
**AVOSAIRAALAN JA TEHOSTETUN
PALVELUASUMISEN YHTEISTYÖ HOITAJIEN
KOKEMANA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, kevät 2016

Paula Närhi



FORSSA

Sosiaali- ja terveystieteiden
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä

Paula Närhi

Vuosi 2016

Työn nimi

Avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyö hoitajien kokemana

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi eräs eteläsuomalainen kunta-yhtymä. Työn tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyöstä. Työhön haettiin teoretietoa tiedonhaku kanavilta keskeisten käsitteiden asiasanoja käyttämällä. Työssä esiintyvät keskeiset käsitteet olivat kotisairaala, tehostettu palveluasuminen ja yhteistyö.

Työssä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin käyttäen teemahaastattelua yksilöhaastatteluina ja ryhmähaastatteluna. Aineiston analyysissä hyödynnettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysia.

Tuloksissa avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyö oli monimuotoista ja vaihtelevaa. Koska yhteistyössä esiintyi erilaisia käytänteitä ja toteutumisen vaihtelevuutta, voisi organisaatio hyötyä luomalla yhteistyöhön yhteisen toteuttamismallin. Toteuttamismallin muodostamiseen kannustavat myös koordinoinnin ja tiedonkulun haasteet yhteistyön toteuttamisessa. Toteuttamismallin muodostamisessa organisaatio voisi hyödyntää jo nykyisessä yhteistyömuodossa esiintyneitä yhteistyötä edistäviä tekijöitä.

Jatkotutkimuksena voisi toimintamallin käyttöönoton jälkeen tarkastella sen toimivuutta tässä työssä esiintyvien menetelmien mukaisesti. Lisäksi voisi tutkia yhteistyön kokemuksia potilaiden ja heidän omaistensa kokemana.

Avainsanat Kotisairaala, Tehostettu palveluasuminen, Yhteistyö

Sivut 49 s. + liitteet 3 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care

Author	Paula Närhi	Year 2016
Subject of Bachelor's thesis	Nurses' experiences of cooperation between home hospital and 24-hour service housing	

ABSTRACT

This thesis was commissioned by a federation of municipalities in southern Finland. The aim of the thesis was to map out nurses' experiences of cooperation between the home hospital and 24-hour service housing. Theory knowledge was looked for in information channels. The central concepts in the thesis were home hospital, 24-hour service housing and cooperation.

The working method in the thesis was qualitative research. Material was collected by using the theme interview as individual interviews and a group interview. The material was analyzed by using deductive and inductive analysis.

The cooperation between the home hospital and 24-hour service housing was versatile and varied. In the cooperation different conventions and varied realizations occurred. The conclusion is that the organization would benefit by creating a common procedure for cooperation. Challenges in coordination and communication during the cooperation also spur to form the procedure. In forming the procedure the organization could benefit from the already existing factors that promote cooperation.

Further study could be to examine the cooperation after the procedure has been implemented. Also experiences of the cooperation from the viewpoint of the patient and the relatives could be examined.

Keywords Home hospital, 24-hour service housing, Cooperation

Pages 49 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YHTEISTYÖN TOTEUTTAJAT	1
2.1	Kotisairaala.....	2
2.2	Tehostettu palveluasuminen.....	3
3	PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN	5
3.1	Palvelujen toteuttaminen yhteistyössä	5
3.2	Hoitajien kokemukset yhteistyöstä.....	7
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	8
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	8
5.1	Toimeksiantajan toimintaympäristö.....	9
5.2	Aineistonkeruu	9
5.3	Aineiston analysointi.....	11
6	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS	12
7	TULOKSET	14
7.1	Rakenteet.....	15
7.1.1	Yhteistyön toimijat	16
7.1.2	Yhteistyössä toimijoiden resurssit	17
7.1.3	Yhteistyön koordinointi.....	18
7.1.4	Henkilöstön tietoisuus yhteistyöstä	19
7.2	Hoitoprosessi.....	21
7.2.1	Hoidon suunnittelu	21
7.2.2	Hoidon toteutus	22
7.2.3	Hoidon arviointi.....	23
7.3	Osaamisen hyödyntäminen	24
7.3.1	Avosairaalan osaaminen	24
7.3.2	Konsultaation hyödyt palveluasumiselle	25
7.3.3	Koulutuksen hyödyt palveluasumiselle	25
7.3.4	Palveluasumisen osaaminen	26
7.4	Tiedonkulku ja jatkuvuus	27
7.4.1	Tiedonkulun välineet	27
7.4.2	Tiedonkulun haasteet.....	28
7.5	Vuorovaikutus	29
7.5.1	Toimijoiden toimintakulttuurin eroavaisuudet	30
7.5.2	Toimijoiden erilaiset tulevaisuuden odotukset.....	31
7.6	Yhteistyötä estävät tekijät	32
7.7	Yhteistyötä edistävät tekijät	34
8	POHDINTA.....	35
8.1	Tulosten tarkastelu	35
8.1.1	Rakenteet	35

8.1.2	Hoitoprosessi	36
8.1.3	Osaamisen hyödyntäminen.....	37
8.1.4	Tiedonkulku ja jatkuvuus	38
8.1.5	Vuorovaikutus	38
8.1.6	Yhteistyötä estävät tekijät.....	39
8.1.7	Yhteistyötä edistävät tekijät	39
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	40
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	42
LÄHTEET		44

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Teemahaastattelurunko
Liite 3	Analysointiprosessi

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus korostaa hyvän ikääntymisen turvaamista ja palvelujen parantamista (STM 2013). Jotta suositusta on mahdollista toteuttaa tulevaisuudessa, tarvitaan palvelurakenteiden muutosten lisäksi myös palveluprosessien uudistumista. Ikääntyneiden määrän kasvassa heidän hoitonsa mahdollistamiseksi on keksittävä uusia ratkaisu- ja toimintamalleja, joiden saavuttamiseksi tarvitaan järjestelmällistä yhteistyön lisäämistä yli organisaatio-rajojen.

Ikääntyneitä halutaan hoitaa tulevaisuudessa enemmän kotona, sillä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980 14 §) velvoittaa kunnat turvaamaan iäkkään henkilön pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyyden. Koska tehostetut palveluasumisyksiköt rinnastetaan kotiin, myös niissä asuvien henkilöiden oikeutta asua tutussa ympäristössä elämänsä loppuun asti vahvistetaan.

Nämä muutokset vaativat terveydenhuollolta vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä (Markkola 2014). Yhteistyön tarvetta edellyttävät osittain yhteinen asiakaskunta, tämän päivän asiakaskunnan tarpeiden ja ongelmien moninaisuus sekä sovellettavissa olevan tiedon ja asiantuntemuksen laajuus ja taloudellinen hyöty (Tepponen 2007, 61, 62, 64).

Kun kansallisesti halutaan pitää kustannukset siedettävänä ja saada pysyvyyttä potilaan hoitoon, tulevat tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvat ikääntyneet saamaan enenevässä määrin sairaalatasoista hoitoa kotiinsa. Käytännössä tämä tarkoittaa kotisairaalan palvelujen lisääntymistä. Hoidon laadun ja kustannusten kannalta tämä taas edellyttää toimivaa yhteistyötä kotisairaalan ja tehostetun palveluasumisyksikön kesken.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyötä hoitajien kokemana. Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat kotisairaala, tehostettu palveluasuminen ja yhteistyö. Tässä opinnäytetyössä käytetään avosairaalasta yleisemmin käytössä olevaa käsitettä kotisairaala. Koska opinnäytetyössä tarkastellaan avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyötä, kerrotaan ensin mitä nämä käsitteet pitävät teoreettisesti sisällään.

2 YHTEISTYÖN TOTEUTTAJAT

Kotisairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyöllä pyritään vastaamaan ikääntyneiden hoitojärjestelyjen pysyvyyteen. Tarkemmin määriteltynä yhteistyöllä tavoitellaan asiakkaan mahdollisuutta asua omassa kodissaan eli tehostetun palveluasumisen yksikössä kuolemaansa asti, ellei hänelle tule tarvetta hoidontarpeensa takia siirtyä sairaalahoitoon (Tehostetun palveluasumisen sääntökirja 2011).

2.1 Kotisairaala

Kotisairaalasta käytetään kansallisesti erilaisia käsitteitä, kuten kotisairaala, tehostettu kotihoito ja akuuttikotihoito. Nämä kaikki käsitteet tarkoittavat sisällöltään samankaltaista kotisairaalatasoista hoitoa. (Winter 2012.) Kotisairaalan toiminta perustuu terveydenhuoltolakiin. Laki määrittelee kotisairaalahoidon määräaikaiseksi, tehostetuksi kotisairaanhoidoksi. Hoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 25 §.) Kotisairaalan hoidosta asiakas maksaa kunnallisen sosiaali- ja terveystalouden asiakasmaksulain (1992/734) ja asiakasmaksuasetuksen (1992/912) mukaista hintaa.

Kotisairaalalla tarkoitetaan perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Tällöin akuuttia hoitoa tarvitseva asiakas saa sairaalatasoisen hoidon omaan kotiinsa. Hoitoa annetaan myös kunnallisissa vanhainkodeissa, palvelutaloissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Koska kotisairaala pidetään suoranaisesti sairaalahoidon vaihtoehtona, myös asiakkaaksi tulo tapahtuu ainoastaan lääkärin lähetteellä. (Winter 2012.)

Jotta akuutin sairauden hoito voi tapahtua kotiolosuhteissa, potilaan on itse oltava siihen halukas. Lääkäri tekee arvion potilaan hoidosta ja ottaa päävastuun siitä. Kotisairaalan toimesta tapahtuva hoito painottuu lääketieteelliseen ja sairaanhoidolliseen osaamiseen (Ikonen 2015, 73, 74). Kotisairaalan tarjoamaa hoitoa käyttävät esimerkiksi erilaisista infektioista kärsivät potilaat. Kirurgisen toimenpiteen jälkeen annettava tehostettu kuntoutus ja veren tiputtaminen anemiasta kärsiville on yleistä. Saattohoitopotilaat kuuluvat oleellisesti kotona hoidettavaan potilasryhmään. Potilaan tullessa kotisairaalatasoiseen hoitoon hänelle on yleensä varsinaiset tutkimukset jo tehtynä ja diagnoosi selvillä. (Winter 2012.)

Parantumattomasti sairaalle henkilölle kotisairaalahoito mahdollistaa yksilöllisen, turvallisen ja korkeatasoisen elämän loppuvaiheen ja kuoleman kotona. Pitkäaikaispotilaille voidaan antaa oireenmukaista hoitoa aina kuolemaan asti, jos lääkäri antaa lääketieteellistä tukea ja vastaa hoidosta. Lääkärin tuki on siis ehdoton edellytys elämän loppuvaiheen hoidon onnistumiselle. (Saarelma 2005, 203, 204.)

Kotisairaala tukee potilaan asumista kotona ja palveluasunnossa. Kotisairaalan tavoitteena on korvata vuodeosastojaksoja, lyhentää hoitoaikoja vuodeosastoilla ja antaa tiettytyyppisiä toistuvia erikoishoitoja kotona. Yhtenä tavoitteena on estää sellaisten potilaiden siirto sairaalaan, joilla on pitkäaikaishoitopaikka vanhainkodissa tai palvelutalossa ja antaa heille lyhytkestoinen erikoissairaanhoidon kyseenomaisessa yksikössä. Kotisairaalan toiminnan kehittämistä tukevat näytöt hoidon hyvästä laadusta ja potilaiden hyvistä kokemuksista. Hoitoa saaneilla näyttäisi olevan perinteiseen hoitoon verrattuna selvästi paremmat mahdollisuudet saada psykososiaalista tukea. Lisäksi kliinisesti tarkasteltuna komplikaatioiden määrä kotisairaalahoidossa näyttäisi olevan jopa perinteistä vuodeosastohoitoa vähäisempi.

(Winter 2012.) Myös Jalosen (2006) opinnäytetyössä potilaiden kokemukset kotisairaalan antamasta hoidosta olivat pääasiassa myönteisiä. Hoidon toteutuminen koettiin helpoksi ja vaivattomaksi.

2.2 Tehostettu palveluasuminen

Tehostetun palveluasumisen toiminta perustuu asumispalveluja ohjaaviin lakeihin, joita ovat sosiaalihuoltolaki (1982/710 17 §), laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (1987/380), laki kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/519) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (1992/733). Tehostettua palveluasumista järjestävät kunnat sekä erilaiset säätiöt, yhdistykset ja yksityiset yrittäjät. Ikääntyneellä on mahdollisuus saada tehostettua palveluasumista kotikuntansa palveluohjauksen kautta. Palvelutarpeen arviointi on edellytys sosiaali- ja terveystieteiden myöntämisen perusteeksi. (Ikonen 2015, 75, 68, 69.)

Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikääntyneille, jotka eivät toimintakykynsä takia selviydy omassa kodissaan ja tarvitsevat palveluasumisympäristöä, jossa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Asiakkailla on yleensä ikääntymiseen liittyviä useita pitkäaikaissairauksia ja arkielämässä selviytyminen edellyttää ympärivuorokautista valvontaa ja henkilökunnan välitöntä saatavilla oloa. (Tehostetun palveluasumisen sääntökirja 2011.) Palvelurakenteen muutoksen myötä perinteistä laitoshoidoa korvaa enenevässä määrin tehostettu palveluasuminen. Asumispalveluissa eletään elämän viimeiset vuodet, joten hyvin suunniteltu ja toteutettu elämän loppuvaiheen hoito on tärkeää. (Vanttaja, Seinelä, & Valvanne 2015, 61.)

Tehostettu palveluasuminen sisältää asiakkaan ympärivuorokautisen palvelun ja huolenpidon asumispalveluyksikössä sekä siivous-, hygieniä ja turvapalvelut sekä asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet. Palveluntuottaja tekee asiakkaan kanssa sopimuksen palveluun kuuluvan hoidon toteuttamisen hinnasta ja sisällöstä. (Tehostetun palveluasumisen sääntökirja 2011.) Koska Kela luokittelee ikääntyneiden tehostetut palveluasumisyksiköt avohoidon yksiköiksi, yksiköissä asuvat henkilöt maksavat erikseen asumisesta ja käyttämisestä palveluista (Ikonen 2015, 75, 68, 69). Asiakkaalle koituvat kustannukset perustuvat kunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden asiakasmaksulakiin (1992/734) ja asiakasmaksuasetukseen (1992/912). Ikääntyneiden tukipalveluiden maksuista ei ole erikseen säädetty asiakasmaksuissa (Kiviniemi 2011).

Laitoshoidon verrattuna tehostettua palveluasumista pidetään itsenäisempänä ja kodinomaisempaan asumisena. Usein kyse on lähinnä nimikkeen ja maksajan muutoksesta. Tehostettu palveluasuminen vaatii asiakkaalta tai hänen omaisiltaan enemmän kuin laitoshoidon. (Jylhä 2014, 266.) Tehostettu palveluasuminen eroaa laitoshoidosta siinä, että palveluasuminen perustuu aina vuokra-, omistus-, tai muuhun vastaavaan hallintamuotoon (Kiviniemi 2011). Ympärivuorokautisten palveluiden pariin on valikoitunut terveydentilaltaan ja toimintakyvyltään ikäryhmänsä huonokuntoisimmat ihmiset.

Huomioitavaa on kuitenkin se, että tutkittaessa dementiaan kuolleita pitkäaikaishoidon asiakkaita, olivat siirtymät hoitopaikasta toiseen huomattavasti yleisempiä tehostetussa palveluasumisessa kuin vanhainkodissa asuville ihmisille. (Lehto, Seinelä & Aaltonen 2015, 13.)

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvien ikääntyneiden hoidossa on keskeistä huomioida tutkimustulokset elinpiirin muutoksista, joilla voidaan ennustaa asiakkaan laitoshoidon sijoittumista, kaatumistapaturmia ja kuolleisuutta (Rantakokko 2013, 418). Tehostetun palveluasumisen ikääntyneistä naisista suurella osalla on diagnosoitu jokin muistia heikentävä sairaus. Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä. (Vuorio & Väyrynen 2009.) Muistipotilailla tiedetään olevan seitsenkertainen riski kaatumisen jälkeiseen lonkkamurtumaan muihin ikääntyneisiin verrattuna. Muistipotilaista kotiutuu sairaalajakson jälkeen vain puolet. (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskenniemi, Jartti, Hupli, Stolt & Suhonen 2014, 116.)

Tehostetussa palveluasumisessa asuvien ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoitoon liittyy haasteita. On havaittu epätarkoituksenmukaisia ja kuormittavia siirtoja hoitoyksiköiden välillä, jotka aiheuttavat ylimääräisiä kustannuksia, hoitokomplikaatioita ja heikentävät koettua elämänlaatua. Ikääntyneiden ihmisten siirrot sairaalaan ja hoitoyksiköiden välillä lisääntyvät kuoleman lähestyessä. Suomalaisessa tutkimuksessa on todettu tehostetun palveluasumisen asiakkaista 48%:lla olleen siirto toiseen hoitoyksikköön viimeisen elinvuotensa aikana. Valtaosa siirroista oli toteutunut päivystyksellisesti. Epätarkoituksenmukaisesta sairaalasiirrosta tai hoitotoimenpiteestä aiheutuva haitta oli saavutettua hyötyä suurempi. (Vanttaja ym. 2015, 61.)

Lehto ym. (2015, 12, 13) ovat tutkineet tehostetun palveluasumisen asiakkaiden siirtojen syitä ja taustatekijöitä. Yleisimpiä siirtojen syitä olivat kaatumiset, hengitystieoireet ja yleinen voimattomuus. Yleisimpiä sairaalassa asetettuja diagnooseja olivat keuhkokuume, lonkkamurtumat ja sydämen vajaatoiminta. Vaikka monet sairaalaan tehdyistä siirroista olivat tarpeellisia, osa siirroista olisi vältettävissä. Esimerkiksi keuhkokuumeen takia sairaalaan lähetetyt vanhukset olisi voitu ainakin osassa tapauksissa hoitaa lähettäneessä hoitopaikassa. Nämä tiedot tukevat ajatusta siitä, että ikääntyneitä tulee hoitaa omassa tutussa hoitoympäristössään esimerkiksi kotisairaalan avuin niin pitkälle kuin mahdollista.

Tehostetun palveluasumisen asiakkaan siirtoihin vaikuttavat hoidon suunnittelemattomuuden lisäksi alueelliset hoitoketjut ja henkilöstön resurssointi. Asiakkaan voinnin heikentyessä yllättäen tarvitaan lääkärin arvio mahdollisista toimenpiteistä. Jos lääkärin arvio tai vaadittavat hoitotoimenpiteet kuten suonensisäinen lääkitys eivät ole toteutettavissa tarvittavassa ajassa asumisyksikössä, siirto päivystykseen tai vuodeosastolle on väistämätöntä. Huonokuntoisenkin ikääntyneen siirtäminen kyseisissä tilanteissa voi olla perusteltua, jos tarpeellista hoitoa ei voida toteuttaa asumisyksikössä. Asiakaslähtöisesti ajatellen tarvittavien resurssien tulisi olla saatavilla kaikkiin tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Jos näin ei ole, on asiakkaan todennäköisesti parempi olla hoidossa tai kuolla vuodeosastolla. (Vanttaja ym. 2015, 61.)

