



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOTIIN TUOTETTAVIEN SAIRAANHOITO- PALVELUIDEN TOTEUTTAMISEN MALLIT

Kirjallisuuskatsaus

Tiina Käki

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KÄKI, TIINA:

Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella kartoittaa kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteutumisen muotoja. Tutkimuskysymyksellä selvitettiin, minkälaisilla hoidon tarpeilla kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut olivat mahdollisia toteuttaa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kotiin tuotettavista sairaanhoitopalveluista terveydenhoitoalan opiskelijoille ja tarjota lisätietoa sen mahdollisuuksista terveydenhoitoalan ammattilaisille. Opinnäytetyö tehtiin Tampereen ammattikorkeakoululle.

Tuloksissa ilmeni, että kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut jakautuivat pitkäaikaissairausten hoitoon, kuolevan potilaan hoitoon, akuuttiin hoitoon ja tukihoitoon. Mahdollisuudet kotisairaalahoitossa näyttäytyivät monimuotoisina ja ne kehittyivät koko ajan. Hoidon turvallisuus ja tehokkuus olivat avainsanoja hoidon toteuttamisen malleissa, jotta niitä voitiin rinnastaa sairaalatasoiseen hoitoon. Potilaan valinnanvapautta hoitopaikastaan tuli kunnioittaa, mutta asenteisiin kotisairaalatoimintaa kohtaan voitiin yrittää vaikuttaa. Tulokset kohdistuvat tässä opinnäytteessä suurimmalta osin kansainväliseen kotisairaalatoimintaan, joten ne voivat erota Suomen kotisairaalatoiminnasta.

Kotiin tuotettavilla sairaanhoitopalveluilla voitiin hoitaa potilaita eri ikäluokista ja hoidon tarpeista riippumatta. Kustannukset kotiin tuotettavissa sairaalalapsuissa ilmenivät huomattavasti pienempinä summoina verrattuna sairaalahoitopäivien hoitokustannuksiin. Kustannusvaikutukset ovat yksi tärkeä näkökulma kotisairaalalapsuista kehittäessä. Kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut tulevat näkymään tulevaisuudessa yhä enemmän omaishoitoa ja potilaan omahoitoa tukevana, joita kotisairaalan hoidon ammattilaiset tukevat opetuksen ja asiantuntijuuden kautta.

Asiasanat: kotisairaala, hoitotarve, erikoissairaanhoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KÄKI, TIINA:

The implementation models of home based health care services
Literature review

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 4 pages
November 2017

The purpose of the thesis was to gather evidence-based information about the implementation models of home based health care services through a descriptive literature review. The research question investigated that what kind of needs for treatment were possible to implement with home based health care services. The aim was to provide evidence-based information on home based health care services for students in health care and to provide more information on its opportunities for healthcare professionals. This thesis was done for Tampere University of Applied Sciences.

The results showed that home based health care services were divided into long-term illnesses, palliative and terminal care, acute care and supportive care. The possibilities in hospital at home appeared manifold and they developed all the time. Treatment's safety and efficacy were the key words in the implementation models of care in order to be equated with hospital based care. Patient's freedom of choice from his place of care was respected, but attitudes towards hospital at home care could be attempted to influence. In this thesis the results were mainly focused at international hospital at home care so they can differ from the Finnish hospital at home care.

Home based health care services could be used to treat patients regardless of the age groups and the needs of their care. The cost of home based health care services was significantly lower than the cost of treatment for hospital days. Cost impact is an important aspect of developing home based health care services. In the future home based health care services will support more and more patients self-care and dependent care for patient by home care professionals through teaching and expertise.

Key words: hospital at home, the need for care, specialized health care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KOTIIN TUOTETTAVAT SAIRAANHOITOPALVELUT	6
	2.1 Kotisairaaloiminta.....	6
	2.2 Kotisairaanhoito.....	7
	2.3 Kotihoito	7
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	8
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	9
	4.1 Kirjallisuuskatsaus	9
	4.2 Aineisto.....	10
	4.3 Sisällönanalyysi	13
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	15
	5.1 Pitkäaikaissairauden hoito	16
	5.2 Kuolevan potilaan hoito.....	18
	5.3 Akuutti hoito	19
	5.4 Tukihoidot.....	24
6	POHDINTA.....	28
	6.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi	28
	6.2 Luotettavuus.....	29
	6.3 Eettisyys.....	30
	6.4 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	30
	LÄHTEET.....	35
7	LIITTEET.....	37
	Liite 1. Tutkimustaulukko	37

1 JOHDANTO

Kotisairaalahoito osana kotiin tuotettavia sairaanhoitopalveluja on terveydenhuoltolain mukaan osa perusterveydenhuoltoa (1326/2010). Se tarjoaa mahdollisuuden siirtää sairaalapalvelut kodin ympäristöön, joka ennaltaehkäisee tai vähentää potilaan turhaa sairaalassaoloaikaa ja tarjoaa potilaalle tutun toipumisympäristön, jossa häntä hoidetaan yhtä turvallisesti ja tehokkaasti kuin sairaalassa. Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen on tutkittu vähentävän akuuttihoito-osastojen kuormitusta, sairaalapäivien määrää ja sairaalahoidosta aiheutuvia kuluja, tarpeettomia hoitajaksoja sairaalassa, sairaalainfektioiden määrää sekä iäkkäiden potilaiden sekavuutta ja hämmennystä. (Lee & Titchener, 2017, 20-21.)

Kun ikääntyvän väestön määrä kasvaa, sairaalaresurssit ovat kovan paineen alla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Kotihoidon palveluissa erityissairaanhoidon palveluja kehitetään kohtaamaan iäkkäiden ihmisten hoidon tarpeita, jotta kotona asuminen olisi mahdollista, ja hoitokuluja saataisiin laskettua (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017). Potilaslähtöisesti ajatellen kotisairaalahoito on linkitettävissä parempiin hoitotuloksiin, kivun ja levottomuuden vähentymiseen, potilaan toiveen toteutumiseen tulla hoidetuksi kotona sairaalan sijaan ja sen myötä henkisen hyvinvoinnin edistämiseen (Lee & Titchener, 2017, 21). Sairaala on kliininen hoitoympäristö, jossa potilas usein asettuu autettavan rooliin, unohtaen omat voimavaransa, sillä sairaalaolosuhteet usein ajavat siihen tilaan. Sairaalaympäristö tarjoaa yksilöstä riippuen toisille turvaa, toisille taas mielen sairastuttavaa ympäristöä.

Kotisairaalahoidon mahdollisuudet nyt ja tulevaisuudessa voivat edistää sairaalahoidon laajentamista kodin ympäristöön, tai korvata sairaalahoidon kokonaan. Haluan selvittää, mitä kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen eri toteutumisen mallit pitävät tällä hetkellä sisällään. Kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut pitävät käsitteinä sisällään myös kotisairaanhoidon ja kotihoidon. Tässä opinnäytetyössä käsitellään kuitenkin tarkemmin kotisairaalatoimintaa ja sen toteuttamisen malleja, osana kotiin tuotettavia sairaanhoitopalveluja, ja niistä puhutaan opinnäytetyössä samana, laajempuna yläkäsitteenä. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteutumisen muotoja.

2 KOTIIN TUOTETTAVAT SAIRAAHOITOPALVELUT

2.1 Kotisairaaloiminta

Käsitteenä kotisairaaloimintaa on kuvailtu ensimmäisen kerran Britanniassa vuonna 1958, jolloin potilaan kotia ehdotettiin mahdolliseksi hoitoympäristöksi tietyille kliiniksille sairaalahoitotoimenpiteille. Sen jälkeen monet maat ovat kehittäneet omanlaisen hoitokokonaisuuden kotiin tuotettavista sairaanhoitopalveluista osana terveydenhuoltoa, ja tulokset niiden hyödyistä ovat olleet varsin positiivisia. (Lee & Titchener 2017, 19.) Suomessa ensimmäiset kotisairaaloimintaa harjoittavat palvelut perustettiin 1990-luvun puolivälissä, Ruotsin hoitomallia mukailten (Hägg ym. 2007, 16).

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) kotisairaalahoidon määrittely on tehostettu kotisairaanhoidoksi, joka on määräaikaista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä toteuttamaa hoitoa. Kotisairaaloiminta on kehitetty palveluksi, jolla hoidetaan potilaita kotona sairaalahoidon ehkäisemiseksi tai sairaalasta kotiutuksen nopeuttamiseksi. Sen on todettu tarjoavan vähintään yhtä tasokasta hoitoa kuin akuuttihoitotyö sairaalassa, kun otetaan huomioon potilaiden sairastavuus ja kuolleisuus. (Lee, Pickstone, Facultad & Titchener, 2017, 174.) Kotisairaalassa hoidetaan potilaita moniammatillisesti akuutin voimien huononemisen seurauksena lyhyen hoitajakson ajan, siihen asti, kunnes potilas toipuu aiemman terveydentilansa tasolle (Lee & Titchener, 2017, 18).

Tampereen yliopistollinen keskussairaala tarjoaa ympärivuorokautista kotisairaalahoidoa tamperelaisille ja lähikunnissa asuville lapsipotilaille heidän kotonaan. Lapsi, joka on tutkittu lääkärin toimesta poliklinikalla tai lastentautien osastolla, voi päästä kotisairaalan potilaaksi, jos lääkäri toteaa kotisairaalahoidon olevan lapselle mahdollinen. Hoito toteutetaan niin, että vanhemmat sitoutuvat vapaaehtoisesti toteuttamaan sitä kotona lapselle ja kotisairaalan henkilökunta tulee tekemään muuten tarvittavat hoitotoimenpiteet. Jos vanhemmat tarvitsevat apua, he voivat olla yhteydessä kotisairaalan henkilökuntaan ja lapsi voidaan ottaa tarvittaessa minä vuorokauden aikana tahansa sairaalan vuodeosastolle. (Lasten kotisairaala 2015). Kotisairaala Tampereella mahdollistaa akuutin ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon potilaalle hänen kotonaan, potilaiden ja heidän omaistensa niin halutessaan. Potilas saa lähetteen hoitavalta lääkäriltään, ja viimeisen

päätöksen kotisairaalan hoitoon pääsystä tekevät kotisairaalan osastonlääkärit. (Kotisairaala 2017.)

Kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut pitävät käsitteinä sisällään myös kotisairaanhoidon ja kotihoidon. Kuviossa 1 on havainnollistettu kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen jakaantuminen.

2.2 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoido on terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan hoito- tai palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä hoitoa, jota toteutetaan moniammatillisesti potilaan kotona tai asuinpaikassa tai sitä vastaavassa paikassa. Kotisairaanhoidon tarkoituksena on tukea potilaan sairaalasta kotiutumista, kotona selviytymistä sekä auttaa omaisia sairaan läheisen kotona hoitamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

2.3 Kotihoito

Kotihoito on sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan kotisairaanhoidon tehtävien ja kotipalvelun muodostama kokonaisuus. Kotipalvelu tarkoittaa asumisen, hoidon ja huolenpidon, toimintakyvyn ylläpitämisen, asioinnin, lasten hoidon ja kasvatuksen ja muiden jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien suorittamista ja niissä avustusta.

KUVIO 1. Kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut



3 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteutumisen muotoja.

Opinnäytetyön tehtävä on vastata seuraavaan kysymykseen:

Minkälaisilla hoidon tarpeilla kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut ovat mahdollisia toteuttaa?

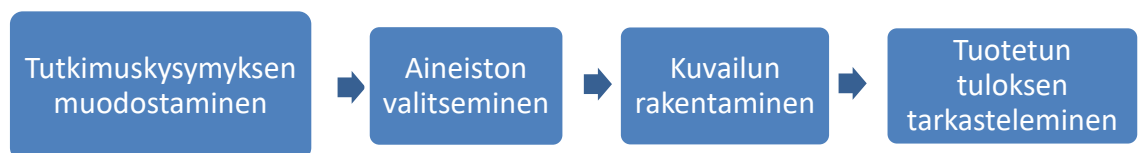
Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa kotiin tuotettavista sairaanhoitopalveluista terveydenhoitoalan opiskelijoille ja tarjota lisätietoa sen mahdollisuuksista terveydenhoitoalan ammattilaisille.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus muodostaa opinnäytetyölle käsitteellisen tai teoreettisen pohjan. Kirjallisuuskatsauksessa pyritään selvittämään aiempia näkökulmia aiheeseen liittyen; miten sitä on tutkittu aiemmin ja miten oma opinnäytetyö on liitettävissä aiheesta jo tehtyihin tutkimuksiin. Aiempia tutkimuksia tulee arvioida kriittisesti niin menetelmien kuin tulostenkin osalta, sekä pohtia onko kyseisen tutkijan argumentoitu teksti sellaista, jota voi luotettavasti hyödyntää omassa opinnäytetyössä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 121.) Kirjallisuuskatsaukseni tulee olemaan kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus.

Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään kuvailemaan tuoreita, jo aiemmin tietystä aiheesta tehtyjä tutkimuksia ja tarkastelemaan erityisesti vertaisarvioituja, tieteellisiä julkaisuja ja tutkimuksia (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkimuskysymykseen ja kuvailevan vastauksen antamiseen valikoidun aineiston pohjalta. Katsauksessa pyritään ilmiön ymmärtämiseen aineistolähtöisesti. Tavoitteena on selvittää, mitä ilmiöstä jo ennestään tiedetään, mitä käsitteitä se pitää sisällään ja ovatko ne toisiinsa liitettävissä. Voidaan selvittää mitä ilmiöstä ollaan mieltä, onko siitä ristiriitaista näyttöä ja minkälainen kehityssuunta siitä on havaittavissa. Aiheesta voi löytyä uusi näkökulma kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.) Kyseisessä katsauksessa voidaan erottaa neljä eri vaihetta (kuvio 2) Kangasniemen ym. mukaan:



KUVIO 2. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi ym. 2013, muokattu)

4.2 Aineisto

Aineistonvalinta koostuu tiedonhausta ja oleellisen aineiston valinnasta (Stolt ym. 2016, 25.) Aineistonvalintaa ohjaa aineistolähtöinen analyysi, jossa huomioidaan jokaisen aineiston sisältö tutkimuskysymystä ajatellen, tuottavatko ne jotakin uutta tietoa ja mikä niiden informatiivinen anti on suhteessa muihin tutkimusaineistoihin (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27). Asetetun tutkimuskysymyksen laajuus määrittää aineiston laajuuden (Kangasniemi ym. 2013, 295). Kun opinnäytetyö toteutetaan laadullisella tutkimusmenetelmällä, aineiston laatu korvaa määrän. Laadullisessa opinnäytetyössä tähdätään tilastojen sijaan vanhojen ajatusmallien kritisoinniseen, ilmiön selkeään kuvailuun ja toisin ajattelun mahdollisuuteen. Aineiston tarkoitus on toimia tukena ilmiön ymmärtämisessä ja pienemmälläkin aineistomäärällä voidaan päästä tähän tavoitteeseen, jos analyysi tehdään huolellisesti. (Vilka 2015, 150.) Tässä opinnäytetyössä keskityn sekä kotimaisten että kansainvälisten tietokantojen hyödyntämiseen tiedonhaussani. Tietokannoiksi valikoituivat Cinahl, PubMed ja Medic, jotka tarjosivat ajankohtaisinta ja helpoimmin saatavilla olevaa tietoa opinnäytetyötäni varten.

Tietokannoista hakiessa korostuvat opinnäytetyöaihetta palvelevat hakusanat ja niistä muodostuneet hakulausekkeet. Tehtävänä on asettaa aiheen kannalta oleelliset käsitteet, jotka toimivat hakusanoina. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien käyttäminen on osa hakustrategiaa aineistonhakuprosessissa (kuviokuva 3). (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 25-26.) Rajaamalla aineistoa näillä kriteereillä, voidaan keskittyä haluttuun tarkastelun kohteeseen eli tässä opinnäytetyössä mahdollisimman tuoreisiin tutkimuksiin, joiden kääntäminen on mahdollista. Kielirajaus voi toisaalta aiheuttaa myös virhepäätelmiä, sillä kaikkia tutkimuksia ei voida ottaa huomioon aineistonvalintaa tehdessä. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit antavat suuntaa tutkimusten valikoitumiselle ensin otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja lopuksi kokotekstejä läpikäydessä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26-27.) Aiempien tutkimuksien tuottama materiaali voi auttaa aineiston kokoamisessa mutta kaikki valmiina oleva aineisto tulee punnita kriittisesti ja miettiä niiden antia lähteenä omaan opinnäytetyöhön (Hirsjärvi ym. 2014, 189). Jo julkaistut tutkimukset ovat käyneet läpi vertaisarviointiprosessin, joka voi lisätä niiden luotettavuutta, ja sen myötä katsauksen luotettavuutta. Aineistonvalintaprosessia kuvaillaan mahdollisimman tarkasti (taulukko 1), jotta se on toistettavissa lukijalle. (Stolt ym. 2016, 26-27.)

KUVIO 3. Aineistonhakuprosessi



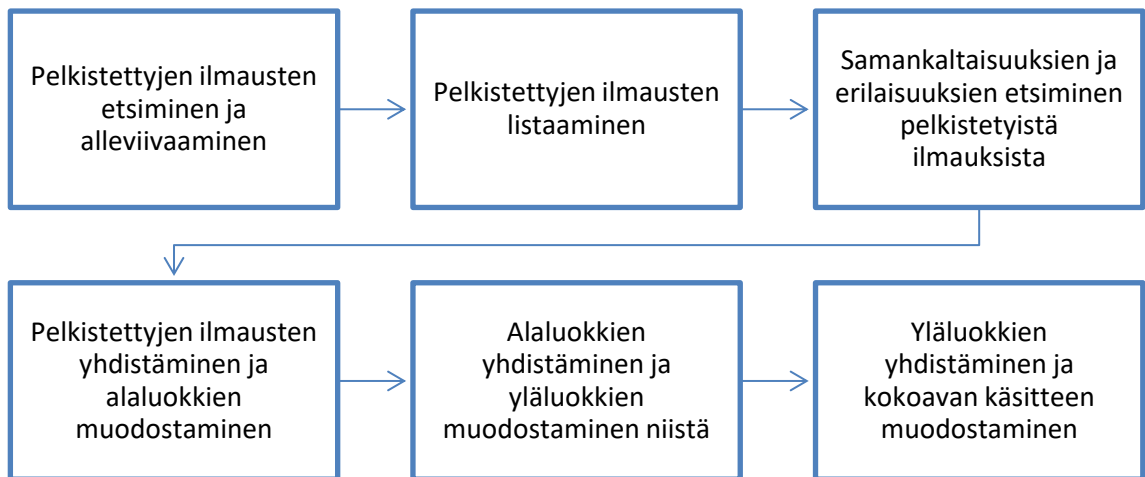
TAULUKKO 1. Aineistonvalintaprosessi

Tietokanta ja hakusanat	Viitteitä	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Kokotekstin perusteella
Cinahl				
"hospital based" AND "home care"	3	1	1	1
"hospital at home" AND patient	49	8	4	3
"Home health care" AND "hospital at home"	16	6	4	1
"hospital in the home"	49	4	3	1
"hospital at home" AND "home care"	16	4	2	1
"home nursing" AND "hospital in the home"	4	2	1	1
PubMed				
("Home care service") AND ("hospital-based")) OR ("Hospital at home")) OR ("Hospital in the home")	43	15	8	2
Medic				
"hospital based home care" OR kotisairaalahoito AND hoito OR treatment	1	1	1	1
Yhteensä	181	41	24	11

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin tavoitteena on tiivistää ilmiö laajasti tuottaen käsitekartta, käsiteluokitus, käsitejärjestelmä tai malli (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 166). Sisällönanalyysillä kootaan kerätyn aineiston tuoma tieto sanalliseksi kuvaukseksi opinnäytetyön aiheesta tiivistämällä sen informaatio selkeäksi kokonaisuudeksi. Analyysin avulla voidaan tehdä selkeitä johtopäätöksiä aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Sisällönanalyysin haastavuus ilmenee siinä, ettei siinä ole rajattuja sääntöjä joiden mukaan analyysi toteutetaan, vaan se haastaa tekijän ajattelemaan aineiston sisältöä itse (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 167). Pyrkimys ei ole esitellä aineistoja vaan sisäistää ne, havaita niiden vahvuudet ja heikkoudet sekä laajempi näkökulma, ja muodostaa sisäistä vertailua aineistojen välille (Kangasniemi ym. 2013, 296). Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi jakautuu kolmeen eri vaiheeseen: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (kuviokuva 4) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

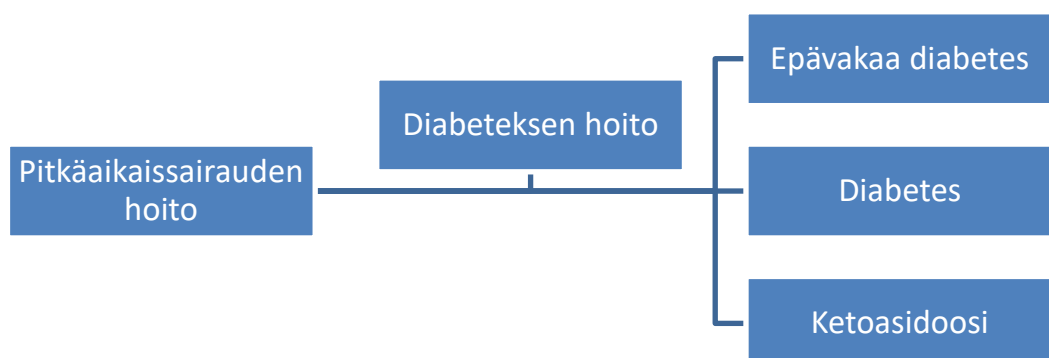
Induktiivisen sisällönanalyysin luokittelu perustuu sanojen teoreettiseen merkitykseen ja aineistolähtöiseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimustehtävä. Analyysiä varten valitaan analyysiyksikkö, kuten yksittäinen sana tai laajempi teema, joka muodostuu aineiston laatua ja tutkimuskysymystä myötäillen. Pelkistämisvaiheessa aineistosta poimitaan merkityksellisiä analyysiyksiköitä, jotka voidaan löytää artikkelin eri osista, kuten tiivistelmästä tai tulososista, ja pelkistetään ne selkeämpään muotoon. Samankaltaisuudet ja eriävyydet vaikuttavat pelkistysten ryhmittelyssä toisiinsa nähden. Luokittelussa luokat määritellään sisällön mukaisesti. (Stolt ym. 2016, 86-87.) Kun opinnäytetyön aiheesta tuotettu tieto on yleisesti vielä vähäistä, on hyvä käyttää induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin tarkoituksena ei ole vain tiivistää aineistoa yksinkertaisiksi kuvauksiksi, vaan tuoda esiin esiinnousseita merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 166-168.)



KUVIO 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, muokattu)

Aineistonhakua tehdessä, olin valinnut aineistot niiden kokotekstien perusteella. Kun olin kerännyt kaiken aineiston opinnäytetyötä varten, aloin lukea niitä läpi tarkemmin ja kääntämään kokotekstejä. Alleviivasin aineistoista esiin tulleet, tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaukset ja pelkistin ne tiiviimpään muotoon suomeksi. Numeroin jokaisen tutkimuksen ja merkitsin numeron niistä löytyneiden pelkistysilmausten perään taulukoidessa ilmauksia. Listasin pelkistetyt ilmaukset taulukkoon ja kokosin ne niitä yhdistäviin kokonaisuuksiin, joista muodostuivat yhteneväiset alaluokat. Alaluokat jaottelin omiin ryhmiinsä, joista muodostuivat analyysin yläluokat. Luokittelua ohjasi koko ajan tutkimuskysymys (kuvio 5).

