

Venla Vänskä, Ayan Roble ja Atta Seppälä

Perhe ensin

-Kohti kokonaisvaltaisempaa perhehoitotyötä ja tuen antamista lasten kotisairaalatoiminnassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

22.11.2013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Venla Vänskä, Ayan Roble, Atta Seppälä Perhe ensin- Kohti kokonaisvaltaisempaa perhehoitotyötä ja tuen antamista kotisairaaloiminnassa 63 sivua + 2 liitettä 22.11.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	Marjatta Kelo
<p>Opinnäytetyömme tarkastelee kotisairaaloimintaa perhehoitotyön, tuen antamisen ja voimaantumisen näkökulmista. Työmme on osa Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hanketta, jonka tarkoituksena on tuottaa lasten erikoissairaanhoidon liittyviä kehittämistöitä. Työssämme nostamme esille teoretietoon peilaten kehittämissuhteita kotisairaaloimintaan asiantuntijakonsultaatioiden kautta.</p> <p>Opinnäytetyömme koostuu perhehoitotyön, tuen antamisen ja voimaantumisen teoriapohjasta, kehittämistyön määrittelystä sekä asiantuntijakonsultaatioiden toteuttamisesta, joiden tarkoituksena on tuottaa kehittämissuhteita ja uusia mahdollisuuksia perhehoitotyön ja tuen antamisen toteuttamiseen kotisairaaloiminnassa. Näkökulmaksemme valitsimme sairaanhoitajan työskentelyn kotisairaaloiminnassa. Näin ollen kokemuksellinen tieto koostuu kotisairaaloiminnassa työskentelevien sairaanhoitajien näkökannoista perhehoitotyön ja tuen antamisen toteutumiseen sekä sisältää itsessään myös kehittämissuhteita toiminnan parantamiseksi.</p> <p>Asiantuntijakonsultaatioista saatu käytännön tieto sekä tieteellinen tieto nivoutuvat työssämme yhteen ja niiden perusteella esittelemme kehittämissuhteita. Asiantuntijakonsultaatiot koostuvat kolmesta erillisestä tapaamiskerrasta kotisairaaloiminnan edustajien kanssa. Ensimmäisellä ja toisella tapaamiskerralla konsultoimme kotisairaaloiminnan osastonhoitajaa, kolmannella tapaamiskerralla asiantuntijakonsultaatioissa olivat läsnä kolme kotisairaaloiminnassa työskentelevää sairaanhoitajaa, jotka vastasivat kaikki samanaikaisesti kysymyksiin. Tuotimme asiantuntijakonsultaatioista synteessin, jota peilalsimme keräämämme teoretietoon. Lähestyimme valitsemaamme aihetta kehittämistyön lähtökohdista.</p> <p>Työmme tarkoituksena on lasten kotisairaaloiminnan kehittämistä perhehoitotyön ja tuen antamisen näkökulmasta. Tavoitteenamme on nostaa käytännön työn ja teoretiedon integraatiosta konkreettisia, käytäntöön helposti liitettäviä kehittämissuhteita.</p>	
Avainsanat	Perhehoitotyö, kehittämistyö, tuen antaminen, kotisairaala, voimaantuminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Venla Vänskä, Atta Seppälä, Ayan Roble Family first- Towards more holistic family nursing and support in child home care 63 pages + 2 appendices 22.11.2013
Degree	Bachelor of Health care
Degree Programme	Nursing and Health care
Instructor(s)	Marjatta Kelo
<p>This thesis, which is part of the Future in special care of children project, explores child home care in terms of family nursing, support, and empowerment. We present the theory behind family nursing and its different forms of support and empowerment. We then use this theory to examine child home care in detail. The next phase of our thesis involved consultations with nurses working in child home care circumstances.</p> <p>Data collected from these interviews is then compared to existing family nursing theory. By combining new and existing data, we created practical ideas of development that could be directly used to enhance the family nursing practicing the child home care unit in general.</p> <p>We consulted nurses working in child home care units at three separate meetings. The first and second meetings involved consultations with the head nurse of a child home care unit. The third meeting involved consultations with three nurses working in the same unit. The nurses were consulted with and answered questions simultaneously. We produced a synthesis of consultations which is compared with the theory. Our work deals with the development approach and its ethics. The progress of stages is presented throughout the work.</p> <p>The main purpose of our work is to develop the child home care unit from the family supporting and family nursing perspective. Our goal is produce an integration between practical work and theory to be settled on practical work effortlessly.</p>	
Keywords	Family nursing, support, empowerment, child home care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kotisairaalatoiminta	3
2.1	Kotisairaalatoiminnan kehityskulku	3
2.2	Jorvin lasten kotisairaalatoiminnan yksikkö	4
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	7
4	Työtavat ja menetelmät	8
4.1	Kehittämistyön lähtökohdat	10
4.2	Kehittämistyön tarkoitus	12
4.3	Kehittämistyön prosessi	13
5	Tuen antaminen	15
5.1	Emotionaalinen tuki	16
5.2	Tiedollinen tuki	17
5.3	Sosiaalisen tuen määritelmä	18
5.4	Sosiaalinen tuki ja ammatillinen vuorovaikutus	19
6	Perhehoitotyö	21
6.1	Perhehoitotyön käsitteenmäärittelyä	22
6.2	Lasten hoitotyön näkökulma kotisairaalatoiminnassa	24
6.3	Perhe ja sairas lapsi hoitotyön asiakkaana	25
6.4	Perheen kohtaaminen	27
6.5	Hoitajan ja perheen välisestä vuorovaikutuksesta	28
6.6	Vanhempien jaksaminen	30
7	Voimaantuminen	32
7.1	Voimaantuminen käsitteenä	32
7.2	Voimaantuminen prosessina	33
7.3	Perheen voimaantuminen	35
8	Tulokset ja tuotos	38
8.1	Synteesi toteutetuista asiantuntijakonsultaatioista	39
8.2	Tuen antamisen kehittämisen näkökulma	40
8.2.1	Tuen tarpeen tunnistaminen	42

8.2.2	Tuen kanavoiminen	43
8.3	Perhehoitotyön näkökulma kehittämissä	43
8.3.1	Yksilöllinen ja kunnioittava perhehoitotyö	44
8.3.2	Hyvä ohjaus ja toimiva vuorovaikutus perhehoitotyön kannalta	45
8.4	Voimaantumisen merkitys kehittämissä	46
9	Kehittämissädotukset	48
10	Pohdinta	49
10.1	Hyödynnettävyys	50
10.2	Prosessin pohdinta	51
11	Lähteet	53
12	Liitteet	1

Liite 1. Kehittämissätyön avoimet kysymykset

Liite 2. Tiedonhaun kuvaus

1 Johdanto

Opinnäytetyömme aiheena on TuLe-hankkeeseen liittyvä kotisairaaloiminta, jota käsittelemme perhehoitotyön, tuen antamisen ja voimaantumisen lähtökohdista. Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa -hanke on Helsingin yliopistollisen keskussairaalan lasten erikoissairaanhoidon hanke, jonka tavoitteena on käsitellä lasten erikoissairaanhoidon tulevaisuutta Suomessa. Hankkeeseen liittyy olennaisena osana lasten erikoissairaanhoidon kehittämisen lisäksi toiminnan tarkastelu sen nykytilanteessa. TuLe-hankkeen tarkoituksena on kehittää uusia toimintamuotoja sekä parantaa potilaiden hoitopolkua sujuvammaksi. Samanaikaisesti tavoitteena on myös luoda paremmin hoitotarpeisiin vastaavia toimintakeinoja sekä lasten että perheen kannalta. Myös parempi ja toimivampi yhteistyö perheiden ja hoitotyön välillä nousee hankkeen kehittämishaasteeksi. (Salmela 2013.)

Kotisairaaloiminnan osalta olemme yhdessä kotisairaaloiminnan osastonhoitajan kanssa päätyneet myös aiheen määrittelyyn. Tavattuamme Jorvin sairaalan kotisairaaloiminnan osastonhoitajan Tarja Siivosen, tulimme siihen lopputulokseen, että opinnäytetyömme tulisi käsitellä kotisairaaloimintaa perhehoitotyön näkökulmasta (Asiantuntijakonsultaatio 1). Olemme valinneet näkökulmaksemme sairaanhoitajan työskenteilyn kotisairaaloiminnassa tuen antamisen ja perhehoitotyön kautta. Koska kotisairaaloiminta on tällä hetkellä kehitysvaiheessa, liittyy siihen paljon haasteita ja kehittymiskohteita.

Työelämän tarve opinnäytetyöllemme muodostui selkeäksi, ja toiveita aiheen valinnan suhteen esitettiin. Aihetta suunnitellessamme pohdimmekin, millaista perhehoitotyön osaamista sairaanhoitajalta kotisairaaloiminnassa vaaditaan. Aiheeksemme muodostui loppujen lopuksi kotisairaaloiminnan tarkastelu perhehoitotyön näkökulmasta: miten sairaanhoitajan tulisi huomioida perheen tuen ja tiedon tarve sekä ohjaukseen liittyvät tarpeet?

Toteutimme opinnäytetyömme perehtymällä ensin valitsemiemme aihealueiden tutkimustietoon ja teoriaan. Teoriaan perehdyttyämme laadimme avoimia kysymyksiä, joiden kautta toteutimme kaksi erillistä asiantuntijakonsultaatiota kotisairaaloiminnassa työskentelevien henkilöiden kanssa. Ensimmäisessä asiantuntijakonsultaatiossa kysymyksiimme vastasi Jorvin lasten kotisairaaloiminnan osastonhoitaja. Haimme uuden-

laista näkökulmaa käsittelemme kysymyksiin toisessa asiantuntijakonsultaatiossa, jossa konsultoimme kolmea kotisairaaloiminnassa työskentelevää sairaanhoitajaa. Konsultaatioiden jälkeen litteroimme toteutetut konsultaatiot ja perehdyimme niihin et-sien kehittämistyömme kannalta merkittäviä näkökohtia tutkimustietoon peilaten.

Työmme rakentuu kotisairaaloiminnan määrittelystä, opinnäytetyömme tarkoitusten ja tavoitteiden esittelystä, kehittämistyön määrittelystä ja teoriatiedosta, jonka olemme jakaneet työssämme edelleen omiin aihealueisiinsa. Toteutetut asiantuntijakonsultaatiot tuomme työssämme esille synteesisä tuloksien ja tuotoksien yhteydessä. Lopuksi esittelemme konkreettiset kehittämissuosituksemme sekä pohdimme työmme etiikkaa ja esimerkiksi hyödynnettävyyttä.

Kehittämissuosituksemme nousevat kyseisen tutkimustiedon ja käytännön tarpeen yhdessä luomasta kokonaisuudesta. Työssämme käsittelemme niin perhehoitotyön ja tuen antamisen toteutumista nykyhetkessä kotisairaaloiminnassa kuin myös kehittämissuosituksia, joilla pyrittäisiin yhä kokonaisvaltaisempaan tuen antamiseen ja perhehoitotyön toteutumiseen tulevaisuudessa, jotta perheet saisivat yhä kokonaisvaltaisempaa tukea ja ohjausta hoitaessaan sairasta lastaan kotona.

Tavoitteenamme tässä opinnäytetyössä on tuottaa vaivattomasti käytännössä toteutettavia toimintamalleja ja ehdotuksia, jotka ovat samanaikaisesti helposti lähestyttäviä ja ymmärrettäviä. Konkreettisenä tuotoksena opinnäytetyömme tarjoaa kehittämissuosituksia perhehoitotyön toteuttamiseen kotisairaaloiminnassa.

2 Kotisairaaloiminta

2.1 Kotisairaaloiminnan kehityskulku

Kotisairaaloiminta alkoi vuonna 1961 Ranskassa. Englannissa ja Yhdysvalloissa toiminta on alkanut hieman myöhemmin. Englannissa kotisairaaloiminta on lähinnä vain perusterveydenhuoltoa, kun taas Yhdysvalloissa ja Kanadassa käytetään kehittynyttä lääketieteellistä teknologiaa esimerkiksi nesteensiirtoja ja sytostaattihoidoja. (Visakorpi 2002: 12-14.)

Ensimmäinen kotisairaala Suomessa aloitti toimintansa vuonna 1995 Länsi-Uudenmaan aluesairaalassa Tammisaarella. Se alkoi kotisaira- ja erikoissairaanhoidon välimuotona. (Lähdeaho–Heino-Tolonen–Kuusela 2011: 15). Potilaiden yleisimmät diagnoosit olivat pahanlaatuiset taudit ja infektiosairaudet. Kuitenkin potilaita löytyi myös sairaalan kaikilta erikoisaloilta. Suomessa, kuten myös Ruotsissa, kotisairaaloiminta on sairaalajohtoista, kun taas Englannissa se on yleensä hoitajajohtoista. (Visakorpi 2002: 17.)

Suomessa kotisairaaloiminnan toimintamuodot ovat hyvin erilaisia. Osa hoitaa monien eri erikoisalojen potilaita sekä kaikenikäisiä, ja osa on keskittynyt tiettyihin diagnoosi- ja ikäryhmiin. Ruotsin tavoin Suomessa kotisairaaloiminta on jaettu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Useilla paikkakunnilla kotisairaaloiminta on perusterveydenhuoltoa, joka tekee tiivistä yhteistyötä muiden palvelujen kanssa kuten kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai kotihoidon kanssa. (Visakorpi 2002: 12-17.)

Suomessa lasten kotisairaaloiminta alkoi vasta 2000-luvulla. Toimintaa kehitettiin ajatuksesta, että lapsen paranemista ja perheen hyvinvointia ajatellen voisi olla kannattavaa, jos luotaisiin mahdollisuus siihen, että lapsi voisi jatkaa hoitoaan kotona, tutussa ja turvallisessa ympäristössä vanhempiensa tai muiden läheistensä hoivassa. Kotisairaaloiminnassa perhe osallistuu hoitoon, mikä edistää sekä lapsen, että perheen hyvinvointia. Potilaan ja perheen itsemääräämisoikeus toteutuu kotisairaaloiminnassa paremmin, sillä potilaat pystyvät olemaan päätöksenteossa aktiivisempia. (Lähdeaho ym. 2011: 16.)

Toimintaa aloitettaessa sen ajateltiin tulevan olemaan vähäkustanteista verrattuna sairaalahoitoon. Onnistunut kotisairaalahoito kuitenkin vaati kohderyhmien huolellista valintaa, suunnittelua ja perheen mahdollisimman perinpohjaista ohjausta lapsensa hoitoon. Kotona tapahtuvaan hoitoon valitaan lapsia, joiden sairauden kulku on ennustettavissa ja sairaus kunnolla diagnosoitu. Terveystilan tulee olla suhteellisen hyvä ja vakaa. Jos potilaan terveystila on niin huono, että hän tarvitsee esimerkiksi jatkuvaa monitoriseurantaa, ei häntä voida ottaa kotisairaanhoidon asiakkaaksi. Tällöin vaihtoehtoksi jää osastohoito, kunnes terveystilasta tulee vakaa. (Lähdeaho ym. 2011: 15.)

Hoito kotona on vanhempien vastuulla, joten se edellyttää, että aina joku perheen aikuisista on potilaan kanssa kotona. Jotta lapsen hoito pysyisi mahdollisimman laadukkaana, olisi hyvä jos mahdollisimman moni perheenjäsenistä olisi hoitokäyntien aikana paikalla. Sairaanhoidajan toimenkuvaan kuuluu myös perheen ohjaus hoitotyöhön ja jatkuva tiedon informointi lapsen hoitoon liittyvistä asioista. Sairaanhoidajan on myös luotava luottamuksellinen suhde potilaaseen ja häntä hoitaviin perheenjäseniin ja muihin omaisiin. Hänen tulee huolehtia, että vanhemmat pysyvät tärkeimmässä roolissa lasta hoidettaessa. Ovathan vanhemmat suurimmat asiantuntijat oman lapsensa tarpeiden tuntijoina. Sairaanhoidaja taas on suurimassa roolissa hoitotyön ammattitaitoisena asiantuntijana. (Hewitt-Taylor 2012: 28-35.)

Kotisairaalatoiminta on varsin tuntematonta Suomessa. Sitä harjoitetaan pääkaupunkiseudun lisäksi esimerkiksi Lappeenrannassa ja Vaasassa. Se toimii Helsingin yliopistollisen keskussairaalan alaisuudessa pilottihankkeena, jonka tarkoitus on selvittää, onko toiminnalle tarvetta. Myös kehityskohteita pyritään tuomaan esiin toimintaa kehitettäessä. Tällä hetkellä Jorvin lasten kotisairaalatoiminnan yksikkö koostuu kymmenestä hoitotiimistä, jotka vastaavat potilaidensa hoidosta. Toiminta sijoittuu sekä pitkäaikaishoidon että akuuttihoitoalaksi alaisuuteen. Hoitajat ovat kotisairaalassa käytettävissä ympäri vuorokauden. Kotisairaalan potilaiksi tullaan lähetteellä. Tämän jälkeen toiminta aloitetaan hoitosopimuksen perusteella. Kotisairaalatoiminta on myös samanaikaisesti avohoitoa, jossa potilaat ovat kotonaan. Tämä edellyttää sitä, että toinen vanhemmista kykenee olemaan kotona potilaan kanssa. (Asiantuntijakonsultaatio 1.)

