



KUOPION KOTISAIRAALAPILOTTIHANKE; SAIRAAHOITAJIEN JA ENSIHOITAJIEN YHTEISTYÖN TOIMIVUUS JA AMMATILLISET VALMIUDET

”se hyvä mieli, minkä saa itelle”

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Tiia Kallio ja Elvi Miettinen			
Työn nimi Kuopion kotisairaalapilottihanke; sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet			
Päiväys	7.4.2014	Sivumäärä/Liitteet	47/7
Ohjaaja(t) Marja-Anneli Hynynen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Tuula Muhonen ja Jukka Hartikainen			
Tiivistelmä			
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli haastattelututkimuksen avulla selvittää Kuopion kotisairaalapilottihankkeessa työskennelleiden sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuutta ja ammatillisia valmiuksia. Opinnäytetyön tutkimuksen tavoitteena oli tulosten perusteella kehittää kotisairaaloimintamallia.</p> <p>Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, joka toteutettiin teemahaastatteluna ryhmähaastattelumuodossa. Tutkimus sisälsi kolme teemaa: kotisairaalapilottihanke, yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet kotisairaalapilottihankkeessa. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Kotisairaalapilottihanke oli onnistunut, mielenkiintoinen ja hyvä kokeilu. Erityisesti positiivisia kokemuksia herätti kotisairaala-asiakkaiden tyytyväisyys. Organisaation tuki oli tärkeä tekijä pilottihankkeen toiminnan käynnistymisvaiheessa, kuten myös positiivisten asioiden esille tuominen ja myönteiseen ilmapiiriin kannustaminen. Kotisairaalapilottihankkeen toimintamallin suunnitteluun pystyttiin vaikuttamaan riittävästi. Työskentelyä helpottavaksi teki jäksi koettiin asiakkaiden rajattu määrä ja "ei hälytettävissä" -tilaan asettamisen mahdollisuus ensihoitoyksikölle. Kotisairaalatyötehtävät integroituivat hyvin muiden työtehtävien yhteyteen.</p> <p>Sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyö kotisairaalapilottihankkeessa oli onnistunutta ja muotoutui kotisairaalan tarpeita vastaavaksi ilman yhteistä sähköistä tietojärjestelmää. Hyvän tiimityön merkitys korostui. Tulokset osoittivat asiakkaan kohtaamisen ja voinnin arvioinnin olleen tärkeää kotisairaalityöskentelyssä. Lisäksi tulosten mukaan työskentely asiakkaan kotona edellytti työkokemusta ja uskallusta tehdä itsenäisiä päätöksiä. Sairaanhoitajat ja ensihoitajat pitivät potilasturvallisuutta ohjenuorana työtehtävien suorittamiselle. Tärkeänä pidettiin myös oman osaamisen arviointia ja vastuurajojen tuntemista. Kotisairaaloiminta nähtiin osana valtakunnallista terveydenhuollon kustannustehokasta kehitystä.</p> <p>Kotisairaaloimintamalli oli toimiva. Asiakskriteeristöjen selkeä määrittely oli edellytys toimivan kotisairaala-asiakassuhteen syntymiselle, lähettävälle yksikölle ja hoitoa toteuttavalle organisaatiolle. Organisaation tuella oli tärkeä merkitys potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamisessa. Sairaalasaisen hoidon vieminen asiakkaan kotiin edellytti hoitohenkilöstöltä itsenäistä kokonaishoidon hallintaa, koordinoitukykyä, hoidon vaikuttavuuden arvioinnin osaamista sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämistä.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimustulokset tuottivat tietoa kotisairaalassa työskentelystä ja kotisairaaloimintamallin toimivuudesta palveluntarjoajan näkökulmasta. Palveluntarjoajan eri toimijoiden yhteistyö tehtiin näkyväksi, jolloin sekä onnistumiset että haasteet voidaan huomioida toimintaa kehitettäessä. Lisäksi tulokset antavat hyödyllistä tietoa, millaista ammatillista osaamista hoitohenkilökunnalta vaaditaan kotisairaalityöskentelyssä. Tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi kotisairaaloiminnan markkinoinnissa, lisäämällä tietoisuutta terveydenhuollon eri organisaatioissa ja asiakkaiden keskuudessa. Erityisesti kotisairaala-asiakkaiden asiakastytyväisyydestä kannattaa tiedottaa. Tuloksista on hyötyä myös henkilöstöä kotisairaalaan rekrytoitaessa.</p>			
Avainsanat: kotisairaala, kotisairaanhoido, kotona toteutettu hoito			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Tiia Kallio and Elvi Miettinen			
Title of Thesis Functionality of the co-operation and the professionalism of nurses and paramedics in the home hospital project in Kuopio			
Date	7.4.2014	Pages/Appendices	47/7
Supervisor(s) Marja-Anneli Hynynen			
Client Organisation /Partners Tuula Muhonen and Jukka Hartikainen			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the functionality of the co-operation and the professionalism of nurses and paramedics working in the home hospital project in Kuopio using interview research. The aim of the study was to improve the operating model of the home hospital based on results.</p> <p>This thesis was a qualitative study. The data of the study was collected using theme based group interviews. Three themes of the study were home hospital project, the functionality and the professionalism of the co-operation in the home hospital project. The data of the study was analyzed using the inductive research analysis.</p> <p>Home hospital project was successful, interesting and a good experiment. Especially the satisfaction of the customers in home hospital was a positive experience. The support of the organization and the positive approach were important factors at the start of the home hospital project. The medical staff had an influence on the making of the operating model of the home hospital. The limited number of customers as well as the easy integration between the home hospital project and other tasks made working in the project easier.</p> <p>The co-operation of nurses and paramedics in the home hospital project was successful and the needs of the home hospital were met without a shared information system. The results showed that the meeting and the evaluation of condition of customers were important in working in the home hospital. Working in the homes of customers required work experience and ability to make independent decisions. The safety of patients was the main point in the work. Estimating own abilities and knowing the limits of responsibility were also considered important. The home hospital was seen as a part of cost-effective improvement in public health care.</p> <p>The operating model of the home hospital was functional. The clear specification of customer criteria was required for functional relationship between the home hospital and customers and for the entry and the treatment units of the home hospital. The support of the organization was instrumental in order to execute comprehensive treatment. Taking hospital level care to the home of a customer required self-control in treatment, coordination, ability to estimate the effect of treatment and the utilization of multiprofessional advantages.</p> <p>The results of this thesis provided information on working in the home hospital and the functionality of the operating model from service producer's point of view. Observable co-operation allows positive experiences and challenges to improve the operating model. In addition the results give useful information on what kind of abilities are required in working in the home hospital. The results can benefit in the marketing of the home hospital model in health care organizations as well as among customers especially with the satisfaction of customers. The results can also be used in recruiting personnel to home hospitals.</p>			
Keywords: home hospital, home health care, home health care delivery			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	KOTISAIRAALAPILOTTIHANKE KUOPIOSSA	7
2.1	Kotisairaala.....	8
2.2	Kuopion kaupungin kotisairaalapilottihankkeen toimijat.....	9
2.2.1	Kuopion kaupungin kotiutusyksikkö.....	9
2.2.2	Pohjois-Savon pelastuslaitos.....	9
3	SAIRAAHOITAJIEN JA ENSIHOITAJIEN YHTEISTYÖ JA AMMATILLISET VALMIUDET KOTISAIRAALAPILOTTIHANKKEESSA	10
3.1	Yhteistyö terveysalalla	10
3.1.1	Moniammatillisuus	11
3.1.2	Tiimityö	12
3.1.3	Viestintä	14
3.2	Ammatilliset valmiudet terveysalalla	17
3.2.1	Sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen.....	17
3.2.2	Ensihoitajien ammatillinen osaaminen	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	21
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
5.1	Tutkimusmenetelmä	22
5.2	Aineiston keruu	22
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	23
6	TULOKSET	25
6.1	Kotisairaalapilottihanke	25
6.2	Yhteistyön toimivuus	32
6.3	Ammatilliset valmiudet.....	33
7	POHDINTA.....	36
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	36
7.2	Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelu.....	37
7.3	Johtopäätökset ja kehitysideoita.....	40
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	41
7.5	Opinnäytetyö oppimisen prosessina.....	42
	LÄHTEET	43

LIITE 1: TUTKIMUSLUPA/KUOPION KAUPUNKI	48
LIITE 2: ENNAKKOKIRJE HAASTATTELUUN OSALLISTUVILLE.....	49
LIITE 3: RYHMÄHAASTATTELURUNKO HAASTATTELUUN OSALLISTUVILLE.....	50
LIITE 4: SUOSTUMUSLOMAKE 1	51
LIITE 5: SUOSTUMUSLOMAKE 2	52
LIITE 6: SUOSTUMUSLOMAKE 3	53
LIITE 7: OTE SISÄLLÖNANALYYSISTÄ.....	54

1 JOHDANTO

Jos Sinä voisit sairastuessasi valita, haluaisitko saada hoitoa kotona vai sairaalan osastolla?

Kotisairaala tarkoittaa sairaalatasoisen hoidon toteuttamista potilaan kotona hänen niin halutessaan. Potilas voi vaihtoehtoisesti valita myös sairaalahoidon. Kotiin tarjottu hoito tukee potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä nopeuttaa pääsyä kiinni normaaleihin arjen rutiineihin. Terveystieteiden näkökulmasta kotisairaalan toteuttama hoito säästää sairaalapaikkoja niitä enemmän tarvitseville, vähentää sairaalainfektioiden määrää ja ehkäisee potilaan laitostumista. Ihmällisyys ja hienovaraisuus korostuvat kotisairaalan hoitohenkilöstön toiminnassa ammattitaidon lisäksi. Edellä mainitut asiat mahdollistavat potilaan kokonaisvaltaisen hoidon hänen omassa elinympäristössään.

Terveystieteiden alalla on juuri päästy sopuun sosiaali- ja terveystieteiden uudistuksesta. Uudistuksen myötä viisi eri sote-aluetta järjestävät jatkossa kaikki sosiaali- ja terveystieteet. Lupausten mukaan uudistus mahdollistaisi mm. toimivat palveluketjut, joissa asiakasta ei pompotella. Toimintojen painopistettä siirretään ehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin. Terveystieteiden alaan kohdistuu myös useita muita uudistuksia, esimerkiksi laitospaikkojen vähenemisen myötä STM pyrkii vahvistamaan kotona tarjottavaa hoitoa. Kotisairaalapilottihankkeen tarkoitus oli vakiinnuttaa kotisairaaloimintamalli Kuopioon tavoitteena korvata tai lyhentää sairaalajaksoja. Uuden terveystieteen voimaantumisen myötä (2011) kotisairaala-aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Asiakkaiden valinnanvapaus terveystieteiden osalta on lisääntynyt lainsäädännön myötä. Laki suosittaa myös ensihoidon osuuden lisäämistä yleisessä terveystieteiden alalla. Kotisairaaloiminta tukee lain toteutumista.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli haastattelututkimuksen avulla selvittää Kuopion kaupungin kotisairaalaissa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuutta ja ammatillisia valmiuksia kotisairaalapilottihankkeessa. Tutkimuksessa selvitettiin myös opittiinko moniammatillisen yhteistyön kautta uusia hoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tulosten perusteella kehittää kotisairaaloimintamallia. Opinnäytetyömme oli toimeksianto Kuopion kaupungin kotiutusyksikön osastonhoitaja Tuula Muhoselta yhteistyössä Pohjois-Savon Pelastuslaitoksen ensihoitopäällikkö Jukka Hartikaisen kanssa.

Tulevina hoitotyöntekijöinä koemme aiheen mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi, koska moniammatillinen yhteistyö on olennainen osa onnistunutta hyvää hoitotyötä. Eri osa-alueiden ammatillista osaamista hyödyntävä hoitotiimi lisää terveystieteiden alalla ammattilaisten yksilöllistä osaamista ja kehittää uusia toimintatapoja hoitotyöhön.

2 KOTISAIRAALAPILOTTIHANKE KUOPIOSSA

Kuopion kaupungin kotisairaalapilottihanke toteutettiin 2.4. – 1.9.2013. Pilotin tavoitteena oli sairaalajaksojen korvaaminen tai lyhentäminen tarjoamalla asiakkaan kotiin tai siihen verrattavaan paikkaan terveydenhuoltoalan ammattilaisten antamaa hoitoa, joka muuten olisi edellyttänyt sairaalahoitoa. Lisäksi tavoitteena oli potilaan valinnan mahdollisuuksien lisääminen. Hankkeessa olivat mukana Kuopion kaupungin kotiutusyksikkö ja Pohjois-Savon pelastuslaitos. Kotisairaalapilotin päävastuu oli kotiutusyksikön sairaanhoitajilla pelastuslaitoksen ensihoitajien tukieissa yöaikaista toimintaa. Harjulan sairaalan osasto 1 toimi kotisairaalan taustaosastona, KYS:n yhteispäivystys mahdollisen päivystysajallisen lääkärituen tarjoajana sekä Esperin yöpartio yöaikaisen hoivan mahdollistajana. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.) Pilottihanke oli Kuopion kaupungin kotiutusyksikön toiminnan suunniteltua laajentamista. Kotiutusyksikön toiminta Kuopiossa oli aiemmin ollut kotisairaaloiminnan tyypistä, mutta puutteena oli ollut yöaikaisen hoidon järjestäminen. (Kuopion kaupunki, Perusturva- ja terveyslautakunta 2013-03-19, §14.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin kotisairaalapilottihankkeessa työskentelevien Kuopion kaupungin kotiutusyksikön sairaanhoitajien ja Pohjois-Savon pelastuslaitoksen ensihoitajien osuuteen kotisairaalapilottihankkeessa.

Pilotin aikana Kuopion kaupungin kotisairaalaalassa hoidettiin 15 asiakasta, iältään 29 – 96 vuotiaita. Asiakkaat olivat ympärivuorokautista suonensisäistä nesteystystä tai lääkintää tarvitsevia palvelutalossa, hoitokodissa tai omassa kodissaan asuvia henkilöitä. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.) Kotisairaala tarjosi palvelua Kuopion kaupungin kantakaupunkialueella, kymmenen (10) kilometrin säteellä Kuopion keskustasta. Keskimääräinen kotisairaalahoitajakso kesti 3 – 20 vuorokautta. Niin asiakkaat kuin heidän omaisetkin olivat tyytyväisiä kotisairaalan toteuttamaan hoitoon. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.)

Mahdollisten yhteydenottojen varalle potilastietojärjestelmä Pegasokseen oli rakennettu Kuopion kotisairaala (KUKOSA)-näkyvä, josta Harjula 1 osaston hoitajat olisivat tarvittaessa nähneet kotisairaala potilaan tietoja. Kuopion kotisairaalan pilotointiraportista kuitenkin selviää, ettei Harjulan osasto 1:lle tullut kotisairaalan potilailta yhtään yhteydenottoa pilottihankkeen aikana. Myöskään Harjulan osasto 1:n lääkäriä ei kotisairaaloiminta pilottihankkeen aikana työllistänyt lainkaan. Yhteistyö kotisairaalan ja potilaan lähettävän osaston sairaanhoitajien kesken toimi siten, että osaston sairaanhoitajat tilasivat KYS:n apteekista tarvittavat lääkkeet kotiutusyksikölle. Kustannuksista vastasi kotiutusyksikkö. Osaston ja kotiutusyksikön väliseen yhteistyöhön oltiin tyytyväisiä. Myös päivystysosasto 2:n ja kotiutusyksikön yhteistyö sujui hyvin. Ylimääräisiä selvittelyjä ei ollut ja potilaiden hoito-ohjeet olivat reaaliaikaisia. Esperin tarjoamalle yöaikaiselle hoivalle ei ollut tarvetta pilotin aikana. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.)

Kotisairaala-asiakkailta perittävät maksut olivat samansuuruiset kuin aiemmin kotiutusyksikössä. Yksi käynti vuorokaudessa maksoi 8.70 euroa, jos käyntejä oli kaksi tai useampia, vuorokausimaksua perittiin 19.65 euroa. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.) Asiakkaalle maksuttomia olivat lihaksesta pistettävät (i.m.) ja suonensisäiset (i.v.) lääkkeet/nesteet ja hoitotarvikkeet sekä hoitoon kuuluvat laboratoriotulokset. Muut lääkkeet asiakas hankki ja kustansi itse. (Ohjeistus kotisairaaloiminnasta)

minnasta 2013.) Tehostetun, ympärivuorokautisen palveluasumisen ja säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvilta henkilöiltä ei peritty erillistä maksua. Heidän osaltaan kotisairaalamaksu sisältyi kiinteään kuukausimaksuun. Kuopion kotisairaalan pilotointiraportista ilmenee yhden kotisairaala-asiakaskäynnin hinnan olleen 76 euroa. Kotisairaalassa pilottihankkeen aikana hoidettujen 15 asiakkaan kokonaiskustannukset olivat yhteensä 8146 euroa. Kotisairaaloiminta toteutettiin Kuopion kaupungin kotiutusyksikön sairaanhoitajien ja Pohjois-Savon pelastuslaitoksen ensihoitajien jo olemassa olevalla henkilöstöllä. Lisäkustannuksia aiheutui viikonloppuun ajoittuneiden työtuntien lisääntymisestä. Hoitohenkilökunnalle maksettiin virkaehtosopimuksen (VES) mukaiset asiakaskäyntien matkakorvaukset ja pelastuslaitoksen ensihoidon yöaikaisista käynneistä ei maksettu erilliskorvausta. Kustannuksia vertailtaessa käytettiin laskennallisena sairaalan hoitopäivähintana 240 euroa/vuorokausi. Tuolloin vastaava hypoteettinen sairaalan osastohoitajaksen hinta olisi ollut noin 18 240 euroa. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.)

2.1 Kotisairaala

Euroopassa kotisairaaloiminnan katsotaan alkaneen Ranskasta 1960-luvulla, jolloin syöpää sairastavien hoitoa alettiin toteuttaa kotona. Suomeen kotisairaaloiminta on tullut Ruotsin Motalasta, jossa toiminta oli virallisesti käynnistynyt vuonna 1977. (Halonen 2012, 7; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori ja Ivanoff-Lahtela 2007, 15.) Suomessa ensimmäinen kotisairaala aloitti toimintansa Tammisaaressa vuonna 1995 (Visakorpi 2002, 13).

Kotisairaala tarkoittaa kotiin tai siihen verrattavaan paikkaan, kuten palvelutaloon tai ympärivuorokautiseen hoitokotiin annettavaa sairaalatasoista, ympärivuorokautista hoitoa. Kotisairaalahoido voi toteutua joko perus- tai erikoissairaanhoidon alaisuudessa. Asiakkuus on potilaalle vapaaehtoista, jolloin potilas voi halutessaan kotisairaalahoidon sijasta valita osastohoidon. Potilaan tulee kotisairaala-asiakkaana tarpeen vaatiessa päästä nopeasti myös sairaalahoitoon. Kotisairaalahoido vaatii myös asiakkaalta halua ja sitoutumista kotona toteutettavaan hoitoon. Esimerkiksi potilaat, jotka eivät itse kykene hälyttämään apua tai joiden potilasturvallisuutta ei kyetä kotisairaalahoidossa takaamaan, eivät sovellu kotisairaala-asiakkaiksi. Lääkäri diagnosoi kotisairaala-asiakkaaksi soveltuvan potilaan sairauden, arvioi yleisen terveydentilan ja suunnittelee sairauden hoidon. Näiden perusteella lääkäri voi tehdä lähetteen kotisairaalahoido. Kotisairaala-asiakkaan luokse suuntautuvat käynnit ja niiden määrä määräytyvät potilaan hoidon, hoitosuunnitelman sekä voinnin mukaan. (Hägg ym. 2007, 139 - 143.)