KUVIO 5. Esimerkki sisällönanalyysin toteuttamisesta



5 TUTKIMUSTULOKSET

Sisällönanalyysin jälkeen tulokset jakaantuivat neljään eri yläluokkaan: pitkäaikaissairausten hoitoon, kuolevan potilaan hoitoon, akuuttiin hoitoon ja tukihoitoon (taulukko 2). Yläluokat pitävät sisällään joukon erilaisia hoidon tarpeita mutta ne on jaoteltu selkeämmiksi kokonaisuuksiksi, selkeyttämään kotisairaalan monipuolisia toteuttamisen malleja. Tukihoitoissa tulee ottaa huomioon, että ne täydentävät monien sairauksien hoitoa, ja esiintyvät näin ollen tuloksissa useampaan otteeseen. Aineiston puolesta kuvailen tuloksissa tarkemmin seuraavia alaluokkia: COPD:n hoito, diabeteksen hoito, hengitysvajauksen hoito, mielenterveyspotilaan hoito, solunsalpaajahoito ja antimikrobinen hoito.

Yläluokka	Alaluokat
Pitkäaikaissairausten hoito	COPD:n hoito
	Sydämen vajaatoiminnan hoito
	Diabeteksen hoito
Kuolevan potilaan hoito	Kuolevan potilaan hoito
Akuutti hoito	Hengitysvajauksen hoito
	Virtsatieinfektion hoito
	Pneumonian hoito
	Syvän laskimotukoksen hoito
	Virussairauksien hoito
	Ihoinfektion hoito
	Hengityselinsairauden hoito
	Pyelonefriitin hoito
	Ensiapu hoito
	Mielenterveyspotilaan hoito
	Solunsalpaajahoito
Tukihoito	Valohoito
	Nenämahaletkuhoito
	Suonensisäinen hoito
	Antimikrobinen hoito
	Potilaan seuranta hoito
	Potilaan nesteytys hoito
	Post-operatiivinen hoito
	Moniammatillinen hoito

TAULUKKO 2. Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit

5.1 Pitkäaikaissairauden hoito

Pitkäaikaissairauden hoito jakautui sisällönanalyysissä COPD:n hoitoon, sydämen vajaatoiminnan hoitoon sekä diabeteksen hoitoon (taulukko 3).

COPD:n hoito ilmeni olevan yksi yleisimmistä kotisairaalan hoidon tarpeista monien aineistojen, kuten Utens ym. (2013, 1537), Vianello ym. (2013, 2061), Singh, Rowan, Burton ja Galletly (2010, 512), Lee ym. (2017, 176) sekä Lee ja Titchener (2017, 21) mukaan. Kroonisten sairauksien, kuten COPD:n hoito kattaa suuren osan sairaalahoidosta, ja aiheuttaa painetta sairaalaresursseihin. Kroonisten sairauksien akuuttien pahenemisvaiheiden hoito kotona, laskimonsisäisten antibioottien ja -nesteytyksen avulla on todettu olevan kustannustehokasta ja turvallista. 22% kaikista Lontoon kotisairaalan potilaslähetteisistä koski COPD:n pahenemisvaiheen hoitoa. (Lee & Titchener 2017, 21.) Utens ym. (2013, 1538-1542) olivat tutkineet tutkimuksessaan, kuinka tyytyväisiä potilaat, joilla oli ilmennyt COPD:n pahenemisvaiheita olivat kotisairaalahoittoon, verrattuna sairaalassa hoidettuihin potilaisiin. Tutkimuksen mukaan Britannian sairaaloista 44% ylläpiti kotisairaaloimintaa COPD:n pahenemisvaiheiden hoidossa. Esiin nousseita asioita olivat potilaslähtöinen hoito, mahdollisuus päästä kotiin hoitoon hoitajien käydessä säännöllisesti, emotionaalinen tuki ja ohjaus kotona, kommunikaatio ja informaation antaminen, hoidon tehokkuus ja organisoituminen sekä hoidon laatu, joista esimerkkinä suun kautta annettavat sekä laskimonsisäiset lääkkeet, inhaloitavat lääkkeet ja happihoito. Näihin asioihin kotisairaalassa hoidetuista potilaista suurin osa oli tyytyväisiä.

Asioita, joita voitiin parantaa COPD-potilaiden mielestä, olivat hoitokäyntien laajentaminen potilasturvallisuuden takaamiseksi yö-hoitokäynteihin ja potilaan tukeminen päivittäisten toimien jatkamisessa kotona. Utens ym. tutkimuksessa (2013, 1544-1545) tuotiin kuitenkin esille, että potilaille olisi ollut mahdollisuus ottaa yhteyttä puhelimitse sairaalaan läpi vuorokauden, mutta kukaan potilaista ei käyttänyt tätä mahdollisuutta yöaikaan. Tutkimuksesta ilmeni myös, että potilaan heikentynyt henkinen hyvinvointi vaikutti potilaan selviämiseen kohdatessaan ongelmatilanteita kotona. Tutkimuksessa havaittiin, että kotona hoidetut potilaat olivat yhtä tyytyväisiä sairaalatasoiseen kotihoitoon kuin perinteiseen sairaalahoittoon. Kotona arvostettiin sen rauhaa, tuttua ympäristöä, yksityisyyttä ja potilaan autonomian tunteen vahvistumista. Kotisairaalan palvelut ulottuivat myös sydämen vajaatoiminnan hoitoon Vianellon ym. (2013, 2061) tutkimuksen sekä Lee ja Tit-

chener (2017, 21) ja Lee ym, (2017, 176) katsausartikkelien mukaan. Sydämen vajaatoiminnan hoito kattoi 16% kaikista Lontoon kotisairaalaan tulleista potilasläheteteistä (Lee & Titchener 2017, 21).

Diabeteksen hoidossa epävakaan diabeteksen hoitoa oli toteutettu kotisairaalassa Lee ym. (2017, 176) sekä Lee ja Titchener (2017, 20) mukaan, ja jälkimmäisessä tutkimusaineistossa kuvailtiin diabeteksen koostaneen 2% kaikista Lontoon kotisairaalaan tulleista potilasläheteteistä. Vianello ym. (2013, 2061) tutkimuksessa ketoasidoosin hoito näyttäytyi osana epävakaan diabeteksen hoitoa. Tiberg, Hallström, Jönssön ja Carlsson (2014, 70) tutkimuksessa esiin nousi, että kotisairaalan palvelut tarjosivat menestyksekkäästi 1-tyypin diabeteksen hoitoa lapsipotilaille, kun sairaus oli diagnosoitu ja perhe opetteli elämään lapsen sairauden kanssa. Tutkimuksessa vertailtiin lapsen 1.tyypin diabeteksen hoitoa vuosi diagnosoimisen jälkeen, kotona ja sairaalassa, vakavia hypoglykemian tapauksien esiintyvyyttä ja sairauden vaikutusta perheisiin.

Valitut lapsipotilaat siirrettiin lasten sairaalasta hoitoon perheineen Perhetaloon sairaala-alueelle, kodinomaiseen hoitopaikkaan, jossa vanhemmat hoitivat lapsia yhdessä diabeteshoitajan kanssa noin viikon verran. Lähtiessään Perhetalosta, perheille tarjottiin hoitajan tukikäyntien mahdollisuutta kotiin tai kouluun. Tutkimuksessa ilmeni, ettei kotisairaalahoidon ja sairaalahoidon välillä ollut olennaisia eroja; hypoglykemia tapauksien määrä, insuliiniannokset ja pitkäaikaisverensokeri eivät eronneet juuri toisistaan hoitoryhmiä välillä. Kotisairaalapalvelut tukivat perheiden hyvinvointia sairauden kanssa elämisessä, sillä vanhempien sosiaalinen toiminta ilmeni vahvempana kotisairaalarhythmissä. (Tiberg ym. 2014, 71-72.)

Yläluokka	Alaluokat	Pelkistykset
Pitkäaikaissairauden hoito	COPD:n hoito	COPD (1,4,7,9,10)
	Sydämen vajaatoiminnan hoito	Sydämen vajaatoiminta (1,9,10)
	Diabeteksen hoito	Epävakaa diabetes (1,9,10)
		Diabetes (6)
		Ketoasidoosi (1)

TAULUKKO 3. Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit, pitkäaikaissairauden hoito

5.2 Kuolevan potilaan hoito

Lee ja Titchener (2017, 20) katsausartikkelissa ilmeni, että kotisairaalan palvelut tarjosivat ympärivuorokautista palliatiivista hoitoa potilaille, joiden elinaika oli rajallinen tai kuoleman koittaminen lähellä (taulukko 4). Hoitoa varten oli organisoitu oma hoitotiiminsä, jotka vastasivat potilaan tarpeisiin välittömästi, suunniteltujen hoitokäyntien ulkopuolellakin. Palliatiivinen hoito oli kokenut kehittymisen harppauksia kotisairaalan tuottamana Bengoechea ym. tutkimuksen mukaan (2010, 1080). Palliatiivisessa hoidossa hoitotiimillä oli valmius tehdä nopeita arvioita oireista, seurata uusia oireiden ilmenemistä, tarjota nopea lääkitys potilaalle ja vastata infuusiopumpun asentamisesta ja käytöstä (Lee ym. 2017, 176).

Singh ym. (2010, 512) toivat esille, että palliatiivista hoitoa annettiin hemotologisesta syövästä kärsiville potilaille. Lähdeaho, Heino-Tolonen ja Kuusela (2011, 1925) korostivat syöpähoitossa olevien lasten saattohoidon tarpeen toteutumista kotisairaalan turvin. Bengoechea ym. (2010, 1079) tutkimus puolesta puhui opioidien turvallisesta käytöstä potilaan saattohoidossa kotona. Kyseisessä tutkimuksessa oli 223 potilasta, jotka olivat yli 18-vuotiaita, syöpäsairauden terminaalivaiheessa, jolloin potilaan elinaika oli hyvin rajallinen ja he kuolivat lopulta kotona. Opioidien tarkoitus saattohoidossa on helpottaa hengenahdistuksen tunnetta sekä kipua. Tässä tutkimuksessa tutkittiin normaalia suuremman morfiiniannoksen vaikutusta potilaan elinajan lyhentymiseen kotisaattohoidossa. Suurempi annoksisten opioidien käyttö ilmeni turvallisena huolimatta siitä, että potilas ei ollut hoidettavana sairaalassa.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistykset
Kuolevan potilaan hoito	Kuolevan potilaan hoito	Palliatiivinen hoito (5,7,9,10)
		Saattohoito (5,11)

TAULUKKO 4. Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit, kuolevan potilaan hoito

5.3 Akuutti hoito

Akuutti hoitotyö jakaantui sisällönanalyysissä hengitysvajauksen hoitoon, virtsatieinfektion hoitoon, pneumonian hoitoon, syvän laskimotukoksen hoitoon, virussairauksien hoitoon, ihoinfektion hoitoon, hengityselinsairauden hoitoon, pyelonefriitin hoitoon, ensiapuhoitoon, mielenterveyspotilaan hoitoon ja solunsalpaajahoitoon (taulukko 5).

Vianello ym. (2013, 2061-2062) tutkimuksen mukaan kotisairaalan palvelut olivat tehokas hoitovaihtoehto sairaalahoidolle tietyille neuromuskulaaritaudeista eli lihastaudeista kärsivillä potilailla, joilla oli ilmennyt akuutti hengitysteiden infektio aiheuttaen hengitysvajasta. Äkillinen hengitysvajaus oli seurausta liman kerääntymisestä hengitysteihin, atelektaasista ja verikaasujen häiriintymisestä. Potilas tarvitsi tällöin tehostettua apua hengittämiseen sekä tarkkaa seuranta. Zappia ym. toivat esille tutkimuksessaan (2013, 309), että arvioimalla tarkasti kotisairaalahoitoon soveltuvat potilaat, kotiin tuotettavilla sairaanhoitopalveluilla voidaan hoitaa vauvojen ja pienten lasten akuutteja alahengitystieinfektioita, esimerkiksi bronkioliittia.

