

KOTISAIRAALATYYPPIINEN HOITO - asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta

Marita Halonen
Pro gradu- tutkielma
Hoitotiede
Terveystieteiden opet-
tajankoulutus
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos

Hoitotiede

Terveystieteiden opettajankoulutus

Halonen, Marita: Kotisairaalatyyppinen hoito – asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta.

Pro gradu -tutkielma, 73 sivua ja 4 liitettä (10 sivua), 2 liitetaulukkoa (11 sivua)

Ohjaajat: Professori Hannele Turunen ja yliopistonlehtori Pirjo Partanen

Toukokuu 2012

Avainsanat: Kotisairaala, asiakas, kokemukset, tyytyväisyys, kyselytutkimus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden kokemuksia kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumisesta perusterveydenhuollossa toimivassa tehostetussa kotisairaanhoidossa. Asiakkaiden kokemuksia kartoitettiin hoidon järjestymisen, tehostetun kotisairaanhoidon toteutumisen ja hoitajan toiminnan näkökulmista. Tutkimuksen aineisto kerättiin 1.10.2011- 29.2.2012 välisenä aikana yhden sairaanhoitopiirin tehostetun kotisairaanhoidon asiakkailta (N= 57) tätä tutkimusta varten kehitetyllä strukturoidulla kyselylomakkeella. Vastausprosentti oli 82. Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin tilastollisesti (frekvenssit, prosentiosuudet, ristiintaulukointi) käyttäen SPSS for Windows 19.0 ohjelmaa.

Tutkimukseen osallistui 26 naista ja 21 miestä ja heidän keski-ikänsä oli 66 vuotta. Suurin osa vastaajista oli eläkkeellä ja asui yhdessä jonkun toisen henkilön kanssa. Tulosten mukaan tehostettu kotisairaanhoido oli ennestään tuntematon lähes kaikille kyselyyn vastanneille. Hoitojakso tehostetussa kotisairaanhoidossa kesti suurimmalla osalla 4 - 14vrk. Asiakkaat kokivat sairaalasta kotiutumisen turvalliseksi ja olivat tyytyväisiä hoidon järjestymisestä kotiin tehostetun kotisairaanhoidon avulla. Hoitoa järjestettäessä ei kuitenkaan huomioitu riittävästi asiakkaan mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja mahdollisuus hoitopaikan valintaan toteutui 49 %: lla vastanneista.

Vastaajat olivat tyytyväisiä hoidon toteutumiseen ja kotona oleminen koettiin luottamukselliseksi ja turvalliseksi. Asiakkaat kokivat saaneensa sellaista hoitoa, mitä he tarvitsivat. Kuitenkin vastaajat epäroivät mahdollisuuttaan vaikuttaa omaan hoitoonsa, sillä vain noin puolet (53 %) arvioi voineensa tehdä päätöksiä ja osallistua omaan hoitoonsa toteutukseen. Tulosten mukaan yhteyden saaminen lääkäriin koettiin haasteellisena. Vastaajat olivat erittäin tyytyväisiä hoitajien toimintaan ja 91 % arvioi hoitajien hoitotoiminnan olevan tiedollisesti ja taidollisesti ammattitaitoista sekä luotettavaa. Hoitajien koettiin tarvittaessa olevan tavoitettavissa ja useimmiten hoito koettiin myös kiireettömäksi, vaikkakin hoitajien arvioitiin vaihtuvan liian usein. Osa asiakkaista olisi halunnut enemmän tietoa tutkimuksista, asioiden läpikäymistä useampaan kertaan ja lisää ohjausta lääkehoidossa. Asiakkaista 84 % arvioi hoitajien kuuntelevan heitä ja huomioivan heidän mielipiteensä sekä yksilölliset tarpeensa. Kuitenkin tutkimustuloksissa nousi esiin, ettei asiakkaiden kanssa keskusteltu hengellisistä – tai sukupuolielämään liittyvistä asioista. Myös mieltäpainavista asioista keskustelemisen arvioitiin jäävän vähäiseksi.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kotisairaalatyyppistä hoitoa kohdeorganisaatiossa tai laajemminkin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tiedotettaessa ja markkinoitaessa kotisairaalatyyppisestä toimintaa laitoshoidon vaihtoehtona sekä asiakkaille että yhteistyötahoille. Asiakkaan mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon, omaan hoitoonsa ja hoitopaikan valintaan tulee edelleen lisätä. Huomion kiinnittäminen asiakkaan kanssa keskusteluun niin mieltäpainavista kuin hengellisistä ja sukupuoliasioistakin on tärkeää.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science

Nursing Science

Nurse Teacher Education

Halonen, Marita: Hospital at Home – patients' views of the intensified home nursing

Master's Thesis, 73 pages and 4 appendices (10 pages)

Supervisors: Professor, PhD Hannele Turunen and university senior lecturer, PhD Pirjo Partanen

May 2012

Keywords: Hospital at home, patient, experiences, satisfaction, survey

The purpose of this study was to describe patients' experiences about realization of hospital at home type of care in the case of primary healthcare's intensified home nursing. The patients' experiences were surveyed from the point of view of arranging the care, realization of the intensified home nursing and the activities of a nurse. The data of the survey were collected between 1.10.2011-29.2.2012 from patients of intensified home nursing in one hospital district (N=57) with a structured questionnaire designed for this study. The response rate was 82 %. The data were statistically processed and analyzed (frequencies, percentages, and cross-tabling) with SPSS for Windows 19.0 program.

Altogether, 26 females and 21 males were surveyed with their average age being 66 years. The majority of the respondents were retired and living together with another person. According to the results intensified home nursing was previously unfamiliar for almost all of the respondents. The intensified course of treatment lasted for the majority of the patients between 4-14 days. Patients felt that arriving home from hospital was safe and they were pleased that the care was arranged at home with the intensified home nursing. However, when arranging the care not enough opportunities were given for the patient to participate in the planning of his/her own care, and in the case of 49 % of the respondents the opportunity to choose the location of receiving care was realized.

The patients were satisfied with the realization of their care and staying at home was experienced as private and safe. The patients felt they received such a care they needed. However, respondents were hesitant when it came to being able to make decisions and to influence to the realization of their own care as only about half (53 %) felt they had been able to make decisions and participate in the realization of their care. According to the results getting into a contact with a doctor was felt challenging. The respondents were very satisfied with the nurses and 91 % evaluated the nursing care professional and reliable. It was felt that nurses were reachable when needed, and the care received was also seen as unhurried, although it was felt that the nurses changed too often. Some of the patients would have wanted to receive more information regarding the physical examinations, go through things more than once as well as to receive more guidance on the use of medication. Most of (84 %) the patients evaluated that nurses listened to them, considered their opinions and individual needs. However, the results stated that spiritual issues were not discussed with patients, nor the matters regarding to sex life.

The results of the study can be used in the development of home at hospital type of care in the study organization, and even more widely. In addition, the results can be utilized when reporting and marketing hospital at home type of care as an option for institutional care both for patients and partners. The patients' opportunity to contribute to decision-making, his/her own care and choosing of the location of the care should still be increased. In addition, paying attention to issues concerning the patients' spiritual and sex life can also be important.

Tiivistelmä

Abstract

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	7
2 KOTISAIRAALATOIMINTA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISESSÄ	10
2.1 Tiedonhaun kuvaus.....	10
2.2 Kotisairaalahoido ja siihen liittyvät käsitteet	11
2.2.1 Kotisairaanhoido ja kotihoito sekä niiden tarve Joensuussa	12
2.2.2 Kotisairaala hoitopalvelun tuottajana	13
2.2.3 Terveyspalvelun käyttäjä.....	15
2.3 Sairaalatasoisen hoidon toteutuminen kotona	16
2.3.1 Potilaan itsenäisyys ja yksilölliset tarpeet	17
2.3.2 Potilaan turvallisuus ja selviytyminen.....	20
2.3.3 Potilaan kohtaaminen ja tiedonsaanti	24
2.4 Kotisairaalahoidon järjestyminen.....	25
2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	27
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	31
4 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	32
4.1 Kotisairaalatyyppisen toiminnan kehittäminen tutkimusorganisaatiossa	32
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu.....	33
4.3 Kyselylomakkeen kehittäminen ja luotettavuus	34
4.4 Aineisto ja sen analyysi	38
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	40
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	40
5.2 Kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymiseen vaikuttavat tekijät	42
5.2.2 Kotisairaalatyyppisen hoidon järjestyminen	43
5.3 Asiakkaiden kokemukset kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumisesta.....	46
5.3.1 Potilaiden turvallisuuden ja selviytymisen kokeminen	46

5.3.2 Tiedonsaannin kokeminen.....	49
5.3.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	50
5.4 Asiakkaiden kokemukset hoitajien toiminnasta	51
5.4.1 Hoitajien ammattitaito	51
5.4.2 Asiakkaan kokemukset hoitajien käyttäytymisestä	53
5.4.3 Mahdollisuus keskusteluun	54
6 POHDINTA	56
6.1 Tutkimuksen keskeiset tulokset.....	56
6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	63
6.3 Johtopäätökset ja suositukset.....	66
LÄHTEET	69
LIITTEET	74

TAULUKOT JA KUVIOT

TAULUKKO 1. Tiedonhaku tietokannoista tammikuussa 2012.

TAULUKKO 2. Kyselylomakkeen muuttujat ja niitä vastaavat väittämät ja kysymykset numeroituina sekä Cronbachin alfat.

TAULUKKO 3. Vastaajien (N=47) taustatiedot (n, %)

TAULUKKO 4. Kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymisen taustatekijät (n, %), (N=47)

TAULUKKO 5. Vastaajien (N=47) arviot kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymisestä (% , n)

TAULUKKO 6. Vastaajien (N=47) arviot turvallisuudesta (% ,n)

TAULUKKO 7. Lääkärin kotikäynti (% , n), (N= 47)

TAULUKKO 8. Vastaajien (N=47) kokemukset tiedonsaannista (% , n)

TAULUKKO 9. Vastaajien (N=47) kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta (% , n)

TAULUKKO 10. Vastaajien (N=47) kokemukset hoitajien ammattitaidosta (% , n)

TAULUKKO 11. Vastaajien (N=47) kokemukset hoitajien käyttäytymisestä (% , n)

TAULUKKO12. Vastaajien (N=47) kokemukset mahdollisuudesta keskusteluun (% , n)

KUVIO 1. Potilaiden kotisairaalahoido aiempien tutkimusten perusteella

LIITTEET

LIITE 1. Tiedote sairaanhoitajalle

LIITE 2. Tiedote asiakkaalle

LIITE 3. Kyselylomake

LIITE 4. Tutkimuslupa

Liitetaulukko 1. Tutkimuksia potilaan kokemuksista kotisairaalahoidon toteutumisesta

Liitetaulukko 2. Muuttujaluettelo

1 JOHDANTO

Useissa maissa on viime vuosina kehitetty ympärivuorokautisesti toteutettavaa kotisairaala-tyyppistä järjestelmää, millä pyritään jouduttamaan potilaiden kotiutumista sairaalasta ja toisaalta ennaltaehkäisemään potilaan sairaalaan joutumista. Kotisairaaloiminta tukee potilaan itsemääräämisoikeutta ja avohoidon ensisijaisuutta, mitkä ovat olleet terveydenhuollon tavoitteena jo 1980-luvulta alkaen. (Saarelma 2005.) Ensimmäinen kotisairaala perustettiin Ranskassa vuonna 1961 syöpäpotilaille ja myöhemmin järjestelmää on laajennettu muualla maailmassa (Jester & Hicks 2003). Suomen kotisairaaloiminnan juuret ovat Ruotsista, Motalasta, missä toiminta alkoi 1977. Suomessa toiminta käynnistyi vilkkaasti 1990-luvun alussa (Saarelma 2005) ja ensimmäinen sairaalajohtoinen kotisairaala perustettiin Tammissaareen 1995. Kotisairaala-tyyppisesti toimivia yksiköitä on Suomessa 2006 tilastojen mukaan 26. (Liikka 2006.) Tällä hetkellä täsmällisen tilastoinnin puute vaikeuttaa kotisairaala-tyyppisesti toimivien yksiköiden määrän arvioimisen.

Kotisairaaloiminnan tavoitteena on sairaalahoidon välttäminen ja ellei tämä ole mahdollista niin vähintään sen keston lyhentäminen (Arvonen 2008). Oulun Diakonissalaitoksen kotisairaalat verkostot – hankkeen ulkoisessa arvioinnissa (2004) perusteltiin kotisairaaloiminnan kehittämisen tärkeyttä laitospaikkojen vähentämisellä. Arvioinnissa suhtauduttiin kuitenkin kriittisesti siihen, onko kotisairaaloiminta oikea ja riittävä tapa lyhentää tai välttää laitoshoidoa. Kotisairaaloiminnan etuina todettiin sairaalainfektioiden riskin pieneneminen, laitostumisen ehkäiseminen ja inhimillisyyden näkökulma. Arvioinnissa nähtiin kotisairaalan kehittäminen innovatiivisena hankkeena, jonka avulla toimivien hoitoketjujen kehittäminen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon mahdollistuu. Kotisairaaloiminta koettiin oikeana tapana kehittää hoidon porrastusta laitoshoidon ja kotisairaanhoidon sekä kotipalvelujen välillä. (Ponnikas & Korhonen 2004.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän selvityksen mukaan, ihmiset haluavat yhä lisääntyvästi saada sairauteensa hoitoa, ja kuolla kotonaan. On tärkeää kehittää kuntien kotisairaaloimintaa ja sairaanhoidoa niin, että potilaan hoito mahdollistuu kotona tarkoituksenmukaisesti potilaan toiveita ja tarpeita huomioiden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Paineet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiseen kasvavat jatkuvasti. STM:n ja Suo-

men kuntaliiton 2008 voimaan tulleen ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan pitkäaikaishoidossa olevien yli 75 vuotta täyttäneiden määrän tulisi olla enintään 3 %. Laatusuositus sisältää laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen liittyviä linjauksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja palvelurakenteen kehittämisen sekä asumis- ja hoitoympäristöjen osa-alueella. Linjauksissa huomioidaan myös henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3.) Sosiaali- ja terveysministeriön valmistelema esitys ikälaista tuo toteutuessaan kunnille lisääntyvää haastetta palveluiden järjestämisestä. Tavoitteena on, että iäkkäälle ihmiselle annetaan mahdollisuus toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden ja mielekkään tekemisen ylläpitämiseen. Laitoshoidon tulee kyseeseen vasta silloin, kun se on välttämätöntä iäkkään ihmisen arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta. Samalla esitys tiukentaa saatavan hoidon laatu- ja määräaika vaatimuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE 2008 – 2011) haluttiin kehittää palveluja vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Ohjelman tavoitteena oli edistää hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä vahvistaa ihmisten mahdollisuuksia oman hyvinvointinsa edistämiseen ja elinolojensa kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:6). Uusi terveydenhuoltolaki korostaa perusterveydenhuollon asemaa, jolloin pitkäaikaissairauksien hoito siirtyy yhä lisääntyvästi perusterveydenhuollon vastuulle. Tällöin yhteistyö tiivistyy myös erikoissairaanhoidon kanssa ja erikoissairaanhoidon palveluja siirtyy perusterveydenhuoltoon potilaiden siirtymisen sijaan. (Terveydenhuoltolaki 2011.) Kotisairaaloiminta voi olla vaihtoehto täydentämään siirtymisvaihetta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon (Lin ym. 2001). Lisäksi laissa korostetaan kärsimyksen lievittämistä osana laadukasta sairaanhoitoa ja samalla laki tukee myös saattohoitosuosituksia. Uuden lain myötä potilaalla on mahdollisuutta valita hoitopaikkansa, mikä ei välttämättä tuo säästöä, mutta sillä voi olla ihmisen kokonaishyvinvoinnille vaikutuksia, joita ei voi rahassa mitata. (Terveydenhuoltolaki 2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehittäminen on tuonut haastetta myös tutkimusorganisaatiolle pitkäaikaishoidon uudelleen järjestämisessä ja avohoidon tehostamisessa. Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan kotisairaalatyyppisen toiminnan toteutumista Joensuun tehostetussa kotisairaanhoidossa asiakkaan näkökulmasta. Joensuussa kotisairaaloista kotihoitoa on kehitetty ja toteutettu syksyllä 2009 käynnistetyllä tehostettu koti-

hoito -toiminnalla. Syksyllä 2011 nimi muutettiin toimintaa paremmin kuvaavaksi ”tehostettu kotisairaanhoido”. Toimintaa toteuttaa neljän sairaanhoitajan kahdessa vuorossa ja heidän työaika ajoittuu joka päivä kello 7-22 välille. Yöaikaisen hoidon turvaa yksityinen palveluntuottaja, jolta tutkimusorganisaatio ostaa säännöllisen yöhoidon. Hoitotiimiin on nimetty vastuulääkäri.

Kotisairaaloimintaa on tutkittu kansainvälisesti, mutta suurin osa tutkimuksista käsittelee kustannusarvioita toiminnan kannattavuudesta ja tehokkuudesta perinteiseen sairaalahoitoon verrattuna. Kansallinen tutkimus aiheesta on vielä vähäistä. Kansainvälisten tutkimusten soveltaminen ja siirtäminen Suomen oloihin on osittain haasteellista erilaisten organisaatioiden, toimintaympäristöjen ja kulttuurierojen vuoksi. Laadun arvoperusta on paljolti sidoksissa eri maiden kulttuuriin ja harjoittamaan politiikkaan. (Arvonen 2008.)

Tämän pro gradu - tutkielman tarkoituksena on kuvata asiakkaiden kokemuksia kotisairaalityyppisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen yhteydessä toimivassa tehostetussa kotisairaanhoidossa. Tutkimusorganisaatiossa ei ole aikaisemmin toteutettu asiakaskyselyä tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaille. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotisairaalityyppistä toimintaa erityisesti tutkimusorganisaation alueella. Erilaisista hoitomahdollisuuksista tarvitaan tietoa, sillä asiakkaat eivät välttämättä osaa vaatia kotisairaalityyppistä hoitoa ellei vaihtoehdosta ole heillä tietoa. Tiedottamisen avulla kotisairaalityyppisestä toiminnasta voi muodostua luonteva vaihtoehto terveydenhuollon toimintaan.

2 KOTISAIRAALATOIMINTA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISESSÄ

2.1 Tiedonhaun kuvaus

Kotisairaaloimintaan liittyvää kirjallisuutta haettiin kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäinen vaihe toteutettiin syksyllä 2010, jolloin aiheesta tehtiin kandidaatin tutkielmaan liittyvä kirjallisuuskatsaus. Ensimmäisessä tiedonhakuvaiheessa tutkimuksessa käytettyjen tutkimusartikkelien tiedonhaku suoritettiin kotimaisesta Medic- tietokannasta sekä kansainvälisistä Cinahl-, PubMed- ja Cochrane- tietokannoista. Haut rajattiin vuosille 2000- 2010, sillä erityisesti kotimaisesta tietokannasta oli saatavilla vain vähän osumia. Muina kriteereinä käytettiin Peer reviewed ja abstraktit saatavilla. Hakusanoja yhdistettiin toisiinsa hyödyntäen Boolean logiikkaa, joista käytettiin lähinnä operaattoria: AND (Mäkelä 2007). Hakusanoina kokeiltiin useita eri vaihtoehtoja, mutta kattavimman tuloksen tuotti Cinahl- tietokannasta ”hospital at home” AND patient AND satisfaction ja Medic- tietokannasta sairaal*+pot*+kot*. PubMed- ja Cochrane- tietokannoissa käytettiin samoja hakusanoja kuin Cinahl- tietokannassa, myös rajaukset olivat samat. Lapset rajattiin pois tutkimuksesta. Hakusanalla ”caring at home” saatiin yksi sopiva osuma, muutoin hakusanan tulokset kohdistuivat pääasiassa hoitajan kokemuksiin kotona tapahtuvan sairaanhoidon onnistumisesta.

Toinen tiedonhaku toteutettiin tammikuussa 2012, jolloin kotisairaaloiminnasta haluttiin saada esiin uusin tieto. Tälläkin kertaa tiedonhaku suoritettiin kotimaisesta Medic- tietokannasta sekä kansainvälisistä Cinahl-, PubMed- ja Cochrane- tietokannoista rajaten haut vuosille 2000- 2012. Käytetyt kriteerit säilyivät ennallaan samoin hakutekniikka ja käytetyt hakusanat. Kansallisesta Medic- tietokannasta ei saatu uusia hakutuloksia. Käytetyt tietokannat, hakusanat, rajaukset ja saadut osumat sekä valittujen aineistojen määrä on kuvattu taulukkoon yhdistettynä (taulukko 1). Tähän tutkimukseen valittiin tietokannoista yhteensä 22 tutkimusta, jotka on kuvattu liitetaulukossa (liitetaulukko 1.) Manuaalisella haulla löydettiin Ruotsalaisen arviointiyksikkö SBU:n (1999) järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus sekä yksittäisiä raportteja ja artikkeleita, joita ei ole erikseen taulukoitu tiedonhaun taulukossa eikä tutkimusartikkelien liitetaulukossa.

TAULUKKO1. Tiedonhaku tietokannoista tammikuussa 2012.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Cinahl	“hospital at home” AND patient AND satisfaction	Peer Reviewed	61	10
	“caring at home”	Peer Reviewed	11	2
	“hospital-based home care”	Peer Reviewed year 2000-2012	15	4
PubMed	“hospital at hom” AND patient AND satisfac- tion	Peer Reviewed year 2000-2012	36	1
Medic	sairaal*, pot*, kot*	year 2000-2012	65	2
	kotisai* AND vaati*	year 2000-2012	1	1
	kotisairaanh*	year 2000-2012	55	1
Cochrane	“hospital at home” AND patient AND satisfaction	year 2000-2012	7	1
Yhteensä				22

2.2 Kotisairaalahoito ja siihen liittyvät käsitteet

Käsitteiden ja niihin liittyvien näkökulmien moninaisuus ilmentää sosiaali- ja terveyssektorin monimutkaisuutta. Se tuo myös esiin sosiaali- ja terveyspolitiikan sidonnaisuuden eri aikakausien käsityksiin yhteiskunnallisesta kehityksestä. (Virtanen & Suoheimo & Lamminmäki & Suokas 2011.) Kotona tapahtuvaa hoitoa suunniteltaessa ja arvioitaessa on erotettava toisistaan käsitteet kotisairaalahoito, kotisairaanhoido ja kotihoito. Myös hoidon kohteena olevan henkilön nimitykset vaihtelevat potilaan ja asiakkaan välillä ja ajoittain niitä käytetään myös

rinnakkain. Kansainvälisissä tutkimuksissa kotisairaalassa hoitoa saava henkilö on useimmiten ”patient” kun taas kansallisissa lähteissä käsite on ”asiakas”.

2.2.1 Kotisairaanhoito ja kotihoito sekä niiden tarve Joensuussa

Kunnan tehtävänä on Sosiaalihuoltolain (710/1982,17§) mukaan huolehtia sosiaalipalvelujen, muun muassa kotipalvelujen järjestämisestä. Laissa kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista (Sosiaalihuoltolaki 1982, 20§). Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen Sosiaalihuoltolain 20 §:ssä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 21 §).

Kotisairaanhoito perustuu terveydenhuoltolakiin ja sen toteuttamisvastuu on kunnilla. Kotisairaanhoito on tilapäistä tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista potilaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden- ja sairaanhoitoa. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveydenhuoltolaki 2011, 25 §.)

Sosiaalihuoltolain 17 §:n kohdassa tarkoitetut kotipalvelut ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvät kotisairaanhoidon tehtävät voidaan järjestää osittain tai kokonaan yhdistettyinä kotihoidoksi (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 12c§). Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelua, joka sisältää erityisesti potilaan puhtauteen, ravitsemukseen, kuntoutukseen ja muuhun päivittäiseen selviytymiseen liittyviä toimia. Sen tarkoituksena on turvata ja tukea potilaan kotona asumista silloin, kun hänen vointinsa on heikentynyt vanhuuden, vammaisuuden, sairauden tai muun syyn takia. Kotihoidon tavoitteena on ennaltaehkäistä potilaan laitoshoidon siirtymistä. Kotihoitoon voi sisältyä tukipalveluja ja useissa kunnissa kotisairaanhoito on osa kotihoitoa. (Ponnikas & Korhonen 2004.)

Laadukas kotihoito on tavoitteellisesti asiakkaiden fyysisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin vastaavaa toimintaa. Tavoitteena on, että kotihoidon asiakkaalla on mahdollisuus saada tarvitessaan palvelua ympärivuorokautisesti, mihin vastataan

riittäväillä ja monipuolisilla koti- ja tukipalveluilla. Erityisesti ikääntyneet tarvitsevat apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa ja sairaanhoidossa sekä tukea arjessa selviytymiseen, kodinhoitoon ja asioimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3.)

Joensuun Ikääntymispoliittinen strategia 2010–2015 määrittää kotihoitoa palveluiksi, joilla asiakkaan mahdollisimman itsenäistä ja turvallista kotona selviytymistä tuetaan myös silloin kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Tavoitteena on, että palveluja on saatavilla joustavasti kaikkina viikon päivinä ympärivuorokauden. Kotihoito perustuu asiakkaan ja / tai hänen omaisensa kanssa yhdessä laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka sisältää myös liikuntasuunnitelman. Väestö ikääntyy niin Joensuussa kuin muuallakin Suomessa, jolloin myös hoivan ja hoidon tarve lisääntyvät. Vuonna 2009 Joensuussa oli 75- vuotta täyttäneiden osuus 7,9 % väestöstä ja määrä kasvaa koko ajan. (Joensuun ikääntymispoliittinen strategia 2011–2015.) Toisaalta haasteena on terveydenhuollon palvelujen epätasainen jakautuminen, sillä 20 % väestöstä käyttää 80 % terveyspalveluista (Ryynänen 2011). Joensuun ikääntymispoliittisen strategian (2010–2015) tavoitteena on, että 90–91 % 75- vuotta täyttäneistä asuu kotona yksin tai sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin ja 7 % tehostetussa palveluasumisessa tai ryhmäkodissa ja enintään 3 % pitkäaikaisessa laitoshoidossa. STM:n (2008) laatusuosituksessa tehostetun palveluasumisen saajien määrä on Joensuun tavoitetta pienempi, mutta Joensuun merkittävin palveluntarpeeseen vaikuttava tekijä on muistisairauksien arvioitu lisääntyminen. Ympärivuorokautisen hoivan tarvetta voidaan pitkällä aikavälillä vähentää tavoitteellisella ennaltaehkäisevällä työllä, mikä käsittää erityisesti dementoivien sairauksien ennaltaehkäisyä, varhaisen diagnosoinnin ja hoidon, sekä ikäihmisen nopean hoitoon pääsyn akuuttihoiton tilanteissa. Kotihoitoon lisääminen ja kohdentuminen tulevat olemaan tärkeitä kehittämiskohteita pyrittäessä vähentämään ympärivuorokautisen hoivan/hoidon kasvua tulevaisuudessa. (Joensuun ikääntymispoliittinen strategia 2011–2015.)