2.2 Jorvin lasten kotisairaalatoiminnan yksikkö

Lasten kotisairaala on uutta pilottitoimintaa pääkaupunkiseudulla. Työmme tarkoituksena olisi kehittää lasten kotisairaalatoimintaa perhehoitotyön ja sairaanhoidajan osaa-

misvaatimuksien näkökulmasta. Tämä on kehittämisaiheena erittäin tarpeellinen, jotta toimintaa voidaan parantaa mahdollisimman joustavaksi, toimivaksi ja saumattomaksi.

Lasten kotisairaaloiminta on tulevaisuudessa todennäköisesti laajentuva toimintakäytäntö. Hoito tapahtuu kotona, täten se on lapselle erittäin suotava ja mielekäs hoitoympäristö; samanaikaisesti myös kustannustehokas. Myös perheet ovat kokeneet tämän toiminnan helpoksi ja toimivaksi, erityisesti pitkäaikaispotilaiden perheet. Koti koetaan hyväksi ympäristöksi, jossa perhe voi olla sairaan lapsen tukena kokoaikaisesti. (Asiantuntijakonsultaatio 1.)

Kotona tapahtuvaan hoitoon valitaan lapsia, joiden sairauden kulku on ennustettavissa ja sairaus kunnolla diagnosoitu. Terveystilan tulee olla suhteellisen hyvä ja vakaa. Jos potilaan terveystila on niin huono, että hän tarvitsee esimerkiksi jatkuvaa monitoriseurantaa, ei häntä voida ottaa kotisairaanhoidon asiakkaaksi. Tällöin vaihtoehtoksi jää osastohoito, kunnes vointi on stabiili. (Lähdeaho ym. 2011: 16.)

Pitkäaikaishoidon osa-alueella hoidetaan muun muassa potilaita, joilla on trakeostomiakanyyli. Näihin hoitorinkeihin kuuluvat työntekijät ovat pääasiassa tehtävään erikseen koulutettuja lähihoitajia, joiden taustat vaihtelevat. Akuuttihoiton puolella toimii lähinnä sairaanhoitajia, joita on erikseen koulutettu esimerkiksi ottamaan veri- ja kapillaarinäytteitä ja kanyloimaan lapsipotilaita. (Asiantuntijakonsultaatio 1, 2.)

Kotisairaalahoidon haasteiksi nousevatkin kenties lyhyet ja vaativat hoitosuhteet, joihin hoitohenkilökunnan on osaamisellaan vastattava. Työssämme keskitymmekin kotisairaaloiminnan akuuttiin osaan esille tulleen tarpeen vuoksi. Kotisairaalan potilaiksi tullaan usein päivystyksistä, lasten-osastoilta. Yleisimpiä potilasryhmiä ovat esimerkiksi sepsis- ja pyelonefriittipotilaat. Kuitenkin toiminnan ollessa pilottivaiheessa, on sen tulevaisuus vielä vaakalaudalla. (Asiantuntijakonsultaatio 1.)

2.3 Hoito kotona

Sairaanhoitaja käy kotikäynneillä sovittuina ajankohtina. Hän antaa tarvittavat lääkkeet ja suorittaa hoitotoimenpiteet. Samalla hän myös arvioi lapsen tilaa ja vointia. Mikäli lapsen vointi on huonontunut niin, ettei kotihoito tuota enää riittävää hoitovastetta, on hänellä aina paikka sairaalassa, jonne hän voi palata. Sairaanhoitajalle on annettu erilliset ohjeet osastolle siirtämisestä. Hänen ei tarvitse hakea erillisiä lupia, vaan voi siir-

tää potilaan suoraan sairaalaan ja päivystävä lääkäri arvioi tällöin tilanteen. Virka-aikana on myös mahdollista järjestää lääkärin kotikäynti, mikäli potilaan tila sitä vaatii. (Lähdeaho ym. 2011: 16.)

Kotisairaanhoidon piirissä työ vaatii sairaanhoitajalta riittävää työkokemusta, nopeaa päätöksentekokykyä, joustavuutta ja hyvää työtehtävien suunnittelukykyä. Haastetta lisää se, että hoitoympäristö on vaativa: työ tehdään potilaan kotona, jossa puitteet saattavat olla hyvinkin vaatimattomat ja työskentelytilat ahtaat. Sairaanhoitaja toimii kentällä yksin, joten ammattitaitoinen lisäapu on kaukana. (Asiantuntijakonsultaatio 1.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme ensisijainen tavoite on nostaa käytännön työn ja teorian tiedon integraatiosta konkreettisia, käytäntöön helposti liitettäviä kehittämissuhteita. Nämä kehittämissuhteet koskevat perhehoitotyötä ja tuen antamista lasten kotisairaala- ympäristössä. Kehittämissuhteisiimme tavoite on olla sairaanhoitajan toiminnan kannalta helposti lähestyttäviä ja perheen tarpeita palvelevia.

Opinnäytetyömme tarkoituksena nostaisimme sen, että työllämme edesauttaisimme lasten kotisairaala- toiminnan kehittymistä perhehoitotyön ja tuen antamisen näkökulmasta.

Työmme tarkoituksen kannalta keskeisemmäksi ajatuksena nousee sairaan lapsen edun toteutuminen. Pyrimme sairaanhoitajan perhekeskeisen ja tukea antavan työ- teen merkityksen esiintuomisen kautta parhaaseen mahdolliseen tulokseen sairaan lapsen kannalta. Perheyhteisön hyvinvoinnin tukeminen tuo voimavaroja myös lapsen kokonaisvaltaisemman hoidon toteuttamiseen, joka on yksi työmme avainajatuksista.

4 Työtavat ja menetelmät

Opinnäytetyömme aineisto koostuu tutkimustiedosta, joka käsittelee perhehoitotyön, tuen antamisen ja voimaantumisen käsitteitä. Tutkimustiedon käsitteiden määrittelyssä on huomioitu lasten kotisairaalan viitekehystä. Aineistoon sisältyy myös kotisairaалassa työskentelevien asiantuntijakonsultaatio. Asiantuntijakonsultaatioissa haastateltiin lasten kotisairaалatoiminnassa työskenteleviä sairaanhoitajia ja lisäksi yksikön osastonhoitajaa kehitystarpeiden ja näkökulmien esiintuomiseksi.

Opinnäytetyömme koostuu osaltaan aiheeseen liittyvän tutkimustiedon esittelystä sekä siihen liittyvästä työelämän kehitystarpeesta. Perhehoitotyön sekä tuen antamisen aihealueiden tarkastelemisen tarve on sidoksissa työelämän yhteyteen, asiantuntijakonsultaatioiden kautta. Tarkoituksena on peilata tutkimustietoa asiantuntijakonsultaatiosta esille nousevaan tietoon, lasten kotisairaalan käytännön toiminnasta, jotta voisimme löytää keinoja ja ymmärrystä toteuttaa kehittämistyötä. Tämän myötä esille nousevat kehittämistarpeet tuodaan työn lopputuloksessa käsittelyyn kehittämis ehdotusten muodossa.

Opinnäytetyömme on kehittämistyö. Tarkoituksenamme on kehittää lasten kotisairaалatoimintaa. Lasten akuutin kotisairaалatoiminnan ollessa pilottivaiheessa, kehittämiskohteita löytyy monia. Siksi keskitymmekin kehittämistyötä tehdessämme teorian tietomme viitekehukseen. Tarkoituksemme on hyödyntää asiantuntijakonsultaatiossa esille nousevia kehittämiskohteita, peilata ja vertailla niitä teorian tietoon ja löytää sitä kautta konkreettisia kehittämiskohteita. Kehittämistyössä on tärkeä havainnoida käytännöntyöstä esille nousevia puutteita, hakea tukea teoriasta ja sitä kautta löytää ratkaisuja työssä ilmeneviin ongelmiin ja saamaan muutosta aikaan. Tarkoituksena on siis etsiä erilaisia keinoja ottaa käyttöön uusia toimintatapoja, toimintamuotoja ja menetelmiä, sekä kehittää olemassa olevia käytäntöjä. Työntekijöiden kokemuksellisia ja tiedollisia voimavaroja tulisi myös hyödyntää, kehittämiseen pyrkiessä.

Toteutimme opinnäytetyötämme konsultoimalla akuutissa kotisairaалatoiminnassa toimivia sairaanhoitajia, joiden avulla toimimme esille kehittämistarpeita perhehoitotyön, tuen antamisen sekä voimaantumisen näkökulmasta. Konsultaatiokertoja oli kolme, ensimmäisellä kerralla tapasimme Jorvissa lasten kotisairaalan osastonhoitajaa. En-

simmäisen tapaamisen tarkoituksena oli keskustella lasten kotisairaaloiminnasta yleisesti sekä lasten kotisairaaloiminnan kehittämistarpeista ja opinnäytetyömme aiheenrajauksesta. Osastonhoitajan kanssa keskusteltassamme esille nousi, että kotisairaalaista tehdään tällä hetkellä muitakin opinnäytetöitä. Siitä syystä osastonhoitajan toiveena oli, että aiheemme rajattaisiin lasten kotisairaalan akuutin toiminnan alueeseen. Kehittämistarpeet taas tiivistyivät perhehoitotyön sekä tuen antamisen näkökulmiin.

Edetessämme opinnäytetyön teossa haimme teoretietoa, jotka käsittelevät perhehoitotyön, tuen antamisen ja voimaantumisen näkökulmaa sekä potilaan että hoitajan lähtökohdista. Tietoa haimme tunnetuimmista tietokannoista. Hyödynsimme käsihaun lisäksi muun muassa Cinahl-, Medic- ja PubMed -tietokannoista. Suurin osa aineistostamme on haettu käsihaun avulla.

Lähestyimme aihetta perhehoitotyön, sen käsitteen, perheen kohtaamisen, lasten hoitotyön sekä perheen jaksamisen näkökulmasta. Myös kotisairaaloiminnan kautta perhehoitotyötä käsiteltäessä tullaan siihen tulokseen, että kotisairaaloiminnassa tarve toimivalle perhehoitotyölle ja ohjausosaamiselle on erittäin suuri. Kotisairaalaympäristössä sairaanhoitaja toimii itsenäisesti perheen omassa ympäristössä, jolloin itsenäinen työote tuo omat haasteensa myös ohjaukselle ja toiminnan toteutukselle.

Tuen antamisen teoriassa käsittelemme aihetta tuen antamisen eri muotoja esiin nostamalla. Tuen antaminen on osoittautunut tärkeäksi käsitteeksi huomioon ottaen lasten kotisairaaloimintaa sairaanhoitajien työn näkökulmasta. Sen vuoksi käsittelemmekin tuen antamista laajalti. Tuomme teoriasta esille tuen antamista emotionaalisesti, tuen antamista tiedollisesti ja tuen antamista sosiaalisesti sekä näiden merkitystä lasten koti-sairaaloiminnassa.

Kolmantena tutkimustiedon valossa käsittelemme voimaantumisen merkitystä lasten kotisairaaloiminnassa. Voimaantumisen käsite, sen yhteys perheeseen sekä lasten kotisairaalan työntekijöiden toimintaan sekä lapsen kohtaamiseen on osoittautunut olevan sidoksissa hyvän hoitotyön toteuttamiseen lasten kotisairaaloiminnassa. Voimaantumisen aihealueesta nostammekin esille voimaantumisen käsitettä ja voimaantumisen prosessin kuvausta.

Toisessa asiantuntijakonsultaatiossa haastattelimme lasten kotisairaalan osastonhoitajaa. Haastattelu tehtiin Jorvin sairaalan lasten kotisairaaloiminnan yksikössä. Haas-

tattelussa käytimme strukturoitua kyselylomaketta (liite 1), jossa oli aihealueeseemme liittyviä avoimia kysymyksiä. Kysymykset oli kohdennettu niin, että saamme niiden kautta tietoomme mahdollisimman paljon tietoa liittyen lasten kotisairaalan kehittämisskohdista ja kehittämisideoista. Samalla halusimme saada selville kotisairaalassa työskentelevien työstä, ja heidän kohtaamista haasteista aihealueemme viitekehityksessä. Käytimme haastattelussa nauhuria, jotta haastattelu sujuisi mutkattomasti. Litteroimme haastattelun jälkeenpäin.

Kolmannessa asiantuntijakonsultaatiossa haastattelimme kolme lasten akuutin kotisairaalayksikön sairaanhoitajaa. Haastattelussa käytimme samoja avoimia kysymyksiä (liite 1), mitä käytimme myös toisessa asiantuntijakonsultaatiossa. Tarkoituksena oli tällä kertaa nostaa esille sairaanhoitaja työntekijöiden näkökulmaa käytännöstä. Saimme haastattelussa tarkempaa kuvaa käytännön kenttätöistä. Sairaanhoitajat haastateltiin samanaikaisesti, ja jokainen sai vastata kysymyksiin vapaamuotoisesti omasta näkökulmastaan. Käytimme tässäkin haastattelussa apuna nauhuria, jonka sisältöä litteroimme.

Haastattelujen litteroinnin jälkeen aloimme tehdä opinnäytetyömme varsinaista toteutusvaihetta. Käytimme haastattelutietoa ja teoretietoa apuna luonnostelemaan kehittämistyötä. Kehittämistyön lähtökohdista kuvaamme asiantuntijatieoa ja siitä esille nousevaa kokemuksellista tietoa ja peilaamme sitä tutkimustietoon. Peilaamisen myötä tarkoituksena on löytää kehittämiskohtia ja kehittämisideoita, jolla voimme työstää kehittämistyötämme. Näistä tietolähteistä lähdemme edelleen käsittelemään esiin nousevia kehitystarpeita pohjaten perustelumme teoretietoon ja asiantuntijakonsultaatioon ja samalla kiinnitämme ne selkeästi myös käytäntöön.

Aihetta tullaan käsittelemään myös yksikön resurssien ja voimavarojen näkökulmasta. Jotta tutkitun tiedon merkitys voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti, pohjaamme kehitystyömme kiinteästi tutkitun tiedon avulla ja asiantuntijakonsultaatioiden kautta käytäntöön.

4.1 Kehittämistyön lähtökohdat

Kehittämistyöllä pyritään tutkimustulosten avulla luomaan uusia ja entistä kattavampia palveluita, toimintamenetelmiä - ja välineitä. Kehittäminen voi olla sekä prosessi että tulos ja sen tarkoitus on edesauttaa muutosta parempaan suuntaan. Kehittämistyöllä

on aina todellinen tarve, johon pyritään vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla. Kehittämistä voidaan toteuttaa ilman tutkimustakin, mutta tutkimus ja kehittäminen tukevat toisiaan, sillä tutkimus tarjoaa usein perusteen toiminnalle ja näin onnistumisen mahdollisuudet paranevat. (Heikkilä–Jokinen–Nurmela 2008: 21–22.)

Sana ”tutkiva” viittaa tutkimukseen, toimintaan ja johonkin tapaan tai asennoitumiseen. Se voi olla termi, joka kuvaa yksittäistä ihmistä, ryhmää tai toimintatapaa. Se kuvaa myös tapaa, luonnetta tai halua, jonka myötä asioita kohdataan kriittisesti ja kyseenalaistaen. Asioille vaaditaan siis arvoja ja perusteluja sekä kritiikkiä, joka pitää sisällään ymmärryksen, arvostelukyvyn, erottelukyvyn sekä kannanoton asioihin.

Sana ”kehittäminen” taas kuvaa aktiivista toimintaa, jolla tavoitellaan muutosta ja kehittymistä. Kehittymisellä on aina jokin suunta, joka nähdään tavoiteltavaksi ja positiiviseksi. (Heikkilä ym. 2008: 22–23.)

Kehittämistyössä puhutaan usein tutkivasta kehittämisestä, joka sisältää edellä mainitut sisällöt sanoista ”tutkiva” ja ”kehittäminen”. Tutkiva kehittäminen kytkeytyy yleiseen tai yksilön tapaan tarkastella ja toimia tavalla, joka ymmärretään työskentelytavaksi. Tässä tavassa korostuvat tutkimuksen, tutkimustiedon tai tiedon tavoittelun merkitys, joilla on tärkeä rooli kehittämisen yhteydessä. Tutkiva kehittäminen sisältää ajatuksen myös kriittisestä arvioinnista kehittämistoimintaa, -tapaa, -kohdetta ja kehittämiseen osallistuvia ihmisiä kohtaan. (Heikkilä ym. 2008: 22–23.)