3 PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Organisaatiot ovat toimintajärjestelmiä, joiden avulla toimintaa koordinoidaan. Organisaation toimintaa säätelevät viralliset rakenteet kuten lait, säännöt, ohjeet ja johtamisjärjestelmät sekä työntekijöiden toimenkuvat. Organisaatiota johtamalla luodaan edellytykset organisaation toiminnalle. Jokaiselle organisaatiolle muodostuu tietynlainen kulttuurillinen tapa työskennellä. On tärkeää tunnistaa, että tapa yhteistyön tekemiselle organisaation sisällä ja erityisesti toisen organisaation kanssa liittyy organisaation kulttuuriin. (Pärnä 2012.) Organisaation johdon ja erityisesti lähijohdon on tiedettävä organisaatiossa vallitseva moniammatillisen yhteistyön tila ja kannettava vastuunsa sen edistämisestä (Kantanen, Kvist & Partanen 2010, 18).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kansallisissa ohjelmissa ja suunnitelmissa korostetaan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä asiakaslähtöisyyden lisäämistä terveystieteiden toteuttamisessa. Moniammatillista yhteistyötä kehittämällä pyritään vastaamaan toiminnan tehostamista koskeviin haasteisiin. (Markkola 2014.) Käytännössä tämä tarkoittaa verkostojen eheyttämistä luomalla ajantasainen ja ennakoiva koordinaatio palveluntuottajien eli yksiköiden välille (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 274).

Koordinaatio tarkoittaa toimintaa, jossa erilliset osat yhdistetään toisiinsa mahdollisimman tehokkaiden tai laadukkaiden tulosten saavuttamiseksi. Sitä pidetään yhteistyötä synnyttävänä ja välittävänä toimintana. Esimerkiksi yhteistyökoordinaattorin vahvuutena on vuorovaikutuksen mahdollistaminen osapuolten välillä. (Aira 2012.)

Tulevaisuudessa ikääntyneiden palvelujen integrointi eli yhteen saattaminen edellyttää yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Vastuu toimijoiden kesken voidaan jakaa sopimalla yhteisesti keskinäisestä työnjaosta. (Tepponen 2007, 61, 62, 64.) Asioista sopiminen on tärkeää, sillä siihen kytkeytyvän moniammatillisen yhteistyön katsotaan edistävän terveydenhoidon laatua, erityisesti potilasturvallisuutta sekä potilaslähtöistä kokonaisvaltaista hoitoa (Collin, Valleala, Herranen & Pyhälä-Liljeström 2012 31, 32). Yhteistyön toteuttamiseen on jokaisella ammatillinen velvollisuus, sillä terveydenhuollon eettiset ohjeet korostavat yhteistyön merkitystä. Lisäksi sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa nähdään tärkeänä elementtinä. (Kantanen ym. 2010, 16.)

3.1 Palvelujen toteuttaminen yhteistyössä

Koko evoluution ajan ihmisen kykyä tehdä yhteistyötä on pidetty tärkeänä asiana. Mitä suuremmasta tai monimutkaisemmasta asiasta yhteistyötä tehdään, sitä merkittävämmän aseman saa yhteistyöhön osallistuvien jäsenten

yhteinen kieli, käsitteet ja vuorovaikutukseen liittyvät säännöt. Yhteistyö määritellään siis koordinoituksi toiminnaksi erilaisissa tilanteissa ja erilaisin kokoonpanoin. (Markkola 2013.)

Yhteistyöprosessi syntyy toiveesta tai tarpeesta luoda jotain uutta tai ratkaista jokin ongelma. Kun yhteistyötä tarkastellaan prosessinomaisesti, on se toimintatapana vapaaehtoista. Tällä tarkoitetaan sitä, että yhteistyön osapuolet joko toteuttavat tai jättävät toteuttamatta yhteistyötä omalla käyttäytymisellään. Yhteistyötä toteuttavat käytännössä ihmiset eikä organisaatio. Siihen kuuluu päätöksentekoa eri osapuolten kesken, päätösten yhteistä omistajuutta ja yhteistä vastuuta yhteistyön tuloksista. (Aira 2012.)

Yhteistyöprosessin rakenteet ohjaavat ihmisten välistä vuorovaikutusta, jolloin vuorovaikutuksella on edelleen edellytyksiä muokata rakenteita. Tässä yhteydessä rakenteilla tarkoitetaan mitä tahansa normeja, millä tarkoitetaan mitä tahansa sovittuja tai ääneen lausumattomia sääntöjä ja käytäntöjä, jotka ohjaavat toimintaa tai resursseja. Yhteistyörakenteet eivät vielä takaa yhteistyötä, sillä yhteistyö edellyttää osapuolten aktiivista panosta. Rakenteet voivat joka tapauksessa tehdä yhteistyön mahdolliseksi ja helpottaa sitä. Ei siis ole yllättävää, että vuorovaikutus mainitaan yhdeksi onnistuneen yhteistyön osatekijäksi. Vuorovaikutus määritellään ihmisten väliseksi merkitysten luomiseksi, jakamiseksi, vaihtamiseksi ja neuvottelemiseksi. Ihmisten välinen vuorovaikutus luo, muokkaa ja ylläpitää yhteistyöprosessia. Prosessi siis toteutuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. (Aira 2012.)

Yhteistyön toteuttamiseen tarvittavia rakenteellisia ominaisuuksia ovat muun muassa käytössä olevat resurssit, maantieteellinen läheisyys, yksilöiden taidot ja kompetenssit, organisaatioiden ominaisuudet ja roolien selkeys. Yhteistyöllä tarkoitetaan esimerkiksi tiedon jakamista, yhteisten tavoitteiden toteuttamista, odotusten täyttymistä ja sovittua työnjakoa. Jotta yhteistyötä voidaan tehdä, edellytetään tavoitteen olemassaoloa. (Aira 2012.)

Toimivana yhteistyön toteutusmuotona pidetään käytäntöä, joka liittyy yhteen eri ammattihenkilöiden osaamisen, yhteistyötarpeen ja kulttuurin. Keskeistä työskentelyssä on jatkuva vuorovaikutus ja tarkoituksenmukaisuus. Työskentelyssä jaetaan asiantuntijuutta, jolloin kaikki yhteistyön jäsenet jakavat tietoon, suunnitelmiin ja tavoitteisiin liittyviä älyllisiä voimavaroja saavuttaakseen jotain, mitä yksi ihminen ei pystyisi saavuttamaan. Jaettu asiantuntijuus on siis keskeistä moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa. (Jalonen 2006.)

Kun tavoitellaan ikääntyneen hoitojärjestelyn ja asumisen pysyvyyttä, on riittävä määrä henkilökuntaa, saumaton moniammatillinen yhteistyö, hoitojen ja niiden tavoitteiden suunnitelmallisuus sekä hyvä yhteistyö omaisten kanssa keinoja, joilla hoitoa pystytään toteuttamaan tehostetussa palveluasumisessa. Hoito asumisyksikössä edellyttää mahdollisuutta riittävään diagnostiikkaan ja hoitoon. (Lehto, ym. 2015, 21.) Hyvässä elämän loppuvaiheen hoidossa korostuvat siis ennakoiva suunnittelu, ammattitaito ja moniammatillinen yhteistyö (Vanttaja ym. 2015, 61).

Terveydenhuollon asiakkaalle annettujen samanaikaisten palveluiden kokonaisvaltainen kehittäminen edellyttää palvelukokonaisuuksien kuvaamista, palveluntuottajien keskinäisten vastuiden uudelleen määrittelyä, sähköisen tiedonsiirron mahdollistamista ja palvelukokonaisuuksien hallinnan menetelmiä. Prosessilähtöisen toiminnan kokonaisuuden hallinta kohdistuu yksiköiden toiminnan hallintaan. Koordinoitaessa organisaation tehtäviä ja toteutettaessa työnjakoa tarvitaan suunnittelua. Koordinoitua voidaan käsitellä myös toimintoprosessina, jossa syntyy erilaisia riippuvuuksia. Niitä ovat esimerkiksi jaetut resurssit, tehtävät, tehtävien suunnittelu, tiedonkulku ja ryhmäpäätöksenteko. (Tanttu 2007.)

3.2 Hoitajien kokemukset yhteistyöstä

Tietoa yhteistyön kokemuksista löytyy erilaisista artikkeleista. Yksi esimerkki on Paula Arvolan ja Minna Hökän (2011) projektityö Yhteistyöllä kipu hallintaan, jossa korostuu yhteistyön kehittämisen tarve terveydenhuollon ammattilaisten kokemana niin organisaatioiden kuin myös yksiköiden välisesti. Yhteistyön toteutumisen haasteena nähtiin potilaan hoitoprosessiin liittyvät tiedonkulun vaikeudet ja puutteet tietojärjestelmissä, resursien puute ja epäselvyydet vastuissa. Myös yhteisten ohjeiden puuttuminen aiheutti erilaisia horjuvia hoitokäytäntöjä.

Markkolan 2013 pro gradu – tutkielmassa on saatu kokemuksia terveydenhuoltoalalla toimivien eri ammattiryhmien moniammatillisesta yhteistyöstä ja yhteistyön eri muotojen ominaispiirteistä. Yhteistyössä toimijat kokivat erilaisia tekijöitä, joilla oli selkeä merkitys niin työntekijälle kuin potilaan saamalle palvelulle ja organisaation tuottamalle palvelulle. Näitä tekijöitä olivat esimerkiksi roolien ja tehtävien määrittelevyys, rooli ja tehtäväriippuvuus, tehtävien yhteensovittaminen ja johtajuus.

Rinnakkain työskennellessä yhteistyöllä käsitetään yhdessä työskentelemistä, yhteisen vastuun jakamista sekä yhteistä kommunikaation ja päätöksenteon prosessia. Näillä kaikilla tavoitellaan potilaan terveystarpeisiin liittyvää yhteistä päämäärää. (Kantanen ym. 2010, 16.) Potilastietojen sähköinen käsittely ja välittyminen alueellisella tai kansallisella tasolla terveydenhuollon eri organisaatioiden välillä tukee toimintamallia, jonka keskeisiä piirteitä ovat asiakaskeskeinen saumaton palveluketju. (Mäenpää, Asikainen & Suominen 2012, 126, 127.) Saumattomien palveluketjujen kehittämisen hidasteena pidetään organisaatiokeskeistä palvelujen tuottamiskulttuuria, eri ammattiryhmien välistä yhteistyön puutetta, tiedonkulun ongelmia ja palveluketjujen kokonaisvastuun puutteita (Tanttu 2007).

Työskennellessään rinnakkain ammatillaiset koordinoivat yhteistyötään ja jakavat informaatiota toisilleen, samalla työskennellen itsenäisesti omina ammattiryhminään. Toiminnalle on luonnollista perinteinen ammatillinen hierarkia ja kiinnittyminen omaan ammatilliseen ryhmään. Potilaan hoitoprosessissa tapahtuvaan ammattiryhmien rinnakkaistyöskentelyyn liittyviä haasteita katsotaan olevan tiedonkulku, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. (Collin ym. 2012, 31, 32, 36, 37.)

Ammattiryhmien välisestä rinnakkain työskentelystä kertoo artikkeli sairaanhoitajien ja lääkärin välisestä yhteistyöstä, jossa koettiin säännöllisten yhteistyöpalaverien olevan paras keino parantaa yhteistyön laatua niin lääkärin kuin sairaanhoitajien mielestä. Vuorovaikutustaidot, toisen työn kunnioittaminen, ammattitaidon arvostaminen ja työyksikön ilmapiiri arvioitiin keskeisiksi yhteistyöhön vaikuttaviksi tekijöiksi. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisessä hyvin toimivassa rinnakkaistyöskentelyssä osoitetaan olevan positiivinen yhteys hoidon laatuun ja tuloksiin, henkilöstön työtyytyväisyyteen, työhön sitoutumiseen ja potilasturvallisuuteen. Lisäksi yhteistyö voi parhaimmillaan olla voimavarana ammattiryhmille itselleen. (Kanttanen ym. 2010, 16.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyötä hoitajien kokemana. Hoitajalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Opinnäytetyö vastaa toimeksiantajan tarpeeseen selvittää yhteistyön laatua ja kehittämistä avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen kesken. Tavoitteena on tuottaa monipuolista tietoa, jota avosairaala ja tehostetun palveluasumisen yksiköt voivat hyödyntää kehittäessään yksiköiden välistä yhteistyötä.

Opinnäytetyössä esiintyvät tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Minkälaista yhteistyö on avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen kesken hoitajien kokemana?
- 2) Mitkä ovat yhteistyötä estävät tekijät hoitajien kokemana?
- 3) Mitkä ovat yhteistyötä edistävät tekijät hoitajien kokemana?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Lähtökohtaisesti laadullinen tutkimus on todellisen elämän kuvaamista. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 178.) Laadullisen tutkimuksen merkitystä voidaan yleisesti perustella muun muassa siksi, että monet tutkimuskohteista ovat näkymättömiä, abstrakteja, ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa syntyneitä, tulkinnallisia, aikaan ja paikkaan sidottuja ilmiöitä (Puusa, & Juuti, 2011a, 31). Laadullisen tutkimusmenetelmän valinta oli perusteltua liittyen tämän opinnäytetyön aiheeseen, sillä hoitajien välisessä yhteistyössä on kyse ensisijaisesti ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta.

Laadullinen tutkimusprosessi elää ja muovautuu koko tutkimuksen keston ajan, kunnes tutkija pystyy rakentamaan johtopäätöksensä aineistosta ja kriittisesti arvioimaan omaa työtään. Tämä korostaa siis aineistonkeruun, analyysin, tulkinnan ja raportoinnin kietoutumista yhteen. (Puusa & Juuti 2011b, 51.) Seuraavana esitellään millä tavalla aineistonkeruu ja analyysi esiintyivät opinnäytetyön toteutumisessa.

5.1 Toimeksiantajan toimintaympäristö

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimivassa organisaatiossa ikääntyneen asiakkaan tarvitessa tehostettua hoivaa ja huolenpitoa hänet hoidetaan palveluasumiskeskuksessa. Jokaisessa kunnassa sijaitsee yksi palveluasumiskeskus. Osa palveluasumiskeskuksista käsittää tehostetun palveluasumisen yksiköjä ja osa niiden lisäksi laitosasumisen yksikön. Organisaatio on ostanut ikääntyneiden tehostettua palveluasumista myös yksityisiltä palveluntuottajilta, joiden mukaan ottaminen rajattiin tämän työn ulkopuolelle.

Palveluasumiskeskuksat ja avosairaala ovat tehneet yhteistyötä palvelujen toteuttamisessa. Tämä tarkoittaa sitä, että yhteistyötä tekemällä on kyetty vastaamaan joissain tapauksissa ikääntyneen asiakkaan erikoissairaanhoidollisen hoidon tarpeeseen palveluasumisyksikön tiloissa. Kun hoitoprosessi toteutetaan asumispalveluissa yhteistyössä avosairaalan kanssa, sen toteutukseen on osallistunut eri ammattiryhmiä, kuten lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja hoiva-avustajia.

5.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia kuntayhtymän alueen julkisen sektorin ikääntyneiden tehostetuista palveluasumisyksiköistä ja avosairaalasta. Kuntayhtymän alueella sijaitsevista eri kuntien tai kaupunkien palvelukeskuksista valittiin jokaisesta yksi tehostettu palveluasumisyksikkö, josta haastateltiin yksi hoitaja. Palvelukeskuksat valittiin koko kuntayhtymän alueelta, koska haluttiin saada kokonaiskuva koko kuntayhtymän alueella tapahtuvasta yhteistyöstä. Rajaaminen vain yhteen palveluasumisyksikköön ja hoitajaan kuntaa kohden toteutettiin siksi, että laadullista menetelmää käytettäessä haastateltavien määrä oli rajattava riittävän pieneksi jotta aineisto voitiin analysoida.

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, koska haluttiin saada tietoa nimenomaan kuntayhtymän alueen avosairaalan ja tehostetun palveluasumisyksiköiden yhteistyön toimivuudesta hoitajien kokemana. Tutkimusluvan saavuttua aineiston kerääminen aloitettiin ottaen yhteyttä jokaisen palveluasumisyksikön palveluesimieheen sekä avosairaalan osastonhoitajaan opinnäytetyön saatekirjeellä (Liite 1).

Teemahaastattelua käytetään, kun halutaan selvittää vähän tutkittuja asioita. Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan ja kun haastateltavan tieto perustuu yksilön omaan kokemukseen. (Hannila & Kyngäs 2008.) Haastattelu on monessa mielessä tehokas ja tärkeä tiedonhankintamenetelmä. Tutkija voi välittömästi tarkentaa vastaanottamaansa uutta tietoa. Tätä mahdollisuutta ei ole esimerkiksi postikyselyssä. Haastattelu voi usein paremmin kuin muut menetelmät tuoda esiin uusia näkökohtia. (Järvinen & Järvinen 2004, 146.)

Teemahaastattelun toteutumiseksi tehtiin opinnäytetyön aiheeseen tukeutuva yksilöllinen teemahaastattelurunko (Liite 2). Siinä esiintyvät aihealueet eli teemat perustuivat aiemmin hankittuun teoreettiseen ja tutkittuun tietoon yhteistyöstä. Haastateltaville mahdollistettiin tutustuminen teemahaastattelurunkoon ennen haastattelua tekijän laittaessa sen liitteeksi saatekirjeeseen. Tällä haluttiin edesauttaa haastateltavaa ajattelemaan yhteistyötä jo ennen haastattelua ja näin mahdollisesti tekijää saamaan syvempää tietoa aiheesta.

Kun käytetään laadullista tutkimusta, valitaan mukaan henkilöitä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja joilla on kokemusta asiasta (Puusa & Juuti 2011, 55). Opinnäytetyössä hyödynnettiin yksiköiden palveluesimiesten arviota haastateltavien sopivuudesta. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että palveluesimies valitsi työyksiköistään haastateltavan, joka täytti tekijän määrittelemän kriteerin haastateltavasta. Kriteerinä käytettiin, että haastateltavilla tuli olla omakohtainen kokemus avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyöstä ja halukkuus osallistua haastatteluun. Tämä ilmoitettiin opinnäytetyön saatekirjeen lisäksi sähköpostin välityksellä tapahtuneissa keskusteluissa palveluesimiesten kanssa. Yhteistyössä palveluesimiesten kanssa sovittiin tarkempi haastatteluajankohta ja paikka haastattelun suorittamiseksi. Kolmessa haastattelussa ajankohta haastattelulle sovittiin palveluesimiehen pyynnöstä haastateltavan ja tekijän kesken sähköpostin välityksellä.

Hoitajien haastattelut toteutettiin haastateltavien työyksiköissä. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin toukokuussa 2015 ja viimeinen syyskuussa 2015. Palveluasumisen hoitajien haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja avosairaalan haastattelu ryhmähaastatteluna. Haastatteluista neljä suoritettiin hoitajien toimistossa ja kaksi yksikön muissa tiloissa, joiden sijainnilla pyrittiin varmistamaan yksityisyyttä. Jokaiselta haastatteluun osallistuvalta pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta ja kaikki haastattelut nauhoitettiin.

Haastattelutilanteessa tiedonsaantia turvattiin käyttämällä teemahaastattelurungon lisäksi teemoihin liittyviä apukysymyksiä tilannekohtaisesti tarpeen mukaan. Apukysymykset eivät näyttäytyneet haastateltaville kuin haastattelutilanteessa valittujen kysymysten muodossa. Lisäkysymykset mahdollistivat tekijälle syvemmän tiedon saannin. Palveluasumisen haastatteluja toteutettiin yhteensä viisi kertaa. Kaikki haastateltavat työskentelivät eri asumispalveluyksiköissä.