2.2.2 Kotisairaala hoitopalvelun tuottajana

Kotisairaaloimintaa toteutetaan eri maissa hyvinkin eri tavoin ja erilaisten nimikkeiden alla, mutta niiden toimintaperiaatteet ovat kaikkialla kuitenkin hyvin samanlaiset. Kotisairaalahoido on potilaan kotona tai kotiin verrattavassa hoitopaikassa annettavaa ympärivuorokautista hoitoa, mikä muutoin vaatisi välitöntä sairaalahoitoa. Hoidon tulee perustua potilaan suostumuk-

seen ja tavoitteena on laitoshoidon lyhentäminen tai välttäminen. (Jester & Hicks 2003; Ponnikas & Korhonen 2004; Saarelma 2005; Shepperd ym. 2009). Kotisairaalassa potilaan hoitoon ottamisesta ja hänen kokonaisuhoidostaan vastaa lääkäri (Saarelma 2005).

Pohjoismaissa kotisairaalan määritelmät ovat yhteneviä toistensa kanssa. Ruotsalainen arviointiyksikkö, SBU, on tehnyt järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen kotisairaaloiminnasta ja kotona annettavasta kuntoutuksesta. SBU:n mukaan kotisairaala on lääkärijohtoisen hoitotiimin antamaa ympärivuorokautista kotihoitoa. Kotihoito korvaa laitoshoidon ja sitä voidaan toteuttaa kehittyneen teknologian turvin. (Lampe 2000; SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering 1999.) Suomessa terveydenhuoltolaki määrittää kotisairaalahoidon määräaikaiseksi, tehostetuksi kotisairaanhoidoksi, joka voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Laki edellyttää, että lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveys- ja hyvinvointilaki 2011, 25 §.)

Kotisairaala-kuvaava käsitteenä on tutkimuksissa käytetty myös ”tehostettu kotihoito”, ”tehostettu kotisairaanhoido”, ”hospital at home”, ”hospital-based home care”, ”advanced home care” ja ”avancerad hemsjukvård”. Kaikilla käsitteillä tarkoitetaan kotona tapahtuvaa sairaalatasoista hoitoa. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä ”kotisairaala” kuvaamaan kaikkia yllämainittuja kotisairaaloiminnan nimikkeitä. Tutkimuksen empiirisessä osassa käytetään kotisairaalatyyppisestä toiminnasta nimitystä ”tehostettu kotisairaanhoido”, sillä käsite on käytössä tutkimusorganisaatiossa, jossa tutkimuksen asiakaskysely toteutetaan.

Ensimmäinen kotisairaala perustettiin Ranskassa vuonna 1961 syöpäpotilaille ja myöhemmin järjestelmää on laajennettu muualla maailmassa (Jester & Hicks 2003). Suomen kotisairaaloiminnan juuret ovat Ruotsista, Motalasta, missä toiminta alkoi 1977. Suomessa toiminta käynnistyi vilkkaasti 1990-luvun alussa (Saarelma 2005) ja ensimmäinen sairaalajohtoinen kotisairaala perustettiin Tammisaareen 1995. Kotisairaalatyyppisesti toimivia yksiköitä oli Suomessa 2006 tilastojen mukaan 26 (Liikka 2006), mutta tällä hetkellä ei ole saatavilla tietoa kotisairaalatyyppisten yksiköiden tarkasta määrästä täsmällisen tilastoinnin puutteen vuoksi.

Suomessa kotisairaaloimintaa toteutetaan joko terveyskeskussairaalan akuuttiyksikön avohoitona kuten esimerkiksi Kokkolassa tai erikoissairaanhoidon toimesta kuten esimerkiksi

Tampereella. Terveystenhoitohenkilöstö suorittaa perinteisesti sairaalaympäristössä tapahtuvan hoidon potilaan omassa ympäristössä joko kotona tai siihen rinnastettavissa olevassa paikassa. Yleisimmin kotisairaalassa tehtäviä toimenpiteitä ovat esimerkiksi suonensisäistä antibioottiloitoa vaativat infektiot, nesteytys- ja ravitsemushoito, verensiirrot, haavahoidot, kivunhoito, saattohoito ja tukikotiutus. (Arvonen 2008.)

Kotisairaalassa tarjottava hoito on potilaslähtöistä ja se suunnitellaan potilaan yksilöllisten hoitotarpeiden ja voimien mukaan (Arvonen 2008). Kotiympäristö voidaan nähdä potilaan hyvinvointia tukevana, koska se mahdollistaa potilaan aktiivisemmän ja osallistavamman roolin (Valta 2008). Kotisairaalahoidossa potilaan elämänlaatu paranee hänen voidessaan viettää aikaa omassa kodissaan perheen ja läheisten kanssa sairaudestaan huolimatta. Myös omaisten osuus aktivoituu, joten kotisairaalan henkilöstön on kiinnitettävä huomiota omaisten voimavaroihin ja jaksamiseen. Liikan (2006) tutkimuksen mukaan omaiset olivat tyytyväisiä kotisairaaloimintaa potilaan hoidossa ja olisivat valinneet myös uudelleen kotisairaalahoidon.

2.2.3 Terveyspalvelun käyttäjä

Suomessa on perinteisesti ollut runsaasti laitoshoitotyyppisiä hoitopaikkoja ja niinpä tehokas kotioloihin tarjottu sairaalahoito on nähty mahdollisuutena laitospaikkojen vähentämiselle. Suomen kotisairaaloiminnan esikuvana on ollut Ruotsi, jossa toiminnan alkuvaiheessa tavoitteena oli laitospaikkojen vähentämisen lisäksi potilaiden valinnanvapauden edistäminen ja hoidon laadun parantaminen. Palvelumuotoa on perusteltu sekä potilaiden että omaisten lisääntyvällä tyytyväisyydellä ja hoidon laadukkuudella. Hoidon toteutuksen on myös arvioitu olevan kotona sairaalahoitoa edullisempää. (Lampe 2000; SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering 1999.) Taiwanissa Lin ym. (2001) vertasivat kotisairaala- ja kotihoitoa saavien skitsofreniapotilaiden hoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. He totesivat kotisairaalahoidon potilaiden kustannusten vähenevän laitoshoidon tarpeen vähentyessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on paineita määritellä asiakaslähtöisyyttä uudella tavalla. Asiakkaita ja potilaita on usein tulkittu alan professionaalisen viitekehyksen kautta, mikä ei korosta asiakkuuden kokonaisvaltaista ymmärtämistä palvelujen järjestämisessä. (Virtanen ym.

2011.) Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326; 2§) tarkoituksena on vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 2§) määrittelee potilaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäjäksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Potilas on henkilö, jota varten koko terveydenhuoltojärjestelmä on olemassa. Hoidon kohteena oleva henkilö on tavallisesti sairastunut tai jostain syystä vammautunut ja tarvitsee terveydenhuollosta ammattilaisen apua tai hoitoa.

Perinteisessä ammattikuntakeskeisessä ajattelussa asiakas nähdään potilaana. Tällöin potilaan rooli on hyvin passiivinen, eikä hänen kuulu puuttua hoitoprosessiin. Niin tutkimuksessa kuin toimintatapojen kehittämisessä on sosiaali- ja terveystalalla kiinnitettävä huomiota asiakaslähtöisten mallien kehittämiseen. (Virtanen ym. 2011.) Sosiaali- ja terveystaluiden käyttäjästä alkoi tulla ”asiakas” julkishallinnon kehittämisen myötä 1990-luvulla (Virtanen ym. 2011) ja Köppä (2011) kuvaakin oikean asiakaslähtöisyyden lähtevän siitä, että potilasta puhutellaan asiakkaana. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttämisen asiakkuus on muista aloista poikkeavaa ja erityistä, sillä kohtaamisessa on kysymyksessä terveydellisistä tai sosiaalisista ongelmista kärsivän ihmisen kohtaaminen (Virtanen ym. 2011).

”Potilas” toistui useimmissa kansainvälisissä tutkimuksissa, joten sitä käytetään tämän tutkimuksen teoriaosiossa kuvaamaan kotisairaalityyppistä hoitoa saavaa henkilöä. Tutkimusosiossa käytetään käsitettä ”asiakas”, sillä käsite on käytössä toimintaympäristössä, mistä tutkimuksen kyselyaineisto kootaan. Kansallisissa tutkimuksissa kotisairaalityyppisen toiminnan kohteena oleva henkilö oli useimmiten ”asiakas”, mutta myös ”potilasta” käytettiin muun muassa Liikan (2005) tutkimuksessa.

2.3 Sairaالاتasoisen hoidon toteutuminen kotona

Kotisairaalityyppisen toiminnan edellytyksenä on potilaan oikeus ja mahdollisuus tehdä päätös siitä, haluaako hän saada sairauteensa hoitoa kotona vai sairaalan vuodeosastolla. Tutkimustulokset ovat hyvin yhteneviä kotisairaalityyppisen toiminnan vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun, tyytyväisyyteen ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Vertailututkimuksissa suurin osa potilaista oli tyytyväisempiä kotisairaalityyppiseen hoitoon kotona kuin vastaavasti heidän vertailuryhmänsä sairaalassa (Harris ym. 2005; Jester 2003; Jester & Hicks 2003;

Langhorne ym. 2009; Leff ym. 2006; Lin ym. 2001; Tsai ym. 2005; Utens ym. 2010; Wilson ym. 2002) ja erityisesti potilaiden elämänlaadun, kognitiivisten taitojen sekä kuntoutumisen koettiin toteutuvan kotona laitoshoidtoa paremmin (Leff ym. 2009; Shepperd ym. 2009; Wilson ym. 2002). Sen sijaan kotisairaalahoidosta aiheutuviin kustannuksiin kohdentuvat tutkimustulokset ovat melko ristiriitaisia ja niiden vertailtavuus erityisesti eri maiden välillä hankalaa (Leff ym. 2005; Shepperd 2010; Utens ym. 2010).

Tutkimusten mukaan potilaan elämänlaatu parani sitä mukaa kun hänellä oli mahdollisuus tehdä itselleen tärkeitä asioita omassa tutussa ympäristössään (Shepperd ym. 2009;2010; Valta 2008; Visakorpi 2002). Kotisairaalan potilaat olivat vertailuryhmää useammin tyytyväisiä yleiseen hoitokokemukseen ja lääkärin toimintaan. Heidän mielestään hoidon mukavuus ja soveltuvuus juuri heidän oireidensa ja sairautensa hoitoon toteutui kotisairaalassa paremmin kuin vuodeosastolla. Kotisairaalan potilaat kokivat siirtymisen kotisairaalaan järjestyneen joustavammin kuin vertailuryhmä siirtymisensä vuodeosastohoitoon. (Leff ym. 2006.)

2.3.1 Potilaan itsenäisyys ja yksilölliset tarpeet

Kotisairaalahoidon toimintaedellytykseksi on tutkimuksissa todettu yhtenevästi potilaan oikeus ja mahdollisuus itse valita, saako hän hoitoa sairauteensa kotisairaalassa vai sairaalan vuodeosastolla. Valinnanvapaus lisää potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kokemusta, mitkä ovat keskeisiä potilaan tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä kotisairaalassa. (Ahlner-Elmqvist ym. 2004; Efraimsson ym. 2001; Harris ym. 2005; Jester 2001; Jester & Hicks 2003; Leff ym. 2006; Leff ym. 2009; Shepperd ym. 2009; Tsai ym. 2005; Visakorpi 2002; Ward ym. 2005; Wilson ym. 2002.)

Potilaat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden asua ja elää mahdollisimman normaalia elämää omassa kodissaan sairaudestaan huolimatta (Efraimsson ym. 2001). Erityisesti iäkkäille potilaille oma koti tarjoaa elämisen ympäristönä paikan, johon hän voi kiinnittyä ja missä hän voi toimia haluamallaan tavalla (Jester 2003; Valta 2008). Valta (2008) on tutkinut iäkkäiden päivittäistä selviytymistä kotona ja todennut, että lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista halusivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Oma reviiiri mahdollisti oikeuden päättää omista asioistaan, toi hyvänolon kokemuksia ja nopeutti ajan kulumista. Myös kiitollis-

suuden tunne oli merkittävä, kun kotona selviytyminen onnistui monista ongelmista huolimatta. (Valta 2008.)

Itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys koettiin merkittäväksi kotisairaalassa toteutuneeksi ominaisuudeksi (Visakorpi 2002) ja potilaille olikin tärkeää, että hoito suunniteltiin yksilöllisesti ja sama hoitaja toteutti hoitoja mahdollisimman paljon (Efraimsson ym. 2001). Potilaille oli myös merkityksellistä, että he saivat tehdä kotisairaalassa itselleen tärkeitä asioita vointinsa sallimissa rajoissa, mutta toisaalta he kokivat saavansa myös levätä paremmin kotona kuin sairaalassa. Mahdollisuus valvoa ja kontrolloida omaan elämäänsä ja hoitoonsa liittyviä tapahtumia koettiin toteutuvan paremmin kotisairaalassa kuin vuodeosastohoidossa. (Jester 2003; Jester & Hicks 2003; Visakorpi 2002; Wilson 2002.) Kotisairaalan henkilökunnan havaittiin huomioivan potilaan henkilökohtaiset tarpeet vertailuryhmää paremmin (Jester 2003; Wilson ym. 2002).

Koti lisäsi potilaan kokemusta yksityisyydestä ja hoidon luottamuksellisuudesta (Visakorpi 2002), mutta toisaalta kotisairaalan raportoitiin muuttavan kodin olosuhteita ja potilaat kokivat joutuneensa luopumaan yksityisyydestään uudessa elämätilanteessaan. Potilaat kokivat vaikeana, mikäli kotiin oli hankittava hoitoon liittyviä laitteita, hoitajat vaihtuivat usein tai heidän käyntinsä tapahtuivat epäsäännöllisesti mihin vuorokauden aikaan tahansa. Potilaat kuvasivat kotiaan julkisena huoneena, jonne vieraat ihmiset voivat tulla milloin tahansa ja tuoda omat välineet mukanaan. Potilaiden haastatteluissa korostui myös surua menetetyistä entisestä elämästä. (Efraimsson ym. 2001.)

Kotisairaalahoidossa potilaat kokivat, että heidän omaisensa otetaan huomioon ja nämä voivat olla fyysisesti paremmin läsnä ja osallisena heidän elämässään (Jester 2003; Visakorpi 2002). Mahdollisuus sopia hoitajien käyntiaikoja herätti luottamusta ja lisäsi itsemääräämisoikeuden tunnetta. Potilailla ei kuitenkaan vaikuttanut olevan erityistä tarvetta vaikuttaa hoidon sisältöön eikä hoitajien käyntiaikoihin, mutta mitä ilmeisimmin mahdollisuus halutessaan niin tehdä, lisäsi itsemääräämisoikeuden toteutumisen tunnetta. (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002.)

Taiwanissa mielenterveyspotilaiden kotisairaalahoidoa ja poliklinikkahoidoa vertailtaessa, todettiin eroja sairauden hoidossa, oireissa, sosiaalisessa toiminnassa ja tyytyväisyydessä palveluun. Oireiden helpottuminen ja sosiaalisten taitojen paraneminen, auttoivat potilaita elämään itsenäisesti suhteellisen normaalia elämää osana yhteisöä. Vertailuryhmällä ei vastaavia muutoksia voitu tilastollisesti yhtä selkeästi todeta. (Lin ym. 2001; Tsai ym. 2005.) Huang ym. (2009) kehittivät Taiwanissa substantiivisen teorian, jota voidaan hyödyntää kotihoidossa olevien mielenterveyspotilaiden ja heidän omaistensa hyvinvoinnin parantamiseksi.

Shepperd ym. (2010) totesivat tekemässään meta-analyysissä, että kotisairaalassa olleiden potilaiden mieliala laski heidän jouduttua sairaalahoitoon voimien heikentyessä. Kuitenkaan tutkimuksissa ei voitu todentaa, johtuiko mielialan lasku vuodeosastohoidosta vai voimien heikkenemisestä tai molemmista. Tutkimuksessa todennettiin, että erityisesti muistisairaat potilaat kärsivät käyttäytymishäiriöistä kotona selvästi vähemmän kuin osastohoidossa. Sairaalahoido voi olla erityisesti iäkkäälle ihmiselle niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin vaikea ja haitallinen kokemus (Jester 2003; Valta 2008).

Henkinen ja hengellinen terveys vaikuttavat ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, ollen näin keskeisiä ja todellisia potilaiden tarpeita. Henkiset ja hengelliset tarpeet kuitenkin ohitetaan herkästi ammatillisessa auttamistyössä. (Karvinen 2009; Räsänen 2005.) Tulokset henkisestä ja hengellisestä tuesta ovat ristiriitaisia, sillä toisaalta potilaat kokivat saavansa hoitajilta henkistä tukea ja keskusteluapua (Visakorpi 2002), mutta hengellinen tuki oli vähäistä. Kuitenkin henkistä tukea toivottiin enemmän (Visakorpi 2002), kun taas hengellisen tuen koettu tarve oli vähäisempi. Potilaiden odotukset keskusteluavusta sopivat sielunhoidon sisältöihin, vaikka apua ei välttämättä kaivattu hengellisiin kysymyksiin. (Liikka 2006; Räsänen 2005.) Räsänen (2005) kyselytutkimuksessa sielunhoidosta selviytymisen tukena sairaudessa ja kriisissä todettiin, että oikea-aikaisella sielunhoidollisella tuella voidaan ehkäistä ihmisten elämään syntyviä vakavampia ongelmia ja mahdollisesti pitkällä tähtäyksellä jopa vaikuttaa terveydenhuollon menoja supistavasti. Suurin osa potilaista ei ollut saanut sielunhoidollista tukea mihinkään elämäänsä koskettaneeseen asiaan. Potilaat odottivat mahdollisuutta keskusteluun erityisesti sairauden alkuvaiheessa ja kriisitilanteissa. He kaipasivat keskusteluapua sairaudesta puhumiseen, masennukseen, ihmissuhdeongelmiin ja erilaisiin elämänvaikeuksiin. (Räsänen 2005.)

Etenkin ikäihmisillä uskonnolliset kysymykset voivat olla askarruttavia elämänskysymyksiä. Uskonnollisuus voi aktivoitua kuoleman, vakavan sairauden tai muiden elämän kriisien yhteydessä ja elämän käännekohtissa. Monet terveydenhuollon potilaat kaipaavat keskustelumahdollisuutta ja kuuntelijaa. (Räsänen 2005.) Karvisen (2011) mukaan potilaat arvostivat terveydenhuoltohenkilöstöä, joka arvioi heidän henkisiä ja hengellisiä tarpeitaan. Jopa puolet potilaista, jotka eivät itse kokeneet olevansa vakaumuksellisia, kokivat, että terveydenhuoltohenkilöstön tehtävänä on arvioida potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita erityisesti silloin kun tämä sairastuu vakavaan tai pitkäaikaiseen sairauteen. Sekä henkiset että hengelliset, mutta myös kulttuuriset uskomukset ja tavat ovat merkittävä osa hyvinvointia ja terveyttä monien potilaiden arkipäivässä. (Karvinen 2011.)

2.3.2 Potilaan turvallisuus ja selviytyminen

Koti koetaan usein paikaksi, jossa on paras elää ja olla, ja missä halutaan olla mahdollisimman pitkään. Kodin koettiin mahdollistavan ihmisen toimintakykyä ylläpitävää tekemistä ja toimintaa. (Valta 2008.) Tutkimuksissa on todettu, että suurimmalla osalla kotisairaalahoidossa hoidetuista potilaista suoriutumiskyky parani verrattuna vuodeosastopotilaiden hoitoon. Vain vähemmistöllä suoriutumiskyky heikkeni tai pysyi ennallaan. (Leff ym. 2009.) Myös potilaiden päivittäinen selviytyminen on todettu paremmaksi kotisairaalahoidon potilailla kuin vuodeosastohoidon potilailla (Crotty ym. 2002; Jester & Hicks 2003), sillä omatoimisuus ja päivittäisten toimien suorittaminen paransivat potilaan toimintakykyä (Jester & Hicks 2003; Valta 2008; Leff ym. 2009; Shepperd 2009). Potilaat pyrkivät huolehtimaan ja vastaamaan itsestään mahdollisuuksiensa mukaan ja erityisesti omasta henkilökohtaisesta hygieniahoidosta selviytyminen koettiin tärkeänä (Efraimsson ym. 2001).

Potilaiden toimintakyvyn muutoksia voidaan seurata perustoimintojen (kokonaissuoriutuminen) asteikolla (activity of daily living=ADL) ja välineellisten toimintojen asteikolla (instrumental activity of daily living =IADL). Tutkimuksissa todettiin kotisairaalan potilaiden suoriutumiskyvyn ADL alueilla parantuneen kun taas vuodeosastopotilailla suoriutumiskyky oli heikentynyt. Vastaavasti IADL toiminnoissa suurimmalla osalla kotisairaalan potilaista suoriutumiskyky parani ja pienellä osalla muutosta ei tapahtunut tai suoriutumiskyky heikkeni. (Leff ym. 2009; Shepperd ym. 2009; Tsai ym. 2005.)

Ennalta suunnitellun, elektiivisen tekonivelleikkauspotilaan hoidon tehokkuutta ja sopivuutta kotisairaalan ja vuodeosastohoidon välillä tutkittaessa todettiin, että kotisairaalahoidolla on mahdollista päästä vuodeosastohoitoa parempiin hoitotuloksiin (Langhorne ym. 2009). Potilaiden toimintakyky parani erityisesti neljän kuukauden seurantajaksolla, kun taas vuoden seurannassa erot tasoittuivat (Crotty ym. 2002). Jesterin & Hicksin (2003) tutkimuksessa todettiin, että kotisairaalassa hoidetuilla potilailla esiintyi vähemmän niveljäykkyyttä kuin osastohoidon potilailla. Nivelkipujen ja komplikaatioiden välillä ei vertailuryhmissä huomiotu eroja. Potilaat kokivat fysioterapiapalvelujen toteutuvan kotona paremmin kuin sairaalassa, mikä osaltaan lisäsi leikkauksesta toipumista ja kuntoutumista. Sairaalaan vuodeosastolle takaisin siirtymisiä ei ollut keskimääräistä enempää (Crotty ym. 2002; Shepperd ym. 2009; 2010), eikä kuoleman todennäköisyys suurentunut kotisairaalan potilailla verrattuna vuodeosastohoidon potilaisiin (Shepperd ym. 2009; 2010).

Kognitiivisten taitojen parantuminen suorituskyvyn ohella oli merkittävää kotisairaalahoidon potilailla (Shepperd ym. 2009). Myös henkisen vireyden ja ajatustoiminnan paranemista todettiin kotisairaalahoidossa sekä mielenterveyspotilailla (Tsai ym. 2005) että aivohalvauspotilailla enemmän verrattuna vuodeosastopotilaisiin (Langhorne ym. 2009). Potilaat toivoivatkin kotisairaalahoidolta riippumattomuuden tunnetta, hyvää kivunhoitoa sekä toimenpiteitä ja menetelmiä liikkumisen parantumiseksi (Valta 2008). Tietyissä tilanteissa yksinkertaisillakin kodin muutostöillä on mahdollisuutta helpottaa potilaiden kotona selviytymistä (Vilkman ym. 2001).

Keuhkohtaumataudin akuutin pahenemisvaiheen potilaista noin puolet voidaan hoitaa turvallisesti kotisairaalassa, mutta se edellyttää huolellisen arvoon tekemistä potilaan tilanteesta ennen kotiutumista ja erityisosaamista hengityselinsairauksista (Vilkman ym. 2001). Potilaan kokemaan turvallisuuden tunteeseen vaikuttavat monet tekijät ja ne korostuvat tilanteessa, jossa potilaan hoito toteutuu kotona ilman välitöntä ja jatkuvaa seuranta. Tutkimuksien mukaan tärkeimpiä turvallisuutta lisääviä tekijöitä ovat potilaan mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitajaan aina tarvitessaan sekä mahdollisuus saada tietoa omasta tilanteestaan. Vaikka tutkimuksissa pääasiassa koettiin hoitajan olevan saatavilla tarvittaessa, nousi esiin myös turvattomuuden lisääntyminen, kun apua ei aina ollut heti saatavilla (Efrainsson ym. 2001; Valta 2008). Nämä mahdolliset turvattomuuden, hämmennyksen ja tiedon puutteen kokemukset

vaikuttivat heikentävästi potilaan kokemukseen oman elämänsä hallinnasta (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002).

Potilaat kokivat luottamuksen, luotettavuuden ja turvallisuuden tunteita, mikäli hoitajat noudattivat aikatauluja, suoriutuivat tehtävistään ammattitaitoisesti, tunsivat potilaan olosuhteet ja tilanteet (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002). Potilaan luotettavuuden, luottamuksen ja turvallisuuden kokemukset lisääntyivät, kun hän koki hoitajan taitavaksi (Efraimsson ym. 2001) ja pääsääntöisesti potilaat luottivatkin hoitajien ammattitaitoon sekä uskoivat heidän selviytyvän tarvittavista toimenpiteistä (Visakorpi 2002).

Visakorven (2002) tutkimuksessa potilaat toivat esiin hoitosuhteen luottamuksellisuuden ja vaitiolovelvollisuuden merkityksen. Hoitajien koettiin suunnittelevan ja toteuttavan hoitoa niin, ettei ulkopuolisille tiedoteta heidän sairauksistaan tai asioistaan. Toisaalta potilaat ymmärsivät ja hyväksyivät sen, että jo valitessaan kotisairaalahoidon, tulevat naapurit ja asuin-ympäristö tietämään heidän hoidon tarpeensa. Kuitenkin potilaat olivat huomioineet, että hoitajat kykenivät keskustelemaan esimerkiksi puhelimesta niin, ettei ulkopuolinen voinut tietää, mistä tai kenestä keskustelua käydään. (Visakorpi 2002.)

Tutkimuksissa potilaat kertoivat turvattomuuden tunteen kokemuksista hoitosuhteiden aikana. Potilaan kokema turvattomuus ja hämmennys liittyivät hoitajien erilaisiin toimintatapoihin, aseptiikkaan (Visakorpi 2002) ja potilaan mahdollisuuteen saada omaan hoitoonsa ja vointiinsa liittyvää tietoa. Myös hoidon seurannan riittämättömyys ja tutkimustuloksista tiedottamisen vähäisyys lisäsivät potilaiden kokemaa turvattomuutta. (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002.) Taloudellisista etuisuuksista tiedottamisen vähäisyys ja puutteellisuus (Arvonen 2008), yleensä tiedon puute ja taloudelliset ongelmat vaikeuttivat potilaan mahdollisuuksia oman elämäntilanteensa hallintaan, mikä oli keskeinen syy koettuun turvattomuuteen (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002). Toimivaa hoitosuhdetta ei syntynyt tai se jäi hajanaiseksi, jos hoitaja vaihtui usein. Tämä aiheutti riippuvuutta, vapauden puutetta ja eristäytymisen kokemuksia. (Efraimsson ym. 2001.) Turvattomuus koettiin kotisairaalahoidon uhkatekijäksi (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002).