Kehittämistyön avulla etsitään keinoja ottaa käyttöön uusia toimintatapoja, menetelmiä ja toimintamuotoja sekä kehittää olemassa olevia käytäntöjä. Kohteina ovat ihmisten osaaminen ja heidän tehtäväkokonaisuudet ja työkuva, sekä sovellettavat työmenetelmät ja ohjeistukset. Kehittämistyössä hyödynnetään terveydenhuollon henkilöstön vuosien työkokemusta ja kehittämistoiminnan mukaan tuomaa kokemustietoa. Terveydenhuollon henkilöstö muuttavat kokemustiedon ja tutkimustiedon avulla toimintaympäristöään jollakin tavalla paremmaksi sekä osallistuvat itse sitoutujiksi ja toimijoiksi kehittämistyöhön. Kehittäessään ja reflektoidessaan toimintaansa terveydenhuollon henkilöstö antavat itselleen uusia oppimismahdollisuuksia ja sitä kautta voivat vaikuttaa toimintamalleihinsa. (Heikkilä ym. 2008: 55.)

Kehittämistyöhön liittyy olennaisesti myös sosiaalinen ulottuvuus ja yhteistoiminnallisuuden näkökulma. Terveydenhuollon henkilöstölle sekä yksiköille käytännön työn ke-

hittäminen on arkipäivää. Laadullisen kehittämistyön keskeisiä piirteitä ovat tavoitteellinen, suunnitelmallinen ja järjestelmällinen toiminta sekä toimintojen kriittinen arviointi. Onnistumisen edellytyksenä on tiivis yhteistyötoiminta, yhteiset päätökset sekä käytännön ja teorian välinen dialogi. Näiden toimintojen lisäksi aikaisemman kokemus- ja tutkimustiedon hyödyntäminen on osa laadukasta kehittämistyötä. Kehittämistyöhön ei aina kuulu tutkimusta, vaan se on enemmänkin käytännön kehittämistä, käytössä olevilla resursseilla. (Heikkilä ym. 2008: 56–57.)

Kehittämistyön lähestymistavassa on siis tutkimuksellisuutta ja siinä pyritään yhdistämään käytännön kokemuksellista tietoa ja teorian tietoa ja sitä kautta ratkaisemaan työssä ilmeneviä ongelmia ja saamaan muutosta aikaan. Työyhteisön tavoitteena tulisi olla kriittinen ote havainnoimaan toimintaympäristöään, tiedostamaan tarpeet muutokseen, ja myös pyrkiä muutosta kohti. (Paunonen–Vehviläinen-Julkunen 2006: 114–115.)

Kehittämistyötä usein kuvataan ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, johon kuuluu kysymysten muotoilua, teorian hyödyntämistä, tiedon esiintuomista, muutokseen pyrkimistä, uskallusta olla tuntemattomalla alueella, epävarmuuden kokemista ja yllättävien haasteiden ratkaisemista. Kehittämistyössä siihen vaikuttavat tekijät otetaan tavallista kattavammin ja suunnitelmallisemmin huomioon, jotta kehittämistyön tulokset ovat paremmin perusteltavissa. Tutkimuksellisuutta esiintyy kehittämistyössä siinä määrin että kehittäminen etenee järjestelmällisesti, analyyttisesti ja kriittisesti. Tähän kuuluu ymmärrys siitä, mitä tarkoitetaan teorian ja käytännön vuoropuhelulla. (Ojasalo–Moilanen–Ritalahti 2009: 21.)

4.2 Kehittämistyön tarkoitus

Kehittämistyön tarkoituksena olisi tyypillisesti kehitellä, luonnostella ja ottaa käyttöön uusia ratkaisuja. Kehittämistyössä ei vain selitetä tai kuvailla ratkaisuja, vaan ratkaisun tarkoituksena on tuoda esille mahdollisia parempia vaihtoehtoja ja viedä asioita eteenpäin käytännössä. Vaikka päätarkoitus tavoitteen asettelussa on usein siinä että pyritään saamaan aikaiseksi varsinainen kehittämistyö, niin tavoitteellista olisi myös tuottaa uutta tietoa käytännön työstä itsestään (Ojasalo ym. 2009: 19–20). Kehittämistyöstä saadut tulokset ja reflektoitu tieto tulisi pystyä myös vertailemaan teoria tietoon. Parhaimmassa tapauksessa kehittämistyössä kyetään luomaan uutta teoriaa käytäntöön. (Ojasalo ym. 2009: 22.)

Kehittämistyön keskeinen tarkoitus on olemassa olevien puutteiden havainnointi ja kyky löytää niihin ratkaisu, sekä varmistaa ideoiden ja ratkaisujen toteutettavuus. Sen vuoksi kehittämistyöhön liittyy olennaisesti toiminnallinen ja parannukseen pyrkivä ote asioihin. Kehittämistyötä ohjaavat tutkijoiden mukaan ensisijassa käytännöstä esille nousseet tavoitteet, eikä teoreettiset lähtökohdat. Käytännön tavoitteisiin haetaan sitten teoriasta tukea. Tulosten hyödyllisyys on taas vahvasti sidoksissa siihen kuinka niitä voidaan siirtää ja toteuttaa käytännön työssä. (Ojasalo ym. 2009: 20.)

4.3 Kehittämistyön prosessi

Kehittämistyön prosessissa keskeisintä on muutosten analyysi. Kehittämistyön prosessin tarkoituksena on auttaa työyhteisöä kehittämään pitkäjänteisesti toimintaansa. Prosessissa osallistujat analysoivat yhdessä, ajan myötä kehittyneitä toimintatapoja ja käytännön työn haasteita sekä hahmottelet toimintamalleja tulevaisuudelle. Kriittistä työtettä käyttäen prosessissa pyritään yhdistämään käytäntö ja teoria ja sitä kautta vaikuttamaan toimintaan. Pyrkimyksenä on samalla tukea toimijoita toiminnan hallitsemisessa sekä mahdollisten ristiriitojen tunnistamisessa. Kehittämistyössä tavoitteena on ymmärtää kulloisenkin työtoiminnan ongelmia, samalla tarjoten uusia näkökulmia työhön liittyvään itseymmärrykseen. Kehittämistyössä teoreettinen lähestymistapa etsii käytännön työstä toimintaelementtejä, elementtien sisäisiä sekä niiden välisiä ristiriitaisuuksia, joita voidaan hyödyntää oppimisen sekä muutoksen näkökulmasta. (Heikkinen–Rovio–Syrjälä 2008: 61–62.)

Kehittämistyön prosessissa lähdetään liikkeelle kehittämiskohteen tunnistamisesta, jonka kautta pyritään ymmärtämään siihen liittyvät tekijät ja konseptit. Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen etsitään tietoa mikä koskettaa sitä. Kehittämiskohteeseen liittyvää tietoa lähdetään hakemaan ensisijaisesti käytännöstä sekä tutustumalla ja syventymällä olemassa olevaan teorian tietoon. Kehittämistyöhön tarvittavat ensisijaiset työvälineet liittyvätkin tiedon hakemiseen. Tämän jälkeen koottu tieto työstetään niin, että se saa merkityksen suhteessa tehtävään kehittämistyöhön. (Ojasalo ym. 2009: 25.)

Kun tutkitaan kehittämiskohteen taustoja, saatetaan joutua tekemään erilaisia valintoja, riippuen siitä, että samaa aihetta käsittelevää tietoa, jotka jollain tapaa poikkeavat toi-

sistaan, löytyy mahdollisesti paljon. Sen vuoksi tämä vaatii kehittämistyön tekijöiltä kriittistä suhtautumista lukemaansa kohtaan. Se vaatii myös kyvykkyyttä tehdä erilaisia valintoja ja yhdistellä asioita asianmukaisesti. On tärkeää löytää keskeisiä näkökulmia joista edetä, ja joista on hyötyä kehittämistyön kannalta. Käsitejärjestelmän hyödyntäminen on yksi näkökulma, joka samalla tarjoaa selkeää jäsentelyä työn sisältöön. Käsitejärjestelmään tulisi sisällyttää keskeisiä käsitteitä ja määritellä niiden välisiä suhteita selkeästi. Tämän vaiheen jälkeen kuvataan varsinainen prosessi ja suunnitellaan lähestymistapoja sekä menetelmiä kehittämistyöhön liittyen. Lopuksi kehittämissuunnitelman toteutusvaiheessa toteutetaan itse suunnitelma ja jaetaan työn tulokset, jonka jälkeen arvioidaan miten työssä on onnistuttu. (Ojasalo ym. 2009: 23–26.)

Kehittämistyön toteuttamisvaiheessa käytetään erilaisia menetelmiä ja lähestymistapoja kun yritetään luoda uutta tietoa ja tuotosta. Keskeistä lähestymistavassa on se, että siinä tapahtuu oppimista, jonka vaikutukset yltävät koko työyhteisöön. Kehittämistyötä toteutettaessa pyritään siihen, että sen tuloksena syntyy joko hyödynnettävää tietoa tai jokin käytännönläheinen tuotos. Huolimatta siitä, oliko tuotos aineeton tai aineellinen, sen odotetaan olevan tarpeellinen ja sovellettava ja että sitä voitaisiin käyttää tai hyödyntää sekä arvioida käytännössä. Kehittämistyön tuotoksen on myös oltava kiinnostava terveydenhuoltoalan kehittämisen kannalta, ja tiedon sisällön on oltava hyödynnettävissä ja sisällytettävissä käytännön toimintaan. (Heikkilä ym. 2008: 109.)

Kehittämistyössä voidaan myös käyttää useita tutkimuksellista otetta. Erilaisten kehittämistyön tutkimuksellisten otteiden käyttämisen ideana on, että työn tulos olisi mahdollisimman eettinen ja luotettava. (Heikkilä ym. 2008: 109.)

5 Tuen antaminen

Olennaista lapsen hyvinvoinnille ja kehitykselle on se, että perheessä on henkilö tai henkilöitä, jotka ovat riittävän paljon läsnä ja pystyvät vastaamaan pienen lapsen tarpeisiin luotettavasti. Usein vanhemmat luottavat ja odottavat saavansa apua ammattilaisilta. He odottavat hoitajien osoittavan kiinnostusta koko perhettä kohtaan, luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta, selviytymiskeinojensa vahvistamista sekä kunnioitusta vanhemmuutta kohtaan. Vanhemmat tarvitsevat tietoa lapsen sairauteen liittyen, mutta myös emotionaalista tukea. Hoitajien on ymmärrettävä perheenjäsenten voimakkaat tunnereaktiot sekä uskallettava puuttua perheen tilanteeseen silloin, kun se on lapsen tai muiden perheenjäsenten hyvinvoinnin kannalta tarpeellista.

Valitsimme tuen antamisen näkökulman eri muotoineen käsiteltäväksi kehittämistyösämme, sillä näimme sen oleelliseksi seikaksi perheen kohtaamisessa perhehoitotyön teorian tuntemuksen rinnalla. Tuen eri muotoihin tutustumalla löydämme työkaluja perheen kokonaisvaltaisempaan kohtaamiseen ja tukemiseen kotisairaaloiminnassa, joka osaltaan palvelee kehittämistyömme tarkoituksellista laajemmassa mittakaavassa. Jotta sairaanhoitaja voisi kotisairaaloiminnassa kohdata perheen kokonaisvaltaisesti, itsenäisenä yhteisönään, tarvitsee hän tuntemusta ja tietoa myös tuen antamisen näkökulmasta.

Potilaan hyvän hoidon kannalta, olisi tärkeää ottaa myös koko perhe huomioon. Potilaan perhetilanteen tunteminen on hoidossa tärkeää, sillä yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheen terveyteen ja arkielämän sujumiseen.

Tuen antamisen määrä ja laatu ovat riippuvaisia potilaan sairauden kestosta, vakavuudesta, potilaan tilasta ja omaisten elämäntilanteesta. (Sorsa 2004: 17.)

Lapsen sairauden alkuvaiheessa on tärkeää antaa tietoa vanhemmille mm. lapsen sairaudesta, tutkimuksista, sekä hoitosuunnitelmista ja realistisista tavoitteista. Lisäksi on myös hyvä kertoa käytännön asioista kuten, hoitokustannuksista, voinnista, ennusteesta ja kuntoutuksesta.

Tutkimusten mukaan vanhemmat toivovat lapsen sairastumisen alkuvaiheessa lääketieteellisen tiedon lisäksi enemmän arkipäivään liittyvää tietoa. (Sorsa 2004: 17.)

Hoitajien tulisi auttaa perhettä ja lasta tulemaan toimeen sairauden kanssa, tarjoamalla tarpeeksi tietoa ja tukea. Tiedon tarkoituksena olisi saada vanhemmat pysymään ajan tasalla lapsensa sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa. Tiedon merkityksenä on se että vanhemmat ymmärtävät lapsensa tilanteen ja siten he voivat auttaa lasta selviytymään sairaudesta. Jokainen vanhempi on yksilöllinen ja siten myös heidän tiedon tarpeensa on yksilöllinen. Sen vuoksi olisi tärkeää selvittää vanhempien tietotarpeita ja tarjota tietoa yksilöllisesti heille soveltaen. Kun tietoa antaa on myös erittäin tärkeä kuunnella vanhempia, koska he ovat tärkeä osa lapsen hoitoa ja tuntevat lapsen hyvin. (Sorsa 2004: 18-19.)

Sairaanhoitajat ovat merkittävässä asemassa tukemaan vanhempia kun he tarjoavat hoitoa heidän sairaalle lapselle. He ovat myös säännöllisesti yhteydessä vanhempiin lapsen hoidon aikana. Hoitajan roolin tärkeimpiä piirteitä on pyrkiä auttamaan vanhempia määrittelemään heidän roolinsa ja suhteensa sairaaseen lapseen. Voidakseen tarjota kokonaisvaltaisempaa tukea, sairaanhoitajan on riittävästi tutustuttava perheeseen heidän ympäristössään. (Sanjari 2009.)

Hoitotyön tuki perheelle voi olla monimuotoinen. Esimerkiksi tiedollista tukea käsitteellistetään antavan tukea viestinnällisesti; asettamalla saataville ymmärrettävää tietoa vanhemmille lapsen sairaudesta, hoidosta, tietoa lapsen käyttäytymisestä, tunteista ja tarpeista sekä vanhempien oikeuksista ja vastuualueista lapsen hoidossa. Emotionaalinen tuki sisältää kuuntelua, huolenpitoa ja on asianomaisia tapoja, jotka auttavat vanhempia selviytymään lapsen sairauden kanssa. Vanhempien itsetunnon tukeminen parantaa, vahvistaa, ja tukee vanhempien roolia lapsen hoidossa. Vanhemmat kaipaavat myös konkreettista tukea ja avustamista, rahallisissa asioissa, apuvälineiden kanssa sekä ympäristönmuutoksissa. (Sanjari 2009.)

5.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalisen tuen lähtökohtana on, että henkilökunta on selvillä vaikeassa elämäntilanteessa elävän ihmisen psyykkisen prosessoinnista ja tunnistaa kunkin omaisen sopeutumisprosessin vaiheen (Sorsa 2004: 17). Omaisten tunnereaktiot voivat olla erilaisia, niistä puhuminen kuitenkin auttaa ratkaisemaan vaikeuksia, joita he kohtaavat. Vanhempien kanssa on tärkeää käydä läpi tilanteeseen liittyviä kokemuksia ja tunteita ja tukea heitä siinä. Hoitohenkilökunta voi tukea vanhempia emotionaalisesti olemalla

läsnä ja käytettävissä, hyväksymällä vanhempien tunteita ja suhtautumalla vanhempien huoliin myönteisesti. Olennaista on auttaminen kuuntelemalla ja keskustelemalla vanhempien kanssa (Davis 2003: 85). On tärkeää rohkaista vanhempia etsimään emotionaalista tukea myös perheen parista, ystävistä ja vertaistukiryhmistä (Sorsa 2004: 19.)

Emotionaalista tukea antaessa on kuitenkin huomioitava, perheen yksilölliset tarpeet ja vaatimukset, jokainen kaipaa omanlaistaan tukea. Hoitajan tulisi antaa aikaa perheelle jotta he voivat sopeutua lapsen sairauden aiheuttamiin muutoksiin. Vanhemmat voivat kokea ahdistusta, epäonnistumista, riittämättömyyttä ja toivottomuutta lapsen hoidossa. Sen vuoksi emotionaalisen tuen tarkoituksena on lisätä vanhempien myönteisiä kokemuksia tukemisen ja tiedon kautta. Emotionaalinen tuki ei ole ongelmien ratkaisua, vaan auttaa vanhempia löytämään itse ratkaisuja. Kun auttaja kuuntelee tarkkaavaisesti, hän tulee tietoiseksi monenlaisista tunteista ja mielikuvista ja niiden seuraamuksista. (Davis 2003: 86.)