Neuromuskulaaritaudin hengitysvajauksen hoito toteutettiin jatkuvalla noninvasiivisella ventilaatiolla (NIV), avustamalla yskimistä joko mekaanisesti tai manuaalisesti, tarkkailemalla koko ajan happisaturaatiota pulssioksimetreillä sekä sopivalla antibiootihoidolla, jos potilaalla todettiin akuutti keuhkoputkentulehdus tai keuhkokuume. Keuhkolääkäri kävi tapaamassa potilasta ensimmäisten kotihoitopäivien aikana, ja sen jälkeen hoitajien sekä potilaan omalääkärin harkintakyvyn mukaan, jos potilaalla koettiin muutoksia hoidossa tai hoitoa tuli muuten arvioida. (Vianello ym.2013, 2062-2064.) Lasten akuutin bronkioliitin hoidossa keskityttiin hengitystä tukevaan hoitoon, jossa annettiin lisähappea hapenpuutteesta kärsiville potilaille sekä laskimonsisäistä nesteytystä tai nenämahaletkun avulla syöttämistä niille potilaille, joilla ravinnonsaanti oli muuten liian niukkaa (Zappia ym. 2013, 310). Sekä Zappia ym. (2013, 313) että Vianello ym. (2013, 2064) tutkimuksissa nousi esiin, että potilaalle ja hänen perheelleen taataan aina puhelinyhteyden mahdollisuus kotihoiton aikana, joko hoitajille tai vastaavalle erikoislääkärille, kuten keuhkolääkärille.

Vianello ym. (2013, 2062-2063) kuvailivat tutkimuksessaan, että hoitoon sopivat potilaat, jotka eivät vaadi sairautensa puolesta ympärivuorokautista kriittistä hoitoa, potilaat joilla on kotona joku joka hoitaa heitä ja potilaat, jotka asuvat maantieteellisesti alueella joka

kattaa piirin sairaanhoitajien kotihoitopalvelut. Zappian ym. tutkimuksessa (2013, 311) kotisairaalahoitoon soveltuvat lapsipotilaat valittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerein, joihin sisältyi, että lapsen tuli pysyä sairaalahoidossa vähintään 12 tuntia, säilyttäen vakaan kliinisen tilan ilman pahenemisvaiheita, ennen kotiutusta kotisairaalan hoitoon. Lapsen kyky selvitä hengittäen huoneilmaa testattiin sairaalaoiloissa valvonnan alaisena mahdollisten kotihappihoidon keskeytysten varalta. Vanhemmat otettiin osaksi hoitoon opastamalla heitä happilaitteen käyttöön ja pahenemisvaiheiden oireiden tunnistamiseen. Sekä Vianello ym. (2013, 2062) ja Zappia ym. (2013, 312) tutkimuksissa nostettiin esiin potilaan valinnanvapaus hoitopaikkaansa kohtaan, jo alle 18-vuotiaat potilaat tekivät päätöksen yhdessä vanhempiensa kanssa.

Neuromuskulaaripotilaiden noninvasiivista ventilaatiota toteutettiin kannettavalla hengityskoneella sekä nenä-suomaskilla ja joidenkin potilaiden kohdalla suu-nenämämaski korvattiin nenämaskilla hoidon aloituksen jälkeen. Hoito oli jatkuvaa, paitsi 30-60 minuutin tauoilla, jolloin potilaan ravitsemuksesta pidettiin huolta nestemäisillä ravintolisillä, hän sai mahdollisuuden juoda vettä ja puhua. Jos potilaan kliininen tila ja verikaasujen vaihto oli tyydyttävää ensimmäisten kahden vuorokauden aikana, noninvasiivisen ventilaation käyttö keskeytettiin pidemmän tauon ajaksi, jolloin potilas sai hengittää spontaanisti. Yöaikaan tapahtuvaa ventilaatiohoitoa pidettiin yllä seurantahoidon loppuun asti. (Vianello ym.2013, 2063.)

Mekaanista ja manuaalista yskimisen avustamista tarjottiin potilaalle aina kun potilaan happisaturaatio laski, kun hengityskoneen sisäänhengityspaine nousi liian korkealle tai kun potilaalla oli voimistuva hengenahdistuksen tunne tai tunne kiinni jääneistä eritteistä. Avustettua yskimistä toistettiin yhden tai useamman kerran, kunnes potilaan hengenahdistuksen tunne väheni, kunnes hengitysfrekvenssi laski, kunnes yskimisen tunne hävisi eli eritteet lähtivät liikkumaan, tai kunnes potilaan happisaturaatio nousi. Mekaanista ja manuaalista yskimisen avustamista toteutettiin ensimmäisten hoitopäivien aikana hengitysteraapeutin tai hänen opastamana potilaan omaisten toteuttamana. Tutkimuksen mukaan hengitysvajaushoito neuromuskulaarisairauksien motoneuronitaudista kärsiville ALS-potilaille oli riskialttiimpaa, sillä he olivat suuremmassa riskiryhmässä hoidon epäonnistumiseen suhteen. (Vianello ym. 2013, 2062-2064.)

Lapsen kotihappihoidon hoitaja tuli käymään ensimmäisellä vierailulla kotona 12 tunnin sisällä potilaan kotiutuksesta, ja myöhemmin hoidon edetessä hoitajat tulivat vierailemaan kotona kaksi kertaa päivässä, ja soittivat sen lisäksi päivittäisen puhelun perheelle voimien seuraamiseksi. Kotihappihoidossa lapselle annettiin happea matalalla virtauksella, maksimissaan 1litra/ minuutti happiviiksien kautta, tavoitteena säilyttää happisaturaatio 92%:ssa. Jokaisella hoitokäynnillä happivirtaukset titrattiin kotisairaalan hoitajan toimesta sopivalle tasolle. Jos happisaturaatio nousi yli 92%, happivirtausta vähennettiin. Hoitaja valvoi virtauksen muuttamisen jälkeen potilasta vähintään 15 minuuttia kliinisen tilan seuraamiseksi, ja happisaturaation ylläpitämiseksi 92%:ssa. Kotihappihoito lopetettiin, kun lapsen happisaturaatio pysyi 92%:ssa vähintään 15minuuttia huoneilmassa hengittäen. Jos happisaturaatiotaso oli pysynyt samana seuraavallakin hoitokäynnillä, lapsen hoito kotisairaalassa päätettiin. (Zappia ym. 2013, 313.)

Lee ja Titchener (2017, 20) esittelivät katsausartikkelissaan kotisairaalapalvelun, jossa virtsatieinfektio esiteltiin yhtenä mahdollisista potilaan tiloista, jota kotisairaalassa voitiin hoitaa. 13% kaikista Lontoon kotisairaalaan tehdyistä potilasläheteistä olivat virtsatieinfektiopotilaita. Myös Lee ym. (2017, 176) määrittivät virtsatieinfektion yhdeksi kotisairaalan hoidon mahdollisuuksista. Lee ym. (2017, 174&176) mukaan kotisairaalassa arvioitiin päivittäin monia hoidon tarpeita sekä vastattiin akuutista terveydenhoidosta potilaan kotona. Tämä edisti aikaisempaa kotiutumisen mahdollisuutta sairaalasta, ennaltaehkäisee turhia sekä toistuvia sairaalahoitojaksoja. Katsauksessa pneumonia nousi yhdeksi merkittävistä kotisairaalapalvelujen täyttämistä hoidon tarpeista. Palvelulla lyhennettiin sairaalassaoloaikaa sekä näin ollen vähennettiin kalliita sairaalassaolo päivien kuluja. Lee ja Tichener (2017, 20) toivat esiin, että pneumonian hoito kattoi 5% kaikista Lontoon kotisairaalaan tehdyistä läheteistä. Lähdeahon ym. (2011, 1925) katsausartikkelissa keskityttiin lasten kotisairaalahoittoon, ja he toivat esiin pneumoniapotilaat yhtenä tyypillisimmistä kotisairaalan potilasryhmistä, joilla oli selkeä diagnoosi ja he olivat sairaalahoidon tarpeessa.

Kotisairaala mahdollisti syvän laskimotukoksen hoidon kotona (Lee ym. 2017, 176; Lee & Titchener 2017, 20). Antikoagulanttihoito käsitti Lee ja Titchener (2017, 21) mukaan 10% kaikista Lontoon kotisairaalaan tulleista potilasläheteistä. Lee ja Titchener (2017, 20) sekä Lee ym. (2017, 176) mukaan virussairaudet olivat osa kotisairaalan laajaa hoitokirjoa, kuten myös ihoinfektiot mukaan lukien infektoituneet jalan haavaumat. Läh-

deaho ym. (2011, 1925) lisäsivät, että iho-ongelmien paikallishoito oli yksi kotisairaalahoitoon sopivista hoidon tarpeista. Hengityselinsairauden hoito nousi yhdeksi hoidon tarpeista Lee ja Titchener (2017, 20) tutkimuksessa, jossa määriteltiin sen sisältävän nebulisaattorihoidon, antibioottihoidon ja fysioterapian. Samassa tutkimuksessa määriteltiin pyelonefriitin hoito osaksi kotisairaalahoitoa, kuten myös Lee ym. (2017, 176) mukaan. Lähdeaho ym. (2011, 1925) luonnehtivat pyelonefriitin hoidon yhdeksi tyypillisimmistä laskimonsisäisen antibioottihoidon vaativista kotisairaalan lapsipotilaiden hoidon tarpeista. Ensiapua vaativat hoitotilanteet, kuten kaatumiset nousivat Lee ja Titchener (2017, 21) sekä Lee ym. (2017, 176) katsausartikkelien mukaan yhdeksi kotisairaalahoidon toteutumisen malleista. Kaatumistapaukset eli ensiapu hoito muodostivat 5% kaikista Lontoon kotisairaalaan tulleista potilasläheteistä (Lee & Titchener 2017, 21).

Erikoistilanteissa kotisairaalahoito mahdollisti hoidon kotona sellaisille hyvin sairaille potilaille, jotka kieltäytyivät sairaalahoidosta, vaikka sairaalahoito olisi ollut paras vaihtoehto heille heidän terveydentilansa puolesta. Näillä potilailla oli monesti jonkinlaisia mielenterveysongelmia, ja potilaat eivät olleet halukkaita lähtemään hoitoon kodin ulkopuolelle. (Lee ym. 2017, 176.) Singh ym. (2010, 512) tutkimuksessa kotisairaalapalvelu nostettiin vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi akuutin mielenterveyssairauden hoidossa. Potilaille tehtiin kattava moniammatillinen arviointi hoidon tarpeesta 48 tunnin sisällä kotihoitajakson aloittamisesta. Kotisairaalan hoitajat vierailivat potilaan luona tarpeen mukaan kolme kertaa päivässä jokaisena viikon päivänä.

Mahdolliset riskitilanteet potilaan tai hoitajien kannalta arvioitiin hoitajakson alussa, ja ennaltaehkäistiin niiden syntymiset sen mukaisesti. Kotona annettava hoito vähensi mielenterveyspotilaan stigman tunnetta ja potilaat kokivat, että heidän toipumisensa oli nopeampaa kotona kuin sairaalassa. Mielenterveyspotilaat kokivat, että hoitajat olivat läsnä ja kuuntelivat heitä, tukivat heitä päivittäisissä rutiineissa ja antoivat tuen heidän lisäksi myös heidän omaisilleen. Kehityskelpoisina asioina nousivat potilastietojen siirtyminen mutkattomasti kotisairaalan haltuun, jotta potilaan ei tarvitsisi toistaa itseään, hoitokäynnit läpi vuorokauden sekä hoitajakson jälkeiset tuki-puhelut potilaalle hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. (Singh ym. 2010, 513-514.)

Lippert ym. (2017, 23-25) tutkimuksen mukaan kotisairaalahoidon yhtenä toteuttamisen mallina voitiin onnistuneesti toteuttaa solunsalpaajahoidon tietyille lapsisyöpäpotilaille. Kyseinen tutkimus oli pilottitutkimus, jossa kotisairaalahoidolla mahdollistettiin muutoin

poliklinikkäkäynneillä ja sairaalahoidossa toteutettava solunsalpaajahoito kotiin, hematologian-, onkologian- ja veri- ja luuydinsiirto potilaille. Kotisairaalan lapsisyöpäpotilaat olivat pääosin 1-4-vuotiaita, joista 49% oli leukemiapotilaita, 21% potilaista oli kiinteä kasvain, 14% potilaista oli aivokasvain, vajaalla 10% potilaista oli imusolmukeisyöpä ja muutamalla prosentilla potilaista oli luukasvain. Hoidon turvallisuutta arvioitiin potilailla jakamalla hoito eri vaiheisiin ja etenemällä koko ajan kohti monipuolisempaa hoitoa kotioloissa. Solunsalpaajahoito piti sisällään aluksi laskimonsisäiset solunsalpaaja-bolukset, antibioottihoidon, nenämahaletkun hoidon ja sen opastamisen vanhemmille. Tämän jälkeen hoidossa edettiin lyhyiden solunsalpaajainfuusioiden, -lääkkeiden ja nesteytysboluksien tiputukseen, jotka tiputettiin potilaalle yhden tunnin aikana siirrettävän IV-pumpun avulla.