Turvallisuutta voidaan parantaa hyvällä tiedottamisella (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002), tietoisuudella kotisairaalaan saavuudesta (Wilson ym. 2002) ja mahdollisuudesta ottaa yhteyttä hoitajaan aina tarvittaessa (Visakorpi 2002). Yöaika koettiin vaikeaksi ja pelottavaksi pohdittaessa onko apu tarvittaessa saatavilla kotiin riittävän nopeasti. Potilaiden turvallisuuden tunnetta lisäsi hoitajien rohkaisu ottaa heihin yhteyttä puhelimitse mihin vuorokauden aikaan tahansa. (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002.)

Osalla potilaista esiintyi turvattomuuden tunteita ja he kokivat, että olisivat saaneet sairaalassa parempaa hoitoa kuin kotisairaalassa. Hoitajien ja lääkäreiden toivottiin työskentelevän yhdessä samansuuntaisesti (Arvonen 2008) ja useammat potilaat uskoivatkin kotisairaalan lääkäreiden ja hoitajien tekevän kaikkensa heidän paranemisensa ja kuntoutumisensa eteen (Wilson ym. 2002), vaikka ajoittain kotisairaalan ja sairaalan välisessä tiedon kulussa todettiin puutteita (Visakorpi 2002). Kotisairaalahoidon potilaat olivat sairaalahoidon potilaita useammin tyytyväisiä toipumiseensa (Wilson ym. 2002) ja turvallisuutta lisäsi luottamus sairaalainfektioiden välttämiseen kotihoidolla (Jester 2003; Visakorpi 2002).

Iäkkäiden potilaiden keskeisimmät pelot liittyivät oman terveydentilan muutoksiin. Muutoksen myötä pelättiin sairaalaan joutumista ja vuoteeseen sidotuksi tulemista. Iäkkäät potilaat eivät kokeneet kotona yksinoloa vaikeana, sillä he olivat yleensä tottuneet siihen. Suurimpia pelkoja oli mahdollisuus joutua makaamaan avuttomana hoitolaitoksen vuoteessa. (Valta 2008.) Arvosen (2008) mukaan kotisairaalaan kotiutuminen hoidon tarpeen päättyessä voi olla potilaalle turvattomuutta lisäävä tilanne. Tutkimuksessa potilaat kokivat saaneensa hoitoa kotisairaalassa riittävän kauan ja kotiutumisesta tiedotettiin riittävän aikaisin. Turvallisuutta lisäävänä tekijänä oli myös tieto jatkohoidosta ja seurantakäynneistä sekä tieto paikasta, minne tarvittaessa ottaa yhteyttä. Toisaalta potilaat kokivat saaneensa liian vähän tietoa sairauteensa mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista, mikä koettiin turvallisuutta heikentävänä tekijänä. (Arvonen 2008.)

2.3.3 Potilaan kohtaaminen ja tiedonsaanti

Kohtaamisella on merkitystä potilaan tyytyväisyyden kokemukseen. Potilaat olivat sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä saamaansa kohteluun ja palveluun. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö vaihteli läheisestä ja tukea antavasta aivan olemattomaan. Tutkimuksissa potilaat kiinnittivät huomiota hoitajien hyvään käyttäytymiseen ja kohtaamiseen (Efrainsson ym. 2001), joita pidettiin teknisen osaamisen rinnalla yhtä tärkeinä (Visakorpi 2002). Pettymystä ja surua koettiin, mikäli apua saatiin vähemmän kuin mitä oli luvattu (Efrainsson ym. 2001). Efrainssonin ym. (2001) tutkimuksessa potilaat kuvasivat yhteistyötä hoitajien kanssa yksityisyyden ja ammatillisuuden sekoitukseksi. Potilaat kokivat, että heitä kohdellaan ystävällisesti ja arvostaen (Efrainsson ym. 2001; Wilson ym. 2002), heitä kunnioitetaan, heidät otetaan huomioon ihmisinä (Arvonen 2008) ja heidän mielipiteitä arvostetaan (Arvonen 2008; Jester 2003).

Ammattiauttaja koettiin hyvin läheiseksi sekä luotettavaksi kuvaten häntä jopa perheenjäseneksi ja potilaat toivatkin esiin kiitollisuuden ammattiauttajia kohtaan (Efrainsson 2001). Potilaat kokivat tärkeänä, että ammattiauttajat olivat innostuneita työstään ja kohtelivat heitä ystävällisesti ja samantarvoisina (Arvonen 2008; Efrainsson 2001; Wilson 2002). Potilaat toivoivat saman hoitajan vierailevan mahdollisimman usein, jolloin pyrkimys elää mahdollisimman normaalia elämää mahdollistuisi (Efrainsson 2001).

Ammattihenkilöstön ominaisuuksissa kiinnitettiin huomiota sekä persoonallisiin että taidollisiin valmiuksiin (Efrainsson ym. 2001). Hoitajien ja lääkärien ammattitaito arvioitiin hyväksi ja hoitokäyntien kesto ajallisesti riittäväksi (Visakorpi 2002), mutta erityisesti tyytyväisyys lääkärin toimintaan oli tilastollisesti suurempi kotisairaalahoidon potilailla kuin perinteisen vuodeosastohoidon potilailla (Leff ym. 2006). Potilaat kokivat tärkeänä hoitajan persoonaan liittyvät ominaisuudet. Hoitajan hyväntuulinen keskustelu sekä arkeen - että terveyteen liittyvistä asioista lisäsi potilaiden arjen voimavaroja. (Efrainsson ym. 2001; Wilson ym. 2002; Visakorpi 2002.) Hoitajilta toivottiin nöyryyttä, joustavuutta sekä vastuullisuutta ja hyvän palvelun koettiin tukevan potilaiden arjesta selviytymistä sairauksiensa kanssa (Efrainsson ym. 2001). Potilaat toivat esiin hoitosuhteen luottamuksellisuuden ja vaitiolovelvollisuuden

merkityksen (Visakorpi 2002) ja toivoivat riippumattomuuden tunnetta, hyvää kivunhoitoa sekä toimenpiteitä ja menetelmiä liikkumisen parantumiseksi (Valta 2008).

Kiire ei näyttäytynyt kotisairaalassa samoin kuin vertailuryhmillä sairaalassa. Kotisairaalahoidon potilaat kokivat, että hoitajilla on aikaa kuunnella heitä ja keskittyä heidän asioihinsa. Viestinnän koettiin toteutuvan kotisairaalassa paremmin kuin sairaalassa. Potilailla oli kokemus henkilökohtaisesta hoidosta ja kohtaamisesta. (Jester 2003; Jester ym. 2003; Visakorpi 2002.) He kokivat, että heidät kohdattiin ihmisinä (Arvosen 2008) ja heitä kohdeltiin ystävällisesti sekä kunnioittavammin verrattuna vertailuryhmään (Wilson ym. 2002). Tutkimuksissa potilaat kokivat tullessa kuulluksi, hoitajilla oli aikaa keskustella heidän kanssaan ja paneutua heidän vointiinsa sekä hoitoonsa. Hoitajat keskustelivat potilaiden kanssa kuntoutumisesta ja antoivat potilaille paremmin tietoa heidän tilanteestaan verrattuna sairaalahoidossa olleeseen vertailuryhmään. Hoitajien koettiin olevan selvillä potilaan elämäntilanteesta ja kokonaisvoinnista sekä tietävän ja ymmärtävän heidän lääkityksensä. Potilaat kokivat hoitajien olevana myös tarvittaessa heidän käytettävissään ja näin heillä oli myös mahdollisuus saada tietoa tilanteestaan hoitajilta henkilökohtaisesti ja tarkasti. (Jester 2003; Jester & Hicks 2003; Visakorpi 2002; Wilson 2002.)

Räsänen (2005) oli tutkimuksessaan selvittänyt terveydenhuollon potilaiden odotuksia hoitajien toteuttamasta sielunhoidosta. Potilaista 40 % ilmoitti sielunhoitajan tärkeimmäksi ominaisuudeksi kuuntelemisen taidon ja empaattisuuden. Sielunhoitajalta odotettiin myös potilaan tukemista, luotettavuutta, kykyä eläytyä ja ymmärtää tämän tilannetta.

2.4 Kotisairaalahoidon järjestäminen

Terveydenhuollon vastuulla on tarjota ajantasaista tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sairaalan ja kodin välillä ja vahvistaa potilaiden mahdollisuutta tehdä tiedostettuja valintoja omasta hoitopaikastaan (Jester 2003). Kotisairaaloiminnan merkitys ja tärkeys korostuvat pyrittäessä varhaistamaan potilaiden kotiutusta tai estämään sairaalaan joutumisen. Tällöin on keskeistä ymmärtää kodin merkitys hoitoympäristönä ja saada koko potilaan lähiyhteisö tukemaan paranemista. Kotisairaalassa sekä potilaan että hänen läheistensä rooli muuttuu aktiivisem-

maksi ja vastuu hoidosta kasvaa. (Ponnikas & Korhonen 2003.) Toimintaympäristönä koti asettaa sairaanhoitajalle haasteita ja tarvetta kokonaisvastuun ottamiseen (Shepperd 2010).

Valta (2008) oli väitöskirjassaan selvittänyt iäkkäiden potilaiden päivittäistä suoriutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Näissä tutkimuksissa todettiin, että iäkkäät potilaat kokivat sairaalahoidon vaikeaksi ja hankalaksi. Potilaat olivat usein pettyneitä sairaalahoidon järjestelyihin, odottamiseen ja osastojen levottomuuteen. Heidän turvattomuuden tunnettaan lisäsivät henkilökunnan vähäisyys, kiire, turhat lupaukset, vääriksi koetut ratkaisut ja kuntoutuksen puute. (Valta 2008.) Keskeistä onkin, että potilaalla on mahdollisuus saada riittävästi tietoa erilaisista vaihtoehdoista ja oikeus valita itselleen sopivin hoitopaikka.

Kotisairaala on tehokas vaihtoehto sairaalalle (Harris ym. 2005; Jester & Hicks 2003; Langhorne ym. 2009; Leff ym. 2005; Lin ym. 2001; Shepperd ym. 2009; Tsai ym. 2005; Visakorpi 2002; Wilson ym. 2002), mutta toisaalta on vaikeaa määrittellä, mitkä potilasryhmät siitä erityisesti hyötyisivät (Shepperd 2009; 2010). Ahlner - Elmqvist ym. (2004), Chevetzoff ym. (2005), Leff ym. (2006) ja Tsai ym. (2005) olivat tutkimuksissaan kartoittaneet potilaiden ominaisuuksia ja taustamuuttujia sekä verranneet niitä toisiinsa hoitopaikan valinnan suhteen. Tutkimuksien mukaan sairauden pahenemisvaiheessa olevien keuhkohtaumatautipotilaiden, suunnitellusti leikattujen tekonivelpotilaiden, aivohalvauspotilaiden, infektiopotilaiden ja mielenterveyspotilaiden on todettu hyötyvän kotisairaalahoidon toteutumisesta (Huang ym. 2005; Leff ym. 2005; Lin ym. 2001; Shepperd ym. 2009; Tsai ym., 2005; Utens ym. 2010), kun taas sydäninfarktipotilaiden kotisairaalahoidoa ei nähdä turvallisena (Shepperd 2010).

Potilaat toivovat usein voivansa viettää elämänsä viimevaiheet kotona yhdessä omaisten ja läheisten kanssa sekä myös kuolla kotiin. Silti erityisesti länsimaissa suurin osa potilaista kuolee sairaalaan. (Chevetzoff ym. 2005.) Kotisairaala tuo potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa siihen, missä hän haluaa kuolla (Ahlner - Elmqvist ym. 2004). Ahlner - Elmqvist ym. (2004) ja Chevetzoff ym. (2005) etsivät tutkimuksissaan palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden toiveiden eroja viettää elämänsä loppuvaiheet kotona sekä saada kuolla mieluummin kotiin kuin sairaalaan. Syöpäpotilaiden kohdalla selkeä ero näkyi diagnoosin saamisajankohdassa ja potilaan kuntoisuudessa. Kotisairaalahoidon haluavien potilaiden diagnoosin saamisesta oli keskimäärin puolet pidempi aika kuin osastohoitoon jääneillä vertailuryhmän potilailla. (Ahl-

ner- Elmqvist ym. 2004.) Toimintakykykartoituksessa (Karnfsky status) kotisairaalapotilaiden toimintakyky oli huomattavasti alhaisempi kuin vuodeosastohoidon valinneiden potilaiden (Ahlner- Elmqvist ym. 2004; Chevetzoff ym. 2005). Kotisairaalan potilaat viettivät viimeisinä elinaikoinaan huomattavasti enemmän aikaa kotona, mikä antaa olettaa, että kotisairaalahoidon valinta kertoo vahvasti halusta myös kuolla kotiin eikä pelkästään halusta saada hoitoa kotona. Sukupuolella, iällä, koulutuksella ja asumisolosuhteilla ei näyttänyt tutkimuksen mukaan olevan suurtakaan selittävää merkitystä hoitopaikan valintaan (Ahlner - Elmqvist ym. 2004; Chevetzoff ym. 2005). Toisaalta omaisten ja läheisten merkitys korreloi voimakkaasti haluun kuolla kotona, vaikka tutkimuksissa omaisen merkitys saattohoitopotilaan hoitamisessa on ristiriitainen (Chevetzoff ym. 2005). Sairauden levinneisyydellä tai hoitojen saamisella ei voitu esittää selkeää eroa hoitopaikan valinnan suhteen (Ahlner- Elmqvist ym. 2004), mutta onkologin suorittamat kotikäynnit lisäsivät mahdollisuuksia saattohoitopotilaan hoitamiseen kotona.

Lin ym. (2001) ja Tsai ym. (2005) eivät löytäneet tilastollisesti merkitseviä taustamuuttujaeroja kotisairaalahoidon ja polikliinisesti tapahtuvan hoidon välillä mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kohdalla. Leffin ym. (2005) tutkimuksessa kuitenkin suurimmalla osalla kotisairaalahoidon valinneista potilaista oli kotona omainen, joka auttoi heitä ADL - tai IADL - toiminnoissa, mutta ero ei ollut tilastollisesti kovin merkittävä. Ahlner - Elmqvistin ym. (2004) tutkimuksessa pientä eroa syntyi eri diagnoosien välillä, mikä antoi suuntaa, että keuhko- ja vatsan alueen syöpäpotilaat valitsivat ensisijaisesti vuodeosastohoidon kotisairaalan sijasta. Keuhkokuumeepotilaita hoidettiin enemmän sairaalan vuodeosastolla kuin kotisairaallassa (Leff ym. 2005), kun taas keuhkohtaumatautipotilaat olivat useammin hoidossa kotisairaallassa (Leff ym. 2005; Chvetzoff ym. 2010). Muilla sairausryhmillä ei tutkimuksissa näyttänyt olevan merkittävää eroa (Leff ym. 2005).

2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Kotisairaalahoito on potilaan kotona tai kotiin rinnastettavassa paikassa toteutettavaa sairaalatasoista, ympärivuorokautista, lyhytaikaiseen ja akuuttiin hoidontarpeeseen perustuvaa lääkärijohtoista hoitoa. Potilas saa aktiivisesti hoitoa kotona tilanteessa, joka muutoin vaatisi poti-

laan siirtämistä sairaalahoitoon. Kotisairaalahoidon edellytyksenä on potilaan mahdollisuus valita, missä hän saa hoitoa sairauteensa, ja hoidon tulee perustua potilaan vapaaehtoisuuteen.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään kotisairaalahoidon parantavan potilaiden elämänlaatua ja lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Potilaat haluavat olla kotona mahdollisimman pitkään ja kotisairaalahoidon turvin he voivat elää mahdollisimman normaalia elämää sairaudestaan huolimatta. Tutkimuksissa kuvataan potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutuvan kotisairaalassa vuodeosastohoidossa olevia vertailuryhmiä paremmin. Kuntoutuminen ja suorituskyvyn paraneminen on todettu paremmaksi erityisesti COPD-, ennalta suunniteltujen tekonivelleikkaus-, aivoinfarkti- ja mielenterveyspotilaisiin suunnatuissa kansainvälisissä tutkimuksissa.

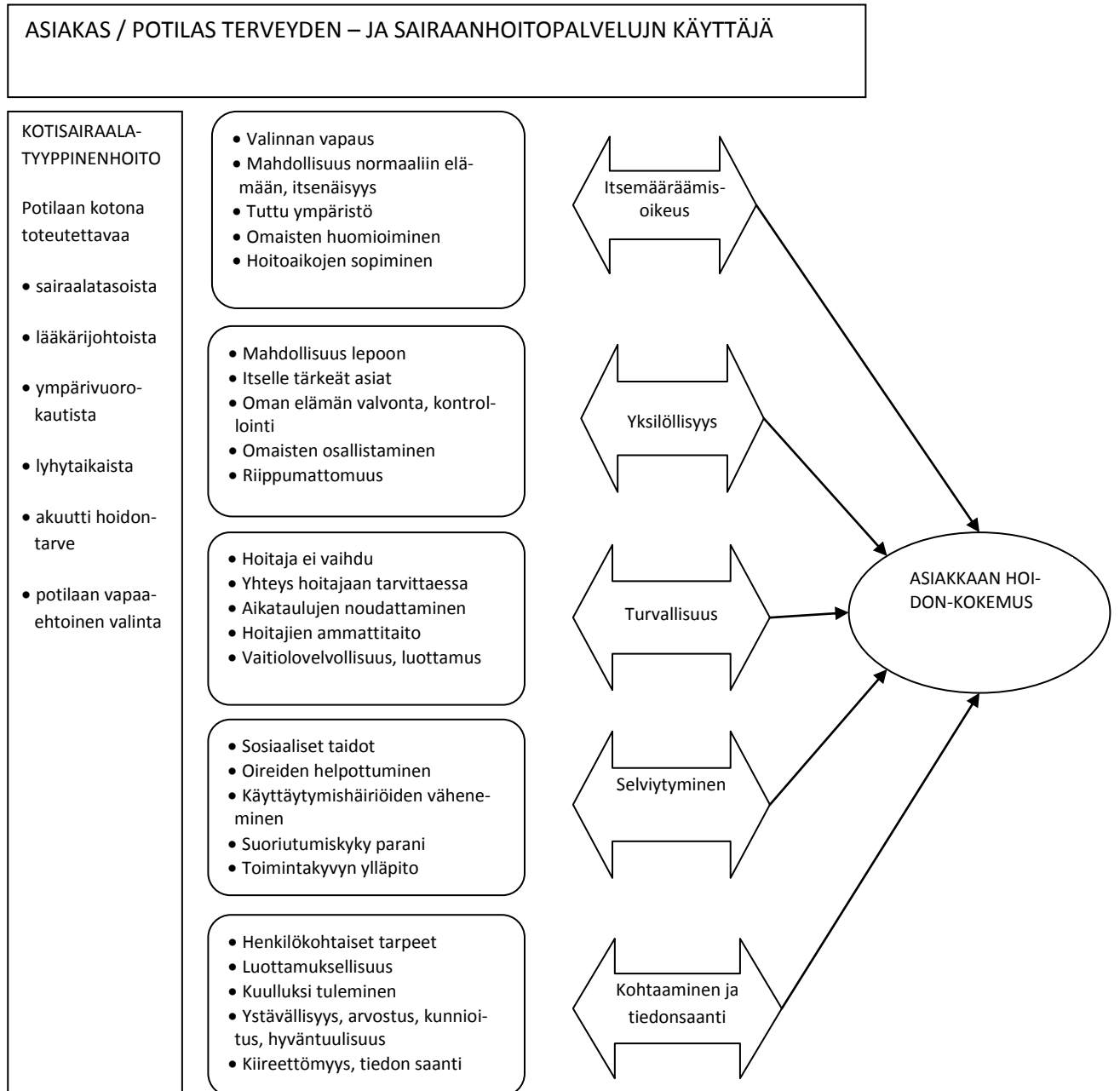
Kotisairaalahoidon toteutuksessa on todettu tärkeäksi, että hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja sama hoitaja toteuttaa hoitoja mahdollisimman paljon. Hoitajien vaihtuminen heikentää hoitosuhteen syntymistä ja jättää hoitosuhteet hajanaisiksi. Hoitajien ja lääkäreiden toivotaan tekevän yhteistyötä potilaan parhaaksi. Hoitajien toivotaan noudattavan aikatauluja, suoriutuvan tehtävistään ammattitaitoisesti sekä perehtyvän huolellisesti potilaiden elämäntilanteeseen ja olosuhteisiin kotona. Ammattihenkilöstön ominaisuuksissa kiinnitetään huomiota sekä persoonallisiin että taidollisiin valmiuksiin. Hoitajan persoonaan liittyvät ominaisuudet sekä hyvä palvelu ja käytös koetaan tärkeäksi. Hoitajilta toivotaan ystävällisyyttä, joustavuutta, nöyryyttä ja vastuullisuutta. Kohtaamisen onnistuminen nähdään teknisen osaamisen rinnalla yhtä tärkeänä.

Tutkimuksissa kuvataan turvattomuuden kokemuksia ja ne liittyivät tiedonsaantiin sekä epävarmuuteen kotonapärjäämisestä ja avun riittävän nopeaan saamiseen tarvittaessa. Entisestä elämästä luopuminen ja yksityisyyden menetys uudessa elämäntilanteessa aiheuttavat potilaille surun kokemuksia. Jos hoitotoimenpiteet tai kotikäyntien ajat suunnitellaan huolimattomasti tai ajankohdat ovat epäselviä, kokevat potilaat riippuvuutta, vapauden puutetta ja eristäytymisen kokemuksia.

Kotisairaalatoimintaa on kansallisesti tutkittu vähän, mutta aiheesta löytyy tietoa eri kotisairaaloiden raporteista ja toimintakertomuksista. Aihe on kiinnostanut ammattikorkeakoulujen

opiskelijoita sekä jonkin verran pro gradu- tutkielmien tekijöitä. Kotisairaalayksiköt ovat tehneet pienimuotoisia tyytyväisyyskyselyjä sekä potilaille että omaisille. Kansainvälisesti aiheesta löytyy useita tutkimusartikkeleita, joissa näkökulma on usein kustannusten vertailuun ja tehokkuuteen liittyvä. Tässä tutkimuksessa käytetyt keskeiset kansalliset ja kansainväliset tutkimukset on taulukoitu liitetaulukoon. Kuviossa 1 on kuvattu kirjallisuudesta nousevia tekijöitä potilaan kokemuksiin kotisairaaloitasoisesta hoidosta.

Tässä tutkimuksessa keskitytään kuvaamaan asiakkaiden kokemuksia kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymisestä, hoidon toteutumisesta ja hoitajien toiminnasta. Lisäksi arvioidaan, miten taustatekijät ovat yhteydessä asiakkaiden hoidonkokemukseen.



Kuvio 1. Potilaiden kotisairaalahoito aiempien tutkimusten perusteella

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiakkaiden kokemuksia kotisairaalityyppisen hoidon toteutumisesta terveyskeskussairaalan yhteydessä toimivassa tehostetussa kotisairaanhoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotisairaalityyppistä toimintaa erityisesti tutkimusorganisaation alueella.

Tutkimuskysymykset

1. Miten asiakkaat arvioivat kotisairaalityyppisen hoidon suunnittelun ja järjestymisen toteutuvan?
2. Miten asiakkaat arvioivat kotona tapahtuvan kotisairaalityyppisen hoidon toteutuvan?
3. Millaiseksi asiakkaat arvioivat hoitajan toiminnan kotisairaalityyppisessä hoidossa?
4. Miten taustatekijät ovat yhteydessä asiakkaiden arviointeihin?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Kotisairaalatyyppisen toiminnan kehittäminen tutkimusorganisaatiossa

Tutkimusorganisaatiossa kotisairaalatyyppistä hoitoa on kehitetty ja toteutettu syksyllä 2009 käynnistetyllä tehostettu kotihoito -toiminnalla. Toiminnan aloitusta perusteltiin 2008 voimaan tulleella ikäihmisten palveluja koskevalla laatusuosituksella, jonka mukaan pitkäaikais-hoidossa olisi vuoteen 2012 mennessä 75- vuotta täyttäneistä enää 3 %. Tutkimusorganisaati-on laatusuosituksissa erikoissairaanhoidon jonotilanne koettiin haasteellisenä ja kustannuksiltaan kalliina, joten sosiaali- ja terveyslautakunta asetti korjaavaksi toimenpiteeksi kotiutusten määrätietoisesta kehittämisestä ja tehostetun kotihoidon tiimin perustamisen. Tällöin tehostetun kotiuttamisen tavoitteena oli erikoissairaanhoidossa jatkohoitoa odottavien potilaiden määrän vähentäminen ja terveyskeskussairaalassa olevien potilaiden kotiutumisen nopeuttaminen. (Kinnunen 2010.)

Toimintaa käynnistämään valittiin neljä sairaanhoitajaa ja vastuulääkäri. Toiminta perustui tiiviiseen yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kotiutushoitajien, terveyskeskussairaalan jono-hoitajan ja SAS (suunnittele, arvioi, sijoita)- hoitajien kanssa. Toiminta-alueeksi määriteltiin kantakaupungin alue. Toiminnan tarkoituksena oli tuottaa ympärivuorokautisesti turvattua ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa hoitoa henkilöille, jotka tarvitsevat vaativaa kotisairaanhoidoa. Toimintaa toteuttaa neljä sairaanhoitajaa kahdessa vuorossa ja heidän työaikansa ajoittuu kello 7-22 välille. Yöaikaisen hoidon turvaa yksityinen palveluntuottaja jolta kaupunki ostaa säännöllisen yöhoidon. (Kinnunen 2010.)

Tehostetun kotihoidon tavoitteena oli turvata asiakkaan lyhytaikainen ja äkillinen hoidontarve, joten hoitajaksot suunniteltiin kertakäynnistä kahteen viikkoon. Tavoitteena oli, että tarvittaessa asiakas siirtyy kahden viikon jälkeen oman alueen kotihoidon tai muun sovitun hoitotahon piiriin, mikäli hän tarvitsee pidempää hoitoa. Hoidon tarpeen arvioiminen tapahtuu aina yksilökohtaisesti. Asiakas maksaa saamastaan hoidosta joko kertamaksun tai useamman käynnin yhteydessä sovitun kiinteän maksun. Asiakasmaksuun sisältyy lääkärin ohjeiden mukainen hoito ja tarvittaessa lääkärin kotikäynti, iv-lääkkeet ja – infuusiot sekä tarvikkeet ja haavanhoitoon liittyvät tarvikkeet. (Kinnunen 2010.)

