikuttaa, mutta joukossa on myös suurempia tavoitteita, joihin pääsemiseksi tarvitaan johtotason päätöksiä ja osallistumista. Koska haluamme kehittää todellisia kotiutuskäytäntöjä ja kotihoitoa, tavoitteemmekin tukevat sitä, vaikka niiden toteutuminen onkin haasteellista.

Tavoite 1. Tietoisuus perusterveydenhuollon toimintamahdollisuuksista lisääntyy erikoissairaanhoidossa ja tämä tulee edistämään suoraa kotiutusta

Osatavoitteet ovat:

- Perusterveydenhuollossa toimivat palvelurakenteet, tehtäväkuvaukset ja kuntien palvelut selkeytyvät erikoissairaanhoidon toimijoille
- Luodaan sähköinen, organisaatorajat ylittävä hakemisto perusterveydenhuollon tarjoamista hoitomahdollisuuksista ja yhteystiedoista

Tavoite 2. Kotihoito on ensisijainen jatkohoidon muoto mahdollisimman monelle

Osatavoitteet ovat:

- Avataan potilaan kotihoitopolku eri toimijoiden välillä
- Luodaan kotisairaالاتasoisen hoidon toteuttamisen malli. (opinnäytetyö)
- Kotihoitoa tukeva ajattelumalli ja sitä tukeva eri hoitavien tahojen asenne vahvistuu hoitoyksiköissä (lääkärit, hoitajat, potilaat ja omaiset)

- Palliatiivisessa projektissa esille tulleiden hyvien hoitokäytänteiden tietoinen käyttöönotto lisääntyy kaikissa yksiköissä (mm. saattohoitopäätös, hoitopalaverit)
- Ennakoivan kotiuttamiskäytännön huomioiminen hyvissä ajoin ennen varsinaista kotiutusta

Tavoite 3. Potilaan turvallinen siirtyminen

Osatavoitteet ovat:

- Aukoton tiedonkulku siirtoyksiköiden ja hoitavien tahojen välillä (esim. hoitolinjat ja hoitovastuu)
- Palautekäytännön laadullinen yhtenäistyminen ja ohjaussisällöllinen kehittyminen tukevat potilaan onnistunutta siirtymistä eri hoitoyksiköiden välillä

Tavoite 4. Ympäri vuorokautinen kotihoito mahdollistaa kotihoidon onnistumisen

Osatavoitteet ovat:

- Selkeät konsultaatiokäytännöt tukevat kotona tapahtuvaa hoitoa (mm. tukiosasto)
- Kotihoidon osaaminen tukee kotona tapahtuvaa hoitoa
- Joustavuus, potilaslähtöisyys ja mahdollisuus hoitajan oman asiantuntemuksen käyttöön ja päätöksentekoon mahdollistavat potilaan kotona pärjäämisen
- Kotisairaanhoidajien varallaolo/päivystys – toimintamallia kehitetään kunnille ympärivuorokautisen kotihoidon järjestämisen tueksi
- 3-sektorin ja yksityisten hoivapalvelun tarjoajien asiantuntemus tulee tutuksi ja heidän toiminta tukee tarvittaessa kotona tapahtuvaa hoitoa

Tutkimuslupahakemus

Vastaanottaja

14.02.2009

Mari Hirvonen
sairaanhoitaja, xx
xxx xxx xxx.fi
puh. xxx xxx xxxx
os. xxxxxxxxxxxx
xxx xxxxxxxxxxxx

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulussa ja haen tutkimuslupaa tutkintooni liittyvälle opinnäytetyölle. Teen opinnäytetyöni toimeksiantona Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeelle. Haen tutkimuslupaa organisaatiostanne, sillä hanketyöskentelyssä on mukana teidän toimijoitanne.

Sairaalahoidolle vaihtoehtoisen hoidon sekä tehostetun kotihoidon tasoisen jatkohoidon tarve on Pohjois-Karjalan alueella ilmeinen. Kotisairaalatasoisen hoidon järjestämisellä tarkoitan näiden erilaisten toimintatapojen sujuvaa ja tuloksellista soveltamista alueellisesti. Olen erityisesti kiinnostunut terveydenhuollon toimintojen kehittämisestä asiakaslähtöisemmiksi, toimintatavoiltaan nykyaikaisemmiksi ja vaikuttavammiksi.

Opinnäytetyönäni luon kotisairaalatasoisen hoidon toteuttamisen alueellisen mallin. Tutkimusotteeni on laadullinen ja hyödynnän työssäni toimintatutkimuksellista otetta. Aineiston kerään hankkeen piiristä monimenetelmäisesti. Aineisto koostuu soveltuvien osin kaikesta hankkeen tuottamasta materiaalista sekä osallistuvan havainnoinnin keinoin hanketyöskentelystä sekä benchmarking -käynnin aikana keräämästäni materiaalista. Lisäksi käytän aineistonani tutkimuspäiväkirjaa. Aineiston analysoin aineistolähtöisesti. Hyödynnän aiheen tarkastelussa laajasti kirjallisuutta sekä kotimaista ja kansainvälistä tutkimusta.