Hoito kehittyi erilaisten syöpäpotilaiden kohdalla niin, että sairaalapäivien tarvetta pystyttiin vähentämään ja potilas voi paremmin. Esimerkiksi eräiden luusarkoomapotilaiden suuriannoksiset metotreksaatti solunsalpaajat vaativat jälkeensä jatkuvaa laskimonsisäistä nesteytystä. Kun tämä hoito pystyttiin tarjoamaan kotona kotisairaalan puolesta, se vähensi pahoinvointilääkkeiden tarvetta, paransi unen laatua, aktivoi potilasta kotona, koulun käynnissä ja koulun ulkopuolella, vähentäen myös lapsen painon laskua. (Lippert ym. 2017, 25.)

Kotisairaalan solunsalpaajahoidon laajentuessa edelleen, sillä voitiin hoitaa Ewingin sarkooma ja rabmyosarkooma-potilaita sisältäen solunsalpaajahoidon jälkeisen nesteytyksen sekä ifosfamidi ja syklofosfamidi solunsalpaajainfuusioiden annostelun. Tutkimuksessa tuotiin ilmi, että solunsalpaajahoidon toteutuksesta kotona ei dokumentoitu mistään lapsipotilaille koituneista vaaratilanteista. Kotiin tuotettava solunsalpaajahoito tarjosi helpotusta tutkimuksen mukaan myös vanhempien ja perheen elämään. Vanhemmat arvostivat lasten syöpäsairaanhoitajien ammattitaitoista työtä, kodin tarjoamaa yksityisyyttä lapsen hoitotoimenpiteiden opetteluun ja elämänlaadun parantumista, kun perheen ei tarvinnut viettää niin paljon aikaa sairaalassa. (Lippert ym. 2017, 25-26.)

Yläluokka	Alaluokat	Pelkistykset
Akuutti hoito	Hengitysvajauksen hoito	Akuutti hengitysvajaus (1,9)
		Kotihappihoito (8)
	Virtsatieinfektion hoito	Virtsatieinfektio (9,10)
	Pneumonian hoito	Pneumonia (9,10,11)
	Syvän laskimotukoksen hoito	Syvä laskimotukos (9,10)
		Antikoagulanttihoito (10)
	Virussairauksien hoito	Virussairaudet (9,10)
	Ihoinfektion hoito	Ihoinfektio (9,10,11)
	Hengityselinsairauden hoito	Hengityselinsairaus (9,10)
	Pyelonefriitin hoito	Pyelonefriitti (9,10,11)
	Ensiapu hoito	Kaatumiset (9,10)
	Mielenterveyspotilaan hoito	Moniammatillinen akuuttipsykiatrinen hoito (7)
Vaihtoehto mielenterveyspotilaiden sairaalahoidolle (9)		
Solunsalpaajahoito	Solunsalpaajahoito (2)	

TAULUKKO 5. Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit, akuutti hoito

5.4 Tukihoidot

Sisällönanalyysissä tukihoito jakaantui valohoitoon, nenämahaletkuhoitoon, suonensisäiseen hoitoon, potilaan nesteytshoitoon, antimikrobiseen hoitoon, potilaan seurantahoitoon, post-operatiiviseen hoitoon ja moniammatilliseen hoitoon (taulukko 6).

Valohoitoa toteutettiin vastasyntyneiden hoidossa pitkittyneen keltaisuuden vuoksi Lähdeahon ym. (2011, 1925) mukaan kotona, joka helpotti sairaalapaikkoihin kohdistuvaa painetta. Samassa aineistossa tuotiin esille ennenaikaisesti syntyneiden vauvojen nenämahaletkuhoito kotisairaalassa, jolla taattiin vauvan ravinnonsaanti ravintolisillä. Lippert ym. (2017, 25) tutkimuksessa nenämahaletkun hoito oli osana lasten solunsalpaajahoidon toteutusta kotisairaalassa. Lee ja Titchener (2017, 20) katsausartikkelissa esiin nousi suonensisäinen hoito pitäen sisällään laskimonsisäisen nesteytyksen ja laskimonsisäiset lääkkeet kuten antibiootit ja diureetit. Katsausartikkelin mukaan suonensisäinen hoito kattoi merkittävän osan, 23% kaikista Lontoon kotisairaalaan tulleista potilaslähetteisistä. Läh-

deaho ym. (2011, 1925) lisäsivät suonensisäisen lääkityksen kuuluvan osaksi kotisairaalahoidon palveluja. Potilaan nesteytys hoito laskimonsisäisesti ja ihonalaisesti annosteltuna oli Lee ym. (2017, 176) sekä Lee ja Titchener (2017, 20) mukaan oleellinen kotisairaalahoidon peruste, ja sillä hoidettiin nestehukasta- ja vaikeasta raskauspahoinnista kärsiviä potilaita.

Antimikrobinen hoito pitää sisällään antibioottihoidon, joka oli osana kotisairaalan hoitoa bakteeriperäisten sairauksien hoidossa joko suun kautta enteraalisesti tai suonensisäisesti annosteltuna Vianellon ym. (2013, 2064), Lippert ym. (2017, 25) ja Lee ja Titchener (2017, 20) sekä Lee ym. (2017, 176) mukaan. González Ramallo, Rubio, Cuxart ja Garcia Leoni (2017, 62) ottivat esille tutkimuksessaan parenteraalisen antimikrobisen hoidon, jolla hoidettiin multiresistenttien bakteerien aiheuttamia sairaalainfektioita kotona. Tutkimuksessa korostettiin, ettei multiresistenttien bakteerien aiheuttaman sairaalainfektion hoito tulisi olla eristetty toimenpide, sillä se kuormittaa sairaalan resursseja ja voi vaikuttaa negatiivisesti potilaan hoidon laatuun. Toisaalta infektiot, joista on suuri riski koitua vakavia komplikaatioita potilaalle, tulisi aina hoitaa ensin sairaalaympäristössä.

Parenteraalista antimikrobista hoitoa annettiin laskimonsisäisesti potilaille, joiden kliininen tila oli vakaa, diagnoosi oli varma, ja joilla ei ollut lisäsairauksia, jotka olisivat vaatineet olennaisesti sairaalahoitoa. Antibioottien lisäyksestä hoidossa vastasi joko hoitaja tai potilas itse elastomeerisen infuusiopumpun avulla. Yleisimmin sairaalabakteerin aiheuttamat infektiot sijaitsivat virtsassa, iholla tai vatsan alueella. Yleisimpiä sairaalainfektioita aiheuttavat mikrobit eli bakteerit olivat *Escheria coli*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Staphylococcus aureus* ja *Klebsiella*. Parenteraalinen antibioottihoito sairaalainfektioiden hoidossa ilmeni turvallisena ja tehokkaana kotisairaalapalvelun toteutumisen mallina. González Ramallo ym. (2017, 62-64) totesivat, että potilaan ja omaishoitajan osallistuminen kotisairaalahoitoon kasvaa koko ajan ja tulee tekemään monimutkaisten hoitojen annostelun kotona tulevaisuudessa helpommaksi.

Seurantahoito kotisairaalassa ulottui Vianellon ym. (2013, 2064) mukaan jatkuvaan pulsisioksimetri seurantaan seurattessa happisaturaation kehitystä. Lee ym. (2017, 176) määrittelivät sen potilaan kliinisenä seurantana, jota mitattiin sydänfilmillä ja nopeilla verinäytteenotoilla. Kokonaisvaltaista potilaan kliinisen tilan seuranta harjoitettiin sekä Lee ym. (2017, 176) että Lee ja Titchener (2017, 20) mukaan kotisairaalassa, tekemällä no-

peita arvioita, diagnooseja, hoitoa ja hoitovasteen arviointia. Seurantahoito kotona yhdistettiin potilaisiin, joilla oli matala riski sairastua kuumeiseen neutropeniaan solunsalpaajahoitojen jäljiltä (Lippert ym. 2017, 25). Syömisongelmaisten lasten hoito oli helposti lähestyttävämpi kotiympäristössä myös vanhempien kannalta ongelman selvittämiseksi ja syömisen seuraamiseksi (Lähdeaho ym. 2011, 1925).

Post-operatiivisesti haavanhoito kotona mahdollisti lasten ja nuorten nopeamman kotiutuksen kirurgisen toimenpiteen jälkeen (Lähdeaho ym. 2011, 1925). Lee ym. (2017, 176) ja Vianello ym. (2013, 2062) mainitsivat leikkauksen jälkeisen hoitotyön yhdeksi kotisairaalan hoidon tarpeista ja Lee ja Titchener (2017, 20) määrittivät sen sisältävän esimerkiksi virtsarakon ultrauksia gynekologisen leikkauksen jäljiltä sekä rakon koulutusta kestopatentin poiston jälkeen.

Kuten monimuotoiset hoidon toteutumisen mallit, kotisairaalan tiimit näkyivät aineistossa moniammatillisina. Kotisairaالاتiimi toi sairaalatasoisen hoidon kotiin tarjoten tehokkaan sairaanhoidon lisäksi myös toimintaterapiaa ja fysioterapiaa osana kokonaisvaltaista hoitoa (Lee ym. 2017, 176; Lee & Titchener, 2017, 19). Lee ja Titchener (2017, 19) lisäsivät kuntoutusta tukevat ammattilaiset osaksi hoitotiimiä, sekä farmaseutin lääkehoidon asiantuntijana. Lippert ym. (2017, 24) tutkimuksessa keskityttiin solunsalpaajahoittoon, ja hoitotiimiin kuuluivat muun tiimin ja farmakologin lisäksi syöpäsairauksiin erikoistunut lääkäri eli onkologi. Akuutin mielenterveys sairauden hoidossa moniammatillinen hoitoryhmä täydentyi psykiatrien ja sosiaalityöntekijän ammattitaidolla (Singh ym. 2010, 513). Vianello ym. (2013, 2064) tutkimuksissa nousi esiin hengitysterapeutin hoito osana potilaan avustettua mekaanista tai manuaalista yskimistä.

Yläluokka	Alaluokat	Pelkistykset
Tukihoito	Valohoito	Valohoito vastasyntyneille (11)
	Nenämahaletkuhoito	Nenämahaletkun asettaminen (2,11)
	Suonensisäinen hoito	Suonensisäinen lääkitys (10,11)
		Suonensisäinen nesteytys (2,10)
	Antimikrobinen hoito	Antibiootit (1,2,9,10)
		Parenteraalinen antimikrobinen hoito (3)
	Potilaan seuranta	Pulssioksimetriseuranta (1)
		Potilaan kliininen seuranta (9,10)
		Potilaan seuranta (2,11)
	Potilaan nesteytyshoito	Vaikea raskauspahoinvointi (9,10)
		Nestehukka (9,10)
	Post-operatiivinen hoito	Post-operatiivinen haavanhoito (11)
		Post-operatiivinen hoito (9,10)
		Toipuminen leikkauksen jäljiltä (1)
	Moniammatillisen hoidon tuki	Fysioterapia (9,10)
		Toimintaterapia (9,10)
		Onkologia (2)
		Sosiaalihuolto (7,10)
		Psykiatria (7)
Farmaseutti (2,10)		
Kuntoutus (10)		
Hengitysterapeutti (1)		

TAULUKKO 6. Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit, tukihoito

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Kirjoitin opinnäytetyöni yksin, AHOT-opinnäytetyönä. Koska olin suorittanut aiemman AMK-tutkinnon ja tehnyt jo yhden opinnäytetyön, sain mahdollisuuden suorittaa tämän opinnäytteen 10 opintopisteen laajuisena työnä, normaalin 15 opintopisteen laajuuden sijaan. Opinnäytetyön aiheen sain ohjaajaltani, ja se oli itselleni alussa suhteellisen vieras käsite. Opinnäytetyön teko alkoikin käsitteen hahmottamisella, mitä kotisairaalahoido pitää sisällään. Keskustelimme ohjaajani kanssa siitä, että suomalainen tutkimustieto aiheesta on vielä hyvin vähäistä, joten minun tulisi suunnata tiedonhakuni kansainvälisiin tietokantoihin. Oma kiinnostukseni heräsi aihetta kohtaan myös työelämätasolla, oltuani työharjoitteluvaihdossa Englannissa kotisairaanhoidon työharjoittelussa. Kotona toteutettava hoitotyö tuntui mielekkäältä ja aloin miettiä, kuinka paljon erikoissairaanhoidollista hoitoa potilaan kotona voidaan toteuttaa, ja minkälainen vaikutus sillä on potilaan hyvinvoinnille. Alustavaa tiedonhakua tein keväällä 2017 ja valmistelin teoriapohjaa tutkimukseeni. Elo-syyskuussa 2017 tein systemoidut tiedonhaut, loppusyksyn aikana analysoin aineistoa ja kirjoitin opinnäytetyötä, ja lopullinen opinnäytetyö valmistui marraskuussa.

