



Esite Vantaan kotisairaalan palveluista infektion vuoksi hoitoon tulevalle potilaalle

Jerita Miettinen,

Pia Palomäki

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Esite Vantaan kotisairaalan palveluista infektion vuoksi hoitoon
tulevalle potilaalle**

Jerita Miettinen,
Pia Palomäki
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2020

Jerita Miettinen, Pia Palomäki

Esite Vantaan kotisairaalan palveluista infektion vuoksi hoitoon tulevalle potilaalle

Vuosi

2020

Sivumäärä

47

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa esite Vantaan kotisairaalle, sen palveluista infektiopotilaan hoidossa. Tavoitteena oli laatia helposti luettava esite, josta potilas saa keskeiset tiedot kotisairaalahoidoonsa liittyen. Tavoitteena oli myös, että esite toimi sairaanhoitajille apuna ja keskustelun pohjana ensikäynnillä. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt esitettä voidaan jakaa jatkossa tuleville potilaille, heidän omaisilleen ja kotisairaalan yhteistyökumppaneille.

Opinnäytetyön tietoperustaan haettiin tietoa kotisairaaloiminnasta sekä keskeisistä kotisairaalassa hoidettavista infektioista alan tietokannoista. Tiedonhakuun otettiin mukaan vain alle kymmenen vuotta vanhat lähteet. Kotisairaaloiminnasta löytyi verrattain vähän tutkittua tietoa. Työssä käytettiin keskeistä alan kirjallisuutta sekä muutamia soveltuvia tutkimuksia. Tietoa haettiin myös siitä, miten laaditaan hyvä esite.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullisia tutkimus- ja kehittämismenetelmiä. Esitteen kehittämistyö aloitettiin pitämällä kotisairaalan henkilöstölle ideointipaja osastotunnin yhteydessä, jossa kotisairaalan työntekijät saivat esittää toiveet ja tarpeet esitteen suhteen. Näiden toiveiden suunnassa etsittiin tietoa ja suunniteltiin esite. Esite toimitettiin sähköisenä luonnoksena kotisairaalaan. Esitteestä kerättiin palaute sähköisellä kyselyllä kotisairaalan henkilökunnalta.

Kyselyn tulosten perusteella infektiopotilaan tulisi tietää kotisairaalahoidoonsa liittyen käyntiajat, mihin ottaa yhteyttä voimien muuttuessa, mitä hoitoon sitoutuminen tarkoittaa, hinnat sekä mitä ne sisältävät ja kanyylin kanssa elämiseen liittyviä ohjeistuksia. Esite ei päätenyt käyttöön opinnäytetyöprosessin aikana, mutta kotisairaala voi hyödyntää kerättyä palautetta esitteen jatkokehitystyössä. Jatkokehitysehdotuksina esitetään kotisivujen laadintaa kotisairaalle sekä potilaspalautetta varten kehitettävää menetelmää.

Asiasanat: kotisairaala, infektiopotilas, esite, kysely.

Jerita Miettinen, Pia Palomäki

Vantaa Home Hospital brochure, to patients coming for treatment due to infections

Year 2020

Pages

47

The purpose of this functional thesis was to produce a brochure for Vantaa Home Hospital about its services in the treatment of patients with infections. The aim was to produce an easy-to-read brochure that provides key information about their home hospital care. The aim was also for the brochure to serve as an aid to nurses and as a basis for discussion at the first visit. The brochure created as a result of the thesis can be distributed to future patients, their relatives and home hospital partners.

The knowledge base of the thesis included information about home hospital operations and the main infections treated in the home hospital from databases in the field. Only sources less than ten years old were included in the information search. Relatively little research was found on home hospital operations. We used key literature in the field as well as a few suitable studies. Information was sought on how to prepare a good brochure.

Qualitative research and development methods were used in the thesis. The development of the brochure began with a brainstorming workshop for the home hospital staff, where the home hospital employees had chance to express their wishes and needs regarding the brochure. Based on these wishes, information was sought and a brochure was designed. The brochure was submitted as a draft to the home hospital. Feedback on the brochure was collected through an electronic survey from home hospital staff.

Based on the results of the survey, the infected patient should know the visit times related to their home hospital treatment, who to contact if the condition changes, what the commitment to treatment means, the prices and what they contain and instructions for living with the cannula. The brochure did not end up being used during the thesis process, but the home hospital can use the collected feedback in the further development of the brochure. Suggestions for further development include the creation of a website for the home hospital and developed method for patient feedback.

Keywords: home hospital, patient with infection, brochure, survey.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tarkoitus ja tavoitteet	7
3	Kotisairaala	7
3.1	Kotisairaalatoiminnan historia.....	9
3.2	Kotisairaalahoidon ja kotipalvelun erot	9
3.3	Kotisairaalahoidon kustannukset	10
3.4	Infektiopotilaat kotisairaalassa.....	11
3.4.1	Ruusun hoito kotisairaalassa	11
3.4.2	Keuhkokuumeen hoito kotisairaalassa	12
3.4.3	Munuaisaltaan tulehduksen eli pyelonefriitin hoito kotisairaalassa.....	13
3.4.4	Haavainfektion hoito kotisairaalassa.....	13
3.5	Infuusiohoitojen toteuttaminen kotisairaalassa.....	14
3.6	Esitteen laatiminen.....	16
4	Menetelmät ja toteutus.....	18
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	18
4.2	Laadullinen tutkimus- ja kehittämismenetelmä	19
4.3	Työpaja lähtötilanteen kartoituksessa	20
4.4	Esitteen suunnittelu ja laadinta.....	21
4.5	Palautekysely.....	22
4.6	Kyselyn analysointi	25
5	Tulokset	26
5.1	Esitteen ulkoasu ja sisältö.....	26
5.2	Esitteen hyödyntäminen	30
5.3	Infektiopotilaan näkökulman huomioiminen esitteessä.....	30
5.4	Ideointipajan toiveiden huomioiminen ja vaikutusmahdollisuudet	31
5.5	Jatkokehitysideat ja muu palaute.....	31
6	Johtopäätökset ja pohdinta	32
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
6.2	Jatkokehitysehdotukset.....	36
	Lähteet.....	37
	Kuviot	42
	Taulukot	42
	Liitteet	43

1 Johdanto

Kotiin vietävät kotisairaalan palvelut tukevat potilaan itsemääräämisoikeutta ja avohoidon ensisijaisuutta hoitopaikan valinnassa. Kotisairaalamuotoinen hoito nähdään potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä ylläpitävänä sekä inhimillisenä ja laitostumista vähentävänä. Kotisairaalahoito vähentää sairaalaperäisiä bakteeritartuntoja ja voi ehkäistä muita infektioita sekä muun muassa kaatumisia vieraassa ympäristössä. Kotisairaalassa hoidettaessa potilaiden hoitoajat ovat lyhyempiä, tarvitaan vähemmän hoitoprosesseja, konsultaatioita ja hoitolaitteita. Sairaalahoitajaksojen väheneminen laskee myös yhteiskunnan menoja ja vapauttaa vuodeosastojen sekä päivystysten resursseja. (Ollila 2018, 13.)

Viime vuosina Suomeen on perustettu useita uusia kotisairaaloita niin julkiselle kuin yksityiselle sektorille ja tulevaisuudessa kotisairaaloiminnan odotetaan lisääntyvän entisestään. Monet potilaat toivovat tulevansa hoidetuksi mieluiten kotonaan ja kotona annettava hoito on usein kustannustehokkaampaa kuin sairaalassa annettava hoito. (Lehtola 2018, 8.)

Halonen (2012, 57-60) on tutkinut asiakkaiden tyytyväisyyttä kotisairaalatyyppiseen hoitoon. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa valitsisi kotisairaalahoidon uudelleen, jos he vastaisuudessa olisivat tekemässä päätöstä hoitopaikkansa valinnasta. Tutkimuksen mukaan asiakkaat ja yhteistyötahot tarvitsevat enemmän tietoa kotisairaalahoidon periaatteista ja mahdollisuuksista tulla potilaaksi. Järjestettäessä kotiutumista kotisairaalan turvin asiakkaat olivat kokeneet, että sairauden diagnoosi oli kerrottu heille ymmärrettävästi ja he olivat saaneet tietoa tarvitsemastaan hoidosta. Sen sijaan tiedottamista kotisairaalan toiminnasta ei aina koettu riittäväksi. Yleisesti asiakkaat olivat tienneet, milloin sairaanhoitaja tulee ensimmäiselle kotikäynnille, mutta tiedon saannin yöaikaisesta hoidosta, käyntimaksuista ja toimintaperiaatteista yleisesti koettiin jäävän vähäisemmäksi. Osa asiakkaista olisi kaivannut myös kotisairaalatyyppisen hoidon aikana enemmän tietoa tutkimuksista ja asioiden läpikäymistä useaan kertaan, myös lääkehoidossa kaivattiin lisää ohjausta. Tietoa tulisi antaa toistuvasti ja myös ilman, että asiakas joutuu sitä kysymään.

Hyvää ja selkeää esitettä on helppo lukea. Esite tulisi olla yleiskieltä helpommin luettavissa sekä ymmärrettävissä. Yleiskieli määritellään kielimuodoksi, joka on kaikille yhteinen. Yleiskieli on kirjakielen ohjeiden mukainen. Myös esitteen kuvat ja taittamisen selkeys vaikuttavat huomattavasti kiinnostavuuteen. Jos lukijan motivaatio on heikko, selkeämpi esite lisää mielenkiintoa aihetta kohtaan. Ulkoasu vaikuttaa emotionaaliseen kiinnostukseen esitettä kohtaan. (Määritelmä 2017; Selkokuva ja selkotaitto 2017.)

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa esite Vantaan kotisairaallalle, kotisairaalan palveluista infektiopotilaan hoidossa. Tavoitteena oli laatia helposti luettava esite, josta potilas saa keskeiset tiedot kotisairaalahoitonsa liittyen. Tavoitteena oli myös, että esite toimisi kotisairaalan hoitajille apuna ja keskustelun pohjana ensikäynnillä. Esitettä on tarkoitus jatkossa jakaa tuleville potilaille, heidän omaisilleen ja yhteistyökumppaneille.

Tutkimuskysymykset olivat, mitä infektiopotilaan tulee tietää kotisairaalan toiminnasta ja miten laaditaan hyvä esite.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Vantaan kotisairaala. Työn tilaajana sekä yhteyshenkilönä toimi kotisairaalan osastonhoitaja. Vantaan kotisairaala toimii ympäri vuorokauden. Kotisairaalan toimisto sijaitsee Peijaksen sairaalassa. Kotisairaalan potilaat ovat vantaalaisia asukkaita. Vantaalla asui vuoden 2019 alussa 228 166 henkilöä (Mänty & Riihelä 2019, 4).

Vantaan kotisairaalassa oli vuoden 2020 helmikuussa 11,5 sairaanhoitajan vakanssia, 0,5 apulaisosastonhoitajan vakanssi ja osastonhoitaja. Kotisairaallalla toimii myös oma lääkäri, joka on tavoitettavissa virka-aikaan. Kotisairaalaan tullaan lääkärin läheteellä. Läheteessä tulee olla selkeä diagnoosi, jolla potilasta hoidetaan. Vantaan kotisairaala on aloittanut toimintansa vuonna 2008 ja tuolloin se on ollut osa akuutti geriatrian yksikköä ja silloin hoitoa voitiin antaa kerrallaan kymmenelle potilaalle. (Aikio-Valovirta 2020.)

Vantaan kotisairaalassa infektiopotilaiden määrä on ollut 85 prosenttia muista potilaista vuosina 2017 ja 2018. Yleisin kotisairaalassa hoidettava infektio on ollut ruusu. Antibioottihoidoja, jotka annostellaan kolmesti vuorokaudessa, voidaan Vantaan kotisairaalassa tällä hetkellä toteuttaa enintään seitsemällä-kahdeksalla potilaalla vuorokaudessa. Infektioiden hoidossa hoidon kesto on 5-30 vuorokautta, infektiosta ja hoidon vasteesta riippuen. Palliatiivisessa hoidossa hoidon kesto määräytyy oireiden ja potilaan voinnin mukaan. (Aikio-Valovirta 2020.)

3 Kotisairaala

Kotisairaalahoido tarkoittaa sairaan henkilön hoitamista kotona sairaalan tavoin. Kotisairaalassa voidaan hoitaa akuutteja tai jo akuutin vaiheen ohittaneita potilaita, jotka ovat sellaisessa kunnossa, etteivät he tarvitse ympärivuorokautista sairaalahoidoa ja pärjäävät kotona, sekä sitoutuvat kotisairaalahoitoon. (Ollila 2018, 10-13.) Potilaalla tulee olla mahdollisuus valita missä tulee hoidetuksi ja kotisairaalahoidon tulee perustua potilaan vapaaehtoisuuteen. (Halonen 2012, 27-28.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee kotisairaalan palvelun olevan määräaikaista tehostettua kotisairaanhoidon palvelua. Hoitosuunnitelman mukaiset lääkkeet ja hoitotarvikkeet sisältyvät kotisairaalan palveluun. Kuntien on järjestettävä asukkailleen kotisairaanhoidon palvelut. Kotisairaaloiminta voi puolestaan olla perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa.

Kotisairaalan palveluihin tarvitaan lähete ja lähetteen kirjoittamisen jälkeen potilas olisi hyvä saada kotisairaalan hoitoon viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Kotisairaalaan tullessaan hoitovastuu potilaasta siirtyy kotisairaalan lääkärille. Kotisairaaloiminta on lääkärijohtoista ja moniammatillista hoitoa. Lääkäri seuraa potilaan kuntoutumista, valvoo hoitoa, määrää lääkkeitä sekä laboratoriotutkimuksia, joilla voidaan seurata hoitotasapainoa. Hoitoa toteuttavat kotisairaalan sairaanhoitajat. (Ollila 2018, 10-12.)

Kotisairaalassa hoidetaan selkeitä diagnooseja, joissa taudinkulku on ennustettavissa, jolloin vältytään yllättäviltä muutoksilta sairaudessa. Potilaan tulee olla hyvässä kunnossa, jotta kotisairaalahoitoa voidaan toteuttaa. (Ollila 2018, 13.) Suurimmat kotisairaaloiminnan potilasryhmät muodostavat infektiopotilaat, joiden hoito vaatii suonensisäistä antibioottihoitoa sekä syöpää sairastavat palliatiivisen hoidon piirissä olevat potilaat (Lehtola 2018, 8-9). Yksi kotisairaalan tehtävistä on mahdollistaa potilaan saattohoito kotona, joka myös mahdollistaa kuoleman kotioloissa. Kotisairaalan potilaina voi olla myös muita sairauksia sairastavia potilaita, kuten keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen potilaita tai kirurgisen toimenpiteen jälkihoitopotilaita. (Ollila 2018, 13.)

Kotisairaalan palveluita viedään myös hoivakoiteihin ja tuettuihin asumisyksiköihin. Palveluiden tarve riippuu yksikön omien hoitajien koulutuksesta ja kokemuksesta sekä lääkeluvista. Asumisyksiköissä olevilla vanhuksilla on jopa kaksinkertainen riski saada keuhkokuume kuin vanhuksilla, jotka asuvat kotona. (Vanhanen 2018, 220.)

Kotisairaalaan ei sovellu potilaat, joiden sairaus vaatii ympärivuorokautista monitorointia, eikä se salli hoitaa sellaista potilasta, jonka sydämen tai keuhkojen toiminta on epävakaa tai jos potilas on muistamaton, käyttäytyy sekavasti tai on päihteiden vaikutuksen alainen. Potilaan tulee olla toimintakyvyiltään sellainen, että hän voi tarvittaessa hälyttää apua. (Ollila 2018, 13.)