Avosairaalan vakituisen hoitajamäärän ollessa suhteellisen pieni päädyttiin toteuttamaan avosairaalan haastattelu ryhmähaastatteluna. Lisäksi ryhmähaastattelun toteuttamiseen liittyvä kriteeri omakohtaisesta kokemuksesta ja samankaltaisuudesta tutkittavaa asiaa kohtaan täytyi työn luonteesta johtuen jokaiselta avosairaalassa työskentelevältä hoitajalta. Avosairaalan ryhmähaastattelu toteutettiin yhdellä kerralla, jossa haastateltavana oli neljä hoitajaa. Ensimmäinen sovittu haastattelukerta peruttiin johtuen aiheeseen sopivien haastateltavien puuttumisesta. Avosairaalan ryhmähaastattelun mahdollistamiseksi käytiin suullista ja sähköistä tiedonvaihtoa osastonhoitajan kanssa haastattelun suorittamiseen liittyvistä asioista. Käytännössä haastattelu toteutettiin osastonhoitajan määrittelemänä yksikölle sopivana haastatteluajankohtana.

Ryhmähaastattelun ihanteellinen koko on 3 – 12 henkilöä. Ryhmähaastatteluun osallistuvilta edellytetään samankaltaisuutta tutkittavaa asiaa kohtaan. Haastateltavien keskinäinen vuorovaikutus luo merkitystä keskustelulle. Jos ryhmä on suuri, se luo haastetta ryhmän ohjaamiselle ja haastattelunauhoituksen purkamiselle. (Hannila & Kyngäs 2008.) Ryhmähaastattelussa vuorovaikutus painottuu vetäjän ja kunkin haastateltavan välille. Ryhmän vetäjä tekee tavallaan yksilöhaastatteluja ryhmätilanteessa esittäen kysymyksen vuorotellen kaikille osanottajille. Hän ei siis kannusta osallistujia keskustelemaan teemasta keskenään. (Valtonen 2011, 89.)

5.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on löytää aineistosta jonkinlainen toiminnan logiikka tai tyypillinen kertomus. (Vilkkä 2005, 140, 98.)

Haastattelujen suoritettua aloitettiin aineiston analysointi. Haastattelut kuunneltiin lävitse useaan kertaan ja litteroitiin eli auki kirjoitettiin ne sanasta sanaan yhdeksi aineistoksi. Kokonaisuudessaan litteroitua aineistoa oli 62 sivua fontilla 14.

Aineisto luetaan useita kertoja läpi. Lukeminen on aktiivista lukemista ja sen tarkoitus on luoda pohja analyysille. Aineiston tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysia aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Aineistoon tutustumalla päädyttiin analysoinnissa käyttämään induktiivisen sisällönanalyysin lisäksi deduktiivistä päättelyä. Tämä tarkoittaa sitä, että haastattelurungossa ilmenevät pääteemat ohjasivat aineiston analysointia ja tulosten esittämisessä käytettiin kyseisiä teemoja pääkategorioina.

Deduktiivinen päättely edellyttää päättelyn taustaksi tutkittua tietoa, johon uudet ilmiötä koskevat havainnot voidaan peilata ja siten todentaa tulokset. Tämä lähestymistapa edellyttää siis, että on saatavissa aikaisempia tutkimustuloksia aiheeseen liittyvästä ilmiöstä, sekä niistä muuttujista joilla ilmiö selittyy. (Tutkimuksen logiikka ja strategiset valinnat n.d.). Teema-

haastattelun aiheet perustuivat teoreettiseen ja tutkittuun tietoon yhteistyöstä, jolloin niitä kyettiin käyttämään aineiston pääkategorioina selkiyttämään analysointia.

Aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, jolla tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja jotka liittyvät tutkimustehtävään. Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely, jossa on kyse pelkistettyjen ilmaisujen ja erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Analyysia jatketaan yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita, joiden nimi annetaan niiden sisältöä kuvaavalla sanalla. Kategorioita yhdistellään niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. (Kynäs & Vanhanen 1999, 6, 7.) Aineisto analysoitiin etsimällä pääkategoriana käytettävään aiheeseen liittyvät ilmaukset, jotka pelkistettiin. Niitä pelkistyskäsitteitä yhdistelemällä saatiin aineistosta esille ylä- ja alakategorioita. Jokainen aiheeseen sisällytettiin kuvio analysointiprosessista. Työn analysointiprosessia on kuvattu tarkemmin liitteessä 3.

Suorien lainauksien tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle se, mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Niitä tulee käyttää raportissa vain esimerkinomaisesti. Tutkijan tulee varmistua siitä, että tutkittavia ei voida tunnistaa suorien lainauksien perusteella. (Kynäs ja Vanhanen 1999, 10.) Koska suorien lainauksien käyttämisen nähtiin lisäävän analysoinnin luotettavuutta, niitä käytettiin työssä säännöllisin väliajoin.

Työssä pyritään löytämään uusia oivalluksia, ja nämä löydökset välitetään loppuraportissa yleisölle (Aaltio & Puusa 2011, 153). Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjaavat tutkijaa ratkaisemaan sen, millaisia sisältöjä hän analysoi, sillä laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on opinnäytetyön tekemisen aikana muodostuneen tiedon avulla näyttää ihmisen tai yksikön toiminnassa jotain, joka on välittömän havainnon tavoittamattomissa. (Vilka 2005, 140, 98.) Tulosten esittelyn jälkeen kerrotaan työn johdopäätökset, jotka löytyvät raportin viimeisestä pohdinta-luvusta. Ennen tuloksia tarkastellaan vielä, miten eettisyys on huomioitu tässä opinnäytetyössä.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Tutkivaan kehittämiseen liittyy monia tärkeitä asioita ihmisten asemasta ja oikeuksista, yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintatavoista sekä niiden velvollisuuksista ja vastuista. Osaan asioita on annettu määräyksiä laeilla ja asetuksilla. Ohjeet ja suositukset pyrkivät lisäämään luottamusta tutkimus ja kehittämistoimintaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43.) Tätä opinnäytetyötä tehtäessä on toimittu tieteellisten hyvien käytäntöjen mukaisesti. Eettisyyden takaamiseksi työssä noudatettiin Hämeen ammattikorkeakoulun opiskelijoille suunnatun opinnäytetyön oppaan suosituksia opinnäyte-

työn prosessista. Työn eri vaiheissa hyödynnettiin ohjaavan opettajan ammattitaitoa eettisyyden varmistamiseksi. Opinnäyteprosessin aikana oltiin yhteydessä työn toimeksiantajaan suullisesti ja sähköpostin välityksellä. Myös opinnäytetyötä ohjaava opettaja oli tarpeen mukaan yhteydessä toimeksiantajaan. Työn valmistumiseksi käytettiin kahta työtä ohjaavaa opettajaa.

Etiikan tarkoituksena on puolustaa tärkeinä pidettyjä arvoja eli sitä mitä pidetään hyvänä ja moraalisesti oikeana. Etiikka ei tosin ole luonteeltaan samalla tavoin velvoittava kuin laki tai asetus vaan sen ohjeet ovat suositusten omaisia. Eettisyyden varmistamiseksi on kuitenkin paljon normeja, joihin tutkivassa kehittämisessä on sitouduttava. Toimintatapojen valinta ja aineistonkeruun tai seurantatiedon keruun toteutus ovat konkreettisesti muita ihmisiä ja kehittämiskohteena olevaa toimintaa koskeva haaste. Mukana olevien on myös saatava pitävät perustelut. (Heikkilä ym. 2008, 43, 44.)

Aineistoa kerätessä kerrottiin saatekirjeen lisäksi vielä ennen haastattelun aloittamista työhön liittyvät perustelut ja korostettiin työhön osallistumisen vapaaehtoisuutta ja haastateltavien anonymiteetin suojaamista. Haastateltavia informoitiin tekijän velvollisuudesta toimia tieteellisten ohjeiden mukaisesti ja kaikilta haastatteluun osallistujilta kerättiin kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja sopivien haastateltavien valinnassa hyödynnettiin palvelupäälliköiden roolia. Eettisyyden kannalta se on aiheuttanut lähempää tarkastelua, sillä palvelupäällikön valitessa haastateltavia on hän myös tietoinen kuka tiedonantajana on toiminut. Työn tuloksissa ei ole kuitenkaan tunnistettavissa minkälaisia vastauksia eri henkilöt ovat antaneet.

Eettisyyteen liittyy myös arkaluonteisuuden määrittely. Kulttuurilliset ja tilannekohtaiset tekijät vaikuttavat siihen, mikä on arkaluonteista ja mikä taas ei. Suhtautuminen voi olla erilaista samankin ryhmän sisällä, ja tutkijalle vähäpätöisiltä tuntuvat seikat voivat olla tutkittaville hyvin merkittäviä. Ne ovat usein aiheita, jotka koetaan yksityisiksi, toisinaan ahdistaviksi tai salassa pidettäviksi. Sellaisia ovat myös asiat, jotka saattavat leimata negatiivisesti tutkittavien ryhmää. (Kuula 2006, 136.) Työn arkaluonteisuus on huomioitu työtä tehtäessä ja työn tuloksissa ei ole tunnistettavissa negatiivista yksikkökohtaista leimaavuutta.

Eettisyyttä on myös tarkasteltava tekijän roolin näkökulmasta, sillä tekijällä oli aiempaa omakohtaista kokemusta yksiköissä tapahtuvasta työstä. Aineistonkeruu eli teemahaastattelu on tapahtunut tavalla, joka ei ratkaisevasti poikkea normaalista ihmisten vuorovaikutuksesta. On siis huomioitava, että informoituun suostumukseen ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuteen liittyvät kysymykset voivat hämärtyä, jos tutkijalla on kovin läheinen suhde tutkittaviinsa ja tässä mielessä voisi kuvitella, että liian ystävällinen ja tuttavallinen tutkija saatetaan kokea myös pikemmin epäluotettava kuin luotettavana. (Kuula 2006, 141.)

Aineistoa kerätessä pyrittiin kuitenkin ymmärtämään, että aineistoa kuvataan, tulkitaan ja siitä kirjoitetaan tutkimustekstiä. (Kuula 2006, 141.) Tekijän ajatuksissa oli selkeänä opintoihin liittyvä kehittämistyö, mikä esiintyi hänen roolissaan.

Aineiston keräämisessä esiin tullutta materiaalia on käytetty ainoastaan opinnäytetyön tekemiseen ja haastatteluihin liittyvä materiaali hävitettiin polttamalla analysoinnin suoritettua. Nauhoitetut haastattelut poistettiin tekijän suoritettua aineiston litteroinnin.

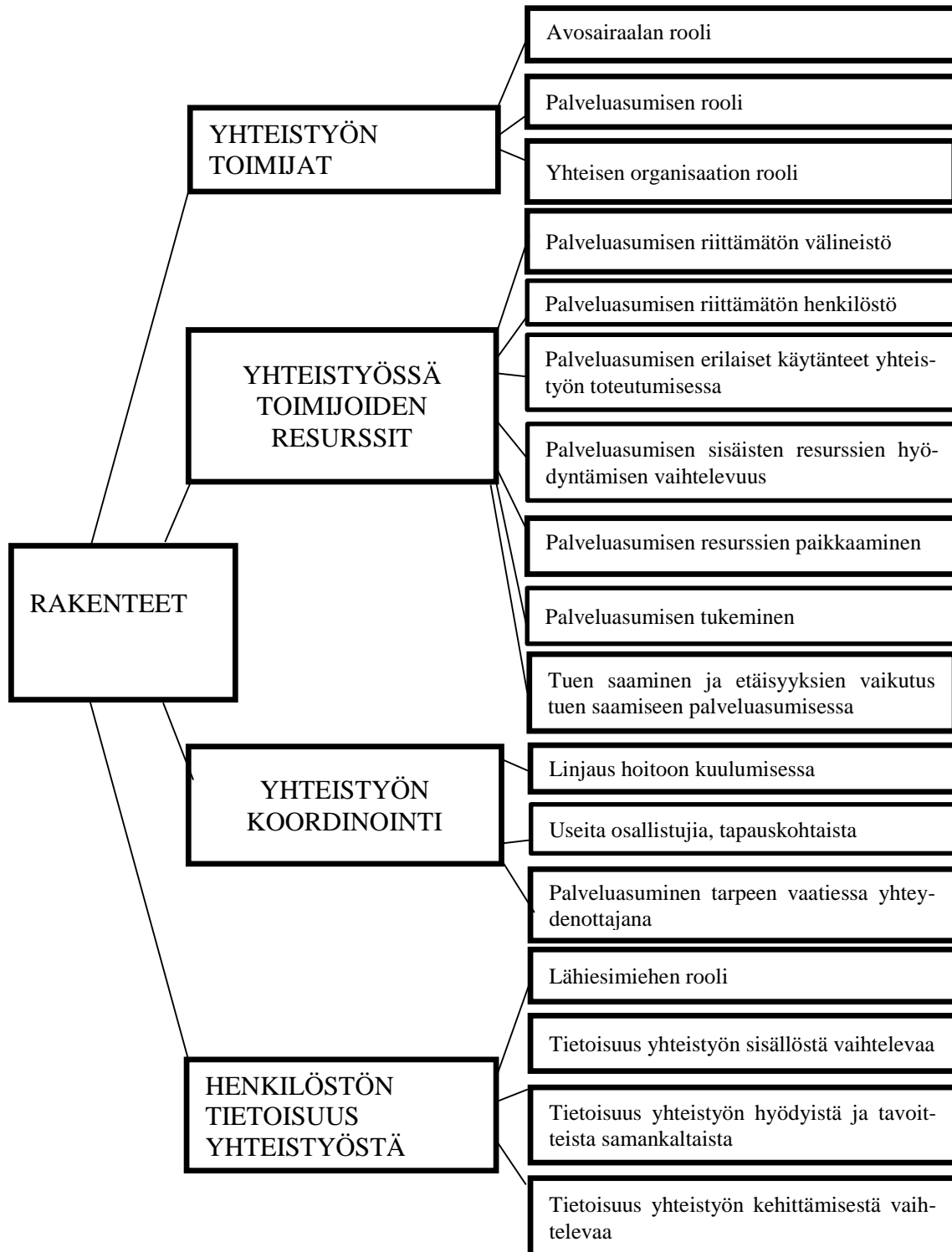
Eettisesti kestävä tiedonhankinta näyttäytyy luotettavan teoriapohjan hankintana, joka on saatu HAMK:n Nelli-portaalin kautta käyttämällä työssä esiintyvien keskeisten käsitteiden asiasanoja. Tietoa löydettiin esimerkiksi Medic- ja Melinda- tietokannoista ja työssä käytettiin tieteellisesti arvostettuja tutkimusartikkeleita. Teoriapohjaksi työhön hyväksyttiin pääsääntöisesti opinnoissa asteen ylempänä olevat työt eli YAMK – opinnäytetyöt, pro gradu – tutkielmat ja väitöskirjat. Työssä esiintyvän teoriapohjan lähteet on merkitty HAMK:n lähdeviiteohjeiden mukaisesti. Eettisesti kestävä tutkimusmenetelmä näyttäytyvät työssä ajoittain esiintyvänä metodikirjallisuutena, jota on käytetty pohjana tutkimusmenetelmän ja välineiden valinnassa.

7 TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset esitellään käyttäen teemahaastattelurungossa olevia pääteemoja, jotka perustuvat aiempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon yhteistyöstä. Teemat eli aiheet esitellään järjestelmällisesti yksi aihe kerrallaan. Aloitus tapahtuu yhteistyön rakenteista jatkuen potilaan hoitoprosessiin, jonka jälkeen käydään lävitse osaamisen hyödyntäminen sekä tiedonkulku ja jatkuvuus. Viimeisenä aiheena esitellään vuorovaikutus, jonka jälkeen esitellään yhteistyötä estävät ja edistävät tekijät.

7.1 Rakenteet

Tämän aineiston perusteella rakenteellisia tekijöitä olivat yhteistyön toimijat, yhteistyössä toimijoiden resurssit, yhteistyön koordinointi ja henkilöstön tietoisuus yhteistyöstä. Tulokset on esitetty kuviossa 1. Rakenteet.



Kuvio 1 Rakenteet

7.1.1 Yhteistyön toimijat

Yhteistyössä esiintyi rakenteellisesti kolme erilaista toimijaa. Yksi toimijoista oli avosairaala, jonka roolina oli toteuttaa sellaisia hoitotoimenpiteitä, mihin palveluasumisen omat resurssit tai hoitajien tiedot ja taidot eivät riittäneet. Resursseilla tarkoitetaan tässä työssä riittävää määrää lainmukaisesti koulutettua hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä, sekä saatavilla olevia potilaan hoitoon liittyviä tutkimus tai hoitotarvikkeita. Avosairaalan rooliin sisältyi myös palveluasumisen hoitajien pyytämä konsultointiapu ja tarpeen mukainen opastaminen ja kouluttaminen erilaisissa hoitotoimenpiteissä.

Avosairaalan rooli on tavallaan antaa neuvoa, konsultoida ja sitten tulla niinkö auttamaan.

Avosairaalan lisäksi yhteistyön toimijana esiintyivät ikääntyneiden tehostetut palveluasumisyksiköt, joiden rooliin kuului asiakkaan perushoidon toteuttaminen. Myös hoidon seuranta kuului palveluasumiselle, ja ennen avosairaalahoidon alkamista palveluasumisessa pyrittiin tekemään kaikki se hoito potilaalle, mitä palveluasumisen käytössä olevat resurssit koskien välineistöä mahdollistivat. Niitä olivat esimerkiksi pika-tulehdusarvon mittaaminen, lämmön mittaaminen, virtsan tutkiminen ja yhteydenottaminen päivystävään lääkäriin.

Palveluasumisen rooli on antaa perushoitoa

Avosairaalan hoitajat kokivat palveluasumisen rooliin kuuluvan myös potilaan kuntouttaminen. Mikäli palveluasumisen hoitajilla oli tarvetta konsultaatioon potilaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä tai heidän omat resurssinsa koskien koulutettua henkilökuntaa eivät riittäneet potilaan hoidon toteuttamiseen, he ottivat itse suoraan yhteyttä avosairaalaan puhelimen välityksellä.

He on pystynyt sitten käymään sen hoidon toteuttamassa mikä sieltä sairaalassa on määrätty niin loppuun.

Yhteistyön toimijana esiintyi avosairaalan ja palveluasumisen lisäksi niiden yhteinen työnantajaorganisaatio, jolla ei ollut varsinaista roolia yhteistyön toteuttamisessa. Yksikköjen ollessa maantieteellisesti omia kokonaisuuksia omine esimiehineen myös niissä vallitsevat käytänteet ja toimintamallit erosivat toisistaan. Osa palveluasumisen hoitajista koki kouluttamisen ja yhteistyön kehittämisen lisääntyneen yhteisen organisaation myötä. Avosairaalan hoitajat kokivat yhteistyön kehittämisen lisääntyneen.

No tällai nyt kun sitä mietin niin tota minun mielestäni sillä ei kauheesti ole siinä niinkö semmosta sitten siihen yhteistyöhön vaikutusta.

7.1.2 Yhteistyössä toimijoiden resurssit

Koska tehostettu palveluasumisyksikkö on rinnastettavissa kotona asumiseen, ei yksikössä ole välittömästi saatavilla olevia tutkimus- ja hoitotarvikkeita. Käytännössä siis yksiköillä itsellään ei ollut riittävää välineistöä hoidon toteuttamiseen esimerkiksi potilaan tarvitessa suonensisäistä nestehoitoa. Lisäksi osa palveluasumisen hoitajista koki, että tarpeen ilmaantuessa koulutettua henkilökuntaa on liian vähän toteuttamaan potilaan suonensisäistä hoitoa. Hoitajat kokivat oman työpanoksensa olevan yksikössä laskettu pääasiassa asiakkaiden perushoitamiseen, eikä aikaa jää käytettäväksi muille hoitotoimenpiteille.