Terveydenhuoltolaissa 30.12.2010/1326, 25 §:ssä määritellään kotisairaalahoido seuraavasti: *”Kotisairaalahoido on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.”* Uuden terveydenhuoltolain voimaantulon myötä potilaan itsemääräämisoikeus on lisääntynyt potilaan saadessa valita alue, jonne hakeutuu hoitoon (STM 2010). Kotisairaaloiminta lisää entisestään potilaan itsemääräämisoikeutta. Visakorven (2002) mukaan teoreettisen tiedon pohjalta keskeisimpiä hyvän koti-

sairaalatoiminnan vaatimuksia ja edellytyksiä ovat juuri potilaan itsemääräämisoikeus ja hoidon yksilöllisyys (Visakorpi 2002).

2.2 Kuopion kaupungin kotisairaalapilottihankkeen toimijat

2.2.1 Kuopion kaupungin kotiutusyksikkö

Kuopion kaupungin kotiutusyksikkö on aloittanut toimintansa 7.1.2008. Kotiutusyksikössä työskentelee tällä hetkellä viisi sairaanhoitajaa ja kaksi fysioterapeuttia. Kotiutusyksikön toiminnan tavoitteena on vaikuttaa lyhentävästi potilaiden sairaalajaksojen pituuteen, kotiuttaa toipilasvaiheessa olevat potilaat turvallisesti sekä pienentää erikoissairaanhoidosta aiheutuvia lisäkustannuksia. (Muhonen 2013 suullinen tiedonanto.)

Kuopion kaupungin kotiutusyksikkö tarjoaa määräaikaista sairaalajakson jälkeistä hoitoa 1 – 14 vuorokautta asiakkaille, jotka eivät aiemmin ole käyttäneet kotihoidon palveluita. Kotiutusyksikön toiminta tukee asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista ja toiminnan tavoitteena on potilaan omatoimisuus. Hoito tapahtuu potilaan kotona ja siihen tarvitaan potilaan suostumus. (Muhonen 2013 suullinen tiedonanto.) Kotisairaalapilottihankkeessa kotiutusyksikkö toimi koordinoituvastuussa sekä päivä- ja iltatoiminnasta. (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013.)

2.2.2 Pohjois-Savon pelastuslaitos

Pohjois-Savon pelastuslaitos on aloittanut toimintansa vuoden 2004 alussa. Pelastuslaitoksen tehtäviin kuuluu toimialueen pelastuslaissa ja sitä koskevassa asetuksessa pelastustoimelle määrättyistä tehtävistä huolehtiminen. Pelastushenkilöiden tavoitteena on onnettomuuksien ehkäisy ja niiden seurausvaikutusten vähentäminen. Lisäksi asukkaiden omatoimisten pelastusvalmiuksien kehittäminen kuuluu tärkeänä osana toimialueen pelastushenkilöiden tavoitteisiin. Kuopion kaupungin pelastuslaitos kuuluu Pohjois-Savon seutukunnista koostuvaan pelastustoimen alueeseen. Kuopion lisäksi siihen kuuluvat Ylä-Savon, Koillis-Savon, Sisä-Savon ja Varkauden seutukunnat. (Pohjois-Savon pelastuslaitos 2013.)

Pohjois-Savon pelastustoimen alue jakaantuu kolmeen toimialueeseen. Pohjoiseen toimialueeseen kuuluvat Iisalmi, Juankoski, Kaavi, Kiuruvesi, Lapinlahti, Nilsiä, Rautavaara, Sonkajärvi, Tuusniemi, Varpaisjärvi ja Vieremä. Keskisen toimialueen muodostavat Kuopio, Maaninka ja Siilinjärvi. Eteläiseen toimialueeseen sijoittuvat Karttula, Keitele, Leppävirta, Pielavesi, Rautalampi, Suonenjoki, Tervo, Varkaus ja Vesanto. Toimialueiden pelastushenkilöiden tehtävänä on palvella oman alueensa asukkaita. Pelastushenkilöt antavat turvallisuusneuvontaa, valistusta, koulutusta ja suunnitteluapua. He suorittavat palotarkastuksia ja valvontatehtäviä sekä auttavat onnettomuustilanteissa. (Pohjois-Savon pelastuslaitos 2013.)

Pohjois-Savossa ensihoitopalveluiden järjestämisestä vastaa Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiiri tuottaa ensihoitopalvelut omana toimintanaan ja yhteistyössä Pohjois-Savon pelastuslaitoksen kanssa. Operatiivista toimintaa johtaa kenttäjohtaja. Pohjois-Savon pelastuslaitos tuot-

taa palvelut Kuopioon, Varkauteen ja Suonenjoelle. Ambulansseja on käytössä 21 kpl:tta sairaanhoitopiiriin omassa palvelutuotannossa. Lisäksi käytettävissä on vielä 8 ambulanssia pääasiassa kiireetömiin hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin. Pohjois-Savon pelastuslaitoksen omassa palvelutuotannossa on 9 ambulanssia ja 28 ensivasteyksikköä. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013.) Pohjois-Savon pelastuslaitoksen ensihoitopalvelut tukivat kotisairaalapilottihankkeessa toimintaa ilta- ja yöaikaisen suonensisäisen lääkehoidon toteuttajina (Kuopion kotisairaalan pilotointiraportti 2013).

3 SAIRAANHOITAJIEN JA ENSIHOITAJIEN YHTEISTYÖ JA AMMATILLISET VALMIUDET KOTISAIRAALAPILOTTIHANKKEESSA

3.1 Yhteistyö terveysalalla

Terveysalalla yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi ylisosiaalineuvos Kananoja mainitsee mm. yhteisen asiakkaan ja toisen ammattiryhmään kuuluvan ammatin sisällön tuntemisen. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee useaan eri ammattiryhmään kuuluvaa hoitohenkilökuntaa, jonka ammattien tietopohja on erilainen. Kananoja näkee ammattien erilaisuuden yhteistyön lähtökohtana, koska ihmisiä autettaessa ja parannettaessa erilainen ammatillinen osaaminen täydentää toinen toistaan. Yhteistyön onnistumista heikentävänä tekijänä Kananoja näkee erilaiset ”ammatilliset kulttuurit”. Yhteistyön yleiseksi eettiseksi periaatteeksi Kananoja nostaa toisen ammatillaisen työn osaamisen tunnustamisen, hyväksymisen ja arvostamisen. Tärkeää on luottaa siihen, että toinen ammatillainen hoitaa työnsä parhaan taitonsa mukaan. Yhteistyön toimivuutta edistävät avoimuus erilaisille näkemyksille ja yhteistyön kehittämistarpeiden esille tuominen. Kananojan mukaan yhteistyön organisoinnissa ja johtamisessa pidetään asiakas- ja potilasnäkökulmaa yhteistyön arvioimisen lähtökohtana. Ammatillisen toiminnan taso on yhtä tärkeää kuin yhteistyön rakenteiden, organisoinnin ja johtamisen taso. (Kananoja 2012.)

Pölkki (2011, 3) toteaa onnistuneen terveysalalla tapahtuvan yhteistyön edellyttävän monenlaisia taitoja. Pölkin mukaan sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen on yksi yhteistyön onnistumisen edellytys. Vuorovaikutustaidot, myönteinen suhtautuminen muutokseen sekä halu oppia uutta ovat taitoja, joita onnistuneelta yhteistyöltä terveysalalla edellytetään. Luova ja rohkea ote asioihin sekä luottamus edistää tiedon ja osaamisen jakamista ja luo näin hyvät puitteet yhteistyön onnistumiselle. Pölkin mukaan terveydenhuollon organisaatioiden asiantuntijat ovat perinteisesti työskennelleet hyvin itsenäisesti. Tänä päivänä itsenäinen asiantuntijuus ja koulutus eivät enää Pölkin mukaan riitä, vaan omaa asiantuntijuuttaan on osattava jakaa myös toisten hyödynnettäväksi. Eloranta ja Kuusela (2011, 5) ovat myös tutkimuksessaan todenneet, että yhteistyön merkitys on kasvanut eri organisaatioiden toiminnassa sekä terveysalan koulutuksissa. Tutkimuksessaan Eloranta ja Kuusela pohtivat tämän johtuvan asiakkaiden hoidon- ja palvelutarpeiden moninaistumisesta ja siitä, että terveyspalvelujen laatu ja saatavuus on pystyttävä turvaamaan.

Kotisairaalapilottihankkeessa toimivilla ammattiryhmillä, sairaanhoitajilla ja ensihoitajilla yhteistyö oli tietojen hankkimista ja tarkentamista lähettävältä yksiköltä, tiedon välittämistä kotisairaala-

asiakkaasta ja hoidosta, hoitotarvikkeiden hankintaa ja järjestämistä sekä toiminnasta raportointia. Oman haasteensa yhteistyölle loi yhteisen sähköisen tietojärjestelmän puuttuminen.

3.1.1 Moniammatillisuus

Väisänen (2007, 13) tutkielmassa Moniammatillinen tiimityö ja johtaminen, moniammatillisuus kuvaan erilaisia ja monitasoisia ilmiöitä sisältäväksi eri ammattiryhmiin kuuluvien ihmisten yhteistyöksi. Yhteistä työtä tai tehtävää suorittaessaan, ongelmia ratkoessaan tai päätöksiä tehdessään ihmiset pyrkivät löytämään uusia näkemyksiä yhteistyössä. Väisänen mainitseekin yhdeksi moniammatillisen työryhmän työskentelyn eduksi erilaisten tietojen ja näkemysten kohtaamisen. Hän korostaa mahdollisimman kattavan ja kokonaisvaltaisen tiedon ja osaamisen kokoamisen merkitystä, jotta työryhmän välille syntyy riittävän laaja ymmärrys ja käsitys.

Useista asiantuntijoista ja mahdollisesti eri organisaatioista koostuvan työryhmän tekemää asiakaslähtöistä yhteistyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi (Isoherranen, Rekola ja Nurminen 2008, 29). Oman tehtäväkokonaisuuden tiedostaminen, toisten asiantuntijuuden kunnioittaminen, vastuunotto, kuuntelu- ja ilmaisutaidot sekä kokonaisuuksien ymmärtäminen ovat taitoja, joita edellytetään moniammatillista yhteistyötä tekevilta henkilöiltä (Kontio 2010, 8). Asiakaslähtöisyys, erilaisen näkökulmien ja tiedon yhteen kokoaminen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, verkostojen huomioiminen sekä rajojen ylittäminen korostuvat moniammatillisessa yhteistyössä. Moniammatillinen työryhmän tehtävänä on muodostaa yhteinen tavoite, sekä pyrkiä saamaan aikaiseksi ryhmän yhteinen käsitys toimenpiteistä, joita tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi. (Isoherranen 2005, 14.)

Isoherranen (2012, 19, 22) toteaa moniammatillisen yhteistyön sosiaali- ja terveysalalla sisältävän erilaisia käsitteen määrittelijän suuntautumisesta johtuvia määritelmiä ja viitekehyksiä. Hän on vakuuttunut niin käsitteiden avaamisen kuin ymmärryksen lisäämisen tärkeydestä yhteistyökulttuurin kehittämisen edistämässä. Isoherranen toteaa työstäneensä omaa vuonna 2008 laatimaansa moniammatillisen yhteistyön määrittelyä. Uuden määrittelyn ydinkohdiksi hän mainitsee: *”kokonaisvaltaisen, potilaslähtöisen tiedon kokoamisen, sovitut välineet ja käytännöt tiedon kokoamiselle, mahdollisuuden ammatillisille rajojen ylityksille, potilaslähtöiset organisaatioiden rajojen ylitykset sekä jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen.”*

Eloranta ja Kuusela (2011, 4) ovat tutkimuksessaan selvittäneet moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksiä hoitotieteellisten opinnäytetöiden pohjalta. Elorannan ja Kuuselan mukaan moniammatillinen yhteistyö voi terveydenhuollon alalla toteutua monissa eri konteksteissa, kuten hallinnollisessa suunnittelussa sekä asiakkaiden päivittäiseen hoitoon liittyvissä asioissa ja niiden suunnittelussa. Käsitteenä Eloranta ja Kuusela kuvaavat moniammatillista yhteistyötä niin, että toimijoilla on yhteinen tavoite, jota kohti pyritään tai yhteinen päätös, johon etsitään eri näkökulmia keskustelemalla ja toimimalla yhdessä. Elorannan ja Kuuselan mukaan moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytykset jaetaan kahteen kategoriaan: yhteistyörakenteisiin ja -prosesseihin. Yhteistyörakenteet käsittävät johtamiskulttuurin, resurssit ja koulutuksen. Johdon luoma työskentelymalli, hyvä työn organisointi sekä yhteistyötä tukeva johtamiskulttuuri ovat Elorannan ja Kuuselan

(2011, 5, 9) mukaan ehto onnistuneelle yhteistyölle. Riittävät resurssit työn toteuttamiselle ja säännölliset työryhmän väliset tapaamiset ovat Elorannan ja Kuuselan mukaan resurssien osalta tärkeitä hyvän yhteistyön toteutumiseksi. Eloranta ja Kuusela pitävät myös tiedonkulkuun käytettävien teknisten apuvälineiden käyttöä tärkeänä yhteistyön onnistumisen edellytyksenä. Elorannan ja Kuuselan mukaan koulutus takaa hyvän ammattitaidon ja on näin ollen yksi yhteistyön onnistumisen edellytys, joka vahvistaa työntekijän yhteistyövalmiuksia.

Yhteistyöprosesseilla Eloranta ja Kuusela (2011, 10) tarkoittavat yhteistä päämäärää, toisen työn tuntemista, vuorovaikutustaitoja, työnjaon määrittelyä sekä oman asiantuntijuuden sisäistämistä. Sitoutuminen tavoitteeseen ja yhdessä suunnittelu ovat Elorannan ja Kuuselan mukaan toimivan yhteistyön toimintaehtoja. Eloranta ja Kuusela kuvaavat toisen työn tuntemisen ja vuorovaikutustaitojen liittyvän yhteistyön toteuttamisen edellytyksiin. He toteavat vastavuoroisten työryhmien olevan kyvykkäitä yhteistyöhön heidän asenteensa ollessa kohdallaan. Lisäksi yhteistyötahojen tasavertaisuus, luottamus ja vastavuoroinen dialogi tukevat Elorannan ja Kuuselan mukaan yhteistyötoimintaa ja varmistavat tiedonkulun. Eloranta ja Kuusela toteavat yhteistyössä integroituvan eri ammattiryhmien tiedot, taidot, osaaminen sekä voimavarat, jolloin työnjaon selkeä määrittely on tärkeä yhteistyön onnistumisen edellytys. Epäselvä työnjako voi esimerkiksi vastuu- ja valtakysymyksissä tai rooleissa hankaloittaa asiakkaan hoidon toteuttamista. Asiantuntijuuden sisäistämällä Eloranta ja Kuusela mainitsevat olevan merkitystä myös yhteistyön onnistumiselle. Vahva ammattitaito ja työkokemus edistävät työntekijän omaa asiantuntijuutta sekä toisen ammattiryhmän kanssa työskentelyä. Eloranta ja Kuusela korostavat, että työntekijällä tulisi olla rohkeutta nostaa esille omaa osaamistaan sekä vahvuuksiaan yhteistyötilanteissa. Parhaimmillaan Elorannan ja Kuuselan mukaan myönteisellä asenteella, uskonnolla moniammatillisuuden voimaan ja mahdollisuuksiin tuetaan yhteistyöprosessia, vahvistetaan omaa asiantuntijuutta sekä synnytetään uutta, yhteistä asiantuntijuutta.

Moniammatillisuus Kotisairaalapilottihankkeessa tarkoitti pääasiassa kotiutusyksikön sairaanhoitajien sekä pelastuslaitoksen ensihoitajien välistä yhteistyötä, mutta työskentelyn onnistumiseksi yhteistyötä tehtiin myös lähettävän yksikön ja omaisten kanssa. Molemmat ammattiryhmät toivat oman erityisosaamisensa moniammatillisen työryhmän käyttöön. Yhteisenä tavoitteenaan toimijoilla oli kotisairaala-asiakkaan hoidon onnistunut toteuttaminen, asiakkaan voinnin ja hoidon vaikuttavuuden arviointi. Moniammatillinen yhteistyö mahdollisti myös sairaanhoitajien ja ensihoitajien kesken tapahtuvan vertaisoppimisen.

3.1.2 Tiimityö

Tilastokeskus määrittelee tilastoissa ja tilastotuotannossa käytettävissä termeissä tiimityön olevan kahden tai useamman hengen muodostamassa, pysyvässä ryhmässä työskentelyä. Tiimillä on yhteinen tavoite ja tiimin jäsenet toimivat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tiimityölle on tyypillistä, että tiimillä itsellään on mahdollisuus suunnitella työtään. Tiimiä ohjaa yhteistä tavoitetta kohti työskentely, joka voi olla jokin tietty rajattu tai jatkuva tehtävä tai tuotanto. (Tilastokeskus, käsitteet ja määritelmät.)

Janhonen (2010, 19) on pohtinut tiimityön määrittelyä useammasta näkökulmasta. Janhosen mukaan useissa tutkimuksissa tiimityö määritellään käsittävän ryhmässä työskenteleviä yksilöitä, joiden työtehtävät ovat riippuvaisia toisistaan. Työtehtävien keskinäinen sidonnaisuus on keskeisin elementti tiimin toiminnan kannalta. Janhonen kuvaa tiimityölle tyypillistä olevan tiimin osallistuminen päätöksiin, jotka liittyvät työn jakamiseen sekä tehtävien suorittamiseen ja aikatauluihin. Janhonen toteaa tiimityön tai tiimi -käsitteen määrittelyn olevan hyvin moninaista. Käsitteet vaihtelevat, ja niitä käytetään monella tapaa.

Tiimin onnistuneessa toiminnassa on Janhosen mukaan viimeaikaisten tutkimusten perusteella alettu kiinnittää huomiota hyvän sisäisen toiminnan lisäksi ulospäin suuntautuvien kontaktien merkitykseen. Janhonen (2010, 20, 79, 84) kuvaa ulkopuolisiin tahoihin suuntautuvien kontaktien olevan sujuvan ja tuloksellisen toiminnan kulmakivi. Janhosen mukaan tiimin hyvä sisäinen toiminta ei enää tällä hetkellä riitä, vaan tiimin tulee huolehtia suhteistaan ulkopuolisiin verkostoihin aktiivisesti johdon ohella myös itse. Janhonen toteaa viimeaikaisten tiimien toimintaa tarkastelleiden tutkimusten tulosten osoittavan, etteivät tiimit enää voi yksin toteuttaa tehtäviään tehokkaasti, vaan ne tarvitsevat avukseen myös ulkopuolisia toimijoita oman organisaation lisäksi. Kuitenkin Janhosen oman tutkimuksen tulosten mukaan, yli organisaatorajojen tapahtuva yhteistyö heikentää tiimin omaa sisäistä toimintaa, koska siihen joudutaan suuntaamaan tiimin omia voimavaroja. Tiedonkulun osalta Janhonen kuitenkin toteaa ulkoisten kontaktien olevan hyödyllisiä. Tiedosta ja tiedon jakamisesta on hänen mukaan muodostunut organisaatioiden keskeisin voimavara. Ulkoisilla yhteyksillä voidaan saada tiimiin ja organisaatioon lisää elinvoimaa ja uudistavaa tietoa. Janhonen pitää tärkeänä sellaisen toimintakäytäntöjen suunnittelua, jotka luovat tasapainoa tiimin sisäisen ja ulkoisen toiminnan välille. Hänen mukaansa tiimeille tulee luoda enemmän sellaisia mahdollisuuksia, että toimintaa voidaan mukauttaa ulkoisesta ympäristöstä tulevien vaatimusten mukaisesti. Janhonen uskoo tämän lisäävän tiimityön sosiaalista pääomaa sekä edistävän tiimityön laadukkuutta ja muuntautumiskykyisyyttä.