Englannissa tehdyn Moving healthcare closer to home (2015, 5-6) kirjallisuuskatsauksen mukaan, kun akuuttiosastoilla arvioidaan potilaiden vaihtoehtoisia hoitomahdollisuuksia, jopa 50 prosenttia voitaisiin teoriatasolla hoitaa muualla, kuin sairaalan vuodeosastoilla. Ongelmaksi muodostuu kuitenkin se, ettei tällaisia palveluja ole välttämättä tarjolla kaikkialla.

3.1 Kotisairaaloiminnan historia

Kotisairaaloiminta on saanut ilmeisimmin alkunsa Ranskassa ja ensimmäinen kotisairaala perustettiin Pariisiin 1961. Britanniassa ja Yhdysvalloissa kotisairaaloiminta on aloitettu 1970-luvulla. Ruotsissa toiminta alkoi vuonna 1962 hyvin pienenä toimintana ja 1970-luvulla toiminta vakiintui. Suomessa kotisairaala on pääosin saanut esimerkinsä Ruotsista ja Suomeen ensimmäinen kotisairaala syntyi Tammisaareen vuonna 1995. (Vanhanen 2018, 220.) Vuonna 2016 Suomessa oli yli 50 julkisen sektorin alaisuudessa toimivaa kotisairaala ja näiden lisäksi useita yksityisiä kotisairaaloita (Ollila 2018, 11-12).

Kotisairaaloiminnan alkuvuosina hoito oli verkkaisempaa, jolloin kotona annettava hoito oli kuntouttavampaa, sekä lääkinällisempää. Kun potilaiden volyymi on kasvanut, on myös hoidettavien tarpeet erilaistuneet. Infektiohoitojen määrä on kasvanut ja antibioottihoitoja on yli puolet kotisairaaloiden palveluista. (Güldogan 2018, 19.)

1970-luvulla Yhdysvalloissa kehitettiin OPAT-toiminta (outpatient parenteral antibiotic therapy), sillä osalla potilaista ei ollut vakuutusta, joka olisi korvannut suonensisäisten lääkehoitojen sairaalakustannukset, niiden noustessa hyvinkin korkealla. OPAT-hoidolla saatiin kustannustehokkaampaa hoitoa ja myös potilaille se oli edullisempaa. Vaihtoehtona oli klinikka, jossa potilaat pystyivät käymään hakemassa suonensisäisen lääkehoidon päivittäin. Tämän myötä palvelua alettiin kehittää eteenpäin muihin parenteraalisiin hoitoihin, kuten ravitsemukseen, myös potilaiden kotona. (Williams, Baker, Kind & Sannes 2015.)

3.2 Kotisairaalahoidon ja kotipalvelun erot

Kotipalvelun ja kotisairaalan yhteneväisyyksiä ovat, että niiden avulla tuetaan potilaan kotona selviytymistä. Kunta voi yhdistää kotipalvelun, joka kuuluu sosiaalihuoltolain piiriin, sekä kotisairaanhoidon palveluita ja yhdistettynä ne ovat kotihoitoa. Kotipalveluja tarjotaan niille henkilöille, joiden toimintakyvyssä on selkeää alenemista ja he voivat olla muun muassa vanhuksia, vammaisia tai muuten sairaita. Kotipalveluita tarjotaan myös lapsiperheille, jos sen avulla voidaan turvata lapsen hyvinvointia. (Kotihoito ja kotipalvelut.)

Kotipalvelun tehtävä on auttaa arkisissa asioissa, jotka eivät muuten onnistu toimintakyvyn alentuman vuoksi. Tällaisia arkisia toimia voivat olla esimerkiksi oman hygienian hoitaminen, vaatehuolto, ateriapalvelu, siivoaminen, kauppa ja asiointipalvelut sekä liikkumista ja siirtymistä tukevia palveluita. Kotipalveluiden työntekijät ovat usein lähihoitajia, kotiavustajia tai kodinhoitajia. Kotisairaalassa työntekijät ovat sairaanhoitajia ja he toteuttavat sairaalatoista hoitoa kotona. Kotisairaalamuotoinen hoito on tehostettua ja määrääikaista kotisairaanhoidoa, kun kotipalvelut ovat pidempiaikaisia tai jopa pysyviä apuja kotona. (Kotihoito ja kotipalvelut; Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido.)

3.3 Kotisairaalahoidon kustannukset

Tutkittua tietoa kotisairaalan kustannuksista on hyvin vähän, mutta sen on oletettu olevan edullisempaa kuin sairaalahoidon. Kustannuksien laskemisen vaikeuteen on vaikuttanut se mitä lasketaan kotisairaanhoidon sisältöön niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Eniten tutkimuksia on tehty Yhdysvalloissa ja Britanniassa, mutta vertailuja ei voi siirtää suoralta kädeltä Suomen tilanteeseen. Näiden maiden kustannuksiin on saatettu laskea myös perustamiskustannuksia ja omaisten osuus potilaan hoidossa. Tutkimukset ovat olleet myös useimmiten hoitotuloksista tai kotisairaanhoidon turvallisuudesta ja kustannuksia on vain sivuttu niissä. Suomessa kustannustehokkuutta lisää se, että hoitajaksot lyhenevät tai sairaalassa ololta vältytään kokonaan. (Poukka 2018, 36.)

Poukka (2018, 36-37) kertoo, että vuonna 2012 tehdyn yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan infektioiden hoito on ollut kustannustehokkainta ja 19 prosenttia edullisempaa kuin saman hoidon saaminen sairaalassa. Säästö syntyi sairaalajakson lyhentymisestä, jos potilas pääsi nopeasti kotisairaanhoidon piiriin. Säästöä syntyi myös vähemmistä kustannuksista laboratorio- ja röntgentutkimusten suhteen.

Sairaalassa syntyneiden infektioiden määrä ja niiden aleneminen on yksi kotihoidon hyötyjä, josta syntyy kustannushyötyjä potilaiden ollessa kotona. Resistenttien bakteereihin levinneisyys on estettävissä kotisairaalahoidossa. Potilaat pääsevät nopeammin kiinni omaan arkeen ja kuntoutuvat palaamaan työelämään tai opiskeluun nopeammin. (Moving healthcare closer to home: Literature review of clinical impacts 2015, 6; Paladino & Poretz 2010, 207.)

Poukan (2018, 37) mukaan 2016 tehdyssä australialaisessa tutkimuksessa taas kustannukset alaraajassa olevan vakavan tulehduksen hoidossa eivät tuoneet säästöjä vaan olivat jopa 12 prosenttia kalliimmat kuin sairaalassa hoidettuna. Hoito oli kuitenkin yhtä turvallista ja kustannusten oletettiin johtuvan pidemmästä hoitajaksosta kotona kuin, jos sama hoito olisi toteutunut sairaalassa. Sairaalassa koetaan painetta saada uusia potilaita vuodepaikoille, kun taas kotona voidaan jatkaa hoitoa 1-2 vuorokautta pidempään.

2017 toteutunut tutkimus ei antanut juurikaan näyttöä kustannustehokkuudesta, silloin kun potilaat kotiutettiin aikaisemmin. Eroavaisuuksia oli hyvin vähän tai ei juurikaan, kun vertailtiin terveydentilan edistymistä tai potilaan siirtämistä takaisin sairaalahoitoon. Kotonaan hoitoa saaneet ovat kuitenkin tyytyväisempiä hoitoon ja todennäköisesti välttyisivät jatkossa laitoshoidolta. (Concalves-Bradley ym. 2017, 2-3.)

Potilaan näkökulmasta kotisairaanhoidon on edullisempaa vertailtuna sairaalahoitoon tai polikliiniseen hoitoon. Kotisairaalahoidon hinnat perustuvat valtakunnallisiin maksuihin. Kotisairaaloiminta ei kuitenkaan kerrytä maksukattoa hoitomaksuissa, ollessaan osa avohoitoa. (Poukka 2018, 39.)

3.4 Infektiopotilaat kotisairaалassa

Tyypillisimmät infektiot, joita kotisairaалassa hoidetaan ovat keuhkokuume, ruusu sekä munuaisaltaan tulehdus. Helsingin kotisairaалassa vuonna 2015 oli ruusun vuoksi hoidossa 555 potilasta, keuhkokuumeen vuoksi 374, ja munuaisaltaantulehduksen vuoksi 246 potilasta. Muita keskeisiä kotisairaалassa hoidettavia infektoita ovat sepsis, määrittämätön bakteeri-infektio, borrelioosi, leikkauksen jälkeiset infektiot ja makuuhaavat. (Lehtola 2018, 8-9; Lehtola & Jääskeläinen 2018, 54.)

Infektioiden vuoksi kotisairaalaan tulleen potilaan tulee olla hyvässä kunnossa ja vakaa elintoiminnoiltaan, jotta infektion hoitoa voidaan toteuttaa kotona turvallisesti. On myös hyvä, jos potilaalla olisi kotona omainen, joka voi auttaa potilaan muussa hoidossa. Lisäksi potilaalla voi käydä kotihoito. Infektion vuoksi kotisairaalaan tulleen potilaan diagnoosin tulisi olla selvillä tai hyvin todennäköinen, jottei lisätutkimuksia tarvittaisi. Potilaat ovat yleensä parempi kuntoisia tullessaan kotisairaalan hoidon piiriin, kuin osastolla hoidettavat potilaat sekä iältään nuorempia. Suonensisäistä antibioottihoitoa voidaan toteuttaa kotisairaалassa. Potilaita voidaan ottaa kotisairaalaan useimmiten päivystyksen tai vuodeosaston kautta. (Lehtola 2018, 8; Lehtola & Jääskeläinen 2018, 54.)

Kotisairaалassa seurataan infektiopotilaan vointia ja vitaaliarvoja. Sairaanhoidtaja mittaa jokaisen kotikäynnin yhteydessä verenpaineen, sykkeen, ruumiinlämmön ja hengitystaajuuden. Mikäli potilaan kliininen tila taikka laboratorioarvot huononevat, potilas tulee lähettää takaisin sairaalaan vaadittavia jatkotutkimuksia ja intensiivisempää hoitoa varten. Tulehdusarvo (CRP) alkaa laskea tyypillisesti vasta kolme neljä päivää hoidon aloituksesta, eikä pelkkä tulehdusarvo ole kriteeri hoidon tehokkuudesta. Potilaan voinnin kohentuminen ja kuumeen laskeminen ovat oleellinen mittari hoidon vasteen seurannassa. (Lehtola & Jääskeläinen 2018, 54.)

Potilasta ja omaista ohjataan kertomaan, mikäli vointi heikkenee tai ilmenee uusia ongelmia kuten kuumetta, ripulia tai ihottumaa (Lehtola & Jääskeläinen 2018, 54.)

3.4.1 Ruusun hoito kotisairaалassa

Ruusu on vakava infektio, joka voi johtaa verenmyrkytykseen. Tyypilliset oireet alkavat nopeasti ja niitä ovat tarkkarajainen punoitus iholla, useimmiten alaraajassa, iho kuumottaa, voi olla rakkuloita ja nousee korkea kuume. Ruusuun liittyy myös voimakas särky. Ihomuutosalue voi nopeasti levitä ja raajassa esiintyä turvotusta. Ruusua esiintyy myös harvemmin yläraajassa ja kasvoilla. Vartalolla ruusua ei juurikaan esiinny. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Potilaan hoito aloitetaan yleensä suonensisäisellä antibiootilla, ensisijaisesti G-penisilliinillä, jota voidaan antaa neljästi vuorokaudessa. Usein se aloitetaan sairaалassa ja potilaan tilan salliessa siirrytään kotisairaalan hoitoon. Usein suonensisäistä hoitoa jatketaan 3-5

vuorokauden ajan. Kun infektio on rauhoittunut ja ulkoiset infektion merkit lieventyneet, potilas on kuumeeton ja tulehdusarvot laskusuuntaisia, voidaan siirtyä suun kautta otettavaan antibioottiin, jota jatketaan usein viikkoja. Yleensä tulehdusarvot kontrolloidaan kotisairaalassa toisena tai kolmantena hoitopäivänä. Uusiutumisen ehkäisemiseksi altistavien tekijöiden, kuten turvotusten hoito on tärkeää. Paikallisten oireiden helpottamiseksi infektoitunutta raajaa suositellaan pitämään kohoasennossa. (Lehtola 2018, 9; Lehtola & Jääskeläinen 2018, 55.) Ruusun parantumisen seuraamiseksi iholle voidaan merkitä infektoraja piirtäen. Oleellista ruusupotilaan hoidossa on infektioportin etsiminen, tämän hoito ja potilaan ohjaus uuden infektion ehkäisemiseksi. Alaraajan ruusussa infektioportti on usein varvasvälien sieni-infektio tai hautuma, haava tai muu ihorikko. Mikäli näihin ei puututa, ruusu uusi helposti, vaikka hoito olisi ollut muuten tehokas. Jos infektio uusiutuu useasti, voidaan potilaalle aloittaa ehkäisevä mikrobilääkitys, jota voidaan toteuttaa esimerkiksi injektioina lihakseen neljän viikon välein. (Käypä hoito -suositus 2010.)

3.4.2 Keuhkokuumeen hoito kotisairaalassa

Keuhkokuumetta ja vahvaa epäilyä siitä hoidetaan aina mikrobilääkityksellä. Vaikean keuhkokuumeen hoito tulee aloittaa aina sairaalassa. Mikäli hoitovaste on hyvä ja potilaan vointi vakaa, voidaan suonensisäistä antibioottihoitoa siirtää jatkamaan kotisairaalassa jo muutaman päivän kuluttua. Keskivaikean keuhkokuumeen hoito voidaan aloittaa kotisairaalassa suonensisäisellä antibiootihoidolla päivystävän lääkärin ohjeilla. Keskivaikea keuhkokuume on kyseessä, jos potilaan tulehdusarvo (CRP) on yli 150 tai hänellä on kuumeita yli 38,5 astetta, mutta hänellä ei ole tarvetta happilisiin, hengitystaajuus on alle 20 kertaa minuutissa, yleis-tila on kohtalainen tai hyvä eikä hän ole monisairas. Kotihoidon onnistumisessa huomioidaan myös potilaan kotiolot ja onko hänellä mahdollisuus saada apua päivittäisissä toiminnoissa, koska keuhkokuume laskee toimintakykyä. Kunnollinen toipuminen keuhkokuumeesta kestää viikkoja. (Käypä hoito -suositus 2015; Lehtola & Jääskeläinen 2018, 56.)

Mikrobilääkkeenä käytetään tavallisesti kefuroksiimia suonensisäisesti 3-4 kertaa vuorokaudessa. Suun kautta annettavaan lääkitykseen siirrytään mahdollisimman pian potilaan voinnin kohentuessa, usein jo muutaman päivän kuluttua. Mikrobilääkehoidon kesto on vähintään 5-7 vuorokautta, ja ennen sen lopettamista potilaan tulee olla 2-3 vuorokautta kuumeeton. (Lehtola 2018, 9; Käypä hoito -suositus 2015.)

Potilaan vointia tulee seurata jokaisen kotikäynnin yhteydessä. Verenpaine, syke, lämpö, hengitystaajuus ja happikylläisyys mitataan. Keuhkokuume suurentaa myös riskiä sydäntapah- tumille. Hoitovasteen varmistamiseksi kotisairaalassa otetaan laboratoriotarkastuksia yleensä muutaman kerran. Suositeltavaa on tarkistaa hoitovastetta verikokein viimeistään 72 tunnin kuluttua hoidon aloituksesta. Veren CRP-pitoisuus alkaa laskea usein vasta 3-4 vuorokauden kuluttua hoidon aloituksesta, vaikka lääkahoito olisi tehokaskin. Mikäli kuumeilu jatkuu tai

veren valkosolu- tai CRP-arvot lähtevät uudelleen nousuun, tarvitsee potilas sairaalahoitoa ja tarkempia selvittelyjä. (Lehtola 2018, 9-10; Käypä hoito -suositus 2015; Lehtola & Jääskeläinen 2018, 56.)