Emotionaalisen tuen tarkoituksena on saada vanhemmat tuntemaan itsensä osalliseksi hoitoon, tuntea oloaan hyväksi sekä edesauttaa sitoutumista hoito-ohjeisiin. Emotionaalisen tuen tarjoajana hoitajalta edellytetään tiettyjä ominaisuuksia onnistuneen tuen antamisen kannalta. Hoitajien oikea asenne ja käyttäytyminen itsessään antavat esimerkkiä ja käytännön ohjeita erilaisiin tilanteisiin (Davis 2003: 56). Auttamissuhteen lähtökohtana on molemminpuolinen kunnioittava, luotettava ja rehellinen vuorovaikutus, jossa vanhempien tarpeet ovat sen pääasia. Tämä edesauttaa vanhempien ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta, luottamusta ja avoimuutta (Davis 2003: 87).

5.2 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki tarkoittaa tietoa jota tarjotaan vanhemmille ja jonka tarkoituksena on auttaa vanhempia käsittelemään lapsen sairauden seurausta, sopeutumisprosessia ja koko perheen kokemia vaikeuksia. Tiedollisen tuen tarkoituksena on auttaa vanhempia näkemään vaikeudet selvästi ja haastaa heitä muuttumaan ja ottamaan käyttöön uusia toimintamalleja. Tiedon antamisen tulisi olla selvää ja ymmärrettävää. Tiedon antamisessa tulisi ensiksi selvittää vanhempien aiemmat tiedot ja kommunikaatiotavat. Tiedon tulisi olla lyhyttä ja yksinkertaista. Tämän jälkeen tiedonantajan tulisi selvittää ymmärsivätkö ja muistavatko vanhemmat heille osoitettua tietoa. Tiedonanto on vuonovaikutuksellinen tapahtuma jossa antaessa tietoa, myös kerätään tietoa. Tiedonannossa on tärkeää kuunnella ja tiedustella vanhempia ja heidän tunteitaan. Taitava kommunikaati-

tio ei ainoastaan helpota tiedon optimaalista hallintaa, vaan parhaillaan se jopa edistää vanhempien psyykkistä sopeutumista (Davis 2003: 11). Jos tiedonannossa onnistutaan vanhemmat tulevat tietoisiksi asioista, joita eivät kyenneet kohtaamaan aiemmin, eivät tajunneet tai ymmärsivät väärin (Davis 2003: 86).

5.3 Sosiaalisen tuen määritelmä

Sosiaalisen tuen määritelmä voidaan nähdä hyvinkin kompleksisena. Sitä määritellään usein sosiaalisen tuen sisällön, sekä sosiaalisen tuen laadun näkökulmasta. Monissa eri tutkimuksissa on korostettu sosiaalisen tuen vaihtelevuutta, erilaisista ikäryhmistä ja kulttuuritaustasta riippuen. Määrittelyssä keskeisintä on kuitenkin se, että sosiaalinen tuki liittyy ihmisten välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Sosiaalista tukea määriteltäessä onkin tärkeää huomioida konteksti ja suhteuttaa sitä siihen. (Toivonen 2009: 7.)

Sosiaalinen tuki ymmärretään usein tueksi jota tarjotaan ihmiselle, joka tarvitsee tavalla tai toisella hoivaa, huolenpitoa, apua ja tukea. Tuen muodot voivat vaihdella yksilön tarpeiden mukaisesti. Sosiaalisen tuen eri muotoja on monta ja tutkijasta riippuen muotojen sovellettavuus ja vaikuttavuus vaihtelee. Sosiaalinen tuki nähdään yleensä toimintakykyä tukevana, sosiaalista selviytymistä edistävänä ja stressiä ehkäisevänä tekijänä. Se voidaan myös nähdä kahdenkeskisen kanssakäymisen tuotoksena ja vaikutuksena. Sosiaalinen tuki on keskeinen tekijä yksilön identiteetin muodostumisessa sekä sopeutumisessa elämän mukanaan tuomiin vaikeuksiin. (Toivonen 2009: 8.)

Sosiaalisella tuella voi olla monta merkitystä yksilölle. Se voi vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sosiaalisen verkoston vahvuutta. Sillä voi olla myös materiaalista ja informatiivista merkitystä, jota voi saada muilta ihmisiltä ja joka vahvistaa yksilön sosiaalista pääomaa. Emotionaalinen tuki sekä rakentavan palautteen saaminen, on myös sosiaalista tukea, joka merkitsee yksilölle sosiaalista vahvistumista ja antaa tietoa ja taitoja pohtia suhdettaan lähiympäristöön (Toivonen 2009: 8). Sosiaalinen tuki liitetään yksilön sosiaalisiin taitoihin ja selviytymiskykyyn. Ne korostuvat sosiaalisten verkostojen luomisessa ja ylläpitämisessä sekä selviytymisessä vastaan tulevista haasteista, vaatimuksista ja ongelmista (Toivonen 2009: 9).

Sosiaalisen tuen lähteinä voi toimia perhe, ystävät, läheiset tai ammatillinen henkilö, jotka voivat tarjota konkreettista apua, informaatiota tai muuta huolenpitoa. Sosiaalisen

tuen lähteet voivat tarjota yksilölle mahdollisuuden selvittää haastavista tilanteista ja tukea yksilöä omien sosiaalisten voimavarojen käytössä. (Toivonen 2009: 10.)

Tässä opinnäytetyössä sosiaalista tukea katsotaan perhehoitotyön näkökulmasta. Kuinka terveydenhoitoalan ammattilainen ja perheet kohtaavat, ja kuinka heille perheille tarjotaan sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen lähtökohtana on huomioida perheiden tarpeet ja vastata siihen mahdollisuuksien mukaan. Sosiaalista tukea ei voida antaa suoranaisesti, eikä perheiden tarpeisiin voida välttämättä vastata ihanteellisesti. Tarkoituksena on kuitenkin tarjota mahdollisimman hyvää sosiaalista tukea ja auttaa perheitä voimavaraistumisessa.

5.4 Sosiaalinen tuki ja ammatillinen vuorovaikutus

Ammatillinen vuorovaikutus on tärkeä taito sosiaalialan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Siihen liittyy työn tavoitteiden, menetelmien ja kohteen välisten suhteiden tarkoituksenmukaista pohdintaa. Lasten ja perheiden palveluissa pyritään tuen tarpeen tunnistamiseen varhaisessa vaiheessa ja oikea-aikaisessa ajoittamisessa. Tukea järjestetään lapsille ja heidän vanhemmilleen, terveyttä ja hyvinvointia edistävien sekä ongelmia korjaavien ja ennaltaehkäisevien palvelujen avulla. Lasten ja perheiden yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen on edellytys tuen antamiselle. (Perälä–Salonen–Halme–Nykänen 2011: 38.)

Tuen antaminen vanhemmille on auttamista, jonka tarkoituksena on auttaa heitä sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen sekä ratkaisemaan itse ongelmiaan. Auttajan tulisi jatkuvasti selvittää mitkä ovat vanhempien haasteet, sekä tarpeiden ja tavoitteiden luonne. Vanhempien auttaminen vaatii myös heidän vaalimien käsitysten ja heidän käyttämien sopeutumiskeinojen hahmottamista ja ymmärtämistä. Asiakkaan avun tarpeet vaihtelevat yksilöllisesti, sen vuoksi auttajan on tärkeä ymmärtää asiakkaan elämäntilanne suunnatessaan tukea oikein. (Davis 2003: 19.)

Auttamisessa on kysymyksessä oppimiskokemus, jossa vanhemmat sekä auttaja toimivat vuorovaikutussuhteessa, kohdatessaan ongelman ja etsiessään yhdessä ratkaisua mahdollisuuksien mukaan (Ahonen 1992: 12). Auttamisen tavoitteena on edistää ja ylläpitää asiakkaan arkitoinnoissa suoriutumista, vuorovaikutussuhteissa ja hyvinvoinnissa. Asiakkaan auttamisessa tuetaan hänen omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Auttajan tulisi kyetä astua myös asiakkaan rooliin, sekä tarjota samanaikaisesti

erillistä näkökulmaa, olemalla empaattinen ja ymmärtävä. Taitava kommunikaatio on avain joka helpottaa tilanteen optimaalista hallintaa ja jopa edistää vanhempien psyykkistä sopeutumista. Lapsen sairastuminen usein koettelee perheen tasapainoa ja turvallisuuden tunnetta. Ristiriitainen tunnekokemus on monelle perheelle tuttua, niiden tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, koska ne usein vaikuttavat yksilön toimintaan. (Ahonen 1992 :53.)

Perheen auttamisen prosessissa vanhempien ja auttajan välisen suhteen luominen perustuu kumppanuuden malliin. Kumppanuuteen kuuluvat läheinen yhteistyö, yhteiset tavoitteet, täydentävä asiantuntijuus, kunnioitus, neuvottelemineen, kommunikaatio, rehellisyys ja joustavuus

Sosiaalista tukea voidaan tarjota myös antamalla informatiivista tukea. Usein vanhemmille tieto hoidettavan sairaudesta tai vammasta ja hoitoon liittyvistä asioista, hoitojärjestelmistä, palvelu- ja tukimuodoista sekä muista avunsaannin mahdollisuuksista on tärkeä. Vaikka sanotaankin että tieto lisää tuskaa, niin se myös poistaa turhia pelkoja sekä kannustaa jaksamaan. Perheellä on tärkeä tuntea että heidän tietojaan ja kokemustaan omaishoitajana arvostetaan. (Järnstedt–Kaivolainen–Laakso–Salanko–Vuorela 2009 : 134-135.)

Perheille sosiaalisena tukena voi toimia myös omaishoitajien vertaistuki. Kokemusten jakaminen ja sosiaalinen kanssakäyminen toisten samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa, antaa voimia ja auttaa jaksamaan. Yhteistä kokemusta jakavay auttavat ymmärtämään, ettei kukaan ole yksin omaishoitotilanteessa. Ryhmästä usein saadaan ja annetaan myös käytännön vinkkejä. (Järnstedt ym. 2009 :135.)

6 Perhehoitotyö

Perhehoitotyön merkitys kasvaa, kun lasta hoidetaan kotona. Kotona lapsen koko perheyhteisö on läsnä ja osallistuu täten myös lapsen hoitoon tiiviimmin kuin sairaalalolosuhteissa. Tämä edellyttää lasten kotisairaaloiminnassa työskentelevältä sairaanhoitajalta tarkoituksenmukaisen perhehoitotyön toteuttamista. Huomioon täytyy ottaa koko perhe ja sen vaikutus sairaan lapsen hoidossa. Perhehoitotyö toteutuu kotisairaaloiminnassa perheen omassa luonnollisessa ympäristössä, mikä osaltaan voidaan nähdä voimavarana tai vastaavasti myös haasteena kotiin menevälle sairaanhoitajalle ja hänen toteuttamalleen perhehoitotyölle.

Perheet ovat erilaisia ja kaipaavat yksilöllistä tukea ja ohjausta. Sairanhoitajalla tulisi olla sosiaalisia valmiuksia kohdata erilaisia perheitä ja vastata perheiden erilaisiin tarpeisiin. Perheiden tarpeita ja taustoja selvittämällä voidaan tällöin kehittää sairaanhoitajien osaamisvaatimuksia perhehoitotyön näkökulmasta. Perhehoitotyön osalta tärkeäksi käsitteeksi nouseekin tässä yhteydessä voimaannuttamisen ja voimavara-keskeisen hoitotyön käsitteet. Voimaannuttamisella tarkoitetaan perheen omien voimavarojen tunnistamista ja niistä lähtevää hoitotyön kehittämistä. Hoitosuunnitelman tulisi olla perheen omista voimavaroista lähtevää ja mahdollisimman yksilöllistä, sekä perheen omia lähtökohtia tukevaa. (Storvik-Sydänmaa–Talvensaari–Kaisvu–Uotila 2012: 25–26.)

Perheen merkitys kotisairaalan palvelua saavan lapsen kannalta on suuri. Huoltajan tulisi kyetä olemaan potilaan kanssa kotona, jolloin hän automaattisesti osallistuisi kokonaisvaltaisesti potilaan hoitoon. Tämän vuoksi huoltajan huomioiminen potilaan hoidossa olisikin äärimmäisen oleellista.

Lasten ja nuorten hoitotyöstä keskusteltaessa onkin varsin olennaista, että sairaan lapsen lisäksi huomioon otetaan koko perhe hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Perhehoitotyön näkökulmasta koko perheen osallisuus yhden perheenjäsenen sairastuessa on hyvinkin keskeistä.

6.1 Perhehoitotyön käsitteenmäärittelyä

Perhehoitotyön käsite juontaa juurensa jo 1960-luvulle, jolloin perheen hoitamisen tarve yhteisönä ymmärrettiin yhä tärkeämmäksi hoitotyön osa-alueeksi (Friedermann 1989: 211). Myös potilaan käsitteen ymmärtäminen ympäristönsä kanssa jatkuvassa vuorovaikutussuhteessa elävän toimijana edistää perhehoitotyön käsitteen ymmärtämistä. Tässä yhteydessä perhe voidaan melko luontevastikin tuoda osaksi kyseistä ympäristön käsitettä (Friedermann 1989: 211). Tässä tapauksessa voitaisiin keskustella esimerkiksi sosiaalisesta ympäristöstä, jonka tiivis ilmenemismuoto onkin kyseinen perheyhteisö. Tämän perheyhteisön kautta ihminen toteuttaa itseään sekä sosiaalisesti että muun muassa emotionaalisesti. Tähän liittyvät myös tuen eri osa-alueet. (Friedermann 1989: 211.)

Perhehoitotyöllä tarkoitetaan usein tilannetta, jossa hoidon suunnittelussa ja hoitosuunnitelman laadinnassa huomioidaan potilaan suhde perheeseen, perheen suhde potilaan terveyteen, sekä ymmärretään perhe terveyden edistäjänä ja voimaannuttajana. Hoitotyössä pyritään samanaikaisesti myös selvittämään perheen tilannetta sekä sen vaikutusta sekä terveyteen, että sairauteen. Jotta perhehoitotyötä voitaisiin hyödyntää kokonaisvaltaisesti, vaatii se ymmärrystä niin sosiologian, perhedynamiikan, perheen kehitysvaiheiden kuin myös teoreettisen tiedon osalta. (Hakulinen–Paunonen 1994: 59.)

Perhehoitotyön käsitteellä tarkoitetaan samanaikaisesti perheen ja yksilön terveyden ja sairauksien välisten liitoksien huomioonottamista hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksen arvioinnissa. Tähän liittyy olennaisesti myös sairaanhoitajan kyky tunnistaa asiakkaana olevan perheen voimavarat ja kyvyt erilaisissa muutoksissa. (Storvik–Sydänmaa ym. 2012: 22). Perhehoitotyössä sairaanhoitajan valmiudet toimia kotiympäristössä saattavatkin vaihdella hyvin huomattavasti. Samanaikaisesti erilaisten perheyhteisöjen erilaisuus asettaa haasteensa toimivan yhteistyön toteuttamiselle.

Perheen käsitettä voidaan määritellä esimerkiksi toimintaympäristönä yksilöille, ryhmänä vuorovaikutuksessa olevia toimijoita tai yksikkönä, jolla on yhteiset rajat. Lisäksi käsitettä voidaan tarkastella siitä lähtökohdasta, että perhe on yksikkö, joka toimii alati vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Vaikka perheen määritelmä voidaan itsessään nähdä jokseenkin haastavana ja yksilön lähtökohdista määriteltävänä, se sisältää

mielikuvissamme kuitenkin yhdenmukaisia piirteitä. Perhe mielletään usein yhteisöksi, jossa on kaksi vanhempaa, sekä heidän jälkeläisensä. (Friedermann 1989: 212.)

Kuitenkin yhteiskunnan ja sen rakenteiden jatkuva muuntautuminen luo myös painetta perheen käsitteen muovautumiselle aikamme sosiaalisessa kontekstissa. Jotta perhettä voitaisiin luontevasti käsitellä muun muassa tutkimuksissa tai muissa tieteellisissä yhteyksissä, tulisi se kuitenkin selvyuden vuoksi määritellä jollain tavalla. Usein perhettä ja perhehoitotyön osa-aluetta käsittelevät tutkimukset pyrkivätkin määrittelemään käsitteen aina asiayhteyksissä. (Friedermann 1989: 211–213.)

Kuitenkin, jotta perhehoitotyöstä voitaisiin keskustella, tulee perheen käsitettä samanaikaisesti jollain muotoa avata, sillä nämä kaksi käsitettä ovat hyvinkin riippuvaisia toisistaan. Perhehoitotyöllä tarkoitetaan sellaista toimintaa, jossa hoidetaan yksilöiden, parien tai useamman ihmisen muodostamaa tiivistä perhettä sekä perheiden systeemiä laajemmassa mittakaavassa. Keskusteltaessa yksilöiden ja heidän välisten interpersonallisten suhteidensa systeemistä useiden yksilöiden muodostamassa yksikössä, jota myös perheeksi voitaisiin tässä yhteydessä kuvailla, voidaan myös samanaikaisesti puhua näiden alasysteemien käsitteestä perheiden muodostamassa yhteiskunnassa. (Friedermann 1989: 212.)