Gynther (2011, 50) on tutkinut kotihoitoon liittyvää tiimityötä ja on tuloksissaan osoittanut, että tiimityön toimivuuteen ja tehokkuuteen vaikuttaviin tekijöihin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Gyntherin tutkimuksessa esille nousee kolme pääteemaa, jotka vaikuttavat tehokkaaseen tiimityöhön. Teemat ovat yhteinen hoitotyön näkemys, suunnitelmallinen toiminta ja esimiehen ja kollegoiden tuki työlle. Näiden avulla työskentely on sujuvaa, tehokasta ja hoidon jatkuvuus varmistuu. Gyntherin mukaan tiimityön tehokkuuteen vaikuttavat myös työnjako ja roolit, suunnitelmalliset kotikäynnit sekä tiimipalaverit ja niiden säännöllisyys. Lisäksi henkilökunnan vaihtuvuudella, esimiehen saatavuudella, kollegiaalisella tuella sekä yhteisellä päämäärällä ja tavoitteella on vaikutusta tiimityön tehokkuuteen. Gyntherin tutkimuksesta ilmee myös, että hoitohenkilökunnan kommunikaatio ja vuorovaikutus sekä osaaminen ja vastuunotto vaikuttavat tiimityön tehokkuuteen.

Kotisairaala pilottihankkeessa tiimityöllä tarkoitettiin sekä kotiutusyksikön sairaanhoitajien ja pelastuslaitoksen ensihoitajien työskentelyä omissa tiimeissään että tiimityötä näiden kahden tiimin välillä. Työskentelevä tiimi koostui kahdesta erillisestä organisaatiosta, kotiutusyksikön sairaanhoitajista ja

pelastuslaitoksen ensihoitajista. Kahdesta erillisestä ja erilaista työtä tekevästä tiimistä muodostui siis yksi kotisairaaloiminnan tavoitteisiin pyrkivä tiimi.

3.1.3 Viestintä

Viestintä sosiaali- ja terveysalalla liitetään monenlaisiin toimintaympäristöihin ja konteksteihin. Viestintää on sekä asiakkaiden että potilaiden ja omaisten kanssa niin hoitolaitoksissa kuin kotona. Se voi tapahtua puhelimitse, sähköpostitse tai kasvokkain. Viestintää on myös kollegojen sekä sidosryhmien ja muiden sote-alan ammattilaisten kanssa joko tapaamisten merkeissä tai asiakastietojärjestelmien kautta. Päättäjien ja eri hanketoimijoiden välinen viestintä kuuluu myös sosiaali- ja terveysalan viestintään. Sosiaali- ja terveysalan viestintää nähdään myös mediassa ja messuilla, missä pyritään tavoittamaan suurta yleisöä. Roivaksen ja Karjalaisen (2013, 7, 124) mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ydinosaamiseen kuuluu viestintä. Eettisyys ja asiallisuus ovat ehdottomia vaatimuksia viestinnälle, unohtamatta terveydenhuoltoalan ammattilaisen salassapitovelvollisuutta. Viestinnän tulee olla vastuullista, kun on kyse ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 28.6.1994/559 17 §.) Ottela (2011, 29) määrittelee eri lähteiden pohjalta viestinnän olevan mm. työväline, jonka avulla työntekijöille tiedotetaan organisaation tavoitteista, toiveista ja työn toivutuista työskentelytavoista. Ottelan mukaan viestintä on myös keino, jolla työyhteisö liitetään toisiinsa sekä ympäristö työyhteisöön.

Ottela (2011, 30) toteaa viestinnän tarkoittavan yksinkertaisimmillaan sanomien lähettämistä ja vastaanottamista. Roivas ja Karjalainen taas esittävät viestinnän olevan informaation siirtämistä (Roivas ja Karjalainen 2013, 103). Ottelan (2011, 30) mukaan viestintä on ihmisten välistä sanatonta tai sanallista vuorovaikutusta, joka voi johtaa toimintaan ja jonka taustalla vaikuttavat ajatukset ja erilaiset pohdinnat. Ottela uskoo, että vain ihmisten välisen tiedonsiirron sekä ajatusten vaihdon kautta voi syntyä uusia asioita. Työyhteisöissä tarvitaan viestintää, jotta voidaan vaihtaa kokemuksia ja tuottaa uutta tietoa.

Sosiaali- ja terveysalan viestintä on paljon raportointia, sekä suullista että kirjallista. Näillä välitetään tietoa, ohjataan ja opastetaan. Viestinnällä vaikutetaan myös asenteisiin, ilmaistaan itseä työyhteisössä sekä ylläpidetään vuorovaikutusta. Työyhteisöissä viestintää tarvitaan yhteisten tavoitteiden asettamiseseen, työntekijöiden sitouttamiseen ja palautteen antamiseen. Asioista sovitaan ja niitä koordinoidaan viestinnän avulla. Ammattilaisten viestintä täytyy olla suunnitelmallista ja sopia oman alan käytäntöihin. Viestinnän tulee myös noudattaa lainsäädäntöä. (Roivas ja Karjalainen 2013, 124.)

Suullinen raportointi sosiaali- ja terveysalalla on tyypillinen tapa tiedottaa potilaan voinnista ja muutuneista hoitomääräyksistä vuoron vaihtuessa toiselle hoitajalle. Lisäksi kirjallinen raportointi on tullut lisänä, jolloin raportointia kutsutaan hiljaiseksi raportoinniksi. Raportointi mielletään tiedon siirron lisäksi myös vastuun siirtämiseksi. Asiakkaista ja potilaista tallennetut tiedot ovat merkityksellisiä työskentelyn kannalta hoitajille, mutta myös asiakkaalle ja potilaalle. Kirjalliset dokumentit ovat juridisia, jolloin niiden kirjoitusasuun on kiinnitettävä huomiota. Asiakirjojen laatimista ohjaa laindää-

däntö mm. potilasasiakirja-asetus ja potilaslaki. Lisäksi henkilötietolaki, lastensuojelulaki, hallintolaki sekä asiakaslaki ja asiakastietolaki tulee huomioida asiakirjojen laadinnassa. Kirjalliset asiakirjat tulee tarvittaessa näyttää asiakkaalle ja potilaalle. Niiden tulee olla ymmärrettäviä ja selkeitä ja kielen asiallista. Itse hoitotyön tekemiseen raportoinnilla on merkitystä nimenomaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Hoidon voimien arviointia ja hoidon vaikuttavuutta arvioitaessa raportointi on keskeistä. Kirjaaminen ja raportointi tekevät toiminnasta näkyvää. Näillä vaikutetaan potilasturvallisuuteen ja hyvän hoitosuhteen kehittämiseen. (Roivas ja Karjalainen 2013, 148 - 150.)

Tieto- ja viestintätekniikan muutokset yhteiskunnassa ja etenkin terveydenhuoltoalalla vaativat Kuoppamäen (2008, 38 - 41) mukaan elinikäistä oppimista ja ovat yksi suurimmista asiantuntijuuden kehittämisen haasteista. Tietoyhteiskunnan kehitys vie terveyspalveluita tietoverkkoon, jolloin toimintaympäristön muutos vaatii terveysalan ammattilaisilta osaamista ja ymmärrystä viestintätekniikan käytöstä. Terveysalan asiantuntijan tulee osata myös ohjata verkossa olevien palveluiden käyttäjää. Tieto- ja viestintätekniikan jatkuvassa kehittämisessä haaste ei pelkästään koske asiantuntijaa ja palvelunkäyttäjää välisiä suhteita, vaan myös sitä, osaavatko asiantuntijat työskennellä yhteistyökykyisesti vuorovaikutuksessa keskenään jatkuvan kehityksen tuomissa muutoksissa.

Castrén (2008) on tutkimuksessaan todennut että, terveydenhuollon ammattilaisten tulee yhdessä tietotekniikan asiantuntijoiden kanssa kehittää sähköisiä palveluita, jotka täydentävät käytössä olevia palvelumuotoja ja tukevat ja tehostavat potilaiden hoitoa. WHO on esittänyt, että potilasturvallisuutta heikentäviä asioita ovat sekä katkokset tiedonkulussa siirrettäessä potilasta hoitoyksiköstä toiseen että tiedonkulku potilasta hoitavien henkilöiden välillä. Potilaan hoidon jatkuvuuden osalta nämä voivat aiheuttaa vakavia puutteita sekä tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja potilaalle. WHO:n yksi yhdeksästä potilasturvallisuutta parantavasta ehdotuksesta on tiedonkulun parantaminen potilasta siirrettäessä.

Sairaanhoitaja 2/2012 lehden asiantuntija-artikkelissa *Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää* Arto Helovuoto toteaa viestinnässä tärkeintä olevan varmuus siitä, että viestintä on selkeää ja ymmärrettävää. Erityisesti suulliseen viestintään tulee Helovuon mukaan kiinnittää huomiota, koska se on herkkä ”ympäristön häiriötekijöille ja virheellisille tulkinnoille”. Hän viittaa useisiin tutkimuksiin, joissa tiedonkulun ongelmien on todettu olevan merkittävin yksittäinen haittatapahtumien syntyyn vaikuttava tekijä. Tiedonkulun haasteet koskevat niin kirjallista tiedonkulkua kuin myös kasvokkain tapahtuvaa viestintää. Tiedonsiirtoa tapahtuu niin ammattilaisten kuin myös henkilökunnan ja potilaiden välillä ja eri sidosryhmien kesken. Erilaiset kirjaamistavat, tiedonsiirto eri järjestelmien välillä, katkot tiedonkulussa ja väärinkäsitykset ovat yleisesti tiedostettuja viestintään haitallisesti vaikuttavia ja potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Helovuoto mainitsee viestintärutiineista esimerkkinä raportointikäytännön, jonka avulla tiedonsiirtoon liittyviä riskejä voidaan minimoida. Artikkelissa Helovuoto toteaa hyvien vuorovaikutus- ja tiimityötaitojen parantavan potilasturvallisuutta. Hän viittaa tutkimuksiin, joiden tuloksista selviää avoimesti ja aktiivisesti kommunikoivien tiimien toiminnan olevan laadukkaampaa. Helovuon mukaan toimivassa tiimityöskentelyssä oleellista on ymmärrys yhteisistä toiminnan tavoitteista, jolloin kokonaistilanteen hallinta on helpompaa, ryhmän osaaminen ja taidot voidaan käyttää tehokkaasti ryhmän eduksi ja mahdolliset poikkeamat ja virheet havaitaan ennakkoon

ja vaaratilanteilta vältytään. Helovuon korostaa turvallisten tiimien toiminnassa nousevan esille kommunikoinnin myös niin sanottujen normaalien asioiden osalta. Jatkuvat yleiset havainnot tilanteesta, ennakoilmoitukset seuraavista työvaiheista ja suoritettujen työtehtävien ääneen kuittaukset eli kaksisuuntainen viestintä lisäävät työyhteisön jäsenten tietoisuutta tilanteen etenemisestä. Kaksisuuntainen viestintä on hyödyllistä tilanteissa, joissa väärinymmärryksen riski on olemassa, esimerkiksi suullisten lääkemääräysten tai tutkimus- ja hoito-ohjeiden antamisessa. Helovuon mainitsee kaksisuuntainen viestinnän olevan vakiintunut käytäntö useiden yksiköiden lääkehoidossa.

Tiedonsiirtoa haittaavia tekijöitä Helovuon (2012) mukaan ovat huonosti suunnitellut työprosessit, epäsuora viestintätapa, työnjaon epäselvyydet sekä tilanne, jossa ihmisten väliselle kommunikaatiolle ei ole tilaisuutta. Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa esille tulleista ongelmista Helovuon mainitsee viestintäilmapiirin ja viestintätavat. Harmillista on, että asiat eivät tule esille tai viesti ei tavoita kuulijaa. Helovuon toteaa epäsuoran viestinnän olevan tyypillistä työyhteisössä, jossa on havaittavissa jännitteitä työntekijöiden välillä. Tämä on kuitenkin potilasturvallisuutta heikentävä tekijä, koska epäsuora viestintä on hidasta ja tehotonta ja se sisältää aina suuren väärinymmärryksen riskin. Muita Helovuon mainitsemia syitä ovat mm. tilanteet joissa ihmiset eivät kohtaa tai muut samanaikaiset työtehtävät vievät työntekijän huomioon. Puutteellisen viestinnän taustalla saattaa hänen mukaan olla myös näkemykset eri ammattiryhmien välisestä hierarkiasta. Työyhteisössä vallitsevien kirjoittamattomien sääntöjen vastainen toiminta saatetaan kokea *"roolin murtamisena"*, eikä sitä haluta tehdä huolimatta siitä, että omien mielipiteiden esille tuominen jää silloin tekemättä. Viestintää heikentäväksi tekijäksi Helovuon mainitsee ajatusmallin, jolloin kaikkien luullaan jo olevan asiasta tietoisia, minkä vuoksi ei nähdä tarpeelliseksi ottaa asiaa työyhteisössä esille. Helovuon nostaa esille ajatusmallin jossa hyvin ja pitkään yhdessä työskennelleen tiimin toiminnan saatetaan ajatella toimivan ilman kommunikointia. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, koska ilman kommunikointia tapahtuva työnteko on riski ja saattaa johtaa vaaralliseen tiedonkulun keskeytymiseen.

Kotisairaalapilottihankkeessa viestinnällä tarkoitettiin Kuopion kaupungin kotiutusyksikön ja Pohjois-Savon pelastuslaitoksen henkilökunnan välistä viestintää sekä heidän keskinäistä, omissa työyhteisöissään tapahtunutta viestintää ja raportointia kotisairaalapilottihankkeeseen liittyvissä asioissa. Viestintää tapahtui myös kotisairaala-asiakkaan lähettävän yksikön ja kotisairaalan välillä. Tämän viestinnän toimivuudella oli merkitystä kotisairaalapilottihankkeen onnistumisessa. Viestintä oli pääasiassa suullista ja kirjallista sekä puhelimitse tapahtuvaa viestintää. Sähköistä viestintää yhteisen potilastietojärjestelmän puutteesta johtuen ei kotisairaalapilottihankkeessa ollut. Suullinen ja kirjallinen viestintä liittyivät kotisairaalapilottihankkeen käynnistykseen ja toimintaan perehdyttämiseen sekä kotisairaala-asiakkaskäynteihin. Suullista raportointia käytettiin mm. asiakkaiden hoitomääräysten ja voinnin tiedottamisessa vuoron vaihtuessa. Puhelimitse tapahtuva raportointi oli pääasiassa kotisairaapotilaista tiedottamista kotiutusyksikön sairaanhoitajien ja pelastuslaitoksen ensihoitajien välillä.

3.2 Ammatilliset valmiudet terveysalalla

Kotisairaalapilottihankkeessa työskennellyt ryhmä koostui moniammatillisesta tiimistä. Tutkimuksessa käsittelemme sekä sairaanhoitajien että ensihoitajien osuutta hankkeen toteuttamisessa. Kotisairaalapilottihankkeessa potilaan hoitoa toteutettiin päiväsaikaan Kuopion kaupungin kotiutusyksikön sairaanhoitajien ja yöaikaan Pohjois-Savon pelastuslaitoksen ensihoitajien toimesta. Asiantuntijuus perustui siis kahden terveysalan ammattilaisten näkemykseen kotisairaalapotilaan hoidosta. Sekä sairaanhoitajien että ensihoitajien työskentelyä ohjaavat eettiset periaatteet, joiden voidaan todeta korostuneen kotisairaalapilottihankkeessa työskennellessä. Eettiseen osaamiseen kuuluvat esimerkiksi asiakkaan oman kodin ja yksityisyyden kunnioittaminen sekä läheisten huomioiminen potilaan hoidossa (OPM -julkaisuja 2006, 63; Hägg ym. 2007, 22). Kotona tapahtuva hoitotyö kotisairaalapilottihankkeessa vaatii työntekijältä myös asiakkaan elinympäristön ja elämäntapojen huomioimista, jotta mahdolliset terveysriskit ja voimavarat osataan kartoittaa osaksi kokonaisvaltaista hoitoa. Edellä mainitut osaamisvaatimukset liittyvät terveyden edistämiseen, joka kuvataan sekä sairaanhoitajien että ensihoitajien osaamisvaatimuksissa (OPM -julkaisuja 2006, 63; Hägg ym. 2007, 22). Työskentely kotisairaalapilottihankkeessa vaatii työntekijöiltä myös moniammatillista yhteistyöosaamista hankkeen toteutuksen aikana. Useista eri toimijoista koostuneen pilottihankkeen toteuttamiseen tarvittiin moniammatillista osaamista sekä vahvaa yhteistyötä esimerkiksi konsultoinnin ja asiantuntijana toimimisen osalta. Sairaanhoitajat ja ensihoitajat toimivat pilottihankkeessa hoidon asiantuntijointa, oman valmiudet osata konsultoida toisiaan tai lääkäriä tilanteen niin vaatiessa. Yhteistyöosaaminen määritellään myös sairaanhoitajien ja ensihoitajien ammatilliseksi osaamisvaatimukseksi (OPM -julkaisuja 2006, 63).

Sairaanhoitaja- ja ensihoitajakoulutuksen osaamistavoitteena on taata valmistuvien sairaanhoitajien ja ensihoitajien laaja-alainen ja vahva kliinisen hoitotyön, tiedonsoveltamisen, kehittämisen ja arvioinnin osaaminen sekä valmius jatkuvaan oppimiseen. Osaamisen tulee vastata European Qualification Framework (EQF) mukaisia osaamisen tasokuvauksia. Koulutuksessa hankitun osaamisen tulee lisäksi olla Opetus- ja kulttuuriministeriön asettamien tutkintojen ja muun osaamisen kansallisen viitekehyksen esityksen tasoa 6. (OPM 2009:24.)

3.2.1 Sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen

Opetusministeriön julkaisussa sairaanhoitaja määritellään hoitotyön asiantuntijaksi, jonka yhteiskunnallinen tehtävä on hoitaa potilaita hoitotieteeseen perustuvien työmenetelmin. Sairaanhoitajan tulee osata toteuttaa terveyttä edistävää ja ylläpitävää hoitotyötä itsenäisesti muuttuvissa olosuhteissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Työskentely on sairauksia ehkäisevää, parantavaa ja samalla kuntouttavaa. (OPM -julkaisuja 2006, 63.) Hamström (2009, 12) tutkielmassa sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen määritellään sellaisena tieto- ja taitotasona, joka sairaanhoitajalla tulee olla ammatin valmistuessaan sekä sairaanhoitajan kompetenssina, joka hankitaan koulutuksella ja työkokemuksella.

Sairaanhoitajan työ on myös hoitotyön kehittämistä. Hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet ohjaavat työskentelyä ja toiminnan lähtökohdat perustuvat vallitsevaan lainsäädäntöön, sekä Suomen terveystaloudellisiin linjauksiin. (OPM -julkaisu 2006, 63.) Hamström (2009, 12 - 13) mainitsee sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen olevan myös yksilön ominaisuus, joka rakentuu ihmisen persoonallisuudesta, kyvyistä ja valmiuksista, joita tarvitaan sairaanhoitajan ammattiin liittyvissä erilaisissa työtehtävissä. Myös Lahti (2006, 7) viittaa tutkielmassaan sairaanhoitajan persoonallisuuteen, joka on osa sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä. Hamströmin mukaan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen vaatii hoitajalta niin teoreettisen ja kokemusperäisen tiedon lisäksi myös hiljaisen tiedon hallintaa. Tutkielmasta selviää osaamisen edellyttävän myös sopeutumis- ja kehittämiskykyä työnkuvan muuttuessa. Hamström kuvaa sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen olevan tietojen ja taitojen kokonaisuus, jolloin hoitajan työskentely on taitavaa ja onnistunutta.