Potilasta tulisi kehottaa ottamaan yhteys hoitavaan tahoon missä tahansa sairauden vaiheessa, jos hänen kuntonsa heikkenee uudelleen tai oireet, eritoten jos kuume ei helpota kahden vuorokauden kuluessa. (Käypä hoito -suositus 2015).

Keuhkokuumeen ennaltaehkäisyyn suositellaan pneumokokkikonjugaattirokotetta potilaille, joilla on suurentunut riski saada pneumokokki-infektio ja keuhkokuume sekä heille, jotka ovat aiemmin sairastaneet sairaalahoitoon johtaneen keuhkokuumeen. Myös influenssarokotetta suositellaan, koska influenssa on merkittävä keuhkokuumeen riskitekijä. (Käypä hoito -suositus 2015.)

3.4.3 Munuaisaltaan tulehduksen eli pyelonefriitin hoito kotisairaalassa

Virtsatieinfektiot jaetaan kystiittiin ja pyelonefriittiin niiden esiintymistason mukaan. Kystiitti on rakkotason kuumeeton tulehdus. Pyelonefriitti on munuaistason eli munuaisaltaan tai munuaisen infektio, johon liittyy usein kuume ja kylki- tai selkäkipu. (Käypä hoito -suositus 2019.)

Hyväkuntoisen ja lieväoireisen pyelonefriitti potilaan hoitoon sopii suun kautta otettava antibiootti avohoidossa. Vaikea oireista pyelonefriittiä hoidetaan suonensisäisellä antibiootilla, yleensä kefuroksiimilla. Hoito aloitetaan tavallisesti sairaalassa, ja kun potilaan vointi on vakaata, voidaan hoitoa jatkaa kotisairaalassa. Tavallisesti neljästä viiteen vuorokauden sisällä, kun potilas on ollut vuorokauden kuumeeton, voidaan siirtyä suunkautta otettavaan antibioottiin. Antibiootti valitaan virtsan bakteeriviljelyn herkkyysmäärityksen mukaan. Kokonaishoitoaika antibiootilla on yleensä 10-14 vuorokautta. Mikäli potilaan vointi ei 72 tunnin kuluessa hoidon aloituksesta kohene, kuumeilu jatkuu ja tulehdusarvot eivät laske on potilasta syytä tutkia sairaalassa paremmin infektiokomplikaatioiden varalta. (Lehtola & Jääskeläinen. 2018, 56-57.)

Käypähoito suosituksen mukaan hoidon jälkeistä kontrollivirtsanäytettä ei ole tarpeen rutiniinomaisesti ottaa, paitsi jos oireet jatkuvat, sekä aina raskaana olevilta. (Käypä hoito -suositus 2019).

3.4.4 Haavainfektion hoito kotisairaalassa

Infektion merkkeinä haavalla on märkäisen erityksen lisääntyminen, kuumotus, turvotus, punoitus ja kipu. Infektoituneesta haavasta tulee ottaa bakteeriviljelynäyte. Bakteeriviljelytulos huomioidaan antibiootin valinnassa. Bakteeriviljely otetaan aina puhdistetulta haavalta. Mikäli halutaan tutkia, onko haavalla resistenttien bakteerien, kuten MRSA:n kasvua, otetaan

näyte puhdistamattomalta haavalta. Mikäli kyseessä on yleisoireinen haavainfektio, on suositeltavaa ottaa myös veriviljelynäytteet ennen antibiootin valintaa. (Lehtola & Jääskeläinen 2018, 57; Käypä hoito -suositus 2014.)

Paikallisesti infektioitunut haava voidaan hoitaa 5-7 vuorokauden mittaisella suun kautta otettavalla antibiootilla, jolloin myös haavan paikallishoitoa tehostetaan. Kuumeileva yleisoireinen haavainfektio potilas tarvitsee suonensisäistä antibioottihoitoa veriviljely ja haavan bakteeriviljely tulosten mukaan valitulla antibiootilla. (Lehtola & Jääskeläinen 2018, 57; Käypä hoito -suositus 2014.)

Mikäli potilaalla esiintyy yleisoireita, voi kyseessä olla haavasta liikkeelle lähtenyt septinen infektio. Hoitopaikan valitaan vaikuttavat potilaan yleistila, perussairaudet ja infektion vaikeusaste. Suonensisäiseksi antibioottihoidoksi sopii flukloksasilliini neljäksi vuorokaudessa, kefuroksiimi kolmesti vuorokaudessa tai klindamysiini kolmesta neljään kertaan vuorokaudessa toteutettuna. Suun kautta otettavaan antibioottiin voidaan siirtyä, kun hoidolla on saavutettu vaste kliinisiin oireisiin. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Infektioituneen haavan hoitoon kuuluu antibioottilääkityksen lisäksi riittävä mekaaninen puhdistus ja oikein valitut paikallishoitotuotteet. Paikallishoidon tavoitteena on poistaa ja vähentää bakteerien määrää haavassa. Tuotteeksi sopivat bakteereja sitovat, niitä vähentävät tai tappavat tuotteet ja sidokset. Suojasidos valitaan erityksen mukaan, runsaasti erittävälle tarvitaan imukykyinen sidos. Infektioituneelle haavalle ei suositella ilmatiiviitä sidoksia. (Käypä hoito -suositus 2014.) Kotisairaaloissa on yksiköiden välillä eroja siinä, kuuluuko haavan paikallishoito kotisairaalan vai kotihoidon toteutettavaksi. (Lehtola & Jääskeläinen 2018, 57).

3.5 Infuusiohoitojen toteuttaminen kotisairaalassa

Lääkehoito on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa ja keskeinen kotisairaalan tehtävä. Onnistunut lääkehoito edellyttää potilaan sitoutumista hoitoon. Sitoutumisen edistämiseksi potilaan tulee olla tietoinen hoidon tavoitteista ja lääkkeen käyttötarkoituksesta. (Kivekäs ym. 2017, 185.)

Kotisairaala mahdollistaa lääke -ja verivalmisteiden infuusiohoidon potilaan kotona tai hoitolaitoksessa, jossa potilas asuu. Näin voidaan helpottaa etenkin huonokuntoisten potilaiden siirtymistä terveydenhuollon toimipisteisiin ja hoitaa heitä joustavasti tutussa ympäristössä. (Ohvanainen 2018, 112.)

Kivekäs ym. (2017, 185) kertoo tutkimuksessaan, että kansainvälisesti infuusiohoitojen toteutuksesta potilaan kotona on saatu myönteisiä tuloksia. Potilaille myönteistä on hoitopaikan valinnan mahdollisuus sekä arkeen paluun nopeutuminen, organisaatiolle höytynä on vuodepaikkojen vapautuminen akuuttihoitoon ja suunnitellun operatiivisen toiminnan käyttöön.

Paladinon & Poretzin (2010, 207) mukaan paluu työelämään ja arkeen tapahtuu nopeammin ja kotona saatu hoito koetaan mielekkääksi sekä yhtä turvalliseksi kuin sairaalassa saatu hoito. Haitallisia vaikutuksia ei kuitenkaan ole vielä tutkittu, sillä jossain tapauksissa kotiympäristö voi olla haasteellinen ilman säännöllistä valvontaa. Riskinä voi olla erilaiset reaktiot annettuihin lääkkeisiin ja varsinkin jos lähimpään sairaalaan on pidempi matka. Näitä asioita tulisi vielä tarkastella tutkimukselliselta kannalta.

Avohoidossa toteutettavasta laskimoon annettavasta antibiootihoidosta käytetään kansainvälisesti nimitystä outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT). OPAT-toiminnassa sairaanhoitaja vastaa potilaan ohjaamisesta ja hoidon toteutuksesta, lääkäri vastaa hoidosta, tiimiin kuuluu lisäksi infektio lääkäri ja farmaseutti. Kotisairaaloiminnan laajentuessa ja kehityksessä Suomessakin olisi hyödyllistä kehittää OPAT-tyyppistä toimintaa. (Kivekäs ym. 2017, 185-186.)

Yleinen käytäntö on, että infuusiona annettavat lääkkeet toimitetaan potilaille kotisairaalaan ja ne kuuluvat hoitomaksuun. Samoin jotkin injektioina annettavat hoitoon määrätyt lääkkeet. Muut säännöllisesti käyttämänsä lääkkeet potilas hankkii ja maksaa itse. (Ohvanainen 2018, 112.)

Kotisairaalassa injektiot ohjeistetaan valmistelemaan käyttökuntoon juuri ennen niiden pistämistä potilaan kotona ja infuusion valmistamaan kotisairaalan asianmukaisissa aseptisissä tiloissa tai sairaala-apteekissa. Kotisairaalan lääkehuollossa noudatetaan valtakunnallisia turvallisen lääkehoidon ohjeita ja toimipaikan lääkehoitosuunnitelmaa, lääkelakia ja asetusta. Lääkkeen vaikuttavuutta ja haittavaikutuksia tulee seurata ja ne kirjata asiaankuuluvasti. (Ohvanainen 2018, 112;116.)

Ennen infuusion antamista sairaanhoitaja kanyloi perifeerisen laskimon tai tarkistaa aiemmin asetetun kanyylin toimivuuden. Käsihygieniasta huolehditaan ja käytetään tehdaspuhtaita käsiaineita. Kanyyli huuhdellaan keittosuolahuuhteella, tarkistetaan ettei pistoalueella ole neste-kertymää eikä verenpurkamia. Infuusionesteen tulee tippua vapaasti eikä se saa aiheuttaa potilaalle kipua. (Lindén & Ilola 2013.)

Kanyylin pistopaikan ihoa ja raajan verenkiertoa tarkkaillaan päivittäin ja seurataan mahdollisia infektion merkkejä, kuten kuumetta, kanyylin ympärystän kipua, turvotusta, kuumotusta, punoitusta ja märkäeritystä. Mikäli infektionmerkkejä havaitaan, tulee kanyyli poistaa heti ja asettaa uusi kanyyli toiseen laskimoon. Ulospäin liukunutta kanyyliä ei saa työntää takaisin suoneen eikä tukkeutunutta kanyyliä huuhdella, vaan asetetaan uusi kanyyli. Kanyylin auki pysymiseksi huolehditaan riittävät huuhtelut ennen ja jälkeen infuusion keittosuolaliuoksella. Tarpeettomat kanyylit poistetaan heti. (Lindén & Ilola 2013.) Kanyyleista 60 prosenttia vaihdetaan hoidon aikana tukkeutumisen tai infektion vuoksi (Nyholm 2019,10).

Jatkuvana infuusiona menevien perusliuosten infuusioletkut ja kolmitiehanat ohjeistetaan vaihtamaan kolmen- neljän vuorokauden välein ja lääkeinfuusioiden letkustot lääkevalmisteen ohjeen mukaan. Intermittoivassa eli jaksoittain annettavassa tiputuksessa, kuten antibiootien kohdalla, ohjeistetaan vaihtamaan jokaisella infuusion antokerralla uusi letkusto. Kanyyli suositellaan vaihtamaan 48-72 tunnin välein. Näissä ohjeissa on kuitenkin toimipaikkakohtaisia eroja. (Lindén & Ilola 2013; Muhonen 2017.) Kanyyliä voidaan käyttää myös pidempään, jos potilaalla on poikkeuksellisen vähän suonia, joita voidaan kanyloida (Heikkinen 2015, 88). Jos kanyyli on asetettu ensihoidossa, suositellaan se vaihdettavaksi heti tai viimeistään 24 tunnin kuluessa (Nyholm 2019, 2).

Likaiset tai irronneet kanyylin kiinnitykseen käytetyt sidokset vaihdetaan uusiin. Potilaan mennessä suihkuun kanyyli suojataan, potilas voi laittaa käden muovipussiin ja teipata sen tiiviiksi. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 261.) Jos sidos on vesitiivis ei sitä tarvitse välttämättä erikseen suojata, mutta tiiviys täytyy varmistaa. Kädet voidaan pestä normaalisti, jos kanyylin suojana on vesitiivis kalvo. Potilasta ohjataan olemaan koskettelematta kanyyliä ja nesteensiirtovälineistöä. Myös tulehduksen merkeistä, kivusta tai muista tuntemuksista ohjataan kertomaan sairaanhoitajalle. Jos sidos on likaantunut, irronnut tai kanyyli on huonosti, tulee siitä kertoa hoitajalle, eikä sidoksia taikka kanyyliä saa itse poistaa. Raajaa, jossa kanyyli on saa käyttää normaalisti, kunhan kanyyli ei taitu eikä pääse irtoamaan. (Ääreislaskimokanyylin potilasohje 2018.)

Kanylointi tulee tehdä rauhallisissa oloissa, mahdollisimman kivuttomasti ja vähin pistoyrityksin. Potilaan ohjaukseen tule kiinnittää huomiota, potilasta on hyvä rauhoitella ja kanylointi kannattaa tehdä makuuasennossa, jos potilasta alkaa heikottaa toimenpiteen aikana. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 254.) Potilaan pelkoja ja epä tietoisuutta pyritään vähentämään antamalla tietoa kanyloinnin syystä, toimenpiteen kulusta, kuunnellaan potilaan toiveet pistopaikan suhteen, käydään läpi hoidon tavoitteet, kanyloinnin ja infuusion hoidon vaikutukset hoitoon ja toimintakykyyn sekä käydään läpi jatkohoito-ohjeet. (Lindén & Ilola 2013.)

3.6 Esitteen laatiminen

Hyvä esite kertoo selkeästi mitä palvelua esitteen antajalla on tarjota, sekä kertoo oleelliset tiedot jo käydystä keskustelusta. Asiakkaalle esite on jo palvelu sinänsä. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

- Esitteessä kerrotaan palvelu selkeästi ja esitettä on helppo lukea.
- Kertoo palvelun hyödyistä asiakkaalle.
- Avaa potilaalle palvelun tarjoajan osaamisen.
- Vahvistaa potilaan ostopäätöstä palvelusta. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

Esitettä luodessa voidaan apuna käyttää tikapuumallia. Siinä luodaan esitteen kappaleiden otsikot. Otsikoiden alle kirjoitetaan pääasiat, joita asiakkaille halutaan kertoa. Tällä tavoin luodaan luurankomalli esitteelle, joka selkeyttää esitteen alkuluomista. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

Otsikoiden alle on hyvä kertoa tärkeimmät asiat, joita halutaan tuoda esille ja perustella palvelun hyödyt, sekä miten asiakas/potilas saa lisää tietoa saamastaan palvelusta tarvittaessa (Näin teet loistavan esitteen 2012).

Luurankomallin toteuttamisen jälkeen pohditaan, onko esitteessä kaikki tarvittava tieto ja löytyykö siitä tärkeimmät tiedot, joita halutaan esitteessä kertoa. Onko otsikot puhuttelevia ja selkeät. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

Kuvituksen suunnittelu on osa luurankomallinnusta. Kuvituksen suunnittelussa on hyvä pitää yhdessä linjassa, jotta esitteestä tulee selkeälinjainen. Päätetään, käytetäänkö kuvitukseen aihekuvia, graafisia kuvia vai halutaanko esitteeseen kuvituskuvia. Kuvilla määritellään myös esitteen sisältöä. Graafisilla kuvituksilla voidaan avata esitteen sisältöä. Aihekuvia käytäessä kuvitus suunnitellaan aiheen pohjalta, niitä haetaan kuvapankeista tai kuvat otetaan itse. Aihekuvilla tuetaan omia argumentteja ja niiden avulla lisätään esitteeseen mielenkiintoa. Kuvituskuvilla esitteeseen liitetään aiheeseen liittyviä kuvia. Jos esitteellä halutaan mainostaa palvelua, siihen voidaan liittää palveluun liittyviä toiminnallisia kuvia. Kuvat luovat symboliikkaa esitteeseen. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

Kannen suunnittelu on tärkeä osa esitettä ja sitä varten tulee miettiä, miten palvelua halutaan markkinoida asiakkaalle. Argumenttien käytössä tulee pohtia mitä hyviä otsikointeja kannattaa käyttää. Kannen kuvan tulisi olla selkeä ja kertoa oleellinen palvelusta ja sen tulisi olla kannen otsikoinnin tukena, sekä soveltua kohderyhmälle. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

Esitteen viimeistelyssä tulee pohtia esitteen etu- ja takakannen kuvat, sekä otsikointi. Kappalet tulee kirjoittaa selkeästi ja perustellusti. Mieti kuvat ja hanki kuvat kuvapankeista, yritykseltä itseltään tai ottamalla itse esitteeseen sopivat kuvat. (Näin teet loistavan esitteen 2012.)