Perhehoitotyön käsitettä voidaan tarkastella kolmesta eri katsantokannasta. Ensinnäkin perhehoitotyössä perhettä voidaan käsitellä kontekstina, eri jäsenten summana tai vaihtoehtoisesti yksikkönä, joka toimii hoitotyön asiakkaana. Lisäksi jotkin asiantuntijat mieltävät perhehoitotyön yhteyteen kuuluvaan perhesysteemisen hoitotyön käsitteen, jossa perhe nähdään ympäristönsä jatkuvassa vuorovaikutuksessa toimivana yksikkönä. Perhehoitotyön kannalta kenties tärkeimpänä piirteenä pidetään kuitenkin edelleen lähestymistapaa, jossa perhe nähdään hoitotyön keskiössä olevana jäsentensä summana. (Hakulinen ym. 1994: 63.)

Perhehoitotyön kannalta on myös ajateltu, että hoitaja toteuttaa perhehoitotyötä hoitaessaan ensisijaisesti yksilöä, kuitenkin koko perheen huomioon ottaen. Hoitajien odotetaan myös valmistumisensa jälkeen omaavan tietyt taidot kommunikoida ryhmien ja yhteisöjen kanssa hoitotyön näkökulmasta. Tämä taito myös osaltaan voidaan mieltää perhehoitotyötä tukevaksi taidoksi (Friedermann 1898: 212). Perhehoitotyöhön kuuluu osaltaan myös hoitajan työskentelyssä se, että hän keskustelee perheenjäsenten kanssa samanaikaisesti ohjaten vuorovaikutusta yksilöiden välillä oikeita kanavia pitkin.

Hoitaja voi perhehoitotyön ohjaustilanteessa esimerkiksi ohjata perheenjäseniä ilmaisemaan omia ajatuksiaan sekä pääsemään ohjauksen kannalta tavoitteisiinsa. (Friedermann 1989: 213.)

Tähän ajatukseen voidaan myös samanaikaisesti todeta, että hoitajien kokemus painaa perhehoitotyön taidoissa asiantuntijoiden mukaan koulutusta enemmän. Kauemmin työskennelleet, kokeneet hoitajat ottavat perheen holistisemmin huomioon ja osaavat käsitellä perheen asioita yleisestikin luontevammin kuin vastavalmistuneet hoitajat. (Friedermann 1989: 213). Perhehoitotyötä toteuttavalla sairaanhoitajalla tärkeitä ominaisuuksia ovat myös muun muassa kyky toimia sääntöjen ja ohjeistusten viitekehyydessä, kyky havainnoida ja arvioida kaavamaisuutta hoitotyössä, kyky erottaa tärkeät ja vähemmän tärkeät tekijät toisistaan ammattimaisella työotteella sekä kyky käsitellä tilanteita kokonaisvaltaisesti (Friedermann 1989: 213).

Perhehoitotyötä toteuttavalla hoitajalla tulisikin kenties olla tahtoa tai kiinnostusta ymmärtää yksilöiden, perheen ja ympäristön välisiä suhteita. Tavoitteena kyseisessä toiminnassa on edesauttaa perheen toimivuutta muuttuneessa tilanteessa sekä vaikuttaa terveyttä edistävästi koko perhesysteemiin (Friedermann 1989: 213).

Perhehoitotyön käsitteestä keskusteltaessa on kenties myös tärkeä ottaa huomioon hoitotieteen kehittyvyys ja muovautuvuus. Yhteiskunnan muuttuessa myös perheen käsite laajenee ja muuntautuu. Myös asenteiden muovautumisen yhteydessä ja sosiaalinen maailma on jatkuvan muutosprosessin vallassa. Tämä näkyy varmasti osaltaan myös hoitotieteen tutkimuksessa ja teorianmuodostuksessa. Omaleimaisella hoitotieteellä on perhehoitotyön kannalta teorianmuodostuksellinen painoarvo, joka tulisikin ottaa huomioon myös käytännön toimintaa suunniteltaessa.

6.2 Lasten hoitotyön näkökulma kotisairaaloiminnassa

Sairaanhoitajan toiminta lasten hoitotyössä sisältää lisäksi joitakin ominaispiirteitä, jotka liittyvät spesifisesti vain tähän hoitotyön osa-alueeseen. Lapsi kuuluu perheyhteisöön tiivisti ja on riippuvainen vanhempiensa toiminnasta, jolloin vanhempien tuominen mukaan hoitotyöhön kotisairaalamailmassa saattaakin olla myös jollain muotoa helpompaa ja mutkattomampaa kuin osastohoidossa. Kotonaan vanhemmat toimivat lapsensa kanssa luontevammassa ympäristössä, mikä osaltaan helpottaa toimintaa huomattavasti. (Tuomi 2008: 19.)

Sairaanhoitajan osaamisen kannalta kotisairaalaympäristöä voitaisiin kuvailla haastavaksi. Hoitotilanteeseen mennään yksin, kantaen mukana vain omaa tietotaitoa, ilman työkavereiden tuomaa yhteisön tukea. Kotisairaalassa toimivalta sairaanhoitajalta edellytetäänkin hyvää tietotaitoa ja vankkaa kokemusta (Asiantuntijakonsultaatio 1).

Lapset tarvitsevat lisäksi persoonakohtaista ohjausta ja hoitoa, hoitajalta heittäytymis- ja sopeutumiskykyä vaihtuviin tilanteisiin nähden (Tuomi 2008: 21). Vanhempien kanssa luotava, yhteistyössä toimiva hoitosuhde, onkin yksi hyvän hoitotyön perusta varmastikin myös kotisairaalassa (Tuomi 2008: 22).

6.3 Perhe ja sairas lapsi hoitotyön asiakkaana

Perhehoitotyön näkökulmasta tärkeää on, että sairaanhoitaja luo asiakassuhteen aina yksilöllisesti perheen kanssa ja kohtelee jokaista perhettä heille sopivalla vuorovaikutuksella. Perheenjäsenet voivat tulla asiakkaita hoidon eri vaiheissa tarpeidensa mukaan. Esimerkiksi perheenjäsenen sairastuessa myös muista perheenjäsenistä tulee sairaanhoitajan asiakkaita, kun heitä esimerkiksi neuvotaan huolehtimaan sairaasta perheenjäsenestään. Perhehoitotyön alueeseen kuuluu myös tuen antaminen koko perheelle voimaannuttamisen näkökulmasta. Perhehoitotyön yhtenä tavoitteena voidaankin nähdä myös perheenjäsenten yksilöllinen hyvinvointi. (Friedermann 1989: 214.)

Tuomen (2008) tutkimuksessa käsiteltiin sairaanhoitajan ammatillista osaamista lasten hoitotyössä laadullisen tutkimuksen keinojen avulla. Sairaanhoitajan osaamista ja sen eri osa-alueita pyrittiin määrittelemään lasten hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Asiantuntijaryhmän haastattelussa todettiin lasten hoitotyössä työskentelevien ammattilaisten tarvitsevan hyvin erilaista osaamista. Lasten hoitotyö spesifinä osaamisalueena vaati tutkimuksen mukaan sekä erityisalan osaamista, että laaja-alaista hoitotyön osa-alueiden hallintaa. (Tuomi 2008: 57.)

Lapsen ollessa potilaan asemassa on kiinnitettävä tarkasti huomiota oikeanlaiseen vuorovaikutukseen ja viestimiseen. Lapsi tarvitsee hoitotyöltä yksilöllistä kohtelua ja tietoa voidakseen olla aktiivisena toimijana oman hoitonsa toteuttamisessa. Lapsen ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota myös tämän kehitysvaiheeseen ja siihen liittyvään mielekkääseen ohjaukseen ja tiedonantoon. (Tuomi 2008: 21.)

Sairaalan lapsen normaalia kasvua ja kehitystä tuetaan mahdollistamalla lapselle tilaisuus käsitellä kokemuksiaan. Tämä tapahtuu muun muassa leikin kautta. Leikin merkitys on keskeinen lapsen hoitotyössä, sillä leikin kautta lapsi saa mahdollisuuden työstää kokemusmaailmaansa. Leikin avulla voidaan käsitellä myös hoitotoimenpiteitä ja niihin liittyviä pelkoja tai ennakkoluuloja. Sillä voi lisäksi olla lapsen sosiaalista terveyttä sekä mielenterveydellisiä tekijöitä tukevaa funktiota. (Tuomi 2008: 21.)

Leikin merkitys lapsen hoitamisessa muodostuu yhdeksi tärkeimmäksi tukipilariksi, kun tehdään ymmärrettäväksi toimenpiteitä tai sairauksia. Kotiympäristössä leikin mahdollisuus toteutuukin kenties hieman luontevammin kuin osastohoidossa. (Tuomi 2008: 21.)

Toimiessaan lasten sairaanhoidon piirissä sairaanhoitaja tarvitsee tietoa ja taitoa lapsen kehityksestä ja lasten tarpeiden huomioimisesta hoitotyössä. Sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen hoitotyössä liittyy myös vuorovaikutus- ja ohjausosaaminen, joka vaatii osaltaan myös taitoa kyetä kohtaamaan ja toimimaan vuorovaikutuksessa erilaisten perheiden kanssa. Myös lapsen oma näkökulma tulee huomioida hoitotyötä suunniteltaessa ja toteutettaessa. (Tuomi 2008: 21.)

Sairaanhoitajan osaaminen lasten hoitotyön osa-alueella sisälsi lasten hoitotyön osaamisen yhtenä tärkeänä alueena. Haastatellut lasten hoitotyössä toimivat asiantuntijat nimesivät tutkimuksessa tämän osaamiskentän yhdeksi tärkeäksi alueeksi. Tämä alue piti sisällään myös perheen hoitamisen sairaalan lapsen hoitamisen ohella. Lisäksi samassa yhteydessä keskusteltiin perhekeskeisen hoitotyön erityispiirteistä. Sairaanhoitajan tuli hallita muun muassa vuorovaikutusta eri-ikäisten lasten ja erilaisten perheiden kanssa. Lisäksi kyky toimia yhteistyössä perheen kanssa lapsen terveyden edistämiseksi koettiin tärkeänä. Myös perhekeskeinen työote hoitotyössä nousi tärkeäksi näkökannaksi asiaa tarkasteltaessa. Edellä mainittujen seikkojen lisäksi sairaanhoitajan oma kiinnostus toteuttaa perhehoitotyötä ja lasten hoitotyötä nousi esille merkittävänä. (Tuomi 2008: 65.)

Tuomen (2008) tutkimuksessa asiantuntijakonsultaatiossa kävi lisäksi ilmi, että lasten hoitotyöstä keskusteltaessa yhteistyö ja vuorovaikutus perheen kanssa nousi äärimmäisen tärkeäksi osaamisalueeksi. Vuorovaikutustaitojen lisäksi ymmärrys lasta ja perhettä kohtaan nähtiin tärkeänä alueena. Lasten hoitotyön parissa toimivat henkilöt tarvitsivat lisäksi taitoa muodostaa selkeä kokonaiskuva lapsen perheestä ja sen tilanteesta, mahdollisine ongelmineen. Perhehoitotyön toteuttamisesta keskusteltaessa

esille Tuomen tutkimuksessa nousi lisäksi ajatus lasten parissa toimivan sairaanhoitajan kyvystä toteuttaa sairaan lapsen hoitotyötä perhekeskeisesti, jokaiselle perheelle omalla mielekkäällä toimintamallilla, kuitenkin toimien sairaan lapsen edun mukaisesti. Myös jatkohoito nähtiin kuuluvan perhekeskeisen työtteen piiriin. (Tuomi 2008: 66-67.)

Sairaanhoitajat kannattavat myös yleisesti yhteistyöosaamisen merkitystä lasten hoitotyössä. Yhteistyöosaaminen nähdään tärkeäksi etenkin lasten yksiköissä, mitkä ovat teho- ja päivystysalueen ulkopuolella. Tärkeimpänä yhteistyöosaamisen alueena nähdään Tuomen tutkimuksen mukaan yhteistyö- ja vuorovaikutusosaaminen lapsen ja perheen kanssa. Lisäksi moniammatilliset yhteistyötaidot sekä ohjaamistaidot nähtiin tärkeiksi lapsen hoitotyön kannalta. (Tuomi 2008: 74–75.)

Perhehoitotyö on kokenut muutosvaiheen hoitotyön muuttuessa alati potilaskeskisemmäksi. Perheen ja potilaan välinen yhteys ja vuorovaikutussuhde ymmärretään nykyään laaja-alaisemmaksi kokonaisuudeksi kuin aikaisemmin. Perheen ajateltiin ennen edustavan hoitotyön kannalta potilaalle jonkinlaista taustatekijää, jota ei huomioituakaan hoidon suunnittelussa yhtä aktiivisena tekijänä kuin aikaisemmin. Sittemmin perhettä lähdettiin käsittelemään suurimmissa määriin hoitotyön kohteena. Tämä tarkoitti osaltaan myös sitä, että hoitotyössä huomioitiin myös perheen väliset vuorovaikutussuhteet ja sen toiminnan kannalta vahvuustekijät. Perhe voidaan nähdä siis joko yksilön terveyteen voimakkaasti vaikuttavana tekijänä tai hieman hoitotyön ulkopuolella jäävänä taustatekijänä, näiden näkökulmien vaihtelu johtaa osaltaan erilaisiin hoitotyön toimintojen ja ratkaisumallien valintaan. Koska perheen määritelmä on itsessään jo jokseenkin kiistanalainen asia, on perhehoitotyön käsitettä myös hankalaa määritellä muutamalla lauseella. Jotta voitaisiin tarkasti kuvata perhehoitotyön sisältö, täytyisi määritellä aluksi, mitä perheen käsitteellä tarkalleen tarkoitetaan. (Hakulinen ym. 1994: 60.)

Nykyään käsitys yksilön riippumattomuudesta ympäristöönsä kohtaan on kokenut muutoksen. Hoitotyössä perheen ja yksilön ymmärretään olevan vuorovaikutussuhteessa toisiinsa nähden. Tällöin perhehoitotyön osalta keskitytään hoitamaan sekä yksilöä, että perhettä, jolloin edesautetaan potilaan tilannetta kenties aiempaa kokonaisvaltaisemmin. (Hakulinen ym. 1994: 61.)

6.4 Perheen kohtaaminen

Pitkäaikaissairaiden lasten ja heidän vanhempiansa tukemisesta, sekä perhehoitotyön toteutumisesta hoitohenkilökunnan toimesta on tehty muutamia työmme kannalta merkittäviä tutkimuksia ja väitöskirjoja. Kotisairaaloimintaan aiheen siirtäminen on kuitenkin joiltain osin hieman haastavaa. Lapsiperheiden ja heidän voimavarojensa tukemisen näkökulmaa tarkasteltaessa nousee esiin useita perhehoitotyön kannalta tärkeitä kysymyksiä (Pelkonen 1994: 37). Jotta kotisairaaloiminnassa päästäisiin yhä perhehoitotyön yhteisökeskeisemmän työotteeseen piriin, täytyisi perhettä kenties kyetä tukemaan yhä paremmin hoitotyön keinoin. Pelkosen (1994) tutkimuksessa todettiin, että perheen voimavaraistaminen ja tuen antaminen ovat ehdottoman tärkeitä seikkoja hyvän perhehoitotyön toteutumisen kannalta (Pelkonen 1994: 37). Pelkosen tutkimuksessa vanhempien voimavarojen vahvistamista tarkasteltiin etenkin terveydenhoitajan toiminnan kautta. Lapsiperheiden voimavarojen tukeminen lähti hoitajan perhekeskeisen työotteen toteutumisesta tapaamisissa (Pelkonen 1994: 33).

Voimavarat ovat ikään kuin niitä tekijöitä, joiden avulla vanhemmat voivat tukea lapsen kasvua ja kehitystä haluamallaan tavalla (Pelkonen 1994:15). Perhekeskeisen hoitotyön näkökulmasta perhe nähdään yhteisönä, jonka edustajat muodostavat yhdessä oman todellisuutensa ja kulttuurinsa. Tämä kulttuuri on aina yksilöllinen. Tämä seikka olisikin tärkeää huomioida kotisairaalaympäristössä mentäessä perheen kotiin, joka on tämän kulttuurin ydin. Perhe toimii kotonaan hyvin erilaisella dynamiikalla kuin esimerkiksi sairaalaympäristössä. Kotiin liittyvät usein erilaiset normit ja kulttuurikysymykset. (Pelkonen 1994: 16.)

Toimintaympäristössä kotisairaala on hyvin poikkeava erilaisiin osastoihin ja poliklinikoihin nähden. Vanhempien voimavarat ja hyvinvointi ovat suoraan yhteydessä lisäksi perheen dynamiikkaan ja hyvinvointiin, siksi olisikin tärkeää tukea myös vanhempien toimintaa oman lapsensa hoidossa (Pelkonen 1994: 17).