Ei ole olemassa niitä lääkkeitä eikä aina oo ollu noita letkuja ja kaikenlaisia mitä muuta siihen sitten, eikä kanyyleitakaan, eikä katetreja ei mitään tämmösiä osassa niin kun potilas ei omista semmosia kun on kotona.

Yksiköiden erilaiset käytännöt yhteistyöhön ilmeni näkyvimmin hoitajien vaihtelevana suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteutukseen osallistumisena. Käytännössä toteutus tapahtui joko avosairaalan toimesta tai yhdessä palveluasumisen kanssa riippuen potilaan asumisyksikössä vallitsevista käytänteistä. Myös hoitajien tietoisuudessa yhteistyön sisällöstä ilmeni paljon eroavaisuutta yksiköiden välillä.

Palveluasumisen palveluntuottamiseen ei kuulu että me suoritettais tämmösiä iv lääkityksiä.

Osassa palveluasumisyksiköitä avosairaalan tarve toteutettaessa suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa näyttäytyi vasta siinä vaiheessa, jos sairaanhoitajia ei työskennellyt potilaan lääkkeenannon tarvitsemina ajankohtina. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että sairaanhoitajia tuli työskennellä tasaisesti aamu- ja iltavuoroissa potilaan suonensisäisen lääkityksen ajan. Palveluasumisyksiköt, joissa avosairaalan käyttö potilaan suonensisäisen hoidon toteuttamisessa oli vähäisempää, jakoivat resursseja samalla tontilla sijaitsevien muiden hoito-osastojen kesken niin tarvittavien tavaroiden kuin koulutetun henkilökunnan suhteen.

Jos meillä on itsellä ammattitaitoista henkilökuntaa sinä aikana työvuorossa niin tota silloinhan me vähemmän käytetään avosairaala.

Ne palveluasumisen hoitajat jotka eivät osallistuneet asiakkaan suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, kokivat avosairaalan toteuttaman suonensisäisen neste- ja lääkehoidon näyttäytyvän heidän toiminnassaan työn helpottumisena. Erityisen tyytyväisiä hoitajat olivat avosairaalan hoitaessa lääkkeellisen tiputuksen sekä lääkärin konsultoinnin ja laboratorionäytteiden ottamisen. Itse työskennellessään palveluasumisen hoitajat kokivat puhelinkontaktin saamisen asiakasta hoitamaan lääkärin olevan hankalaa ja laboratorionäytteiden ottamisen ja kuljettamisen olevan haastavaa asumisyksikön arjen työn sujuvuuden kannalta. Hoitajat olivat hyvin tyytyväisiä saamastaan avosairaalan avusta.

Ei oo lääkäriä keltä kysyä pitää niinku kissojen ja koirien kans metsästää jotain tietoa jostain jotain apua jostain.

Palveluasumisen hoitajat kokivat saaneensa avosairaalan konsultaation aina sitä tarvittaessaan. Avosairaalan saaminen palveluasumiseen paikan päälle ei kuitenkaan aina toteutunut tarpeen tullessa. Kuntayhtymän alueella yksiköiden väliset etäisyydet aiheuttivat joskus haasteen asiakkaan hoidon toteutumiselle hänen omassa asumisyksikössään. Mikäli avosairaalan kalenterissa ei ollut riittävästi tilaa ja palveluasumisyksikkö oli avosairaalaan katsoen sijainniltaan kaukana, oli välimatka estävä tekijä hoidon alkamiselle tai yksikössä paikanpäällä tapahtuvan konsultaation toteutumiselle.

Välimatka on ongelmapaikka.

7.1.3 Yhteistyön koordinointi

Avosairaalan ollessa osa organisaation erikoissairaanhoidon aiheutti tämä selkeän linjauksen potilaan suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteutumiselle. Avosairaalan potilaaksi kuulumisen tapahtui aina lääkärin tekemällä läheteellä ja yhteydenotto hoidon aloittamisesta tapahtui usein enemmän lääkärin kuin hoitajan toimesta.

Kyllä se lääkäri yleensä mikä sieltäkin aina ite meille soittaa et sen tiedon antaa meille itse et sillai se yleensä aina alkaa.

Joissain tapauksissa hoidon alkaminen asumisyksikössä onnistui palveluasumisen hoitajan ottaessa yhteyttä päivystävään lääkäriin, joka lähetti avosairaalan paikalle yksikköön toteuttamaan hoitoa.

Kun potilaalle aloitettiin suonensisäinen neste- ja lääkehoito, useimmiten hoidon koordinointi tapahtui avosairaalan hoitajan saapuessa palveluasumisyksikköön. Avosairaalan hoitaja keskusteli työvuorossa olevan palveluasumisen sairaanhoitajan, tai mikäli sairaanhoitajaa ei ollut työvuorossa, palveluasumisen lähihoitajan kanssa. Keskustelussa käytiin läpi mitkä ovat palveluasumisen resurssit koskien koulutettua henkilökuntaa ja hoitoon tarvittavaa välineistöä toteuttaa potilaalle suunniteltu hoito. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että hoitajat neuvottelivat milloin avosairaalan käyntiä tarvitaan hoidon toteutukseksi ja sopivat ajankohdat valmiiksi.

Kyllä se melkeen sitten niin se koordinointi ja se tapahtuu sit siinä ketä potilasta hoitaa et sairaanhoitaja joka on töissä

Osa palveluasumisen hoitajista koki asiakkaan hoitoon liittyvän koordinoinnin ja yhteydenottojen avosairaalaan kuuluvan palveluasumiselle. Hoidon koordinointiin ei ollut olemassa esimerkiksi yksikössä olevaa kirjallista toimintamallia, vaan asiat sovittiin tapauskohtaisesti.

Se on melkeen se henkilö joka on vuorossa niin keskenään sitten he sopii.

Osa palveluasumisen hoitajista otti itse yhteyttä avosairaalaan potilasta hoitavan lääkärin määrätessä suonensisäisen lääkehoidon potilaalle. Näissä tapauksissa palveluasumisen omat resurssit koskien koulutettua henkilökuntaa eivät riittäneet potilaan hoidon toteuttamiseen. Samalla tavalla tapahtui yhteistyön koordinointi palveluasumisen hoitajan ottaessa puhelimitse yhteyttä avosairaalan hoitajaan, mikäli palveluasumisessa tarvittiin apua erilaisiin hoitotoimenpiteisiin liittyvissä tilanteissa kuten potilaalle kanyylin laitossa tai oikeaoppisen haavanhoitoon liittyvissä tilanteissa.

Jos meillä on semmonen että tota me ei saada pystytty vaihtamaan esimerkiksi tippaa niin kyllä me sitten otetaan yhteyttä avosairaalaan.

Avosairaalan lähiesimiehen rooli oli yhteistyön sisältöön liittyvien asioiden tiedottaminen sekä koulutusten suunnittelu. Osa palveluasumisen hoitajista koki lähiesimiehen työnkuvaan kuuluvan yhteistyön sisältöön liittyvien asioiden selvittämisen. Kaikki palveluasumisen hoitajat eivät olleet tietoisia, mitä lähiesimiehen rooliin kuuluu yhteistyössä. Osa palveluasumisen hoitajista koki, ettei lähiesimiehen rooli näyttäytynyt yhteistyöhön millään tavalla, koska varsinaisessa asiakkaan hoitoprosessissa näyttäytyvään yhteistyön toteuttamiseen lähiesimiehellä ei ollut roolia. Kaikki hoitajat kokivat kuitenkin lähiesimiehen olevan aina tietoinen, kun avosairaalan apua tarvitaan palveluasumisessa.

Siihen käytännön työhön ei ole suurta merkitystä sillä lähiesimiehellä.

7.1.4 Henkilöstön tietoisuus yhteistyöstä

Avosairaalan hoitajat olivat tietoisia omasta roolistaan ja työnkuvastaan koskien palveluasumiselle annettavia palveluja. Kaikki palveluasumisen hoitajat olivat tietoisia avosairaalan antamasta palvelusta ja mahdollisuudesta sen käyttöön potilaan suonensisäisen neste- ja lääkehoidon ajaksi. Tietoisuus avosairaalan antamasta konsultaatiosta ja kouluttamisesta ei ollut tavoittanut kaikkia hoitajia. Osa heistä toivoi lisää tiedottamista siitä, mihin kaikkeen avosairaala voidaan käyttää palveluasumisessa. Osa palveluasumisen ja avosairaalan hoitajista olivat tietoisia yksiköiden välisen välimattoman tuomista haasteista yhteistyön toteutumiselle.

Tiedetään että avosairaala on mahdollista käyttää.

Kaikki hoitajat kokivat yhteistyön tavoitteen olevan potilaan hoitamisen mahdollistaminen hänen omassa asumisyksikössään. Palveluasumisen hoitajat kokivat yhteistyön toteuttamisen tukevan ikääntyneen potilaan inhimillistä hoitoa ja estävän kustannuksia aiheuttavia potilassiirtoja ja sairaalan osastojen kuormittamista. Myös potilaan kotiuttaminen sairaalasta takaisin omaan asumisyksikköön koettiin onnistuvan nopeammin tekemällä yhteistyötä. Yhteistyön toteutumisen koettiin hyödyttävän merkittävimmin itse potilasta.

Että potilas saa sairastaa siinä kotonaan, se on sitte niinku tavallaan se on joustavampaa kun ei tarvi kuljettaa potilasta ja

hän saa sen hyvän hoidon siihen elämäntilanteeseensa nähden täälläkin siinä kotona.

Palveluasumisen hoitajien tietoisuus yhteistyön kehittämisestä vaihteli paljon. Osa heistä ei ollut lainkaan tietoisia yhteistyön kehittämisestä. Hoitajat, jotka olivat olleet mukana avosairaalan koulutuksissa, olivat tietoisia yhteistyön sisällöllisestä kehittämisestä. He olivat käyneet keskustelua yhteistyön kehittämisen mahdollisuuksista huomioiden eri näkökulmia.

Koulutus oli hyödyllinen sillä et miten vois niinku kehittää ja sitten mikä ois taloudellisesti niinku hyödyllisintä ja hyvää resurssien käyttöä ja just sen asiakkaan näkökulmasta tämmösiä asioita ollaan pohdittu.

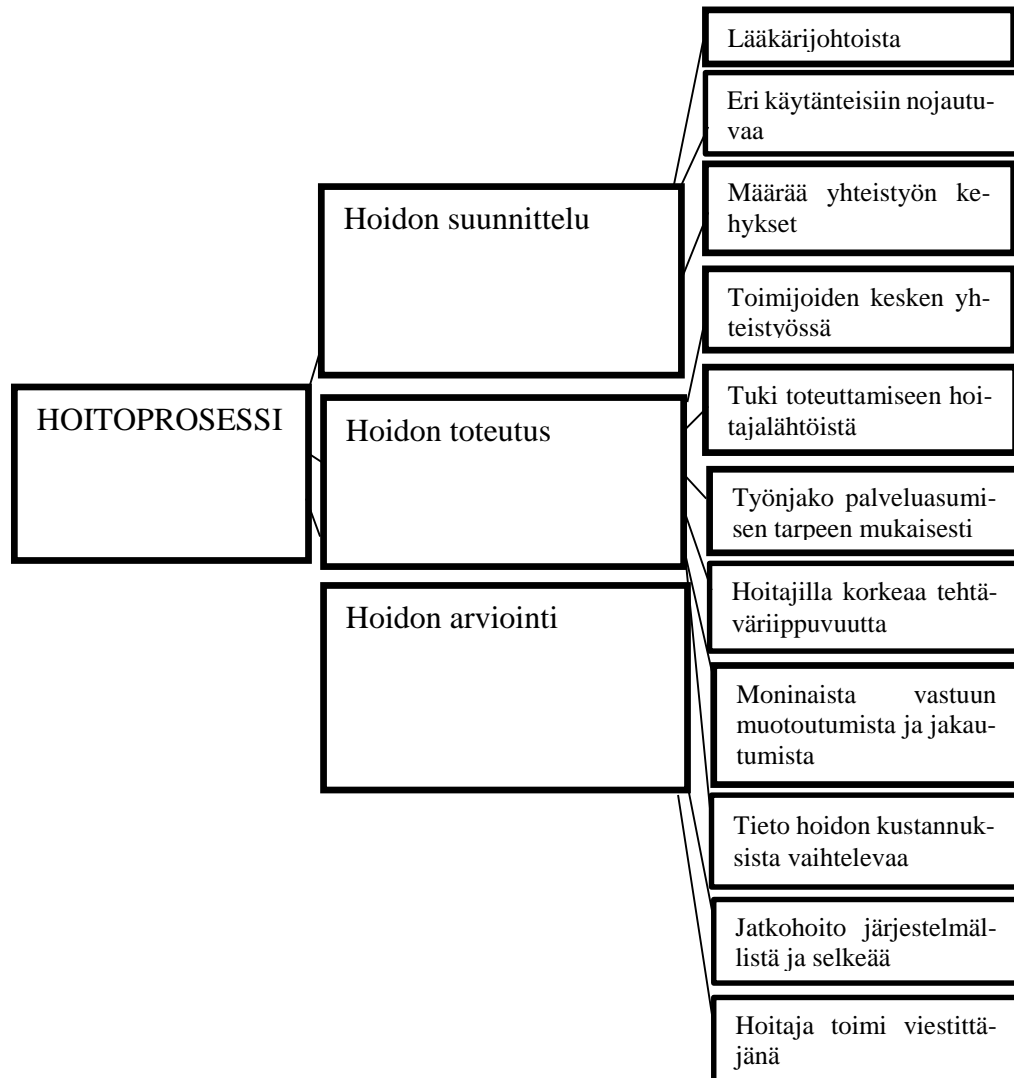
Avosairaalan hoitajat olivat tietoisia yhteistyön sisältöön liittyvästä kehittämisestä. He olivat pohtineet millä tavalla käytössä olevia resursseja voidaan hyödyntää enemmän. Palveluasumisen sairaanhoitajien työskentelyn tulisi toteutua ajallisesti tasaisemmin hoidon mahdollistamiseksi, eli tavoitteena pidettiin jo työvuorolistan suunnittelussa huomioitavan sairaanhoitajan työnkuvan hyödyntäminen. Hoitajat ehdottivat palveluasumisen omalääkärin ottavan vastuun potilaan suonensisäisen neste- ja lääkehoidon määräyksestä, jonka toteutuksen ja seurannan palveluasumisessa työskentelevät sairaanhoitajat voisivat toteuttaa.

Avosairaalan hoitajat olivat tietoisia palveluasumisen resursseista koskien käytössä olevaa hoitovälineistöä kokien sen ongelmalliseksi, ja palveluasumisen ajateltiin hyötyvän lisäämällä sairaanhoitajia yksiköihin. Avosairaalan hoitajat kokivat suuren määrän jalkautuvaa apua palvelukeskuksille aiheuttavan mahdollisesti ihmisten koteihin annettavan erikoissairanhoidollisen palvelun saannin heikkenemisen, minkä hoitajat kokivat kuitenkin päätehtäväkseen.

Esimerkiksi sillä kun on palvelukeskus niin siinä ois koko palvelukeskuksessa edes yks hoitaja joka kiertäis sit vaikka näitä kaikkia osastoja näissä lääkeasioissa.

7.2 Hoitoprosessi

Tämän aineiston perusteella valittiin hoitoprosessia kuvailemaan kolme eri yläkategoriaa, joita ovat hoitoprosessiin sisältyvät suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tulokset esitellään kuviossa 2. Hoitoprosessi.



Kuvio 2. Hoitoprosessi

7.2.1 Hoidon suunnittelu

Asiakkaan hoidon suunnittelu ei toteutunut yhteistyössä vaan suunnittelun teki potilaan hoitoon lähettänyt lääkäri. Kun palveluasuminen tarvitsi avosairaalaa useammin kuin kerran toistuvaan hoitotoimenpiteeseen, asiakkaan hoidon suunnittelu ja vastuu siirtyi useimmiten asiakkaan lähettävältä lääkäriltä avosairaalan lääkärille. Joissain tapauksissa asiakkaan lähettävä lääkäri halusi itse olla vastuussa myös hoidon toteutuksesta ja arvioinnista. Myös potilaan lähettävä lääkäri ja avosairaalan lääkäri tekivät joissain tapauksissa yhteistyötä hoidon suunnittelussa.

Meille tullaan lääkärin läheteellä, se suunniteltu se hoito silloin jo siinä vaiheessa

7.2.2 Hoidon toteutus

Hoitajien rooli yhteistyöhön näyttäytyi lääkärin suunnitteleman hoidon käytännön toteuttamisessa. Hoitajat kokivat hoitoprosessissa tapahtuvan yhteistyön suppeana, jonka toteutukseen kokivat saavansa tukea toisilta hoitajilta. Osa palveluasumisen hoitajista koki saavansa tukea myös omalta esimieheltään. Osa hoitajista toivoi lisää tukea esimieheltään yhteistyön toteuttamiseen.

Se toteutus tapahtuu sitten yhdessä sen avosairaalan kanssa.

Hoitoprosessin toteutuksessa avosairaalan ja palveluasumisen työnjako sovittiin tapauskohtaisesti. Yleensä työnjako sovittiin hoidon alkaessa hoitajien kesken palveluasumisen tarpeen mukaan. Kun hoitotoimenpiteen toteutus tapahtui vain avosairaalan toimesta, oli avosairaala tilattu lääkärin toimesta tekemään ennalta sovittua hoitotoimenpidettä määritellyn ajanjakson ajan. Hoitajat keskustelivat yhdessä, mikäli palveluasumisessa kyettiin helpottamaan avosairaalan työtä esimerkiksi hoidon päättyessä kanyylin poistamisella, tai valvomalla suonensisäisen nesteentippumista.

Kun alkaa tää tiputus tai lääkitys niin he vain sitten ilmestyvät

Kokonaisuudessaan työnjako toimi hyvin sillä molemmat toimijat tiesivät mitä heidän työnkuvaansa kuuluu tehtäväksi. Avosairaalan toteuttamassa hoidossa yhteistyö ilmeni myös palveluasumisen hoitajien soittaessa avosairaalaan, mikäli koettiin poikkeavuutta potilaan voinnissa tai koettiin epävarmuutta hoitoon liittyvien teknisten laitteiden toimivuudessa. Palveluasumisessa asuvan potilaan omahoitajan näkemys potilaan hoidosta ei ilmenyt hoitoprosessin aikana.

Avosairaala on selkeesti se lääketieteellinen tekninen puoli tässä toistaseks he tekevät vain sitä.

Vastuu potilaan hoidosta jakautui monin eri tavoin. Palveluasumisen hoitajat koki vastuun potilaan sairaudesta, mihin avosairaala toteuttaa hoitoa kuuluvan useimmiten avosairaalan lääkärille. Potilaan muiden sairauksien vastuunkantajana oli potilaan omalääkärin. Palveluasumisen hoitajat koki olevansa vastuussa potilaan perushoidosta ja osa palveluasumisen hoitajista kantoi vastuuta myös potilaan huoneen siisteydestä. Osa palveluasumisen hoitajista koki hoidon arvioinnin kuuluvan palveluasumiselle ja kantoi päävastuuta asiakkaan hoidosta. Avosairaalan hoitajat kokivat olevansa vastuussa lääkärin määräämän hoidon toteuttamisesta.

Avosairaala käy niin sitten niinkö tavallaan monessa tapauksessa siirtyy sen avosairaalan lääkärin hoitoon sitten se vastaa siitä.