Tutkimussuunnitelma on ohessa liitteenä. Tutkimuslupahakemukseen voitte vastata sähköpostitse tai kirjallisesti.

Yhteistyöterveisin

Mari Hirvonen

Ote tutkimusaineistosta

Terveyskeskusten potilaat värtin huonokuntoisia,
 jos mahdollisuus kotihoitoon, se pyritään järjestämään
 kotiutushoitaja ja kotiutustimi niiden tukena,
 joiden kotona perijämiehistä ei ole varmuutta
 kotisairaalan toimi tukee alkuun kotiuttamista
 noin pari viikkoa
 Tekninen ~~työ~~ työn alla: tarvitaan se joku take-
 mään ^{tuksi} ne muutokset
 Sairasneuvoston myöskin tarjota, hyvin turva
 Yhteistyötartot hyvin tarkeitä, myöskin sairaala-
 pastorit yms.
 Fysioterapia sairaaloidet tms. käyttävä muilla
 fys. terap. Käy tekemään arvioita
 Apteekki säilyttää kipupumpit ja tärkeitä ne
 Omatiet: Kohokuoleman jälkeinen kotihoito
 Kommunikointi vapaata kotioloissa
 Kiitollista MOTA!

duonuu tarpeen

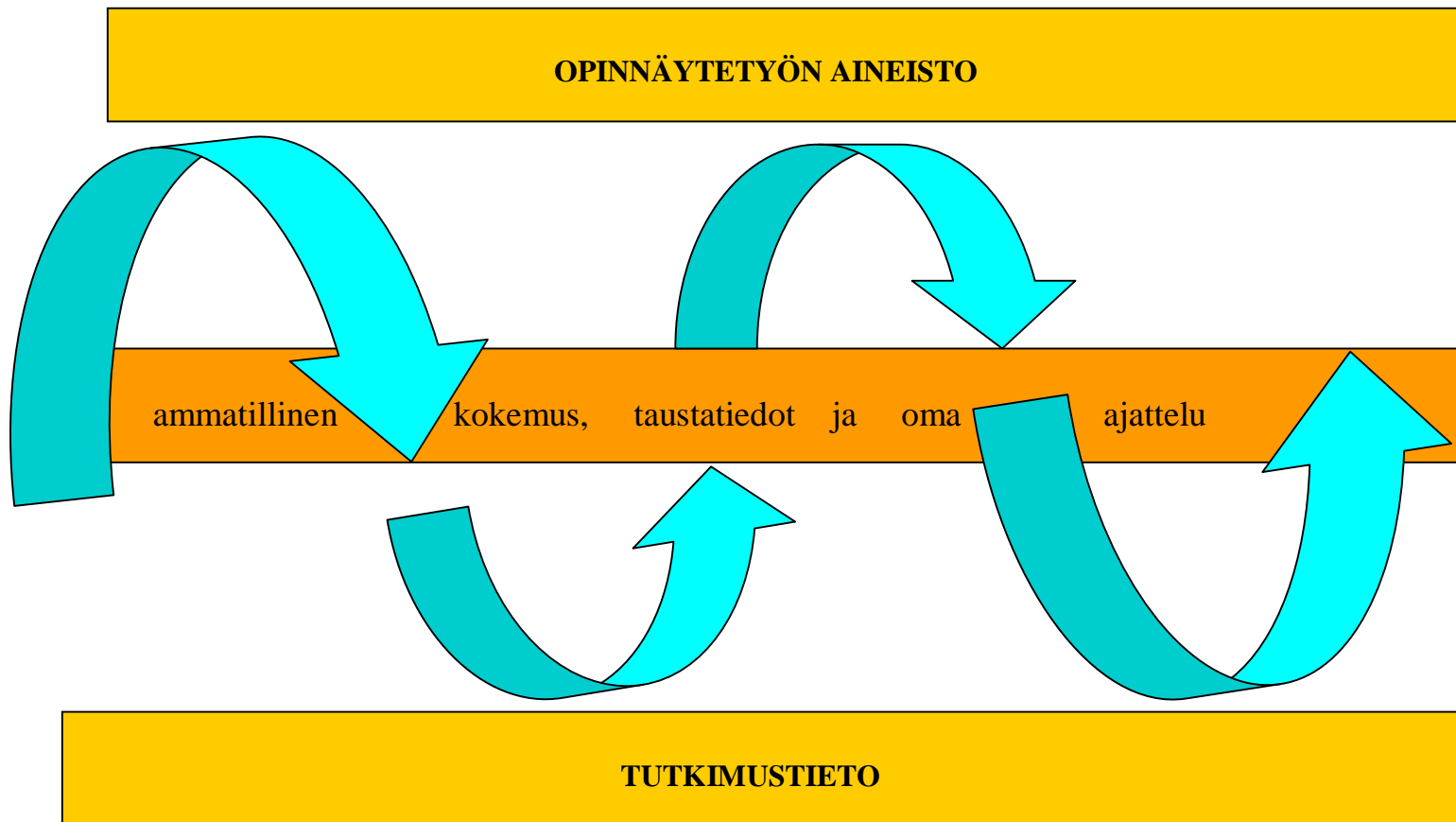
Esimerkki aineiston analyysistä: Yläluokan 6.5.3 Lääkariyhteistyö muodostuminen