Syksyllä 2011 tehostetun kotihoidon nimi muutettiin toimintaa paremmin kuvaavaksi ”tehostettu kotisairaanhoido”. Toiminta siirtyi hallinnollisesti terveyskeskussairaalan alaisuuteen ja toiminta jatkuu vuodeosaston yhteydessä. Toiminta osana vuodeosastoa mahdollistaa asiakkaiden sovittuun siirtymiseen muun muassa saattohoitotilanteissa sairaalahoitoon vuodeosastolle mihin vuorokauden aikaan tahansa. Samoin yhteistyö mahdollistaa henkilöstön joustavan liikuttelun tarpeen mukaan. Toiminta on vakiintunut ja toimintaperiaatteet ovat säilyneet samana kuin toimintaa aloitettaessa syksyllä 2009. Joensuun Ikääntymispoliittinen strategia 2010–2015 määrittää, että vaativampaa kotisairaanhoidoa tarvitsevien asiakkaiden kotiuttaminen ja hoito toteutetaan tehostetun kotisairaanhoidotiimin palvelujen avulla. Strategian mukaan tehostetun kotisairaanhoidon toimintamallia kehitetään edelleen ja tavoitteena on kotisairaala.

Asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi asiakas ja hänen tarpeensa tulisivat olla kehittämisen keskiössä. Tällöin toiminta ja palvelut olisi organisoitava asiakkaan tarpeista yhdessä hänen kanssaan. Pelkkä asiakkaan mielipiteen kysyminen ei välttämättä riitä asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden kehittämiseen. Asiakaskeskeisessä kehittämisessä asiakas kommentoi jo olemassa olevaa palvelua esimerkiksi asiakaskyselyn kautta. Asiakkaalta saadun palautteen perusteella toimintaa tehdään tarvittavia ja tarpeelliseksi katsottuja muutoksia. (Virtanen ym. 2011.) Tässä tutkimuksessa toteutetaan asiakastyytyväisyyskysely, jota tutkimuksen kohdeorganisaatiossa suunniteltiin jo toiminnan käynnistymisvaiheessa. Tutkimuksen asiakastiedotteessa kuvataan kyselyn merkitys ja tärkeys sekä palautteen käsittely, mitkä lisäävät asiakaslähtöisyyttä (Virtanen ym. 2011).

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Joensuun tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaat, jotka tarvitsevat sairauteensa sairaalatasoista hoitoa. Tutkimuksen kokonaisotos koostui asiakkaista, jotka olivat olleet hoidettavana tutkimusorganisaation tehostetussa kotisairaanhoidossa aikavälillä 1.10.2011 – 28.2.2012. Kyselylomake toimitettiin kaikille lokakuussa 2011 - helmikuussa 2012 Joensuun tehostetussa kotisairaanhoidossa hoitoa saaneille asiakkaille, joiden kognitio riitti kyselylomakkeen täyttämiseen (N=57). Tehostetun kotisairaanhoidon sairaan-

hoitaja arvioi asiakkaan kokonaistilanteen, jolloin vaikeasti muistisairaat asiakkaat jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle.

Ennen tutkimusaineiston keräämistä tutkija kertoi tutkimuksesta ja sen toteutuksesta henkilökohtaisesti jokaiselle tehostetussa kotisairaanhoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Jokainen sai lisäksi kirjallisen tiedotteen (liite 1) tutkimuksesta. Tehostetun kotisairaanhoidon vastaavahoitaja soitti kaikille hoitojaksonsa päättäneille asiakkaille (n=34) kertoen tutkimuksesta ja kysyen halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen. Kaikki puhelimitse tavoitetut asiakkaat (n=33) ilmaisivat halukkuutensa osallistua kyselyyn. Parhailaan hoidossa oleville asiakkaille sairaanhoitaja vei kotikäynnillä tiedotteen (liite 2), kyselylomakkeen (liite 3) ja tutkijan nimellä sekä postimerkillä varustetun vastauskuoren. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksesta, sen toteuttamisesta ja hyödyntämisestä. Siihen oli liitetty tutkijan yhteystiedot, jotta kyselyyn vastaaja voisi halutessaan olla yhteydessä tutkijaan. Asiakaskysely liitteineen postitettiin asiakkaille, joiden hoitojakso kohdeorganisaation tehostetussa kotisairaanhoidossa oli päättynyt.

Kyselylomakkeita jaettiin asiakkaille yhteensä 57 ja niitä palautui tutkijalle 49. Kaksi vastauslomaketta jouduttiin hylkäämään, sillä toinen palautui tyhjänä ja toinen oli puutteellisesti täytetty. Kysymyslomakkeita ei koodattu, sillä saatekirjeessä sitouduttiin anonyyminä vastaamiseen ja näin uusintakyselyä ei myöskään postitettu asiakkaille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Vaihtoehtona kaikille asiakkaille uudelleen lähetettävä kyselylomake hylättiin, sillä kohderyhmä oli pieni eikä sillä oletettu saatavan aineistomäärää kovinkaan paljon lisättyä. Kokonaisuudessaan vastausprosentti oli 82 %.

4.3 Kyselylomakkeen kehittäminen ja luotettavuus

Asiakaskyselyssä käytettävä mittari laadittiin tätä tutkimusta varten yhteistyössä tehostetun kotisairaanhoidon sairaanhoitajien, organisaation toiminnasta vastaavien ylihoitajien sekä opinnäytetyön ohjaajien kanssa. Mittarin laadinnassa hyödynnettiin kansainvälisiä ja kansallisia tutkimuksia ja niissä olleita mittareita (liitetaulukko 2), sillä tutkimuksessa edellytetään, että mittarin muuttujille löytyy perustelu kirjallisuudessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Kyselylomakkeen (liite 3) muuttujat olivat luokittelu- ja järjestysasteikollisia. Lomakkeessa käytettiin Likert-asteikollisia muuttujia, kuten hoitotieteen kyselytutkimuksissa yleisesti käytetään. (Burns & Grove 1999; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Metsämuuronen 2009.) Likert-asteikolliset osiot kohdistuivat hoidon järjestymiseen (14 väittämää), hoidon toteutumiseen (24 väittämää) ja kokemukseen hoitajien toiminnasta (21 väittämää). Väittämi- en asteikot olivat viisiportaisia: 1 = samaa mieltä, 2 = melkein samaa mieltä, 3 = en samaa enkä eri mieltä, 4 = osittain eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä. Hoidon järjestymisen ja hoidon toteutumisen osalta lisättiin ylimääräinen vaihtoehto: 6 = ei koske minua /hoitoani. Kyselylo- makkeen alussa oli vastaajien taustatietoja käsitteleviä kysymyksiä; lomakkeen täyttäjää (asia- kas yksin/ yhdessä omaisen kanssa), sukupuoli, ikä, asuminen, siviilisääty, nykyinen tai aikai- sempi ammatti, elämäntilanne ja hoitojakson pituus tehostetussa kotisairaanhoidossa. Kysely- lomakkeessa kartoitettiin myös asiakkaiden tehostettuun kotisairaanhoidoon liittyviä tietoja kysymyksillä; mistä asiakas siirtyi tehostettuun kotisairaanhoidoon ja oliko toiminta hänelle aikaisemmasta tuttua, tarvitsiko asiakas hoitoonsa yöhoitoa, saiko hän apua omaisiltaan, jär- jestettiinkö hoitosuunnittelupalaveri ja ellei, niin olisiko asiakas sellaista toivonut. Kyselylo- makkeen lopussa kysyttiin valitsisiko asiakas uudelleen tehostetun kotisairaanhoidon, mikäli olisi nyt tekemässä päätöstä hoitopaikastaan. Lomakkeeseen oli lisäksi liitetty avoin kysy- mys: ”Mitä muuta haluaisitte sanoa hoitoonne liittyen?”

Mittarin esitestasi viisi tehostetun kotisairaanhoidon asiakasta. Esitestauksessa asiakkaat eivät esittäneet lomakkeeseen muutosehdotuksia. Yksi vastaaja suhtautui kyselylomakkeeseen kriit- tisesti, mutta hän kuitenkin vastasi kaikkiin kysymyksiin. Erään vastaajan omainen koki, ettei asiakas ollut kognitionsa puolesta kykenevä täyttämään lomaketta, joten tilalle valittiin uusi vapaaehtoinen vastaaja. Niinpä pidättäytyttiin suunnitelmassa, että sairaanhoitaja arvioi en- nen lomakkeen toimittamista, onko asiakkaan mahdollinen muistisairaus este kyselylomak- keen täyttämiseksi. Esitestauksessa palautuneita kyselylomakkeita ei otettu mukaan varsina- seen tutkimukseen, sillä vastaajille ei tiedotettu asiasta ja lomakkeeseen tehtiin rakenteellisia muutoksia esitestauksen jälkeen.

Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin rakenteellisia muutoksia, joilla lomakkeen ulkoasun rakennetta selkiytettiin ja luettavuutta parannettiin. Joidenkin kysymysten paikkaa vaihdettiin loogisuuden lisäämiseksi. Lisäksi kyselylomakkeen loppuun lisättiin avoin kysy-

mys, johon asiakasta pyydettiin tarkentamaan syitä, mikäli hän vastasi kielteisesti kysymyseen tehostetun kotisairaanhoidon valinnasta uudestaan hoitopaikakseen.

Kyselylomake koostuu neljästä osa-alueesta: taustamuuttujat, hoidonjärjestely ja järjestäminen, hoidon suunnittelu ja toteutuminen sekä hoitajien toiminta. Taulukossa 2 on ilmoitettu kyselylomakkeen muuttujat ja niitä vastaavat väittämät ja kysymykset numeroituna sekä Cronbachin alfat. Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa tarkastellaan sekä asiakkaaseen (väittämät 1-8) että hoidon järjestymiseen liittyviä taustatietoja (väittämät 9-14). Kyselylomakkeen toinen osio (väittämät 15–28) keskittyy tarkastelemaan asiakkaan hoidon suunnittelua ja järjestymistä kotiutustilanteessa ennen tehostetun kotisairaanhoidon piiriin siirtymistä. Asiakkaan kokemuksia saamastaan hoidosta tehostetussa kotisairaanhoidossa tarkastellaan turvallisuuden (väittämät 37–43, 45, 48–52), tiedonsaannin (väittämät 29–30, 32–33, 36, 47) ja itsemääräämisoikeuden (väittämät 31, 34–35, 44, 46) näkökulmasta. Neljännessä osiossa keskitytään arvioimaan asiakkaan kokemusta hoitajan toiminnasta tarkastelemalla hoitajan ammattitaitoa (väittämät 53–54, 56–57, 61–66), hoitajan käyttäytymistä (väittämät 55, 67–68, 72–73) ja mahdollisuutta keskusteluun hoitajan kanssa (väittämät 58–60, 69–71).

Taulukko 2. Kyselylomakkeen muuttujat ja niitä vastaavat väittämät ja kysymykset numeroituina sekä Cronbachin alfat.

Muuttujat	Väittämien ja kysymysten numerot	Yhteensä	Cronbachin alfa
TAUSTAMUUTTUUJAT			
Asiakkaan taustatiedot	1-8	8	-
Hoidon järjestymisen	9-14	6	-
HOIDON SUUNNITTELU			
Hoidon järjestyminen	15-28	14	0,79
HOIDON TOTEUTUMINEN			
Turvallisuus	37-43, 45, 48-52	13	0,81
Tiedonsaanti	29-30, 32-33, 36, 47	6	0,76
Itsemääräämisoikeus	31, 34-35, 44, 46	5	0,78
ASIAKKAAN KOKEMUKSET HOITAJAN TOIMINNASTA			
Hoitajan ammattitaito	53-54, 56-57, 61-66	10	0,87
Käyttäytyminen	55, 67-68, 72-73	5	0,72
Keskustelu	58-60, 69-71	6	0,74

4.4 Aineisto ja sen analyysi

Analysoitiin tulee valita sellainen analysointitapa, jolla on mahdollista saada vastaus esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Tämän tutkimuksen aineisto on kvantitatiivinen, joten sen analysointiin käytettiin tilastollisia menetelmiä. (Burns & Grove 1999; Hirsjärvi ym. 2009; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009). Kvantitatiivinen tutkimusaineisto tallennettiin kyselylomakkeilta manuaalisesti ja analysoitiin IBM SPSS statistics version 19, Release 19.0.0 – ohjelmalla. Aineisto tarkistettiin tallentamisen jälkeen, puuttuvien tietojen määrä arvioitiin ja mahdolliset tallennusvirheet korjattiin (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009).

Aineistossa oli puuttuvia arvoja, joita ei korvattu, sillä niitä ei voitu selvittää vastaajilta. Puuttuvien arvojen täydentäminen on mahdollista selvittämällä puuttuva tieto vastaajalta, käyttämällä keskiarvoa tai verrokkia. Mikäli puuttuva tieto korvattaisiin, olisi uskottava, että korvaus parantaa tulosten uskottavuutta. Koska näin ei voitu olettaa, jätettiin puuttuvat tiedot korvaamatta. (Metsämuuronen 2009.)

Aineiston luokittelu- ja järjestysasteikollisten muuttujien kuvaamiseen käytettiin tilastollisia frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Tulokset esitettiin taulukoissa väittämittäin prosentteina (taulukot 5 - 12). Vastaajien ilmoittama ikä vuosina luokiteltiin uudestaan neljään luokkaan, mitkä määräytyivät otoskoon kuutiojuuren mukaan (Metsämuuronen 2009). Luokiksi muodostuivat 1 = alle 55-vuotiaat, 2 = 56- 64-vuotiaat, 3 = 65 - 75-vuotiaat ja 4 = yli 76-vuotiaat.

Ristiintaulukoinnin ja khiin neliötestin avulla selvitettiin taustamuuttujien välisiä riippuvuuksia ja asiayhteyksiä asiakkaiden käsityksiin hoidon järjestymisestä, suunnittelusta ja toteutumisesta sekä kokemuksista hoitajan toiminnasta. Kaikki vaaditut oletukset eivät täyttyneet, joten saatuja tuloksia ei voitu pitää täysin luotettavina. Niinpä aineisto tarkistettiin myös Fisherin eksaktin testin avulla. Yksittäiset muuttujat yhdistettiin osamittareittain luoden summamuuttujat. Taustamuuttujia verrattiin luotuihin summamuuttujiin Fisherin eksaktin testin avulla, mutta mitään tilastollisesti merkittävää riippuvuutta ei saatu esille. Niinpä taustamuuttujia verrattiin kaikkiin yksittäisiin muuttujiin. Kysymysten Likert-tyyppinen asteikko yhdistettiin viidestä väittämästä kolmeen väittämään. ”Samaa mieltä ja osittain samaa mieltä” yh-

distettiin yhdeksi luokaksi, ”en samaa enkä eri mieltä” toiseksi luokaksi ja ”osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä” yhdistettiin kolmanneksi luokaksi. Uudelleen luokiteltaessa jätettiin vaihtoehto 6 ”ei koske minun hoitoani” pois. Tulosten tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin p-arvon avulla, jolloin $p < 0.05$ (riskitaso 5 %) tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä, $p < 0.01$ (riskitaso 1 %) tulos on tilastollisesti merkitsevä ja $p < 0.001$ (riskitaso 0,01 %) tulos on erittäin merkitsevä (Burns & Grove 1999; Metsämuuronen 2009).

Tässä tutkimuksessa oli kaksi avointa kysymystä, joissa toisessa kysyttiin perusteluja, mikäli potilas uudelleen valitessaan ei päätyisi tehostettuun kotisairaanhoidon. Toisessa avoimessa kysymyksessä asiakkaiden oli mahdollista tuoda esiin mielipiteitä, näkökulmia tai kehittämissuhteita saamastaan hoidosta tehostetussa kotisairaanhoidossa. Asiakkaiden vastaukset (n=15) kirjoitettiin sanatarkasti ylös. Saatu aineisto oli suppea, joten sen analysointiin ei käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia vaan vastausten autenttisia lainauksia liitettiin tulosten tekstiin kuvaamaan vastaajien kokemuksia hoidon järjestymisestä, toteutumisesta ja hoitajien toiminnasta.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tämän tutkimuksen asiakaskyselyyn vastanneet henkilöt (N=47) olivat olleet tutkimusorganisaation tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaita ajanjaksolla 1.10.2011 – 29.2.2012. Vastaajista vähän yli puolet oli naisia (n=26) ja vähän alle puolet miehiä (n= 21). Vastaajien iät vaihtelivat 22- 90 vuoden välillä, keski-ikä ollessa 66 vuotta. Lomakkeen oli täyttänyt yksin kaksi kolmasosaa ja yhdessä omaisensa kanssa kolmasosa vastaajista. Siviilisäädyltään noin puolet (49 %) vastaajista oli avo- tai avioliitossa, eronneita oli 26 %, leskiä 21 % ja yksineläjiä 4 %. Kaikista vastaajista yli puolet (53 %) asui yhdessä jonkun toisen henkilön kanssa. Suurin osa vastaajista oli eläkkeellä (74 %), mutta 18 % oli parhaillaan työelämässä, 4 % työttömänä ja yksittäiset vastaajat opiskelijana tai elämäntilanne oli jokin muu. Vastaajista noin puolet (49 %) oli nykyiseltä tai aikaisemmalta ammatiltaan työntekijöitä ja 23 % ilmoitti olevansa toimihenkilöitä. Yksi vastaaja toimi kotiäitinä ja kuusi vastaajaa(13 %) ilmoitti ammatikseen jonkin muun. Hoitajakso tehostetussa kotisairaanhoidossa oli kestänyt suurimmalla osalla (60 %) 4-7 päivää tai 1-2 viikkoa, 12 %:lla 1-3 päivää ja kolmasosalla jonkin muun aikaa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastajien (N=47) taustatiedot (n, %),

Taustatieto	n	%
LOMAKKEEN TÄYTTÄJÄ(n= 47)		
Hoitoa saava asiakas yksin	32	68
Asiakas ja omainen yhdessä	15	32
SUKUPUOLI(n= 47)		
Nainen	26	55
Mies	21	45
IKÄ (n=46)		
-55	11	24
56-64	7	15
65-75	10	22
76 –	18	39
ASUMINEN (n=47)		
Yksin	22	47
Jonkun kanssa	25	53
SIVILISÄÄTY (n= 47)		
Avio- tai avoliitossa	23	49
Eronnut	12	26
Leski	10	21
Yksineläjä	2	4
AMMATTI (n= 45)		
Ylempi toimihenkilö	6	13
Alempi toimihenkilö	10	23
Työntekijä	22	49
Perheenäiti	1	2
Muu	6	13
ELÄMÄNTILANNE (n= 46)		
Opiskelija	1	2
Työelämässä	8	18
Työtön	2	4
Eläkkeellä	34	74
Muu	1	2
HOITOJAKSON PITUUS (n= 43)		
1-3 päivää	5	12
4-7 päivää	13	30
1-2 viikkoa	13	30
Muu	12	28

5.2 Kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymiseen vaikuttavat tekijät

Lähes kaikille (89 %) vastaajille tehostettu kotisairaanhoidon oli entuudestaan tuntematon. Ennen tehostettuun kotisairaanhoidon siirtymistä oli 21 (47 %) vastaajaa ollut hoidettavana erikoissairaanhoidon osastoilla. Perusterveydenhuollon päivystyksestä tehostettuun kotisairaanhoidon siirtyi 11 (24 %) asiakasta, terveyskeskuksen vuodeosastolta 8 (18 %), erikoissairaanhoidon ensiavusta 3 (7 %) ja yksittäiset asiakkaat kotihoidosta (2 %) ja avohoidon vastaanotolta (2 %). Yöhoitoa sairauteensa oli tarvinnut 18 % vastanneista. Ennen kotiutumista ja tehostettuun kotisairaanhoidon siirtymistä 16 (36 %) vastaajaa oli osallistunut hoidonsuunnittelupalaveriin. 29:lle (64 %) asiakkaalla palaveria ei ollut järjestetty, mutta heistä 8 (28 %) olisi kuitenkin toivonut sellaisen järjestämistä ennen kotiutumistaan. Suurin osa (82 %) vastaajista sai vähintään satunnaisesti apua omaisiltaan ja heistä 51 % sai apua päivittäin. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymisen taustatekijät (n, %), (N=47)

Taustatieto	n	%
TEHOSTETTUUN KOTISAIRAAN- HOITOON SIIRTYMINEN (n= 45)		
Perusterveydenhuollon päivystys	11	24
Terveyskeskuksen vuodeosasto	8	18
Erikoissairaanhoidon ensiapu	3	7
Erikoissairaanhoidon vuodeosasto	21	47
Kotihoito	1	2
Jokin muu	1	2
YÖHOIDON TARVE (n= 45)		
Kyllä	8	18
Ei	37	82
OMAISILTA AVUNSAANTI (n= 45)		
Päivittäin	23	51
Viikoittain	8	18
Satunnaisesti	6	13
Ei ollenkaan	8	18
JÄRJESTETTIINKÖ HOIDON- SUUNNITTELUPALAVERI (n= 45)		
Kyllä	16	36
Ei	29	64
ELLEI, OLISITTEKO TOIVONUT (n=29)		
Kyllä	8	28
En	21	72
OLIKO TEHOSTETTU KOTISAIRAAN- HOITO ENTUDESTAAN TUTTU (n= 45)		
Kyllä	5	11
Ei	40	89

5.2.2 Kotisairaalatyyppisen hoidon järjestyminen

Asiakkaat kuvasivat saaneensa hyvin tietoa sairaudestaan (76 %) ja sen hoidosta (82 %). He kokivat, että heitä kohdeltiin ystävällisesti (87 %) ja kotiutuminen tuntui suurimman osan (79 %) mielestä turvalliselta. Asiakkaista 73 % arvioi, että heidän elämäntilanteensa otettiin täysin huomioon hoitoa suunniteltaessa ja 62 % koki saaneensa tietoa sairautensa erilaisista hoito-

vaihtoehtoista. Asiakkaista 52 % koki saaneensa mahdollisuuden osallistua hoitonsa suunnitteluun ja noin puolet (49 %) vastaajista arvioi voineensa vaikuttaa hoitopaikkansa valintaan.

Asiakkaista 59 % ilmoitti saaneensa hyvin tietoa tehostetun kotisairaanhoidon maksuista ja sisällöistä ja 42 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että saatu tieto tehostetun kotisairaanhoidon toiminnasta oli riittävä. Kuitenkin 23 % vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä tehostetun kotisairaanhoidon toiminnan tiedottamisen riittävydestä. Useimmat (85 %) vastaajat arvioivat tienneensä milloin sairaanhoitaja tulee ensimmäiselle kotikäynnille. Yöaikaisesta hoidosta sai tietoa vain alle puolet vastaajista, mutta toisaalta 10 vastaajan mielestä yöhoito ei koskenut lainkaan heidän hoitoaan. 60 % vastaajista arvioi lääkehoidon suunnittelun onnistuneen. Noin puolet (58 %) vastaajista ilmoitti, ettei tukipalvelujen järjestäminen koskettanut heidän hoitoaan. Lähes puolet (42 %) vastaajista kuitenkin tarvitsi tukipalvelujen järjestämistä, mutta heistä yli puolet koki, ettei tukipalvelujen järjestäminen onnistunut toivotusti. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajien (N=47) arviot kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymisestä (% , n)

Tehostettua kotisairaanhoidon edeltävät tekijät	Tehostetun kotisairaanhoidon järjestymisen % (n)					
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	ei koske hoitoani
Sairauteni diagnoosi kerrottiin minulle ymmärrettävästi (n=45)	76 (34)	7 (3)	9 (4)	6 (3)	2 (1)	-
Sairauteni vaatima hoito kerrottiin minulle ymmärrettävästi (n=45)	82 (37)	7 (3)	9 (4)	2 (1)	-	-
Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun (n=45)	52 (23)	13 (6)	13 (6)	9 (4)	11 (5)	2 (1)
Elämäntilanteeni otettiin huomioon hoitoni suunnittelussa (n=45)	73 (33)	9 (4)	2 (1)	9 (4)	5 (2)	2 (1)
Sain tietoa sairauteni hoitoon liittyvistä eri vaihtoehdoista (n= 44)	62 (27)	11 (5)	7 (3)	9 (4)	7 (3)	4 (2)
Minua kohdeltiin ystävällisesti (n=45)	87 (39)	7 (3)	4 (2)	-	2 (1)	-
Sain itse valita hoitopaikkani (n=43)	49 (21)	5 (2)	21 (9)	9 (4)	7 (3)	9 (4)
Sain riittävästi tietoa Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnasta ennen kotiutustani (n=45)	42 (19)	22 (10)	13 (6)	9 (4)	14 (6)	-
Sain tietoa Tehostetun kotisairaanhoidon maksuista ja sisällöstä (n= 46)	59 (27)	20 (9)	13 (6)	-	6 (3)	2 (1)
Minulle järjestettiin tarvitsemani tukipalvelut (n=4)	18 (8)	2 (1)	4 (2)	2 (1)	16 (7)	58 (26)
Sain tietoa yöaikaisen hoidon toteutumisesta (n= 46)	41 (19)	7 (3)	13 (6)	-	11 (5)	28 (13)
Sain tietoa siitä, milloin sairaanhoitaja tulee ensimmäiselle kotikäynnille (n=45)	85(38)	9 (4)	2 (1)	-	2 (1)	2 (1)
Lääkehoitoni toteutus oli suunniteltu hyvin (n= 45)	60 (27)	11 (5)	7 (3)	9 (4)	-	13 (6)
Tunsin oloni turvalliseksi kotiutuessani (n= 46)	79 (37)	13 (6)	2 (1)	2 (1)	-	4 (2)

Lääkäriltä toivottiin enemmän aikaa sekä todellista kuvaa hoitomahdollisuudesta avoimen kysymyksen vastauksessa.” *Lääkäriltä enemmän tietoa kotiutusvaiheessa.*” (32). *”Hoito kerrottiin ymmärrettävästi, mutta ei taida toteutua sanoista tekoihin. Johtuu siitä, ettei terveyskeskus ole yhtä tehokkaasti mukana vaan hoito on huolimattomampaa.*” (38).

5.3 Asiakkaiden kokemukset kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumisesta

Tutkimukseen osallistuneista suurin osa (87 %) valitsi tehostetun kotisairaanhoidon, jos olisi tekemässä uudelleen päätöstä hoitopaikkansa valinnasta. Vastaajista 13 % ei osannut ilmaista kantaansa asiaan ja vain yksi vastaaja totesi lyhyesti, että menisi mieluummin sairaalan vuodeosastolle olettaen saavansa siellä parempaa hoitoa. Asiakkaat, jotka olivat saaneet valita itse hoitopaikkansa, olivat myös muita vastaajia varmempia siitä, että valitsisivat uudelleen tehostetun kotisairaanhoidon.