Lahti (2006, 15) toteaa tutkielmassaan ammattipätevyyden olevan käsite, jota yleisesti käytetään synonyyminä sekä lähikäsitteenä sanojen kvalifikaatio, kompetenssi, osaamistarve, ammatillinen pätevyys, osaaminen, valmius ja ammattitaito kanssa. Tutkielmassaan Lahti viittaa Meretojan (2003) määritelmään, jonka mukaan sairaanhoitajan ammattipätevyydellä tarkoitetaan hoitajan kykyä toimia työroolissaan sekä kykyä tietojen, taitojen, asenteiden ja arvojen yhdistämiseen tietyssä hoitotyön asiayhteydessä.

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja asiantuntijuus jaetaan kymmeneen ydinosaamisalueeseen.

1. *"Eettinen toiminta*
2. *Terveystalouden edistäminen*
3. *Hoitotyön päätöksenteko*
4. *Ohjaus ja opetus*
5. *Yhteistyö*
6. *Tutkimis- ja kehittämistyö sekä johtaminen*
7. *Monikulttuurinen hoitotyö*
8. *Yhteiskunnallinen toiminta*
9. *Kliininen hoitotyö*
10. *Lääkehoito."* (OPM -julkaisu 2006, 63.)

Sairaanhoitajan hoitotyön osaamisen tulee pohjautua näyttöön perustuvaan ja ajantasaiseen tutkimustietoon hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden osalta. Käytettävissä olevaa tietoa tulee kuitenkin osata arvioida myös kriittisesti. Tiedonhankintataidot korostuvat jatkuvasti muuttuvassa sairaanhoitajan työnkuvassa, sekä oman ammattitaidon kehittämisen ja ylläpitämisen. (OPM -julkaisu 2006, 63.)

Kliininen osaaminen tarkoittaa sairaanhoitajan kykyä vastata potilaan/asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä, henkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta (OPM -julkaisu 2006, 68). Sairaanhoitajan tulee hallita potilaan hoidon tarpeen määrittely ja hoidosta vastaaminen, suunnittelu ja toteutus yhdessä

potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Potilasta tulee osata ohjata ja tukea itsehoidossa ja oman terveysongelman hallinnassa.

Tavallisimpien sairauksien hoidossa sairaanhoitajan on itsenäisesti osattava seurata potilaan tilaa, oireita ja hoidon vaikuttavuutta ja tarvittaessa tehdä johtopäätökset. Lääkehoidon toteuttamisen lisäksi sairaanhoitajan osaamiseen kuuluvat potilaan tarkkailu lääkehoidon aikana ja tämän jälkeen, jolloin sairaanhoitajan tulee osata havainnoida ja arvioida potilaan vointia. Yleisesti potilaan kokonaisvaltainen hoito ja myös hänen läheistensä hyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen ovat osa sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista.

Moniammatillinen yhteistyöosaaminen edellyttää sairaanhoitajalta tasavertaista ja asiakaslähtöistä yhteistyön hallitsemista. Sairaanhoitajan on toimittava hoitotyön asiantuntijana moniammatillisessa tiimityössä, projekteissa sekä verkostoissa. Tehtäviin kuuluvat hoitotyön ja muiden ammattiryhmien asiantuntijoiden konsultointi ja toimiminen konsultoivana asiantuntijana. (OPM -julkaisuja 2006, 63 - 69.)

Meretojan (2003) kehittämän NCS -mittariston (Nurse Competence Scale) avulla voidaan vertailukelpoisesti mitata sairaanhoitajan osaamista erilaisissa toimintaympäristöissä. Meretojan tutkimuksessa on osoitettu sairaanhoitajien arvioivan oman ammattipätevyytensä hyväksi. Erityisesti tilanteiden hallinnan sekä auttamis- ja tarkkailutehtävien osalta pätevyyttä oli kuvattu korkeaksi. Meretojan mukaan laadun varmistamisen pätevyyttä taas kuvattiin matalaksi. Lahti (2006, 2, 4) on tutkinut sairaanhoitajan ammattipätevyyttä kotihoidossa käyttäen hyväksi Meretojan vuonna 2003 kehittämää sairaanhoitajan seitsemää hoitotyön pätevyyskategoriaa mittaavaa NCS mittaria. Lahden tutkimuksesta selviää tutkimukseen osallistuneiden 135 sairaanhoitajan arvioineen oman ammatillisen pätevyytensä hyväksi kaikilla seitsemällä ammattipätevyyden alueella: *”auttaminen osana ammattipätevyyttä, opettaminen ja ohjaaminen osana ammattipätevyyttä, tarkkailutehtävä osana ammattipätevyyttä, tilannehallinta osana ammattipätevyyttä, hoitotoimien hallinta osana ammattipätevyyttä, laadunvarmistus osana ammattipätevyyttä ja työrooli osana ammattipätevyyttä”*. Kunkin osa-alueen sisällä sairaanhoitajien ammattipätevyyttä arvioitiin vielä useiden muuttujien avulla. Lahden tutkielmasta käy ilmi pitkän työkokemuksen sekä iän (40–49 -vuotta) olevan sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä lisääviä tekijöitä. Myös Hamströmin (2009, 1) tutkielmasta selviää työkokemuksen, iän, työsuhteen laadun sekä eri työyksiköissä työskentelyn ja usein toistuvien työtehtävien tekemisen vaikuttavan myönteisesti ammatillisen pätevyyden arviointiin.

Lahden (2006, 2, 38, 43, 48) tutkielmasta selviää, että parhaimmaksi osaamisalueekseen tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokevat tarkkailutehtävän. He arvioivat ammattipätevyytensä erittäin hyväksi potilaan voinnin selvittämisessä, tarvittavan asiantuntija-avun järjestämisessä potilaalle sekä potilaan henkisen tuen tarpeen arvioinnissa. Sairaanhoitajat mieltävät oman osaamisensa olevan erittäin hyvää myös potilaan tarkkailuun tarvittavan muun henkilökunnan ohjaamisessa. Heikoin sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa laadunvarmistuksen ja auttamisen osa-alueilla. Laadunvarmistuksen osa-alueella sairaanhoitajien ammattipätevyyttä mitattiin kuuden eri muuttujan avulla. Tässäkin sairaanhoitajat kokivat ammattipätevyytensä hyväksi muilla osa-alueilla lukuunot-

tamatta kehittämis- ja tutkimuskohteiksi tarvittavien aloitteiden tekemistä. Auttamisen osa-alueella sairaanhoitajien ammattipätevyyttä mitattiin seitsemällä eri muuttujalla, joista muodostettiin yhteinen muuttuja auttaminen. Tässäkin erittäin hyväksi ammatilliseksi pätevyydekseen tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat arvioivat eettiseen arvoperustaan pohjautuvan päätöksenteon, yksilöllisen potilaan kokonaisuhoiton suunnittelemisen sekä potilaan selviytymiskeinojen tukemisen. Tutkimustiedon hyödyntäminen ja yksikön hoitokulttuurin kehittäminen taas arvioitiin heikommin toteutuneeksi auttamisen osa-alueella.

Ahola, Heikkinen, Kankkunen, Suomela ja Meretoja (2005) ovat tutkineet sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä niin kirurgian, sisätautien ja psykiatrian toimintaympäristössä. Tuloksista ilmenee sairaanhoitajien arvioivan oman pätevyytensä keskimääräisesti hyväksi kaikilla mitatuilla osa-alueilla kuten auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadunvarmistus ja työrooli. Hamström (2009, 1) viittaa tutkielmassaan edellä mainittuihin pätevyyden osa-alueisiin. Hamströmin mukaan päiväkirurgisessa hoitotyössä olevat sairaanhoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä hyväksi kaikilla ammatillisen pätevyyden osa-alueella.

Hilden on jo 1999 väitöskirjassaan tuonut esille, että sairaanhoitaja tarvitsee laaja-alaista, analyttistä sekä innovatiivista pätevyyttä. Hilden toteaa, että tämä mahdollistaa sairaanhoitajan sopeutumisen nopeasti muuttuviin tilanteisiin sekä itsensä kehittämisen. Hildenin tutkimustulosten mukaan työyhteisöt edellyttävät sairaanhoitajilta mm. kykyä käyttää monipuolisesti hoitotyön auttamismenetelmiä, hyviä muutoksenhallinta-, päätöksenteko- ja suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitaitoja. Lisäksi sairaanhoitajalta vaaditaan kykyä itsenäiseen työskentelyyn ja sekä vahvaa tiedon soveltamistaitoa. Hildenin tutkimustuloksista ilmenee, että sairaanhoitajat kokevat työyhteisön edellyttävän heiltä enemmän ammatillista pätevyyttä kuin mitä heillä on.

Kotisairaalapilottihankkeessa sairaanhoitajien työskentelyssä korostuivat ammatillisena osaamisena eritoten eettinen osaaminen, hoitotyön päätöksenteko, kliininen hoitotyö, lääkehoito sekä yhteistyöosaaminen. Sairaanhoitaja toteuttaa kotisairaalityöskentelyssä lääkärin hoito-ohjeen mukaista asiakkaalle määrättyä lääkehoitoa. Kotisairaalapilottihankkeessa hoidettavista potilaista valtaosa tarvitsi laskimonsisäistä lääkehoitoa. Kotisairaapotilaan lääkehoitoa toteuttavilla sairaanhoitajilla tulee olla myös tietoa hoidettavasta sairaudesta, jotta lääkkeen vaikuttavuuden lisäksi sairauden paranevista ja/tai pahenemisista voidaan arvioida. Potilaan kotiin viedyn hoidon osalta sairaanhoitajan tulee osata sitouttaa ja tukea potilasta hyvään omahoitoon, mutta huomioida myös omaisten merkitys hyvän hoidon onnistumisessa. Yhteistyötaitojen osalta sairaanhoitajilla ja ensihoitajilla tulee olla edellä mainitun lisäksi osaamista kohdata potilas kotioloissa, kunnioittaen potilaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta.

3.2.2 Ensihoitajien ammatillinen osaaminen

Ensihoitajakoulutukseen sisältyy myös sairaanhoitajakoulutus. Opetusministeriön *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon* tekemässä julkaisussa (2006, 72) ensihoitaja määritellään ensihoidon asiantuntijaksi, jonka tehtävänä on arvioida äkillisesti vammautuneen tai sairastuneen potilaan tilaa itsenäisesti, sekä tarvittaessa käynnistää potilaan peruselintoiminnot ja ylläpitää niitä. Tavoitteena on lievittää ja parantaa potilaan tilaa ja ennustetta. Myös yksilön, perheen sekä yhteisöjen tukeminen ja ohjaaminen akuuteissa tilanteissa kuuluvat ensihoitajien tehtäviin. Vastuualueena ensihoitajilla on hoitotasoinen ensihoito ja sairaankuljetus.

Ensihoitajat ovat koulutuksessaan syventyneet akuuttiin hoitotyöhön ja hyödyntävät osaamistaan sairaalan ulkopuolisessa hoidossa ja sairaankuljetuksessa. Hoitotieteen ohella ensihoitajien osaamisessa korostuvat hyvä farmakologian ja lääketieteen osaaminen ammatillisessa päätöksenteossa. Työssä korostetaan sairaalan ulkopuolisen turvallisen työskentelyn mahdollistavan hyvän fyysisen ja psyykkisen kunnon lisäksi asiakaslähtöisyyttä ja hyvää ammatillista vuorovaikutusta. Ensihoitajan työ edellyttää myös hyviä teknisiä ja toiminnallisia valmiuksia hoitoteknologian käyttöön liittyen. Nämä valmiudet mahdollistavat potilaan luokse siirtymisen, tilan arvioinnin sekä tutkimisen, hoidon tarpeen määrittelyn ja sen pohjalta tehtävän hoitopäätöksen. Ensihoitajalta vaaditaan yksilöllistä potilaan hoidon osaamista, potilaan tilan seuranta ja lopullista hoidon kiireellisyyden määrittämistä, kun potilaan tila vaatii jatkotutkimuksia ja hoitoa, jolloin potilas kuljetetaan sairaalaan.

Keskeiset ydinosamisen alueet ensihoitajilla ovat: toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet sekä säädökset, ensihoitojärjestelmä ja viranomaisyhteistyö, ensihoitotilanteiden turvallisuus ja ensihoidon teknologia, laitteisto ja välineistö. Osaamisalueisiin kuuluvat myös ensihoidon tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen. Lisäksi eri-ikäisten ensihoidon tarpeen arviointi, vitaalielintointojen turvaaminen, työdiagnoosin tekeminen ja löydösten mukainen ensihoito ovat ensihoitajien ydinosamista. (OPM -julkaisuja 2006, 73.)

Pilottihankkeessa käynnit kotisairaala-asiakkaan luokse toteutuivat useamman kerran vuorokaudessa hoidosta riippuen. Ensihoitajien tehtävänä oli toteuttaa kotisairaalapotilaan yöaikaista hoitoa. Esimerkiksi asiakkaan kanssa yhdessä sovittujen kellonaikojen noudattaminen tuli muistaa ja tarvittaessa viivytyksistä ilmoittaa. Pilottihankkeessa ensihoitajien ensisijaisesta työtehtävästä johtuen viivytyksiä saattoi ilmaantua kiireellisten akuuttitilanteiden vuoksi. Asiasta oli informoitu kotisairaala-asiakkaita asianmukaisesti jo etukäteen antamalla heille suurinpiirteinen aikaväli, jolloin ensihoitajat tulisivat kotikäynnille.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli haastattelututkimuksen avulla selvittää Kuopion kaupungin kotisairaalaissa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuutta ja ammatillisia valmiuksia kotisairaalapilottihankkeessa. Tutkimuksessa selvitettiin myös, opittiinko moniammatillisen yhteistyön kautta uusia hoitokäytäntöjä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tulosten perusteella ke-

hittää kotisairaaloimintamallia. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla Kuopion kaupungin kotiutusyksikön sairaanhoitajia ja Pohjois-Savon pelastuslaitoksen ensihoitajia. Haastattelut pohjautuivat opinnäytetyön teemojen kotisairaalapilottihanke, yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet ympärille.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kotisairaaloiminta käynnistyi Kuopiossa pilottihankkeena ja tavoitteena oli saada tietoa pilottihankkeesta mahdollisimman laajasti, jotta opinnäytetyön aihetta voitiin tarkastella monipuolisen lähdeaineiston avulla. Tämän vuoksi valitsimme tutkimusmenetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Laadullisella tutkimusmenetelmällä pyritään kuvaamaan tutkittavaa kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 160). Tutkimusta ohjasivat opinnäytetyön aiheenmukaiset teemat: kotisairaalapilottihanke, yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet. Useat laadullisen tutkimuksen tutkimuskohteet ovat näkymättömiä, abstrakteja, ihmisten kesken käydyssä vuorovaikutuksessa syntyneitä ilmiöitä, jotka ovat aikaan ja paikkaan sidottuja sekä tulkinallisia (Puusa ja Juuti 2011, 31). Pilottihankkeessa toimineet sairaanhoitajat ja ensihoitajat eivät aikaisemmin olleet työskennelleet keskenään yhteisessä projektissa. Kotisairaalapilottihanke vaati heiltä vuorovaikutuksellista yhteistyötä ja yhteisten toimintamallien rakentamista oman päätyön ohessa, ilman aikaisemman kokemuksen tuomaa mallia. Laadullisella tutkimusmenetelmällä ei ole tarkoitus saada selville lukuja tai määreitä, vaan tarkoituksena on saada tietoa tutkittavan ilmiön laadusta ja merkityksestä. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 160 - 161.)

Sairaanhoitajien ja ensihoitajien ammatillisia valmiuksia tutkittaessa yhtäläisyyksiä löytyy toimijoilta mm. koulutuksen osalta, jotka mahdollistavat työskentelyn kotisairaalassa. Janhonen ja Nikkonen (2003, 15, 39) mukaan laadullista tutkimusmenetelmää käytettäessä pyritään aineistosta löytämään yleisiä yhtäläisyyksiä sekä luomaan käsitteistä alustavia ehdotuksia. Tutkimuksen tavoitteena on lopuksi päästä koherenttiin eli yhtenäiseen ja johdonmukaiseen käsitteen määrittelyyn.

5.2 Aineiston keruu

Tämä opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, joka toteutettiin teemahaastatteluna ryhmähaastattelumuodossa. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä ainutlaatuinen tapa tutkia vähän kartoitettua ilmiötä. Aineiston hankintatapa on joustava ja tarvittaessa tutkija voi selventää haastattelijan mielipidettä pyytämällä perusteluita tai esittämällä lisäkysymyksiä. Keräämällä aineistoa haastattelemalla, tutkija saa syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 203 - 207.) Opinnäytetyö sisälsi kolme teemaa: kotisairaalapilottihanke, yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet kotisairaalapilottihankkeessa. Hirsjärven ym. (2007) mukaan teemahaastattelulle tyypillistä on, että haastattelun teemat ovat etukäteen tiedossa. Kylmä ja Juvakka (2007) mukaan teemahaastattelun avuksi valitaan teemojen lisäksi muutamia avainkysymyksiä, joiden pohjalta haastattelu toteutuu. Ryhmähaastattelurunko avainkysymyksineen raken-

nettiin yhdessä toimeksiantajien kanssa. Nämä lähetettiin haastateltaville etukäteen esimiesten välityksellä. Ryhmähaastattelurunko teemoineen ja avainkysymyksineen on kuvattu liitteessä 3.

Ryhmähaastattelut toteutettiin kolmessa osassa. Haastattelimme neljää (4) Kotisairaalapilottihankkeessa työskentelevää sairaanhoitajaa heidän omassa yksikössään. Neljää (4) ensihoitajaa haastateltiin Pohjois-Savon pelastuslaitoksella. Työvuorollisista syistä johtuen ensihoitajien haastattelut toteutettiin kahdella eri kerralla. Ensihoitajien ryhmähaastattelussa huomioitiin mahdolliset keskeytykset ensihoitajien työn luonteen mukaisesti. Haastattelua pystyttiin jatkamaan heti keskeytyksen jälkeen. Hirsjärven ym. (2007, 205 - 207) mukaan ryhmähaastattelun koko kannattaa rajata kahteen tai kolmeen haastateltavaan. Ryhmän koon ollessa suurempi, voivat osallistujien kommentit sekoitua toisiinsa nauhoitteita purettaessa ja viesti jää tutkijoille epäselväksi. Myös Puusa ja Juuti (2011, 47 – 48, 55) toteavat, että kohderyhmä pidetään pienenä ja tarkoituksenmukaisuusperusteen mukaisesti tutkimukseen valitut ovat henkilöitä, jotka tuntevat tutkittavan aiheen mahdollisimman hyvin ja joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Valitut osallistujat edustavat tutkimuksen tarkoitukseen sopivaa ryhmää. Oleellista on tutkimukseen osallistuvien näkökulman esille tuominen. Osallistujien henkilökohtaiset mielipiteet ovat keskeisessä asemassa laadullista tutkimusta tehtäessä.