Painotuotteen kokoa on tärkeää harkita. Tuotteen koko vaikuttaa typografian valintaan, ja koko ja typografia puolestaan vaikuttavat luettavuuteen. Myös tekstikoko ja paperinlaatu vaikuttavat luettavuuteen. Toimeksiantaja organisaation typografiset ohjeistukset tulee selvittää ja mahdolliset toimeksiantajan logot ja värimaailmaan liittyvät toiveet huomioida ja keskustella niistä ennen työn aloittamista. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 52-53.)

Tavoitteena on, että tuote erottuu edukseen muista ja se on yksilöllinen ja persoonallinen. Opinnäytetyönä toteutetulta tuotokselta odotetaan, että kehitetty tuotos on uudenlainen, esimerkiksi uusi muoto. Siltä odotetaan myös käytettävyyttä kohderyhmässä ja käyttöympäristössä. Kriteerinä on myös asiasisällön sopivuus kohderyhmälle sekä tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 53.)

Kun opinnäytetyön tuotos sisältää tekstiä, on sen suunnittelussa huomioitava kohderyhmä, jolle se tulee. Mukautettavan sisällön ja kieliasun tulee palvella vastaanottajaa ja viestintätilannetta. Kun kyseessä on painotuote, tulee monenlaisia asioita pohdittavaksi, tärkeimmät mietinnöt liittyvät siihen millainen mielikuva kohderyhmälle halutaan viestittää kyseisellä tuotteella. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51-53.)

Esitteessä kappaleiden jaot tulisi olla selkeät ja kappaleiden väliin on hyvä jättää tyhjä rivi eikä käytetä sisennystä, kun kyseessä on selkokielineen esite. Värien kontrasti esitteessä voi vaikeuttaa luettavuutta ja onkin hyvä pitää väritys taustan osalta neutraalina, jolloin luettavuus helpottuu. Musta teksti valkoisella taustalla toimii parhaiten. Myös vaaleammat sävyt, kuten sininen tai keltainen toimivat hyvinä taustoina. Taustan kirjavuus tekee tekstistä vaikeammin luettavaa, eikä tummalla pohjalla oleva teksti ei ole suositeltavaa selkokielisessä julkaisussa, mutta valkoinen teksti sinisellä pohjalla tekee poikkeuksen. (Selkojulkaisun typografia ja taitto. 2016.)

Lähdekritiikki on erityisen tärkeää huomioida ohjeistusten, oppaiden ja käsikirjojen tuottamisessa. Tärkeää on pohtia mistä tiedot oppaaseen hankitaan ja tarkastella niitä lähdekriittisesti. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 55.)

4 Menetelmät ja toteutus

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelija tekee jonkin konkreettisen tuotoksen, mikä voi olla esimerkiksi opas, kirjanen, esite tai toimintapäivä (Salonen 2013). Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena voi olla esimerkiksi ohjeistaa, opastaa, järjestää taikka järjeistää käytännön toimintaa työyhteisössä. Se voi olla työelämäkumppanin tarpeen mukaan esimerkiksi ammatilliseen toimintaan liittyvä ohjeistus tai opas. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9-10.) Laurean opinnäytetyöohjeessa (2017) todetaan, että opinnäytetyöltä odotetaan selkeää yhteyttä työelämän kehittämiseen ja sen tavoitteena voi olla esimerkiksi palvelun, uuden toimintamallin tai työkalutuurin kehittäminen.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön sisältyy opinnäytetyöraportin lisäksi aina jokin konkreettinen tuotos. Tutkimuksen sijaan toiminnalliseen opinnäytetyöhön voidaan liittää selvitys ja tutkimuksellinen ote näkyy selvityksessä. Selvitys liittyy ideaan tai tuotteeseen ja siihen miten tarvittavat tiedot tuotosta varten kootaan ja miten itse tuotos toteutetaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään väljemmin kuin tutkielmatyypillisissä töissä. Tutkimus on lähinnä selvityksen tekoa ja selvitys on yksi tiedonhankinnan väline. Peruskysymyksiä selvitystä tehtäessä on, millaista tietoa toiminnallisen työn tueksi tarvitaan, miksi tieto on tarpeellista ja mistä tai keneltä tämä tieto on saatavissa ja millä tavalla. Tiedon laadun varmistamiseksi käytetään tutkimusmenetelmiä. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51-57.)

Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka kehittämisympäristönä ja yhteistyökumppanina toimi Vantaan kotisairaala. Työn tarkoituksena oli tuottaa esite kotisairaalan käyttöön, joten työ on ollut vahvasti toiminnallinen alusta alkaen. Opinnäytetyösopimus laadittiin tilaajan kanssa syyskuussa 2019. Tässä aihe rajattiin koskemaan infektiopotilaan hoitoa. Infektiopotilaat ovat suurin ja tiheästi vaihtuva potilasryhmä Vantaan kotisairaalassa, ja kotisairaala koki tarvitsevänsä esitteen tällä hetkellä juuri heille. Tilaaja esitti sopimuksenteon yhteydessä myös, että esitteen tulisi olla valmis ja jaossa joulukuussa 2019.

4.2 Laadullinen tutkimus- ja kehittämismenetelmä

Laadullinen tutkimusmenetelmä on toimiva, kun tavoitteena on ymmärtää jokin ilmiö kokonaisvaltaisesti, halutaan kirjoittamatonta faktatietoa tai ymmärtää millaiset halut, ihanteet ja käsitykset ihmisten toimintaan vaikuttavat. Laadullinen tutkimusasenne palvelee myös, jos halutaan toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin perustuva idea. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä käytetään aineistonkeräämiseen usein lomake- tai teemahaastattelua. Aineiston määrä ei ole tärkeä vaan laatu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57.)

Tietoa voidaan kerätä laadullisin menetelmin toiminnallisessa opinnäytetyössä myös konsultaationa, haastatellen tarkasti valittua asiantuntijaa. Konsultaatio on vapaamuotoinen tiedonhankinnan tapa, mikä sopii parhaiten faktatietojen tarkistamiseen. Konsultaatitietoja ei tarvitse litteroida, vaan sitä käytetään kuten lähdeaineistoa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 56;64.)

Työssä käytettiin laadullisia tutkimus- ja kehittämismenetelmiä. Työn teoriaosuus kerättiin kirjallisuudesta ja sähköisistä lähteistä arvioimalla niiden sisällön soveltuvuutta kuvaamaan ja selvittämään kotisairaala toimintaa. Opinnäytetyön tuotos eli itse esite laadittiin työelämäkumppanin toiveiden ja nykyisten toimintamallien pohjalta, kuvaamaan heidän palveluitaan ja toimintaa potilaalle esitteen muodossa. Työyhteisön toiveet ja tarpeet esitteelle kartoitettiin työpajassa.

Yhteyshenkilönä toimi kotisairaalan osastonhoitaja ja hänen kanssaan käytiin sähköpostikeskusteluja sekä muutamia tapaamisia esitteen luomisen eri vaiheissa ja taustatietojen tarkistamisen suhteen. Tuotos toimitettiin osastonhoitajalle sähköisenä ja tilaaja vastaa tuotoksen painamisesta ja sekä sen käyttöönotosta.

4.3 Työpaja lähtötilanteen kartoituksessa

Työpajat ovat yksi tehokkaimmista suunnittelukeinoista. Organisaatioissa on paljon hiljaista tietoa, jolla on vaikutus toimintaan, eikä sen merkitystä kehittämishankkeissa pidä unohtaa. Työntekijät osaavat kuvata käytännön toimintaa ja prosesseja, ja pohtia uuden intervention vaikutuksia työhönsä mikä antaa keskeistä tietoa kehittämistyön suunnittelussa. Tietoa kannattaa hankkia niiltä keillä sitä on. (Kananen 2012, 86.)

Työelämäkumppanin toiveet esitteelle kartoitettiin suunnitelmavaiheessa. Kartoitukseen valittiin menetelmäksi työpaja kotisairaalan henkilöstölle. Työpajassa kotisairaalan työntekijät saivat ideoida ja kertoa käytännön kokemuksen mukaan, millaista tietoa esitteessä pitäisi olla ja muut toiveet esitteelle. Työpajassa kerättyjen ideoiden pohjalta aloitettiin esitteen suunnittelu ja luominen. Aineistonkeruu vaiheessa olisi voitu haastatella kotisairaalaan nykytilaa esitettä varten esimerkiksi teemahaastattelulla, mutta koska esitteen tuli olla valmis jo joulukuussa ja tutkimuslupahakemus saatiin vireille vasta marraskuussa, päädyttiin pitämään vapaamuotoinen ideointipaja osastotunnin yhteydessä heti suunnitelmavaiheessa.

Työpaja pidettiin osastotunnin yhteydessä 1.10.2019, johon osallistui kotisairaalan osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja sairaanhoitajia. Työpajaan suunniteltiin teemat, joilla kartoitettiin, mitkä olivat olleet infektiopotilaiden useimmiten esittämät kysymykset kotisairaalahoitoon liittyen, ja mitä esiteen tulisi sisältää työntekijöiden mielestä (Taulukko 1). Hoitajille jaettiin post-it-lappuja, joihin he kirjoittivat ideoita. Nämä ideat koottiin taululle otsikoiden alle ja niistä käytiin keskustelua. Kotisairaallalle näytettiin myös kahta esitemallia, joista kotisairaala valitsi kolmeen osaan taitetun esitteen, kahtia taitetun A4 kokoisen esitteen sijaan. Toiveena oli myös, että esite palvelisi kaikkia infektiopotilaita, eikä infektioita eriteltäisi esitteeseen. Esiin nostettiin myös kanyylin hoito-ohjeet ja kanyylin kanssa peseytyminen sekä saunominen, jotka olivat olleet usein kysytyjä kysymyksiä kotisairaalan potilailta. Toiveena oli myös, että esite sisältäisi yleisiä ohjeita kuumeen, voinnin ja laboratorioseurannan kannalta.

Infektiopotilaiden useimmiten esittämät kysymykset	Toiveet esitteen sisällöstä
Hoidon kesto milloin vaihdetaan iv. antibiootti suun kautta otettavaksi	Käyntimaksut Mitä maksu sisältää
Käyntiajat tullaanko samaan aikaan	Käyntiajat suuntaa antavat käyntiajat ja perustelut miksi ei tarkkoja aikoja
Saako sauna	Puhelinnumero/ yhteystiedot mihin ottaa yhteyttä, jos vointi huononee
Milloin otetaan verikokeet	Käynnyliin liittyvät ohjeet/ Yleisesti infektio-ohjeet mitkä oireet vakavia, kuumeen ja voinnin seuranta, suihku, sauna
Minne soitan, jos vointi huononee	Hoitovastuun siirtyminen kotisairaalan lääkärille
Saako sairauslomatoistuksen	Hoidon ehdot sitoutuminen, paikalla olo, päihteettömyys
	Avaimen luovutus

Taulukko 1: Työpajan tulokset

4.4 Esitteen suunnittelu ja laadinta

Esitteen suunnitteluun käytettiin Word-tekstinkäsittely ohjelmaa ja sieltä ladattavaa kolmi-osaisen esitteen mallipohjaa. Esitteen suunnittelussa hyödynnettiin tikapuumallia, josta on kirjoitettu luvussa 3.6. Aluksi luotiin kappaleiden otsikot työpajassa esille tulleiden teemojen myötä. Niiden alle kerättiin tietoa siten, että kaikki työpajassa tarpeelliseksi koetut asiat löytyisivät esitteestä. Otsikoiden alle kirjoitettiin pääasiat, joita asiakkaille halutaan kertoa. Värimaailma valittiin sinisävyiseksi, jotta se sopisi Vantaan kaupungin logoon. Kanteen valittiin palveluun sopiva valokuva. Työssä saatiin käyttää Vantaan kotisairaalan valmiita kuvia.

Ensimmäinen esiteluonnos toimitettiin sähköisenä tiedostona yhteyshenkilölle kommentoitavaksi marraskuun alussa. Hän esitteli luonnoksen tiimille ja esitteeseen saatiin muutamia korjausehdotuksia. Korjaukset tehtiin ja esite toimitettiin jälleen yhteyshenkilölle. Tähän versioon ei saatu enää muutosehdotuksia. Valmis esite toimitettiin kotisairaalaan sähköisenä tiedostona marraskuun lopulla 2019 ja siitä muistutettiin joulukuun puolivälissä. Vantaan kaupungin viestinnästä vastaavan työryhmän oli määrä viimeistellä esitteen ulkoasu muita organisaation esitteitä vastaavaksi ennen painoa ja esite painaa sekä toimittaa jakeluun tilaajan toimesta.

Esitettä ei ollut otettu käyttöön joulukuulla tilaajan toimesta. Esitteeseen oli tehty joitakin muutoksia kotisairaalan työryhmässä ja esite kävi helmikuulla 2020 sairaalan johtoryhmässä, jossa siihen tehtiin vielä muutoksia. Yhteyshenkilö arvioi alkuvuodesta, että esite tullaan otamaan käyttöön aikaisintaan huhtikuussa 2020, poiketen aikaisemmin suunnitellusta aikataulusta, jossa esitteen käyttöönotto olisi ajoittunut joulukuuhun 2019. Aikataulujen muutos tapahtui tilaajan toimesta. Aikataulujen muutos vaikutti oleellisesti palautteen keräämiseen, koska palaute oli ajateltu kerätä, kun esite olisi ollut jo kentällä käytössä tilaajan toivoman alkuperäisen aikataulun vuoksi.

4.5 Palautekysely

Laadullisessa kyselyssä esitetään avoimia kysymyksiä strukturoidulla lomakkeella. Siinä kysytään kaikilta tutkittavilta samat avoimet kysymykset samassa järjestyksessä. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 63.) Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa, mitä hänellä todella on mielessään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201). Avoimet kysymykset tuottavat myös laajempaa tietoa ja ymmärrystä kuin suljetut kysymykset. Suljettuihin kysymyksiin vastataan lyhyesti kyllä tai ei, ja niitä kannattaa laadullisessa tutkimuksessa välttää, koska siinä tulisi saada haasteltava kertomaan mahdollisimman paljon ja monipuolisesti ilmiöstä. (Kananen 2014, 88;92.)

Kysely on perinteisesti kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, mutta myös laadullisessa menetelmässä voidaan käyttää kyselyä ja sen tuloksena saatuja tietoja vertailuun tai kuvaamiseen. Laadullinen tutkimus ei pyri yleistämään kuten määrällinen tutkimus, mutta tutkimustuloksia voidaan ehkä soveltaa vastaavissa tilanteissa. (Kananen 2014, 89.)