ALKUPERÄIS- TEKSTIN AL- LEVIIVAUKSET	PELKISTETYT ILMAUKSET	RYHMITTELY ALA- LUOKKIIN	RYHMITTELY YLÄLUOKKIIN
XXXXXXXXXX	lääkärin sitoutuminen toimintaan tärkeää	Lääkärin rooli toiminnan kannalta	LÄÄKÄRI- YHTEISTYÖ
XXXXXXXXXX	lääkärijohtoisuus toiminnassa		
XXXXXXXXXXXX	lääkärin rooli keskeinen menestyvässä toiminnassa		
XXXXXXXXXXXX	lääkärin rooli toiminnan suunnittelussa tärkeä		
XXXXXXXXXXXX	lääkärin rooli toiminnan perustamisessa tärkeä		
XXXXXXXXXXXX	lääkärin rooli toiminnan ylläpitämisessä tärkeä		
XXXXXXXXXX	lääkärin tehtävään kuuluu vastuu toiminnasta		
XXXXXXXXXX	lääkärin tehtävään kuuluu vastuu potilaiden hoidosta		
XXXXXXXXXX	lääkäreiden keskinäisen tiedonkulun kehittäminen sähköisten konsultaatiokäytänteiden avulla		
XXXXXXXXXX	lääkäreiden keskinäisen yhteistyön kehittäminen		
XXXX	hoitovastuun siirtymisen kehittäminen lääkäreiden välillä		
XXXXXX	lääkärin sitoutuminen kotiuttamistoimintaan tärkeää		
XX	lääkäreiden ja hoitohenkilöstön välisen yhteistyön menettelyistä sopiminen		
XXXXXXXXXXXX	vikamittarien käyttäminen hoidon aloituksen nopeuttamiseksi		
XXXXXX	lääkärien ja hoitohenkilöstön välisten yhteistyösopimusten tekeminen		
XXXXXX	lääkärien ja hoitajien välisten työnjakosopimusten tekeminen		
XXXXXX	lääkäri mukana potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisessa		
XXXXXX	lääkärin laatimat hoidon linjaukset tärkeitä potilaan jatkohoidon kannalta	Lääkärien toimintatapoja hoidon toteutuksessa	
XXXXXX	lääkärit määrittelevät kotisairaaloiden potilasaineksen		
XXXXXXXXXX	lääkäri tapaa kaikki kotisairaalan potilaat jossakin vaiheessa		
XXXXXX	lääkäri voi tavata potilaan tämän kotona		
XXXXXX	lääkäri kiertää kotisairaalan potilaat papereiden perusteella päivittäin		
XXXXXX	lääkärin liikkuvuus edistää potilaiden ja omaisten resursseja		
XXXXXX	ennaltaehkäisevä ote lääkärin toiminnassa		
XXXXXX	lääkärin rooli hoitohenkilökuntaa konsultoiva		
XXX	lääkäri arvioi potilasta		
XXXXXXXXXXXX	lääkäri tekee toimenpiteitä		
XXXXXXXXXXXX	lääkäri keskustelee odotettavissa olevista ongelmista		
XXXXXX	lääkäri tarkistaa lääkelistat säännöllisesti		
XXXXXXXXXXXX	lääkäri ennaltaehkäisee lääkehaittojen syntymistä toiminnallaan		
XXXXXX			