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka kuvaavat haastattelun olevan keskustelunomainen tilaisuus. Haastattelijan on tärkeää huomioida haastateltavien tulkinnat ja heidän keskustelussa esille tuomat merkitykset. Haastateltavat voivat vapaasti puhua aiheesta ja haastattelijan tehtäväksi jää ohjata keskustelua siten, että kaikki ennalta suunnitellut teemat käydään kaikkien haastateltavien kanssa läpi. Ryhmähaastattelu mahdollisti monipuolisen keskustelun sairaanhoitajien ja ensihoitajien keskuudessa, ja tutkijoina pyysimme vain tarvittaessa tarkennuksia vastauksiin. Haastattelu mahdollisti monipuolisen, kuvailevan ja kokemuksellisen tiedonhankinnan kotisairaalapilottihankkeessa työskennelleiltä hoitajilta. Hirsjärven ym. (2007, 205 - 207) mukaan ryhmähaastattelussa haastateltavat ovat usein vapautuneimpia sekä luontevampia johtuen ryhmän läsnäolosta. Tiedonkeruumuotona ryhmähaastattelu on myös tehokas, koska tietoa saadaan useammalta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelun positiivinen puoli tulee esille esimerkiksi silloin, kun kysytään muistinvaraisia asioita. Ryhmän tuella voidaan palauttaa mieleen koettu tilanne ja näin saada arvokasta tietoa tutkimuksen kannalta. Myös väärinymmärrysten korjaamisessa ryhmän tuella on tärkeä merkitys. Tutkimukseen osallistuneiden haastatteluissa korostui erityisesti ryhmän antaman tuen merkitys palattaessa pilottihankkeen aikaisiin tapahtumiin. Haastateltavien keskustellessa pilottihankkeen aikaisista tapahtumista, toiset osallistujat nostivat esille uusia aiheeseen liittyviä näkökulmia. Alasuutarin (2011, 155) mukaan tutkittavaa ilmiötä voidaan ryhmässä usein monelta eri kannalta, joten keskustelijat voivat tuoda esille useampiakin eri näkökulmia.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyön tutkimuksen haastattelut nauhoitettiin, minkä jälkeen nauhoitteet kirjoitettiin tekstiksi sanasta sanaan (litterointi). Lupa haastattelujen nauhoittamiseen saatiin haastateltavilta. Aineistoa kertyi 19 sivua (Tahoma, fonttikoko 11, riviväli 1). Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysi menetelmällä. Induktiivinen aineistonanalyysi on kolmivaiheinen prosessi: ai-

neiston pelkistäminen (reduointi), aineiston ryhmittely (klusterointi) ja aineiston teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi) (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108). Janhonen ja Nikkonen (2003, 23) mukaan sisällönanalyysi prosessissa kerätty tietoaineisto tiivistetään lyhyeen ja yleistävästi kuvailevaan muotoon, jossa tutkittava tieto esitetään riittävän selkeästi. Opinnäytetyössä alkuperäisilmaukset merkittiin aineistoon värillisillä korostuksilla teemoihin ryhmitellen ja nämä korostukset toimivat pohjana aineiston pelkistämiseksi. Pelkistämisvaiheessa huomioitiin tekstin tiivistäminen siten, että olennainen tekstin sisältö säilyi. Kylmä ja Juvakka (2007) korostavat pelkistysvaiheessa tekstin olennaisen sisällön säilyvyyden tärkeyttä. Aineistoa kuvaavat luokat on rakennettava siten, että ne ovat yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Sisällönanalyysi sisältää aineistossa esille tulevat tutkittavan kohteen merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset sekä seuraukset ja yhteydet. Opinnäytetyön tutkimuksen alkuperäisilmaukset koottiin erilliselle lomakkeelle, minkä jälkeen vertauksia vertailtiin ja etsittiin sisällöllisiä samankaltaisuuksia. Nämä samankaltaiset ilmaukset yhdistettiin omaksi luokaksi. Taulukossa 1 on esitetty esimerkkejä alkuperäisilmauksien työstämisestä alaluokiksi.

ALKUPERÄISILMAUKSET	ALALUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>...mitähän tää hanke kaikkea tulee pitämään sisällään, miten se käytännössä toteutetaan, on ollut ihan positiivinen henki, et tää on ihan hyvä juttu, kun tämä niinku jopa toimii järkevyyden rajoissa...</i> • <i>...asiat otettu asioina vastaan ja on annettu porukoille mahdollisuus tehdä...</i> • <i>...omanlaisensa jännitys mitä kaikkea on, riittääkö taidot, osataanko, miten vaikuttaa työnkuvaan...</i> 	<p>Suhtautuminen kotisairaaloimintaan pilottihankkeen alussa</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>...yhteistyö on toiminut ihan hyvin, että et ei oo sitä yhteistä sähköistä tietojärjestelmää...</i> • <i>...oli niitä yhteistapaamisia, kun tuli uus asiakas, ensimmäisen kerran asiakkaan kotona paikalle tuli yhtä aikaa sairaankuljettajat ja meidän hoitaja...</i> • <i>...vois ajatella onnistumiseks sitä, miten hyvin ne otti meijät vastaan...</i> 	<p>Kotisairaalapilottihankkeessa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyö</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>...itseäiseen työskentelyyn tottunu, se on vahvuus...</i> • <i>...jokkaisella sairaanhoitajan koulutus, antaa taitoperustaa...</i> • <i>...asiakkaan kohtaaminen selkeest vahvuus...</i> 	<p>Ammatilliset vahvuudet</p>

TAULUKKO 1. Aineistosta poimittujen otteiden pelkistäminen.

Pelkistämisen eli redusoinnin jälkeen pelkistetyt ilmaisut eli alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, minkä jälkeen yläluokat nimettiin niin, että yläluokka kattoi kaikki sen alle tulevat alaluokkien ilmaukset.

Taulukossa 2 on esitetty esimerkkejä pelkistettyjen ilmausten eli alaluokkien ryhmittelystä yläluokiksi.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> Suhtautuminen kotisairaaloimintaan pilottihankkeen alussa Työskentelyä helpottavat asiat Työtehtävien hahmottuminen 	Kokemukset kotisairaalapilottihankkeessa työskentelystä
<ul style="list-style-type: none"> Kotisairaalapilottihankkeessa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyö Ensisijainen työtehtävä Ensihoitoon liittyvien työtehtävien laajuuden tiedostaminen 	Yhteistyön toimivuus kotisairaalapilottihankkeessa
<ul style="list-style-type: none"> Ammatilliset vahvuudet Vankka työkokemus 	Ammatilliset valmiudet kotisairaalapilottihankkeessa

TAULUKKO 2. Alaluokkien ryhmittely yläluokiksi.

6 TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan tutkimustuloksia opinnäytetyön sisällönanalyysin yläluokkien mukaisessa järjestyksessä, joita ovat:

- Kotisairaalapilottihankkeen toiminnan käynnistymiseen vaikuttavia tekijöitä
- Kotisairaalapilottihankkeen toimintamalli
- Kokemukset kotisairaalapilottihankkeessa työskentelystä
- Asiakkuus kotisairaalapilottihankkeessa
- Visio kotisairaaloiminnasta osana terveydenhuollon tulevaisuutta
- Yhteistyön toimivuus kotisairaalapilottihankkeessa
- Ammatilliset valmiudet kotisairaalapilottihankkeessa
- Kliininen osaaminen kotisairaalapilottihankkeessa

6.1 Kotisairaalapilottihanke

Kotisairaalapilottihankkeen toiminnan käynnistymiseen vaikuttavia tekijöitä

Positiivisten asioiden esille tuominen ja myönteiseen ilmapiiriin kannustaminen koettiin tärkeäksi pilottihankkeen käynnistymiseen vaikuttavavaksi tekijäksi. Haastateltavat kokivat saaneensa vaikuttaa kotisairaalapilottihankkeen toimintamallin suunnitteluun eri tavoilla, esimerkiksi aikaisempiin kokemuksiinsa nojaten. Osa haastateltavista osallistui suunnittelupalaverihin, osa tutustui kirjallisiin suunnitelmiin antaen kehitysideoita työryhmälle. Erityisesti haluttiin vaikuttaa kotisairaalassa hoidet-

tavien asiakkaiden määrään ja sen koettiin toteutuneen. Myös työvuorosuunnitteluun haastateltavat kokivat voineensa vaikuttaa riittävästi. Huolimatta työnkuvan muutoksesta, sairaanhoitajat toivat esille, ettei toiveita palkkauksen suhteen huomioitu.

"... miun pitää jotenkin ollakin siinä vähän semmosena tuomassa niitä positiivisia asioita esille tästä, että se helpottas tän pilottihankkeen toteutumista täällä..."

"... suunnittelupalaverissa mukana ja toin niitä kokemuksia, hyviä ja huonoja puolia..."

"... keskusteltu porukassa, pittääkö mejän tehdä jotkut rajat montako asiakasta kerrallaan..."

Tarkasteltaessa sairaanhoitajien ja ensihoitajien vaikutusmahdollisuuksia pilottihankkeen käynnistymisvaiheessa, osa haastateltavista toi esille aikaisemman työkokemuksensa kotisairaалassa työskentelystä. Kokemukset olivat sekä positiivisia että negatiivisia ja nämä vaikuttivat suhtautumiseen kotisairaалapilottihanketta kohtaan toiminnan käynnistyessä. Osa myös osasi odottaa kollegoilta muutostavastarintaa pilottihanketta kohtaan. Osa haastateltavista ei kokenut tarvetta vaikutta pilottihankkeen käynnistymiseen, vaan heille riitti toimivan toimintamallin toteuttaminen.

"... osasin odottaakin semmosta, joiltakin osin semmosta pientä muutostavastarintaa..."

"... mulla oli aikasemmi kokemusta muualta, ei kovin hyviä, ne tahto aina ne asiat siellä levitä..."

"... tehtävä annetaan ja se käydään hoitamassa..."

Perehdytys pilottihankkeen toimintaan toteutettiin palaverina, sähköpostiviesteinä, koulutustilaisuuksina, käytännön harjoitteina sekä asiakkaan kotona tapahtuneena perehdytyksenä suonensisäisen antibioottihoidon toteuttamiseen. Huolimatta siitä, että perehdytys tältä osin koettiin riittäväksi, toivoivat haastateltavat lisäkoulutusta, mikäli kotisairaалatoimintaan sisältyy erikoisempia ja harvinaisempia toimenpiteitä. Lisäksi perehdytyksen osalta toivottiin jatkossa huomioitavan, että tiedonkulku pelkästään sähköpostin välityksellä ei ole tehokasta.

"... käytiin kattomassa se suoritus, ei sen kummempaa perehdytystä, eikä tarvinnukkaa..."

"... palaverit, niissä saatiin infoo..."

"... kaikki meistä ei lue sähköpostia hirveen aktiivisesti. Tuntu että on vähän pihalla näistä asioista..."

Organisaation tuella koettiin olevan merkitystä pilottihankkeen toiminnan käynnistymiseen. Osa haastateltavista mielsi organisaation tuen olleen lupa pilottihankkeen käynnistymiselle, osa taas koki organisaation tukeneen konkreettisesti hoitotarvikkeiden lisähankinnoilla ja viikonloppuun ajoittuvien työtuntien lisäämisellä. Tärkeäksi haastateltavat kokivat myös helposti lähestyttävän esimiehen ja hänen antamansa tuen. Ensihoitajat toivat esille tärkeimpänä organisaation tukena ja työskentelyä

helpottavana tekijänä johdon antaman luvan yksikölle käyttää "ei hälytettävissä" -tilaa kotisairaala asiakaskäynnin ajaksi.

"... välineistöllisesti ruettiin saamaan heti tavaroita, lääkekaappia, tippateline..."

"... ajallisesti viikonloppuun enemmän työtunteja..."

"... laitetaan "ei hälytettävissä" -tilaan..."

Kotisairaalapilottihankkeen toimintamalli

Tutkimustulosten mukaan sekä sairaanhoitajat että ensihoitajat mielsivät potilasturvallisuuden ohjenuoraksi työtehtävien suorittamiselle. Tärkeänä pidettiin oman osaamisen arviointia ja vastuurajojen tuntemista. Hoidon osalta haastateltavat kokivat tärkeäksi tuntea myös kotisairaala-asiakkaan sairaushistoriaa, jotta asiakkaan kokonaisvaltainen hoito, voinnin arviointi ja potilasturvallisuus toteutuu.

"...on opittu vaatimaan lähettävältä yksiköltä oikeita tietoja. Mustaa valkosella, että meillä on todellinen näyttö, oikea tieto millä lähetään hoitamaa asiakasta kotisairaalaomaisesti kotona..."

"...sairashistoriaa, pystyy silmämääräisesti arvioimaan sitä potilasta..."

"...tiedonsiirto ongelmakohta, miten oikea tieto oikeaan paikkaan, et uskaltaa lähteä toteuttamaan suonensisäistä hoitoa..."

"...alussa herätti keskustelua voidaanko käyä potilaan tykönä ja antaa sille antibioottia ja vain lähteä, vai pitääkö meidän alkaa tutkimaan..."

Haastateltavat nostivat esille selkeän ja ajantasaisen asiakkaan hoitosuunnitelman tarpeellisuuden ennen kotisairaala-asiakkuuden alkamista. Haastateltavista sairaanhoitajat kokivat kotisairaalapilottihankkeessa hoitosuunnitelmien viivästyneen jonkin verran, mikä edellytti hoitajia tarkentamaan tietoja puhelimitse lähettävältä yksiköltä. Lähetteen ollessa kunnossa kotisairaalapilottihankkeen toimintamalli koettiin kuitenkin toimivaksi ja työskentelyyn tarvittava ennakkotieto ohjeistuksineen pystyttiin toimittamaan pelastuslaitokselle sairaanhoitajien toimesta. Ensihoitajat kokivatkin ennakkotietojen ja hoito-ohjeiden olleen kattavia ja tiedonsiirron onnistuneen. Haastateltavien keskustellessa kotisairaala toimintamallista, asiakasmäärän rajaus nostettiin esille tässäkin yhteydessä.

"...vähän puljattu ees sun taas, mikä on hoito mitenkä jatkuu..."

"...kun saat potilaan nimen, niin tietyn listan mukaisesti tarkistat, onko ne tietyt asiat kunnossa siinä vaiheessa kun se potilas siirtyy kottiin ja mejän hotteille..."

“...on hienot kansiot, voi päästä potilaan asioista paremmin perille...”

“...nyt on rajattu kahteen potilaaseen, se on vielä järkevää, et jatkossa myös pysyy järkevyyden rajoissa, silloin tää homma toimii...”

Kokemukset kotisairaalapilottihankkeessa työskentelystä

Kotisairaalapilottihankeessa työskentelystä haastateltavat nostivat esille pääosin positiivisia kokemuksia. Pilottihanke koettiin mielenkiintoiseksi ja nähtiin hyvänä kokeiluna tulevaisuutta ajatellen. Kotisairaалassa työskentely kuitenkin herätti joidenkin haastateltavien keskuudessa alkuun hämmennystä, pelkoa sekä jännitystä siitä, miten toimintaa toteutetaan. Aluksi koettiin epäselvyyttä, milloin kotisairaalapilottihanke käynnistyy ja mitä se tarkalleen tulee sisältämään. Pilottihankkeen käynnistyminen ajoittui sairaanhoitajien osalta lomakaudelle, jolloin henkilöstön vajuus toi lisähaasteita kotiutusyksikön sairaanhoitajille. Toiminnan käynnistyttyä kotisairaalapilottihanke koettiin kuitenkin hyvin suunnitelluksi ja toteuttamiskelpoiseksi.

“... ollut sellainen ihan positiivinen henki, että tää on hyvä juttu, kun tämä toimii järkevyyden rajoissa...”

“... mitähän tää hanke tulee pitämään sisällään, miten se käytännössä toteutetaan...”

“... suunniteltiin aika hyvin ennen kuin tää pilotti laitettiin käyntiin...”

Haastateltavat mielsivät työskentelyä helpottavaksi tekijäksi oman työkokemuksen ja ammattitaidon. Ammattitaidon ansiosta he kokivat kotisairaalan työtehtävät yksinkertaisiksi ja selkeiksi toimenpiteiksi, jotka toistuessaan tulivat rutiineiksi ja siten edelleen helpottivat työskentelyä. Sekä sairaanhoitajat että ensihoitajat nostivat myös esille riittävän asiakkaiden informoinnin kotisairaalapilottihankkeesta. He kokivat asiakkailla olleen realistinen käsitys kotisairaalan tarjoamista palveluista, mikä selkeytti hoitajien työskentelyä pilottihankkeen aikana

“...me arvioidaan päivittäin tässä omassakin työssä...”

“...yksinkertainen ja nopea homma, potilaat hyväkuntoisia...”

“...ei ylisanoja luvattu, oikein oli informoitu...”

Tutkimuksesta nousi esille tiimityöskentelyn merkitys yhtenä työskentelyä helpottavana tekijänä. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden käydä omassa tiimissään läpi haasteita, joita he kohtasivat työskennellessään kotisairaalapilottihankkeessa. Työskentelyä helpottavaksi tekijäksi koettiin myös hoitoon liittyvän tiedon ja kokemusten jakaminen tiimin työntekijöiden välillä. Sairaanhoitajat toivat esille kattavan raportoinnin olevan työskentelyn onnistumisen edellytys. Ensihoitajien haastatteluista nousi esille heidän kokemansa tyytyväisyys asiakkaiden kotiin

järjestetystä riittävästä ja selkeästä ohjeistuksesta ja tarvittavasta hoitovälineistöstä. Kotisairaalassa työskentelyä helpottavaksi parannusehdotukseksi haastateltavat toivoivat yhteisen sähköisen järjestelmän käytön mahdollisuutta asiakastietojen tarkastelua ja kirjaamista varten.

“...pietään aika kattavat raportit, puhutaan kaikki asiat siinä, on oppinut ottamaan niksit...”

“...siellä oli lääkkeet ja tykötarpeet kaikki valamiina ja niitä oli riittävästi. Selkeet ohjeet, todennäköisesti sairaanhoitaja on ne sinne toimittanu, se oli hyvä...”

“...helpottas kun myö nähtäs niitä tietoja...”

Haastatteluista ilmeni, että kotisairaalapilottihankkeen alussa työtehtävien hahmottuminen vaati aikaa. Haastateltavat pohtivat kuinka uudet työtehtävät linkittyvät jo olemassa olevien työtehtävien kanssa, ja miten työtehtävät jakaantuvat sairaanhoitajien ja ensihoitajien kesken suonensisäistä antibioottihoitoa toteutettaessa. Haastateltavat totesivat olevan tärkeää, etteivät työtehtävät kotisairaalapilottihankkeessa kasva ja laajene varsinaisen päätehtävän kustannuksella. Uutta sairaanhoitajille olivat myös viikonloppuun ajoittuvat työvuorot sekä arkivapaiden lisääntyminen. Kotisairaalapilottihankkeen koettiin kuitenkin tarjoavan uudenlaista työnkuvaa, jota haastateltavat pystyvät kehittämään jatkossakin.

“...ettei se jotenkin lähde rönsyilemään ja tuu niitä tehtäviä ihan hirveesti...”

“...tuli ne viikonloput ja kokonaistuntimäärä lisäänty...”

“...vähän uuenlaista työnkuvaa...”

“...mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoa loputtomiin...”

Haastatellut ensihoitajat totesivat kotisairaaloiminnan myötä ihmisten tietoisuuden ensihoitajien ammatillisesta osaamisesta, työnkuvan laajuudesta ja monipuolisuudesta lisääntyvän. Erityisesti he kokivat ensihoitajien hoidollisen osaamisen tulleen esille kotisairaalapilottihankkeen myötä. Tuloksista nousi esille ensihoitajien työn luonteelle ominaisten vakavien potilastilanteiden kohtaamisen tuoma varmuus hoitaa kotisairaalan työtehtävät kohtuullisen helppoina ja kiireettöminä tehtävinä.

“...ensihoitoa mielletään eri tavallaki, niinku laajempanakin juttuna...”

“...monet kokee sen, että vaan kuletetaan sairaalaan...”

“...vähän näkee eri tavalla hoidollista osaamistaki...”