Kysymykset luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle, joten kysymysten laadinnassa ja muotoilussa täytyy olla huolellinen. Kysymysten asettelu aiheuttaa eniten virheitä tuloksiin, sillä jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija on kysymyksen tarkoittanut, tulokset vääristyvät. Sanamuodoissa tulee olla tarkkana, ne eivät saa olla epämääräisiä tai eritavoin tulkittavia. Kysymysten tulisi olla yksiselitteisiä eikä johdattelevia. Kysymykset luodaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti, jotta aineistolla saadaan vastaus niihin eikä turhia kysymyksiä tarvitse esittää. (Valli 2010, 103-104.)

Kyselylomake aloitetaan lämmittelykysymyksillä, esimerkiksi taustakysymyksillä, kuten ikä ja sukupuoli. Sen jälkeen asetetaan helpot kysymykset alkuun, joissa ei käydä vielä läpi arkoja aiheita. Spesifimmät kysymykset tulevat helppojen jälkeen ja loppuun voidaan sijoittaa taas helppoja jäähdyttely kysymyksiä. Kyselyn luotettavuus säilyy hyvänä, kun se on rakennettu siten, että vastaajan motivaatio säilyy. Kyselyn alussa esitettyjen kysymysten ja vastausohjeen avulla olisi tarkoitus luoda luottamuksellinen suhde tutkittavaan. Lomakkeen tulisi viestittää vastaajalle kyselyn tärkeys ja mielekkäys. Lomakkeen pituutta täytyy harkita, liian pitkä lomake saa vastaajan luovuttamaan ennen kuin on ehtinyt tutustua kyselyn loppuun

asti. Jos lomake on liian pitkä, lopussa oleviin kysymyksiin vastataan helposti huolimattomasti mikä heikentää myös luotettavuutta. Kysely ei saisi viedä aikaa yli 20 minuuttia. (Valli 2010, 104-105; 108.)

Internet- ja sähköpostikyselyissä voidaan varmistaa vastaaminen jokaiseen kysymykseen asetamalla asetus, joka vaatii vastausta ennen kuin pääsee etenemään. Sen hyviä puolia on, että kaikki vastaavat kaikkiin kysymyksiin eikä aineistoon jää puutteita. Huono puoli on se, että vastaaja voi kokea, ettei hänellä ole tietämystä tai mielipidettä vastata kysymykseen. Tällainen pakko voi myös ärsyttää vastaajaa ja saada vastaajan luovuttamaan kyselyyn vastaamisen kesken. (Valli 2010, 113.)

Itse laadullinen kysely toteutettiin kotisairaalan henkilöstölle palautekyselynä laaditusta esitteestä. Palautteen kerääminen oli tärkeä osa opinnäytetyön arviointia ja se voi auttaa myös kotisairaalaan ottamaan esitteen käyttöön, arvioimaan sen hyötyä käytännön työssä ja juurruttamaan esitteen käytön osaksi työtä. Kivisaaren, Kortelaisen ja Saranummen (1999, 1-2) mukaan juurruttamiseen tarvitaan innovaation ja sen ympäristön molemminpuolinen sopeutumisprosessi. Juurruttamiseen vaaditaan, että kehitetty tuote (esite) on otettu käyttöön. Käytöstä saadaan tietoa, näyttöä ja voidaan ymmärtää sen toimivuutta paremmin sekä mahdollisia muutostarpeita. Juurruttamista voi kutsua kehittyväksi kaksisuuntaiseksi muutosprosessiksi.

Alun perin oli tarkoitus kerätä palautetta, kun esite olisi ollut käytössä jonkin aikaa. Aikataullisesti se ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska esitettä ei ollut vielä painettu ja otettu käyttöön kotisairaalassa maaliskuussa 2020, jolloin kysely piti viimeistään järjestää opinnäytetyön etenemiseksi.

Kyselyyn valittiin kvalitatiivinen tutkimusmetodi, koska haluttiin tietää kotisairaalan sairaanhoitajien näkemyksiä ja mielipiteitä siitä onko esite heidän mielestään hyvä ja vastasiko se heidän tarvettaan. Kyselyllä oli tarkoitus saada myös vahvistusta tutkimuskysymyksiin, jotka olivat mitä infektiopotilaan tulee tietää kotisairaalan toiminnasta ja miten laaditaan hyvä esite.

Kysely valittiin esimerkiksi haastattelun sijaan, koska kyselyssä on mahdollista kertoa rehellinen mielipide ja se on mahdollista toteuttaa anonymisti. Vastaajien henkilökohtaisia tietoja ei haluttu kerätä, koska niillä ei ollut merkitystä palautekyselyssä. Palautteen keräämiseen toivottiin myös tilaajan puolelta sähköistä kyselyä. Kyselyyn käytettiin Laurean E-lomaketta. Lomakkeella kerättiin palautetta esitteen sisällöstä ja ulkoasusta, esitteen käyttökelpoisuudesta ja sen kehitysprosessista opinnäytetyönä. Kyselyn alkuun laadittiin saate (Liite 1), jossa kyselyn taustatiedot kerrottiin ja vastaajia pyydettiin vastaamaan jokaiseen kysymykseen. Lomakkeelle ei kuitenkaan laitettu asetusta, joka pakottaisi vastaamaan jokaiseen kohtaan ennen etenemistä, joka huomattiin vasta kun vastauksia alkoi tulla ja jotkut eivät olleet

vastanneet kaikkiin avoimiin kysymyksiin. Saatteessa oli myös linkki, josta pääsi katsomaan kyselyn kohteena olevaa esitettä sähköisessä muodossa.

Kyselylomake (Liite 2) rakennettiin teemojen esitteen ulkoasu ja sisältö (kysymykset 1-8), esitteen käytettävyys (kysymykset 9-11) ja esitteen kehitysprosessi (kysymykset 12-14) mukaan. Kyselyn laadinnassa yleisohjeena voidaan pitää sitä, että yleisimmät kysymykset sijoitetaan mieluiten kyselyn alkuun ja spesifit loppuun. Asteikkoihin perustuvissa kysymyksissä esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee asteikolta vaihtoehdon, joka kuvaa kuinka voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä, kuin esitetty väittämä. (Hirsjärvi ym. 2009, 196-204.) Kysymykset 1-6 olivat väittämiä, jotka laadittiin hyvän esitteen tunnuspiirteiden mukaan. Niitä ovat selkeys, helppolukuisuus, riittävän suuri fontti, käytännöllinen taitto, sopivat kuvat ja se, että esite antaa oleelliset tiedot. Väittämiin vastattiin 5-portaisella Likertin asteikoilla, jossa 1 oli eri mieltä, 2 osittain eri mieltä, 3 siltä väliltä, 4 osittain samaa mieltä ja 5 täysin samaa mieltä. Asteikko kysymykset kuuluvat määrälliseen kyselyyn, mutta alkuun haluttiin laatia helposti vastattavat väittämät, jottei vastaaja luovuttaisi kyselyn täyttämistä kesken, kokiesaan sen heti liian työlääksi, joutumalla vastaamaan alusta loppuun sanallisesti avoimiin kysymyksiin. Hyvän esitteen tunnuspiirteet tiedettiin ja väitettiin, että esite oli sellainen ja haluttiin vastaajan mielipide asiasta. Vastausten perusteella voitiin analysoida täyttääkö esite hyvän esitteen tunnuspiirteet.

Seuraavat kysymykset 7-14 olivat avoimia kysymyksiä, jotka laadittiin siten, että saataisiin vastaajan mielipidettä kuvailevia vastauksia. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoin kysymys sallii vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, se ei ehdota vastauksia, vaan osoittaa vastaajan tietämyksen aiheesta ja sen mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajan mielestä ja se voi osoittaa myös vastaajan asiaan liittyvien tunteiden ja motivaation voimakkuuden. (Hirsjärvi ym. 2009, 201-203.) Kysymykset pyrittiin muotoilemaan selkeiksi ja helposti ymmärrettäviksi, jotta kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla. Kysymykset laadittiin siten, että ne eivät johdattele ja yhdessä kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa.

Kysely toimitettiin osastonhoitajalle maaliskuussa, joka puolestaan välitti kyselyn kotisairaalan työntekijöille, myös osastonhoitajan toivottiin vastaavan samaan kyselyyn. Kyselyn vastusaika oli 12.3-20.3.2020. Kysely toimitettiin 13 hoitajalle ja vastauksia saatiin 6 kappaletta. Palautekyselystä muistutettiin muutaman kerran kyselyn aikana, ja sitä jatkettiin viikon jälkeen viidellä päivällä. Tämän jälkeen kyselyä ei enää jatkettu, koska maassamme vallitsi poikkeusolot korona pandemian vuoksi, mikä oletettavasti kuormitti kotisairaalan toimintaa, eikä vastausprosentti olisi todennäköisesti kasvanut. Tulleisiin palautteisiin voitiin kuitenkin olla tyytyväisiä, koska niissä oli monipuolisia vastauksia. Voitiin myös olettaa, että kyselyyn olivat vastanneet ne, joilla oli parhaiten tietoa ja näkemyksiä kyseisestä aiheesta. Palautteen keräämiseen olisi voitu käyttää myös haastattelua kyselyn sijaan, jolloin se olisi kohdistunut

muutamaan hoitajaan, joilla on parhaiten tietoa asiasta ja jotka ovat olleet mukana esitteen kehitysprosessissa. Kysely kohdistettiin kuitenkin kaikille, jotta kaikilla oli mahdollisuus kertoa mielipiteensä esitteestä ja osallistua sen kehittämiseen.

4.6 Kyselyn analysointi

Analyysiin ryhdytään, kun aineisto on kerätty ja järjestetty. Analyysivaiheessa saadaan selville, millaisia vastuksia asetettuihin kysymyksiin saatiin. Laadullinen aineisto voidaan yhdistellä, luokitella ja kuvailla ja lopputuloksena saada selitys. Analyysimenetelmäksi valitaan sellainen, mikä tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimuskysymykseen, tarkkoja sääntöjä valintaan ei ole. Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmiä on muun muassa teemoittelu, tyypittely ja sisällön erittely. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-224.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä, jossa käytetään laadullista menetelmää aineiston keruussa, ei ole aina tarpeen analysoida kerättyä aineistoa yhtä tarkkaan ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisessa työssä (Vilkkä & Airaksinen 2004, 56-57). Analyysimenetelmän valinta laadullisessa aineistossa jää aina tutkijan päätettäväksi. Laadullinen tutkimus on joustava, jos jokin analyysimenetelmä ei tuota tulosta voidaan kokeilla seuraavaa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on paljastaa tekstin ydin ja tehdä siitä tiivistetty kuvaus. Se voi tarkoittaa myös sisällön erittelyä, jolloin voidaan laskea ilmiöön liittyviä kuvauksia ja esiintymistiheyttä sekä yhteyksiä toisiinsa. (Kananen 2012, 116.)

Sisällönanalyysi, jonka kohteena on kirjalliset dokumentit, tehdään konkreettisesti lukien tekstiä ja miettien samalla mitä tämä tarkoittaa. Se voi olla myös mekaanista sanojen tai sanaparien etsimistä ja niiden määrällistä laskemista. Käsin tehdystä tulokinnasta tekstin sisältö tulee tulkittua oikein ja sillä on parempi validiteetti kuin automaattitulkintaa käyttämällä. (Kananen 2014, 126.)

Sisällönanalyysilla voidaan tarkoittaa niin laadullista sisällönanalyysia kuin sisällön määrällistä erittelyä, joissa aineistoa voidaan tarkastella eritellen ja yhtäläisyyksiä tai eroja etsien ja aineistoa tiivistäen. Laadullinen aineisto ei sulje pois määrällisyyttä, määrä ja laatu voivat molemmat olla mukana, myös laadullisessa tutkimuksessa määrällinen analyysi voi olla käyttökelpoinen. Kvantifioimalla eli laskemalla laadulliseen aineistoon pääsee konkreettisemmin kiinni. Laskemalla voi saada myös varmuuden siitä, että tutkimuksen tuloksina esitettävät päätelmät eivät perustu vain tutkijan omaan tuntumaan vaan ne todella esiintyvät aineistossa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 a, Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 b.)

Kun laadullisen tutkimuksen analyysiin otetaan mukaan määrällisiä elementtejä, voidaan määrälliseen tutkimukseen liittyvät lainalaisuudet yleistämisestä ja tilastollisista laskelmista unohtaa. Laadullisessa analyysissä voidaan laskea esimerkiksi koodattuja sanoja tai erilaisiin teemoihin kuuluvien elementtien määriä. Myös laadullisessa tutkimuksessa voidaan esittää

taulukkoita, joista keskeisimmät voi liittää havainnollistamaan tai kuvaamaan aineistoa. Taulukkoa käytettäessä tulee esittää mikä taulukon tarkoitus on, mitä siinä on laskettu ja mistä ja mikä on laskutulosten merkitys analyysin kannalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 b.)

Kun tulokset on analysoitu, tulee ne tulkita. Tuloksinassa pohditaan analyysin tuloksia ja tehdään niistä johtopäätöksiä. Tulokset kuvataan synteessissä alkuperäiseen ongelmaan. Siinä kootaan yhteen pääiseikat ja annetaan vastaukset asetettuihin ongelmiin. Johtopäätökset perustuvat näihin synteeseihin ja tärkeää on pohtia tulosten merkitystä tutkimusympäristössä ja laajemminkin. (Hirsjärvi ym. 2009, 229-223.)

Kyselyn tulosten analysointiin käytettiin sisällön erittelyä. Vastaukset pelkistettiin ja aineistosta etsittiin yhteneväisyyksiä ja erilaisuuksia. Koska kyseessä oli palautekysely, sekä yhteneväisyydet, että erilaisuudet olivat tarkastelun kohteena. Kaikki vastaukset olivat arvokkaita, eikä ollut tiettyä mallivastausta, jollaista etsiä vaan kaikenlaiset vastaukset olivat analyysin kohteena. Jokaisen kysymyksen alle eriteltiin kaikki erilaiset vastaukset ja samankaltaiset vastaukset laskettiin yhteen. Tässä käytettiin kvantifiointia, eli laskettiin tietyn kuvauksen esiintymistiheyttä kunkin kysymyksen kohdalla. Vastaaajien määrä oli kuitenkin pieni ja helposti laskettavissa, joten niitä ei lähdetty esittämään prosentuaalisesti.

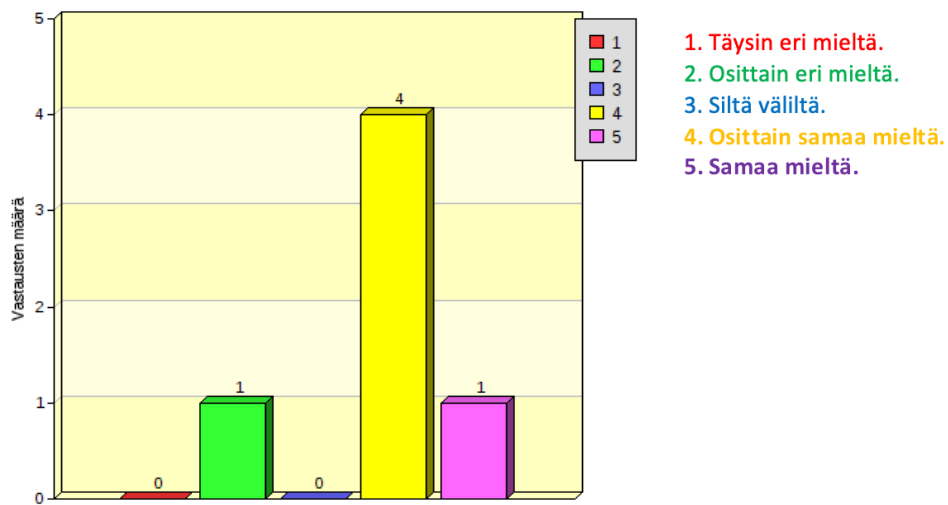
5 Tulokset

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi ”Tervetuloa Vantaan kotisairaalaan infektion hoitoon”- esite (Liite 3). Esite ei tullut käyttöön sellaisenaan kotisairaalassa, vaan se vaatii vielä jatkokehittelyä kotisairaalan muuttuvien tarpeiden mukaan ja sopivaa ajankohtaa esitteen käyttöönottoon. Kotisairaala voi hyödyntää esitteen jatkokehittelyssä myös kyselyllä kerättyä palautetta esitteestä. Palautekyselyn tulokset esitellään seuraavissa luvuissa. Eriteltyjen tulosten jälkeen on esitetty havainnollistavia sitaatteja aineistosta.