5.3.1 Potilaiden turvallisuuden ja selviytymisen kokeminen

Taulukossa 6 kuvataan asiakkaiden turvallisuuden tunteen ja kotona selviytymisen kokemusta. Lähes kaikki vastaajat (96 %) olivat kokeneet hoidon toteutuksen luottamukselliseksi ja vain kaksi vastaajaa ei osannut ottaa asiaan kantaa. Valtaosa (86 %) vastaajista oli kokenut kotona olemisen turvalliseksi. Turvattomuutta olivat kokeneet eniten asiakkaat, jotka saivat omaisiltaan vähän tai eivät ollenkaan apua ($p=, 039$). Avoimen kysymyksen vastauksissa asiakkaat olivat tuoneet esiin sekä turvallisuuden että turvattomuuden kokemuksia.”*Kotona sairastaminen oli turvallista.*” (31). *”Tuli vähän orpo olo pitkän sairaalareisuun jälkeen.*” (34). *”Turvallisuus ja epävarmuus pelottaa. Vrk 24h, josta apua 1h. Kotona jatkoissa oleminen jännittää.*”(38).

Vastaajista 83 % oli saanut yhteyden hoitajaan aina tarvitessaan, mutta vastaavasti lääkäriin yhteyden koki saaneensa 41 %. Vastaajista 22 % arvioi, ettei lääkäriin yhteyden saaminen koskettanut heidän hoitoaan. Lääkäri oli suorittanut kotikäynnin yhden vastaajan luona ja vastaajista 23 % toivoi, että lääkärin kotikäynti olisi järjestynyt. Tilastollisesti merkitsevä tulos oli, että yksin asuvat kokivat muita useammin, ettei heillä ollut mahdollisuuksia saada tarvit-

taessa yhteyttä lääkäriin ($p=, 003$). Erityisesti eronneet vastaajat kokivat, ettei lääkäriä tavoitettu ($p=, 002$).

Hoito oli koettu kiireettömäksi (83 %), lääkehoito oli toteutettu virheettömästi (78 %) ja sairauden oireet oli hoidettu hyvin (62 %). Siviilisäädyltään lesket osasivat muita vastaajia vähemmän ottaa kantaa lääkehoitonsa virheettömään toteutukseen ($p=, 023$). Eniten ”ei koske hoitoani” vastauksia oli tullut väittämiin omaisten huomioonottamisesta (26 %), jatkohoidon järjestämisestä (24 %), yhteydensaamisesta lääkäriin (22 %) ja kivunhoidosta (20 %). Yksi vastaaja oli täysin eri mieltä hoidon kiireettömyydestä ja kipujen hoidosta. Avoimen kysymyksen vastauksessa tuotiin esiin kiire ja puutteet kivunhoidossa. *”Ensimmäistä kertaa potilaana olevalle enemmän aikaa, että pääsee asioihin sisälle. Jos lääkäri on määrännyt kotihoidon, niin pistäytyminen ei ole sitä, vaiva vain pahenee.”* (13). *”Kivun hoito hakusessa, ei ole vielä viikon aikana löytynyt.”* (38).

Vastaajista 57 % oli kokenut, että heidän omaisensa otettiin huomioon, mutta 13 % ei osannut ilmaista asiaan kantaansa ja 26 % koki, ettei omaisten huomioiminen koskettanut heidän hoitoaan. Vain yksi vastaaja koki, ettei omaisia huomioitu hoidossa. Tilastollisesti merkittävä tulos oli, että avio- tai avoliitossa olevat kokivat muita asiakkaita useammin, että heidän omaisensa otettiin huomioon ($p= 0,004$). Ristiintaulukoituna todettiin, että yksin asuvien oli vaikea ottaa kantaa omaisten huomioimisen toteutumiseen tai he kokivat, ettei omaisia huomioitu ($p= 0,22$). Avoimen kysymyksen vastauksessa koettiin, että omaiset huomioitiin tukea antamalla.

Hoitoon ja avun saamiseen oltiin tyytyväisiä. Asiakkaista 76 % arvioi saaneensa hoitoa silloin kun oli sitä tarvinnut ja 72 % koki saaneensa apua riittävän nopeasti tarvitessaan. Vastaajista 68 % oli täysin samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet riittävästi apua. Ne vastaajat, joille tehostettu kotisairaanhoito ei ollut ennestään tuttu, eivät joko osanneet ilmaista kantaansa tai kokivat muita vastaajia enemmän, ettei saatu apu ollut riittävää ($p=, 011$). Myös yksin asuvat kokivat muita useammin avun olevan riittämätöntä ($p= 0,49$). Avoimen kysymyksen vastauksessa kuvastui saadun palvelun tarpeellisuus ja oikea-aikaisuus. *”Ihan mahtava juttu. En tiedä kuinka olisin selvinnyt 3x/vrk hakemaan antibioottia.”*(17)

Taulukko 6. Vastaajien (N= 47) arviot turvallisuudesta (% , n)

Turvallisuuden kokeminen	Asiakkaiden turvallisuuden kokeminen % (n)					
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	ei koske hoitoni
Olen saanut yhteyden hoitajaan tarvitessani (n=46)	83 (38)	11 (5)	-	-	-	6 (3)
Olen saanut tarvitessani apua riittävän nopeasti (n=46)	72 (33)	13 (6)	-	4 (2)	-	11 (5)
Hoito on ollut kiireetöntä (n=46)	83 (38)	9 (4)	4 (2)	2 (1)	2 (1)	-
Olen kokenut hoidon luottamukselliseksi (n= 46)	92 (42)	4 (2)	4 (2)	-	-	-
Lääkehoitoni on hoidettu virheettömästi (n=46)	78 (36)	4 (2)	7 (3)	-	-	11 (5)
Kipuni on hoidettu hyvin (n= 46)	56 (26)	9 (4)	11 (5)	2 (1)	2 (1)	20 (9)
Sairauteeni liittyvät oireet on hoidettu hyvin (n=45)	62 (28)	7 (3)	16 (7)	4 (2)	-	11 (5)
Olen saanut hoitoa silloin kun olen sitä tarvinnut (n=46)	76 (35)	9 (4)	7 (3)	4 (2)	-	4 (2)
Olen kokenut kotona olemisen turvalliseksi (n=46)	86 (39)	4 (2)	4 (2)	2 (1)	-	4 (2)
Olen saanut tarvitessani yhteyden lääkäriin (n=46)	41 (19)	11 (5)	11 (5)	4 (2)	11 (5)	22(10)
Omaiseni on otettu huomioon (n=46)	57 (26)	6 (3)	9 (4)	-	2 (1)	26 (12)
Olen saanut apua riittävästi (n=46)	68 (31)	13 (6)	11 (5)	4 (2)	-	4 (2)
Tarvittava jatkohoito on järjestetty (n=46)	52 (24)	7 (3)	17 (8)	-	-	24 (11)

Tehostetun kotisairaanhoidon hoitajakson aikana lääkäri suoritti vain yhden kotikäynnin. Neljänsosa (23 %) vastaajista olisi toivonut lääkärin kotikäynnin järjestymistä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Lääkäriin kotikäynti (% , n), (N= 47)

	Lääkäriin kotikäynti % (n)	
	Kyllä	ei /en
Suorittiko lääkäri kotikäynnin hoitajaksonne aikana (n=45)	2 (1)	98 (44)
Ellei, olisitko toivonut kotikäynnin järjestämistä (n= 44)	23 (10)	77 (34)

5.3.2 Tiedonsaannin kokeminen

Tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaista 88 % koki saaneensa hyvin tietoa terveydentilastaan. Selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa arvioi saaneensa 81 % vastaajista ja 78 % oli saanut riittävää tietoa sairauttansa koskevista tutkimuksista. 76 % koki saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta oman sairautensa hoidosta. Vastaajista 67 % arvioi lääkehoidon ohjaamisen onnistuneen hyvin ja 65 % koki, että asiat selitettiin heille tarvittaessa useaan kertaan. (Taulukko 8.)

Ne vastaajat, jotka saivat omaisiltaan vähemmän tai eivät ollenkaan apua, kokivat muita vastaajia useammin, etteivät he saaneet selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa ($p=, 025$) eikä asioita tarvittaessa kerrottu heille useaan kertaan ($p=, 043$). Tilastollisesti oli merkittävää, että erityisesti ne vastaajat, joille hoidonsuunnittelupalaveri järjestettiin, kokivat, ettei asioita selvitetty heille riittävästi ($p=, 008$). He eivät myöskään joko osanneet ottaa kantaa tai kokivat muita enemmän, etteivät saaneet riittävästi tietoa tutkimuksistaan ($p=, 045$).

Taulukko 8. Vastaajien (N=47) kokemukset tiedonsaannista (% , n)

Tiedonsaanti	Asiakkaiden kokemus tiedonsaannista % (n)					
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	ei koske hoitoani
Olen ollut tietoinen terveydentilastani ja sairaudestani (n=45)	88 (39)	4 (2)	2 (1)	4 (2)	-	2 (1)
Olen saanut selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa omasta hoidostani (n=46)	81 (37)	11 (5)	6 (3)	-	-	2 (1)
Olen saanut riittävästi tietoa ja ohjausta sairauteni hoidossa (n=46)	76 (35)	9 (4)	4 (2)	7 (3)	2 (1)	2 (1)
Tarvittaessa asiat on selitetty minulle useaan kertaan (n=46)	65 (30)	9 (4)	11 (5)	4 (2)	2 (1)	9 (4)
Olen saanut tietoa sairauttani koskevista tutkimuksista (n=46)	78 (36)	7 (3)	7 (3)	2 (1)	2 (1)	4 (2)
Olen saanut riittävästi ohjausta lääkehoidossa (n=46)	67 (31)	7 (3)	9 (4)	2 (1)	2 (1)	13 (6)

5.3.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Valtaosa (81 %) vastaajista koki saavansa tehostetussa kotisairaanhoidossa juuri sellaista hoitoa mitä he tarvitsevat. Asiakkaista suurin osa (72 %) arvioi voineensa ilmaista mielipiteensä hoitoa koskevissa asioissa ja 65 % myös tunsu, että heidän arviointiinsa omasta voinnistaan luotettiin. 53 % vastaajista arvio itsellään olevan mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa ja tehdä omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Kuitenkin yli 20 % ei joko ilmaissut mielipidettään tai koki, ettei omaan hoitoon osallistuminen ja päätöstenteko ollut heille mahdollista. (Taulukko 9.)

Ne vastaajat, joille oli järjestetty hoidonsuunnittelupalaveri, eivät joko osanneet ilmaista mielipidettään tai kokivat muita enemmän, etteivät he ole voineet osallistua omaan hoitoonsa ($p=,031$). Vastaajat, joille tehostettu kotisairaanhoito oli ennestään tuttu, kokivat voineensa ilmaista mielipiteitään hoitoaan koskevissa asioissa ($p=,045$) ja tehdä päätöksiä omasta hoidostaan ($p=,021$).

Taulukko 9. Vastaajien (N=47) kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta (% , n)

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	Asiakkaiden kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta % (n)					
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	ei koske hoitoani
Olen voinut ilmaista mielipiteitäni hoitoani koskevissa asioissa (n=45)	72 (32)	13 (6)	7 (3)	2 (1)	2 (1)	4 (2)
Olen voinut tehdä päätöksiä omasta hoidostani (n= 45)	53 (24)	18 (8)	11 (5)	9 (4)	2 (1)	7 (3)
Olen voinut osallistua hoitooni (n=45)	53 (24)	11 (5)	18 (8)	2 (1)	5 (2)	11 (5)
Olen saanut sellaista hoitoa mitä tarvitsen (n=46)	81 (37)	4 (2)	11 (5)	4 (2)	-	-
Arviointiini omasta voinnistani on luotettu (n=46)	65 (30)	11 (5)	18 (8)	-	4 (2)	2 (1)

5.4 Asiakkaiden kokemukset hoitajien toiminnasta

5.4.1 Hoitajien ammattitaito

Valtaosa vastaajista (91 %) oli kokenut hoitajien olevan tiedollisesti ja taidollisesti ammattitaitoisia, ja vain yksi asiakas ei osannut ilmaista kantaansa hoitajien ammattitaitoon liittyvään väittämään. Vastaajista 91 % piti hoitajien toimintaa myös luotettavana. Taulukkoon 10 on koottu asiakkaiden kokemuksia hoitajien ammattitaitoa kuvaavista väittämistä. Avoimen kysymyksen vastauksissa arvioitiin hoitajia ammattitaitoisiksi ja osaaviksi. Vain yksi vastaaja oli huomionnut hoitajan pelokkuuden sellaisen hoitotoimenpiteen yhteydessä, jota tämä ei ollut aiemmin tehnyt. ”... on parantunut hyvin ammattitaitoisten osaavien sairaanhoitajien hoitamana.”(12). ”Työntekijät ovat todella ammattitaitoisia ja sopivia tähän työhön.” (25). ”... ammattitaitoisia ja pitkän työuran koulimia.” (29). ”Hoito oli asiantuntevaa ja ammattitaitoista. Hoitajien toiminta oli erinomaista.” (31). ”Ihmetytti hoitajan kommentti, että voi kun häntä pelottaa. Hoitajat eivät ymmärtääkseni ennen olleet tehneet kyseistä toimenpidettä. Jonkinlaista arkuutta oli havaittavissa.” (34).

Hoitajien koettiin tulevan ennalta sovittuina aikoina (89 %) ja olevan helposti tavoitettavissa (78 %). Työelämässä olevat asiakkaat kokivat kuitenkin muita useammin, ettei sovittuja aikoja noudatettu (p=, 028). Vastaajista 78 % koki, että hoitajilla on heille riittävästi aikaa. Kui-

tenkin ne asiakkaat, jotka saivat omaisiltaan vähemmän tai eivät lainkaan apua, kokivat, ettei hoitajilla ole heille riittävästi aikaa ($p=, 048$). Yli puolet (67 %) oli samaa mieltä siitä, etteivät hoitajat vaihdu liian usein, mutta toisaalta vastaajista 13 % koki, että hoitajat vaihtuvat liian usein ja 7 % ei osannut ilmaista mielipidettään asiaan. Avoimen kysymyksen vastauksessa asiakkaat ilmaisivat tyytyväisyyttä aikataulujen sopimiseen ja toivomuksia saman hoitajan vierailuista. ”Ajoista voi sopia molemmin puolin.” (25). ”Hoitajilla on aikaa tietyn ajan puitteissa.” (38). ”Toivon mahdollisimman paljon saman hoitajan käyvän.” (38).

Sairauden hoidosta koki saaneena riittävästi tietoa 79 %, kun taas kolme vastaaja oli eri mieltä tiedonsaannin onnistumisesta. Avoimen kysymyksen vastauksessa koettiin, että tietoa saa, jos sitä osaa hoitajilta kysyä. Kolme neljäsosaa (72 %) asiakkaista arvioi saavansa hoitajilta riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen etenemisestä. Vastaajista 68 % koki hoitajien tukevan heitä hoitoa koskevassa päätöksenteossa, mutta toisaalta neljäsosa (21 %) ei osannut ilmaista asiaansa mielipidettään. Toimihenkilöt olivat muita vastaajia useammin sitä mieltä, etteivät hoitajat tukenet heitä päätöksenteossa ($p=, 046$).

Taulukko10. Vastaajien (N=47) kokemukset hoitajien ammattitaidosta (% , n)

Hoitajien ammattitaito	Asiakkaiden kokemukset hoitajien ammattitaidosta %, (n)				
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Hoitajat ovat tiedollisesti ammattitaitoisia (n=46)	91 (42)	7 (3)	2 (1)	-	-
Hoitajat ovat taidollisesti ammattitaitoisia (n=45)	91 (41)	7 (3)	2 (1)	-	-
Hoitajat antavat tietoa sairaudestani ja sen etenemisestä tarpeideni mukaisesti (n=46)	72 (33)	11 (5)	11 (5)	2 (1)	4 (2)
Hoitajat antavat riittävästi tietoa sairauteni hoidosta (n=45)	79 (35)	11 (5)	4 (2)	2 (1)	4 (2)
Hoitajat tukevat minua hoitoani koskevassa päätöksenteossa (n=44)	68 (30)	7 (3)	21 (9)	2 (1)	2 (1)
Hoitajien toiminta on aina luotettavaa (n=45)	91 (41)	2 (1)	5 (2)	2 (1)	-
Hoitajat ovat tavoitettavissa helposti (n=45)	78 (35)	11 (5)	7 (3)	2 (1)	2 (1)
Hoitajat eivät vaihdu liian usein (n=45)	67 (30)	13 (6)	7 (3)	2 (1)	11 (5)
Hoitajat tulevat sovittuun aikaan (n=45)	80 (36)	9 (4)	7 (3)	4 (2)	-
Hoitajilla on minulle aikaa (n=45)	78 (35)	16 (7)	2 (1)	2 (1)	2 (1)

5.4.2 Asiakkaan kokemukset hoitajien käyttäytymisestä

Hoitajien käyttäytymiseen oltiin tyytyväisiä. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki asiakkaat (98 %) kokivat hoitajien olevan ystävällisiä. Hoitajien koettiin olevan (94 %) sekä hyväntuulisia että kohtelevan asiakkaitaan asiallisesti. Avoimen kysymyksen vastauksissa hoitajia kuvattiin ystävällisiksi, hyväntuulisiksi ja mukaviksi.

Suurin osa (87 %) vastaajista koki, että hoitajat kunnioittivat heitä. Omaisten apua päivittäin saavat asiakkaat kokivat muita vastaajia useammin, että hoitajat kunnioittavat heitä (p=, 006). Vastaajista 69 % arvioi hoitajien käyttämän huumorin tuntuvan heistä hyvältä. Kuitenkin ky-

selyyn vastanneista 18 % ei osannut ilmaista mielipidettään ja yksi vastaaja oli käytetystä huumorista täysin eri mieltä. (Taulukko 11.) Ne vastaajat, jotka saivat omaisiltaan apua päivittäin, olivat tyytyväisempiä hoitajan käyttämään huumoriin ($p=, 008$), kun taas yksinasuvat olivat vastaavasti tyytymättömpiä ($p=, 045$).

Taulukko 11. Vastaajien (N=47) kokemukset hoitajien käyttäytymisestä (% , n)

Hoitajien käyttäytyminen	Asiakkaiden kokemus hoitajien käyttäytymisestä % (n)				
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Hoitajat ovat ystävällisiä (n=46)	98 (45)	-	2 (1)	-	-
Hoitajat ovat hyväntuulisia (n=45)	94 (42)	4 (2)	2 (1)	-	-
Hoitajien käyttämä huumori tuntuu mukavalta (n=45)	69 (31)	9 (4)	18 (8)	-	4 (2)
Hoitajat kohtelevat minua asiallisesti (n=45)	94 (42)	2 (1)	4 (2)	-	-
Koen, että hoitajat kunnioittavat minua (n=45)	87 (39)	2(1)	9 (4)	2 (1)	-

5.4.3 Mahdollisuus keskusteluun

Suurin osa (84 %) vastaajista koki hoitajien kuuntelevan heitä ja ottavan heidän mielipiteensä (74 %) sekä yksilölliset tarpeensa (72 %) huomioon. Ne asiakkaat, jotka saivat apua omaisiltaan, kokivat hoitajien kuuntelevan heitä kaikissa asioissa ($p=, 37$). Asiakkaat, joille oli järjestetty hoidonsuunnittelupalaveri, olivat epävarmempia ilmaisemaan mielipidettään siitä, huomioivatko hoitajat heidän mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa ($p=, 018$).

Asiakkaista 35 % arvioi, että hoitajat keskustelevat heidän kanssaan mieltäpainavista asioista, mutta toisaalta 38 % vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään asiaan ja kolme vastaajaa koki, ettei asioista keskusteltu. Työttömät ja eläkkeellä olevat eivät muita useammin osanneet ilmaista kantaansa tai olivat eri mieltä siitä, keskustelevatko hoitajat heidän kanssaan mieltäpainavista asioista ($p=, 033$). Vastaajista vain 7 % oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitajat keskustelevat heidän kanssaan sukupuolielämään liittyvistä tai hengellisistä asioista. Yli puo-

let vastaajista ei osannut ilmaista asiaan mielipidettään ja vastaajista 29 % arvioi, ettei hengellisistä asioista keskusteltu. Myös sukupuolielämään liittyvien asioiden arvioi 27 % vastaajista jäävän keskustelujen ulkopuolelle. (Taulukko 12.)

Miehet olivat naisia useammin eri mieltä hengellisiin asioihin liittyvän keskustelun toteutumisesta ($p=, 05$), mikä oli tilastollisesti melkein merkitsevää. Naiset eivät miehiä useammin osanneet lainkaan ilmaista mielipidettään keskustelun toteutumisesta hengellisistä, mieltäpainavista tai sukupuolielämään liittyvistä asioista. Ne asiakkaat, jotka täyttivät kyselylomakkeen yhdessä omaisensa kanssa, kokivat muita useammin, ettei sukupuolielämään liittyvistä asioista keskusteltu ($p=, 015$).

Taulukko 12. Vastaajien (N= 47) kokemukset mahdollisuudesta keskusteluun (% , n)

Mahdollisuus keskusteluun	Asiakkaiden kokemus mahdollisuudesta keskusteluun % (n)				
	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
Hoitajat kuuntelevat minua kaikissa asioissani (n=45)	84 (38)	7 (3)	9 (4)	-	-
Hoitajat ottavat mielipiteeni huomioon (n=45)	74 (33)	11 (5)	13 (6)	2 (1)	-
Hoitajat huomioivat yksilölliset tarpeeni (n=45)	72 (32)	13 (6)	13 (6)	2 (1)	-
Hoitajat keskustelevat kanssani hengellisistä asioista (n= 45)	7 (3)	9 (4)	53 (24)	2 (1)	29(13)
Hoitajat keskustelevat kanssani mieltäni painavista asioista (n =45)	35 (16)	16 (7)	38 (17)	2 (1)	9 (4)
Hoitajat keskustelevat kanssani tarvittaessa sukupuolielämään liittyvistä asioista (n=45)	7 (3)	4 (2)	62 (28)	-	27(12)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen keskeiset tulokset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden kokemuksia kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumisesta terveystieteiden keskuksen yhteydessä toimivassa tehostetussa kotisairaanhoidossa. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan verrata aikaisemmin kansallisesti ja kansainvälisesti tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempia tuloksia asiakkaiden tyytyväisyydestä saadessaan sairauteensa hoitoa omassa kodissaan (Harris ym. 2005; Jester 2003; Jester & Hicks 2003; Langhorne ym. 2009; Leff ym. 2006; Lin ym. 2001; Tsai ym.2005; Utens ym. 2010; Visakorpi 2002; Wilson ym.2002). Samoin asiakkaiden tyytyväisyys hoitajien (Arvonen 2008; Efraimsson ym. 2001; Jester 2003; Wilson ym. 2002) ja lääkäreiden (Leff ym. 2006) toimintaan on tullut esiin niin kansallisissa kuin kansainvälisissäkin tutkimuksissa. Tutkimuksen tulokset myös vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, että akuutin, aikaisemmin sairaalahoitoa vaatineen sairauden hoito voidaan toteuttaa turvallisesti kodinomaisessa ympäristössä (Huang ym. 2005; Leff ym. 2005; Lin ym. 2001; Shepperd ym. 2009; Tsai ym. 2005; Utens ym. 2010).

Aiemmissä kansallisissa tutkimuksissa on tarkasteltu lähinnä omaisten kokemuksia saattohoitopotilaan hoidosta sekä saamastaan tuesta (Liikka 2005), potilaan kotiutumisesta kotisairaalarlasta (Arvonen 2008) ja kotona asuvien iäkkäiden potilaiden päivittäisestä kotona selviytymisestä (2008). Tässä tutkimuksessa keskityttiin pelkästään asiakkaan kokemukseen kotisairaalatyyppisen hoidon järjestymisestä, hoidon toteutumisesta ja hoitajien toiminnasta tehostetussa kotisairaanhoidossa.

Tämän tutkimuksen perusteella suurin osa vastaajista valitsisi uudelleen tehostetun kotisairaanhoidon, jos he olisivat uudelleen tekemässä päätöstään siitä, missä haluaisivat saada hoitoa sairauteensa. Vastaavia tuloksia on saatu aikaisemmissa tutkimuksissa niin kansallisesti kuin kansainvälisesti (Harris ym. 2005; Jester 2003; Jester ym. 2003; Langhorne ym. 2009; Leff ym. 2006; Tsai ym. 2005; Visakorpi 2002; Wilson ym. 2002).

Hoidon järjestäminen

Aikaisemmissa tutkimuksissa asiakkaan kokemuksia kotisairaalatyyppiseen hoidon järjestämisestä on tarkasteltu vähän. Tässä tutkimuksessa hoidon järjestämisessä koettiin olevan puutteita. Asiakkaat kuitenkin kokivat, että hoitoa suunniteltaessa heitä kohdeltiin ystävällisesti. He kokivat saaneensa tietoa sairautensa vaatimasta hoidosta ja sairauden diagnoosi oli kerrottu heille ymmärrettävästi. Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnasta tiedottaminen vaihteli, eikä saatua tietoa koettu riittäväksi. Yleensä asiakkaat tiesivät, milloin sairaanhoitaja tulee ensimmäiselle kotikäynnille, mutta tiedottaminen yöhoidosta, maksuista ja toiminnasta yleisesti koettiin jäävän vähäisemmäksi. Saatujen tulosten perusteella voidaan olettaa, että asiakkaat ja yhteistyötahot tarvitsevat enemmän tietoa kotisairaalatyyppisen hoidon toimintaperiaatteista ja – mahdollisuuksista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollon vastuulla on tarjota asiakkaalle tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sairaalan ja kodin välillä. Kehittämällä tiedottamista asiakkaiden valmiudet hakeutua kotisairaalatyyppiseen hoitoon lisääntyvät. (Jester 2003.) Ennen kotisairaalatyyppiseen hoitoon siirtymistä asiakkaan tulee saada riittävästi tietoa toiminnan toteutumisesta ja hänelle tulee järjestää riittävät tukipalvelut kotiutuksen turvaamiseksi. Vaikka vastaajista vain noin puolet tarvitsi tukipalvelujen järjestämistä, vaikuttaa tulosten perusteella siltä, että tukipalvelujen järjestäminen ei toteutunut asiakkaiden tarpeiden vaatimalla tavalla. Visakorven (2002) tutkimuksessa todettiin kotisairaalan ja sairaalan välisessä tiedonkulussa olevan puutteita, mikä tukee myös tämän tutkimuksen tuloksia. Aktiivisella tiedottamisella lisätään kysyntää, vahvistetaan tietoisuutta ja vähennetään mahdollisia ennakkoluuloja ja – käsityksiä.