6.5 Hoitajan ja perheen välisestä vuorovaikutuksesta

Perhehoitotyön ensisijaiseksi tavoitteeksi voitaisiin määritellä potilaan voimavaraistamisen lisäksi perheen voimavaraistaminen. Esimerkiksi positiivisella työotteella voidaan osaltaan tukea perheen selviytymistä. Tätä voidaan toteuttaa muun muassa tukemalla perheellä jo valmiiksi olevia selviytymisstrategioita. Sosiaalisella tuella on tässä yhteydessä melko suuri rooli, jotta koko perhe saisi yhteisönä tarvitsemaansa ohjausta ja edelleen voimaantuisi. (Hakulinen ym. 1994: 60).

Hoitajan kyky suhteuttaa vuorovaikutusta erilaisiin tilanteisiin ja sosiaalisiin vaatimuksiin on nähty hyvin tärkeänä ominaispiirteenä toteutettaessa perhekeskeistä hoitotyötä. Sairaanhoidajalta vaaditaan usein muillakin hoitotyön toiminta-alueilla sopeutumiskykyä alati muuttuviin, vaativiin tilanteisiin. Etenkin perhehoitotyössä yhteisön hoitaminen nostaa esille haasteita sairaanhoidajan toiminnan kannalta. Perheyhteisön oma dynamiikka on hoitavalle taholle usein arvoitus ja joka kerta erilainen, tähän tilanteeseen on siitä huolimatta sopeuduttava äärimmäisen nopeasti ja sujuvasti. Tällöin esiin nousevat hyvät vuorovaikutustaidot sekä esimerkiksi erilaisten kulttuurien tuntemus. (Maijala ym. 2011: 96.)

Todellisuus voidaan perhehoitotyönkin osalta nähdä dynaamisena, kontekstista riippuvaisena asiana. Tällainen sosiaalisesti rakentunut dynaaminen todellisuus luo aina kontekstisidonnaisia merkityksiä. Nämä kontekstit voivat olla osaltaan kulttuurillisia, historiallisia tai esimerkiksi poliittisia. Konteksteilla on tässä käsitteenmäärittelyssä täten suuri rooli kohdattaessa perheyhteisöä myös hoitotyössä.

Vuorovaikutus erilaisten perheiden kanssa muodostaa sairaanhoidajalle useita haasteita. Kuitenkin hoitotyössä olisi eriarvoisen tärkeä pyrkiä myös perhehoitotyön kannalta yksilöllisyyteen. Tämä voisi käytännössä tarkoittaa muun muassa perheen yksilöllisyyden kunnioittamista, eri perheenjäsenten katsantokantojen huomioonottamista, vanhempien ja sairaanhoidajan välisen kumppanuuden vahvistamiseen pyrkimistä sekä avointa suhtautumista. Tärkeää on myös, että sairaanhoidaja ymmärtää koko perheen hoitamisen merkityksen lapsen terveyden edistämisessä sekä perheen selviytymisessä. (Maijala ym. 2011: 98.)

Vuorovaikutus voidaan nähdä yhtenä perhehoitotyön tarkoituksellisista interventiokeinoista. Hyvällä ja toimivalla vuorovaikutuksella voidaan parhaassa tapauksessa edesauttaa merkittävästikin perheen yhtenäistä selviytymistä ja vuorovaikutusta. (Maijala ym. 2011: 98.)

Maijalan, Helmisen ja Åstedt-Kurjen arviointitutkimuksessa kuvattiin 1-3 -vuotiaiden sairaalahoitoon joutuneiden lasten vanhempien ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Tutkimus keskittyi tarkastelemaan sitä, miten paljon vanhemmat kokivat saaneensa neuvottelevaa myötätuntoa, ja toisaalta, miten hoitohenkilökunta koki antaneensa sitä vanhemmille. Tutkimuksessa pyrittiin tämän lisäksi selvittämään negatiivi-

sia piirteitä hoitotyössä, esimerkiksi sivuutetuksi joutumisen kokemuksia sekä perheen sivuuttamista. Tutkimuksen keskeiseksi tulokseksi tiivistyi se, että vanhemmat kokivat saaneensa hyvin erilaista tukea, kuin sairaanhoitajat kokivat antaneensa. Sairanhoitajat myös arvioivat antaneensa enemmän aktiivista huolenpitoa, aikaa sekä vahvistaneensa perheen sisäistä tukea, kuin mitä perheet itse asiassa kokivat. (Maijala ym. 2011: 101.)

Toisaalta Maijalan, Helmisen ja Åstedt-Kurjen (2011) tutkimus osoitti vuorovaikutuksen olevan hyvin myönteistä hoitotyössä lasten parissa. Vanhemmat saivat osakseen tukea ja aikaa. Tutkimus antoikin suurpiirteisesti myönteisen kuvan vuorovaikutuksen toteutumisesta lasten hoitotyössä tutkittujen osastojen osalta. Tämä osoittaa osaltaan vuorovaikutustaitojen toteutumista hoitotyössä. Liitettäessä vuorovaikutus yhdeksi perhehoitotyön kulmakiveksi, voidaankin todeta, että vuorovaikutuksen toteutumisella on kaikki mahdollisuudet lasten parissa työskenteleville sairaanhoitajille kyseisen tutkimusnäytön valossa. (Maijala ym. 2011: 103–105.)

Hoitohenkilökunnan olisikin kenties äärimmäisen tärkeää antaa perheelle tarpeeksi oikeanlaista tietoa lapsen sairauteen ja hoitoon liittyen. Lisäksi vuorovaikutustilanteisiin käytettävään aikaan voitaisiin yhä enemmissä määriin kiinnittää huomiota. Myös hoitohenkilökunnan omalla jaksamisella on merkitystä toteutuneeseen vuorovaikutukseen ja perhehoitotyöhön nähden. Myös työyhteisöissä olisi edullista keskustella perhehoitotyöstä ja siihen liittyvistä käytännöistä enemmän, jotta yhtenäiset toimintakäytännöt toteutuisivat ja loisivat näin turvallisemman toimintailmapiirin hoitohenkilökunnalle. Toisaalta perhehoitotyön koulutukselle saattaisi olla työelämässä kysyntää. Hoitajien ammattitaito varmastikin vahvistuisi tietoperustan edelleen vahvistuessa. Tämä antaisi osaltaan myös työkaluja erilaisten perheiden kanssa toimimiseen. (Maijala ym. 2011: 105.)

6.6 Vanhempien jaksaminen

Pitkäaikaisesti sairaan lapsen tilannetta on alettu yhä laajemmin tutkimaan myös vanhemman jaksamisen näkökulmasta. Kyseinen näkökulma on mielenkiintoinen myös keskusteltaessa perhehoitotyön toteutumisesta lasten erikoissairaanhoidossa. Lasten pitkäaikaissairastavuus on tutkimusten mukaan yleistynyt 1980-luvulta lähtien (Jurvelin–Kyngäs–Backman 2006: 18). Pääperiaatteena pidetään kenties sitä, että lapsen

sairastaminen luo aina uudenlaisen paineen perhedynamiikkaa kohtaan. Perheen arki, elämä ja suhteet muuttuvat (Jurvelin ym. 2006: 18).

Keskusteltaessa vanhempien selviytymisestä arjessa sairaan lapsen tukena, esille nousevat kysymykset perheen sopeutumisesta muuttuvaan tilanteeseen, sosiaalisen ja taloudellisen tuen merkitys, sekä kasvatuksen ja kehityksen tukeminen (Jurvelin ym. 2006: 19).

Näiden näkökulmien lisäksi voidaan pohtia asiaa sopeutumisen ja voimavarojen näkökulmasta. Vanhempien sopeutumisesta muuttuneeseen elämäntilanteeseen voidaankin edesauttaa muun muassa tarjoamalla perheelle mahdollisimman paljon tukea (Jurvelin ym. 2006: 19).

Myös sillä, millaista tukea eri vaiheissa annetaan, on todennäköisesti merkitystä. Koska vanhemmat kokevat usein sairaan lapsen hoitamisen raskaaksi ja rajoittavaksi muiden perheenjäsenten elämän kannalta, tulisi hyvän perhehoitotyön kannalta kenties keskittyäkin laajemmin yhteisön jaksamiseen (Jurvelin ym. 2006: 19).

7 Voimaantuminen

Käsitlemme työssämme voimaantumista kotisairaaloiminnan kannalta lapsen hoitotyössä. Voimaantumisen tärkeys korostuu vanhempien toimiessa lapsen hoitajina kotisairaalaympäristössä. Hyvin toteutunut voimaantuminen mahdollistaa osaltaan lapsen parhaan mahdollisen hoidon ja onkin siksi olennainen osa sairaanhoitajan työskentelyä lasten kotisairaaloiminnassa.

7.1 Voimaantuminen käsitteenä

Käsite voimaantuminen juontaa juurensa englanninkielisestä termistä *'empowerment'*. Käsitteestä on tehty useita hoitotieteellisiä analyysejä. Yksi määritelmä käsitteelle on voiman tai itseluottamuksen antaminen. Sana käännetään usein myös valtaistamiseksi. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 13–14; Tuorila 2009.)

Väitöskirjassaan ”Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelu” (1999) Siitonen määrittelee empowerment -käsitteen voimaantumiseksi ja sisäisen voiman tunteen synonyymiksi. Voimaantumisen osaprosesseihin hän luokittelee päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot. Päämäärät sisältävät toivotut tulevaisuuden tilat, vapauden ja arvot. Kykyuskomukset sisältävät minäkäsitykseen, itseluottamukseen ja itsearvostukseen liittyviä tekijöitä. Kontekstiuskomuksiin kuuluvat muun muassa hyväksyntä, arvostus, luottamus, kunnioitus yhteisötoiminnallinen kollegiaalisuus sekä tasa-arvoisuus. Emootiot käsittelevät säätelevän ja energisen toiminnan, toiveikkuuden, onnistumisen ja epäonnistumisen sekä eettisyyden. (Siitonen 1999: 82-83.)

Empowerment -käsite viittaa mahdollisuuksiin ja keskittyy ennen kaikkea ratkaisuihin kuin ongelmiin. Se on luonteeltaan dynaaminen prosessi. Empowerment voidaan määritellä sekä interpersoonalliseksi prosessiksi että tulokseksi. Interpersoonallisessa prosessissa tarjotaan resursseja voimaantumisen kohteelle, jotta voitaisiin mahdollistaa tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen. Tuloksena voimaantuminen tarkoittaa itsenäistä päätöksentekoa, itsensä määrittelyä ja itsearvostuksen tunteita. (Tikkanen 2001: 3-6.)

Käsite ”voimavara” määritellään usein taidoksi, valmiudeksi, edellytykseksi, kapasiteetiksi, suorituskyykyksi ja potentiaaliksi. Lähikäsitteitä voimavara -käsitteelle ovat kyykykyys, voimavaraisuus, pätevyys ja elämänhallinta. Vastakohtana käsitteelle on taas voimattomuus, avuttomuus ja haavoittuvuus. Voimavarat voidaan määritellä myös kyykyksi tunnistaa henkilökohtaiset haasteensa, eritellä niiden syitä ja löytää stressiä lieventäviä ajattelu- ja toimintatapoja. (Nurmi 2002: 10–13.)

Voimaantumisen käsitettä ei ole helppoa määritellä tarkasti, sillä se on jossain määrin abstrakti eikä sitä voida konkreettisesti mitata. Voimavarat jaetaan yleensä sisäisiin ja ulkoihin tekijöihin. Sisäisiin voimavaroihin sisällytetään eettiset arvot, uskomukset, päämäärät, kokemukset, Ihmisen persoonalliset, fyysiset, emotionaaliset, kognitiiviset ja sosiaaliset ominaisuudet. Ulkoiset voimavarat jaetaan sosiaalisen tuen eri muotoihin, ympäristöön, sukuun ja lähituttaviin, yhteisöön ja kulttuuriin. Käsitys sisäisten ja ulkoisten voimavarojen sisällöstä poikkeaa kuitenkin huomattavasti eri tutkijoiden välillä ja niiden erottaminen toisistaan on ongelmallista, sillä ne ovat toisiinsa kietoutuneita. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 13–14.)

Karkeasti lajiteltuna voimavarat voidaan jakaa kolmeen lohkoon; yksilöllisiin, sosiaaliin ja aineellisiin tekijöihin. Yksilöllisistä voimavaroista tärkein on hallinnan tunne. Tämä perustuu aikaisempiin kokemuksiin ja kyykyihin arvioida omaa kapasiteettiaan ratkaista haastavia tilanteita. Sosiaalisia voimavaroja ovat läheiset ihmissuhteet sekä suhteet terveydenhoitohenkilöstöön. Aineellisia voimavaroja ovat taas varallisuus- ja asumistilanne. (Nurmi 2002: 10.)

7.2 Voimaantuminen prosessina

Voimaantuminen on osa pitkäaikaissairaiden hoitoprosessia. Sen avulla vaikutetaan pitkäaikaissairaahan hoitoon sitoutumiseen ja terveystyöskäyttämiseen. Voimavarat ovat yksilössä itsessään, ryhmässä tai yhteiskunnassa tarjolla olevia tekijöitä, jotka auttavat joko välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviämään niistä. (Holma 2008: 13.)

Voimaannuttaminen on prosessi hoitotyössä, jossa potilaan omia voimavaroja pyritään vahvistamaan ja tukemaan. Se on potilaan ja eri terveysalan ammattiryhmiin kuuluvien ammattilaisten yhteistyöprosessi, jossa etsitään keinoja, joilla potilas pystyisi jälleen tekemään itsenäisiä päätöksiä niin sairautensa suhteen kuin omassa elämässäänkin sekä tekemään päivittäisiä toimintojaan itsenäisesti. (Tuorila 2013.)

Voimaannuttaminen hoitotyössä käsittää toimia, joiden avulla potilasta autetaan pääsemään tilanteeseen, jossa hän kykenee ottamaan yhä enemmän vastuuta ja päätösvaltaa omaa sairauttaan koskevista asioista (Tuorila 2009). Hoitotyön interventiot voimaannuttamisessa voivat olla esimerkiksi tehokkaita strategioita hyvinvoinnin edistämiseksi (Nurmi 2002: 12).

Selkeät ohjeet ja laadukas, ajantasainen tieto ovat tärkeitä välineitä voimaannuttamisessa, sillä hyvällä tietoperustalla itsenäinen päätöksenteko omasta hoidosta on helppoa. Terveysalan ammattilainen vahvistaa potilaan voimavaroja aktiivisesti kuuntelemalla ja tarjoamalla tukea sekä antamalla merkityksellistä tietoa. (Itkonen 2005: 21–23.)

Voimavarojen kehittäminen on jopa tärkeämpää kuin jo olemassa olevat voimavarat (Löthman-Kilpeläinen 2001: 13). Voimaantunut potilas kykenee hyödyntämään jo olemassa olevaa tietotaitoaan. Toiminta edistää terveystietojen asiakkuustaitoja, sillä potilas kykenee itsenäisesti hankkimaan tietoa asiaansa koskien sekä tekemään päätöksiä ja ajattelemaan kriittisesti (Tuorila 2013).

Voimaantunut potilas on aktiivisempi omassa hoidossaan ja toipuminen on nopeampaa kuin niillä potilailla, jotka eivät ole saaneet riittävää ohjeistusta ja tukea sairauteensa liittyvissä asioissa. Potilaiden tietoperustan lisääntyminen lisää demokratiaa terveydenhuollossa (Tuorila 2009).

Potilaan oman motivoitumiseen ja aktiivisuuden lisäksi prosessissa tietoisuuden lisääntyminen on tärkeää. Tietoisuus voidaan jakaa kolmeen toisiinsa tiiviisti yhteydessä olevaan osa-alueeseen. Tietoisuus koostuu omista vahvuuksista ja rajoitteista, omista oikeuksista päätöksentekoon omaan sairauteen liittyvissä asioissa sekä mahdollisuudesta vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla terveydenhuollon ratkaisuihin. Lisääntynyt tietoisuus edesauttaa oleellisesti tietoa ja taitoa. (Hakulinen–Pelkonen 2005: 1–2.)

Hallinnan tunne käsittää potilaan kyvyn huolehtia itsestään, hallita elämäänsä ja hyväksyä vastoinkäymiset. Elämäkokemukset yhdistetään voimavaroihin; myönteiset elämäkokemukset mahdollistavat voimavarojen kehittymisen. Positiivinen suhtautuminen tulevaisuuteen, hyvä itsetunto, lääkitystä ja kivunhallintaa koskevat tiedot, selviytymisstrategiat sekä fyysinen toiminta ovat sisäisiä voimavaroja. Yhteenkuuluvuus sekä

emotionaalinen ja tiedollinen tuki ovat ulkoisia voimavaroja. Kokemus yhteisöön kuulumisesta sekä luottamus siihen, että läheisiltä ja hoitajilta saa tarvittaessa tukea, ovat voimaannuttavia tekijöitä. Huonosti hallittu voimaantuminen saattaa lisätä terveydenhuollon kustannuksia, edistää medikalisaatiota ja heikentää ammattilaisten valta-asemaa terveydenhuollossa. (Tuorila 2013.)