5.1 Esitteen ulkoasu ja sisältö

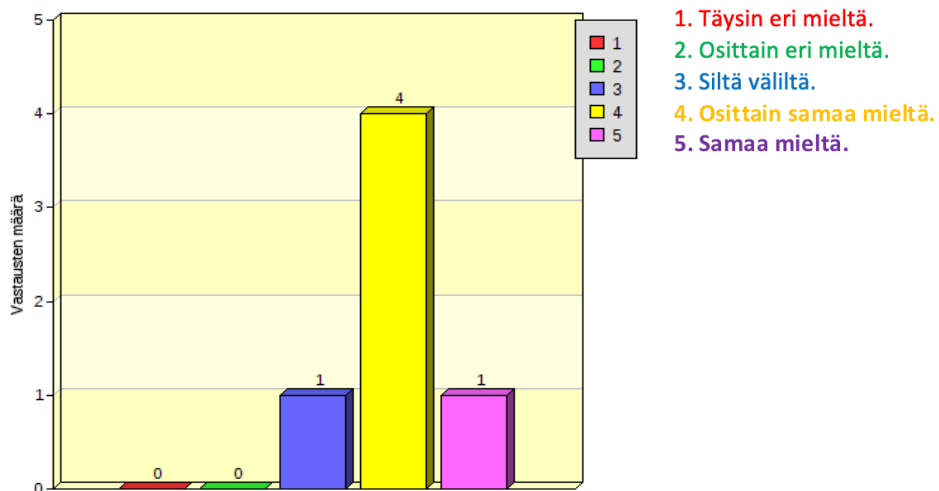
Kysymykset 1-6 esitettiin väittäminä, joihin vastattiin asteikolla 1-5, valitsemalla parhaiten kuvaava vaihtoehto. Asteikossa 1 oli eri mieltä, 2 osittain eri mieltä, 3 siltä väliltä, 4 osittain samaa mieltä ja 5 samaa mieltä. Väittämät olivat; esite on selkeä, esite on helppolukuinen, fontti on riittävän suuri, kuvat sopivat esitteeseen, taitto on käytännöllinen ja esitteestä löytyy oleelliset tiedot.

Tulosten mukaan esitteen ulkoasuun ja sisältöön oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Fontin koko sai enemmän hajontaa, ja tämän perusteella se olisi saanut olla suurempi. Tulokset on esitetty kuvioissa 1-6.



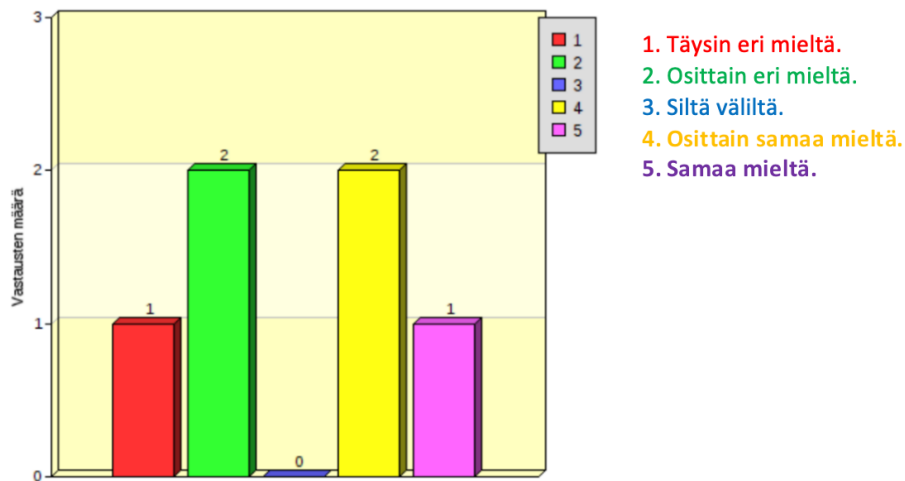
Kuvio 1: Väittämä 1. Esite on selkeä

Esitteen selkeyteen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä, neljä vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja yksi vastaaja oli osittain eri mieltä, väittämässä esite on selkeä.



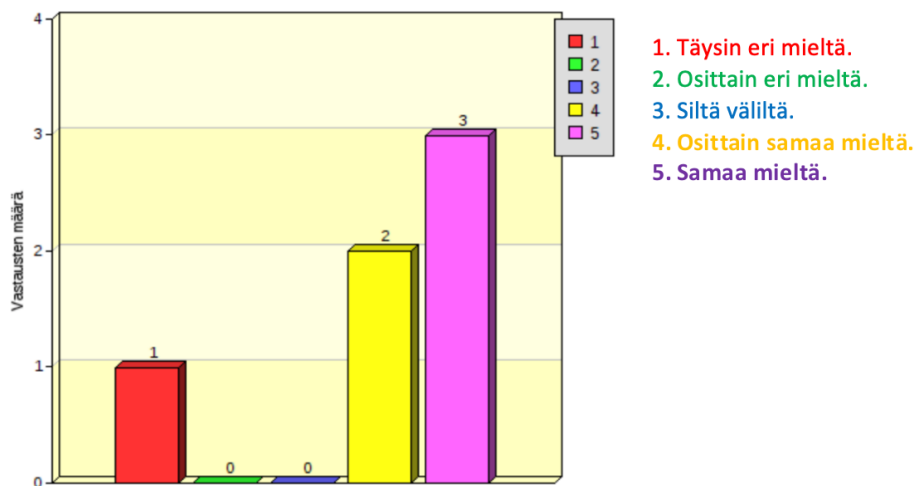
Kuvio 2: Väittämä 2. Esite on helppolukuinen

Esitteen helppolukuisuuteen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä, neljä vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja yhden vastaajan mielipide sijoittui neutraaliin väittämässä, esite on helppolukuinen.



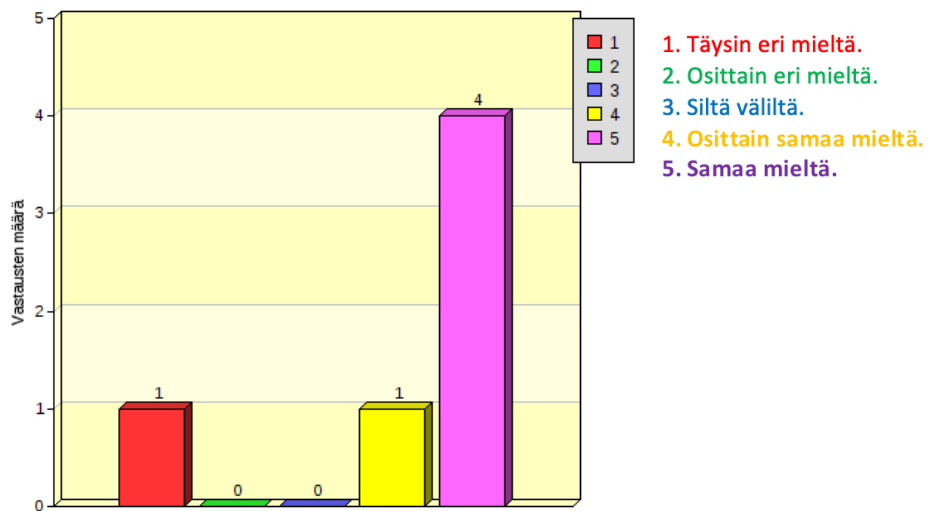
Kuvio 3: Väittämä 3. Fontti on riittävän suuri

Fontin kohdalla ilmeni enemmän hajontaa. Yhden vastaajan mielestä fontti oli riittävän suuri, kaksi vastaajaa oli siitä osittain samaa mieltä, kaksi vastaajaa oli osittain eri mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä, väittämässä fontti on riittävän suuri.



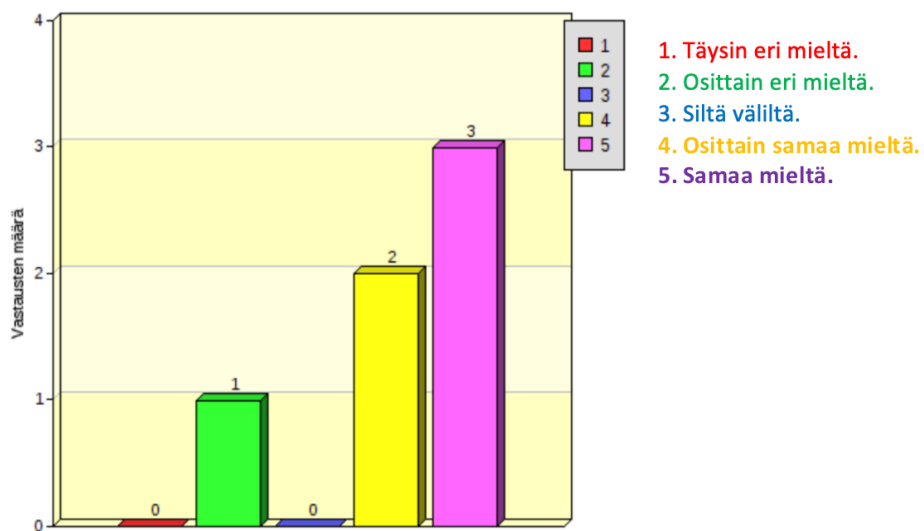
Kuvio 4: Väittämä 4. Kuvat sopivat esitteeseen

Kuvien sopivuuteen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Kolme vastaajaa oli täysin samaa mieltä, kaksi vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä, väittämässä kuvat sopivat esitteeseen.



Kuvio 5: Väittämä 5. Taitto on käytännöllinen

Taitto oli käytännöllinen neljän vastaajan mielestä, yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä, väittämässä taitto on käytännöllinen. Taittoon oltiin siis enimmäkseen tyytyväisiä.



Kuvio 6: Väittämä 6. Esitteestä löytyy oleelliset tiedot

Oleellisten tietojen löytymiseen esitteessä oltiin pääosin tyytyväisiä. Kolmen vastaajan mielestä esitteestä löytyi oleelliset tiedot, kaksi vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja yksi oli osittain eri mieltä väittämässä, esitteestä löytyy oleelliset tiedot.

Väittämiä jälkeen kysyttiin avoimilla kysymyksillä millaisia muutoksia vastaaja olisi kaivannut esitteen ulkoasuun ja sisältöön liittyen. Ulkoasuun kolme toivoi isompaa fonttia, yksi kertoi, ettei esite kaipaa muutoksia ja kaksi oli jättänyt vastaamatta. Sisällön suhteen neljä toivoi vähemmän tekstiä, mietittiin myös, että tekstiä on liikaa, mutta mitä siitä voisi ottaa pois. Yksi vastasi, ettei toivo mitään muutoksia ja yksi ei ollut vastannut.

Aavistuksen isompi teksti saisi olla.

Ehkä hieman vähemmän tekstiä.

Muutamia turhia toistoja.

Esitteessä on vieläkin liika tekstiä. Mutta mitä ottaisi pois?

Esite on hyvä, eikä mielestäni kaipaa muuta.

5.2 Esitteen hyödyntäminen

Kysymykseen miten voit hyödyntää esitettä työssäsi, kuvailtiin esitteen olemassaolon antavan ammattimaisemman kuvan kotisairaalan toiminnasta. Kolme kertoi hyödyntävänsä esitettä siten, että aikoo jakaa esitteen kaikille infektiopotilaille. Esitteen hyödyksi mainittiin myös, että se antaa oleelliset tiedot yhdellä paperilla potilaalle. Yksi koki saavansa esitteestä myös itse tiedon potilaiden kysymyksiin, esimerkiksi hinnoista.

Luo ammattimaisempaa kuvaa toiminnasta kun esite.

jakamalla potilaille ja saan myös tiedon potilaan esittämiin kysymyksiin esim. hinnasta.

Oleelliset tiedot kompaktisti potilaalle.

Aijon jakaa sen kaikille infektio potilailleni.

5.3 Infektiopotilaan näkökulman huomioiminen esitteessä

Infektiopotilaan näkökulman huomioimista esitteessä kysyttiin kysymyksillä mitä infektiopotilaan tulee mielestäsi tietää kotisairaala hoitoonsa liittyen ja miten se oli huomioitu esitteessä. Vastausten perustella infektiopotilaan tulee tietää käyntiajat, mihin ottaa yhteyttä voimien muuttuessa, hoitoon sitoutuminen, hinnat ja mitä ne sisältävät sekä kanyylin/ PICC: in kanssa elämisen ohjeet. Seuraavaksi kysyttiin, miten nämä seikat oli huomioitu esitteessä, ja

vastusten perusteella nämä löytyivät esitteestä hyvin. Yksi oli vastannut, että esitteessä pitäisi mainita, että hoitava lääkäri voi olla myös joku muu kuin kotisairaalan oma lääkäri ja jos tätä mainintaa ei esitteessä ole, vastaaja koki, ettei esitettä voida jakaa kaikille potilaille.

Olla yhteydessä, jos vointi muuttuu, ja olla paikalla, viitteelliset käyntiajat.

Käyntiajat, puh no, sitoutuminen hoitoon ja kanyylin tai piccin kanssa eläminen.

Mitä hoito maksaa ja mitä siihen kuuluu, miten toimin, jos tulee hätä tai vointi huononee.

Hoitava lääkäri voi olla koko hoidon ajan myös joku muu kuin kotisairaalan lääkäri. Potilaat joilla hoitosuhde jatkuu esim, Aurooran os.52, kolmiosairaalassa, syöpätaudeilla, Hemalla ym...

Ei ole huomioitu. Tai sitten kaavaketta ei voi kaikille antaa. Vaatii hienosäätöä.

5.4 Ideointipajan toiveiden huomioiminen ja vaikutusmahdollisuudet

Esitteen kehitysprosessista kysyttiin, miten ideointipajan toiveet oli huomioitu esitteessä. Viisi vastasi tähän, että ideapajan toiveet oli huomioitu hyvin. Yksi oli jättänyt vastaamatta. Seuraavaksi kysyttiin, oliko vastaaja saanut mielestään vaikuttaa esitteen sisältöön. Viisi vastasi kyllä ja yksi oli jättänyt vastaamatta.

5.5 Jatkokehitysideat ja muu palaute

Viimeisenä kysymyksenä kysyttiin jatkokehitysideoita ja sai antaa vapaata palautetta opinnäytetyöntekijöille. Vastauksissa toivottiin kotisairaallalle omia nettisivuja ja samoja tietoja sinne. Ehdotettiin myös QR-koodia potilaspalautteen antamiseen. Muussa palautteessa kiitettiin esitteen tekemisestä ja oltiin tyytyväisiä, että esite oli tehty.

Ei oikeastaan mitään nyt tässä kohdin. Kiitän teitä kovasti tästä työstä.

Samat myös verkkoon ja kotisivuille, joita ei ole vielä, kenties jokin qr-koodi jolla voi lähettää palautteita.

Hyvä että teitte nämä!