Tämän tutkimuksen perusteella alle puolet vastaajista koki voineensa täysin vaikuttaa siihen, missä he saavat hoitoa sairauteensa. Vastaajat myös kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tietoa hoitonsa vaihtoehdoista, eikä heillä ollut riittävästi mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun. Tulos eroaa aikaisemmista tutkimuksista, joissa on pidetty erityisen tärkeänä potilaan mahdollisuutta itse vaikuttaa hoitopaikkansa valintaan (Ahlner - Elmqvist ym. 2004; Efraimsson ym. 2001; Harris ym. 2005; Jester 2003; Jester ym. 2003; Leff ym. 2005; Leff ym. 2006; Leff ym. 2009; Shepperd ym. 2009; Tsai ym. 2005; Visakorpi 2002; Ward ym. 2005; Wilson ym. 2002). Tutkimustulosten perusteella asiakkaat kuitenkin kokivat, että heidän elämäntilanteensa otettiin huomioon hoidon suunnittelussa ja kotiutuminen tuntui suurimman osan mielestä turvalliselta.

Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden välillä ei havaittu tilastollisesti selkeitä yhteneväisyyksiä. Merkittävintä oli, että yli puolet tehostettuun kotisairaanhoidon päätyneistä asiakkaista oli eläkkeellä olevia yli 65-vuotiaita henkilöitä ja suurin osa heistä sai vähintään satunnaisesti apua omaisiltaan. Myöskään aikaisemmissa tutkimuksissa sukupuolella, iällä, koulutuksella tai asumisolosuhteilla ei ole todettu olevan selittävää merkitystä hoitopaikan valintaan (Ahlner - Elmqvist ym. 2004). Tässä tutkimuksessa ei kartoitettu asiakkaiden toimintakykyä tai diagnooseja, joilla aikaisemmissa tutkimuksissa on oletettu olevan vaikutusta kotisairaalatyyppisen hoidon valintaan (Ahlner - Elmqvist ym. 2004; Chevetzoff ym. 2005).

Hoidon toteutuminen

Tässä tutkimuksessa koti hoitoympäristönä koettiin luottamukselliseksi sekä turvalliseksi ja vain yksi vastaajista pelkäsi olla yksin kotona. Tutkimusten mukaan turvattomuus on kotisairaalahoidon uhkatekijä (Efraimsson ym. 2001; Visakorpi 2002). Asiakkaat kokivat, että hoitajat olivat tavoitettavissa ja useimmiten hoito koettiin myös kiireettömäksi, jotka myös aikaisempien tutkimusten perusteella on todettu tärkeiksi ja turvallisuutta lisääviksi tekijöiksi (Efraimsson ym. 2001; Jester 2003; Valta 2008; Visakorpi 2002). Useimmiten asiakkaat olivat saaneet hoitoa silloin, kun olivat sitä tarvinneet ja tarvittaessa apua oli saatavissa riittävän nopeasti. Myös lääkehoidon koettiin pääasiassa toteutuneen virheettömästi, mikä on tärkeää ajatellen asiakkaan kokonaisuhoitoa ja hyvinvointia. Jester (2003) oli omassa tutkimuksessaan todennut, että lääkehoidon toteutuksessa oli vähemmän virheitä kotisairaalassa kuin vertailuryhmällä sairaalassa. Yli puolet asiakkaista koki saaneensa apua riittävästi ja tyytyväisyys korostui niiden vastaajien kohdalla, joille tehostettu kotisairaanhoido oli entuudestaan tuttu ja jotka saivat apua myös omaisiltaan. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että epävarmuutta koettiin kivun ja muiden oireiden hoidossa, vaikka aikaisemmissa tutkimuksissa erityisesti ennalta suunniteltujen tekonivelleikkauspotilaiden kivunhoidon on koettu toteutuvan kotona hyvin (Jestern ym. 2003).

Saatujen tulosten perusteella voidaan olettaa, että erityisesti parisuhteessa elävät asiakkaat kokivat omaisensa huomioimisen toteutuvan tehostetussa kotisairaanhoidossa hyvin. Muiden vastaajien osalla koettiin omaisten huomioimisessa olevan epäröintiä. Parisuhteessa elävien asiakkaiden omaiset olivat mahdollisesti kiinteämmin osallisina omaisensa hoitoon, jolloin heidän huomioimisensa luultavasti toteutui muita omaisia luontevammin. Visakorpi (2002) oli

omassa tutkimuksessaan todennut, että kotisairaalahoidossa omaiset otetaan huomioon ja nämä voivat olla paremmin läsnä asiakkaan elämässä. Tarvittavan jatkohoidon järjestymiseen oli täysin tyytyväisiä noin puolet vastaajista, mutta noin puolet ei osannut ilmaista kantaansa tai jatkohoidon järjestyminen ei koskettanut heidän hoitoaan.

Tässä tutkimuksessa yhteyden saaminen lääkäriin koettiin haasteelliseksi, eikä lääkärin arvioitu olevan tarvittaessa tavoitettavissa. Lääkäri suoritti yhden kotikäynnin aineiston keruuajaksi, mutta neljäsosa vastaajista olisi toivonut kotikäynnin toteutumista. Tutkimustulosten perusteella vaikuttaa siltä, että asiakkaat kaipaavat tietoisuuden mahdollisuudestaan saada henkilökohtaisesti yhteyden lääkäriin. Tätä oletusta tukee Chvetzoffin ym. (2005) tutkimuksen tulokset, joiden mukaan onkologin kotikäynnit lisäsivät saattohoitopotilaan mahdollisuutta viettää elämänsä viimevaiheet kotihoidossa. Leff ym. (2006) olivat todenneet vertailututkimuksessaan, että asiakkaat olivat erityisesti tyytyväisempiä lääkärin toimintaan kotisairaalaan kuin sairaalan vuodeosastolla.

Asiakkaat olivat melko hyvin perillä terveydentilastaan ja sairaudestaan. He olivat saaneet myös selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa omasta hoidostaan, mutta puutteita ilmaistiin sairauden hoidosta saatavissa tiedoissa. Osa asiakkaista olisi tarvinnut enemmän tietoa tutkimuksista, asioiden läpikäymistä useampaan kertaan ja lisää ohjausta lääkehoidossa. Aiemmissä tutkimuksissa asiakkaat ovat ilmaisseet tiedonsaannin lisäävän turvallisuutta (Efrainsson ym. 2001; Valta 2008) ja toteutuvan paremmin kotona kuin sairaalassa (Jester 2003; Jester & Hicks 2003; Visakorpi 2002; Wilson 2002). Vaikuttaa siltä, että ne asiakkaat, joille oli järjestetty hoidonsuunnittelupalaveri ennen kotiutusta, kokivat muita useammin, ettei asioita selvitetty heille riittävästi. Pohdittavaa on, oletettiin näiden asiakkaiden saaneen tiedot jo hoidonsuunnittelupalaverissa. On myös mahdollista, että asiakkaat odottivat kenties enemmän asioiden kertaamista ja tiedottamista kuin ne, joille hoidonsuunnittelupalaveria ei ennalta ollut järjestetty. Tutkimustulokset antavat olettaa, että asiakas tarvitsee ajantasaisista tiedoista sairaudestaan, hoidostaan ja sairauteensa liittyvistä tutkimuksista. Tietoa tulisi antaa toistuvasti ja asiakkaan sitä kysymättä, huomioiden asiakkaan kognitio tiedon vastaanottamiseen.

Tässä tutkimuksessa asiakkaat arvioivat saaneensa tehostetussa kotisairaanhoidossa sellaista hoitoa, mitä he tarvitsivat. Useimmat asiakkaat kokivat, että heillä oli mahdollisuus ilmaista

mielipiteitään hoitoaan koskevista asioista, mikä oli yhtenevä tulos myös aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Efrainsson ym. 2001; Jester 2003). Osa asiakkaista kuitenkin epäili luotettiin heidän arviointiinsa omasta voinnistaan. Useat vastaajat epäroivät mahdollisuuttaan osallistua omaan hoitoonsa tai tehdä päätöksiä oman hoidon suhteen. Aikaisempien tutkimusten perusteella yksilöllisyyden on koettu toteutuvan hyvin kotisairaalatyyppisessä hoidossa (Valta 2008; Visakorpi 2002) ja kotisairaalan asiakkaalla on todettu olevan parempi mahdollisuus valvoa ja kontrolloida omaan hoitoonsa liittyviä tapahtumia kuin vuodeosastohoidon potilailla (Jester 2003; Jester ym. 2003; Visakorpi 2002; Wilson 2002). Tämän tutkimuksen tulosten voisi olettaa johtuvan siitä, että asiakkaat saivat hoitoa sairautensa akuutissa vaiheessa, jolloin sairaanhoitajat toteuttivat nimenomaan lääkärin tarkasti määräämän hoidon. Tällöin asiakkaiden ei ehkä oleteta olevan kykeneviä osallistumaan hoitoon tai päätöksen tekoon erityisesti silloin, kun lääkäri määrää hoidon tapaamatta asiakasta henkilökohtaisesti.

Tutkimukseen osallistuneista suurin osa valitsisi tehostetun kotisairaanhoidon, jos olisi tekevässä uudelleen päätöstä hoitopaikkansa valinnasta. Vain yksi vastaaja ilmoitti, että menisi mieluummin sairaalan vuodeosastolle olettaen saavansa siellä parempaa hoitoa. Tämä tukee näkemystä, että akuutisti sairastuneita henkilöitä voidaan turvallisesti hoitaa kotisairaalatyyppisesti toimivassa tehostetussa kotisairaanhoidossa. Asiakkaat, jotka olivat saaneet valita itse hoitopaikkansa, olivat myös muita vastaajia varmempia siitä, että valitsisivat uudelleen tehostetun kotisairaanhoidon. Aikaisemmissa, muun muassa Ahlner – Elmqvist (2004) tutkimuksissa on yhtenevästi todettu tärkeäksi, että asiakas voi itse valita hoidetaanko häntä sairaalassa vai kotona kotisairaalatyyppisen hoidon turvin.

Potilaan kokemukset hoitajien toiminnasta

Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan asiakkaat kokivat hoitajien olevan tiedollisesti ja taidollisesti ammattitaitoisia. Aikaisemmin Visakorpi (2002) on todennut omassa tutkimuksessaan asiakkaiden luottavan hoitajien ammattitaitoon ja selviytymiseen hoitotoimenpiteistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu sairaanhoitajan teknisen osaamisen lisäävän asiakkaiden turvallisuuden ja luottamuksen tunteita (Efrainsson ym. 2001; Visakorpi 2002), mitkä tukevat myös tämän tutkimuksen tuloksia. Hoitajien toiminta koettiin luotettavaksi, kuten Visakorpi (2002) oli omassa tutkimuksessaan todennut. Asiakkaiden mukaan hoitajat tulivat pääasiassa sovittuina aikoina ja heillä oli aikaa asiakkaille, mikä on yhtenevä tulos

aikaisempien tutkimusten kanssa (Efrainsson ym. 2001; Jester 2003; Visakorpi 2002). Työelämässä mukana olevat kokivat kuitenkin muita asiakkaita enemmän, etteivät sovitut aikataulut pitäneet. Työelämässä olevat asiakkaat ovat ehkä muita asiakkaita enemmän tottuneet noudattamaan hyvinkin tarkkoja aikatauluja, jolloin hoitajien suunnilleen antamat käyntiajat ovat voineet tuntua epämääräisiltä.

Asiakkaat, jotka eivät saaneet läheisiltään apua, kokivat muita useammin, ettei hoitajilla ollut heille riittävästi aikaa. Oletettavasti tähän vaikuttavat asiakkaiden mahdollinen yksinäisyys ja turvattomuus, mitä omaisten kanssa kiinteästi yhteydessä olevilla asiakkaille ei vastaavasti ole. Hoitajien koettiin olevan tavoitettavissa, mikä aikaisemman tiedon perusteella lisää turvallisuuden tunnetta (Efrainsson ym. 2001; Jester 2003; Valta 2008). Tutkimustulosten mukaan asiakkaat kokivat, ettei saatu tietoa sairaudesta, sen etenemisestä ja vaatimasta hoidosta ollut aina riittävää, vaikka suurin osa asiakkaista oli saamaansa tietoon tyytyväinen. Tulosten perusteella näyttää siltä, että asiakkaat kaipasivat enemmän mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa oman hoitonsa päätöksentekoon. Tutkimustuloksissa asiakkaat kokivat hoitajien vaihtuvan liian usein, mikä on samansuuntainen tulos myös aikaisempien tutkimuksien kanssa. Aikaisemman tiedon perusteella hoitajan vaihtuminen estää hoitosuhteiden syntymistä ja lisää asiakkaissa riippuvuuden tunteita. Asiakkaat esittivätkin toiveena, että sama hoitaja kävisi heidän luonaan mahdollisimman usein, mikä on yhtenevä tulos aikaisempien tutkimusten kanssa (Efrainsson ym. 2001; Visakorpi 2002). Kuitenkin tutkimusorganisaatiossa työskenteli tutkimusaikana vakituisesti neljä sairaanhoitajaa ja tarvittaessa heidän sijaisenaan toimi kaksi sairaanhoitajaa. Lisäksi yöaikana hoidon toteuttivat yksityisen palveluntuottajan sairaanhoitajat. Mikäli asiakkaan hoidon tarve oli useita kertoja vuorokaudessa, ei saman hoitajan käynti luonnollisestikaan mahdollistunut oletetuista yrityksistä huolimatta.

Tutkimustulosten mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitajien käyttäytymiseen. Hoitajien koettiin olevan hyväntuulisia, ystävällisiä ja mukavia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu vastaavia tuloksia (Arvonen 2008; Efrainsson 2001; Wilson 2002) ja hoitajan persoonaan liittyvät ominaisuudet onkin koettu hyvin tärkeiksi (Efrainsson 2002; Visakorpi). Yli puolet asiakkaista koki hoitajien käyttämän huumorin tuntuvan mukavalta, mutta erityisesti ne asiakkaat, jotka eivät saaneet apua omaisiltaan tai asuivat yksin, olivat muita tyytymättömympiä hoitajien käyttämään huumoriin. Aiemman tiedon perusteella hoitajien hyväntuulisuuden on

koettu olevan tärkeä voimavaroja lisäävä tekijä (Efrainsson 2002; Visakorpi). Tulosten perusteella vaikuttaa, että hoitajien tulee olla herkkiä havaitsemaan asiakkaiden suhtautuminen käytettyyn huumoriin.

Tässä tutkimuksessa asiakkaat kokivat, että hoitajat kuuntelevat heitä ja heidän mielipiteensä sekä yksilölliset tarpeensa otetaan huomioon, mikä on samansuuntainen tulos muun muassa Jesterin (2003) tutkimustulosten kanssa. Kuitenkin tutkimustuloksista nousi esiin, ettei asiakkaiden kanssa keskusteltu hengellisistä asioista eikä sukupuolielämään liittyvistä asioista. Myös mieltäpainavista asioista keskusteleminen vaikutti olevan vähäistä. Aikaisemman tiedon perusteella hengellisyys olisi huomioitava potilaiden kokonaisterveydenhoidossa, jolloin sielunhoidollisen tarpeen kartoittaminen voisi sisältyä normaalina toimintona kokonaishoidon arviointiin. Tällöin potilaan toiveet, elämänkatsomus ja arvot ovat tietoja, jotka tulisi huomioida potilaan kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. (Räsänen 2005.) Karvisen (2011) tutkimuksessa todettiin terveydenhuollon potilaiden arvostavan terveydenhuoltohenkilöstöä, joka arvioi heidän henkisiä ja hengellisiä tarpeitaan riippumatta potilaiden uskonnollisesta vakaumuksesta. Potilaat odottivat mahdollisuutta keskusteluun erityisesti sairauden alkuvaiheessa ja kriisitilanteissa, joissa toivoivat keskusteluapua sairaudesta puhumiseen, masennukseen, ihmissuhdeongelmiin ja erilaisiin elämänvaikeuksiin (Räsänen 2005). Toisaalta Liikan (2006) saattohoitopotilaiden omaisille suunnatussa tutkimuksessa, omaiset kokivat saavansa henkistä tukea, mutta kaipasivat siitä kuitenkin enemmän. Hengellistä tukea he eivät kokeneet saaneensa, mutta toisaalta eivät sitä erityisesti hoitajilta odottaneet vaan keskustelivat hengellisistä asioista papin kanssa. Tässä tutkimuksessa voidaan olettaa, että kyselyyn vastanneiden asiakkaiden hoitajaksot olivat lyhyitä, jolloin mahdollisesti henkilökohtaisten ja syvällisten asioiden läpikäyminen ei noussut merkittävästi esiin hoitosuhteen aikana. Toisaalta voidaan kuitenkin pohtia, tulisiko esimerkiksi hengellisiä asioita ottaa esille rohkeammin mahdollistaen keskustelu, jos asiakas niin haluaisi.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys

Vastuu tutkimuksen toteutuksesta ja myös eettisistä kysymyksistä, on aina tutkimuksen tekijällä. Tutkimuksen eettisyyden merkitys on erityisen suuri, kun tiedonlähteenä käytetään ihmisiä ja heidän toimintojaan, kuten tässä tutkimuksessa. Eettisyys korostuu koko tutkimusprosessin ajan, joten se on otettava huomioon jo tutkimusaiheen suunnittelussa, otoksen valinnassa sekä aineiston keruussa, analysoinnissa ja raportoinnissa. (Burns & Grove 1999; Kylmä & Juvakka 2007.) Tämän tutkimuksen aiheen valintaan vaikuttivat sekä tutkijan oma mielenkiinto että toimintaympäristön tarve saada tietoa asiakkaiden kokemuksista uudesta ja kehitettävästä toiminnasta.

Tutkimus kohdistuu tiettyyn organisaatioon ja tiettyyn asiakasryhmään, joiden inhimilliset kokemukset ja niiden sisältämät merkitykset ovat tutkimuskohteena. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkijalle myönnettiin tutkimuslupa (liite 4) tammikuussa 2012 tutkimuksen suorittamiseen kohdeorganisaatiosta. Tutkija informoi tehostetun kotisairaanhoidon henkilökuntaa tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti korostaen, että tutkimukseen osallistuminen on asiakkaille vapaaehtoista. (Burns & Grove 1999; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Kylmä & Juvakka 2007.)

Tutkittavien ja yksittäisen vastaajan suojeleminen on erityisen tärkeää, joten on varmistettava, ettei yksittäisen tiedonantajan antamia tietoja käytetä heidän vahingokseen (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin tutkimusorganisaation samasta yksiköstä ja otos jäi pieneksi. Näin anonymiteetin huomioiminen on erityisen tärkeää, sillä kyselyyn vastanneet asiakkaat voivat olla aineistosta tunnistettavissa. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden tuli olla kykeneviä arvioimaan ja päättämään osallistumisestaan itse. Tehostetun kotisairaanhoidon sairaanhoitajat arvioivat alustavasti potilaan kokonaistilanteen, jolloin vaikeasti muistisaira potilaat jäivät tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimukseen osallistumisen korostettiin olevan vapaaehtoista eikä tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuttaisi mitenkään asiakkaan hoitoon. Vastaajille korostettiin luottamuksellisuutta ja anonymiteettisuoja. (Burns & Grove 1999.) Kyselylomakkeet,

tiedotteet ja tutkijan nimellä sekä postimerkillä varustetut vastauskuoret toimitettiin asiakkaille joko henkilökohtaisesti tai postittamalla. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksesta, sen toteuttamisesta ja hyödyntämisestä. Tiedotteeseen oli liitetty tutkijan yhteystiedot, jotta kyselyyn vastaaja voi halutessaan olla yhteydessä tutkijaan. Vain yksi tutkimukseen osallistuja otti yhteyttä ja tarkensi kysymyslomakkeeseen liittyvien taustatietojen täyttämistä.

Tutkija ei tutkimuksen missään vaiheessa saanut tietoonsa kenelle kyselylomakkeita oli lähetetty ja vain yksi vastaaja oli pyytämättä lisännyt vastauslomakkeen loppuun omat yhteystietonsa. Tutkija ei näin myöskään tiennyt ketkä kyselyyn olivat vastanneet, yhtä omalla nimellä vastannutta lukuun ottamatta. Yksityisyyden turvaamiseksi kyselylomakkeet palautuivat tutkijalle suoraan suljetuissa kirjekuorissa. Kukaan ulkopuolinen henkilö ei missään tutkimuksen vaiheessa nähnyt tai käsitellyt palautuneita kyselylomakkeita. Tutkimuksesta ei aiheutunut tutkimukseen osallistuneille kuluja vaan tutkija vastasi niistä itse. Tutkija purki sekä käsitteli aineiston itse ja tutkimustulokset raportoitiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa ole mahdollista niistä tunnistaa.

Tutkimus keskittyy yhteen organisaatioon ja siinä saatu tieto henkilöityy tehostetussa kotisairaanhoidossa työskenteleviin sairaanhoitajaan. Tämä olisi voinut aiheuttaa eettisen ristiriidan, sillä pienen organisaation sairaanhoitajat ovat herkästi tunnistettavissa. Sairaanhoitajat olivat kuitenkin tietoisia tutkimuksen luonteesta sekä sen mahdollisista seurauksista ja kokivat saatavan hyödyn olevan mahdollista haittaa suuremman. (Burns & Grove 1999; Kylmä & Juvakka 2007.)

Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Tutkimuksissa on suositeltavaa käyttää olemassa olevia jo testattuja ja standardoituja mittareita. Tässä tutkimuksessa käytettiin mittarina asiakaskyselyä, mikä laadittiin tutkijan, tutkimustyön ohjaajien ja tehostetun kotisairaanhoidon henkilöstön yhteistyönä eikä sitä ole testattu aiemmin. Tehostetun kotisairaanhoidon toiminta on tutkimusorganisaatiossa uutta ja kyseisen organisaation tarpeisiin kehitettyä, joten tutkija, henkilöstö ja lähijohto halusivat laatia juuri omiin tarpeisiinsa tietoa tuottavan mittarin. Opinnäytetöissä ja tutkimuksissa edellytetään, että

jokaisella muuttujalle on perustelu kirjallisuudessa (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009). Tässä työssä osa muuttujista on noussut tutkimusorganisaation toiveista. Mittarin validiteetin ja reliabiliteetin parantamiseksi mittari esitestattiin viidellä asiakkaalla ennen varsinaisen tutkimuksen toteutusta (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009). Yhden esitestaukseen osallistuneen asiakkaan muistisairaus esti kyselyyn vastaamisen, joten hänen tilalleen valittiin uusi asiakas. Mittarin reliabiliteettiin vaikuttavia ulkoisia tekijöitä voivat olla vastaajien ikään liittyvät tekijät, mahdolliset sairaudet ja väsymys. Niinpä esitestauksen jälkeen päädyttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle asiakkaat, joiden muistisairaudesta sairaanhoitajat arvioivat estävän kyselylomakkeen täyttämisen. Asiakkaiden keski-ikä oli 66 vuotta, joten yli puolet vastaajista oli eläkkeellä olevia yli 65 – vuotiaita, iäkkäimmän vastaajan ollessa 90 – vuotta. Kaikki tutkimukseen piiriin kuuluneet tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaat saivat hoitoa äkilliseen sairauteensa, mikä on mahdollisesti aiheuttanut väsymystä ja heikentänyt kyselyyn vastaamista.

Kvantitatiivisen tutkimuksen validiteettia arvioitaessa kiinnitetään huomiota siihen, onko tutkimuksessa onnistuttu mittaamaan juuri niitä asioita, joita on ollut tarkoitus mitata. Tällöin tarkastellaan mittarissa ja tutkimuksessa käytettyjä käsitteitä ja niiden operationalisointia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009; Metsämuuronen 2009.) Tässä tutkimuksessa mittari laadittiin hyödyntäen aikaisempia tutkimuksia ja mittarin kehittämiseen sekä sen sisällön arviointiin osallistuivat useat hoitotyön ammattilaiset.

Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta voidaan testata käyttämällä Cronbachin alfakerrointa, mikä varmistaa kunkin osamittarin muuttujan mittaavan samaa asiaa ja korreloivan keskenään. Tässä tutkimuksessa Cronbachin alfakertoimen arvot vaihtelivat 0.72 – 0.87 välillä, mikä osoittaa osamittareiden olevan sisäisesti johdonmukaisia, koska alfakertoimen alaraja 0.70 ylittyy. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009; Metsämuuronen 2009.)

Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen yleistettävyyttä ja sitä voidaan arvioida otoksen ja kadon määrällä (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009). Tarkkaa otoskokoa oli vaikea ennalta arvioida, sillä tehostetun kotisairaanhoidon asiakasmäärät vaihtelevat kuukausittain, mutta jo ennalta arvioituna tiedettiin otoksen jäävän pieneksi. Toisaalta kyselylomake toimitettiin kaikille tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaille, joiden kognitiivi-

sen tason sairaanhoitajat arvioivat riittävän lomakkeen täyttämiseen. Kyselylomakkeet toimitettiin henkilökohtaisesti hoidossa sovittuna ajanjaksona olleille asiakkaille ja postitettiin jo hoitajaksonsa 1.10.2011- 15.2.2012 välillä päättäneille asiakkaille. Riittävän suuri otos ja vastausprosentti lisäävät tulosten yleistettävyyttä ja ulkoista validiteettia. Tulosten yleistettävyys on haaste, sillä aineisto kerättiin vain yhden organisaation alueelta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009.) Pienestä otoskoosta huolimatta vastausprosentti muodostui suureksi. Tähän on osaltaan ollut vaikuttamassa vastaavan sairaanhoitajan henkilökohtainen yhteydenotto puhelimitse hoitajaksonsa aiemmin lopettaneisiin asiakkaisiin. Parhailtaan hoitajaksonsa olleille asiakkaille sairaanhoitajat veivät kyselylomakkeet henkilökohtaisesti, mikä on mahdollisesti motivoinut lomakkeiden täyttämiseen ja palauttamiseen. Pidentämällä aineistonkeruuseen käytettyä aikaa, olisi otoskokoa ollut mahdollista jonkin verran lisätä. Toisaalta pienessä yksikössä hoidettavien asiakkaiden määrä on rajallinen eikä suuria otoskokoja ole mahdollista saavuttaa. Tulokset ovat näin ollen suuntaa-antavia, mutta eivät yleistettävissä. Saatua tietoa voidaan hyödyntää kuitenkin aloitettaessa ja kehitettäessä pienten ja erityisesti kohdeorganisaation toimintaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella olisi tutkittavasta ilmiöstä ollut mahdollista saada syvällisempää tietoa, mutta silloin ei olisi ollut mahdollista tavoittaa kaikkia tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaita.