Siitosen voimaantumisteorian (1999) perusteiden mukaan voimaantuminen lähtee itse henkilöstä. Toinen ihminen ei voi sitä tuottaa, mutta olla mahdollistajana eli tuen antajana prosessissa. Parhaiten myönteisiä tuloksia syntyy ympäristössä, joka on tuttu ja turvallinen ja jossa henkilö kokee itsensä hyväksytyksi. (Siitonen 1999: 82–83.)

Terveydenalanammattilaiselta edellytetään valmiuksia tukea hänen omaa voimavara-orientoitunutta työskentelyään jonka myötä toimimaan asiakkaan voimavaroja tukevasti ja vahvistavasti. (Itkonen 2005: 21). Prosessin tuloksellisuuden edellytyksenä on molemminpuolinen luottamus ja avoimuus, jotka myös edellyttävät asiakkaan täysivaltaista osallistumista (Itkonen 2005: 23). Hoitajalta edellytetään rohkaisua, sitoutumista, intuitiivista ymmärrystä, joustavuutta, suvaitsevaisuutta, yhteistyökykyä ja empatiaa (Löthman-Kilpeläinen 2001: 19).

Löthman-Kilpeläinen on hoitoalan tutkielmassaan (2001) kirjoittanut yhdestä näkemyksestä jakaa voimavaraistumisprosessi. Ensimmäinen vaihe on todellisuuden hahmottaminen ja sitä seuraa kriittisen reflektion kautta vastuun ottaminen. Voimavaraistumisprosessista tehdyssä tutkimuksessa tutkitut henkilöt kokivat myönteisen ajattelun lisääntyneen sekä saaneen elämälle merkityksen. He myös näkivät itsensä vahvemiksi ja kykevimiksi selviämään elämän eri osa-alueilla. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 20–28.)

7.3 Perheen voimaantuminen

Perhe on keskeisessä asemassa lapsen kotisairaalahoidon aikana, sillä perhe huolehtii lapsesta suurimman osan ajasta ja sairaanhoitaja käy kotikäynnillä vain tiettyinä kellon aikoina määrättyinä päivinä viikossa. On siis tärkeää tarkastella voimaantumisen keinoja perhehoitotyön näkökulmasta. Tarkoituksena on tukea perheen jo olemassa olevia voimavaroja. Sairaanhoitaja on avainasemassa perheen johdattamisessa tunnistamaan, kehittämään ja käyttämään voimavarojaan. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 19–28.)

Koti on yksilön ja perheen omaa henkilökohtaista aluetta. Se ei ole julkinen ja sen yksityisyys on suojattu erilaisin normein (Itkonen 2005: 21-23). Kotiin liittyy aina kokemuksellinen ulottuvuus. Koti voidaan ymmärtää ”kokemusten keskukseksi”. Voidaan ajatella, että se toimii muistin ilmentymänä ja koti-sanaan liitetään yleensä erilaisia tunteita ja muistoja, kuten toivoa ja pelkoa sekä menneisyyttä ja nykyisyyttä. Parhaimmillaan koti merkitsee ihmiselle turvaa, kontrollia, pysyvyyttä ja jatkuvuutta sekä pakopaikkaa ulkopuolisesta maailmasta (Tikkanen 2001: 21). Koti voi myös toimia välittäjänä ulkomaailmalle vahvistaen asukkaan omaa identiteettiä (Tikkanen 2001: 18).

Parisuhteen voimavarat säätelevät hyvinvointia ja kuormittumista perheessä. (Itkonen 2005: 21). Perheen voimaantuminen onkin riippuvainen vanhempien voimaantumisesta ja on tärkeää, että perhehototyössä keksitytään erityisesti vanhemmuuteen ja sen käsitteisiin voimavaroihin kuten vastuullisuuteen, voimavaroihin, kykyihin sekä mahdollisuuksiin kehittyä vanhempana (Tikkanen 2001: 20).

Lapsiperheessä voimavaroja ovat vanhemmuus, parisuhde, taloustilanne sekä sosiaalinen tuki (Hakulinen ym. 2005: 1–2). Löthman-Kilpeläisen tutkimuksessa (2001) selvisi, että lapsiperheen voimavaroja ovat myös perheen yhteenkuuluvuus, roolivastaisuus, terveys sekä ajankäyttöön, lastenhoitoon ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät. Kuormittavia tekijöitä ovat elämään kuuluvat vastoinkäymiset, ongelmat ja uudet tilanteet, jotka voivat esimerkiksi vaikuttaa vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Useiden tutkimusten perusteella on saatu selville, että lapsiperheiden tuen tarpeen syyt ovat samanlaisia. On havaittu, että puolisoiden välinen ja perheen yhteinen aika, sekä vanhempien virkistytymisaika ovat vähentyneet 1990-luvulta lähtien. (Hakulinen ym. 2005: 1–2.)

Vanhempien persoonalliset voimavarat liittyvät fyysiseen kuntoon, koulutustasoon, toimivaan vanhemmuuteen, itsetuntoon, itsetuntemukseen sekä hallinnan tunteeseen. Myös riittävät keinot virkistytymiseen ja kykyyn pitää omasta hyvinvoinnista huolta on yksi vanhemmuuden voimavara (Kuorilehto 2006: 9–13). Jokainen perhe pystyy lisäämään voimavarojaan esimerkiksi priorisoimalla tavoitteitaan sekä hakemalla ulkopuolista tukea (Hakulinen ym. 2005: 2). Voimavaroja voidaan perheen sisäisesti vahvistaa myös hoitamalla aktiivisesti vanhempien parisuhdetta ja käyttämällä huumoria. Tärkeää on, että perhe uskoo omiin vahvuuksiinsa ja voimavaroihinsa ja kykyyn kehittää niitä (Kuorilehto 2006: 9–13).

Omaishoitajuuden lähtökohtana on usein läheisen ja hoidettavan välinen läheinen suhde. Sairastuminen voi tulla äkillisesti jolloin omaisen olisi tärkeää pystyä sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseen melko nopeasti. Myönteinen elämänasenne, toivo, kokemus läheisen hoidon asiantuntijuudesta sekä itsenäisesti pärjääminen hoidettavan kanssa ilman alituista terveydenhuollonhenkilöstön läsnäoloa ovat omaishoitajan voimavaroja. Vaikka hoidettava onkin riippuvainen omaisensa läsnäolosta ja hoitamisesta, tulee omaisen kokea myös oman elämänsä hyvää hallintaa. Oman kodin tulee olla paikka, jossa voi olla myös rauhassa ja vapaana vaikkakin läheistä on siellä hoidettava. (Nurmi 2002: 10–13.)

Mielekäs ja merkityksellinen tieto lapsen sairauden hoitoon, diagnoosiin ja lääkitykseen liittyen on suuri voimavara ja tietoa onkin annettava ajoissa. On tärkeää tietää sairauden ja hoidon seurauksista ja vaikutuksista, jotta perhe voi suunnitella tulevaisuutta eteenpäin. Omahoitajuus voi olla hyvin raskasta sekä fyysisesti että henkisesti. Hoitavien perheenjäsenten terveys tulee olla sellainen, että päivittäiset arkielämänasiat hoiduvat hoidon ohella sekä kiinnostus ulkomaailman tapahtumista säilyy. Fyysinen ja henkinen terveys ovat tärkeimpiä voimavaroja omaishoitajalle. (Nurmi 2002: 10–13.)

8 Tulokset ja tuotos

Toteuttaessamme opinnäytetyötämme pohdimme useaan otteeseen aiheenrajauksen ja esille tulleiden kehittämiskohtien suhdetta toisiinsa. Pyrimme tätä kautta myös samanaikaisesti ymmärtämään kehittämistyömme tarkempaa kohdetta ja etenemistä. Kotisairaaloiminnasta esiin tulleen käytännön näkökulman kautta pääsimme tarkastelemaan opinnäytetyömme teoreettisia lähtökohtia myös kriittisestä näkökulmasta. Kotisairaaloiminnan tapaamisissa nousi esille monia kehittämiskohteita, työmme rajauksen johdosta päädyimme kuitenkin käsittelemään kehittämiskohteita valitsemistamme teoreettisista lähtökohdista.

Tarkastelimme kehittämiskohteitamme käytännön työskentelyn näkökulmasta ja haimme tukea kehittämiskohteillemme hoitotyön teoriasta. Teoreettinen viitekehysemme tiivistyi edelleen käsittelemään perhehoitotyön, tuen antamisen ja voimaannuttamisen aihealueita. Näin ollen, kehittämistyömme keskittyy löytämään niitä ratkaisuja, joilla päästäisiin kohti kokonaisvaltaisempaa tuen antamisen ja perhehoitotyön toteuttamista sairaanhoitajan jokapäiväisessä työskentelyssä lasten kotisairaaloiminnassa.

Asiantuntijakonsultaatiot olivat avainasemassa etsiessämme työmme kannalta oleellisia kehittämiskohteita. Kyseisissä konsultaatioissa nousi esille muun muassa konkreettisia käytännön työhön liittyviä kehittämiskohteita myös aihealueemme ulkopuolelta. Sairaanhoidajat nostivat konsultaatioissa esille esimerkiksi potilaiden luokse liikkumiseen liittyviä ongelmia, materiaalisia ongelmia sekä työn kuormittavuuteen liittyviä näkökohtia. Vaikka edellä mainitut ongelmat ovat keskeisiä toiminnan kehittämisen kannalta, emme kuitenkaan resurssisyistä käsitelleet kyseisiä kehittämiskohteita, sillä ne eivät oleellisesti liittyneet kehittämistyömme aihealueeseen.

Toisaalta, käsittelemme tuloksissa ja tuotoksissa työmme keskeisiä kehittämisalueita, joita ovat muun muassa jo aikaisemmin työssämme esille tulleet kysymykset perhehoitotyön kokonaisvaltaisesta toteutumisesta kotisairaalassa, tuen antamisen liittämisestä arkipäiväiseen sairaanhoitajan työskentelyyn kotisairaalaympäristössä sekä esimerkiksi vanhemmuuden tukemisesta.

8.1 Synteesi toteutetuista asiantuntijakonsultaatioista

Perhehoitotyön toteutumisen osalta konsultoidut sairaanhoitajat toivat esille toiminnan perhekeskeisyyden, joka ilmenee lasten kotisairaalassa muun muassa hoitosopimuskokouksien järjestämisenä sekä perheiden haastattelemisena. Sairanhoitajat huomioivat toiminnassaan perheen tapoja, kulttuuria sekä kunnioittavat perheen kotia yksityisenä ympäristönä (Asiantuntijakonsultaatio 2). Sairanhoitajat perustelivat perhehoitotyön toteutumista muun muassa siitä näkökulmasta, että perheen omat aikataulut ja toivomukset otetaan huomioon hoitoa suunniteltaessa. Kuitenkaan resurssisyistä perheet eivät aina voineet vaikuttaa sairaanhoitajan käytännön työn järjestämiseen. Perhekeskeisyys näkyy sairaanhoitajien mukaan lasten kotisairaaloiminnassa myös muun muassa siten, että hoito itsessään toteutetaan perheen kotona, jolloin kokonaisvaltaisempi perheen huomioonottaminen ja ohjauksen toteuttaminen mahdollistuu. Sairanhoitajat kuvasivat hoidon olevan myös tasavertaisempaa perheen kanssa verrattuna sairaalaolosuhteisiin, joissa hoitajien näkökulmasta hoito onkin paljon asiantuntijakeskeisempää. Tiedottaminen nähtiin tärkeänä osana kokonaisvaltaisen perhehoitotyön toteutumista kotisairaalassa, hoitajat pyrkivätkin tiedottamaan vanhemmille sekä vastaamaan vanhempia askarruttaviin kysymyksiin omien tietojensa viitekehyksessä. (Asiantuntijakonsultaatio 3.) Hoitajat huomioivat ohjaustarpeita ja pyrkivät vastaamaan niihin. Oikeanlaisen ohjauksen toteuttaminen ja tarkoituksenmukaisen tuen antaminen nähtiin tärkeiksi kotiympäristössä toimimisessa (Asiantuntijakonsultaatio 2).

Haasteena kotisairaalaympäristössä perhehoitotyön toteuttamisen kannalta hoitajat näkivät muun muassa sen tekijän, ettei sairasta lasta voida jättää yksin sairaana kotiin kotisairaalaympäristössä. Tämä tuo osaltaan haasteen perheen ajankäytölle. Myös koti ympäristönä nähtiin haasteena muun muassa materiaalistien seikkojen takia. Tilat saattavat olla ahtaat tai sisarukset haitata sairaanhoitajan työskentelyä. Myös kieliongelmat nähtiin haittatekijänä hoidon toteuttamiselle. Mikäli yhteistä kieltä perheen kanssa ei löydy, hoitajat mielellään ohjasivat perheen toisenlaisen terveydenhuollon palvelun piiriin juuri puutteellisen ohjauksen takia. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Valmius kohdata kriittisiä ja nopeasti muuttuvia tilanteita nähtiin tärkeäksi sairaanhoitajan työssä (Asiantuntijakonsultaatio 2). Sairanhoitajan työn kannalta perhehoitotyön toteuttaminen vaati sairaanhoitajien mukaan muun muassa avoimuutta, suvaitsevaisuutta, joustavuutta ja kokemusta. Sairanhoitajat nostivatkin tämän keskustelun yhteydessä esille ajatuksen siitä, että kotisairaalaympäristö vaatii sairaanhoitajalta pitkän

linjan kokemusta erilaisilta lasten osastoilta, jotta itsenäinen ja vaativa työ olisi mahdollista. Tieto- ja taitoperustan kannalta asiantuntijat kuvasivat tärkeäksi yhteistyön eri osastojen kanssa sekä jatkuvan kouluttautumisen uusien potilasryhmien tullessa kotisairaalan asiakkaiksi. Kotisairaalityön kuvattiin vaativan myös laaja-alaista tieto- ja osaamisperustaa. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Perheiden osalta tuen antamisen tärkeimpänä tukipilarina nähtiin vanhemmuuden tukeminen kotisairaalakäynneillä. Hoitajat pyrkivät tuomaan vanhemmille paljon tukea ja tietoa ja tätä kautta itsenäistämään vanhemmat oman lapsensa hoidossa. Hoitajat kertoivat toimivansa ikään kuin tulkkina perheen ja terveydenhuollon organisaation välissä. Hoitajat kertoivat myös tukevansa vanhempia sekä suurten ohjaustarpeiden ilmetessä ohjaavansa vanhempia oikean tuen piiriin. Sairaanhoitajat ovat kotisairaalassa tavoitettavissa ympäri vuorokauden, mikä osaltaan tuki vanhempia lapsensa hoidossa. Samalla tasolla asiakkaana olevan perheen kanssa koettiin tärkeänä hoitotyön toteuttamisen kannalta. He tukivat vanhempien osaamista ja tarjosivat työkaluja vanhempien selviytymiseen lapsen hoidosta kotona. Sairaanhoitajat kertoivat myös vaikeissa perhetilanteissa tarjoavansa kokonaisvaltaista tukea, esimerkiksi keskusteluapua tai fyysistä läsnäoloa. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Sairaanhoitajan oma jaksamisen kannalta tärkeiksi seikoiksi nähtiin kollegiaalinen tuki sekä työnohjauksen mahdollisuus. Kotisairaaloiminnassa työnohjausta järjestetäänkin säännöllisesti. Vapaa-ajalla nähtiin olevan suuri merkitys jaksamisen kannalta. Hyvät raportointitaidot toivat varmuutta muutoin hyvin itsenäiseen työskentelyyn. Vastuu potilaasta yksittäisenä hoitajana korostuu sairaanhoitajan työskentelyssä kotisairaalassa, kollegoiden tuki on puhelimen päässä, jolloin hoitajat joutuvat tekemään hyvinkin itsenäisiä päätöksiä potilaan hoidossa. Vahva ammattietiikka nähtiin tärkeänä, haastavien tilanteiden tunnistamisen tärkeys esiintyi usein hoitajien työssä. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Kotisairaaloiminnan ollessa pilottivaiheessa sairaanhoitajat näkivät toiminnalle paljon kehittämiskohteita kuitenkin tarkentamatta kyseisiä kehittämiskohteita yksityiskohtaisemmin.

8.2 Tuen antamisen kehittämisen näkökulma

Kehittämiskohteena tuen antamisen eri muodot ovat haastava kokonaisuus, jonka tarkastelu vaatii osaltaan teorian tiedon tuntemusta ja toisaalta käytännön tilanteen arviointia. Tästä johtuen tuen antamisen kehittämiskohteemme ovat nousseet esille käytännön työstä. Etsiessämme kehittämisideoita, haimme tukea teorian tiedosta ja peilasimme sen käytännön tiedon kanssa saavuttaaksemme konkreettisia kehittämissuhteita. Tuen antamisen kannalta keskeinen kehittämiskohteemme liittyy sairaanhoitajan osaamisalueisiin. Näitä osaamisalueita ovat tiedollisen, sosiaalisen ja emotionaalisen tuen antamisen eri muodot sekä esimerkiksi vanhemmuuden tukeminen ja vahvistaminen tuen antamisen keinoin. (Sorsa 2004: 17-19.)