Avosairaalan hoitajat ja osa palveluasumisen hoitajista olivat tietoisia potilaalle aiheutuvista hoitokustannuksista avosairaalaan käytettäessä. Potilaalle tuli maksettavaksi palveluasumiseen kuuluvan hoitomaksun lisäksi avosairaalan käyntimaksut tarvitsemansa hoidon ajalta. Kaikki palveluasumisen hoitajat eivät olleet tietoisia potilaalle aiheutuvista lisäkustannuksista.

Just kun ajattelee sitä potilaan rahatilannettakin esimerkiksi jos avosairaala käy kolme kertaa päivässä se on melkeen kolmekymppiä se maksaa.

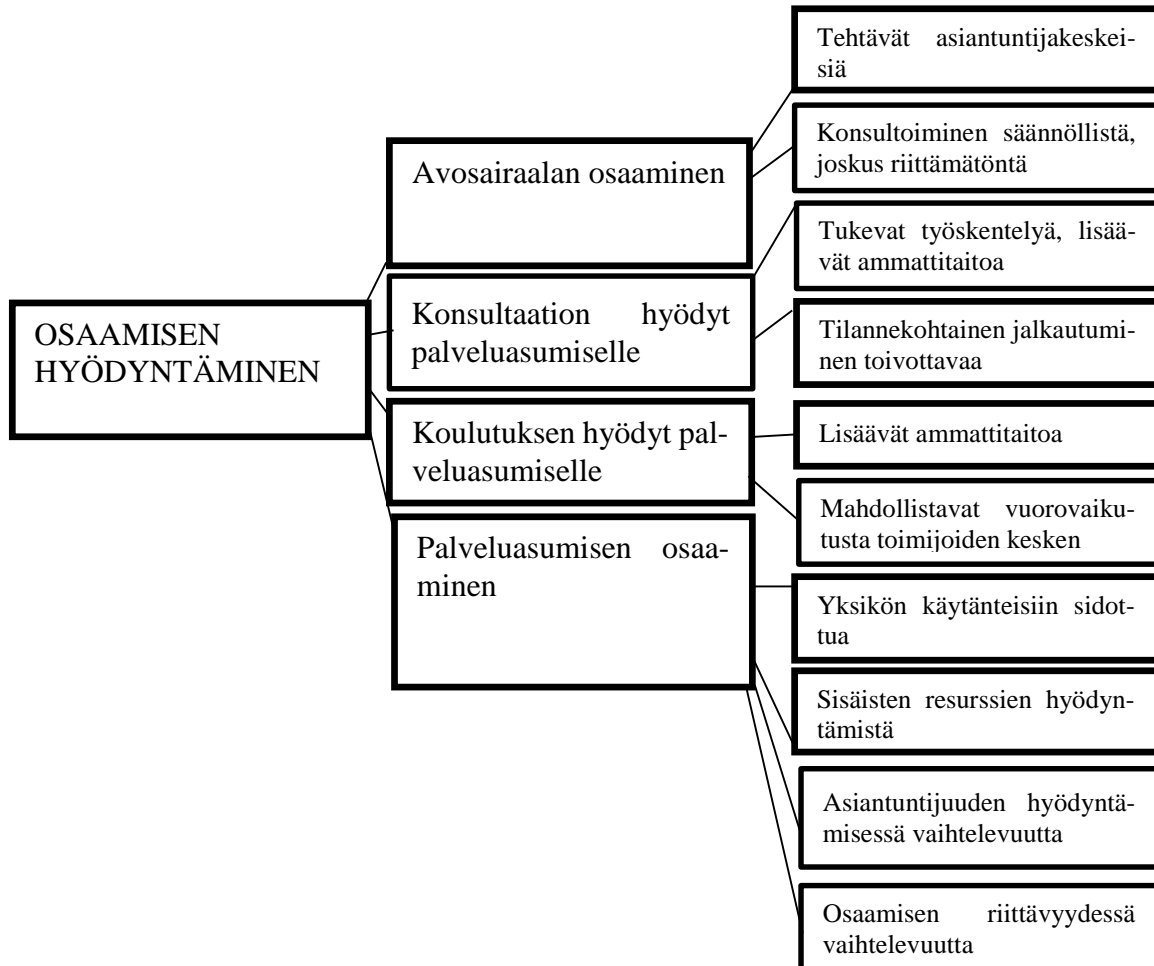
7.2.3 Hoidon arviointi

Avosairaalan hoidon päättyessä potilaan jatkohoito siirtyi hänen omalääkäriinsä seurattavaksi. Lääkäri teki määräyksen potilaan jatkohoidosta, jonka avosairaalan hoitajat ilmoittivat palveluasumiseen. Palveluasumisen hoitajat kokivat kyseisen linjauksen tuovan selkeyttä potilaan jatkohoidon järjestämiseen. Myös avosairaalan hoitajat kokivat potilaan jatkohoidon olevan turvattu. Suulliset keskustelut hoitajien kesken lisäsivät palveluasumisen hoitajien tietoisuutta potilaan jatkohoidosta.

Ne on niin pieniä kuitenkin täällä tavallaan ne hetket ja käynnit mitä avosairaalakin sit tekee ne käy jonkun tietyn hoitotoimenpiteen tekemässä ja sitte me jatketaan sit siitä.

7.3 Osaamisen hyödyntäminen

Tämän aineiston perusteella osaamisen hyödyntämisen yläkategorioita olivat avosairaalan osaaminen, avosairaalan antaman konsultaation ja koulutuksen hyödyt palveluasumiselle ja palveluasumisen osaaminen. Tulokset esitellään kuviossa 3. Osaamisen hyödyntäminen.



Kuvio 3. Osaamisen hyödyntäminen

7.3.1 Avosairaalan osaaminen

Kaikki palveluasumisen hoitajat kokivat avosairaalan hoitajilla olevan hyvää osaamista ja vahva ammattitaito. Hoitajat kokivat avosairaalalla olevan valmiuksia toteuttaa paremmin sellaisia hoitotoimenpiteitä mitä heillä työssään harvemmin esiintyy.

Avosairaala osaa sit heiltä voi kysyä ja konsultoida

Potilaan hoidon toteutuksessa avosairaalan osaamista käytettiin erityisesti kanyloinnin suorittamiseen sekä suonensisäisen neste ja lääkehoidon toteuttamiseen. Osa palveluasumisen hoitajista hyödynsi tietoisesti avosairaalan ammattitaitoa myös muissa ammatilliseen osaamiseen liittyvissä asioissa samalla, kun avosairaala kävi yksikössä tekemässä esimerkiksi hoitotoimenpidettä potilaalle.

Avosairaallalla on kuitenkin sit tavallaan se viimeisin tieto ja taito hyppysissä.

7.3.2 Konsultaation hyödyt palveluasumiselle

Palveluasumisen hoitajat, jotka olivat käyttäneet avosairaalan konsultaatiota, kokivat saavansa siitä tukea omalle työlleen. Konsultaatiosta oli ollut apua hoitotyön arjen erilaisissa tilanteissa. Konsultaatiota toivottiin jopa enemmän ja avosairaalta toivottiin mahdollisuutta jalkautua yksiköihin arvioimaan hoitoon liittyviä tilanteita. Osa palveluasumisen hoitajista ehdotti avosairaalan jalkautumista yksikköön myös ilman konsultaatiopyyntöä, mikäli avosairaala on asiakaskäynnillä yksikön suunnalla ja aikataulun mahdollistaa.

Konsultaatio auttaa työssä et tietää et semmonenkin kanava on.

Avosairaalan hoitajat kokivat palveluasumisen konsultaation tarpeen olevan säännöllistä ja ajoittain jopa vilkasta. Osa konsultaatioista oli asioita, joihin sairaanhoitajan valtuudet eivät riittäneet. Kokonaisuudessaan avosairaalan hoitajat kuitenkin kokivat palveluasumisen hyötyvän heidän antamastaan konsultaatiosta.

Kyl me aina joku ratkaisu tulee

Yhteistyön toteutuminen toi hyötyjä palveluasumisen hoitajien osaamiselle, sillä palveluasumisen hoitajat kokivat yhteistyön tukevan heidän ammatillista kasvuaan ja työssä jaksamistaan. Hoitajilla esiintyi vahvaa luottamusta avosairaalaan kohtaan.

Kyl avosairaala he on semmonen turva tietysti kun he tulee tänne niin tulee semmonen tietysti turvallinen olo ku tietää et he taitaa ja tietää.

7.3.3 Koulutuksen hyödyt palveluasumiselle

Avosairaalan koulutuksissa mukana olleet palveluasumisen hoitajat pitivät koulutuksia yhteistyötä ja omaa ammattitaitoa tukevinä ja lisäävinä. Heistä osa koki koulutukseen pääsemisen olevan hyvin tärkeää ammattitaidon pysymisen kannalta. Osalle koulutus oli keino, minkä avulla pystyy kehitty-

mään ja osallistumaan potilaalle toteutettaviin hoitotoimenpiteiden suorittamiseen yhteistyössä avosairaalan kanssa. Osa hoitajista toivoi jatkossakin koulutuksen kaltaista yhteistä foorumia, missä voidaan yhteistyötä kehittää huomioiden eri näkökulmia.

Ne avosairaalan hoitajat kivasti niitä turvakanyyleitä näytti et näin se menee näin se toimii.

7.3.4 Palveluasumisen osaaminen

Palveluasumisen hoitajien kokemukset osaamisen tarpeesta vaihtelivat paljon. Osa palveluasumisen hoitajista koki heillä olevan riittävästi osaamista omassa yksikössään potilaan hoitamiseksi. Kun lisätietoa tarvittiin, sitä käytettiin enemmän palveluasumisen sisäisesti hyödyntäen samalla tontilla sijaitsevien eri osastojen hoitajien ammattitaitoa. Mikäli sitä ei ollut riittävästi, joissain yksiköissä konsultoitii avosairaala.

Jos ei itte oikein tiedä mitä tehtäis niin me voidaan sitten konsultoida sitä avosairaala kyllä ihan muutenkin

Osassa palveluasumisyksiköitä avosairaalan konsultoiminen oli vähäistä ja osa yksiköistä ei konsultoinut avosairaala lainkaan. Osa palveluasumisen hoitajista koki tarvitsevansa lisää osaamista erityisesti kanyylin laitossa ja erilaisten teknisten hoitolaiteiden käytössä. Osa hoitajista koki palveluasumisessa tarvittavan lisää tietoa haavanhoitoon liittyvissä asioissa. Lisäksi osa palveluasumisen hoitajista koki palveluasumisen tietojen ja taitojen vähenevän, mikäli avosairaallalla ei olisi mahdollisuutta käydä yksikössä.

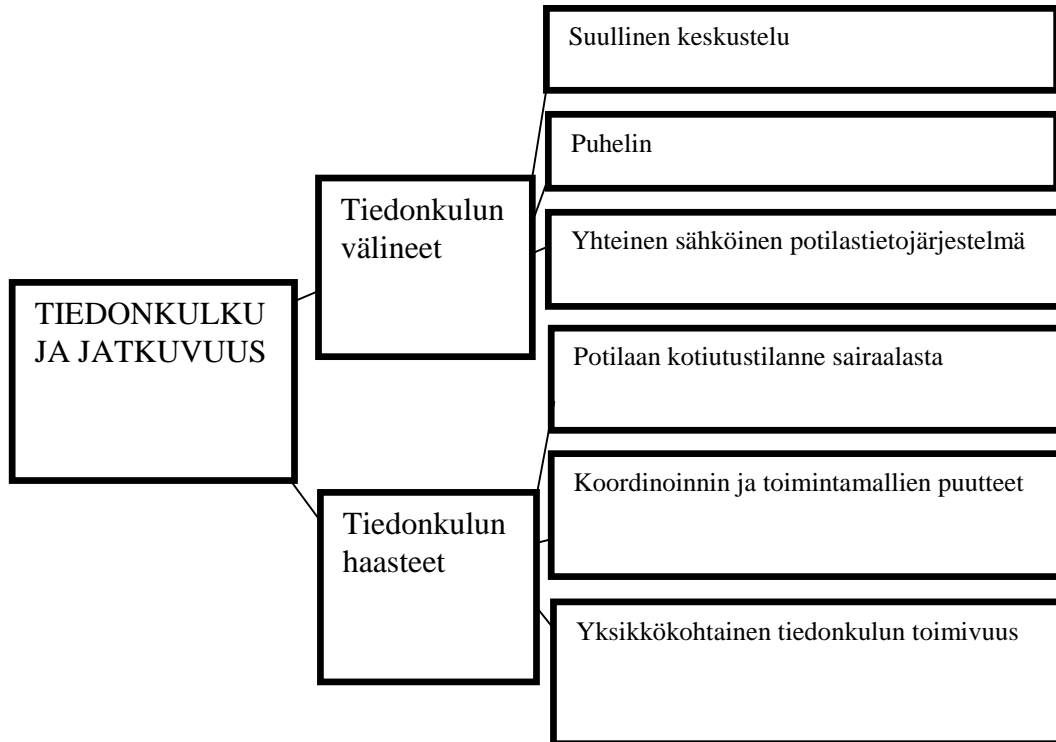
Ei oo konsultoitu avosairaala, ei todellakaan ole tarvetta.

Avosairaalan hoitajat koki palveluasumisen hoitajien osaamisen olevan riittävässä avosairaalan käytön määrään potilaan tarvitseman hoidon toteutuksessa ja konsultaatiopyynnöissä. Avosairaalan hoitajien mukaan palveluasumisen hoitajat tarvitsivat apua erityisesti kliinisten kädentaitojen toteuttamisessa ja tietojen päivitykselle oli jatkuva tarve. Avosairaalan hoitajat odottivat sairaanhoitajakoulutuksen saaneilla henkilöillä olevan samantyyppiset edellytykset toteuttaa ammattiin liittyviä hoitotoimenpiteitä. Palveluasumisen hoitajien osaamisessa koettiin olevan vaihtelevuutta.

Hoitajat on kaikki yksilöitä, jokaisella on ne taidot mitkä on

7.4 Tiedonkulku ja jatkuvuus

Pääkategoriasta tiedonkulku ja jatkuvuus muodostui kaksi yläkategoriaa, joita ovat tiedonkulun välineet ja tiedonkulun haasteet. Tulokset esitellään kuviossa 4. Tiedonkulku ja jatkuvuus.



Kuvio 4. Tiedonkulku ja jatkuvuus

7.4.1 Tiedonkulun välineet

Potilaan hoitoon liittyvää tietoa vaihdettiin suullisesti hoitajien kesken. Avosairaalan hoitajien saapuessa palveluasumisyksikköön hoitajat toteuttivat nopeaa ja ytimekästä keskustelua potilaan sen hetkisestä voinnista ja hoitoon liittyvästä jatkosuunnitelmasta.

Kyllähän me siinä ajatuksia vaihdetaan, keskustellaan ja sit he tuo tietysti tietoa ja me annetaan tietoa.

Palveluasumisen hoitajat kokivat tiedonkulun toteutumisen asiakkaan hoitoprosessissa vaihtelevasti. Tiedonkulku oli toiminut pääosin hyvin hoitoprosessin aikana, mutta tiedonkulussa oli esiintynyt myös ongelmia asiakkaan hoitotoimenpiteisiin ja hoidon koordinointiin liittyvien asioiden hoitamisessa.

Siinäki oli sillon vähän semmosta et he tuli kun ei ois tarvinnu tulla et se vähän se tiedonkulku varmaan nyt ei kuitenkaan sit niin hyvin

Palveluasumisen hoitajat kokivat puhelimen toimivana yhteydenottovälineenä, jolla saa helposti yhteyden avosairaalaan. Myös avosairaalan hoitajat käyttivät puhelinta luotettavana tiedottamisen välineenä. Puhelinta käyttämällä avosairaalan hoitajat kokivat saavansa luotettavimmin yhteyden potilasta hoitavaan henkilökuntaan. Mikäli potilaan hoidossa tapahtui muutoksia avosairaalan hoitajat käyttivät ennen palveluasumisen hoitokäyntiä puhelinta tiedonkulun varmistamiseksi.

Soitellaan, avosairaala soittaa tänne me soitetaan sinne

Tiedonkulun toimivuutta lisäsi yhteinen sähköinen potilastietojärjestelmä. Osa palveluasumisen hoitajista koki potilaan hoidon suunnittelun näkyvän selkeästi potilaan asiakirjoissa. Osa palveluasumisen hoitajista koki hoidon arvioinnin ja vaikuttavuuden kirjaamisessa olevan päällekkäisyyttä, kun molemmat toimijat kirjasivat arviointia potilastietojärjestelmään. Sitä ei kuitenkaan koettu ongelmalliseksi. Avosairaalan hoitajat ja osa palveluasumisen hoitajista kokivat sähköisen kirjaamisen olevan luotettavin keino potilaan hoitoon liittyvän tiedonkulun varmistamiselle. Osa ei ollut tietoisia, millä tavalla avosairaalan kirjauksen potilastietojärjestelmästä voi löytää. Kaikki hoitajat kokivat kuitenkin potilastietojärjestelmän toimivaksi ja kirjaamisella koettiin olevan hyötyä tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kannalta potilasprosessiin liittyvän toteutumisen aikana.

Sieltä efficasta me nähdään jos mitä potilaalle vuorokauden aikana on tapahtunut ja kaikki mitä on kirjattu.

7.4.2 Tiedonkulun haasteet

Hoidon alkaessa osa palveluasumisen hoitajista koki tiedonkulun kannalta asiakkaan kotiutustilanteen sairaalasta haasteelliseksi. Kotiutuspuhelun sairaalasta teki usein hoitaja, joka antoi potilaan hoitoon liittyvän tiedon lääkärin määräämästä jatkohoidosta ja sen toteuttamisen alkamisesta avosairaalan toimesta. Potilasta lähettävä taho ei ollut aina tietoinen palveluasumisen käytössä olevista resursseista. Se aiheutti joissain tapauksissa työn päällekkäisyyttä eli avosairaala oli tilattu ennalta toteuttamaan asiakkaan suonensisäinen lääkehoito, vaikka asumisyksiköllä olisi riittänyt resurssit se toteuttaa.

Sairaalasta on niinku soitettu vaikka et kotiutuu asiakas ja avosairaala alkaa käymään.

Avosairaalan käydessä palveluasumisessa suorittamassa sovitun hoitotoimenpiteen tieto käynnistä ei aina kulkenut palveluasumisen hoitajille asti. Osa palveluasumisen hoitajista kokivat hämmennystä avosairaalan tehtyä käynnin yksikköön heidän ollessa tietämättömiä käynnistä. Osa palveluasumisen hoitajista oli ratkaissut tilanteen lukemalla avosairaalan kirjauksen potilastietojärjestelmästä ennen työvuoronsa päättymistä ja saanut sieltä varmuuden avosairaalan käynnistä. Avosairaalan hoitajat kokivat ajoittain vaikeutta löytää palveluasumisyksiköstä hoitajaa kenelle informoida asiasta. Avosairaala pyrki löytämään käynnillään aina jonkun hoitajan, mutta

kokivat oman aikansa olevan rajallista koskien hoitajien etsimistä yksiköstä.