Kotisairaaloimintaa on kansallisesti tutkittu vähän, mutta aiheesta löytyy tietoa eri kotisairaaloiden raporteista ja toimintakertomuksista. Aihe on kiinnostanut ammattikorkeakoulujen opiskelijoita sekä jonkin verran pro gradu- tutkielmien tekijöitä. Kotisairaalayksiköt ovat tehneet pienimuotoisia tyytyväisyyskyselyjä sekä potilaille että omaisille. (Visakorpi 2002; Liikka 2006.) Kansainvälisesti aiheesta löytyy useita tutkimusartikkeleita. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat samansuuntaisia aiempien sekä kansallisten että kansainvälisten tutkimusten kanssa. Aiemmissa kansallisissa tutkimuksissa on tarkasteltu kuitenkin pääasiassa omaisten kokemuksia saattohoitopotilaan hoidosta ja saamastaan tuesta, potilaan kotiutumisen kotisairaalaan ja kotona asuvien iäkkäiden potilaiden kotona selviytymistä.

6.3 Johtopäätökset ja suositukset

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella esitän seuraavat päätelmät ja suositukset

1. Tehostettua kotisairaanhoidoa saaneet asiakkaat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä hoidon järjestymiseen. Asiakkaan mahdollisuudet osallistua hoitopaikkansa valintaan eivät aina toteudu. Asiakkaat ja yhteistyötahot tarvitsevat aktiivista tiedottamista tehostetun kotisairaanhoidon toimintaperiaatteista ja – mahdollisuuksista. Asiakas tulee ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon valittaessa hänelle jatkohoitopaikkaa.
2. Tehostettu kotisairaanhoido on turvallinen ja luotettava hoitoympäristö kotisairaala-tyyppisen hoidon toteuttamiseen. Lääkäriin yhteyden saaminen on haasteellista, mikä tulee tiedostaa asiakkaan hoitoa suunniteltaessa. Lääkäriin kotikäyntejä tulee lisätä asiakkaille, jotka kokevat erityistä turvattomuutta sairautensa hoidossa. Elleivät resurssit mahdollista kotikäyntejä, voi yhteydenotto puhelimitse lisätä turvallisuutta ja kokemusta lääkärin tavoitettavuudesta.
3. Asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, mutta toivovat voivansa osallistua hoitoonsa ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitoprosessi tulee suunnitella yhdessä asiakkaan kanssa ja hoitoilmapiiriin tulee rohkaista asiakasta olemaan oman vointinsa paras asiantuntija. Ellei asiakkaan mielipidettä voida huomioida hoidon toteutuksessa, se tulee perustella hänelle tutkittua tietoa hyödyntäen.
4. Asiakkaat ovat tyytyväisiä hoitajien ammattitaitoon, käyttäytymiseen ja kohtaamiseen, mitkä tukevat kotisairaala-tyyppisen hoidon toteutumisen onnistumista tehostetussa kotisairaanhoidossa. Saman sairaanhoitajan toteuttaman hoidon merkitys korostuu asiakkaan hoitokokemuksessa. Toimintaa tulee kehittää niin, että sama hoitaja toteuttaa asiakkaan hoidon mahdollisimman usein. Ellei omahoitajuus mahdollistu, tulee siitä tiedottaa asiakasta.
5. Tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaat ovat tyytyväisiä kuulluksi tulemiseen, mutta keskustelu mieltäpainavista -, hengellisistä -, ja sukupuolielämään liittyvistä asioista jää vähäiseksi. Kotikäyntien ja hoitotoimenpiteiden yhteydessä tulee huomioida, että asiakkaalle on tarvittaessa aikaa ja mahdollisuus keskustella arkaluonteisista ja henkilökohtaisista asioistaan. Yksin ja ilman omaisten tukea asuvat asiakkaat tarvitsevat erityisesti hoitohenkilökunnan tukea ja huomioimista. Huomiota tulee kiinnittää hoidon aloitukseen luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen luomiseksi.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Kotisairaalatyyppisestä toiminnasta tarvitaan lisää kansallista tutkimusta niin asiakkaan, omaisen kuin sairaanhoitajan näkökulmasta. Olisi tärkeää tarkentaa asiakkaan kokemuksia mahdollisuudestaan osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon sekä selvittää hänen toiveitaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja hoitajien toiminnasta. Tutkimusta tarvitaan kotisairaalatyyppisessä hoidossa olevan asiakkaan omaisten kokemuksista, voimavaroista ja toiveista. Mielenkiintoista näkökulmaa kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumiseen saataisiin vertailemalla asiakkaiden ja hoitohenkilöstön kokemuksia hoitokokonaisuuden toteutumisesta.

Kotisairaalatyyppisen toiminnan toteutumista tulisi tutkia erilaisilla tutkimusmenetelmillä esimerkiksi haastattelemalla tai havainnoimalla asiakkaita. Myös rekisteritutkimuksella olisi mahdollista saada asiakkaan hoidon toteutumisesta arvokasta tietoa laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi.

Useampaan eri kotisairaalatyyppiseen toimintaympäristöön kohdennettu jatkotutkimus mahdollistaisi laajemman otoksen ja parantaisi saatujen tutkimustulosten yleistettävyyttä. Laajemmassa otannassa olisi mahdollista hyödyntää tätä tutkimusta varten kehitettyä mittaria.

Asiakkaan kokemuksia ja tarpeita keskustelumahdollisuudesta hengellisistä – , mieltäpainavista – ja sukupuolielämään liittyvistä asioista tulisi selvittää haastattelututkimuksella. Lääkehoito on keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa sairauden akuutissa vaiheessa. Kodinomaisessa ympäristössä toteutettu vaativa lääkehoito edellyttäisi omaa jatkotutkimusta.

LÄHTEET

Ahlner-Elmqvist, M., Jordhøy, MS., Jannert, M., Fayers, P., Kaasa, S.(2004). Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care: a prospective study in palliative cancer care. *Palliative Medicine*, 18(7): 585-93.

Arvonen, M. (2008). Kotisairaalaista kotiuttaminen- potilaiden ja heidän omaistensa arviointi kotiuttamisen toteutumisesta. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto.

Burns,N., Grove, SK. (1999).Understanding nursing research. W.B.Saunders Company. 2. painos. USA.

Chevetzoff, G. 2005. Factors Predicting Home Death for Temporally Ill Patients Receiving Hospital-Based Home Care: The Lyon Comprehensive Cancer Center Experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 30 No. 6 December 2005: 528-535. U.S.

Crotty, M., Whitehead, C., Gray,S., Finucane, P. (2002). Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16: 406- 413.

Efraimsson, E., Höglund, I. Sandman, PO. (2001). 'The everlasting trial of strength and patience': transitions in home care nursing as narrated by patients and family members. *Journal of Clinical Nursing*, Nov; 10 (6): 813-9.

Harris, R., Ashton, T., Broad, J., Connolly, G., Richmond, D. (2005). The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2005 Jul; 10(3): 158-66.

Huang, X-Y., Lin, M-J., Yang, T-C., Dun, F-K. (2009). Hospital-based home care for people with severe mental illness in Taiwan: a substantive grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18: 2956- 2968.

Jester, R. (2003). Early discharge to hospital at home: should it be a matter of choice? *Journal of Orthopaedic Nursing* (2003) 7, 64-69.

Jester, R., Hicks, C. (2003). Using cost-effectiveness analysis to compare Hospital at Home and in-patient interventions. Part 1. *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)*, 12(1) : 13-9 (30 ref) UK

Joensuun ikääntymispoliittinen strategia 2010-2015. Palvelutarve ja tavoitteellinen palvelurakenne. STKL 100518 § 97.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy. 1. painos. Helsinki.

Karvinen, I. 2009. Henkinen ja hengellinen terveys. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 451. Kuopio.

Karvinen, I. Henkinen ja hengellinen hoitotyö monikulttuurisessa ympäristössä. Teoksessa Kankkunen, P. (toim.) Kulttuurinen hoitotiede ja tutkimus. Publications of the University of Eastern Finland. reports and Studie Health Sciences. Kopiojyvä Oy. Kuopio.

Kinnunen, K. 1999. Miten pitkälle avohoitoa voidaan ja kannattaa tehostaa? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 1999; 115 (15):1585

Kinnunen, M. 2010. Tehostetun kotihoitotiimin käynnistäminen Joensuussa. Toimintakertomus. Joensuu.

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111. Kuopio.

Liikka, P. 2006. Kotisairaalassa kuolleiden potilaiden omaisten kuvaus ammattihenkilöstöltä saamastaan tuesta. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 14.2.2012.

Lampe, K. <http://www2.stakes.fi/finohta/impakti/2000/02/index-Kotisair.html> (2 / 3) 26.9.2006 12:35:15 FinOHTA Julkaisut | Impakti 2/2000 - Kotisairaala - todellinen vaihtoehto sairaalahoidolle. Luettu 14.2.2012

Langhorne, P., Dennis, M., Kalra, L., Shepperd, S., Wade, D., Wolfe, CDA. (2009). Services for helping acute stroke patients avoid hospital admission. Cochrane Stroke Group., published in Issue 1. Citation: Langhorne P, Dennis M, Kalra L, Shepperd S, Wade D, Wolfe CDA. Ser-

vices for helping acute stroke patients avoid hospital admission. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3.

Leff, B., Burton, L., Mader, S.L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S.K., Greenough, W.B. III., 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. *Annals of Internal Medicine*, 2005 Dec 6; 143(11): 798-808

Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough, W.B., Guido, S., Steinwachs, D., Burton, J.R. (2006). Satisfaction with hospital at home care. *Journal of the American Geriatrics Society*, Sep; 54 (9): 1355-63.(USA).

Leff, B., Burton, L., Mader, S.L., Naughton, B., Burl, J., Greenough, W.B., Guido, S., Steinwachs, D. (2009). Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2, 273-8.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius H., Vuorenheimo, J., Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä hoito-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Stakes. Raportteja 151.

Lin, E., Yin, T., Kuo, B., Chang, W-Y., Tsai, S-L. 2001. A Comparison of Effectiveness and Cost Between Two Models of Care for Individuals With Schizophrenia Living in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XV, No.6 (December), 2001:pp 272-278.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mäkelä, M. (toim.) 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Duodecim. Karisto Oy:n kirjapaino. Helsinki.

Naukkari, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 15. Kuopio.

Ponnikas, J., Korhonen, S. 2004. Kotisairaalan verkostot -hankkeen ulkoinen arviointi. Oulun yliopistopaino. Oulu.

Räsänen, J. 2005. Sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä. Kyselytutkimus terveydenhuollon potilaille ja työntekijöille. Kirkon tutkimuskeskuksen www- julkaisuja 7. Kirkon tutkimuskeskus. Tampere.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005 vol 121 no.2.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering 1999. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering - Effekter och kostnader. SBU rapport Nr. 146, 1999.

Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., Richards, S., Martin, F., Harris, R. (2009). Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3.

Shepperd, S., Doll, H., Clarke, A., Iliffe, S., Kalra, L., Riccauda, N., Wilson, A. (2010). Hospital at home admission avoidance. Cochrane Database of Systematic Reviews, published online: 17 MAR 2010. DOI 10.1002/14651858.CD0007491.

Sosiaalihoitolaki 17.9.1982/710. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710> . Luettu 20.2.2012.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki 2008. <http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:6 . Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008- 2011. <http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2010:6. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntija-kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2012. Ohjausryhmän muistio 19.4.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf

Terveydenhuoltolaki 1.5.2011 (1326/2010). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Tsai, S., Chen, M., Yin, T. 2005. A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*. Sep; 13 (3): 165-73.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Vilkman,S., Nyberg,A., Poussa, T., Ranta, P. 2001. Keuhkohtaumataudin (COPD) akuutin pahenemisvaiheen hoito kotisairaalassa. *Suomen lääkirilehti* 43/2001.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki,S., Ahonen, P., Suokas,M. Matkaopas asiakasläh- töisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. *Tekesin katsaus* 281/2011.Helsinki 2011.

Visakorpi,P. 2002.Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Pro Gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Wilson, A., Wynn, A., Parker, H.(2002). Patient and carer satisfaction with 'hospital at home': quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2002 Jan;52(474):9-1

LIITTEET

LIITE 1: Tiedote sairaanhoitajille

HYVÄ TEHOSTETUSSA KOTISAIRAANHOIDOSSA TYÖSKENTELEVÄ SAIRAANHOITAJA

Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi haluaa kehittää Tehostetun kotisairaanhoidon toimintaa ja siellä annetun hoidon laatua. Tehostetun kotisairaanhoidossa suoritetaan tutkimus, jonka aiheena on ”Tehostettu kotisairaanhoido. Sairaalasaisen kotihoidon toteutuminen asiakkaan näkökulmasta”.

Tällä tutkimuksella halutaan selvittää kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumista asiakkaan saadessa hoitoa omassa kodissaan akuutin sairautensa hoitoon sekä saada tietoa asiakkaiden toiveista kotisairaalatyyppisen hoidon kehittämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotisairaalatyyppistä toimintaa erityisesti Joensuun alueella.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat lokakuu 2011- helmikuu 2012 aikana Tehostetun kotisairaanhoidon hoidossa olevat asiakkaat. Tarkoitus on, että sairaanhoitaja vie asiakkaalle hoitajakson alussa tiedotteen tutkimuksesta, asiakaskyselyn ja vastauskuoren. Lisäksi kysely lähetetään postitse hoitajakson päättäneille asiakkaille. Tutkimukseen osallistuminen on asiakkaalle täysin vapaaehtoista. Asiantuntijuutesi ja arviointisi on tärkeää, sillä tutkimuksen ulkopuolelle rajataan vaikeasti muistisaira - ja aivan viimevaiheen saattohoitopotilaat. Lomakkeeseen on liitetty yhteystietoni (Marita Halonen), jolloin sekä Sinä, että tutkimukseen osallistuvat asiakkaat voivat halutessaan pyytää minulta lisätietoja tutkimuksesta. Saadut vastaukset ovat vain tutkimuksen tekijän käytössä ja ne analysoidaan ja raportoidaan niin, että yksittäistä vastaajaa ei ole mahdollista tunnistaa.

Tämä tutkimus liittyy terveystieteiden maisterin tutkinto-opintoihini (pro gradu – opinnäytetyö) Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Tutkimuksen ohjaajina toimivat professori, TtT Hannele Turunen ja yliopistonlehtori, TtT Pirjo Partanen. Tutkimuksen toteutukseen on saatu asianmukainen tutkimuslupa Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta.

Ystävällisesti

Marita Halonen

XX

Sairaanhoitaja, TtM- opiskelija

Ylihoitaja

XXX (yhteystiedot poistettu)

XXX (yhteystiedot poistettu)

LIITE 2: Tiedote asiakkaalle

ARVOISA TEHOSTETUN KOTISAIRAANHOIDON ASIAKAS

Teillä on kokemusta Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnasta Joensuussa. Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virasto haluaa kehittää annetun hoidon laatua. Pyydämme Teitä osallistumaan kyselytutkimukseen, jossa selvitetään asiakkaiden kokemuksia Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnasta. Tutkimuksesta saatavaa tietoa tullaan hyödyntämään hoidon kehittämiseksi ja parantamiseksi.

Kysely jaetaan asiakkaille, jotka ovat saaneet hoitoa Tehostetussa kotisairaanhoidossa lokakuun 2011- helmikuun 2012 välisenä aikana. Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu Joensuun kaupungilta tarvittavat luvat.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Halutessanne osallistua tutkimukseemme, voitte täyttää oheisen kyselylomakkeen ja palauttaa vastauksenne suljetussa kirjekuoressa antamalla sen hoitajan mukaan hoitajaksonne aikana tai postittamalla sen ohessa olevassa valmiiksi maksetussa kirjekuoressa. Mikäli haluatte lisätietoja tai tarkennuksia tutkimuksesta, voitte olla yhteydessä allekirjoittaneeseen (Marita Halonen), annan mielelläni lisätietoja.

Antamanne vastaukset ovat luottamuksellisia ja ne tulevat ainoastaan tutkijan (Marita Halonen) käyttöön. Saadut vastaukset analysoidaan ja raportoidaan niin, että yksittäistä vastaajaa ei ole mahdollista tunnistaa.

Tämä kysely liittyy ensimmäisen allekirjoittajan terveystieteiden maisterin (TtM) tutkintotoimintaan (pro gradu- opinnäytetyö) Itä-Suomen yliopistossa hoitotieteen laitoksella. Tutkimuksen ohjaajina toimivat professori, TtT Hannele Turunen ja yliopistonlehtori, TtT Pirjo Partanen.

Ystävällisin terveisin

Marita Halonen

XX

Sairaanhoitaja, TtM- opiskelija

Ylihoitaja

XXX (yhteystiedot poistettu)

XXX(yhteystiedot poistettu)

TEHOSTETUN KOTISAIRAANHOIDON ASIAKASKYSELY

09.01.2012

Arvoisa kyselyn vastaanottaja

Vastatkaa oheisiin kysymyksiin rastittamalla mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus tyhjille riveille. Tarvittaessa voitte jatkaa vastaustanne lomakkeen kääntöpuolelle. Voitte halutessanne pyytää avuksenne omaisenne tai jonkun Teille läheisen henkilön.

Palauttakaa lomake vastattuanne suljetussa vastauskuoressa mahdollisimman pian (kahden viikon kuluessa kyselyn saamisesta) Tehostetun kotisairaanhoidon työntekijälle tai postitse tutkijan osoitteeseen.

KYSYMYKSISSÄ 1- 8 TIEDUSTELLAAN TAUSTATIETOJANNE.**1. Lomakkeen täyttäjä**

- hoitoa saava asiakas yksin
- asiakas ja omainen tai läheinen yhdessä

2. Mikä on sukupuolenne

- nainen
- mies

3. Ikänne vuosina _____**4. Asutteko yksin**

- kyllä
- en

5. Siviilisäätynne

- Avio- tai avoliitossa
- Eronnut
- Leski
- Yksineläjä

6. Ammattinne (nykyinen tai viimeisin)

- Ylempi toimihenkilö
- Alempi toimihenkilö
- Työntekijä
- Perheenäiti
- Muu, mikä _____

7. Elämäntilanteenne

- Opiskelija
- Työelämässä
- Työtön
- Eläkkeellä
- Muu, mikä _____

8. Hoitajakson pituus tehostetussa kotisairaanhoidossa

- 1- 3päivää
- 4-7 päivää
- 1-2 viikkoa
- Muu, mikä _____

KYSYMYKSISSÄ 9-14 TIEDUSTELLAAN TEHOSTETUN KOTISAIRAANHOIDON JÄRJESTELYYN LIITTYVIÄ Tietoja.

9. Mistä siirryitte Tehostettuun kotisairaanhoidoon?

- Perusterveydenhuollon päivystys
- Terveyskeskuksenvuodeosasto
- PKSSK:n erikoissairaanhoidon ensiapu
- PKSSK:n erikoissairaanhoidon vuodeosasto
- Kotihoito (ksh, kp)
- Jokin muu paikka, mikä _____

10. Oletteko tarvinnut sairauteenne hoitoa yöaikaan Mummon Turva Oy:ltä?

- kyllä
- en

11. Auttavatko omaisenne/ läheisenne teitä arkielämässä selviytymisessä?

- kyllä; päivittäin
- kyllä; viikoittain
- kyllä; satunnaisesti
- ei ollenkaan

12. Järjestettiinkö ennen kotiutumistanne hoidonsuunnittelupalaveri?

- kyllä
- ei

13. Ellei, olisitteko toivonut sellaisen järjestämistä?

- kyllä
- en

14. Oliko Tehostettu kotisairaanhoido teille ennestään tuttu

- kyllä
- ei

KYSYMYKSET 15–28 LIITTYVÄT KOKEMUKSIINNE HOIDON SUUNNITTELUSTA JA TOTEUTUMISESTA KOTIUTUMISTILANTEESSA. Vastatkaa seuraaviin väittämiin rastittamalla se vaihtoehto, mikä kuvaa parhaiten kotiutumistilannettanne ja hoidon aloitusta Tehostetussa kotisairaanhoidossa. Vastatkaa kaikkiin väittämiin.

Huomioitiinko seuraavia asioita siirtys- sänne Tehostettuun kotisairaanhoidon?	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	ei koske minua/ hoitoani
15. Sairauteni diagnoosi kerrottiin minulle ymmärrettävästi						
16. Sairauteni vaatima hoito kerrottiin minulle ymmärrettävästi						
17. Minulla oli mahdollisuus osallistua hoitoni suunnitteluun						
18. Elämäntilanteeni otettiin huomioon hoitoni suunnittelussa						
19. Sain tietoa sairauteni hoitoni liittyvistä eri vaihtoehdoista						
20. Minua kohdeltiin ystävällisesti						
21. Sain itse valita jatkohoitopaikkani						
22. Sain riittävästi tietoa Tehostetun kotisairaanhoidon toiminnasta ennen kotiutumistani						
23. Sain tietoa Tehostetun kotisairaanhoidon maksuista ja sisällöstä						
24. Minulle järjestettiin tarvitsemani tukipalvelut (mm. ateriat, turvapuhelin)						
25. Sain tietoa yöaikaista hoitoa toteuttavan Mummon Turva Oy:n toiminnasta						
26. Sain tietoa siitä, milloin sairaanhoitaja tulee ensimmäiselle kotikäynnille						
27. Lääkehoitoni toteutus oli suunniteltu hyvin						
28. Tunsin oloni turvalliseksi kotiutuessani						

KYSYMYKSET 29 – 52 LIITTYVÄT KOKEUKSIINNE SAAMASTANNE HOIDOSTA TEHOSTETUSSA KOTISAIRAANHOIDOSSA. Vastatkaa seuraaviin väittämiin rastittamalla se vaihtoehto, mikä kuvaa parhaiten hoidon toteutumista Tehostetussa kotisairaanhoidossa hoitojaksonne aikana. Vastatkaa kaikkiin väittämiin.

Miten arvioisitte saamaanne hoitoa Tehostetun kotisairaanhoitojakson aikana?	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä	ei koske minua/hoitoani
29. Olen ollut tietoinen terveydentilastani ja sairaudestani						
30. Olen saanut selkeää ja helposti ymmärrettävää tietoa omasta hoidostani						
31. Olen voinut ilmaista mielipiteitäni hoitoani koskevissa asioissa						
32. Olen saanut riittävästi tietoa ja ohjausta sairauteeni hoidossa						
33. Tarvittaessa asiat on selitetty minulle useaan kertaan						
34. Olen voinut tehdä päätöksiä omasta hoidostani						
35. Olen voinut osallistua hoitooni						
36. Olen saanut tietoa sairauttani koskevista tutkimuksista						
37. Olen saanut yhteyden hoitajaan tarvitessani						
38. Olen saanut tarvitessani apua riittävän nopeasti						
39. Hoito on ollut kiireetöntä						
40. Olen kokenut hoidon luottamukselliseksi						
41. Lääkehoitoni on hoidettu virheettömästi						
42. Kipuni on hoidettu hyvin						
43. Sairauteeni liittyvät oireet on hoidettu hyvin						
44. Olen saanut sellaista hoitoa mitä tarvitsen						
45. Olen saanut hoitoa silloin kun olen sitä tarvinnut						
46. Arviointiini omasta voinnistani on luotettu						
47. Olen saanut riittävästi ohjausta lääkehoidossa						
48. Olen kokenut kotona olemisen turvalliseksi						
49. Olen saanut tarvitessani yhteyden lääkäriin						
50. Omaiseni on otettu huomioon						
51. Olen saanut apua riittävästi						
52. Tarvittava jatkohoito on järjestetty						

**KYSYMYKSET 53 – 73 LIITTYVÄT KOKEMUKSIINNE HOITAJIEN TOIMINNASTA HOITOJAKSONNE AIKANA TEHOSTETUSSA KOTISAIRAANHOIDOSSA. Vastatkaa seuraaviin väittämiin rastittamalla se vaihtoehto, mikä kuvaa parhaiten hoitajien toimintaa Tehostetussa kotisairaanhoidossa hoitojaksonne aikana. Vas-
tatkaa kaikkiin väittämiin.**

Millaiseksi olette kokeneet Tehostetun kotisairaanhoidon hoitajien toiminnan?	samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
53. Hoitajat ovat tiedollisesti ammattitaitoisia					
54. Hoitajat ovat taidollisesti ammattitaitoisia					
55. Hoitajat ovat ystävällisiä					
56. Hoitajat antavat tietoa sairaudestani ja sen etenemisestä tarpeideni mukaisesti					
57. Hoitajat antavat riittävästi tietoa sairauteni hoidosta					
58. Hoitajat kuuntelevat minua kaikissa asioissani					
59. Hoitajat ottavat mielipiteeni huomioon					
60. Hoitajat huomioivat yksilölliset tarpeeni					
61. Hoitajat tukevat minua hoitoani koskevassa päätöksenteossa					
62. Hoitajien toiminta on aina luotettavaa					
63. Hoitajat ovat tavoitettavissa helposti					
64. Hoitajat eivät vaihdu liian usein					
65. Hoitajat tulevat sovittuun aikaan					
66. Hoitajilla on minulle aikaa					
67. Hoitajat ovat hyväntuulisia					
68. Hoitajien käyttämä huumori tuntuu mukavalta					
69. Hoitajat keskustelevat kanssani hengellisistä asioista					
70. Hoitajat keskustelevat kanssani mieltäni painavista asioista					
71. Hoitajat keskustelevat kanssani tarvittaessa sukupuolielämäni liittyvistä asioista					
72. Hoitajat kohtelevat minua asiallisesti					
73. Koen, että hoitajat kunnioittavat minua					

LIITE 4: Tutkimuslupahakemus

Sosiaali- ja terveysvirasto
XXXX (yhteystiedot poistettu)

ANOMUS SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTOSSA/TERVEYSKESKUKSESSA SUORITETTAVAN TUTKIMUKSEN TEKEMISTÄ VARTEN

Tutkimussuunnitelma anomuksen liitteenä (LIITE 1)

Tutkimuksen nimi ja tarkoitus:

TEHOSTETTU KOTISAIRAAHOITO.
SAIRAALATASOISEN KOTIHOIDON TOTEUTUMINEN POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia kotisairaalatyyppisen hoidon toteutumisesta Tehostetussa Kotisairaanhoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä kotisairaalatyyppistä toimintaa erityisesti Joensuun alueella.

Selvitys tutkimusaineistosta:

Tutkimus on kvantitatiivinen. Tutkimuksen aineisto kerätään Tehostetun kotisairaanhoidon potilailta kyselylomakkeella (LIITE 5). Mikäli otos jää pieneksi pidennetään tiedonkeruuaikaa ja tarvittaessa aineistoa lisätään haastattelemalla Tehostetun kotisairaanhoidon potilaita helmikuussa 2012. Aineiston asiakaskysely analysoidaan SPSS- tilastollisella ohjelmalla ja avoimet kysymykset sekä mahdolliset haastattelut analysoidaan käyttäen induktiivista sisällön analyysiä.