Haastateltavat kokivat kotisairaalapilottihankkeen onnistuneen kokonaisuutena hyvin. Erityisesti potitiivisiä kokemuksia herätti kotisairaala-asiakkaiden tyytyväisyys ja heiltä saatu myönteinen palau-

te. Asiakastyytyväisyyden koettiin lisänneen myös sairaanhoitajien ja ensihoitajien omaa tyytyväisyyttä kotisairaalapilottihankkeessa työskentelyyn. Kotisairaala-asiakkuudet miellettiin kiireettömiksi ja avoimiksi potilaskohtaamisiksi ilman välittömän hädän mukanaan tuomaa painetta. Ennakkopeiloista huolimatta, kotisairaalatyötehtävien ei koettu häirinneen muiden työtehtävien suorittamista.

"...kokonaisuutena onnistunut..."

"...jos tämmösellä potilasmäärällä pyörii, onnistunut projekti..."

"...positiiviset kokemukset siitä asiakastyytyväisyydestä..."

"...kiireetön hetki, kaikki ei pyöri niinku sairauden ja vamman ympärillä, leposampaa jutustelua, ihmisen kohtaamista ja semmosta vaihtelua..."

Asiakkuus kotisairaalapilottihankkeessa

Haastateltavat toivat esille pääosin ikääntyneiden olleen kotisairaalapilottihankkeen asiakaskuntaa. Myönteistä haastateltavien mielestä oli, että kotisairaala-asiakkaiksi valikoituvat ne henkilöt, joiden sairaalassaolo ei ollut välttämätöntä ja joille kotisairaala-asiakkaaksi lähteminen oli vapaaehtoista. Haastateltavat kokivat osan asiakkaista kovasti odottaneen kotisairaalan henkilökunnan käyntejä. Ensihoitajat toivat taas esille, ettei osa asiakkaista välttämättä edes herännyt ensihoitajien yöllisiin lääkkeenanto käynteihin.

"...nythän ne on pääasiassa ikääntyneitä..."

"...valikoituu asiakkaat, joiden sairaalassaolo ei oo välttämätöntä..."

"...asiakkailta kysytään, haluaks se tällaseen..."

Haastateltavat totesivat kotisairaalahoidon olevan potilaille erinomainen vaihtoehto sairaalahoidon sijaan. Tärkeänä pidettiin kuitenkin selviä kotisairaala-asiakkuuden kriteeristöjä. Potilaslähtöinen ajattelumalli hoitoa suunniteltaessa, sekä asiakastyytyväisyys nousivat positiivisina kokemuksina haastateltavien kommentteista. Haastateltavat kertoivat asiakkaiden antaneen heille välitöntä hyvää palautetta. Haastateltavat toivat esille kotisairaaloiminnan säästävän sairaalapaikkoja niitä enemmän tarvitseville.

"...vaihtoehto olla sairaalassa, vieraassa ympäristössä ja nyt saakin olla kotona vaikka ovat sairaalahoitaisia potilaita. Ne on todella onnellisia..."

"...tietyt kriteerit, ei pääse lähtemään muille vastaanotoille edellyttää, että on kotisairaala-asiakas tyyppinen..."

“...yks sairaalapaikka vähemmän ja se on sitte jollekin muulle joka sitä tarvii...”

“...jotenki ilosia ne potilaat ja semmosia tyytyväisiä, tulee hyvä mieli itellekki...”

Visio kotisairaaloiminnasta osana terveydenhuollon tulevaisuutta

Tutkimuksesta nousi esille haastateltavien mieltävän kotisairaaloiminnan osaksi valtakunnallista terveydenhuollon kehitystä. Haastattelussa ensihoitajat nostivat esille mahdollisuuden kotisairaaloiminnan keskittämisestä yhdelle palveluntarjoajalle. He pohtivat olisiko joku toinen terveydenhuollon ammattiryhmä sopivampi toteuttamaan kotisairaalapotilaan yöaikaista suonensisäistä antibioottihoitoa, koska potilaiden määrän tulisi näillä resursseilla rajoittua maksimissaan kahteen potilaaseen.

“...meiän varaanhan ei voi laskea kuin ehkä sen yhen max kaks potilasta. Oisko se järkevämpää hommata siihen, että kotisairaalassa ois hoitaja, jonka ainoa homma on kiertää, jolloin niitä voitais ottaa huomattavasti enemmän niitä potilaita, koska sillä ei tule niitä muita tehtäviä siihen väliin. Saataks ehkä kymmenenkin enemmän, että varmasti ois tehokkaampaa semmonen luulisin...”

“...ideana hyvä ja varmaan tullee tulevaisuudessa enemmänki sitä toimintaa, mutta ensihoitajat voi olla kumminkii väärä ryhmä toimimaan siinä kotisairaalahommassa. Et joku muu henkilöstöryhmä sitä vois toteuttaa kumminki. Järjestelmänä tosi toimiva varmaan tullee olemaan...”

Haastateltavat pohtivat mm. työikäisten, terminaalihoitoa sekä haavan hoitoa tarvitsevien olevan ikääntyneiden lisäksi tulevaisuuden mahdollisia kotisairaala-asiakasryhmiä. Kotisairaaloiminnan todettiin laajenevan käsittämään suonensisäisen lääkehoidon lisäksi myös muita hoidollisia työtehtäviä. Tulevaisuuden osalta haastateltavat nostivat esille kansantaloudelliset säästöt kotisairaaloimintaa kehitettäessä. He keskustelivat sairaalavuorokausimaksujen suuruudesta ja olettivat niiden olevan huomattavasti suuremmat kuin maksut kotisairaalassa. Haastateltavat pohtivat yleisesti potilaan kotona hoitamisen mahdollisuuksien lisäämistä eri organisaatioiden yhteistyötahojen toteuttamana.

“...vielä enempi ruettas hoitamaan työikäistä porukkaa jos saatas resursseja...”

“...minun mielestä se on niinkun tosi hyvä juttu. Verorahojahan sillä olis mahdollisuus säästää koska voitais hoitaa kotona, se on paljon halvempaa kuin sairaalavuorokausi, huomattavasti halvempaa oletettavasti...”

“...on nyt vähän väläytelty, sairaankuljetus käy paikalla kattomassa asiakkaan kotona. Heillä on enempi välineistöä ja niitten avulla konsultoida myös lääkäreitä ja potilas jäis näitten tutkimusten jälkeen kotiin. Tällä hetkellä se on sitten auki, kuka käy seuraavana päivänä kattomassa tämän ihmisen vointia. Voisko se olla kotisairaala?...”

6.2 Yhteistyön toimivuus

Yhteistyön toimivuus kotisairaalapilottihankkeessa

Yhteistyötä kotisairaalapilottihankkeessa kuvattiin eri tahojen väliseksi tiedonsiirroksi. Tällä haastateltavat tarkoittivat tiedonsiirtoa kotiutusyksikön sairaanhoitajien, pelastuslaitoksen ensihoitajien ja kotiuttavan osaston välillä. Haastateltavat toivat esille kotiuttavan yksikön laatiman hoitosuunnitelman tärkeyden yhteistyön onnistumisen edellytyksenä. Yhteistyö sairaanhoitajien ja ensihoitajien välillä koettiin vähäiseksi ennen pilottihankkeen käynnistymistä ja pilottihankkeen aikana. Yhteistyön vähäisyydestä huolimatta yhteistyö kuitenkin miellettiin riittäväksi kotisairaalapilottihankkeen toimintaa ajatellen. Haastateltavat kokivat yhteistyön onnistuneen hyvin ilman yhteistä sähköistä tietojärjestelmää. Tuloksista ilmeni haastateltavien visio tulevaisuuden yhteistyöstä, pilottihankkeen mahdollisuudesta olla jopa aloitus yhteistyön tiivistymiselle.

"...on jouhevasti toiminut, toiminut paremmin kuin mitä oon odottanu..."

"...on toiminut ihan hyvin, että et ei oo sitä yhteistä, sähköistä tietojärjestelmää..."

"...ei kauheesti ole ollut yhteistyötä..."

Konkreettinen yhteistyö kotisairaalapilottihankkeen osalta kuvattiin puhelimitse tapahtuneeksi yhteydenotoksi ja ensimmäisen yhteisen käyntikerran jälkeen kirjalliseksi viestinnäksi asiakkaan luona. Tieto uudesta kotisairaala-asiakkaasta ilmoitettiin pääsääntöisesti puhelimitse kotisairaalan sairaanhoitajien toimesta pelastuslaitoksen ensihoitajille. Ensimmäinen käynti kotisairaala-asiakkaan kotiin sovittiin ajankohdaksi, jolloin ensihoitajilla oli mahdollisuus halutessaan saapua paikalle. Viesti sairaanhoitajien ja ensihoitajien kesken välittyi esille jätetyn ensihoitokaavakkeen ja viestivihkon avulla. Tuloksista selviää myös raportoinnin olleen yksi tiedonvälityskeino.

"...ei enää hirveesti soitella, me mennään neljältä, niin ne tulee jos ne kerkee, vieläkin..."

"... oli niitä yhteistapaamisia, kun tuli uus asiakas, ensimmäisen kerran asiakkaan kotona paikalle tuli yhtä aikaa sairaankuljettajat ja mejjän hoitaja..."

"...papereiden kautta toiminut tää yhteistyö..."

"...paljo oli raportointia se mejjän työ yhteistyö niitten kanssa..."

Haastateltavat toivat esille kotisairaalapilottihankkeen herättäneen yhteistyön osalta uuden asian mukanaan tuomaa jännittämistä. Yhteistyötä ei ollut kotiutusyksikön ja pelastuslaitoksen välillä aiemmin ollut, ja haastateltavat pitivät toinen toisiaan oman alansa erikoisosaajina. Kotisairaalapilottihankkeen toiminnan edetessä henkilöt tulivat toisilleen tutuiksi ja yhteistyö muotoutui kotisairaala toimintaan sopivaksi, mikä vielä lisäsi toisen ammattiryhmän osaamisen arvostusta. Yhteistyön tu-

loksena havaittiin joidenkin sairaanhoitajien ja ensihoitajien kesken tapahtuneen vertaisoppimista mm. kanyloinnissa ja antibioottien laimennuksessa. Tutkimuksesta kuitenkin selviää, että osalle haastateltavista ei kotisairaalakäyntien vähäisyyden vuoksi ehtinyt muodostua laajempaa käsitystä yhteistyön toimivuudesta.

*"...jännitti yhteistyökin pelastuslaitoksenkin kanssa, kun tuntuu että ne on oman alansa niin spesiaalis-
teja..."*

*"...heitä kiinnosti kovasti kuinka antibiootti laimennetaan, mikä se on, miten se käytännössä tapahtu
ja meitä kiinnosti se kuinka he kanyloivat. Se oli se heidän vahvuus ja meidän vahvuus sitten tää
lääkejuttu..."*

"...en ole ollut tekemisissä ensimmäisen päivän jälkeen ollenkaan..."

Yhteistyön toimivuutta kotisairaalapilottihankkeessa pohtiessaan toivat haastateltavat esille omien ensisijaisten työtehtävien linkittymisen työtehtäviin kotisairaalassa. Erityisesti kotisairaalapilottihankkeen käynnistyessä kokivat haastateltavat haasteelliseksi kotisairaalan työtehtävien hoitamisen varsinaisten työtehtävien lisäksi.

*"...huolestutti miten käy varsinaisten asiakkaiden kanssa. Miten keretään hoitaa ne, kotiutukset ja il-
takäynnit ja muut..."*

"...että et meil on se päätyö ja tämä on semmosena hyvänä lisänä..."

"...kiireelliset tehtävät menevät edelle..."

6.3 Ammatilliset valmiudet

Ammatilliset valmiudet kotisairaalapilottihankkeessa

Kotisairaalapilottihankkeessa työskentely edellytti opinnäytetyön tutkimuksen tulosten mukaan työkokemusta. Haastateltavista lähes kaikki mielsivät kotisairaalassa työskentelyn onnistumisen kannalta olevan tärkeää, että työntekijälle on jo kertynyt hoidollista työkokemusta, joko sairaalasta tai kotisairaanhoidosta. Haastateltavat toivat esille vahvuutenaan potilaan kotona hoitamisen osaamisen. Sairaanhoitajat kokivat kotisairaalaotoiminnan lisänneen työnkuvaan yleisesti enemmän sairaanhoidollisia tehtäviä.

"...tärkeä on, että on jo kokemusta..."

"...että mennään ihmisten koteihij, ei ollu mitään vierasta meille. Se potilaan kohtaaminen kotioloissa ei ollu mitään uutta..."

”...kyllähän myö oltiin aika innoissaan, että muuttuu sitten kumminkii meiän tämä toiminta sitten, et et enempi tehään sairaanhoidollisia töitä siellä asiakkaan kotona...”

Haastatteluista ilmeni asiakkaan kohtaamisen olevan yksi tärkeimmistä ammatillisista vahvuuksista kotisairaalatyöskentelyssä. Välittömän ensiarvion asiakkaan voinnista he kokivat pystyvänsä tekemään heti asiakkaan kohdatessaan. Haastateltavat mielsivät ammatillisen koulutuksen luovan hyvän tietopohjan hoitaa kotisairaalaan liittyvät työtehtävät. Edellä kuvattu työkokemus yhdessä ammatillisen koulutuksen kanssa koettiin antavan hyvät valmiudet itsenäiseen työskentelyyn, uuden tiedon oppimiseen, tiedon etsimiseen sekä asiantuntijoiden konsultointiin tarvittaessa. Työntekijöiden välinen kommunikointi ja kotisairaala-asiakkaisiin liittyvä hyvä raportointi koettiin lisäävän ammatillista osaamista ja onnistumista työtehtävässä. Haastatteluissa nousi esille, että kotisairaalan työtehtävät miellettiin ensihoitajien näkökulmasta helpoiksi.

”...asiakkaan kohtaaminen selkeesti vahvuus...”

”...kättä-päivää pystyy kertomaan jo pääpiirteittäin voiko se potilas hyvin...”

”...jos kotisairaala jakson aikana huomaa uuden jutun, ihminen tarvii lisää huomioita laitetaan se asiantuntijan hoitoon...”

”...itsenäiseen työskentelyyn tottunu, se on vahvuus...”

Tutkimuksesta selvisi asiakkaan kotona tapahtuvan hoidon edellyttävän hoitajilta uskallusta tehdä itsenäisiä päätöksiä. Tarvittavat hoitoon ja mahdollisiin jatkotoimenpiteisiin liittyvät ratkaisut on pystyttävä tekemään itsenäisesti, ilman työyhteisön välitöntä tukea. Haastateltavien kommentteista korostui myös aseptiikan merkityksen tiedostaminen ja hallitseminen hoidettaessa asiakasta sairaalassa tapahtuvan hoidon sijaan kotioloissa. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat kotona työskentelyn vaativan myös luovuutta.

”...ossaa toimia kotona, kun ei oo sairaalaympäristö...”

”...uskaltaa ottaa vastuuta semmoisista päätöksistä, että jatkaako näin vai laittaako eteenpäin, vai mitä tehdään...”

”...aseptiikka asiat tietysti kotona oma lukunsa, kun se ei oo sairaala...”

Kliininen osaaminen kotisairaalapilottihankkeessa

Opinnäytetyön tutkimuksesta nousi esille lääkehoidon olevan yksi haastateltavien kliiniseen osaamiseen liittyvistä perusvalmiuksista. Haastateltavat eivät kokeneet lääkehoitoa vaikeaksi, mutta saivat lisävarmuutta antibioottien laimentamiseen ja erilaisiin antotapoihin. Tuntemattomamman antibiootin ollessa kyseessä, haastateltavat etsivät laimennusohjeet kirjallisista materiaaleista sekä hyö-

dynsivät tiimin jäsenten antamaa tukea. Tarkasteltaessa koulutustarvetta lääkehoidon osalta, toivat haastateltavat esille koulutuksen tarpeen ainoastaan uuden ja tuntemattoman lääkehoidon alkaessa.

"...kattoo mikä antibiootti ja kahtoo vaan sen ohjeen läpi..."

"...kyllähän me porukalla etittiin sitä laimennusta ja saako laittaa stoosina, vai pittääkö sittenkin laittaa tiputuksena, tämmösiähän jatkuvasti..."

"...aattelin, että lääkekoulutusta on aina tilanteen mukkaan..."

Konkreettisista hoitotoimenpiteistä haastateltavat nostivat esille kanylointiin liittyvät haasteet, esimerkiksi kanylointiin ja kanyylialueen ihon kunnon hoitoon liittyvät työtehtävät. Ennen kotisairaaloittihankkeen käynnistymistä kokivat sairaanhoitajat tarpeelliseksi kanylointiin liittyvän kertauksen. He harjoittelivat kanylointia työyhteisössään toisiaan kanyloiden. Sairaanhoitajat mielsivät kanylointitaitojen olevan ensihoitajien yksi vahvimista osaamisalueista ja olivat kiinnostuneita oppimaan heiltä kanylointitaitoja. Haastatteluissa ilmeni yhdessä tapauksessa sairaanhoitajan pyytäneen ensihoitajilta apua kanyloinnin suorittamiseen. Ensihoitajat eivät taas nostaneet kanylointia toimenpiteenä esille, mutta pohtivat kanyylin toimivuuteen liittyviä asioita, kuten asettamisajankohtaa, sidosten puhtautta ja ihon kunnon seuraamista. He toivat esille selkeiden ohjeiden tarpeellisuuden, milloin ja kenen toimesta kanyyli ja/tai sidokset vaihdetaan.

"...oli kanylointikoulutusta harjoteltiin keskenämme..."

"...mulle on käyny silleenkin, että minä en saanut sitä kanyyliä laitettua, minä soitin pelastuslaitokselle ja sitten pojat tuli ja laitto sen kanyylin..."

"...kanyyli kattoo, että punottaako se ja millä kriteereillä lähetään vaihtamaan..."

Haastateltavat tiedostivat asiakkaan voinnin voivan huonontua äkillisesti myös antibiootihoidon aikana, mikä tulee huomioida hoidon jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksesta tuli esille joidenkin haastateltavien tarve saada täsmätietoa sairauksista, joita yleisimmin kotisairaala potilailla hoidettiin.

"... se potilaan tilahan voi huonontua siellä kotonakii, pitää meidän reagoida siihen. Ei piä mennä vaa sillee et nyt käyää vaa antamassa se antibiootti..."

"... kertauksen vuoks ruusu, pneumonia, flebiitin oireet ja semmosetki..."

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Lupa opinnäytetyön tutkimuksen toteuttamiseen haettiin ja saatiin Kuopion kaupungin sairaalal palvelujen vs. ylilääkäri Helena Sarlundilta 27.8.2013, minkä jälkeen haastattelut toteutettiin kolmena eri haastattelukertana. Tutkimukseen haluttiin osallistujia kotisairaalapilottihankkeessa työskennelleistä sairaanhoitajista ja ensihoitajista. Sekä sairaanhoitajista että ensihoitajista tutkimukseen osallistui neljä (4) kotisairaalapilottihankkeessa työskennellyttä hoitajaa. Sairaanhoitajat arpoivat viidestä (5) sairaanhoitajasta neljä (4) osallistujaa mukaan haastatteluun. Keskimääräinen työkokemus terveydenhuoltoalata haastatteluun osallistuneilla oli 13 vuotta. Tutkimuksesta, tutkimuksen menetelmistä ja kulusta sekä anonymiteetin säilymisestä tiedotettiin etukäteen haastatteluun osallistuville kirjallisesti heidän esimiestensä välityksellä. Haastatteluja ja haastattelujen nauhoitusta varten pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun osallistuvilta. Osallistujille kerrottiin, että haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja luottamuksellista. Halutessaan osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Tällä tavalla varmistettiin tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden toteutuminen.