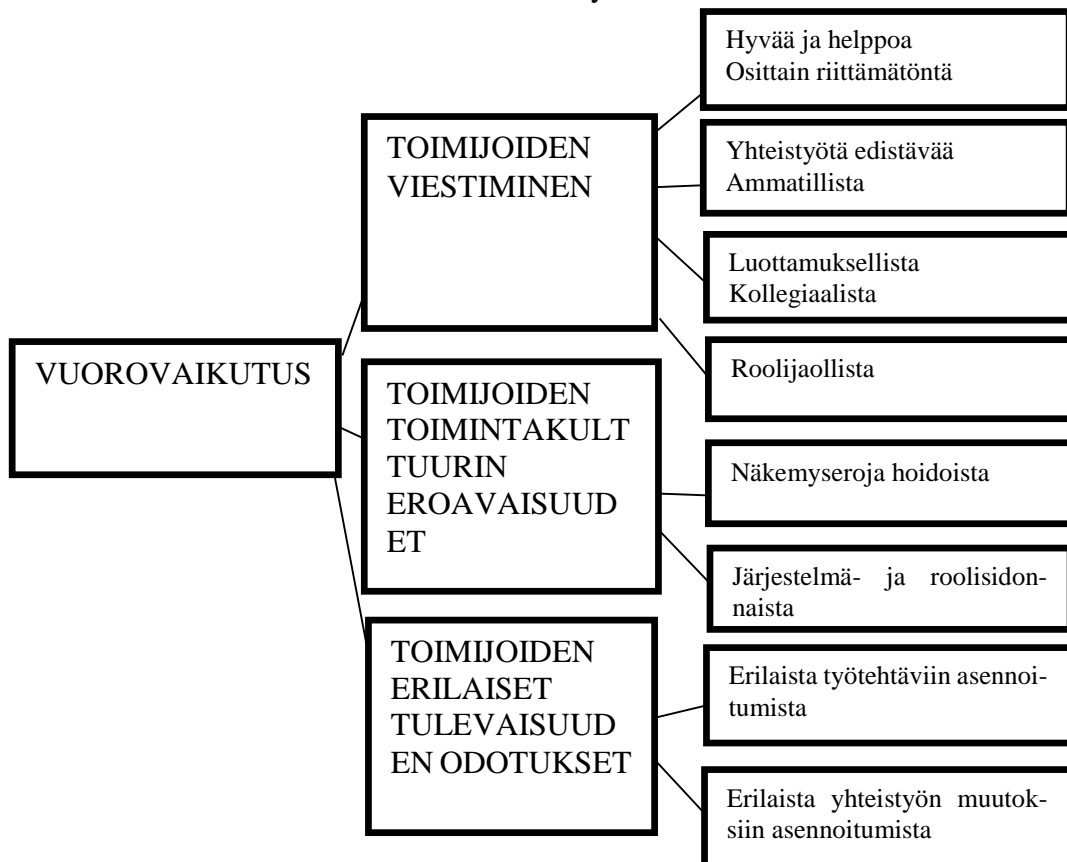
Avosairaala oli käynyt täällä eikä kukaan ollut semmosta nähnyt tai tiennyt.

Osa palveluasumisyksiköitä oli lukittuna, jolloin avosairaalan hoitajille oli luovutettu avaimet helpottamaan niissä kulkemista. Osa palveluasumisen hoitajista koki avaimien luovutuksen avosairaallalle tuovan sujuvuutta yhteistyöhön. Toisaalta avosairaalan hoitajat kokivat hoitajan löytämisen olevan varmempaa hoitajan tullessa avaamaan lukittuna ollut ovi. Se ei kuitenkaan aina ratkaissut tiedonkulun haasteita. Avosairaalan hoitajat kokivat, ettei palveluasumisessa aina välttämättä ollut paikalla hoitajaa, joka tietäisi potilaan hoitoon tai sen hetkiseen vointiin liittyvistä asioista.

Se tuntuu joskus ihan hassulta kun kysyy että onko potilas syönyt tai muuta niin kukaan ei tiedä siitä yhtään mitään

7.5 Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksen yläkategorioiksi muodostui toimijoiden viestiminen, toimijoiden toimintakulttuurin eroavaisuudet ja toimijoiden erilaiset tulevaisuuden odotukset. Tulokset on esitelty kuviossa 5. Vuorovaikutus.



Kuvio 5. Vuorovaikutus

Vuorovaikutus avosairaalan ja palveluasumisen hoitajien kesken oli hyvää. Potilaan hoitoon liittyvistä asioista keskustelu oli luonnollista ja helppoa toimijoiden kesken. Osa palveluasumisen hoitajista koki vuorovaikutuksen avosairaalan kanssa olevan liian vähäistä ja toivoivat siihen lisäpanostamista. Osa palveluasumisen hoitajista koki toimivan vuorovaikutuksen avosairaalan kanssa madaltaneen kynnystä avosairaalan konsultoinnille.

Vuorovaikutus toimii avosairaalan kanssa, se nimenomaan toimii se on oikeenkin hyvä.

Kyllä mulla ainakin semmonen tuntuma on että vuorovaikutus pelaa ihan hyvin oikeestikin palveluasumisen kanssa.

Hoitajien vuorovaikutuksessa esiintyi ammatillista luottamusta. Hoitajat arvostivat toistensa työtä ja olivat osittain tietoisia eri toimijoiden työnkuvaan liittyvistä haasteista. Heiltä löytyi ymmärrystä ja tukea toistensa työlle yhteistyön toteuttamisessa.

Mää ainakin koen siellä palveluasumisessa olevan kuitenkin niinkun tietoa siitä kun päivästä toiseen ympäri vuorokauden ne hoitajat katoo sitä potilasta.

Palveluasumisen hoitajat kokivat avosairaalan hoitajien olevan enemmän tietoisia erikoissairaanhoidollisista asioista ja osa palveluasumisen hoitajista koki roolijaon näkyvyyttä vuorovaikutuksessa. Palveluasumisen hoitajat kunnioittivat avosairaalan hoitajilla olevaa työkokemusta eivätkä pitäneet roolijakoa huonona asiana. Osa palveluasumisen hoitajista koki roolijaon esiintyvän muiden erikoissairaanhoidossa olevien toimijoiden vuorovaikutuksessa ongelmallisella tavalla, mutta avosairaalan hoitajien vuorovaikutuksessa ongelmallisuutta ei ilmennyt.

Otetaan vastaan sitten avosairaalan antama informaatio ja tietenkin kuunnellaan ja yritetään toteuttaa sen mukaan mitä siten ohjeistuksii sieltä tulee.

7.5.1 Toimijoiden toimintakulttuurin eroavaisuudet

Potilaan hoitoon liittyvät erilaiset näkemykset hoidettiin keskustelemalla hoitajien kesken. Avosairaalan hoitajat kokivat hoitoon liittyvän keskustelun joskus jatkuvan toimijoiden omissa moniammatillisissa työryhmissä. Potilaan hoitoon liittyvät eriävät näkemykset liittyivät lähinnä eettisiin kysymyksiin, kuten iäkkään potilaan nestehoidon mielekkyyteen ja kipulääkityksen riittävyteen. Osa palveluasumisen hoitajista koki avosairaalan huomioivan palveluasumisen hoitajien mielipiteen kysymällä avoimesti hoitajien näkökulmaa potilaan hoitoon liittyviin asioihin.

Niitä on käyty niitä keskusteluja että onko tässä mitään järkeä

Avosairaalan hoitajat kokivat omaan työnkuvaansa kuuluvan palveluasumisen hoitajien lisäksi potilaan omaisten kuuntelemisen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Osa palveluasumisen hoitajista koki, että vaikka potilaan hoitoon liittyisi eriäviä näkemyksiä, palveluasumisessa noudatetaan avosairaalan antamia ohjeita. Viimeisen päätöksen hoitoon liittyvistä näkemyseroista teki aina lääkäri, minkä mukaan hoito suoritettiin. Avosairaalan hoitajat koki potilaan hoitoon liittyvien eriävien näkemysten johtuvan joltai eri toimijoissa vallitsevista toisistaan eroavista hoitokulttuureista.

Kyllä me viedään sitten viestiä eteenpäin meidänkin lääkärille et jos omaisten kanssa tai sieltä hoitajien kautta tulee jotain

7.5.2 Toimijoiden erilaiset tulevaisuuden odotukset

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvat tehtävät aiheuttivat hoitajissa eriäviä näkemyksiä. Avosairaalan hoitajat ja osa palveluasumisen hoitajista kokivat sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvaksi suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamisen.

Meillähän on aika vähän sitä avosairaalaa tarvinnu kun meillä on sairaanhoitajia töissä

Osa palveluasumisen sairaanhoitajista ei toteuttanut suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa, koska osa heistä koki toteutuksen kuuluvan avosairaalan hoitajille ja palveluasumiseen liittyvien rakenteellisten ominaisuuksien olevan este sen omakohtaiselle toteuttamiselle. Näistä hoitajista osa koki myös turhautumisen tunnetta ja olisi halukas käytännössä toteuttamaan hoitoa. Lisäksi osa hoitajista koki haasteelliseksi kliinisten kädentaitojen ylläpitämisen, sillä taitojen harjaannuttamista ei omassa työssä hoitajien mukaan tullut riittävästi. Toisaalta avosairaalan koulutuksessa mahdollisuuteen harjoitella kliinisiä kädentaitoja osallistuttiin niukasti. Palveluasumisen hoitajat, jotka eivät osallistuneet suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, olivat kuitenkin tietoisia yhteistyön kehittämisestä koskien palveluasumisen aktiivisempaa roolia suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamisessa.

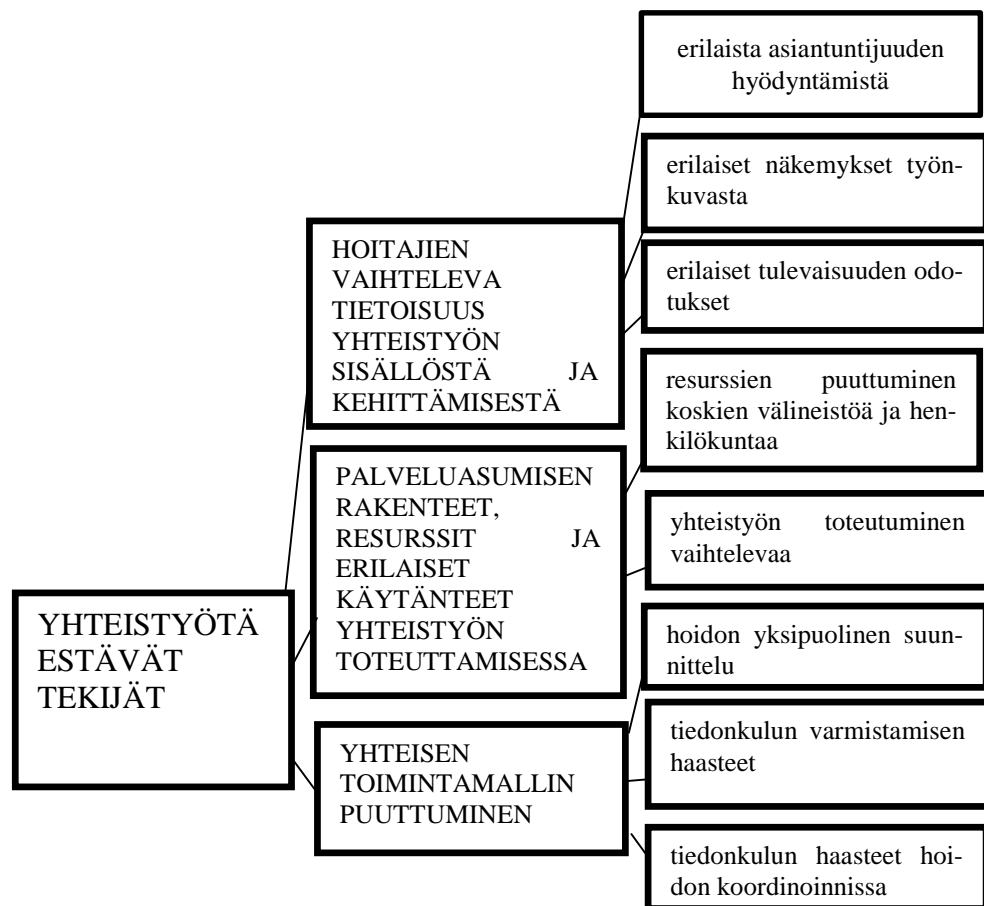
Sehän on aivan oma tieteenalansa se että sit ois täällä palveluasumisessa esimerkiks tippoja ja kanyyleja.

Avosairaalan hoitajat kokivat, että heidän pitämiin koulutuksiin on ollut aktiivisesti osallistujia mutta koulutukset eivät ainakaan toistaiseksi olleet liittäneet hoitajien osallisuutta suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen. Avosairaalan hoitajat toivoivat palveluasumisen hoitajilta enemmän rohkeutta ja uudistushalukkuutta uusien taitojen toteuttamiseen. Palveluasumisen hoitajat toivoivat yhteistyön avosairaalan kanssa jatkuvan pääosin nykyisen mallin mukaisesti, ilman suuria muutoksia.

Avoimin mielin uusiin haasteisiin

7.6 Yhteistyötä estävät tekijät

Tämän aineiston perusteella yhteistyötä estäviksi tekijöiksi muodostui hoitajien vaihteleva tietoisuus yhteistyön sisällöstä ja kehittämisestä, palveluasumisen rakenteet, resurssit ja erilaiset käytänteet yhteistyön toteuttamisessa sekä yhteisen toimintamallin puuttuminen. Tulokset ovat esiteltyinä kuviossa 6. Yhteistyötä estävät tekijät.



Kuvio 6. Yhteistyötä estävät tekijät

Palveluasumisen hoitajien vaihteleva tietoisuus yhteistyön sisällöstä ja kehittämisestä esiintyi erilaisena asiantuntijuuden hyödyntämisenä yhteistyössä. Palveluasumisen ja avosairaalan hoitajilla esiintyi erilaisia näkemyksiä työnkuvasta ja myös tulevaisuuden odotukset koskien omaa roolia ja työnkuvaa olivat erilaisia.

Et se tiedonpuute että ei osata kysyä

Palveluasumisen rakenteet, resurssit ja erilaiset käytänteet yhteistyön toteuttamisessa aiheuttivat erilaisia esteitä yhteistyön toteuttamiselle. Erilaiset käytänteet yhteistyön toteuttamisessa esiintyivät ennen kaikkea erilaisena yhteistyön toteutumisenä, joka vaihteli yksikkökohtaisesti. Käytössä

olevat resurssit olivat omalta osaltaan vaikuttamassa yhteistyön toteutumisen määrään. Resurssien hyödyntäminen yksikön sisäisesti toteutui vaihtelevasti, pääosin yksiköille ominaisella tavalla.

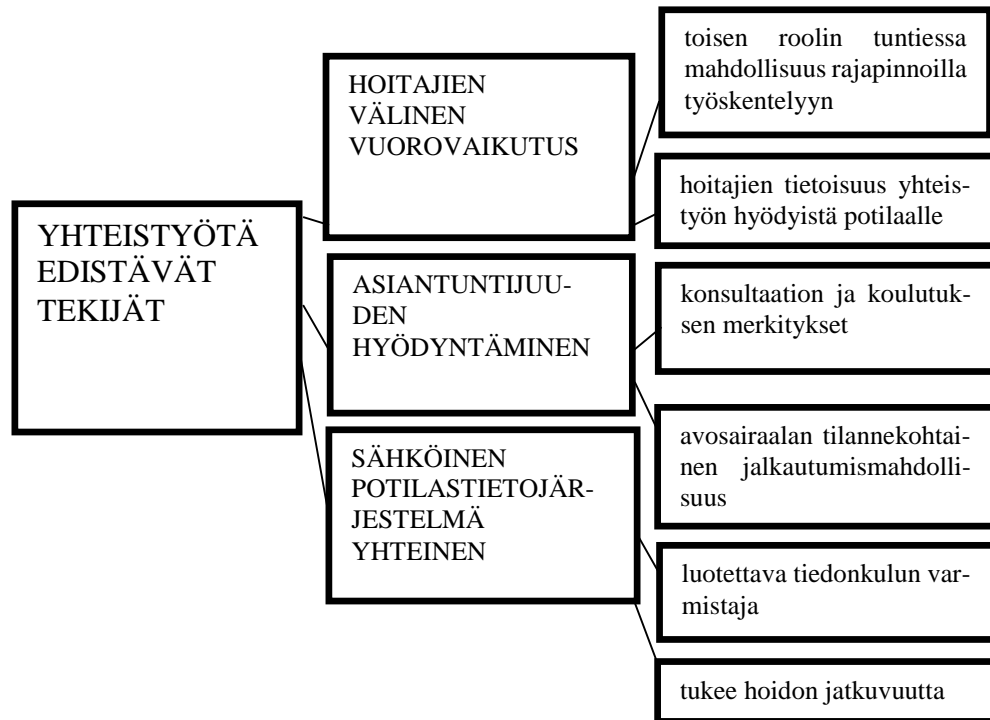
Kanyylin laitto ei näitten tiettyjen määräysten vuoksi voi sitä laittaa palvelukeskuksen hoitaja vaan avosairaalan hoitaja sen laittaa

Yhteisen toimintamallin puuttuminen aiheutti yhteistyöhön koordinoinnin ja tiedonkulun haasteita. Yhteistyössä ilmeni erilaisia käytänteitä yksikköihin kulkemisessa ja ennalta sovittuja yhteisiä tapaamisia ei ollut, vaan ne tapahtuivat tilannekohtaisesti arjen työssä. Yhteinen toimintamalli puuttui myös hoidon suunnittelussa, joka tapahtui yksikkö- ja tilannekohtaisten käytänteiden mukaisesti.

Kyllä meillä tavoitteena on joka kerta löytää sieltä joku hoitaja joka on hoitanut tätä asiakasta mitä mekin sitten hoidetaan mutta eihän varsinaisesti joka käynnillä nähdä ketään mutta katellaan ilman muuta

7.7 Yhteistyötä edistävät tekijät

Yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi muodostui hoitajien välinen vuorovaikutus, asiantuntijuuden hyödyntäminen sekä yhteinen sähköinen potilastietojärjestelmä. Tulokset ovat esiteltyinä kuviossa 7. Yhteistyötä edistävät tekijät.



Kuvio 7. Yhteistyötä edistävät tekijät

Hoitajien välinen vuorovaikutus esiintyi yhteistyössä rakentavalla tavalla. Vuorovaikutuksessa ilmeni ammattitaitoa ja kollegiaalisuutta. Hoitajien tuntiessa roolinsa ja toistensa työnkuvaa he sopivat työn sujuvuudesta tapauskohtaisesti hoitoprosessin aikana. Hoitajien kokemukset yhteistyön hyödyistä potilaalle olivat samankaltaisia.

Heihin on helppo ottaa yhteyttä, puhelinsoiton päässä me saadaan jo apua ja konsultointia että helppo kanava

Palveluasumisen hoitajat kokivat asiantuntijuuden hyödyntämisen helpottavan omaa työtä. Konsultaatiota käyttäneet kokivat sen tukevan työssä jaksamista ja koulutuksissa mukana olleet olivat tyytyväisiä saamiinsa neuvoihin. Hoitajat kokivat konsultaation ja koulutuksen edistävän uusien taitojen oppimista. Hoitajat pitivät avosairaalan jalkautumista yksikköön merkittävänä ja tärkeänä palveluna.

Todella hyvä että koulutukseen pääsee silloin me kyllä pystytään tavallaan pitämään sitä omaa ammattitaitoa yllä ja sitten

niin pystytään sitten sillä hetkellä kun ollaan itse paikalla niin tekemään se sama työ

Yhteisesti käytössä olevan sähköisen potilastietojärjestelmän koettiin edistävän potilaskohtaista tiedonkulkua. Tietojärjestelmä toimi hyvin ja sieltä löytyi tarvittavat tiedot hoitoprosessin toteuttamisesta ja jatkohoidosta.

Effican kautta tieto sitten siirtyy myös sieltä potilasasiakirjoista, järjestelmä pelaa kyllä

8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan työn tuloksia, luotettavuutta ja esitellään työssä esiin tulleet kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet.