Tutkimuksen alkamisaika ja kesto:

Joulukuu 2011 – helmikuu 2012. Tutkimukseen otetaan mukaan myös kaksi kuukautta aiemmin hoitojaksonsa Tehostetussa kotisairaanhoidossa päättäneet potilaat.

Tutkimuksen suorittaja:

Sairaanhoitaja, TtM- opiskelija Marita Halonen. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.
XXXX (yhteystiedot poistettu)

Vastuhenkilö:

Ylihoitaja XXX Joensuun kaupunki. Pro gradu- opinnäytetyön ohjaajina toimivat Itä-Suomen yliopiston, hoitotieteen laitoksen professori, TtT Hannele Turunen ja yliopistonlehtori, TtT Pirjo Partanen.

Tutkimuslupa-anomus käsitelty sosiaali- ja terveysviraston johtoryhmän kokouksessa
terveyskeskuksen johtoryhmän kokouksessa

.....

Päätös: 20.12.2011 § 77, päättäjä 247

Yhdyshenkilö: XXXX

Joensuu

..... XXXXX (yhteystiedot poistettu)

XXX ylihoitaja

Yksi kappale valmiista tutkimusraportista tulee toimittaa sosiaali- ja terveysvirastoon.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Ahlner-Elmqvist, M., Jordhøy, MS., Jannert, M., Fayers, P., Kaasa, S.(2004). Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care: a prospective study in palliative cancer care. Palliative Medicine, 18(7): 585-93 .(UK.)	Arvioida kotona vietetyn ajan, kuolemispaikan ja sosiodemograafisten sekä potilaan lääketieteellisten ominaispiirteiden riippuvuutta siitä, valitseeko potilas (jolla on pitkälle edennyt syöpä) kotisairaala- vai vuodeosastohoidon	297 palliatiivisen hoidon potilasta, joista kotisairaalahoidon turvin kotiutui 119 ja vertailuryhmänä osastohoidossa jatkoi 178 potilasta	Määrällinen tutkimus. Chi-squared testi, Mann-Whitneyn testi Kaplan- Meier – metodi SPSS tilastointiohjelma	Kotihoitoon haluavilla oli diagnoosin saamisesta pidempi aika. Kotihoidon halunneet potilaat viettivät huomattavasti enemmän viimeisestä ajastaan kotona kuin sairaalahoidon valinneet. Voidaan myös olettaa, että kotisairaalahoidon valinta indikoi haluun kuolla kotona eikä pelkäänsään haluun saada hoitoa kotona. Kotisairaala antaa potilaille lisämahdollisuuden valita, missä he haluavat kuolevat.
Arvonen,M. (2008). Kotisairaalaasta kotiuttaminen- potilaiden ja heidän omaistensa arviointi kotiuttamisen toteutumisesta.Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto. (Suomi)	Kuvata kotisairaalan kotiuttamiskäytäntöjä ja verrata potilaiden ja omaisten arviointia kotiuttamisen toteutumisesta.	51 kotisairaalan potilasta ja 27 potilaan omaista.	Määrällinen tutkimus Strukturoitu kysely Hyvä Hoito-mittari Mann-Whitneyn u-testi Khiin –neliötesti	<p>Potilaat olivat tyytyväisiää</p> <ul style="list-style-type: none"> - mahdollisuuteen olla kotisairaala- lassa paranemisen kannalta riittävän kauan - kotiutuksen suunnittelu tapahtui riittävän ajoissa - potilaan huomioiminen - selkeät tiedot jatkohoidosta ja yhteystiedot, mihin tarvittaessa ottaa yhteyttä - kohteluun, mikä oli potilasta arvostavaa ja kunnioittavaa <p>Potilaat olivat tyytymättömiä</p> <ul style="list-style-type: none"> - riittämättömät kirjalliset kotihoito-ohjeet - liian vähän tietoa mahdollisista komplikaatioista ja taloudellisista etuisuuksista

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Chevetzoff, G. 2005. Factors Predicting Home Death for Temporally Ill Patients Receiving Hospital-Based Home Care: The Lyon Comprehensive Cancer Center Experience. Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 30 No. 6 December 2005: 528-535. (Ranska)	Määrittää yhteneviä tekijöitä potilailla, jotka hakeutuvat tai päätyvät kotisaattohoitoon ja mahdollisesti kuolevat kotiin kotisairaalahoidon turvin.	250 saattohoidon potilasta, joista 90 kuoli kotiin.	Retrospektiivinen menetelmä. Määrällinen tutkimus.	Matala KI (Karnofsky Index) ja onkologin kotikäynnit lisäsivät potilaan mahdollisuutta ja todennäköisyyttä kuolla kotiin. Muilla taustatekijöillä ei todettu olevan tilastollisesti merkitystä.
Crotty, M., Whitehead, C., Gray, S., Finucane, P. Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 2002; 16: 406- 413. (Australia)	Vertailla kodin ja sairaalan tehokkuutta lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksessa. Arvioida potilaan fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, itsevarmuutta ja tasapainoisuutta, elämänlaatua, potilaan ja omaisten tyytyväisyyttä, kunnallisten palvelujen käyttöä ja mahdollista sairaalaan takaisin siirtymistä.	Kolme sairaalaa. 34 kotikuntoutuksen ja 32 sairaalakuntoutuksen potilasta.	Määrällinen ja laadullinen. Satunnaistettu seurantatutkimus. MBI, MMSE, SF-36. Strukturoitu kyselylomake. Haastattelu	Kotikuntoutuspotiliaden MBI – testitulokset todettiin paremmaksi. Kotihoito lisäsi fyysisen riippumattomuuden tunnetta. Elämänlaadussa ei todettu eroa. Osastolle takaisin siirtymisessä ei todettu eroa.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Efrainsson, E., Höglund, I. Sandman, PO. (2001). 'The everlasting trial of strength and patience': transitions in home care nursing as narrated by patients and family members. Journal of Clinical Nursing, 2001 Nov; 10 (6): 813-9.(Sweden)	Tutkia ja kuvata potilaiden ja heidän perheenjäsentensä kokemuksia kotisairaanhoidosta	7 potilasta (diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, alzheimer, munuaisen vajaatoiminta ja aivoinfarkti) ja 5 perheenjäsentä.	Laadullinen tutkimus Haastattelututkimus. Lähestymistapa fenomenologishermeneuttinen. Kolmivaiheinen sisällönanalyysi (Ricoeur)	<p>Kotisairaanhoido mahdollistaa mahdollisimman normaalia elämää sairaudesta huolimatta.</p> <p>Potilaat kokivat kotisairaanhoidosta</p> <ul style="list-style-type: none"> - turvallisuutta - luottamusta, - tyytyväisyyttä - kiitollisuutta - riippuvuuden tunnetta - seurannan riittämättömyyttä riippuvuutta ja vapauden puutetta - eristäytymisen kokemuksia <p>Tärkeää, että</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoito suunnitellaan yksilöllisesti - sama hoitaja toteuttaa hoidon - kipuja lievitetään - liikkuvuus mahdollistetaan - annettu palvelu on hyvää ja tukeantavaa

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Harris, R., Ashton, T., Broad, J., Connolly, G., Richmond, D. (2005). The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> , 2005 Jul; 10(3): 158-66. (New Zealand)	Vertailla turvallisuutta, tehokkuutta, hyväksyttävyyttä ja kustannuksia kotisairaalahoidossa- ja perinteisessä sairaalahoidossa olevien potilaiden välillä	285 akuutin hoidon potilasta, joista 143 kotisairaala- ja 142 perinteisessä sairaalahoidossa	Määrällinen. Satunnaistettu tutkimus. Fim-, MMSE- ja IADL-mittarit	Sairaala- ja kotisairaalahoidon ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa. Kotisairaalahoidon potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin sairaalan vuodeosastohoidon potilaat. Kotisairaalan kustannukset todettiin kaksinkertaisiksi verrattuna sairaalahoidossa olevien kustannuksiin. Herkkyysmittauksissa todettiin, ettei kotisairaala toimi täydellä kapasiteetilla, mikä selittää kustannusten suuruuden.
Huang, X-Y., Lin, M-J., Yang, T-C., Dun, F-K. (2009). Hospital-based home care for people with severe mental illness in Taiwan: a substantive grounded theory. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2009, 18: 2956- 2968. (Taiwan)	Tuottaa teoria vaikeista mielen-terveysongelmista kärsivien potilaiden kotihoitoon.	6 keskiuurta sairaalaa Taiwanissa. 21 potilasta, 19 omaista ja 25 ammattihenkilöä	Laadullinen tutkimus. Puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastatteluja toteutettiin kunnes aineisto saturoi.	Ensimmäinen Taiwanissa kehitetty mielen-terveyspotilaiden kotihoitoa koskeva teoria. Teoria käsittää osa-alueet, joilla voidaan parantaa mielen-terveyspotilaiden ja heidän omaistensa hyvinvointia.
Jester, R. 2003. Early discharge to hospital at home: should it be a matter of choice. <i>Journal of Orthopaedic Nursing</i> (2003) 7, 64-69. (UK)	Selvittää potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Vertailla kotisairaalahoidossa- ja perinteisessä sairaalahoidossa olevien potilaiden kokemuksia. Kehittää arviointimenetelmä sekä potilaiden että omaisten kotisairaalaan sopivuuden arvioimiseksi.	109 lonkka- ja polviproteesileikkauspotilasta ja 21 omaista	Määrällinen ja laadullinen. Seurantatutkimus. Kvasikokeellinen asetelma. WOMAC- indeksi potilaalta ennen leikkausta, ennen kotiutusta sekä 6vkoa ja 6kk leikkauksesta. Puolistrukturoitu haastattelu.	Kotisairaalan potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisempiä hoitoon ja fysioterapiaan. Potilaat kokivat, että heitä kuunnellaan, heidän mielipiteensä huomioidaan ja heillä on mahdollisuus kontrolloida omaa elämänsä. Hoitajat olivat tarvittaessa käytettävissä. Hoitajat tiedottivat paremmin, mitä olivat tekemässä ja miksi.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
<p>Jester, R., Hicks, C. (2003). Using cost-effectiveness analysis to compare Hospital at Home and in-patient interventions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 12(1): 13-9 (UK)</p>	<p>Vertailla kotisairaalan tehokkuutta ja sopivuutta tekonivelleikkauspotilaan postopertiviseen hoitoon verrattuna ortopediseen osastohoitoon.</p>	<p>109 potilasta tekonivelleikkauspotilasta, joista 64 kotisairaalassa ja 45 ortopedisellä osastolla sekä 21 omaishoitajaa</p>	<p>Määrällinen ja laadullinen. Systemaattinen otanta. Kyselylomake. Auditointi ja puoli-strukturoitu lomake. Pitkittäinen seurantatutkimus Kvasikokeellinen asetelma Womac- indeksi</p>	<p>Kotisairaalassa hoidetuilla vähemmän niveljäykkyyttä kuin osastohoidon potilailla. Nivelkipujen ja leikkauskomplikaatioiden välillä ei todettu eroja. Potilaat tyytyväisiä kotihoitoon</p> <ul style="list-style-type: none"> - heitä kuunnellaan - tyytyväisyys fysioterapiaan - mahdollisuus valvoa mitä tapahtuu - hoitajilla aikaa keskusteluun - parempi informaatio tilanteesta - hoitajat tarvittaessa käytettävissä
<p>Langhorne,P., Dennis, M., Kalra,L., Shepperd,S., Wade,D., Wolfe,CDA. Services for helping acute stroke patients avoid hospital admission. Cochrane Stroke Group., published in Issue 1, 2009.Citation Langhorne P, Dennis M, Kalra L, Shepperd S, Wade D, Wolfe CDA. Services for helping acute stroke patients avoid hospital admission. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 1999, Issue 3. (UK)</p>	<p>Selvittää kustannuksia ja hoidon vaikutuksia akuutin aivohalvauspotilaan hoidossa kotisairaalan ja perinteisen vuodeosaston välillä</p>	<p>Cochrane aivohalvauksryhmän koe- rekisteri: 3-12kk aivohalvauksesta 921 potilasta (857 kontrolloitunututkimus, 64 satunnaisesti tutkimus.)</p>	<p>Kontrolloitu tutkimus Satunnaistettu tutkimus</p>	<p>Sairaalahoitoja on mahdollista lyhentää järjestämällä kotisairaالاتasoista palvelua. Kotona voidaan saada parempia hoitotuloksia pienemmillä kustannuksilla. Potilaat ovat tyytyväisempiä kotona järjestettyyn hoitoon. Sairaalahoidon ehdottomuudesta ei löytynyt näyttöä.</p>

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
<p>Leff, B., Burton, L., Mader, SL., Naughton, B., Burl, J., Inouye, SK., Greenough, WB III., Guido, S., Langston, C., Frick, KD., Steinwachs, D., Burton, JR.(2005). Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. Annals of Internal Medicine 2005 Dec 6; 143(11): 798-808(USA)</p>	<p>Arvioida kotisairaalahoidon tehokkuutta ja toteutettavuutta perinteisen sairaalahoidon tilalla ikääntyville akuutisti sairastuneille potilaille</p>	<p>455 iäkästä äkillisesti sairastunutta potilasta, joista kotisairaala hoitoa tarjottiin 69%:lle ja siihen suostui 29% potilaista</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Kvasikokeellinen</p>	<p>Kotisairaalahoitomalli on kustannustehokas, turvallinen ja mahdollinen hoitopaikka tietyille äkillisesti sairastuneille iäkkäille potilaille. Kustannukset olivat vähäisemmät kuin vuodeosastolla hoidetuilla potilailla. Potilaat olivat tyytyväisempiä kotisairaalahoitoon kuin perinteiseen sairaalahoitoon.</p>
<p>Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough, WB., Guido, S., Steinwachs, D., Burton, JR. (2006). Satisfaction with hospital at home care. Journal of the American Geriatrics Society, Sep; 54 (9): 1355-63(USA)</p>	<p>Vertailla potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon lääkärijohtoisen kotisairaalan ja tavallisen sairaalan vuodeosastohoidon välillä.</p>	<p>214 iäkästä potilasta, joista 84 oli kotisairaalassa ja 130 perinteisessä sairaalahoidossa</p>	<p>Määrällinen. Survey, ei satunnaistettu kliininen tutkimus. Kyselylomake, jossa 40 kysymystä 9 osa-alueesta potilaalle ja 37 osainen kysely 8 osa-alueesta omaisille. MMSE-, GDS-, IADL- ja ADL-mittarit</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisempiä kotisairaalahoitoon kuin perinteiseen sairaalahoitoon. Erityisesti nousivat esiin</p> <ul style="list-style-type: none"> - lääkärin toiminta, - kotisairaalaan kirjautuminen - yleinen hoidon sujuvuus - yleinen hoitomukavuus <p>Kotisairaalan toimintamallia kannattaa kehittää edelleen. Sekä potilaat että omaiset olivat tyytyväisempiä kotisairaalaan kuin vertailuryhmä sairaalan vuodeosastohoitoon.</p>

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
<p>Leff, B., Burton, L., Mader, SL., Naughton, B., Burl, J., Greenough, WB., Guido, S., Steinwachs, D.</p> <p>Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. Journal of the American Geriatrics Society 2009 Feb; 57(2): 273-8. (USA)</p>	<p>Vertailla potilaiden toimintakyvyn tuloksia lääkärijohtoisen kotisairaalan ja tavallisen sairaalahoidon välillä.</p>	<p>214 iäkästä potilasta, joista 84 oli kotisairaalassa ja 130 perinteisessä sairaalahoidossa.</p>	<p>Määrällinen ADL ja IADL mittarit</p>	<p>Suurimmalla osalla kotisairaalapotilaista suoriutumiskyky päivittäisissä toiminnoissa parani ja vain vähemmistöllä se heikkeni tai muutoista ei esiintynyt. Kotisairaalahoidolla oli parantava merkitys potilaiden IADL ja ADL toimintoihin verrattuna perinteiseen sairaalahoittoon</p>
<p>Lin, E., Yin,T., Kuo, B., Chang, W-Y., Tsai, S-L. 2001. A Comparison of Effectiveness and Cost Between Two Models of Care for Individuals With Schizophrenia Living in Taiwan. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XV, No.6 (December), 2001:pp 272-278. (Taiwan)</p>	<p>Vertailla tehokkuutta, kustannuksia ja kustannustehokkuutta kotisairaalan ja terveystehokushoidon välillä.</p>	<p>30 kotisairaalan potilasta 30 terveystehokushoidon potilasta</p>	<p>(Purposive sample) Määrätietoinen otos, ei edustava joukko, mutta palvelee tiettyä tarkoitusta. Post-hoc analyysi</p>	<p>Kotisairaala todettiin kustannustehokkaaksi. Kustannukset jäivät osastohoitoa pienemmiksi, kun taas tehokkuus todettiin paremmaksi. Kotisairaalassa potilaiden oireiden hallinta toteutui paremmin, potilaat olivat tyytyväisempiä ja sosiaalinen toimintakyky koheni osastohoidon potilaisiin verrattuna. Kotisairaalahoidon potilaiden suorituskyky oli parempi kuin osastohoidon potilaiden.</p>
<p>Shepperd, S., Doll, H., Clarke,A., Iiliffe, S.,Kalra, L.,Ricauda, N., Wilson,A. Hospital at home admission avoidance. Cochrane Database of Systematic Reviews, published online: 17 MAR 2010. (UK)</p>	<p>Vertailla potilaiden tyytyväisyyttä, arvioida kustannuksia ja selvittää potilaiden ja sairauksien sopivuutta kotisairaalahoidon ja sairaalahoidon välillä.</p>	<p>10 tutkimusta</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus. Meta-analyysi</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä kotisairaalahoittoon. Tehokas vaihtoehto sairaalahoidolle. Kustannusten vertailu vaikeaa. Vaikea määrittellä mitkä potilasryhmät hyötyvät eniten kotisairaalahoidosta.. Kotisairaalahoido ei vaikuttaisi lisäävän kuolleisuutta, mutta paremmat hoitotulokset saatu sairaalahoidolla sydäninfarktipotilaiden hoidossa.</p>

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Tsai, S., Chen, M., Yin, T. 2005. A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. Journal of Nursing Research. Sep; 13 (3): 165-73.(Taiwan)	Vertailla kotisairaalahoidon ja avosairaanhoidon tuloksia ja kustannustehokkuutta mielenterveys ongelmista kärsivien potilaiden kohdalla	40 psykiatrian poliklinikan potilasta 40 kotisairaalahoidossa olevaa potilasta	Määrällinen tutkimus Post Hoc tutkimus. Haastattelu Khiin neliötesti. t-testit. SPSS-ohjelma. Mittareina haastatteluissa käytettiin käytöstä, psyykkisiä oireita, sosiaalinen toimintaa, tyytyväisyyttä palveluun sekä kustannuksia	Kotisairaalahoido oli edullisempaa ja tehokkaampaa kuin perinteinen avohoidon malli. Parannusta todettiin potilaan psyykkisessä tilassa, toimintakyvyssä, sosiaalisessa toiminnassa ja oireet olivat vähäisempiä kotisairaalahoidon potilailla. Potilaat olivat tyytyväisiä kotisairaalaanhoitoon
Utens,C., Goosesens, L.,Smeenk,F., van Schayck, O., van Listenburg, W., Janssen, A., van Vliet, M., Seezink, W., Demunck,D., van de Pas,B., de Bruijn,P., van der Pouw,A., Retera, J., de Laat-Bierings, P., van Eijdsen, L.,Braken, M., Eijsermans, R., Rutten-van Mólken, M. 2010. Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbations: the design of a randomized controlled trial. BMC Public Health. Published online 2010 October 18. (The Netherlands)	Ensisijaisesti vertailla kotisairaalahoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta verrattuna tavalliseen sairaalan laitoshoidon keuhkohtaumapotilaiden taudin pahenemisvaiheessa. Toissijaisesti arvioida kotisairaalan vaikutusta potilaiden elämänlaatuun ja potilaiden tyytyväisyyteen. Samalla arvioitiin myös omaishoitajien tyytyväisyyttä ja vastuuta potilaan hoidosta kotona.	85 kotisairaalassa hoidettua potilasta ja 80 tavallisella sairaalan vuodeosastolla hoidettua potilasta.	Satunnaistettu tutkimus. Tiedonkeruu viidesti: hoitoon hakeutumispäivä, kolmas hoitopäivä, kotiutumispäivä, 1kk sekä 3kk kotiutumisesta. Erilaiset lab.ym. kokeet. Kyselylomake. Potilasasiakirja-analyysi.	Kotisairaalahoido vaikuttaa olevan tehokasta ja kustannustehokasta ja lyhentävän COPD potilaiden akuutin vaiheen hoitoa sairaalassa.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutumisen kotona. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. (Suomi)	Selvittää iäkkäiden potilaiden päivittäistä suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä rakentaa teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäiselle suoriutumiselle.	20 yli 75-vuotiaasta kotisairaanhoidon asiakasta. Kotisairaanhoidajien arvio 204:stä yli 75-vuotiaasta potilaasta	Laadullinen ja määrällinen. Haastatteluaineisto, sisällönanalyysi. Strukturoitu arviointilomake. Kiihin neliötesti ja logistinen regressioanalyysi.	Päivittäistä suoriutumista tukevat hyvä ympäristö hyvä olo avun tarve ja sen saanti Päivittäistä suoriutumista heikentävät paha olo
Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Pro Gradututkielma. Kuopion yliopisto. (Suomi)	Selvittää kotisairaaloiminnan vaatimuksia ja edellytyksiä sekä arvioida niiden toteutumista Lahden kotisairaalassa	Kotisairaalan viisi (5) potilasta	Laadullinen. Haastattelututkimus	Itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys toteutuvat hyvin kotisairaalassa. Koti mahdollisti levon sairaalaa paremmin ja toisaalta sai tehdä itselle tärkeitä asioita. Hoitajalla koettiin olevan enemmän aikaa kotisairaalassa kuin sairaalassa eikä kiire näkynyt hoitajien työskentelyssä.
Ward, S., Barnes, H., Ward, R. 2005. Evaluating a respiratory intermediate care team. Nursing Standard, Oct 12-18; 20 (5): 46-50 (USA)	Tarkoitus arvioida hengitysteiden hoitotiimin työtä ja arvioida ammattimaisten hoitotiimien vaikutusta potilaiden viettämiin sairaalapäiviin.	88 hengitystiepotilaiden hoitotiimin potilasta	Kyselytutkimus	Potilaat kokivat kotisairaanhoidon parempana. Potilaat kokevat saavansa paljon tukea itsestään huolehtimiseen. Erikoistuneet sairaanhoitotiimit ovat tärkeitä ensihoidon potilaille. Kustannustehokasta
Vikman, S., Nyberg, A., Poussa, T., Ranta, P. 2001. Keuhkohtaumataudin (COPD) akuutin pahenemisvaiheen hoito kotisairaalassa. Suomen lääkärilehti 43/2001 vsk 56. 4387-4391. (Suomi)	Selvittää kuinka moni akuuttia sairaalahoitoa vaativista keuhkohtaumatautipotilaista voidaan hoitaa kotisairaalassa perinteisen vuodeosastohoidon sijaan.	Kaikki ensiavun kautta sairaalaan tulleet ennestään diagnosoidut keuhkohtaumatautipotilaat. Kotisairaalan potilaat (n=19) Sairaalan vuodeosaston potilaat (N= 26)	Määrällinen. Ennalta sovitut yhtenäiset tutkimukset. Lääkärin ja hoitajan tekemät haastattelut. SGRQ elämänlaatua kuvaava mittari.	Noin puolet keuhkohtaumataudin akuutin pahenemisvaiheen potilaista voidaan hoitaa kotisairaalassa. Kustannukset vaikuttavat edullisemmilta, mutta toisaalta osastohoitoon päätyvät tarvitsevat vaativampaa hoitoa. Kaksi kotisairaalan potilasta, joutui sairaalaan kesken hoitajakson. Edellyttää potilaan tilanteeseen tarkkaa paneutumista ja hengityselinsairauksien hoidon erityisosaamista.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Wilson, A., Wynn, A., Parker, H.(2002). Patient and carer satisfaction with 'hospital at home': quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2002 Jan;52(474):9-13. (UK)	Vertailla Kotisairaalahoidon potilaiden ja omaishoitajien tyytyväisyyttä sairaalahoitoon	102 Kotisairaalan potilasta ja 97 perinteisen sairaalan potilasta	Määrällinen ja laadullinen. Mann-Whitneyn u-testi. Kyselylomake Haastattelu	Kotisairaalahoitoon oltiin perinteistä sairaalahoittoa tyytyväisempiä. Kotisairaalassa saatava hoito koettiin terapeuttisempänä ja yksilöllisempänä. Viestintä toteutui kotisairaalassa paremmin kuin sairaalan vuodeosastolla.

Liitetaulukko 2. Muuttujaluettelo

Tutkimuskysymys	Kysymyksen numerot	Viite/ tutkimus, tutkijat
TAUSTAMUUTTUJAT		
Asiakkaan taustatiedot	2,3,5-8	Eriksson, E. 1996. Leino-Kilpi, H. 1994.
Hoidon järjestymisen taustatiedot	9-10	Eriksson, E. 1996
HOIDON SUUNNITTELU		
Hoidon järjestyminen	15, 16, 19 15,20 17, 18, 20 21	Naukkarinen, E-L. Leff, B. ym. 2006. Kvist, T. 2004 Leino-Kilpi, H. 1994.
HOIDON TOTEUTUMINEN		
Turvallisuus	37,38 39, 40 38, 41, 48,51 45, 50	Jester & Hicks. 2003. Leino-Kilpi, H. 1994. Leff, B. ym. 2006. Kvist, T.2004
Tiedonsaanti	29,30,33, 36 30 32	Naukkarinen, E-L. Leff ym. 2006 Eriksson, E. 1996.
Itsemääräämisoikeus	31, 34	Jester & Hicks. 2003. Naukkarinen, E-L.
ASIAKKAAN KOKEMUKSET HOITAJAN TOIMINNASTA		
Hoitajan ammattitaito	53, 54 62 53, 56, 66 56 57 61	Kvist, T. 2004. Leino-Kilpi, H. 1994 Leino-Kilpi, H. 1994 Eriksson, E. 1996 Wilson ym. 2002 Jester & Hicks. 2003. Naukkarinen
Käyttäytyminen	55, 73 68, 72 67,68	Wilson ym. 2002 Kvist, T. 2004 Leino-Kilpi, H. 1994
Keskustelu	58, 69 58, 59 59 60, 70 69,71	Eriksson, E. 1996. Jester & Hicks. 2003. Naukkarinen, E-L. Wilson ym. 2002 Kvist, T. 2004