Tein ensin pohjatyötä suomalaisista kotiin tuotettavista sairaanhoitopalveluista, jotta ymmärsin missä määrin kotisairaala eroaa kotisairaanhoidosta. Opinnäytetyön menetelmä, kirjallisuuskatsaus oli minulle aivan vieras, ja työn määrä mitä menetelmä tutkijaltaan vaati, osoittautui suureksi. Menetelmän opiskeleminen itsenäisesti vei aikaa ja sen vaiheiden sisäistäminen vaati useamman analysointi- ja kirjoittamisyrityksen. Haastavaa kirjallisuuskatsauksen tekemisestä teki myös tiedonhaku kansainvälisistä tietokannoista. Lukiessa tutkimuksia enemmän ja tarkemmin läpi, ymmärrys vieraskielisistäkin teksteistä kehittyi. Tiedostin, että kirjoittaessa opinnäytetyötä yksin, minulla oli vapaus määrittää aikataulu kokonaan itse. Opinnäytetyön aineiston analysoinnin ja kirjoittamisen puolesta suunnitellussa aikataulussa pysyminen tuntui lopussa haastavalta. Sain ohjausta aina tarvittaessa, mutta AHOT-opinnäytetyön mukaisesti pyrin tekemään opinnäytetyöni mahdollisimman itsenäisesti. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyö oli prosessina opettavainen ja antoisa, enkä olisi saanut tällaista oppimiskokemusta siitä tekemättä sitä yksin.

6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus perustuu tutkijan tekemiin valintoihin tutkimuksen kaikissa vaiheissa, ja tutkijan täytyy voida seisoa näiden valintojensa takana, sekä kyetä perustelemaan ne (Vilkkä, 2015, 196-197). Opinnäytetyön alussa tutkimuskysymyksen muotoutuessa, tuntui hankalalta lähteä erittelemään hakusanoja käsitteestä, joka oli itsessään minulle vielä niin vieras. Etsin tietoa ensin teoriasta Suomessa, jotta pystyin muodostamaan luotettavia hakusanoja tiedonhakuja varten. Opiskelin suomalaisten ja kansainvälisten tietokantojen käyttämistä kirjaston informaation asiantuntija-opastuksella, jotta tiedonhaku olisi mahdollisimman luotettavaa.

Tiedonhakuja tehdessä ilmeni, ettei vertaisarvioitua tutkimustietoa löydy juurikaan suomalaisista tietokannoista. Opinnäytetyön aineistosta yksi on suomalainen katsausartikkeli ja pohjautuu suppeasti vain lasten kotisairaaloimintaan. Muu aineisto pohjautuu vieraskielisiin tutkimuksiin ja yhteen vieraskieliseen katsausartikkeliin. Suomen kotisairaaloiminnan toteutumisen malleja määriteltiin laajemmin eräässä suomalaisessa oppikirjamateriaalissa, mutta kyseinen kirjallisuusteos ei vastannut aineiston sisäänottokriteerejä, joten sitä ei otettu osaksi tutkimusaineistoa. Näin ollen opinnäytetyön tulokset keskittyvät valtaosin kansainväliseen kotisairaaloimintaan. Sisäänotto- ja poissulkukriteereiden säilyttäminen osana aineiston valintaa, voidaan katsoa lisäävän opinnäytetyön luotettavuutta.

Opinnäytetyön aineisto koostuu pääosin vieraskielisistä tutkimuksista. Vieraskielisten tutkimusten tulkinnassa voidaan tehdä virheellisiä johtopäätöksiä, ja aineistosta tuotetun sisällön luotettavuus saattaa kärsiä. Tulkinnan merkitys näkyi tiedonhaussa, englanninkielisiä tutkimuksia läpikäydessä, hankaluutena hahmottaa, mitkä termit viittaavat juuri kotisairaaloimintaan, eivätkä esimerkiksi saattokotiin tai kotisairaanhoidon. Virheellisten johtopäätösten välttämiseksi tiedonhaussa pyrittiin välttämään lähteitä, joissa ero näiden kotiin tuotettavien hoitopalvelujen välillä ei ollut selkeä. Aineiston analyysiä tehdessä ja tuloksia auki kirjoittaessa nähtiin paljon vaivaa vieraskielisten hoitotyön termien kääntämiseksi suomeksi ja sisäistämiseksi käytännössä, jotta sisällönanalyysi ja sitä kautta tulokset eivät olisi rikkonaisia. Taustatyöstä huolimatta virhekäsitykset voivat aiheuttaa aukkoja opinnäytetyön luotettavuudessa. Tuloksia kirjoittaessa aineiston analyysin sisältö muokkaantui aineistoa mukailleen. Opinnäytetyössä aineisto puhuu puolestaan

tuloksissa. Suurin osa aineiston tutkimuksista käsitteli spesifisti jotakin tiettyä hoidon tarvetta ja sen toteutumista laajemmin kotiin tuotettavissa sairaanhoitopalveluissa. Katsausartikkeleissa kotisairaalamallia esiteltiin yleisemmästä näkökulmasta, ja hoidon tarpeet oli lueteltu suppeasti osana artikkelia. Tämä näkyi tutkimustuloksissa tiettyjen hoidon tarpeiden vähäisenä määrittelynä. Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää väitteiden riittämätön perustelu (Kangasniemi ym. 2013, 298). Vaikka informaatiota ei ollut saatavilla kaikista hoidon tarpeista yhtä paljon, ne vastasivat tutkimuskysymykseen.

6.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan mitata rehellisyytenä, huolellisuutena ja tarkkuutena tutkimuksen eri vaiheissa. Yhtenä tutkimusetiikan näkökulmana nähdään alkuperäisen tiedonlähteen arvostaminen ja sen asianmukainen esilletuominen viittauksissa. Tutkimusetiikkaa mitataan myös tutkimusluvan hankkimisella. (Hyvä tieteellinen käytäntö, 2012, 6.) Tutkimuksen suunnittelu ja toteutus tulee näkyä raportoinnissa ja siitä syntynyt informaatio on esitettävä tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti (Hyvä tieteellinen käytäntö, 2012, 6 & Kangasniemi ym. 2013, 297). Opinnäytetyössä on pyritty olemaan rehellinen eri tutkimuksia valittaessa, huolellinen tutkimuskysymyksen noudattamisessa tutkimustuloksia kirjoittaessa, ja tarkka luotettavan aineiston löytämisessä. Näiden esimerkkien lisäksi näitä arvoja on ylläpidetty läpi koko tutkimusprosessin ajan. Eettisyyttä on noudatettu arvostamalla aikaisempien tutkijoiden aikaansaamia tuloksia viittaamalla niihin oikeaoppisesti. Opinnäytetyössä aineistoon liittyvät prosessit on havainnollistettu selkeämpään muotoon ja aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä, joka on taulukoitu analyysin sisäistämiseksi. Opinnäytetyön tutkimuslupa on hankittu Tampereen ammattikorkeakoululta. Näiden tekijöiden voidaan katsoa lisäävän opinnäytetyön eettisyyttä.

6.4 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteutumisen mallit jakautuivat tulosten mukaan pitkäaikaissairauden hoitoon, kuolevan potilaan hoitoon, akuuttiin hoitoon ja tukihoitoon. Mahdollisuudet kotisairaalahoidossa näyttäytyivät monimuotoisina ja ne kehittyivät koko ajan. Hoidon turvallisuus ja tehokkuus olivat avainsanoja hoidon toteuttamisen malleissa, jotta niitä voitiin rinnastaa sairaalatasoiseen hoitoon.

COPD:n pahenemisvaiheen hoito ilmenee yhtenä yleisimmäksi pitkäaikaissairauksien hoidoksi kotisairaalassa. Kroonisten sairauksien, kuten COPD:n hoito ovat nyt ja tulevaisuudessa haaste sairaalaresursseihin nähden, ja kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen mahdollisuudet tulee ottaa huomioon kotisairaalaan hoidettavaksi sopivien potilaiden kohdalla. COPD:n pahenemisvaiheen oikeaoppinen hoito on tutkitusti kannattavaa kotona. Utens ym. (2013, 1538-1542) olivat tutkineet hoitoa potilaslähtöisestä näkökulmasta ottaen huomioon potilaan mielipiteen ja mieltymyksen hoitopaikkaa ja sen hoitoa kohtaan. Potilaan valinnanvapautta hoitopaikastaan tulee kunnioittaa, mutta asenteisiin kotisairaaloimintaa kohtaan voidaan yrittää vaikuttaa. Tutkimuksen mukaan potilastyytyväisyys tuki valtaosin kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen hyötyjä. Potilaat arvostivat kodin tuomaa turvaa toipumisympäristönä, hoitajien ammattitaitoa ja läsnäoloa sekä hoidon turvaamista kotiin säännöllisin väliajoin. Potilaiden kokemana turvattomuuden tunne öisin oli tutkimuksen mukaan huomioonotettava seikka hoidon parantamiseksi tulevaisuudessa. Puhelinyhteyden mahdollisuus ei ole sama asia kuin hoitohenkilökunnan saapuminen paikalle ja potilaan kokonaisvaltainen hoito ei saisi kärsiä resurssien puutteen tai toimintamallin kehittymättömyyden takia. Tutkimuksessa tuotiin esille potilaan henkinen tasapaino kotona selviytymistä vahvistavana tekijänä. Kun potilas siirtyy kotisairaalaan, vaaditaan häneltä sitoutumista omahoitoon ja itsenäisempään toipumiseen.

COPD:n lisäksi kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut vastasivat sydämen vajaatoiminnan ja diabeteksen hoidosta osana pitkäaikaissairauksien hoitoa. Sydämen vajaatoiminta jäi aineiston puolesta vain mainitsemisen arvoiseksi kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen malliksi, vaikka se mainittiinkin useassa tutkimuksessa. Diabeteksen hoito keskittyi 1.tyypin diabeteksen osalta kotisairaaloiminnassa lapsipotilaisiin, ja perhelähtöiseen hoitoon (Tiberg, 2014, 70). Lasten kohdalla siirtymä sairaalahoidosta kotiin tehtiin mahdollisimman turvallisesti luomalla kotisairaalaolosuhteille oma kodinomainen perhetalo. Siirtymässä edettiin pienin askelin kohti kotia diabeteshoitajan asiantuntijuuden turvin. Vanhemmat saivat kaipaamaansa itsevarmuutta lapsen lähimpinä hoitajina ja mahdollisuuden keskustella hoitajan kanssa sairauden aiheuttamista elämänmuutoksista, kun diagnoosista oli kulunut jo vuosi. Lapset saivat kaipaamansa tuen sairauden kanssa elämiseen. Aikuisten osalta kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut tarjosivat hoitoa, kun diabetes oli epätasapainossa tai jos potilaalla oli diabeettinen ketoasidoosi. Tämä vahvisti omahoidon ajatusta, sillä potilas hoiti muutenkin diabeteksen hoidon itsenäisesti kotona.