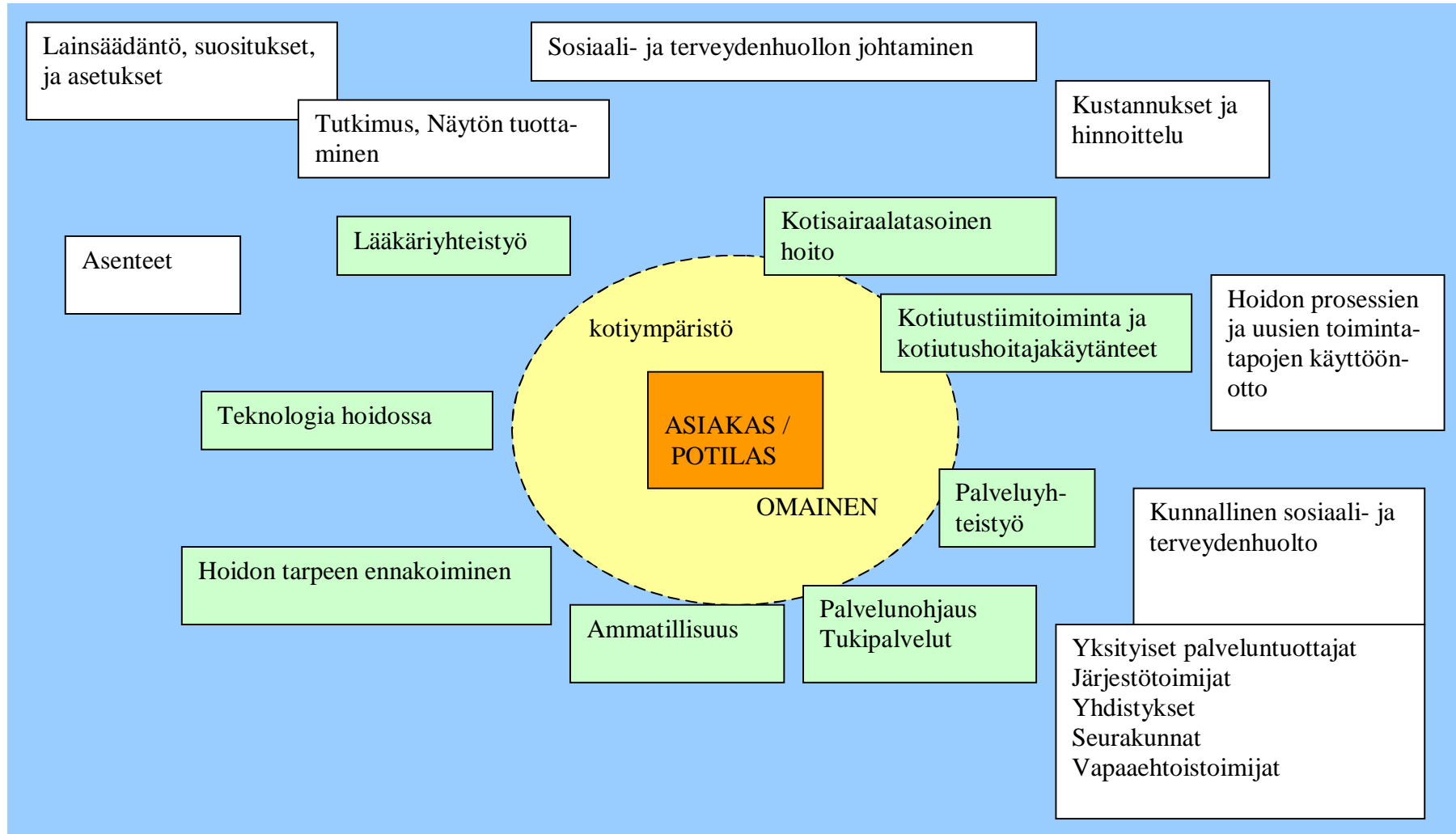
Tulosluvun rakentuminen

YLÄLUOKAT (toisen tason alaotsikot: 6.x.x)	TUOSLUVUN ALAOTSIKOT (ensimmäisen tason alaotsikot: 6.x)	TUOSLUVUN YLÄOTSIKKO
Kotiutumisen kehittäminen	Kotiutumisen haasteisiin vastaaminen ja kotisairaالاتasoinen toiminta	KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON TOIMINTATAVAT
Kotisairaالاتasoinen toiminta		
Kotihoitoympäristö	Koti hoitoympäristönä	
Omaiset		
Kotikuntoisuuden arviointi	Hoidon tarpeen ennakoimiseen liittyvät toimintatavat	
Hoidon tarpeen ennakoiminen		
Palveluyhteistyö	Hoidon palveluiden tuottaminen ja palveluyhteistyö	
Hoidon palveluiden tuottaminen ja kehittäminen		
Palvelunohjauksen kehittäminen		
Hoitotyön johtaminen ja esimiestyö	Hoitotyön ja lääkärin ammatillinen toiminta	
Hoitohenkilöstön ammatillinen toiminta		
Lääkäriyhteistyö		
Palveluiden kustannukset ja hinnoittelu	Palveluiden kustannukset ja hinnoittelu	

Abduktiivisen analyysin käyttäminen Kotisairaala- ja jatkohoidon toteuttamisen alueellisen mallin luomisessa



Potilas kotihoidon toimintatapojen kentässä



Kotisairaالاتasaisen hoidon ja jatkohoidon kehittämisen alueellinen malli