Laadullisen tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujien henkilöllisyyden suojaaminen ja täysi luottamuksellisuus taataan (Janhonen ja Nikkonen 2003, 15, 39). Haastattelutilanne aloitettiin käymällä haastateltavien kanssa läpi tutkimuksen aihe ja kulku sekä anonymiteetin säilyminen. Haastattelutilanteessa huomioitiin tilaisuuden häiriöttömyys ja ettei ulkopuolisia ollut mukana. Kaksi haastatteluista oli kestoaltaan 60 minuuttia ja yksi 49 minuuttia. Tutkijoina pyrimme antamaan haastattelijoille mahdollisuuden vapaaseen keskusteluun. Tarvittaessa autoimme keskustelun etenemistä haastateltaville etukäteen toimitettujen ryhmähaastattelurungon apukysymysten avulla. Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin tekstiksi eli litteroitiin ja osallistujien anonymiteetti turvattiin. Nauhoitteiden tallenteet hävitettiin asianmukaisesti litteroinnin jälkeen. Kirjallinen tutkimusaineisto säilytettiin lukitussa kaapissa toisen tutkijan kotona. Haastatteluaineisto oli ainoastaan tutkijoiden käytössä.

Tutkimuksen uskottavuuden, joka muodostuu tutkijoiden noudattamasta hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja tutkijoiden moraalisten ratkaisujen kerrotaan kulkevan käsi kädessä. Suomen Akatemian tutkimuseettisten ohjeiden (2008) mukaan hyvän tieteellisen käytännön omaavat tutkijat ovat rehellisiä ja noudattavat tutkimustyössä huolellisuutta sekä tarkkuutta. He voivat soveltaa eettisesti keskeisiä ja tieteellisen tutkimuksen säännösten mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijat, jotka toteuttavat tutkimusta hyvän tieteellisen käytännön mukaan ovat avoimia tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. He myös huomioivat toisten tutkijoiden työn saavutuksia asiallisesti ja kunnioittaen. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 132.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 127) kuvaavat laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteeristöä neljällä kategorialla: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Heidän mukaan tutkijoiden tulee varmistaa tulosten uskottavuus osoittamalla tutkimustulosten vastaavan tutkimukseen osallis-

tuneiden käsityksiä tutkittavasta kohteesta. Opinäytetyön tutkimuksessa tämä toteutui lisäämällä autenttisia lainauksia haastatteluista opinäytetyön tulososioon. Kylmä ja Juvakka pohtivat vahvistettavuuden olevan jossain määrin ongelmallinen kriteeri arvioitaessa laadullista tutkimusta. Tulkintoja voi olla useita ja se sallitaan laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa saman aineiston pohjalta toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan kuin toinen. Kylmä ja Juvakka toteavat ettei eri tulkintaan päätyemisessä ole kuitenkaan kyse luotettavuusongelmasta. Pikemminkin eri tulkintaan päätymistä tulisi pitää tutkittavana olevasta ilmiöstä saadun tiedon syventämisen ja ymmärryksen lisääntymien keinona. Kuitenkin vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin raportointia siten, että prosessia voidaan seurata pääpiirteittäin ja toinen tutkija pystyy päättämään miten tutkimustuloksiin on päädytty. Opinäytetyön tutkimuksen prosessin etenemistä voidaan seurata sisällönanalyysin ala- ja yläluokkien ja autenttisten lainauksien avulla.

Refleksiivisyydellä Kylmä ja Juvakka (2007, 129) tarkoittavat, että tutkijoiden on osattava arvioida kuinka he vaikuttavat aineistonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä millaiset lähtökohdat heillä on tutkimuksen tekijöinä. Lähtökohdat on kuvattava tutkimusraportissa. Opinäytetyössä reflektiivisyys toteutui siten, että tutkimuksen aineiston keruuvaiheessa tutkijat eivät ryhmähaastatteluissa ohjanneet keskustelua, vaan osallistujat saivat keskustella keskenään heille ennakoon tiedoksi lähettyjen teemojen pohjalta. Mahdolliset apukysymykset aineiston keruuta ajatellen olivat myös haastateltavilla tiedossa etukäteen. Haastateltavia pyydettiin ainoastaan tavittaessa tarkentamaan vastauksiaan.

Siirrettävyydellä Kylmä ja Juvakka (2007, 129) tarkoittavat laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä toisiin samanlaisiin tilanteisiin. Lukijalle tulee riittävästi kuvailla tutkimukseen osallistujia sekä ympäristöä, että tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida. Opinäytetyössä kotisairaaloiminta on kuvattu mahdollisimman kattavasti. Kuopion kaupungin kotisairaalapilottihanke ja toimijat on esitelty monipuolisesti ja yksityiskohtaisesti. Lisäksi sairaanhoitajien ja ensihoitajien ammatilliset valmiudet on kuvattu eri tutkimustietoon pohjautuen teoriaosuudessa. Terveysalan yhteistyötä on myös tarkasteltu tutkimuksiin viitaten. Näiden perusteella lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä Kuopion kotisairaalapilottihankkeesta saatujen tutkimustulosten pohjalta.

7.2 Opinäytetyön tutkimustulosten tarkastelu

Kotisairaalapilottihanke oli kokonaisuutena onnistunut projekti. Kotisairaala-asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja palveluun miellettiin yhdeksi tärkeimmäksi pilottihankkeen onnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Tuloksista ilmeni kotisairaalapilottihankkeen toimijoiden tyytyväisyys organisaation tuesta. Kotisairaaloimintamalli oli toimiva heti pilottihankkeen käynnistyttyä. Organisaation tukeen oltiin tyytyväisiä esimerkiksi siksi, että toimijat saivat vaikuttaa riittävästi kotisairaalapilottihankkeen toiminnan suunnitteluun ja käynnistymiseen. Toimijat pystyivät vaikuttamaan asiakasmäärän rajaamiseen resursseja vastaavaksi. Tuloksista ilmeni, mikäli toiminta jatkuu tällä asiakasmäärällä, on kotisairaaloimintamalli sopiva olemassa oleville resursseille. Mikäli asiakasmäärää tullaan lisäämään, todettiin ensihoitajien olevan väärä organisaatio toteuttamaan yöaikaista kotisairaala-asiakkaan hoitoa. Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan yhteistyörakenteet muodostuvat mm. hyvästä johtamiskulttuurista ja resursseista.

Kotisairaalapilottihankkeessa yhteistyö vastasi kotisairaalan tarpeita. Tuloksista selvisi suullisen raportoinnin olleen olennainen osa yhteistyön onnistunutta toimintaa. Yhteistyöprosessit muodostuvat Elorannan ja Kuuselan (2011) mukaan yhteisestä päämäärästä, toisen työn tuntemisesta, vuorovai-
kutustaidoista, työnjaon määrittelemisestä ja oman asiantuntijuuden sisäistämisestä. Myös Silén-
Lipponen (2005) toteaa onnistuneen yhteistyön edellyttävän selvää työnjakoa ja yhteistä päämää-
rää. Eloranta ja Kuusela (2011) toteavat myös asenteiden vaikuttavan yhteistyön toimivuuteen. Koti-
sairaalapilottihankkeen toimijat asennoituivat positiivisesti kotisairaalapilottihanketta kohtaan. Pilotti-
hankkeessa toimijat arvostivat toistensa ammattitaitoa, jossa jokaisella oli oma asiantutuntajuutensa
ja osaamisalueensa jaettavaksi yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Myös Pölkki (2011) toteaa vuo-
rovaikutustaitojen, myönteisen muutokseen suhtautumisen sekä halun oppia uutta olevan taitoja,
joita terveysalan yhteistyöltä edellytetään. Eloranta ja Kuusela (2011) korostavat oman näkemyksen
ja osaamisen esilletuomista moniammattillisessa yhteistyössä. Heidän mukaan yhteisen päämäärän
puute voi vaikeuttaa asiakkaan kokonaisuhoitoon onnistumista. Kotisairaalapilottihankkeessa sekä sai-
raanhoitajien että ensihoitajien tavoitteena oli viedä sairaalatasoinen hoito asiakkaan kotiin. Kotisai-
raala-asiakkaan hoito toteutui päivällä sairaanhoitajien ja yöllä ensihoitajien toteuttamana. Pääosin
hoito oli onnistunutta selkeän työnjaon ja tehtävien määrittelemisen ansiosta. Gynther (2011) koros-
taa hoidon sujuvuuden, tehokkuuden ja jatkuvuuden edellyttävän yhteistä hoitotyön näkemystä ja
suunnitelmallista toimintaa.

Kotisairaalapilottihankkeen toimiessa pääosin kotiutusyksikön sairaanhoitajien johdolla, esiintyi koti-
sairaalapilottihankkeessa Janhosen (2010) kuvaamaa kahdenlaista tiimityöskentelyä: sisäistä ja ul-
koista toimintaa. Sisäistä toimintaa oli esimerkiksi sairaanhoitajien keskinäisessä tiimissä tapahtuva
tiedon ja kokemusten jakaminen. Janhonen (2010) pitää organisaation keskeisimpänä voimavarana
tiedon jakamista, mutta toteaa ulkoisten yhteyksien tuovan tiimille lisää elinvoimaisuutta ja uutta
tietoa. Pilottihankkeen ulkoista toimintaa oli sairaanhoitajien ensihoitajien välinen tiimityöskentely.
Ulkoisen tiimityöskentely kotisairaalapilottihankkeessa ilmeni kotisairaala-asiakkaasta raportointina,
antibiottilaimennusohjeiden laatimisena, hoitovälineiden toimittamisena ja mahdollisuutena hyö-
dyntää toisen ammattiryhmän erikoisosaamista. Janhosen (2010) mukaan nykyään ei enää riitä pel-
kästään tiimin hyvä sisäinen toiminta, vaan suhteista ulkopuolisiin verkostoihin tulee myös huolehtia.

Työterveyslaitoksen (2011) julkaisusta ilmenee olevan luonnollista, että työyhteisöä koskevissa muu-
toksissa tai työnkuvan muuttuessa työntekijöiden keskuudessa herää hämmennystä ja jonkinasteista
muutosvastarintaa. Tuloksista selvisi kotisairaalapilottihankkeen aiheuttaneen pienimuotoista vasta-
rintaa uuden asian edessä. Muutosvastarintaa lisäsi pelko riittävätkö resurssit oman päätyön suorit-
tamiseen, koska konkreettiset työtehtävät kotisairaalapilottihankkeessa eivät vielä olleet hahmottu-
neet hankkeen alussa. Aikaisemmat kielteiset kokemukset kotisairaalatyöskentelystä haluttiin tuoda
esille Kuopion kotisairaalapilottihanketta käynnistettäessä ja ne pääosin huomioitiin. Työntekijöiden
muutosvastarinta voidaan nähdä joko muutosta ja kehittämistä kohtaan tunnettuna vääränlaisena
asenteena tai voimavarana. Muutostilanteessa työntekijä usein työstää tapahtuvaa muutosta ja pyr-
kii suhteuttamaan oman toimintansa. Tällöin työpaikalla olisi tärkeää hyödyntää kaikki työyhteisössä
esille nousevat ajatukset ja mielipiteet, niin myönteiset kuin kielteisetkin. Yhteistä toimintaa kehitet-

täessä on kyseenalaistava näkökulma tärkeä voimavara erilaisia toimintavaihtoehtoja tarkasteltaessa ja kehityssuuntia valitessa. (Työterveyslaitos 2011.) Muutosvastarinta on psyykinen ja normaali ilmiö, muutosta vastaan kohdistuva vastavoima, joka on normaali osa muutospöcessia. Sen voidaan määrittellä olevan myös ihmisen muutoksen edessä kokemaan tervettä varovaisuutta. Muutosvastarintaa on aina havaittavissa ja se on joko aktiivista tai passiivista vastustamista tilanteessa, jolloin vanha hyväksi havaittu malli pyritään säilyttämään. (Neuvonen ja Uosukainen 2014.) Kotisairaalapilottihankkeessa myönteisten kokemusten esille nostaminen helpotti muutoksen läpiviemistä ja kannusti toimijoita myönteiseen ilmapiiriin. Pölkkin (2011) mukaan luova ja rohkea ote asioihin sekä luottamus edistää tiedon ja osaamisen jakamista ja luo näin hyvät puitteet yhteistyön onnistumiselle.

Kotisairaalapilottihanke oli onnistunut myös siksi, että kotisairaalatöskentelyssä todettiin mahdollisuus kehittää kustannustehokkaasti yleistä valtakunnallista terveydenhuoltoa. Kotisairaaloiminta nähtiin hyväksi tavaksi säästää yhteiskunnan varoja, koska sairaalatasoista hoitoa pystyttiin viemään asiakkaan kotiin. Näin sairaalapaikat voitiin tarjota niitä eniten tarvitseville. Lisäksi se, että asiakas sai olla kotona, oli kaikkien toimijoiden keskuudessa tärkeä tekijä kotisairaalapilottihankkeen onnistumisessa. Myös Ponnikas ja Korhonen (2004) toteavat potilaiden sairaalainfektorisikin vähenevän, toimintakyvyn ja itsenäisyyden säilyvän kotona potilasta hoidettaessa. Ponnikas ja Korhonen kertovat potilaan sairaalahoidon välttämisen tai lyhentämisen olevan mahdollista. Kotona tapahtuvan hoito vapauttaa laitospaikkoja niitä eniten tarvitseville, on yhteiskunnalle edullisempaa ja potilaalle inhimillisempää. Kotioloissa omaiset voivat olla potilaan tukena, mikä edistää potilaan toipumista ja hyvinvointia, sairaalakierre voidaan katkaista ja laitostuminen estää. (Ponnikas ja Korhonen 2004, 23 - 24.)

Tuloksista ilmeni ammatillisten valmiuksien osalta kotisairaalatöskentelyn vaativan työntekijältä riittävää työkokemusta sekä kykyä itsenäiseen päätöksentekoon ja työskentelyyn. Sairaanhoidtajien ja ensihoitajien koulutus tarjosi riittävät valmiudet työskennellä kotisairaalapilottihankkeessa. Työskentely kotisairaalassa vaatii Visakorven (2002, 46) mukaan koulutuksen lisäksi työkokemusta sekä motivaatiota ja valmiutta itsenäiseen työskentelyyn niin hoitoimien kuin päätösten osalta. Myös Lahti (2006, 2) toteaa pitkän työkokemuksen lisäävän sairaanhoidtajien ammatillista pätevyyttä. Visakorven (2002) mukaan kotisairaaloiminnan onnistuminen edellyttää ammattitaitoista ja riittävän työkokemuksen omaavaa henkilökuntaa.

Tuloksista selvisi sairaanhoidtajien ja ensihoitajien ammatillinen vahvuus hoitaa potilasta kotona. Tulokset osoittivat myös asiakkaan kohtaamisen olevan sekä sairaanhoidtajille että ensihoitajille tärkeä taito, jolla potilaan vointia lähdettiin arvioimaan. Potilaan voinnin arvioinnin lisäksi vahvuudeksi osoittautui erilaisten ihmisten kanssa työskentely; kommunikointi ja keskustelu. Potilaan kotiin meneminen ymmärrettiin asiaksi, jota tuli kunnioittaa. Visakorpi (2002) tuo esille, että kotisairaalassa työskentelevän henkilön tulee olla erityisen hienotunteinen, koska kotisairaala työntekijä on vieraana asiakkaan kodissa. Lahti (2006, 61) osoittaa tutkimuksessaan sairaanhoidtajien mieltävän parhaimmaksi osaamisalueekseen potilaan tarkkailun sekä erittäin hyväksi potilaan voinnin selvittämisen ja tarvittavan asiantuntija-avun järjestämisen. Myös kotisairaalapilottihankkeen tutkimustuloksista selvisi sairaanhoidtajien ja ensihoitajien valmius asiantuntijakonsultointiin tarvittaessa.

Kliinistä osaamista käsittelevistä tuloksista ilmeni sairaanhoitajien tarve kanylointikoulutukseen sekä ensihoitajien osalta tarve ohjeistukselle kanyyliä ympäröivän ihon kunnon seuraamiseen. Tuloksista voidaan olettaa kanyloinnin olleen ensihoitajille tutumpi työtehtävä, sairaanhoitajille taas kanyyliä ympäröivän ihon kunnon seuranta oli tutumpaa. Kotisairaalatyöskentelyn perehdytykseen voitaisiin sisällyttää kanylointikoulutus kaikille kotisairaalaissa työskenteleville. Tutkimustuloksista ilmeni kotisairaalatyöskentelyn mahdollistavan oman ammattitaidon kehittämisen ja työnkuvan monipuolistamisen myös jatkossa. Kotisairaalapilottihankkeen myötä ihmisten tietoisuus ensihoitajien työnkuvasta ja monipuolisesta osaamisesta tuli näkyväksi. Myös Vahlan (2014) mukaan ensihoitajien työ on kehittynyt vuosien kuluessa. Ensihoitajan työ ei enää tarkoita ambulanssilla asiakkaan luokse kiirehtimistä, potilaan ottamista paareille ja kiidättämistä sairaalaan. Ensihoitajia koskevat tietyt hoitovälitteet, heillä on mukanaan hoitovälineitä ja tietty määrä lääkkeitä. Ensihoitoa toteuttavilla hoitajilla tulee olla mahdollisuus antaa tehostetun hoidon tasoista hoitoa potilaalle sairaalan ulkopuolella. Etenkin pitkien välimatkojen aikana ensihoitajilta vaaditaan potilaan tarkkailun ja hoidon osaamista.

Sairaanhoitajan ja ensihoitajan ammateissa toimimista säädellään laeilla, asetuksilla ja direktiiveillä sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Lisäksi työskentelyssä korostuvat eettiset ohjeet. Kaikilla näillä on tarkoitus turvata potilasturvallisuus. (Ruuskanen 2011, 90, 91.) Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollon toimijoiden periaatteita ja toimintoja, joilla suojataan potilasta vahingoittumasta sekä taataan hoidon turvallisuus (THL 2014). Visakorpi on myös todennut hyvän kotisairaaloiminnan vaatimuksiksi ja edellytyksiksi asiakkaan turvallisuuden ja turvallisuudentunteen (Visakorpi 2002, 94). Tuloksista selvisi, että potilasturvallisuus miellettiin tärkeäksi kotisairaalapilottihankkeessa. Tämä ilmeni esimerkiksi oman osaamisen arviointina ja vastuunrajojen tuntemisena.

7.3 Johtopäätökset ja kehitysideat

Kotisairaala-ideologian ollessa Suomessa verrattain tuore, on tärkeää että toimintamalli on hyvin suunniteltu ja toteutuskelpoinen. Uusien pilottihankkeiden suunnittelussa tulisi aina huomioida ja määrittää tarkasti hankkeen aloitusajankohta. Asiakskriteeristöjen selkeä määrittely on edellytys toimivan kotisairaala-asiakassuhteen syntymiselle, mutta myös lähettävälle yksikölle ja hoitoa toteuttavalle organisaatiolle. Kotisairaalahoidon toteuttajien näkökulmasta organisaation tuella on tärkeä merkitys potilaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistumisessa. Sairaalasaisen hoidon vieminen asiakkaan kotiin mahdollistaa hoitohenkilökunnalle monipuolisen ja haastavan työnkuvan ja edellyttää itsenäistä kokonaishoidon hallintaa, koordinoitavuutta, hoidon vaikuttavuuden arvioinnin osaamista sekä moniammatillisen osaamisen hyödyntämistä. Lisäksi kotiin viety sairaalasainen hoito vaatii hoitohenkilökunnalta ammatillista herkkyyttä kunnioittaa asiakkaan elinympäristöä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kotisairaalatyöskentelyssä korostuu organisaation johdolle kuuluvien tehtävien merkitys soveltuvan henkilöstön rekrytoinnissa, perehdytyksessä sekä ammatillisen täydennyskoulutuksen järjestämisessä.