Koska opinnäytetyössä kysyttiin millaista yhteistyö on avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen kesken, voidaan aineiston perusteella vastata yhteistyön olevan monimuotoista ja vaihtelevaa. Yhteistyötä estäviä tekijöitä olivat hoitajien vaihteleva tietoisuus yhteistyön sisällöstä ja kehittämisestä, palveluasumisen rakenteet, resurssit ja erilaiset käytänteet yhteistyön toteuttamisessa sekä yhteisen toimintamallin puuttuminen. Yhteistyötä edistäviä tekijöitä olivat vuorovaikutus, asiantuntijuuden hyödyntäminen ja yhteinen sähköinen potilastietojärjestelmä.

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän aineiston perusteella yhteistyö avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen kesken on monimuotoista ja vaihtelevaa. Tätä tietoa tukee Collinin ym. (2012, 31, 32) artikkeli ja Markkolan (2013) pro gradu – tutkielma, joissa todetaan moniammatillisen yhteistyön toteutuvan terveydenhuollon eri yhteyksissä vaihtelevasti.

Yhteistyölle on kuitenkin tarvetta, sillä ikääntyneiden palveluntarpeen kasvaessa myös toimeksiantajana toimivan kuntayhtymän alueella tehostetun palveluasumisyksikköjen ikääntyneet tulevat todennäköisesti tulevaisuudessa tarvitsemaan enenevässä määrin myös avosairaalan palveluja.

8.1.1 Rakenteet

Tämän aineiston perusteella yhteistyössä toimijoiden roolit olivat erilaiset. Avosairaala käytettiin yhteistyössä asiantuntijan roolissa ja sitä konsultoitiin tarpeen vaatiessa. Palveluasumisen rooli oli vastata asiakkaan perushoidosta ja toimia yhteydenottajana. Yhteisen organisaation rooli ei selkeästi ilmennyt yhteistyön toteutuksessa. Yhteinen organisaatio oli kuitenkin lähtökohtaisesti yhteistyötä lisäävä, mutta palveluasumisen ja avosairaalan välillä oli osittain ristiriitaisia odotuksia yhteistyön kehittämisestä.

Aineiston perusteella palveluasumisen puutteelliset resurssit koskien välineistöä, henkilöstöä tai osaamista vaikutti yhteistyön määrään toteutettaessa suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa. Palveluasumisen rakenteelliset ominaisuudet vaikeuttivat ja jopa estivät erilaisten hoitotoimenpiteiden toteuttamisen palveluasumisen omilla resursseilla. Myös Markkolan (2013) pro gradu – tutkielmassa rajalliset resurssit henkilöstön suhteen koettiin työtä vaikeuttavana tekijänä. Tämän aineiston perusteella resurssien hyödyntäminen palveluasumiskeskusten sisäisesti oli myös vaihtelevaa. Samalla työnimikkeellä työskentelevien työkokonaisuudessa esiintyi vaihtelevuutta. Yhteistyön toteutumiseen vaikutti yksikön toimintakulttuuri ja sen taustajärjestelmä, joka määräsi lopullisen yhteistyön toteutumismuodon ja määrän.

Hoidon koordinoinnista vastasi pääosin lääkäri, palveluasumisen sairaanhoitaja ja avosairaalan sairaanhoitaja. Koordinointi tapahtui tilannekohtaisesti ja tarpeen vaatiessa. Avosairaalan potilaaksi pääseminen tapahtui aina lääkärin läheteellä.

Tämän aineiston perusteella henkilöstön tietoisuus yhteistyön sisällöstä ja kehittämisestä oli erilaista. Tietoisuus avosairaalan roolista ei ollut tavoitannut kaikkia palveluasumisyksikköjä. Aineistossa tämä ilmeni selvimmin palveluasumisen erilaisena ja vaihtelevana avosairaalan roolin käyttämisenä. Vaikka toimijat olivat osa yhteistä organisaatiota, yksiköissä vallitsi omakohtaiset käytänteet, osaaminen ja työskentelyn kulttuuri yhteistyön toteutuksessa.

8.1.2 Hoitoprosessi

Tämän aineiston perusteella hoitoprosessin suunnittelu ja loppuarviointi toteutui lääkärin toimesta. Hoidon suunnittelu määräsi kehykset yhteistyön toteutumiselle. Hoidon toteutuksessa ilmeni paljon erilaisia käytänteitä ja toteutus tapahtui tilannekohtaisesti toimijoiden kesken yhteistyössä. Hoitoprosessin aikana vastuun jakautuminen oli moninaista. Yhteistyön toteutuksessa ei ollut yhtenäistä toimintamallia.

Hoitoprosessissa ilmennyt hoidon yksipuolinen suunnittelu vaatii tarkastelua, sillä se ei toimintamallina ole samansuuntainen tämän päivän tiedon kanssa, joka painottaa moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä potilaan hoitoprosessissa. Kinnin (2014) väitöskirjassa moniammatillisen työryhmän työskentelystä kaikilla työryhmän jäsenillä ei ollut samanlaista vaikutusvaltaa ikääntyneen hoitoon liittyvässä prosessissa. Näihin epäkohtiin olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota, sillä potilaan hoidon laadun kehittäminen tehostuu huomattavasti, kun potilaan ongelmien käsittelyyn ja ratkaisuun osallistuvien osaaminen on laajaa ja näkökulmia on useita.

Moniammatillisuuden toteutuminen antaa mahdollisuuksia toimia potilaan tavoitteiden mukaisesti ja tämä mahdollistaa myös hoitoprosessien tiukentamisen. Yhteiseen hoitotavoitteeseen pääseminen on ehdottomasti potilaan edun mukaista. (Klawer & Lejonqvist 2011, 16.)

Lisäksi on huomioitava, että yksipuolinen hoidon suunnittelu ja loppuarviointi voi mahdollisesti aiheuttaa aineistossa ilmenneitä erilaisia näkemyksiä potilaan hoidosta. Tätä päätelmää tukee Kantasen ym. (2010, 16) artikkeli, jossa sairaanhoitajat kokivat, että yhteistyöongelmia eri ammattiryhmien välillä esiintyi eniten potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Sairaanhoitajat kokivat, ettei heidän ammatillista näkemystä ja kokemusta potilaan voinnista aina riittävästi huomioitu hoidosta päätettäessä.

8.1.3 Osaamisen hyödyntäminen

Tämän aineiston perusteella avosairaalan osaamista hyödynnettiin pääsääntöisesti toteuttamaan potilaalle suonensisäinen neste- ja lääkehoito. Lisäksi avosairaala suoritti erilaisia hoitotoimenpiteitä tapauskohtaisesti tarpeen vaatiessa.

Aineiston perusteella konsultaation ja koulutuksen hyödyt palveluasumiselle olivat selkeästi osoitettavissa sitä käyttäneiden hoitajien kokemuksissa. Konsultaatiot ja tieto konsultoinnin mahdollisuudesta tuotti osaamista ja tuki hoitajien työskentelyä palveluasumisessa. Helposti tavoitettavalle, yksikköön jalkautuvalle konsultaatiolle koettiin olevan lisätarvetta. Tietoa tukee Gyntherin (2011) pro gradu – tutkielma, jossa todetaan työyksikön hyvänä työskentelyn edellytyksenä olevan asiantuntijuuden hyödyntämisen.

Aineiston perusteella palveluasumisen osaaminen oli vaihtelevaa. Osalla palveluasumisen hoitajilla oli osaamistarpeita erityisesti kliinisissä kädentaidoissa, joiden toteuttamiseen kehittymishalu oli vähäistä. Kuitenkin Kaarlelan (2013) pro gradu – tutkielmassa todetaan kehittymishalun olevan osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista ja vanhustenhuollossa tarvittavan laajaa ja monipuolista osaamista.

Koska osalla palveluasumisyksiköistä tarve käyttää avosairaalaan suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteutukseen ilmeni ainoastaan riittämättömien sairaanhoitajaresurssien vuoksi, voidaan todeta osalla hoitajista löytyvän kliinisten kädentaitojen osaamista.

Janhusen (2014) pro gradu – tutkielmassa todetaan sairaanhoitajan työkokemuksella olevan merkittävä yhteys sairaanhoitajan tekemään konsultointiin. Janhusen tuloksissa sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta terveydenhuollosta alle seitsemän vuotta konsultoivat useammin kuin sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta enemmän kuin seitsemän vuotta. Joidenkin yksiköiden vähäinen tai ei lainkaan tapahtuva avosairaalan konsultointi voi mahdollisesti olla yhteydessä työkokemukseen, tosin aineiston perusteella hoitajien työkokemusta ei ole todennettavissa. Aineiston perusteella konsultoinnin käytön vaihtelevuutta selittää pääosin hoitajien vaihteleva tietoisuus avosairaalan roolin sisällöstä yhteistyön toteuttamisessa.

8.1.4 Tiedonkulku ja jatkuvuus

Tämän aineiston perusteella voidaan todeta, että tietoa potilaan hoidosta vaihdettiin suullisesti hoitajien kesken. Puhelinta käytettiin keskeisenä tiedonkulun välineenä, samoin yhteisesti käytössä olevaa sähköistä potilastietojärjestelmää. Välineet olivat toimivia, mutta tiedonkulun toimivuus oli vaihtelevaa. Tiedonkulun haasteen ratkaisemisen tärkeyttä tukee Mäenpään ym. (2012) tutkimus, missä todetaan yksikköjen välisen tiedonkulun olevan tärkeä osa yhteistyön toteutumisessa.

Haasteena tiedonkulussa oli hoidon koordinointi potilaan kotiutuessa takaisin yksikköön sairaalasta, jossa lähettävällä taholla ei aina ollut tietoa potilaan hoitoyksikön resursseista. Tietoa tukee Koposen (2003) väitöskirja, joka toteaa ehjän palvelukokonaisuuden varmistamisen olevan oleellista potilaan siirtyessä palvelujärjestelmän osasta toiseen. Potilaan sairaalasta kotiuttaminen on liian sairaalakeskeistä siirtymistilanteessa, jossa tulisi koordinoita selviytymistä tukevaa hoitokokonaisuutta.

Avosairaalan tehdessä hoitokäyntiä palveluasumisyksikköön sieltä ei aina löytynyt hoitajaa jonka kanssa vaihtaa tietoa hoitoprosessin etenemisestä. Aina ei myöskään ollut paikalla hoitajaa joka tietäisi potilaan asioista. Luonnollisesti palveluasumisessa taas hämmästeltiin heille huomaamatonta hoitokäynnin tapahtumista. Yleisesti sovittu vastuunotto ja yhteisten tapaamisten järjestäminen ei ollut selkeästi suunniteltuna yhteistyötä tehdessä. Myös kyselytutkimus sairaanhoitajille toteaa yhteistyön toimivuuden yhdeksi heikoista osa-alueista olleen hoidon koordinoinnin. (Ylitörmänen, Kvist & Turunen 2013, 4).

8.1.5 Vuorovaikutus

Tämän aineiston perusteella vuorovaikutus toimijoiden kesken oli hyvää. Vuorovaikutus koettiin tärkeäksi ja sitä toivottiin enemmän. Joissain tapauksissa vuorovaikutuksen ollessa toimivaa avosairaalan roolin hyödyntäminen lisääntyi palveluasumisessa. Toimijoiden roolit olivat esillä vuorovaikutuksessa ja toimijoiden tuntiessa toistensa työnkuvaa he antoivat kollegiaalista tukea toistensa työhön. Tieto on yhteneväinen Vesan (2009) väitöskirjatyön kanssa, jossa kollegiaalisuuden todetaan olevan olennaista hoitajien työryhmätyöskentelyssä.

Toimijoissa esiintyvät toimintakulttuurin eroavaisuudet olivat tapauskohtaisia näkemyseroja potilaan hoidosta. Toimijoilla oli erilaisia tulevaisuuden odotuksia, mitkä ilmenivät erilaisena näkemyksenä työnkuvasta ja yhteistyön kehittämistarpeesta. Erilaiset tulevaisuuden odotukset voivat osittain selittyä hoitajien vaihtelevana tietoisuutena yhteistyön kehittämisestä. Toisaalta erilaiset näkemykset työnkuvasta voivat kertoa hoitajien yksilöllisistä muutoksen hallintaan ja työn kehittämiseen liittyvistä taidoista. Elorannan ja Virkin (2012) pro gradu – tutkielmassa todetaan yksilöllillä olevan erilainen halu ja tarve vastata uusiin haasteisiin ja kehittää itseään ammatissaan. Tätä tietoa tukee myös aineistossa ilmenneet hoitajien erilaiset osaa- mistarpeet.

8.1.6 Yhteistyötä estävät tekijät

Tämän aineiston perusteella palveluasumisen hoitajien vaihteleva tietoisuus koskien yhteistyön sisältöä ja kehittämistä voi selittyä mahdollisesti viime vuosina tapahtuneella organisaation muutoksella. Tätä päätelmää tukee Hämäläisen (2011) pro gradu – tutkielma työyhteisön sisäisen viestinnän haasteista organisaatiomuutoksessa, jossa tulokset osoittavat organisaatiomuutoksen aiheuttavan tiedonkulun puutteita.

Tämän aineiston perusteella palveluasumisen rakenteet ja resurssit, sekä erilaiset käytänteet yhteistyön toteuttamisessa olivat yhteistyötä estäviä tekijä. Palveluasumisen toteuttaman asiantuntijuuden hyödyntämisen vaihtelevuus voi osittain selittyä hoitajien vaihtelevana tietoisuutena yhteistyön sisällöstä. Toisaalta palveluasumisen sisäisten resurssien hyödyntäminen oli myös vaihtelevaa. Joka tapauksessa yhteistyön määrän vaihtelevuus kannustaa tarkastelemaan palveluasumisen sisäisten rakenteiden, resurssien ja käytänteiden vaikutusta yhteistyön toteuttamiseen.

Hämäläinen (2011) toteaa tiedonkulun kannalta kasvokkain tapahtuvalla vuorovaikutuksella olevan tärkeä merkitys. Koska asiantuntijuuden hyödyntämiseen liittyi kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta, mutta tiedonkulun haasteita koskien hoidon koordinoitua ja hoitoprosessia oli aineiston perusteella olemassa, voidaan päätellä sen johtuvan mahdollisesti yhteisen, sovitun yhteistyömallin puuttumisesta. Tätä tietoa tukee myös Collin ym. (2012, 31, 32, 36, 37.) jotka toteavat potilaan hoitoprosessissa tapahtuvassa ammattiryhmien rinnakkain työskentelyssä haasteina olleen tiedonkulun ja epäyhtenäiset toimintaperiaatteet. On todettu, että hoitoprosessin koordinoinnissa on tarvetta kiinteään yhteistyöhön henkilöstön jaetun ymmärtämisen lisäämiseksi.

8.1.7 Yhteistyötä edistävät tekijät

Yhteistyötä edistävänä tekijänä oli hoitajien välinen vuorovaikutus. Kun hoitajat tunsivat toistensa työtapoja, yhteinen luottamus ja ymmärrys toisen työnkuvaa kohtaan lisääntyivät. Riivarin (2009) pro gradu – tutkielmassa todetaan luottamuksen olevan perusedellytys toimivalle yhteistyösuhteelle. Luottamus rakentuu pitkälti käyttäytymisen ja kommunikoinnin kautta, ja ilmenee yhteistyössä ei-henkilöityvänä, jolloin se kohdistuu siihen yksikköön, minkä kanssa yhteistyötä tehdään. Tulosta tukee myös Kantasen (2010, 16) artikkeli, jossa luottamus eri ammattiryhmien välillä oli vähäisintä etenkin silloin, mikäli osapuolet eivät kunnolla tunteneet toistensa työtapoja tai toimintamalleja.

Yhteistyötä edistävä tekijä oli asiantuntijuuden hyödyntäminen. Aineiston perusteella voidaan päätellä asiantuntijuuden hyödyntämisen aiheuttavan hoitajille samankaltaista hyötyä kuin mentorointi. Sairasen (2004) pro gradu – tutkielmassa mentorointi nopeutti työntekijän osaamista ja mentoiminnasta saatavia merkittäviä hyötyjä olivat tuki ja työssä jaksaminen.

Mentorointi tarkoittaa prosessia, jossa taitavampi ja kokeneempi ihminen toimii roolimallina joka tukee, rohkaisee ja neuvoo vähemmän kokenutta ihmistä, sekä toimii tämän ystävänä. Päämääränä on mentoroitavan ammatillinen ja henkilökohtainen kehittyminen. Mentorointi on jatkuva, vahvistava suhde, joka toimii molempien osapuolten parhaaksi. (Geof. 2000, 4.)

Aineistossa tiedonkulkua edistävä tekijä oli yhteinen sähköinen potilastietojärjestelmä. Tieto on yhteneväinen Kaleman (2015) pro gradu – tutkielman kanssa, jossa sähköisen tiedonvälityksen katsottiin parantavan tiedonvälityksen nopeutta ja hoidon tehoa. Hyöty koettiin merkittäväksi, koska eri toimijoiden merkinnät olivat välittömästi käytettävissä. Myös hoidon laadun katsottiin parantuvan yhteisen potilastietojärjestelmä avulla, sillä ajan tasaisen tiedon ollessa saatavilla, se mahdollisesti esti myös tiedon puutteesta johtuvien hoitovirheiden syntymistä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 2006, 216). Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelun keinoin. Tekijä perehtyi tutkittavaan asiaan ennen haastattelujen aloittamista ja teki haastatteluja varten yhteistyöhön pohjautuvan teemahaastattelurungon. Yhteistyöstä kertovat teemat perustuivat teoreettiseen ja tutkituun tietoon aiheesta.

Kun aineisto kerätään haastattelemalla, tulee raportissa ilmetä mitä haastatteluun käytettyjä teemoja tutkittaville on esitetty. Kysymykset eivät saa olla liian kapealle alueelle suuntautuneita, sillä ne saattavat vaikeuttaa tutkittavan oman näkemyksen esiintuloa. Toisaalta kysymykset eivät saa olla myöskään liian väljiä, sillä ne taas saattavat tuottaa tutkimusaineistoa valtavan määrän, josta joudutaan jättämään paljon raportin ulkopuolelle. (Nieminen 2006, 217.) Aineiston keräämisessä käytetty teemahaastattelurunko on esiteltyä liitteessä 1. Käytössä olleet teemahaastattelurungon kysymykset olivat mahdollisesti turhan laajoja, koska lopullinen aineisto oli laaja verrattuna käytössä olevaan tutkimusmenetelmään. Haastattelutilanteessa käytetyt lisäkysymykset olivat kapealle alueelle suuntautuneita. Tutkittavien määrän rajaaminen nykymuotoon perustui sillä, että haluttiin saada tietoa koko organisaation alueella tapahtuvasta yhteistyöstä. Tutkittavia haluttiin ottaa mukaan siis yhden kunnan tai kaupungin sijasta koko kuntayhtymän alueen palveluasumisyksiköistä. Koska aihetta ei ollut aiemmin tutkittu, oli perusteltua tehdä tutkimus laadullisin kuin määrällisin menetelmin.

Haastattelijan tulee mahdollisuuksiensa mukaan etukäteen perehtyä ilmiöalueeseen, jota haastattelu koskee (Järvinen & Järvinen 2004, 147). Opinnäytetyön tekijä oli tutustunut aihealueeseen omakohtaisen työsuhteen ja työssäoppimisen kautta. Aiheeseen perehtyminen oli hyvää, mutta eri roolin ottaminen aiheutti myös objektiivisuuden työstämistä ja sisäistämistä tekijässä itsessään.