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Kyselyn tulosten perusteella infektiopotilaan tulisi tietää kotisairaalahoidoonsa liittyen käyntiajat, mihin ottaa yhteyttä voimien muuttuessa, mitä hoitoon sitoutuminen tarkoittaa, hinnat sekä mitä ne sisältävät ja kanyylin tai PICC:in kanssa elämiseen liittyviä ohjeistuksia. Nämä tiedot löytyvät esitteestä. PICC-katetria ei käsitelty opinnäytetyössä eikä esitteessä, koska tätä ei missään vaiheessa aiemmin mainittu. Koska esitteessä on jo runsaasti tekstiä, kotisairaallalla voisi olla tarvetta erillisille ohjeistuksille tietyille potilasryhmille.

Palautekyselyn kysymykset 1-6 oli laadittu sen mukaan, millaiset ovat hyvän esitteen tunnuspiirteet. Hyvä esite on helppolukuinen ja selkeä, fontti on sopiva, kuvat palvelevat esitettä, taitto on käytännöllinen ja esite antaa asiakkaalle oleellisen tiedon. Vastausten perusteella voitiin päätellä, että esitteen selkeyteen ja helppolukuisuuteen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Fontin koko sai enemmän hajontaa ja tämä korostui myös muutosehdotuksissa. Kuvista oltiin pääosin sitä mieltä, että ne sopivat hyvin esitteeseen. Taittoon ja oleellisten tietojen löytymiseen esitteestä oltiin pääosin tyytyväisiä. Palautteen perusteella sisältöä karsimalla fontin kokoakin voisi suurentaa.

Esitteen kehitysprosessiin oltiin palautteen perusteella tyytyväisiä ja ideointipajan toiveet oli huomioitu esitteessä vastaajien mielestä hyvin. Kotisairaalan henkilökunta koki saaneensa vaikuttaa esitteen sisältöön. Työpaja suunnitelmavaiheen alussa oli hyvä menetelmä myös opinnäytetyöntekijöiden kannalta, koska se täsmensi aiheenrajausta. Tämän jälkeen teoriaperustaan haettiin tietoa, joka palveli myös esitteen laadintaa. Esitteen luominen oli sujuvaa, kun työpajassa esitetyt tarpeet ja toiveet tiedettiin ja aiheeseen oli perehdytty tietoperustassa. Hoitajien ideapajassa antama palaute ja hyvä osallistuvuus antoi paljon tietoa esitteen tekemiseen.

Esitteen hyödynnettävyyttä kuvattiin muun muassa sillä, että se antaa ammattimaisemman kuvan kotisairaalan toiminnasta, se aiotaan jakaa kaikille infektiopotilaille ja siitä saa myös hoitaja tiedon potilaan esittämiin kysymyksiin. Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli luoda esite, joka toimisi myös hoitajille apuna ja keskustelun pohjana ensikäynnillä. Tämän vastauksen perusteella tämä tavoite saavutettiin.

Tarkoitus oli huomioida kaikki ideapajan toiveet ja sisällyttää ne esitteeseen. Suurin osa palautteen antajista koki, että esitteessä oli liikaa tekstiä. Olisimme ehkä voineet järjestää toisen työpajan keväällä kotisairaalan henkilöstölle, jossa olisi voitu käydä palautteet läpi ja karsia esitteestä ne tiedot pois, jotka hoitajat kokevat tarpeettomaksi ja työstää esite lopulliseen muotoonsa. Tällaista emme olleet kuitenkaan suunnitelleet keväälle, eikä vallitsevan koronapandemian aiheuttamat poikkeusolot olisi tätä edes mahdollistaneet.

Alkuperäinen tarkoitus oli työstää esite opinnäytetyönä lopulliseen painettavaan versioon saakka, mutta myös Vantaan johdolla oli kriteerejä esitteelle, joista meitä ei informoitu, joten tämä vaihe jäi meiltä tekemättä. Vantaan sairaalan työryhmä muokkaa esitteen lopulliseen painettavaan versioon. Esite toimi kuitenkin hyvänä mallipohjana ja käynnisti pitkään suunnitteilla olleen esiteprosessin. Se antoi myös hyvän pohjan palliatiivisen hoidon esitteelle, joka oli kotisairaalaissa jo suunnitteilla samalle pohjalle.

Kysely toteutettiin maaliskuussa ja vastausaikaa oli aluksi viikko, mutta vastausten vähyden vuoksi sitä jatkettiin viisi päivää. Kyselyn aikaan Suomessa vallitsi koronaviruspandemia, joka oletettavasti kuormitti myös kotisairaala ja vaikutti kyselyyn vastaamiseen. Kyselyn vastaukset olivat monipuolisia ja siinä esitettiin hyviä jatkokehitysideoita, jotka toimitettiin myös tiilajalle. Kotisairaala voi hyödyntää palautetta esitteen jatkokehitystyössä.

Kotisairaala toiminnasta löytyi verrattain vähän tuoretta tutkimustietoa. Helsingin yliopistolla on parhaillaan käynnissä tutkimushanke ”Koti sairaalana - onnistuneen kotisairaaloiminnan edellytykset”. Hankkeessa tutkitaan onnistuneen kotisairaaloiminnan edellytyksiä ja haasteita ja sen tavoitteena on luoda toimintamalli kotisairaaloiminnasta. Hankkeen on määrä valmistua vuoden 2020 loppuun mennessä ja se tuottaa varmasti arvokasta ja hyödynnettävää tietoa kotisairaaloille. (Koti sairaalana - onnistuneen kotisairaaloiminnan edellytykset 2020.)

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikan lähtökohdissa pohditaan, mikä on moraalisesti oikein taikka väärin, onko toiminta hyväksyttävää vai ei ja minkä vuoksi. Eettinen pohdinta tarkoittaa kykyä pohtia erilaisten arvojen kautta mikä on oikein tai mikä on väärin. Tutkimusetiikassa pohditaan etiikkaa kysymyksillä, joihin vastaukset kertovat mitkä ovat oikeat ja noudatettavissa olevat eettiset säännöt. Tutkijat etsivät ja esittävät luotettavaa tietoa, joiden oikeellisuus on tarkistettavissa. Tutkimusaineisto tulee koota ja säilyttää siihen kuuluvalla tavalla eikä tutkittaville saa tapahtua minkäänlaista vahinkoa tutkimuksen aikana. (Kuula 2011, 21-24.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan, kun käytetään muiden tutkijoiden tekemiä julkaisuja, annetaan niille arvoa omassa työssä ja sitä julkaistaessa. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteellisten vaatimuksien edellyttävällä tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.) Laadullisessa tutkimuksessa tiedon hankkiminen ja aineiston kerääminen perustuu tilanteisiin, joissa tutkittavalla on mahdollisuus antaa rehellinen mielipide ja oma näkökulma tutkimustilanteessa. Tutkimuksen uskottavuutta korostaa se, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijat noudattavat tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja, jolloin he toimivat noudattaen huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä toiminnassaan. Omat tulokset tutkimuksessa julkaistaan niiden oikeassa valossa kunnioittaen avoimuutta ja kontrolloitavuutta tieteessä. (Tuomi 2007, 143.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksiin katsotaan kuuluvan vilpin ja piittaamattomuuden hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilppi ilmenee harhauttamisena tutkimuksen erivaiheissa ja se jaotellaan sepittämiseen, havaintojen vääristämiseen, plagiointiin ja anastamiseen. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ilmenee muiden tutkijoiden osuuden vähätelynä, kuten mainitsematta jättämisenä, sekä puutteellisena tai epäasiallisena viittaamisena aikaisempiin tutkimustuloksiin, huolimattomana ja harhaanjohtavana raportointina, tulosten ja tutkimusaineistojen puutteellisena kirjaamisena ja säilyttämisenä ja muuna harhaanjohtamisena kuten lähdeluettelon paisutteluna olemattomilla lähteillä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 8-9.)

Tässä työssä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja Laurean opinnäytetyöohjetta. Lähdeaineistoja käytettiin ja lähdemerkinnät tehtiin asianmukaisesti. Opinnäytetyösopimuksessa sitouduttiin hyvän tieteellisen käytännön ja vaitiolovelvollisuuden noudattamiseen, mikä säilyy opintojen päättymisen jälkeenkin. Opinnäytetyöhön oli Vantaan kaupungin myöntämä tutkimuslupa, jossa niin ikään sitouduttiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisiä ohjeita.

Tässä opinnäytetyössä kunnioitettiin kaikkia osapuolia, jotka siihen osallistuivat. Palautekyselyssä kerättiin ainoastaan tutkimuskysymyksien ja opinnäytetyön tavoitteiden suunnassa palautetta, eikä vastaajien henkilökohtaisia tietoja, ikää, sukupuolta taikka asemaa organisaatiossa kerätty, koska ne eivät olleet oleellisia tietoja. Kysely toteutettiin anonyymisti, mikä turvasi vastaajien henkilötieto- ja yksityisyydensuojan. Yhteyshenkilö välitti kyselyn linkin vastaajille, eikä opinnäytetyöntekijät tarvitse vastaajien sähköpostiosoitteita. Saatteessa tiedotettiin, että kyselyn tulokset julkaistaan opinnäytetyössä.

Hyvällä dokumentaatiolla voidaan lisätä työn uskottavuutta, ratkaisut ja valinnat opinnäytetyön eri vaiheissa perustellaan. Yksinkertainen tapa varmentaa luotettavuutta on luetuttaa aineisto sillä, jota se koskee. Informaation antaja lukee tekstin ja vahvistaa saadun tuloksen. (Kananen 2012, 172-175.) Opinnäytetyötä varten kerätyt tiedot Vantaan kotisairaalaan ja itse esite on tarkistutettu työn tilaajalla ja se varmistaa näiden tietojen luotettavuuden ja julkaisukelpoisuuden.

Validiteetti tarkoittaa onko tutkimus pätevä ja onko se suoritettu perusteellisesti. Vastavalko saamamme tulokset ja tekemämme päätelmät todellisuutta. Virheellisyys voi esiintyä siten, ettei tutkija tulkitse asioiden suhteita tai periaatteita oikein tai ei ole kysytty oikeita kysymyksiä. (Hiltunen 2019.) Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä onko tutkijan tekemät johtopäätökset oikeita. Tulkinnan ristiriidattomuuden voi varmistaa, sillä että toinen tutkija tulee samaan johtopäätökseen, kahden tutkijan sama lopputulos lisää luotettavuutta. (Kananen 2014, 270.) Tässä työssä oli kaksi analyysin tekijää, jotka päätyivät samoihin johtopäätöksiin, jolloin sen voidaan katsoa lisäävän luotettavuutta.

Opinnäytetyön tietoperusta kerättiin luotettavista lähteistä. Kotisairaalaista löytyi vielä verrattain vähän tutkimustietoa ja kirjallisuutta. Tästä niukasta aineistosta oli helppo valita keskeiset ajankohtaiset lähteet. ”Käytännönläheisten toiminnallisten opinnäytetöiden arvo ei ratkea lähteiden lukumäärän perusteella, vaan olennaisempaa on lähteiden laatu ja soveltuvuus” (Vilkkä & Airaksinen 2004, 76).

Laadullisessa tutkimusaineistossa sen riittävyttä kuvataan saturaation avulla. Saturaatio tarkoittaa tiedon kylläntymispistettä, jonka saavutettua aineiston sisältö alkaa toistaa itseään eikä lisääineisto tuo enää uutta tietoa. (Vilkkä 2015, 152.) Tiedonhaun mukaan hankituissa lähteissä on havaittu, että samat teemat ja tiedot toistuvat niissä. Alkuun ajateltiin lähdemateriaalia olevan liian vähän, mutta ne vaikuttivat kuitenkin varsin riittäville ja saturoitumista havaittiin tietoperustaan haetuissa lähteissä. Kyselyn tuloksia ei voida arvioida saturoitumisen mukaan, koska se oli kertaluontoinen. Mikäli kysely toistettaisiin, sillä voitaisiin saada uutta tietoa, ainakin mikäli vastausprosentti olisi parempi.

Kyselylomakkeen käyttäminen voi heikentää luotettavuutta, koska kysymykset voidaan ymmärtää eri tavalla, kuin tutkija olisi ne tarkoittanut ja väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida (Hirsjärvi ym. 2009, 195; 231). Kyselylomake esi-testattiin opinnäytetyön ohjaajalla ja häneltä saatiin palautetta saатteen muokkaamiseen, mutta kysymykset olivat olleet hyvin ymmärrettäviä.

Kyselyn haittapuolina on usein kato eli vastaamattomuus. Kyselyissä ongelmaksi koetaan myös se, että vastaajan motivaatio voi olla huono eikä tiedetä millä vakavuudella hän vastaa kyselyyn, onko vastaaja pyrkinyt vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Ei voida myöskään olla varmoja onko vastaajalla riittäviä tietoja asiaan, josta esitetään kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kyselyn tulosten luotettavuutta saattoi heikentää vastausten vähäisyys. Kysely lähetettiin koko kotisairaalan henkilöstölle (13) ja vastauksia saatiin kuusi. Alle puolet vastasivat, eikä tuloksia voida yleistää koskemaan koko henkilöstöä. Laadullisessa tutkimuksessa ei sen puoleen ole tarkoituskaan yleistää. Laadullisessa kyselyssä aineiston määrä ei ratkaise vaan laatu, ja laadun kriteerinä on aineiston monipuolisuus, sekä se miten aineisto tuo vastauksen työn tavoitteisiin ja kohderyhmän tarpeisiin. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 64). Vastaukset olivat monipuolisia ja kuvaavia. Voitiin myös olettaa, että kaikki sellaiset henkilöt vastasivat, jotka halusivat ja joilla oli aiheesta tietoa sekä mielenkiintoa aihetta kohtaan, mikä parantaa tulosten validiteettia.

Sisällön erittely analyysina oli myös luotettava menetelmä, koska siinä tuotiin kaikki erilaiset vastaukset esille ja samankaltaisten esiintyvyyttä laskettiin. E-lomakkeen raporttiin tallentui vastaukset, mikä parantaa luotettavuutta, koska aineistoa ei tarvinnut puhtaaksi kirjoittaa tai litteroida, silloin siitä ei pudonnut mitään pois. E-lomakkeelta saatiin myös vastausjakaumat valmiina kuvioina väittämistä, näin ollen kuviot olivat selkeät ja luotettavat. Avoimet

kysymykset luettiin useaan kertaan, niitä pelkistettiin ja sisältö eriteltiin jokaisen kysymyksen alle. Johtopäätöksissä pohdittiin, millaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin saatiin. Analyysin toteutti kaksi henkilöä ja johtopäätökset olivat ristiriidattomat.

6.2 Jatkokehitysehdotukset

Jatkokehitysehdotuksina esitetään, että mikäli kotisairaala päättää karsia esitteen sisältöä siinä määrin, ettei siinä olisi enää huomioitu infektiopotilaan kannalta oleellisia asioita, kuten kanyylin kanssa toimimista, olisi jatkossa hyvä laatia erillisiä potilasohjeita kotisairaalan käyttöön tietyille potilasryhmille. Kotisairaala löytyy suppeasti tietoa Vantaan internetsivuilta, eikä kotisairaalla ole omia internetsivuja ollenkaan. Oman infosivun kehittäminen, josta löytäisi helposti oleelliset tiedot kotisairaalan toiminnasta sekä sieltä ladattava ja tulostettava esite voisivat olla hyvät. Palautekyselyssä ehdotettiin myös potilaspalautetta varten esimerkiksi QR-koodin kehittäminen.

Lähteet

Painetut

Güldogan, E. 2018. Helsingin kotisairaala- Suuren kaupungin kunnallinen organisaatio. Teoksessa Pöyhiä R., Güldogan E. & Vanhanen A. (toim). 2018 Kotisairaala, 19. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Toinen uudistettu painos. Tampere: Kustannus oy Vastapaino.