Rekrytoinnissa tulisikin huomioida työntekijän itsenäisen työskentelyn valmiudet, myönteinen asenne sekä halu jakaa omaa asiantuntijuuttaan. Lisäksi tärkeää on, että työntekijä on avoin oppimaan uut-

ta yksilötasolla ja vuorovaikutuksessa työyhteisön jäsenten kanssa. Täydennyskoulutuksen osalta kotisairaalatyöskentelyssä tulisi huomioida kotisairaallalle tyypillisten sairauksien hoitoon liittyvät olennaiset asiat, esimerkiksi täsmätiedot hoidettavavasta sairaudesta, lääkehoidosta ja mahdollisista komplikaatioista sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnista. Kotisairaalatyöskentelystä kertova käsikirja tyypillisimmistä kotisairaalassa hoidettavista sairauksista, tyypillisimmistä lääkkeistä ja niiden käytönkuntoon saattamisesta sekä muista tärkeistä kotisairaalan liittyvistä asioista voisi tulevaisuudessa olla yksi työskentelyä helpottava tekijä.

Potilasturvallisuus on yksi kotisairaalatyöskentelyä ohjaava tekijä. Kotisairaalassa työskentelevän hoitohenkilöstön on tunnettava asiakkaan hoitopolkua sekä sairaushistoriaa täsmällisen kotisairaalahoitosuunnitelman lisäksi. Tietojen olisi hyvä olla asiakkaan kotona kaikkien hoitoa toteuttavien henkilöiden saatavilla. Asiakkaan valitessa vapaaehtoisesti hoidon kotisairaalassa, hän täyttää myös kotisairaala-asiakaskriteerit. Tällöin hän kykenee huomioimaan tietoturvaan liittyvät asiat ja huolehtimaan tietoturvan toteutumisesta säilyttämällä oman potilaskansion huolellisesti. Potilaskansion ollessa saatavilla asiakkaan kotona, potilasturvallisuus lisääntyy, ellei yhteistä sähköistä potilastietojärjestelmää ole käytössä. On kuitenkin syytä pohtia myös kotisairaaloiminnan mahdollisesti laajentumisesta, kuinka paljon asiakasta voidaan vastuuttaa oman hoidon toteutumisesta? Entä omaisia?

Kotisairaaloiminnan yhteistyön toimivuuden kannalta yhteiset toimitilat helpottaisivat mm. tiedonkulkua kotisairaala-asiakkaista, yhteisten koulutusten järjestämistä ja kotisairaaloimintamallin jatkuvaa kehittämistä. Yhteisten toimitilojen ansiosta toisen ammattiryhmän erikoisosaamisen hyödyntäminen oman ammattitaidon kehittämisessä olisi luontevampaa.

Opinnäytetyön tutkimustulokset tuottivat tietoa kotisairaalassa työskentelystä ja kotisairaaloimintamallin toimivuudesta palveluntarjoajan näkökulmasta. Palveluntarjoajan eri toimijoiden yhteistyö tehtiin näkyväksi, jolloin sekä onnistumiset että haasteet voidaan huomioida toimintaa kehitettäessä. Lisäksi tulokset antavat hyödyllistä tietoa, millaista ammatillista osaamista hoitohenkilökunnalta vaaditaan kotisairaalatyöskentelyssä. Tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi kotisairaaloiminnan markkinoinnissa, lisäämällä tietoisuutta terveydenhuollon eri organisaatioissa ja asiakkaiden keskuudessa, erityisesti kotisairaala-asiakkaiden asikastyytyväisyydestä kannattaa tiedottaa. Tuloksista on hyötyä myös henkilöstöä kotisairaalaan rekrytoitaessa.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Mielenkiintoista olisi selvittää, kuinka hyvin kotisairaaloiminta tunnetaan jatkohoito - mahdollisuutena eri lähettävien yksiköiden keskuudessa Kuopiossa. Myös kotisairaala-asiakkaiden kokemuksia olisi hyvä kartoittaa, jotta palvelun laatua ja hoidon vaikuttavuutta voidaan kehittää. Omaisten rooli kotisairaala-asiakkaan hoidossa on merkittävä, joten myös heidän kokemuksiaan tulisi selvittää. Tällöin kotisairaala-asiakkaan hoidon kuormittavuus omaisten näkökulmasta tulisi esille.

7.5 Opinnäytetyö oppimisen prosessina

Opinnäytetyöprosessin suurin anti on ollut yhteistyö opiskelijakollegan kanssa. Yhteinen tavoite, samankaltainen työskentelytapa ja periksiantamattomuus ovat johdonmukaisesti vieneet meitä tutkijoi- ta eteenpäin prosessin edetessä. Yhteinen, nopeampoinen ajattelutapa on tehokkaasti edistänyt työskentelyä. Vauhdin kiihtyessä, aikaansaannoksia on pitänyt osata katsoa kriittisesti ja hioa työtä yhä uudelleen ja uudelleen. Haasteiden ja eriävien mielipiteiden esiintyessä, olemme keskustelemal- la päässeet nopeasti yhteiseen onnistuneeseen lopputulokseen. Molempien työ- ja elämäkokemus sekä voimakas persoonallisuus ovat näkyneet opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa niin toisillemme kuin myös opinnäytetyöpajan opettajille ja opiskelijakollegoille, omaa ohjaavaa opettajaamme unoh- tamatta.

Opinnäytetyön aiheen mielenkiintoisuus ja ainutlaatuisuus ovat pitäneet yllä omaa intoa opinnäyte- työtä kohtaan. Aiheen myötä, myös oma kiinnostus asiakkaan kotona toteutettavasta hoidosta on li- sääntynyt. Tutkimuksen tekeminen on opettanut tiedonhakua ja kriittisyyttä hakea olennainen ja oi- kea tutkimustieto. Tutkimusmenetelmänä haastattelututkimus tuli tutuksi ja oli mielekäs kokemus. Tieteellisen tekstin kirjoittajina taitomme ovat kehittyneet entisestään.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa on ollut mielekästä ja toiminut erinomaisesti koko prosessin ajan. Erityisesti toimeksiantajan kiinnostus opinnäytetyötä kohtaan sekä kannustava suhtautuminen ovat pitäneet yllä tutkimuksellista otetta ja muistuttanut opinnäytetyön tulosten hyödyttävän myös muita, kuin meitä opiskelijoita.

LÄHTEET

ALASUUTARI, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino Oy

CASTRÉN, Johanna 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. [Viitattu 2014-02-15]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66407/978-951-44-7519-1.pdf?sequence=1>

ELORANTA, Sini ja KUUSELA, Marja 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin oppinäytetöihin. Tutkiva hoitotyö. Vol. 9 (3), 2011.7, 4-13.

GYNTHER, Mervi 2011. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Vuosi 2011. Väitöskirjat. Gynther Mervi. Tehokas tiimityö ja sen edellytykset. Tiivistelmä sivu 50. Haastattelututkimus kotisairaanhoidossa. Toukokuu 2011. [Viitattu 2014-02-15.] Saatavissa: http://www.uef.fi/documents/1009628/1802886/Tiivistelmat_2011.pdf/1de313e0-4a00-457c-ae16-3f60806fc721

HALONEN, Marita 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito – asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

HAMSTRÖM, Niina 2009. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys päiväkirurgisessa hoitotyössä. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Sijainti: Itä Suomen yliopistokirjasto.

HILDÉN, Raija 1999. Tampereen Yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja. TamPub julkaisuarkisto. Tiivistelmä. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. [Viitattu 2014-02-15]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66720>

HELOVUO, Arto 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Sairaanhoidaja 2/2012, 25-26.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Kirjayhtymä Oy

HÄGG, Tina, RANTIO, Merja, SUIKKI, VUORI, Anne & IVANOFF-LAHTELA, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

ISOHERRANEN, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

ISOHERRANEN, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-02-20]. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1

ISOHERRANEN, Kaarina, REKOLA, Leena ja NURMINEN, Raija 2008. Enemmän yhdessä, moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

JANHONEN, Minna 2010. Tiedon jakaminen tiimityössä. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 39. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-01-22]. Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/tyo_ja_ihminen/Documents/TR39_Tiedon_jakaminen_tiimityossa_www.pdf

JANHONEN, Sirpa ja NIKKONEN, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

KANANOJA, Aulikki 2012-09-06. Etiikka sosiaali- ja terveysalan yhteistyössä. Asiakas ja potilasturvallisuus ammattieettisenä haasteena [verkkajulkaisu]. ETENEn, Lääkäriliiton, Talentian ja Tehyn seminaari Helsinki. [Viitattu 2014-02-17.] Saatavissa:

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=269329&name=DLFE-4406.pdf

KUOPPAMÄKI, Ritva 2008. Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä. Tieto- ja viestintäteknikan erikoistumisopintojen vaikuttavuus terveysalalla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos. [Viitattu 2014-02-15.] Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67845/978-951-44-7318-0.pdf?sequence=1>

KUOPION KAUPUNKI, PERUSTURVA- JA TERVEYSLAUTAKUNTA 2013-03-19. Pöytäkirja 19.3.2013. [Viitattu 2013-10-02]. Saatavissa: <http://kuopio02.hosting.documenta.fi/kokous/2013223219.PDF>

KUOPION KOTISAIRAALAN PILOTOINTIRAPORTTI 2013-10-08. Kuopion kaupunki. Terveystieteiden palvelualue. Kotiutusyksikkö/ Tuula Muonen.

LAHTI, Aija 2006. Sairaanhoidajan ammattipätevyys kotihoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Itä Suomen yliopistokirjasto.

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. 28.6.1994/559 17 §. Finlex lainsäädäntö. [Viitattu 2014-02-13]. Saatavissa:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveysalan*#L3P17](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search[type]=pika&search[pika]=terveysalan*#L3P17)

MUHONEN, Tuula 2012. Osastonhoitaja. Kotiutusyksikön toiminnan kehittäminen kotisairaala toiminnan vaatimuksiin. Savonia-ammattikorkeakoulu. Terveysala. Kehittämistyö.

MUHONEN, Tuula. 2013-05-10. Osastonhoitaja. [Aloituspalaveri]. Kuopio. Kuopion kaupungin kotiutusyksikkö.

NEUVONEN, Tuulevi ja UOSUKAINEN, Leena 2014. Muutos haastaa johtajuuden. Sairaanhoidajaliitto [verkkosivu]. [Viitattu 2014-03-13]. Saatavissa:

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/muutos_haastaa_johtajuuden/

OHJEISTUS KOTISAIRAALATOIMINNASTA 2013. Kuopion kaupunki. Hallinnollinen ohje. Terveydenhuollon palvelualue. Sairaanhoidajapalvelut/ Yl Tuija Jääskeläinen.

OPM 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-10-02]. Saatavissa:

http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2009/Tutkintojen_kansallinen_viitekehys.html

OPM 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-01-31]. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

OTTELA, Elina 2011. Organisaatioviestintä osaamisen kehittäjänä terveydenhuoltoalalla. Tampere: Tampereen yliopisto, johtamistieteiden laitos. Pro gradu tutkielma.

[Viitattu 2014-01-22.] Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82340/gradu04876.pdf?sequence=1>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPUOLUSTUS. Ensihoitopalveluiden järjestäminen 2013-08-22. [Verkkosivu]. [Viitattu 2013-10-02]. Saatavissa:

<http://www.pssh.fi/index.asp?link=6359.14669&language=1>

PONNIKAS, Jouni ja KORHONEN, Sirpa 2004. Kotisairaalan verkostot -hankkeen ulkoinen arviointi. Oulun yliopisto. Kajaanin Kehittämiskeskus. Aikuiskoulutus- ja aluekehitysyksikkö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa:

http://www.kajaaninyliopistokeskus.oulu.fi/julkaisut/workingpapers/KotisairaalanVerkostot_WP_49.pdf

PUUSA, Anu ja JUUTI, Pauli 2011. Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Johtamistaidon opisto.

PÖLKKI, Tarja 2011. Yhteistyön edellytykset terveydenhuollossa ja tutkimuksessa. Pääkirjoitus. Tutkiva hoitotyö. Vol.9 (3), 2011. 3.

ROIVAS, Marianne ja KARJALAINEN, Anna Liisa 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden viestintä. Edita Publishing Oy.

RUUSKANEN, Inkeri 2011. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Koulutuksesta työelämään. Vastavalmistunut sairaanhoidaja asiantuntijana. 84-98. Helsinki: Fioca Oy

SAARANEN-KAUPPINEN ja PUUSNIEKKA. KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietokirjoitus. Menetelmäopetuksen tietovaranto.[Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2013-10-02]. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

SILÉN-LIPPONEN, Marja 2005. Teamwork in operating room nursing. Conceptual Perspective and Finnish, British and American Nurses' and Nursing Students' Experiences. Department of Nursing Science. University of Kuopio. [Viitattu 2014-03-16]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0074-3/urn_isbn_951-27-0074-3.pdf

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ, tiedote 432/2010. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2013-10-02]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1548738#fi>

TERVEYDENHUOLTOLAKI 30.12.2010/1326 25 §. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2014-02-17]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2014. Mitä on potilasturvallisuus? [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-03-26]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

TILASTOKESKUS. Käsitteet ja määritelmät. Tiimityö. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-01-22]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html>

TUOMI, Jouni ja SARA-JÄRVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

TYÖTERVEYSLAITOS. Osallistava kehittäminen 2011-05-20. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-03-13]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/muutoksen_hallinta_ja_kehittaminen/osallistava_kehittaminen/sivut/default.aspx

VAHLA, Lilli 2014. Ensihoitaja on akuutin hoidon asiantuntija. Sairaanhoidajaliitto [verkkosivu]. [Viitattu 2014-03-26]. Saatavissa: https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajaliitto/8_2008/ajankohtaikirjoitus/ensihoitaja_on_akuutin_hoidon_as/

VISAKORPI, Päivi 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon- ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

VÄISÄNEN, Timo 2007. Moniammatillinen tiimityö ja johtaminen. Tampereen yliopisto, johtamistieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

WHO. WHO:n yhdeksän ehdotusta potilasturvallisuuden parantamiseksi. [Verkojulkaisu]
[Viitattu 2014-02-15.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9e81e0f1-154a-4b86-93b6-8ecb84066619>

LIITE 1: TUTKIMUSLUPA/KUOPION KAUPUNKI



Kuopion kaupunki

Sairaalapalvelut
ylilääkäri

Päätöspöytäkirja

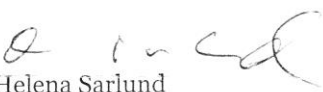
27.8.2013

1 (1)
Tehtävä 13.00.00
Asianro 6489/2013

Muut asiat 7 § / 2013

Tutkimuslupa / Kuopion kaupungin kotisairaалassa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien ammatilliset valmiudet ja yhteistyön toimivuus pilottihankkeessa

Selostus ja perustelu	Sairaanhoitajaopiskelijat Elvi Miettinen ja Tiia Kallio Savonian ammattikorkeakoulusta hakevat opinnäytetyötensä varten tutkimuslupa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kuopion kaupungin kotisairaалassa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien ammatillisia valmiuksia ja yhteistyön toimivuutta pilottihankkeessa.
Päätös	Myönnän haetun tutkimusluvan Savonian ammattikorkeakoulun opiskelijoille Elvi Miettiselle ja Tiia Kalliolla ehdolla, että yksi kappale valmistuvasta kirjallisesta työstä luovutetaan maksutta Kuopion kaupungin terveydenhuollon palvelualueen käyttöön.
Toimivallan peruste	Perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueiden toimintasäntö § 3.


Helena Sarlund
vs. ylilääkäri

Postiosoite |
Käyntiosoite
Laskutusosoite |

Puhelin
Faksi
Laskutustunnus

www.kuopio.fi
etunimi.sukunimi(at)kuopio.fi

LIITE 2: ENNAKKOKIRJE HAASTATTELUUN OSALLISTUVILLE

Hyvä vastaanottaja,

Olemme Savonia AMK:n sairaanhoitajaopiskelijoita ja tutkimme opinnäytetyönämme Kuopion kaupungin kotisairaala pilottihankkeen toimintaa.

Työmme tarkoituksena on selvittää Kuopion kaupungin kotisairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuutta ja ammatillisia valmiuksia pilottihankkeessa. Tutkimuksessa selvitetään myös millaista vertaisoppimista sairaanhoitajien ja ensihoitajien kesken on tapahtunut, sekä millaisia uusia hoitokäytäntöjä on opittu moniammatillisen yhteistyön tuloksena.

Aikaisempaa tutkimusta palveluntarjoajien näkökulmasta ei ole, joten osallistumisellasi ja mielipiteilläsi on suuri vaikutus siihen, miten toimintaa voidaan jatkossa kehittää.

Tutkimus suoritetaan ryhmähaastattelututkimuksena. Haastattelu järjestetään työajalla omalla työpaikallanne ja haastattelut tullaan nauhoittamaan. Nauhoitteet ja tekemämme muistiinpanot jäävät ainoastaan tutkijoiden käyttöön aineiston analysoimista varten. Nauhoitteet tullaan hävittämään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimukseen osallistuneiden henkilötiedot eivät tule esille tutkimustuloksissa ja osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista.

Ohessa tutustumista varten teemat, joista haastattelutilanteessa toivomme teidän keskustelevan. Haastattelupäivänä keräämme vielä kirjallisen suostumuksen ryhmähaastatteluun osallistumisesta.

Kiitos yhteistyöstä!

Terveisin

Tiia Kallio & Elvi Miettinen

Sairanhoitajaopiskelijat
Savonia AMK

LIITE 3: RYHMÄHAASTATTELURUNKO HAASTATTELUUN OSALLISTUVILLE**Kuopion kaupungin kotisairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet pilottihankkeessa****RYHMÄHAASTATTELURUNKO****KOTISAIRAALA PILOTTIHANKE**

- Millaisia ajatuksia pilottihanke herätti?
- Miten olet voinut vaikuttaa hankkeen toteuttamiseen?
- Miten asiakkaat ovat suhtautuneet kotisairaaloimintaan?
- Millaisia mahdollisuuksia näet kotisairaaloiminnassa?

YHTEISTYÖN TOIMIVUUS

- Mitä yhteistyötä oli ennen pilottihankkeen alkua?
- Mitä kotisairaaloiminnan moniammatillinen yhteistyö on?

AMMATILLISET VALMIUDET

- Mitkä olivat ammatilliset vahvuutesi pilottihankkeen käynnistyessä?
- Millaista koulutusta olisi pitänyt olla?
- Millaista vertaisoppimista olet havainnut pilottihankkeen myötä?

LIITE 4: SUOSTUMUSLOMAKE 1

Pohjois-Savon pelastuslaitos ensihoitajat 19.9.2013

Ryhmähaastattelu

Suostun ryhmähaastattelututkimukseen, joka koskee kotisairaala pilottihanketta. Henkilötietoni eivät tule esille tutkimustuloksista.

Allekirjoitus

Työkokemukseni ensihoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

Allekirjoitus

Työkokemukseni ensihoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

LIITE 5: SUOSTUMUSLOMAKE 2

Kuopion kaupunki kotiutusyksikkö sairaanhoitajat 23.9.2013

Ryhmähaastattelu

Suostun ryhmähaastattelututkimukseen, joka koskee kotisairaala pilottihanketta. Henkilötietoni eivät tule esille tutkimustuloksista.

Allekirjoitus

Työkokemukseni sairaanhoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

Allekirjoitus

Työkokemukseni sairaanhoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

Allekirjoitus

Työkokemukseni sairaanhoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

Allekirjoitus

Työkokemukseni sairaanhoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

LIITE 6: SUOSTUMUSLOMAKE 3

Pohjois-Savon pelastuslaitos ensihoitajat 25.9.2013

Ryhmähaastattelu

Suostun ryhmähaastattelututkimukseen, joka koskee kotisairaala pilottihanketta. Henkilötietoni eivät tule esille tutkimustuloksista.

Allekirjoitus

Työkokemukseni ensihoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

Allekirjoitus

Työkokemukseni ensihoitajana _____ vuotta

Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla _____ vuotta

LIITE 7: OTE SISÄLLÖNANALYYSISTÄ