Ennen haastattelujen aloittamista hankittiin teoriatietoa tieteellisesti luotettavista lähteistä. Opinnäytetyön toteutuksessa kerrottiin avoimesti, mistä ja miten teoriatieto on hankittu. Raporttia lukiessa sujuvuutta lisättiin johdattelemalla lukijaa aiheesta seuraavaan. Kokonaisuudessaan kuvattiin opinnäytetyöhön liittyvä prosessi mahdollisimman systemaattisesti.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö kokonaisuudessaan, joten on tarkoituksenmukaista valita tutkimusaineistoon ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvin ilmaistamaan itseään. (Nieminen 2006, 216.) Kaikki haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Tekijän kriteeri haastatteluun osallistumisesta toteutui jokaisen haastateltavan kohdalla, sillä jokaisella haastateltavalla oli omakohtaista kokemusta avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyöstä. Työn luotettavuutta heikentää kuitenkin se, että haastateltavista kolme työskenteli ikääntyneiden laitosasumisen puolella, josta he jalkautuivat yhteistyön toteutukseen hoidettaessa tehostetussa palveluasumisyksikössä asuvaa asiakasta.

Vapaamuotoisessakin haastattelussa tiedonantajat voivat jättää olennaisia asioita kertomatta. He voivat muunnella totuutta, muistaa väärin tai he voivat pyrkiä miellyttämään haastattelijaa tuottamalla sosiaalisesti hyväksyttäviä asioita. (Nieminen 2006, 217.) Luotettavuuden kannalta on huomioitava palveluesimiesten ja osastonhoitajan osuus haastateltavien valinnassa. Haastateltavan valinta toteutui esimiesten toimesta. Esimiehet kunnioittivat tekijän kriteereitä haastateltavan valinnassa. Kuitenkin on huomioitava, että palveluasumisen haastateltavien kokemukset yhteistyön toteutumisen laajuudesta ja määrästä olivat erilaisia. Myös työn arkaluontoisuus on huomioitava työn luotettavuutta arvioitaessa.

Aineiston luotettavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon aikaviive. Tämä tarkoittaa sitä, että tapahtuma jolloin tutkittaville kerrotaan mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen, on tapahtunut aikaisemmin kuin itse haastattelutilanne. Tuona väliaikana haastateltava on voinut keskustella asioista monien henkilöiden kanssa ja haastattelutilanteen tullessa tapahtumat voivat näyttää aivan toisenlaiselta kuin ensimmäisellä tapahtumahetkellä. Väliajalla sattuneet tapahtumat voivat siis antaa tutkijan mielenkiinnon kohteena olevalle tapahtumalle aivan uusia sävyjä. (Nieminen 2006, 217.) Haastateltavien oli mahdollisuus tutustua teemahaastattelurunkoon ennen varsinaista haastattelua. Osa haastateltavista oli ehtinyt paneutua asiaan syvällisemmin kuin toiset.

Haastattelupaikan rauhallisuuteen kiinnitettiin huomiota mahdollisuuksien mukaan. Haastattelupaikaksi pyrittiin valitsemaan tila, jossa keskeytyksien mahdollisuus on pieni ja haastattelun aikana käytävä keskustelu ei kuulu ulkopuolisille henkilöille. Myös haastatteluajankohdaksi otettiin vastaan haastateltavien ehdotuksia, ettei työhön liittyvä aikatauluttaminen tai muu kiire aiheuttaisi lisäpaineita itse haastattelutilanteelle.

Haastattelun katsotaan sisältävän monia virhelähteitä, jotka aiheutuvat niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin. Tuloksia saattaa heikentää esimerkiksi haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Haastatteluaineiston analysointi, tulkinta ja raportointi ovat ongelmallisia, koska valmiita ”malleja” ei ole olemassa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.) Luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että tekijä on ollut ensikertalainen eli kokematon haastatteluja suorittaessaan. Haastattelutilanne ja teemahaastattelurunko olivat esitestaamattomia.

Laadullisen aineiston analysointi vaatii tekijältä kykyä käsitteelliseen ajatteluun. Analysointia tehdessä ei ole yhtä tulkinnallista totuutta, vaan tulkinnaassa on aina mukana tekijän oma löytävä mieli. Tämän vuoksi tekijän tulee kirjata ja perustella omat luokitteluperusteensa. Tekijän tulee esittää analyysin tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja. (Nieminen 2006, 219.) Työn tuloksiin on sisällytetty lainauksia alkuperäisaineistosta.

Analysoinnissa tulee huomioida, että käsitteellinen taso alaluokissa ja niistä muodostetuissa yläluokissa on yhdenmukainen. Luotettavuudesta kertoo myös se, että muodostetut luokat ovat toistensa poissulkevia. (Nieminen 2006, 219.) Yhdenmukaisuus on havaittavissa työn luokituksessa, mutta muodostetut luokat eivät ole millään tavalla toisiaan poissulkevia. Kaikki luokitukset kertovat toimijoiden välisestä yhteistyöstä ja osa luokista sopisi myös toisen teeman ylä- tai alaluokaksi.

Raportti tulee kirjoittaa siten, että tekijä saa lukijansa ymmärtämään tekemänsä ratkaisut. Luotettavaa tutkimusraporttia luonnehtii tuoreus, uudet näkökulmat ja selkeä hyvä kirjoitustyyli. Löydettyjen käsitteiden kuvaus ja onnistunut nimeäminen nostavat tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 2006, 220.) Työn tekeminen ei ole toteutunut suunnitellussa aikataulussa vaan työ on valmistunut suunniteltua hitaammin. Yhteistyön monimuotoisuuden esiintuominen on työssä selkeästi esillä. Osa luokituksista on onnistuttu nimeämään onnistuneesti.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tulosten perusteella voidaan todeta, että toimijat hyötyisivät kaikille yhteisestä yhteistyön toimintamallista. Toimintamallia luodessa tulisi huomioida yksiköiden mahdollisuudet yhteistyön toteuttamiseen, koordinoinnin selkiyttäminen ja tiedonkulku. Toimintamallia luodessa olisi hyvä käyttää jo nykyisessä yhteistyömuodossa esiintyneitä yhteistyötä edistäviä tekijöitä. Asiakkaan näkökulmasta palveluiden saaminen, kustannukset ja hoidon laatu tulisi olla samanlainen välittämättä siitä, missä palveluasumiskeskuksessa asiakas asuu.

Palveluasumisyksiköissä tapahtuvaa asiakkaan hoidon kokonaisvaltaista suunnittelua tulisi tarkastella toimintamallin luomisen näkökulmasta. Asiakaslähtöisesti toimittaessa hoidon suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota hyvissä ajoin yhteistyöhön omaisten kanssa ja huolelliseen hoidon suunnit-

teluun. Ajoissa tehty hoidon suunnittelu on yhteydessä vähäisempiin sairaalasiirtoihin. Ajan tasalla oleva asiakkaan hoitosuunnitelma ja hoitojen linjaukset tukevat vuorossa olevan hoitajien päätöksentekoa potilassiirrosta. Päätöstä helpottaa myös lääkärin konsultaatiomahdollisuus ja yleiset ohjeistukset. (Lehto, Seinälä & Aaltonen 2015, 12, 13, 21.) Sairaanhoidajilta odotetaan ajoittain hyvinkin itsenäisiä päätöksiä asioissa, joihin heidän ammatilliset tietonsa ja taitonsa eivät riitä. (Kantanen ym. 2010.)

Palveluasumisen käytössä ollut omahoitaja-järjestelmä ei esiintynyt asiakkaan hoitoprosessissa. Tulosta tulisi tarkastella lähemmin, sillä hyvän potilaskeskeisen hoitotyön edellytyksenä pidetään omahoitajuutta, koska se edistää hoidon jatkuvuutta ja tiedon antamista. Myös hoitotyön laatua voidaan parantaa omahoitajuuden keinoin, koska silloin asiakkaan mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon lisääntyvät. Yhteistyössä omahoitajan roolina on esittää asiakkaan tarpeet ja toiveet muille ammattiryhmille. (Kelottijärvi 2015.)

Tulokset kannustavat tarkastelemaan palveluasumisen sairaanhoidajan tehtävänkuvaa ammattitaidon ylläpitämisen ja resurssien hyödyntämisen näkökulmasta. Palveluasumisen sairaanhoidajien työnkuvan tarkastelua tukee Vestmanin (2013) pro gradu – tutkielma, jossa työnjaon kehittäminen ja sairaanhoidajien tehtäväkuvien uudistuminen ovat keskeisiä keinoja parantaa terveyspalveluiden saatavuutta sekä turvata työvoiman riittävyys ottamalla samalla huomioon terveyspalveluiden laadun ja potilasturvallisuuden vaatimukset. Jotta terveyspalveluiden toiminta olisi potilaan tarpeista lähtevää ja laadukasta, tulisi erilaista asiantuntijuutta osata hyödyntää. On myös havaittu, että hoitotyöntekijän vastuun ja tehtävänkuvan laajentuminen lisäävät työn mielekkyyttä.

Jatkossa voisi tutkia esimerkiksi avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyötä potilaiden ja heidän omaistensa kokemana. Olisi myös mielenkiintoista tarkastella, millä tavalla yksityisen asumispalveluntuottajan hoitajat kokevat yhteistyön toteutuneen. Mikäli organisaatio katsoo tarpeelliseksi yhteistyön toimintamallin luomisen, olisi varteenotettavaa tarkastella yhteistyön kokemuksia toimintamallin käyttöönoton jälkeen.

LÄHTEET

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmä viidakon raivaajat – Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Turku: Hansaprint Oy, 153 – 166.
- Aira, A-L. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 25.3.2015.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>
- Arvola, P. & Hökkä, M. 2011. Yhteistyöllä kipu hallintaan-projekti: syöpää sairastavan ja epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketju kuvaus, Oulun ammattikorkeakoulu. YAMK; Kliininen asiantuntija. Viitattu 13.4.2016. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26107/Arvola_Paula_Hokka_Minna.pdf?sequence=1
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 9.10.1992/912. Viitattu 13.4.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912>
- Collin, K., Valleala, U-M., Herranen, S., Paloniemi, S., Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49 (1), 31 – 43.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2012. Sairaanhoidajan tulevaisuuden taitoprofiili. Tampereen yliopisto. Pro gradu – tutkielma. Kasvatustieteiden yksikkö. Viitattu 13.5.2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83557/gradu05902.pdf?sequence=1>
- Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kohti yhteistoiminnallista kotihoitoa. Teoksessa Lupaava kotihoito – uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Engström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Jyväskylä; PS-kustannus, 271 – 277.
- Geof, A. 2000. Mentorointi. Infoviestintä; Helsinki.
- Gynther, M. 2011. Tehokas tiimityö ja sen edellytykset. Haastattelututkimus kotisairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu – tutkielma.
- Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Helsingin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 9.2.2015.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:stadia-1210852529-2>
- Heikkilä, A., Jokinen, P., & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen-avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki; WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hämäläinen, S. 2011. Työyhteisön sisäisen viestinnän haasteet organisatiomuutoksessa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu – tutkielma. Yhteisöviestinnän tiedekunta. Viitattu 13.4.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/27084/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011052710925.pdf?sequence=1>

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uud. p. Helsinki: Edita.

ISTp, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 14 §. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Jalonen, P. 2006. Kotisairaalan palliatiivisen hoidon yksikön toimintamalli. Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 13.4.2016. http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/Opinnaytetyot/PDF/Opinnaytetyot_7.pdf

Janhunen, K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Viitattu 18.4.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140571/urn_nbn_fi_uef-20140571.pdf

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.

Jylhä, M. 2014. Vanhuspalvelulain muutoksen ihmettelyä. Gerontologia 28 (4), 266 – 268.

Kaarlela, K-M. 2013. Sairaanhoitajien työtyytyväisyys vanhustyössä. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Viitattu 13.4.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130261/urn_nbn_fi_uef-20130261.pdf

Kalema, T. 2015. Sairaanhoidon tiedonkulun ja erikoissairaanhoidon hoitopalautteiden laatu ja puutteet. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 13.4.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150182/urn_nbn_fi_uef-20150182.pdf

Kantanen, A., Kvist, T. & Partanen, P. 2010. Sairaanhoitajien ja lääkärien yhteistyö- moniammatillista työskentelyä potilaan parhaaksi. Pro Terveys 38 (5), 16 – 18.

Kelottijärvi, K. 2015. Omahoitajuus savukosken palvelukodilla- henkilökunnan kokemuksia ja kehittämisehdotuksia omahoitajuuden toteutumisesta. Lapin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 13.4.2016. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89338/Kelottijarvi%20Kaija.pdf?sequence=1>

Kinni, R-L. 2014. Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä. Gerontologia 28 (4), 271.

Kiviniemi, K. 2011. Tehostettu palveluasuminen; palvelutalot-palvelusisällöt ja asiakasmaksut. RAI-seminaari 24.3.2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.4.2016. <http://videonet.fi/web/thl/20110324/7/kiviniemi-2.pdf>

Klawer, C. & Lejonqvist, G-B. 2011. Yhteistyö tekee hoitotyöstä hauskaa ja tehokasta. Sairaanhoidaja 5., 16 – 18.

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Tukeva-hanke. Oulu. Viitattu 13.4.2016. <http://www oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Väitöskirjatyö. Viitattu 6.5.2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3 – 11.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Viitattu 13.5.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. 23.6.1977/519. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 3.8.1992/734. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. 3.8.1992/733. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 3.4.1987/380. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26 (2), 113 – 124.

Lehto, V., Seinelä, L. & Aaltonen, M. 2015. Tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirrot – taustatekijät ja siirtojen syyt. *Gerontologia* 29 (1), 12 – 24.

Markkola, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto. *Hoitotiede. Pro gradu – tutkielma*. Viitattu 17.2.2015. <http://www.doria.fi/handle/10024/102057>

Mäenpää, T., Asikainen, P. & Suominen, T. 2012. Aluetietojärjestelmän merkitys alueelliseen yhteistyöhön, toimintamallien muutokseen ja organisaatiokulttuuriin ammattilaisten ja hallinnon edustajien kokemana. *Hoitotiede* 21 (2), 125 – 137.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus 215-221. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1. – 4. painos. Helsinki: WSOY.

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun Yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 28.3.2015. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf>

Puusa, A. & Juuti, P. 2011a. Laadullisen lähestymistavan yleistymisen kulttuurinäkökulman myötä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Menetelmä viidakon raivaajat – Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. Turku: Hansaprint Oy, 31-46.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011b. Mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Menetelmä viidakon raivaajat – Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. Turku: Hansaprint Oy, 47 –57.

Rantakokko, M. 2013. Kotiympäristöstä elinpiiriin: ympäristön arviointimenetelmät iäkkäiden ihmisten toimintakykytutkimuksessa. *Gerontologia* 27 (4), 414-421.

Riivari, M. 2009. Luottamuksen rooli ja rakentuminen organisaation sisäisten yksiköiden välisessä yhteistyössä. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. *Pro gradu – tutkielma*. Kauppatieteellinen tiedekunta. Viitattu 13.4.2016. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45122/nbnfi-fe200905181494.pdf?sequence=3>

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 121. 209-209.

Sairanen, S. 2004. Mentorointi ammatillisen osaamisen kehittymisen menetelmänä hoitotyössä – mentoreiden ja aktoreiden näkemyksiä. Kuopion yliopisto. *Pro gradu – tutkielma*. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710 17 §. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, Viitattu 18.4.2016. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 6.5.2016. <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2004/104444Loppuraportti.pdf>

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola, R. (toim.) Jyväskylä: Gummerus. 61-81.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326 25 §. Viitattu 13.4.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tehostetun palveluasumisen sääntökirja 2011. Sitra. Viitattu 13.4.2016. http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tehostetun_palveluasumisen_saanto-kirja.pdf

Tutkimuksen logiikka ja strategiset valinnat n.d. Viitattu 18.4.2016. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_5_Tutkimuksen_logiikka_ja_strategiset_valinnat.pdf

Valtonen, A. 2011. Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmä viidakon raivaajat – Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Turku: Hansaprint Oy, 88-101.

Vanttaja, K., Seinelä, L. & Valvanne, J. 2015. Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011. Gerontologia 29 (2) 61- 74.

Vesa, P. 2009. Aineistolähtöinen teoria hyvää oloa ja työhyvinvointia edistävästä huumorista hoitajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tampereen yliopisto. Väitöskirjatyö. Viitattu 6.5.2016. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66537/978-951-44-7895-6.pdf?sequence=1>

Vestman, J., 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Viitattu 13.4.2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84834/gradu06917.pdf?sequence=1>

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2014. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.3.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80099/Tr12_11.pdf?sequence=1

Winter, L. 2012. ”Kotia lasareettihi” Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli. Vaasan ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-tutkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Viitattu 6.2.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012121719804>

Ylitörmänen, T., Kvist, T. & Turunen, H. 2013. Sairaanhoidtajien yhteistyö sairaalassa – kyselytutkimus. Tutkiva hoitotyö 11 (1), 4-13.

Hei!

Saatekirje

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksiköstä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien kokemuksia avosairaalan ja tehostetun palveluasumisen yhteistyöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota avosairaala ja tehostetut palveluasumisyksiköt voivat hyödyntää kehittäessään yksiköiden välistä yhteistyötä.

Tietoa kerätään teemahaastattelemalla lähi/perushoitajia ja sairaanhoitajia tehostetun palveluasumisen yksiköistä. Avosairaalan hoitajat haastatellaan ryhmähaastatteluna. Haastattelut toteutetaan huhti – ja toukokuun 2015 aikana. **Haastateltavilla tulee olla omakohtaista kokemusta avosairaalan ja palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan yhteistyöstä.** Tässä saatekirjeessä on liitteenä teemahaastattelurunko, johon haastateltavat voivat halutessaan tutustua jo etukäteen ennen haastattelua.

Haastattelut nauhoitetaan ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua asiaan kuuluvalla tavalla. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavilta pyydetään kirjallinen suostumus ennen haastattelujen alkamista.

Opinnäytetyössä esiin tulevat tulokset julkaistaan vuoden 2015 aikana. Tekijä ilmoittaa tulosten valmistuttua niiden esittämisajankohdan yksikköönne.

Lisätietoja opinnäytetyöstä antaa:

Paula Närhi, opinnäytetyön tekijä

paula.narhi@student.hamk.fi

040-7604563

Leena Ahonen, lehtori, opinnäytetyön ohjaaja

leena.ahonen@hamk.fi

03-6467505

Teemahaastattelurunko haastateltaville

- Haastateltavat voivat halutessaan valmistautua haastatteluun tutustumalla seuraaviin kysymyksiin:

1) Rakenteet

- Millä tavalla organisaatioon liittyvät ominaisuudet näyttäytyvät yhteistyössä?
- Millä tavalla yhteistyön tavoite ja hyöty esiintyvät?
- Minkälainen on kotisairaalan rooli yhteistyössä?
- Minkälainen on palvelukeskuksen rooli yhteistyössä?

2) Asiakkaan hoitoprosessi

- Millä tavalla yhteistyö näyttäytyy asiakkaan hoitoprosessin suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa?
- Minkälaiset linjaukset tai pelisäännöt ohjaavat hoitoprosessia?

3) Osaamisen hyödyntäminen

4) Tiedonkulku ja jatkuvuus

- Millä tavalla tieto kulkee asiakkaan hoitoprosessin aikana?
- Millä tavoin yhteistyö ilmenee asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi?

5) Vuorovaikutus

6) Odotukset yhteistyölle

7) Yhteistyötä edistävät tekijät

8) Yhteistyötä estävät tekijät

Liite 3 Analysointiprosessi