Kuolevan potilaan hoito määriteltiin monessa tutkimuksessa osaksi kotisairaaloimintaa. Palliatiivinen hoito ja saattohoito edustivat pitkälle edennyttä toimintaa, jossa potilaan välittömät tarpeet olivat hoidon keskiössä. Kivunhoitoa oli tutkittu tarkemmin selviytymiseen vaikuttavana tekijänä potilaan viimeisinä elinaikoina Bengoechea ym. (2010, 1079) tutkimuksessa. Opioidien käyttö suuremmassa määrin kivunhoidossa näyttäytyi turvallisena ja potilaan elinaikaa vahvistavana tekijänä sen heikentämisen sijaan. Kun kyse oli kuitenkin kuolevan potilaan hoidosta, herää kysymys selviytymisen tukemisen tarpeellisuudesta, paitsi kivunlievityksen ollessa riittämätöntä. Oleellisinta ei ole elämän pitkittäminen tai lyhentäminen, vaan parantumattomasti sairaan potilaan elämänlaatu (Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru, 2014, 13).

Akuutti hoito koostui useasta hoidon toteutumisen mallista aineistossa. Hengitysvajauksen hoitoa käsiteltiin laajasti Vianello ym. (2013, 2061-2062) tutkimuksessa neuromuskulaaripotilaiden hoidossa ja lasten alahengitystieinfektio potilaiden hoidon osalta Zappia ym. (2013, 309) tutkimuksessa. Siirrettävät hengityslaitteet mahdollistivat vaativan happihoidon kotona. Hoidettaessa hengitysvajasta kotona, potilaan tuli täyttää kriteerit, joiden puolesta happihoidon toteuttaminen kotioloissa säilyi turvallisena. Ennaltaehkäisevällä kliinisellä arviolla voidaan välttää sairaalatasoisen hoidon epäonnistumisen riskit kotisairaalassa. Potilaan spontaania hengittämistä tuettiin kliinisen voinnin perusteella heti kun se oli mahdollista, joka aktivoi potilaan omia hengityslihaksia. Neuromuskulaaripotilaiden hengitysvajauksen hoidon toteuttamiseksi kotisairaalassa, vaadittiin hoitoon mukaan osallistuva omainen toteuttamaan osaa hoidosta. Kotiin tuotettavat sairaanhoitopalvelut tulevat näkymään tulevaisuudessa yhä enemmän omaishoitoa ja potilaan omahoitoa tukevana, joita kotisairaalan hoidon ammattilaiset tukevat opetuksen ja asiantuntijuuden kautta.

Virtsatieinfektion hoito, pneumonian hoito, laskimotukoksen hoito, virussairauksien hoito, ihoinfektion hoito, hengityselinsairauden hoito, pyelonefriitin hoito ja ensiapuhoito nousivat tuloksissa aineiston kannalta mainitsemisen arvoisiksi ja monimuotoisiksi kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen malleiksi. Kotisairaalan hoitomahdollisuudet ulottuvat erilaisten sairauksien hoitoon, ja ne vapauttavat akuuttihoito-osastojen petipaikkoja sairaalassa hoidettavien käyttöön sekä ambulanssi-kuljetuksia hätäajoihin. Hoidon siirtäminen sairaalasta kotiin tuli esille aineistossa kustannustehokkaana ratkaisuna (Lee & Titchener, 2017, 18). Kustannukset kotiin tuotettavissa sairaalal palveluissa

ilmenivät huomattavasti pienempinä summina verrattuna sairaalahoitopäivien kustannuksiin. Voidaan siis todeta, että kustannusvaikutukset ovat yksi tärkeä näkökulma kotisairaalan palveluja kehittäessä.

Akuutti mielenterveyspotilaiden hoito kotisairaalassa moniammatillisen ryhmän tukeamana ilmeni onnistuneena hoitoprosessina tietyille mielenterveyspotilaille (Singh ym. 2010, 512). Haastavien ja pitkäkestoisempien mielenterveys sairauksien psykiatrisen hoidon siirtyessä nykyään yhä enemmän avohoidon malliin (Mielenterveyspalvelut, 2017), kotiin tuotettavilla sairaanhoitopalveluilla voi olla suurikin rooli osana akuuttia hoitoa. Kotisairaalan hoitotiimin hoitajien työtä ei esitelty tarkemmin tutkimuksessa, vaan siinä keskityttiin enemmän potilaiden mielipiteisiin hoitoon liittyen. Potilaiden vastaukset viittasivat siihen, että hoitajien työ perustui keskusteluun ja potilaan sekä perheen henkiseen tukemiseen akuutissa tilanteessa. Hoidon jatkuvuuden kannalta, kotisairaalan akuuttijakson jälkeen potilaalle olisi hyvä turvata mahdollinen jatkohoitosuunnitelma, ettei hän koe jäävänsä tilanteeseen yksin kriittisimmän hoidon tarpeen jälkeen.

Solunsalpaajahoidon toteuttaminen lapsipotilaille osana kotisairaalan palveluja ilmeni Lippert ym. (2017, 23-25) tutkimuksessa pitkälle kehittyneenä hoidon toteutuksena kotona. Solunsalpaajahoidon mahdollistaminen kotiympäristöön helpotti lasten ja perheiden arjessa selviytymistä. Syöpä ja syöpähoidot olivat perheelle henkisesti raskasta aikaa, joten sairaalamiljöön välttäminen hoitajakson aikana tarjosi perheelle mahdollisuuden pitää kiinni arjen rutiineista, niin ettei syöpälapsen hoito hallinnut koko muun perheen elämän rytmitystä. Tutkimuksen mukaan kotisairaalahoidossa vanhemmat voitiin ottaa osaksi hoitoa, lapsen nenämahaletkuhoidossa. Voidaan olettaa, että vanhempien hallinnan tunne tilanteesta vahvistui, sillä he raportoivat tutkimuksessa elämänlaadun parantuneen. Kun lasta hoidettiin kotona, kokonaisvaltainen toipuminen oli nopeampaa, jonka voidaan katsoa lisänneen lapsen hoitoon sitoutumista.

Tukihoitojen tärkeys korostui tuloksissa osana monia sairauksien hoitoa. Suonensisäistä hoitoa toteutettiin yleisesti kotisairaalassa, potilaan nopeassa nesteytyksessä ja lääkitsemisessä. Seurantahoidolla voitiin tukea potilaan voinnin tarkkailua kotona, erilaisten oiremittareiden avulla. Tukihoitot voitiin myös eritellä omaksi hoidon tarpeekseen, kuten González Ramallo ym. (2017, 62-64) määrittivät tutkimuksessaan antimikrobisen hoidon sairaalainfektioiden hoidossa kotisairaalassa. Sairaalainfektioiden ehkäiseminen pa-

renteraalisella antibiootihoidolla on tärkeä hoidon osa-alue kotisairaalahoidossa, sillä tulosten mukaan sillä voitiin hoitaa useiden eri bakteerien, mukaan lukien multiresistentin bakteerin aiheuttamia infektioita, eristämättä potilasta sairaalahuoneeseen.

Kotiin tuotettavien sairaanhoitopalvelujen toteuttamisen mallit osoittautuivat tulosten puolesta kotisairaaloiminnan puolesta hyvin monipuolisiksi ja toisiaan tukeviksi. Näillä kotiin tuotettavilla sairaanhoitopalveluilla voidaan hoitaa potilaita eri ikäluokista ja hoidon tarpeista riippumatta. Hoitoa tarjotaan niin vastasyntyneille potilaille kuin iäkkäille potilaille, pitkäaikaissairaille potilaille, lyhyen ajan akuutin hoidon tarvetta vaativille potilaille sekä saattohoitopotilaille. Tulokset kohdistuvat tässä opinnäytteessä suurimmalta osin kansainväliseen kotisairaaloimintaan, joten ne voivat luoda luonnollisesti eroavaisuuksia verrattuna Suomen kotisairaaloimintaan. Omahoitoon kannustaminen kotisairaallassa tulisi tapahtua yksilöllisesti potilaan ehdoilla, hoitohenkilöstön tuen ollessa tarpeen tullen helposti saavutettavissa. Jos potilas kokee ongelmia omahoidossa, hänen tulee saada yhteys ammattilaiseen joko digitaalisesti videovastaanoton, tai kasvokkain kotikäynnin kautta (Saarelma, 2017).

Omaisten osallistuminen hoitoon on välttämätöntä kotisairaalahoidon mahdollistamiseksi. Omaisten osallistuminen hoitoon perustuu potilaan taustajoukkoihin, läheisiin jotka ovat potilaan tukena hänen sairautensa hoidossa. Perhesuhteet ovat kaikilla erilaisia, ja myös maan kulttuuri vaikuttaa niihin. Suomessa perhekulttuuri on erilainen kuin esimerkiksi Etelä-Euroopassa, jossa isovanhemmat saattavat asua saman katon alla lastensa perheiden kanssa. Omaishoito ei siis välttämättä ole itsestänselvyys, ja siihen saattaa liittyä omaisten puolesta pelkoja, liiallista vastuun kantamisen tunnetta ja oman elämän muuttumisen raskautta. Suomessa omaishoitajuutta tulisi arvostaa ja tukea enemmän yhteiskunnan tukimuodoilla, sillä omaishoidon sisällyttämisellä kotisairaaloimintaan ja laajemmin kotiin tuotettaviin sairaanhoitopalveluihin, voidaan säästää hoitokuluja. (Mitä on omaishoito? 2017.)

Sote-uudistusta ajatellen, kotisairaaloiminta kattaa vain alueet, jotka sijaitsevat määritetyn välimatkan päässä sairaalasta, eli kaupungit ja niiden taajama-alueet. Jää nähtäväksi, miten voimme turvata maaseutualueiden kotisairaalahoidon mahdollisuuden, kun etäisyydet sairaalaan ovat pitkät, ja kaikille potilaille tulisi kuitenkin taata yhdenveroinen hoito.

LÄHTEET

Bengoechea, I., Gutiérrez, S., Vrotsou, K., Onaindia, M. & Lopez, J. 2010. Opioid Use at the End of Life and Survival in a Hospital at Home Unit. *Journal Of Palliative Medicine*, 13, 9, s. 1079-1083.

Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Fioca Oy.

González Ramallo, V., Rubio, M., Cuxart, O. & Garcia Leoni, M. 2017. Usefulness of Hospital at Home in nosocomial infections: advantages and limitations. *Rev Esp Quimioter*, 30, s.61-65.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hoidon järjestäminen. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 12.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-jarjestaminen>

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Johansson, R. 2016. Solunsalpaajiin liittyvien haittojen hoito. Lääkärin käsikirja. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 14.11.2017.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvallinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 25 (4), 291-299. Luettu 3.8.2017.

Kärkihankkeet ja säädösvalmistelu. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 18.11.2017. <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvaus>

Kotisairaala. 2017. Tampereen kaupunki. Luettu 1.3.2017.

Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoito. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 1.3.2017.

Lasten kotisairaalahoito. 2015. Tays keskussairaala. Luettu 1.3.2017.

Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J. & Titchener, K. 2017. The future of community nursing: Hospital in the Home. *British Journal Of Community Nursing*, 22, 4, s. 174-180.

Lee, G. & Titchener, K. 2017. The Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust @home service: an overview of a new service. *London J Prim Care (Abingdon)*, 9 (2): 18-22.

Lippert, M., Semmens, S., Tacey, L., Rent, T., Defoe, K., Bucsis, M., Shykula, T., Crysdale, J., Lewis, V., Strother, D. & Lafay-Cousin, L. 2017. The Hospital at Home program: no place like home. *Current Oncology*, 24, 1, s. 23-27.

Lähdeaho, M-L., Heino-Tolonen, T. & Kuusela A-L. 2011. Lasten kotisairaala. Laadusta ja kannattavaa hoitoa lapsille. *Lääkärilehti* 23 (66), 1923-1926.

Mielenterveyspalvelut. 2017. Suomen mielenterveysseura. Luettu 15.11.2017.

Mitä on omaishoito? 2017. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. Luettu 16.11.2017.

Saattohoito. 2017. Tampereen kaupunki. Luettu 1.3.2017.

Saarelma, O. 2017. Omaha-ohje sähköistyy. Duodecim terveystieteenkirjasto. Luettu 15.11.2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00408

Singh, R., Rowan, J., Burton, C. & Galletly, C. 2010. How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australasian Psychiatry*, 18, 6, s. 512-516.

Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

Tiberg, I., Hallström, I., Jönsson, L. & Carlsson, A. 2014. Comparison of hospital-based and hospital-based home care at diabetes onset in children. *European Diabetes Nursing*, 11, 3, s. 70-74.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen (HTK-ohje). Luettu 15.11.2017.

Utens, C., Goossens, L., van Schayck, O., Rutten-van Mölken, M., van Litsenburg, W., Janssen, A., van der Pouw, A. & Smeenk, F 2013. Patient preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomised controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 50, 11, s. 1537-1549.

Vianello, A., Savoia, F., Pipitone, E., Nordio, B., Gallina, G., Paladini, L., Concas, A., Arcaro, G., Gallan, F. & Pegoraro, E. 2013. Hospital at Home for Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection: A Pilot Study. *Respiratory Care*, 58, 12, s. 2061-2068.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Zappia, T., Peter, S., Hall, G., Vine, J., Martin, A., Munns, A., Shields, L. & Verheggenn, M. 2013. Home oxygen therapy for infants and young children with acute bronchiolitis and other lower respiratory tract infections: the HiTHOX program. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 36, 4, s. 309-318.

7 LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, vuosi, nimi ja julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
<p>1) Vianello, A., Savoia, F., Pipitone, E., Nordio, B., Gallina, G., Paladini, L., Concas, A., Arcaro, G., Gallan, F. & Pegoraro, E. 2013.</p> <p>Hospital at Home for Neuromuscular Disease Patients With Respiratory Tract Infection</p> <p>Italia</p>	<p>Tarkoituksena tutkia neuromuskulaaripotilaiden hengitystieinfektion aiheuttamaa hengitysvajauden hoitoa kotisairaalassa, ja eroja sen ja sairaalassa toteutettavan hoidon välillä. Vertailtiin sairaalahoidon laatua, hoidon epäonnistumista, toipumisaikaa, kuolemantapauksia ensimmäisten 3kk aikana johtuen pahenemisesta ja hoitokustannuksia.</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus.</p> <p>Tutkimuksessa seurattiin kotisairaalapotilaiden (n=26) ja sairaalahoitopotilaiden (n=27) kliinistä vointia ja tuloksia ja niitä verrattiin toisiinsa.</p>	<p>Sairaalahoidon ja sairaalatasoisen kotisairaanhoidon välillä ei havaittu juurikaan eroavaisuuksia. Sairaalatasoisen kotisairaanhoidon epäonnistuminen oli todennäköisempää ALS-potilaiden kohdalla.</p>
<p>2) Lippert, M., Semmens, S., Tacey, L., Rent, T., Defoe, K., Bucsis, M., Shykula, T., Crysdale, J., Lewis, V., Strother, D. & Lafay-Cousin, L. 2017.</p> <p>The Hospital at Home program: no place like home.</p> <p>Kanada</p>	<p>Tutkimuksessa kuvaillaan Kotisairaala-ohjelman pilottitutkimusta, jossa tuodaan sairaalatasoinen hoito lasten hematologian ja onkologian potilaille sekä veri- ja luuydinsiirto potilaille heidän kotiinsa, arvioidaan kotisairaalan soveltuvuutta ja hoidonkäytännön näkökulmia sen laajempaan kehittämiseen.</p>	<p>Määrällinen tutkimus kliinisistä tiedoista ja potilaiden taustatekijöistä.</p> <p>Haastattelututkimus perheille, jotka antoivat suostuksensa hoitoon ja olivat mukana vähintään 3 hoitokertaa, sekä myöhemmin kotisairaalan työntekijöille.</p> <p>n= 136</p>	<p>Kotisairaala vähentää perheiden päivittäisten kotirutiinien häiriintymistä ja että perheet arvostavat hoitajien ammattitaitoa. Työntekijät korostivat ohjelman hyötyä potilaiden aikaisemman kotiuttamisen edesauttamisessa. Kotisairaala tarjoaa tukea potilaiden elämänlaadun parantamiseen ja kustannus-hyötyä vanhemmille ja terveydenhuoltojärjestelmälle.</p>

<p>3) González Ramallo, V., Rubio, M., Cuxart, O. & Garcia Leoni, M. 2017.</p> <p>Usefulness of Hospital at Home in nosocomial infections: advantages and limitations.</p> <p>Espanja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tutkia parenteraalisen antimikrobisen hoidon avulla sairaalainfektioiden hoidon hyötyjä ja rajoituksia kotisairaalassa.</p>	<p>Potilaiden sairaalainfektio kerättiin yhteen rekisteriin viiden vuoden ajalta (2011-2016), joista poimittiin kotisairaalassa toteutetut potilaat ja sairaalainfektion aiheuttaneet mikrobit. n= 1422</p>	<p>Yleisimpiä sairaalainfektioita aiheuttavat mikrobit olivat Escheria coli, Pseudomonas, Staphylococcus, Staphylococcus aureus ja Klebsiella. Parenteraalinen antibioottihoito sairaalainfektioiden hoidossa ilmeni turvallisena ja tehokkaana kotisairaala-palvelun toteutumisen mallina.</p>
<p>4) Utens, C., Goossens, L., van Schayck, O., Rutten-van Mölken, M., van Litsenburg, W., Janssen, A., van der Pouw, A. & Smeenk, F 2013.</p> <p>Patient preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomised controlled trial.</p> <p>Hollanti</p>	<p>Tarkoituksena tutkia potilaiden mieltymyksiä hoitopaikasta, siihen liittyviä tekijöitä sekä pahentuneen COPD-potilaiden tyytyväisyyttä kunnalliseen kotisairaalahoitoon.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneet potilaat valittiin satunnaisesti, osa normaaliin sairaalahoitoon ja osa aikaiseen avustettuun kotiutukseen sairaalasta, jossa kotiuduttiin sairaalasta 4. hoitopäivänä ja kotisairaanhoidon kävi katsomassa potilasta kotona 7. hoitopäivään saakka.</p>	<p>Yleisessä tyytyväisyydessä ei ilmennyt eroja potilasryhmien välillä. 4.hoitopäivänä kotiutetut potilaat eivät olleet niin tyytyväisiä yöaikaan saatavaan hoitoon ja heidän oli vaikeampi aloittaa uudelleen normaalit päivätoimensa kotona. Aikaisempaa kotiutusta voidaan toteuttaa pahentuneen COPD-potilaan hoidossa vaihtoehtona valituille potilaille, jotka suosivat kotona toteutettua hoitoa.</p>
<p>5) Bengoechea, I., Gutiérrez, S., Vrotsou, K., Onaindia, M. & Lopez, J. 2010.</p> <p>Opioid Use at the End of Life and Survival in a Hospital at Home Unit.</p> <p>Espanja</p>	<p>Tarkoitus tutkia, onko suurilla annoksilla opioideja tai annoksia suurentamalla vaikutusta kuolemansairaiden syöpäpotilaiden selviytymiseen Kotisairaalassa.</p>	<p>Määrällinen tutkimus: potilaiden kliiniset muuttujat ja väestömuuttujat kerättiin. Regressio analyysi: eri ryhmien selviytyminen. Annosmuuttuja: tavalliset annokset n=124, suuremmat annokset n=99.</p>	<p>Potilaat, jotka saivat enemmän kuin kaksinkertaisen lisäyksen alustavaan annokseensa, elivät pidempään (22 pv), kuin ne potilaat jotka eivät saaneet (9pv); nämä erot pysyivät väestö- ja kliinisten muuttujien jälkekin. Opioidien käyttö ilmeni turvallisena.</p>

<p>6) Tiberg, I., Hallström, I., Jönsson, L. & Carlsson, A. 2014.</p> <p>Comparison of hospital-based and hospital-based home care at diabetes onset in children.</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia eroja sairaalassa toteutetun hoidon ja sairaalatasoisen hoidon kotona toteuttamisen välillä 1. tyypin diabetesta sairastavia lapsia ja heidän perheitään vuosi diagnoosin saamisen jälkeen.</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus, n=60, joista n=30 kotisairaalassa.</p> <p>Määrällinen tutkimus: hoitotulosten tilastointi.</p> <p>Haastattelututkimus: vaikutus perheisiin.</p>	<p>Verensokeriarvoissa, vakavissa hypoglykemia-kohtauksissa, insuliiniannoksissa tai vanhempien raportoimissa lapsen sairauden vaikutuksista perheeseen ei ilmennyt eroja. Kotisairaala-ohjelman vanhemmat osoittivat suurempaa sosiaalista toimivuutta verrattuna vanhempiin sairaalahoitossa.</p>
<p>7) Singh, R., Rowan, J., Burton, C. & Galletly, C. 2010.</p> <p>How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness?</p> <p>Australia</p>	<p>Tutkimus arvioi kotisairaalahoidon toimivuutta potilailla, joilla on todettu akuutti psykiatrinen sairaus ja jotka olisivat muutoin joutuneet sairaalahoitoon.</p>	<p>Määrällinen tutkimus: kliiniset tiedot.</p> <p>Riskien arviointiteikko: potilaiden riskitilanteet.</p> <p>n=83.</p>	<p>Oireiden paraneminen ja hoidossa oloaika olivat verrattavissa sairaalahoitoon. Kotisairaala voi tarjota turvallisen, tehokkaan vaihtoehdon sairaalahoitoon sopivien potilaiden kohdalla. Mahdollisuus vähentää kuluja ja paineita jotka kohdistuvat sairaalahoitoon, sekä tarjota otollista hoitoa potilaille ja heidän perheilleen.</p>
<p>8) Zappia, T., Peter, S., Hall, G., Vine, J., Martin, A., Munns, A., Shields, L. & Verheggenn, M. 2013.</p> <p>Home oxygen therapy for infants and young children with acute bronchiolitis and other lower respiratory tract infections: the HiTHOx program.</p> <p>Australia</p>	<p>Raportoida Kotisairaalan happiterapiaohjelman vaikutuksia valituilla imeväisikäisillä potilailla ja nuorilla lapsipotilailla, jotka sairastavat akuuttia bronkioliittia ja muita alahengitystieinfektioita.</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus n=22.</p>	<p>Kotisairaala happiterapia-ohjelma ilmeni turvallisena hoitomallina tarkoin valituille imeväisikäisille potilaille ja nuorille lapsipotilaille, jotka sairastivat akuuttia bronkioliittia tai muita alahengitystieinfektioita, joka vähentää potilaiden sairaalassaoloaikaa.</p>

<p>9) Lee, G., Pickstone, N., Facultad, J. & Titchener, K. 2017.</p> <p>The future of community nursing: Hospital in the Home.</p> <p>Englanti</p>	<p>Kuvaili kotisairaalan toimintaa yleisellä tasolla sekä tapautuskimpuksen kautta (78-vuotias nainen saanut lähteen kotisairaalaan pahentuneen COPD:n takia).</p>	<p>Katsausartikkeli</p>	<p>Kotisairaala tarjoaa moniammatillista hoitoa akuutissa hoidon tarpeessa pitkäaikaissairaillekin potilaille. Malli on lääketieteellinen mutta kokonaisvaltainen.</p>
<p>10) Lee, G. & Titchener, K. 2017.</p> <p>The Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust @home service: an overview of a new service.</p> <p>Englanti</p>	<p>Kuvaili kotisairaalan toimintaa yleisellä tasolla tuodakseen ilmi tarpeen muuttaa totuttuja hoitomalleja.</p>	<p>Katsausartikkeli</p>	<p>Akuuttia hoitoa voidaan tarjota ihmisten kotiin moniammatillisella hoitotiimillä.</p>
<p>11) Lähdeaho, M-L., Heino-Tolonen, T. & Kuusela A-L. 2011.</p> <p>Lasten kotisairaala. Laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille.</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvaili Tampereen yliopistollisen sairaalan lasten kotisairaalatoimintaa yleisellä tasolla.</p>	<p>Katsausartikkeli.</p>	<p>Tehokasta ja turvallista hoitoa, myös perheiden kannalta. Haittatapahtumia ei ilmennyt. Kustannussäästöt, avohoitosuuntautuneisuus ja kotisairaalan kehittyminen tärkeää erikoissairaanhoidolle.</p>