Lehtola, L. & Jääskeläinen, I. 2018. Infektioiden hoito kotisairaalassa. Teoksessa Pöyhiä R., Güldogan E. & Vanhanen A. (toim.) 2018. Kotisairaala, 54-57. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Ohvanainen, A. 2018. Kotona annettavia parenteraalisia lääkkeitä ja kotisairaalan lääkehoitoa koskevia säädöksiä. Teoksessa Pöyhiä R., Güldogan E. & Vanhanen A. (toim.) 2018. Kotisairaala, 112-116. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Ollila, M. 2018. Kotisairaalan käsitteistä ja lainsäädännöstä. Teoksessa Pöyhiä R., Güldogan E. & Vanhanen A. (toim.) 2018. Kotisairaala, 10-13. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Poukka, P. 2018. Kotisairaala- Kustannustehokasta hoitoa? Teoksessa Pöyhiä R., Güldogan E. & Vanhanen A. (toim.) 2018. Kotisairaala, 36-37. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2018 Kotisairaalan kustannuselvityksiä Suomesta. Teoksessa Pöyhiä R., Güldogan E. & Vanhanen A. (toim.) 2018. Kotisairaala, 38-39. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2018. Lääkehoidon käsikirja. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanna Pro oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja Lue. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vanhanen, A. 2018 Kotisairaaloiminta osana kehittyvää vanhustenhuoltoa. Teoksessa Pöyhä R., Guldogan E. & Vanhanen A. (toim.) 2018. Kotisairaala, 220 Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

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

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos, 103-113. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sähköiset

Gonçalves-Bradley, D.C., Iliffe, S., Doll, H.A., Broad J., Gladman J., Langhorne P., Richards S.H. & Shepperd S. 2017. Early discharge hospital at home, 2-3. Viitattu 23.4.2020.

[https://www.cochranelibrary-com.nelli.larea.fi/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub4/epdf/full](https://www.cochranelibrary.com/nelli.larea.fi/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub4/epdf/full)

Halonen, R. 2012. Kotisairaalityyppinen hoito - asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoitosta. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.4.2020. https://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120447/urn_nbn_fi_uef-20120447.pdf

Heikkinen, H. 2015. Perifeerisen kanyylin vaihto: rutiinisti vai kliinisen arvion mukaan? Suomen sairaalahygienia lehti, 2015; 33: 88. Viitattu 10.11.2019. http://sshy.fi/data/documents/lehdet/15_2.pdf

Hiltunen, L. 2019. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 18.11.2019. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (HTK-ohje). 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 11.11.2019. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Kivekäs, E., Toppinen, E., Kokki, H., Mäntyselkä, P., Kinnunen, U-M., Huusko, J. & Saranto, K. 2017. Infuusiohoidot turvallisesti kotona - selvitys älykkään teknologian mahdollisuuksista.

Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Vol. 9 no. 2-3, 184-193. Viitattu 13.10.2019.

<https://journal.fi/finjehew/article/view/60996>

Kivisaari S., Kortelainen S. & Saranummi N. 1999. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Viitattu 17.11.2019. https://www.vtt.fi/inf/pdf/jurelinkit/JOH_Innovaatio.pdf

Koti sairaalana -onnistuneen kotisairaaloiminnan edellytykset. 2020. University of Helsinki/Projektit. Viitattu 2.4.2020. <https://researchportal.helsinki.fi/fi/projects/koti-sairaalana-onnistuneen-kotisairaaloiminnan-edellytykset>

Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.11.2019.

<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.11.2019.

<https://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido>

Käypä hoito -suositus. 2010. Ihon bakteeri infektiot. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.10.2019.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi13020#readmore>

Käypä hoito -suositus. 2014. Krooninen alaraajahaava. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.5.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50058#A3>

Käypä hoito -suositus. 2015. Alahengitystieinfektiot (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu

13.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50100#s12>

Käypä hoito -suositus. 2019. Virtsatieinfektiot. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.10.2019.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi10050#s25>

Lehtola, L. 2018. Infektioiden hoito ja hoitoon liittyvät infektiot kotisairaalassa. Suomen sairaalahygienia lehti, 2018; 36: 8-11. Viitattu 6.10.2019. http://sshy.fi/data/documents/lehdet/18_1.pdf

Lindén, H. & Ilola, T. 2013. Ääreislaskimon kanylointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 13.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kanyylin%20hoito

Moving healthcare closer to home. Literature review of clinical impacts. 2015, 5-6. Viitattu 23.4.2020 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/459268/Moving_healthcare_closer_to_home_clinical_review.pdf

Muhonen, R. 2017. Nesteensiirtopotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti, sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 13.10.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kanyylin%20hoito

Mänty, M. & Riihelä, J. 2019. Vantaan väestöennuste 2019. Viitattu 10.11.2019. https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/146945_Vaestoennuste_2019.pdf

Määritelmä. 2017. Selkokieliokeskus. Viitattu 13.11.2019. <https://selkokeskus.fi/selko-kieli/maaritelma/>

Nyholm, O. 2019. Laskimokanyylit. Diasarja; Hus, koulutusmateriaali. Viitattu 6.10.2019. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Peijaksen%20Verisuonika-tetrikoulutus%20112018/PIV%20Peijas%20RAW%202019.pdf>

Näin teet loistavan esitteen. Osaavaa työ- ja työhönvalmennusta - hanke 2008-2012. Itä-Suomen yliopisto, koulutus ja kehittämispalvelu Aducate ja Crealab oy. Viitattu 7.10.2019. https://www.oppi.uef.fi/aducate/projektit/tyovoimavaraaja2/wp-content/uploads/2011/11/onnistunut_esiteA4.pdf

Paladino, J. & Poretz, D. 2010 Outpatient Parenteral Antimicrobial therapy today. Clinical Infectious Diseases, Volume 51, Pages 198-208. https://academic.oup.com/cid/article/51/Supplement_2/S198/383030

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. (a) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.4.2020. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. (b) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.4.2020. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Suomen yliopistopaino- Juvenes Print oy, Tampere. Viitattu 8.11.2019. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Selkojulkaisun typografia ja taitto. 2016. Selkokieliokeskus. Viitattu 12.11.2019. <https://selko-keskus.fi/selkokieli/selkojulkaisun-ulkoasu/selkojulkaisun-typografia/>

Selkokuva ja selkotaitto. 2017. Selkokieliokeskus. Viitattu 13.11.2019. <https://selkokeskus.fi/selkokieli/selkojulkaisun-ulkoasu/>

Terveystieteiden lakien 1326/2010. Viitattu 6.10.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066>

Williams, D., Baker, C., Kind, A. & Sannes, M. 2015. The history and evolution of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT). International Journal of Antimicrobial Agents, Volume 46, Issue 3, Pages 307-312. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0924857915002435#bib0235>

Ääreislaskimokanyylin potilasohje. 2018. Tays, potilasohje. Infektioyksikkö. Viitattu 15.10.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Infektiosairaudet/Aareislaskimokanyylin_potilasohje\(78637\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Infektiosairaudet/Aareislaskimokanyylin_potilasohje(78637))

Julkaisemattomat

Aikio-Valovirta, N. 2020. Osastonhoitajan vastaukset sähköpostilla. Viitattu 11.2.2020.

Laurean opinnäytetyöohje. 2017. Laurea. Viitattu 11.11.2019.

Kuviot

Kuvio 1: Väittämä 1. Esite on selkeä	27
Kuvio 2: Väittämä 2. Esite on helppolukuinen	27
Kuvio 3: Väittämä 3. Fontti on riittävän suuri	28
Kuvio 4: Väittämä 4. Kuvat sopivat esitteeseen	28
Kuvio 5: Väittämä 5. Taitto on käytännöllinen	29
Kuvio 6: Väittämä 6. Esitteestä löytyy oleelliset tiedot.....	29

Taulukot

Taulukko 1: Työpajan tulokset	21
-------------------------------------	----

Liitteet

Liite 1: Saatekirje kyselyyn	44
Liite 2: Sähköisen kyselylomakkeen rakenne.....	45
Liite 3: Esite: Tervetuloa Vantaan kotisairaalaan infektion hoitoon	47

Liite 1: Saatekirje kyselyyn

Palautekysely Vantaan kotisairaalle infektiopotilaan esitteestä

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 12.3.2020 10.00 ja päättyy 24.3.2020 23.59

Hei!

Tämä on palautekysely, joka koskee opinnäytetyönä tuotettua esitettä **”Tervetuloa Vantaan kotisairaalaan infektion hoitoon”**.

Esite on katsottavissa [tästä](#).

Esite on tehty osana opinnäytetyötä, jonka tilaajana on ollut Vantaan kotisairaala.

Esite on suunniteltu kotisairaalan osastotunnilla lokakuussa 2019 pidetyn ideointipajan pohjalta, jossa kotisairaalan työntekijät toivat esille ideoita ja toiveita esitteen suhteen.

Esitettä on työstetty ja kehitetty yhteistyössä osastonhoitajan kanssa.

Kotisairaalan työryhmä on tehnyt myös muutoksia esitteeseen.

Kotisairaalan on tarkoitus painaa esite ja ottaa se käyttöön kevään aikana.

Tämä esite on luonnos, jota kotisairaalan on mahdollista muokata edelleen, ennen kuin se painetaan.

Tällä kyselyllä kerätään palautetta esitteestä ja sen kehitysprosessista opinnäytetyönä, koko Vantaan kotisairaalan henkilöstöltä.

Kyselyn vastaukset käsitellään opinnäytetyössä, joka julkaistaan keväällä 2020.

Aineisto kerätään anonymisti eikä vastaajan henkilökohtaisia tietoja kerätä.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia.

Vastaathan kaikkiin kysymyksiin.

Teiltä toivotaan rehellistä palautetta esitteestä ja sen kehitysprosessista.

Kysely on avoinna ti 24.3.2020 (klo23.59) saakka. Vastaathan siihen mennessä. Palautteesi on arvokas!

Opinnäytetyötä ohjaa Heidi Jokinen, Lehtori (Sosiaali-, Terveys- ja liikunta-ala) Laurea AMK heidi.jokinen@laurea.fi

Opinnäytetyöhön on Vantaan Kaupungin tutkimuslupa.

Kiitos Yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Jerita Miettinen ja Pia Palomäki

jerita.miettinen@student.laurea.fi

pia.palomaki@student.laurea.fi

Laurea ammattikorkeakoulu

Lohjan Kampus

Vihdinkatu 1

08100 Lohja

Liite 2: Sähköisen kyselylomakkeen rakenne

Esitteen ulkoasu ja sisältö

Vastaa parhaiten kuvaava vaihtoehto 1=täysin eri mieltä 2=osittain eri mieltä 3=siltä väliltä 4=osittain samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
1. Esite on selkeä	0	0	0	0	0
2. Esite on helppolukuinen	0	0	0	0	0
3. Fontti on riittävän suuri	0	0	0	0	0
4. Kuvat sopivat esitteeseen	0	0	0	0	0
5. Taitto on käytännöllinen	0	0	0	0	0
6. Esitteestä löytyy oleelliset tiedot	0	0	0	0	0

7. Millaisia muutoksia olisit kaivannut esitteen ulkoasuun liittyen?

8. Millaisia muutoksia olisit kaivannut esitteen sisältöön liittyen?

Esitteen käytettävyys

9. Miten voit hyödyntää esitettä työssäsi?

10. Mitä infektiopotilaan tulee mielestäsi tietää kotisairaalahoidoonsa liittyen?

11. Miten nämä seikat oli huomioitu esitteessä?

Esitteen kehitysprosessi opinnäytetyönä

12. Pidimme ideointipajan kotisairaalassa osastotunnin yhteydessä 1.10.2019, jossa kuulumme työyhteisönne toiveet esitteelle. Miten esitteessä on huomioitu nämä toiveet?

13. Saitko mielestäsi vaikuttaa esitteen sisältöön?

14. Millaisia muutosehdotuksia tai jatkokehitysideoita sinulla on? Muuta palautetta opinnäytetyöntekijöille?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 3: Esite: Tervetuloa Vantaan kotisairaalaan infektion hoitoon

Kotisairaala toteuttaa sairaalatasoista hoitoa kotona.

Toimenkuvamme kuuluu mm. suonensisäisten antibioottien, verivalmisteiden ja erilaisten lääkkeiden antaminen.

Hoidamme erilaisissa elämäntilanteissa olevia potilaita.

Suurimmat potilasryhmämme ovat erilaisten infektioiden hoidossa olevat potilaat sekä palliatiivisen hoidon piirissä olevat potilaat.

Kotisairaalan hoitoa voidaan toteuttaa kodissa tai kodinomaisessa ympäristössä, kuten palvelutaloissa.



Miten potilaaksi?

Kotisairaalan hoitoon tullaan lääkärin läheteellä. Lähettävä lääkäri on laatinut sinulle hoitosuunnitelman ja sen toteutumista huolehtivat kotisairaalan sairaanhoitajat - tarvittaessa vuorokauden ympäri. Kotisairaalla toimii oma lääkäri, jolle hoitovastuu siirtyy ollessasi kotisairaalan potilaana.

Hoidon edellytykset

- Haluat tulla hoidetuksi kotona ja vointisi on vakaa.
- Pärjät päivittäisissä toiminnoissa itsenäisesti tai omaisten tuella.
- Lemmit tulee pitää kytkettyinä tai toisessa huoneessa hoidon ajan.
- Hoidon sujuvuuden ja turvallisuutesi takaamiseksi saatamme tarvita avaimen kotiisi. Avain palautetaan hoitajakson päätteeksi.
- Potilaan tulee sitoutua pähteettömyyteen hoitajakson aikana.

Vantaan kotisairaala

Sairaalakatu 1
01400 Vantaa

Puh 050 312 4410
Yhteyttä voi ottaa vuorokauden ympäri

Sihteeri arkisin klo 8-15
Puh 050 312 4409

Käyntiajat

Yleiset lääkkeenantoajat antibioottihoidon aikana ovat:

Klo 8-10

Klo 15-18

Klo 22-02:30

Potilaan tulee sitoutua kotisairaalan lääkkeenantoaikoihin ja olla paikalla. Käyntiajat ovat viitteellisiä ja ne määräytyvät lääkähoidon mukaisesti.

Vantaan kotisairaalan hinnat

Yhden käynnin hinta sairaanhoitajan toteuttamana on **9,50 €**

Lääkärin kotikäynti maksaa **15€**

Jos vuorokauden aikana käyntejä on useita, silloin hoitomaksu on **korkeintaan 38,80€/vrk**

Hinta sisältää hoidon, käyttämämme lääkkeet, tarvittavat laboratoriotestit sekä mahdollisten haavojen hoidossa käytettävät tuotteet hoidon ajan.

Käyntimaksut eivät kerrytä terveydenhuollon maksukattoa.

Laboratoriotestejä otetaan ja seurataan lääkärin määräyksellä hoidon aikana.

Hoidon jälkeen

Hoidon kesto määräytyy yksilöllisesti toipumisesi mukaan. Hoitajakson päättyessä kotisairaalaan saat lääkäriltä mahdolliset jatkohoitoon liittyvät ohjeet.

Lääkärintodistus on mahdollista saada kotisairaalaan.

Tervetuloa Vantaan kotisairaalaan infektion hoitoon



Yleisiä ohjeita

- Mikäli saat suonensisäistä lääkettä, tarvitset kanyylin.
- Kanyylin kanssa ei saa saunota tai uida. Se tulee pitää suojattuna ja puhtaana.
- Suihkun ajaksi kanyyli ja sidokset tulee suojata hyvin ja välttää kastelua.
- Kanyylin kunto arvioidaan jokaisella käynnillä. Jos koet epämukavuutta, alueelle tulee punoitusta tai kipua, kerro siitä hoitajalle.
- Kerro hoitajalle myös, jos sinulle tulee ihottumaa, ripulia tai kuumetta.
- Kaikissa vointiasi liittyvissä kysymyksissä hoitajakson aikana soita ensisijaisesti kotisairaalaan
- puh. **050 312 4410**