Lähdimme liikkeelle ajatuksesta, että tuen antaminen on keskeinen osa sairaanhoitajan työskentelyä kotisairaalassa, sillä kotisairaalan asiakkaana olevan lapsen vanhemmat ovat kotiympäristössä sairaan lapsen kanssa yksin ja joutuvat täten käsittelemään lapsen sairautta ja siihen liittyviä osatekijöitä itsenäisemmin kuin sairaalassa. Vanhempien on kotisairaaloiminnan asiakkaina huolehdittava lapsen hoidosta kokonaisvaltaisemmin ja usein sairaudet tuovatkin mukanaan monia kysymyksiä ja tuen tarpeita, joihin sairaanhoitajan on mahdollisesti vastattava mennessään perheen kotiin hoitamaan sairasta lasta. Jotta sairaan lapsen hoito toteutuisi mahdollisimman saumattomasti, on sairaanhoitajan työssään kyettävä tarjoamaan vanhemmille heidän tarvitsemaansa tukea. (Sorsa 2004: 17-19.)

Asiantuntijakonsultaatioissa nousi esille sairaanhoitajien osalta ajatus siitä, että vanhemmat kaipaavat ennen kaikkea tiedollista tukea sairaan lapsen hoitoon liittyen. Tämän lisäksi olisi mielestämme tärkeää huomioida perheessä myös esimerkiksi emotionaalisen tuen tarpeet ja vastattava niihin parhaalla mahdollisella tavalla. Tässä yhteydessä voidaan keskustella myös sairaanhoitajan osalta käytettävissä olevista resursseista, joista tärkeimpänä nousee esille kotikäyntiin liittyvä ajankäyttö. Sairanhoitajat mainitsivatkin asiantuntijakonsultaatioissa ajan rajallisuuden yhtenä osatekijänä tuen antamisen toteuttamisen vaikeudesta. Tiukan aikataulun puitteissa saattaa olla hyvin haastavaa vastata kaikkiin perheissä esiin nouseviin tuen tarpeisiin, jos potilaskäynnille on varattu vain tietty aika esimerkiksi lääkkeenantoa varten. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Kehittämissuhteeksemme nousi tässä yhteydessä ajan käytön priorisointi potilaskäynneillä. Toisin sanoen potilaskäynneille voitaisiin mahdollisesti varata enemmän aikaa vanhempien tuen tarpeeseen vastaamiseen esimerkiksi keskustelun kautta. Tä-

mä osaltaan varmasti voimaannuttaisi myös perhettä ja edesauttaisi täten sairaan lapsen terveyden tukemista ja vanhempia sen edistäjänä. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Vanhempien selviytymisen tukeminen voidaan nähdä myös tärkeänä tuen antamisen keinona, jota sairaanhoitajien tulisi huomioida tehdessään kotikäyntejä. Vanhemmat ovat todennäköisesti melko yksin sairaan lapsensa kanssa ja sairaanhoitajan toteuttama potilaskäynti saattaakin olla ainoa yhteys lasta hoitavaan terveydenhuollon organisaation. Tällöin sairaanhoitaja toimiikin tämän organisaation tulkkina vanhemmille. (Davis 2003: 86.)

Vanhemmat ovat osoittaneet kaipaavansa sairaanhoitajalta myös enemmän läsnäoloa ja kuuntelua. Tämä kuitenkin ei välttämättä toteudu aina käytännössä käytettävissä olevien resurssien vähäisyydestä johtuen. Tämä tuo edelleen valokeilaan ajatuksen ajankäytön priorisoinnin tärkeydestä. (Davis 2003: 86.)

8.2.1 Tuen tarpeen tunnistaminen

Asiantuntijakonsultaatioissa sairaanhoitajat mainitsivat yhdeksi tärkeäksi taidoksi vanhempien tuen tarpeen tunnistamisen ja tuen kohdistamisen. Tähän liittyy oleellisesti tiedollisen tuen merkitys kotisairaaloiminnassa toimivan sairaanhoitajan työskentelystä keskusteltaessa (Asiantuntijakonsultaatio 3).

Tiedollisen tuen tarpeet voivat olla hyvinkin vaihtelevia perheen kulttuurista riippuen, tämä vaatii osaltaan tuen tarpeen tunnistamista ja tuen kohdistamista yksilöllisesti perheen tarpeita vastaavaksi. Tuen tarpeen tunnistamisessa täytyy huomioida oikeanlaisen informaation esiintuominen ja oikean ohjaustyylin valinta ja toteuttaminen. Sairaanhoitajan tulee kyetä vastaamaan vanhempien vaihteleviin tiedontarpeisiin mielekkäällä tavalla, joka johtaa edelleen vanhemmuuden tukemiseen ja vahvistamiseen. (Ahonen 1992: 12.)

Tuen tarpeen tunnistamista edesauttaa osaltaan rauhalliset hoitotilanteet, joissa vanhempien kanssa käydään keskustelua sairaan lapsen tilanteeseen liittyen. Kiireettömyys ja avoimuus saattavatkin olla tässä yhteydessä tärkeitä työkaluja sairaanhoitajan toiminnassa. Tuen tarve saattaa nousta esille myös vanhempien omasta aloitteesta, jolloin eriarvoisen tärkeää olisi vastata siihen tarkoituksenmukaisesti ja kiireettömästi. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen voidaan nähdä jokaisen yksilön perustarpeena;

täten sairaanhoitajan tulisi pyrkiä luomaan avointa ilmapiiriä kotona, jolloin vanhemmat voisivat herkemmin ilmaista itseään ja mahdollisia huoliaan. (Davis 2003: 56.)

8.2.2 Tuen kanavoiminen

Tarkoituksenmukaisin tuki on aina hyvin kohdennettu ja oikein toteutettu tuki. Tällöin säästyään samanaikaisesti ajan tuhlaamiselta hoitotyössä. Tästä syystä tuen antamiseen liittyvän tiedon tuominen hoitotyöntekijöille olisi tärkeä kehittämishaaste. Tuen antamisen ohjeistaminen sairaanhoitajille edesauttaisi kenties heidän kykyään toteuttaa hyvää tuen antamista. Tämä osaltaan pitkälläkin tähtäimellä vähentäisi mahdollisesti heidän työtaakkaansa ja helpottaisi terveydenhuollon organisaation toimivuutta.

Tuen antamisen kynnyks tuli mielestämme olla matalampi. Tuen tarpeisiin voitaisiin tarttua yhä herkemmin ja vuorovaikutus voidaankin nähdä avainasemassa tässä yhteydessä. Hyvät vuorovaikutustaidot ja aito kiinnostus perheen tilannetta kohtaan ovat hyviä lähtökohtia. Tähän liittyy osaltaan myös aito läsnäolo hoitotilanteessa; keskitytään vain sen potilaan ja perheen tilanteeseen, jossa sillä hetkellä ollaan.

Asiantuntijakonsultaatioissa nousikin esille sairaanhoitajien osalta tunne siitä, ettei tuen antamiseen ja keskusteluihin löydy aina riittävästi aikaa. Kotisairaaloiminnassa työskentelevät sairaanhoitajat haluaisivat kenties tehdä paljon enemmän perheen hyväksi, kuin heillä olisi resursseja. Tällöin esille on nostettava kysymys työsuunnittelusta. Voitaisiko työtä suunnitella ja johtaa niin, ettei aikaa tuhlaantuisi esimerkiksi pitkien välimatkojen tekemiseen autolla? (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

8.3 Perhehoitotyön näkökulma kehittämistyössä

Perhehoitotyön näkökulmasta kotisairaala voidaan nähdä otollisena ympäristönä sen toteuttamiselle. Perheen koti on aina lähtökohtaisesti yksilöllisen kulttuurin ydinympäristö. Tämä mahdollistaa lähtökohtaisesti sairaanhoitajan kokonaisvaltaisen perhehoitotyön toteuttamisen kenties sairaalaolosuhteisiin verrattuna paremmin. Kotona perheen autonomia itsenäisenä toimijana edelleen korostuu, jolloin sairaanhoitajan tärkein tehtävä onkin tämän perhedynamiikan ymmärtäminen, tukeminen ja vahvistaminen. Hoito toteutuu kotona sairaanhoitajan ja perheen välillä enemmän vuorovaikutuksessa kuin esimerkiksi sairaalassa. Keskiössä tässä näkökulmassa on myös tiedonanto ja ohjaus

sekä perheen tukeminen. (Hakulinen ym. 1994: 59; Jurvelin ym. 2006: 18.) Sairaanhoidajat nostivat asiantuntijakonsultaatioissa esille kyseisen tasavertaisuuden hoidossa ja tämä osaltaan mahdollistaakin perhekeskeisen työtöteen toteutumisen (Asiantuntijakonsultaatio 3).

Mitä sairaanhoitajalta perhehoitotyön näkökulmasta sitten vaaditaan?

Tärkeitä ominaispiirteitä perhehoitotyön toteuttamisessa ovatkin perheen kokonaisvaltainen huomioiminen lapsen hoidossa sekä perheen merkityksen ymmärtäminen lapsen terveyden ja hoidon kannalta. Avoimuus ja suvaitsevaisuus mahdollistavat edelleen holistisemman perheen kohtaamisen sekä hoitotyön toteuttamisen yksilöllisesti perheen tarpeisiin vastaten. (Tuomi 2008: 20–22.)

8.3.1 Yksilöllinen ja kunnioittava perhehoitotyö

Keskusteltaessa yksilöllisen ja kunnioittavan perhehoitotyön näkökulmasta, voitaisiin samanaikaisesti painottaa sairaanhoitajan omaa etiikkaa hoitotyön toteuttajana. Sairaanhoidajalta vaaditaan universaalisti hoitotyön toteuttajana tiettyjä asioita. Oma kiinnostus tekemäänsä työtä kohtaan korostuu kaikissa hoitotyön osa-alueissa. Motivaatio ja kiinnostus ohjaavat työskentelyä oikeita kanavia pitkin ja mahdollistavat edelleen parhaan mahdollisen toiminnan. (Maijala ym. 2011: 98–100.)

Käytössä olevat resurssit määrittelevän hoitotyön toteuttamista erilaisissa ympäristöissä. Täydet työsuunnitelmat ja kiireinen aikataulu vievät aikaa kokonaisvaltaisen perhehoitotyön toteuttamiselta kotisairaaloiminnassa. Perheen oman ja yksilöllisen kulttuurin kunnioittamisesta ei kuitenkaan koskaan tulisi tinkiä. Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen asiakkaana olevien perheiden kanssa on oleellista hyvän hoidon toteuttamisen kannalta. Tästä syystä korostaisimme tässä yhteydessä priorisoinnin merkitystä hoitotyön toimintoja suunniteltaessa. (Pelkonen 1994: 37.)

Yksilöllisen ja asiakaslähtöisen perhehoitotyön toteuttaminen vaatii hoitotyön ammattilaiselta perhehoitotyön tuntemusta, omaa motivaatiota perhehoitotyön toteuttamiseen sekä lisäksi vuorovaikutustaitojen hallintaa. Myös luottamus omaan ammattitaitoon on tärkeää. Myös intuitio on omalta osaltaan keskeinen työkalu erilaisten perheiden kanssa toimimisessa. Intuition tulee voida luottaa hoitotyön raamien sisällä ja se saattaakin olla osaltaan kokemuksen kehittämää. (Maijala ym. 2011: 101; Pelkonen 1994: 15-16.)

Sairaanhoitajan astuessa perheen kotiin hän kohtaa aina erilaisen kulttuurin, joka muodostuu siihen kuuluvien yksilöiden muodostamasta todellisuudesta. Se on alati muovautuva tukikohta perheenjäsenille. Perheen kulttuurin kunnioittaminen onkin sairaanhoitajan työskentelyn kannalta avainasemassa perhehoitotyöstä keskusteltaessa. Kotisairaaloiminnassa työskentelevän sairaanhoitajan tulee kyetä kunnioittamaan perheen kotia, yksilöllistä kulttuuria sekä sen jäseniä. Perhe tulee nähdä asiantuntijana lapsen hoidossa ja se tuleeekin huomioida hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. (Tuomi 2008: 66–67.)

Perheen kunnioittamisella voidaan lisäksi ymmärtää toimintaa, joka pohjaa sairaanhoitajan avoimuuteen ja suvaitsevaisuuteen. Vuorovaikutus- ja kuuntelutaidot ovat äärimmäisen tärkeitä kunnioittavaan hoitotyöhön liittyviä ominaisuuksia. Perheen tahtoa lapsen hoitoon liittyen ja yksilöllisiä tarpeita kunnioittamalla luodaan luottamuksellinen hoitosuhde, jossa kaikki osapuolet voimaantuvat toimijoina, joka osaltaan edesauttaa perheen ja sairaanhoitajan yhteistyötä sekä sairaan lapsen etua. (Pelkonen 1994: 33–37; Tuomi 2008: 66–67.)

Kunnioittamiseen voidaan liittää lisäksi lapsen oman äänen tuominen kuuluviin hoitotyötä suunniteltaessa sekä toteutettaessa. Lapsen voimavaroja voidaan hyödyntää ja lasta tuleekin osallistaa omaan hoitoonsa kehitysvaihe huomioon ottaen. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012: 25–26.)

8.3.2 Hyvä ohjaus ja toimiva vuorovaikutus perhehoitotyön kannalta

Ohjaus- ja vuorovaikutustaitojen näkökulmasta sairaanhoitajan työskentelyssä tulisi kiinnittää enenevissä määrin huomiota vuorovaikutuksen tarkoituksiin hoitotyössä. Sairaanhoitajan tulisi kyetä vuorovaikutuksen osalta motivoimaan perhettä toteuttamaan lapsensa hoitoa omien voimavarojensa ja vahvuksiensa näkökulmasta. Maijala, Helminen ja Åstedt-Kurki totesivat tutkimuksessaan (2011), että vuorovaikutustaidot ovat keskeisiä keskusteltaessa lasten hoitotyöstä. Tutkimuksessa ilmeni, että perheet toivoisivat hoitohenkilökunnalta enemmän tukea, kuin käytännössä annettiin. Hoitohenkilökunta kuitenkin koki antaneensa enemmän tukea kuin vanhemmat kokivat saaneensa. Tämä dilemma saattaa johtua esimerkiksi siitä, ettei hoitohenkilökunnalla todellisuudessa ollut riittävää tietoa tuen antamisen keinoista tai tuen antaminen saatettiin kokea aikaa vieväksi prosessiksi hoitotyössä, jolle ei kliinisten työtehtävien ohella koettu löytyvän aikaa. (Maijala ym. 2011: 103–105.)

8.4 Voimaantumisen merkitys kehittämistyössä

Todellisuudessa tehokas ja oikein suunnattu tuki ja vuorovaikutus eivät ole aikaa vieviä prosesseja. Ne saattavatkin monissa tapauksissa vastaavasti säästää hoitotyöntekijän aikaa ja vaivaa. Voimaantunut perhe saattaa autonomisemmin toimiessaan ja oikein ohjattuna toimia tehokkaasti, joka osaltaan vaikuttaa hoitohenkilökunnan kuormittumiseen vähentävästi.

Voimaannuttamisen näkökulmasta työmme pyrkii kehittämään ensisijaisesti perheen voimaantumisen näkökulmaa. Olemme kiinnostuneita perheen voimaantumisesta, koska sen merkitys korostuu kotisairaalaympäristössä. Perheen rooli lapsen hoidon toteuttamisessa on kotisairaaloiminnassa korostuneempi. Tämä edellyttää hyvää ja tarkoituksenmukaista perheen voimaantumista. (Löthman-Kilpeläinen 2001: 13–14; Tuorila 2009.)

Kotisairaaloiminnan kannalta voimaantuminen merkitsee kokonaisvaltaista prosessia, jossa korostetaan perheen voimavaroja ja pyritään vahvistamaan niitä. Perheen voimavaroja voivat olla esimerkiksi vanhemmuus, parisuhde, vakaa elämäntilanne sekä talous. Vanhempien voimavarat voivat olla myös henkisiä, fyysisiä tai lisäksi sosiaalisia. Vanhempien olemassa olevien voimavarojen vahvistaminen ja tukeminen nousevatkin tässä yhteydessä keskeisiksi hoitotyön periaatteiksi voimaantumisen kannalta. Vanhempia pitäisi tukea löytämään uusia selviytymiskeinoja arjessa selviytymiseen sekä lapsen hoitoon. (Tuorila 2013.)

Vanhemmuuden tukeminen kokonaisvaltaisesti mainittiin myös asiantuntijakonsultaatioissa yhdeksi perhehoitotyön ja voimaantumisen näkökulmista nousevaksi näkökulmaksi. Sairaanhoidajat kertoivat tukevansa vanhempien omaa onnistumisen tunnetta lapsen hoidossa sekä pyrkivät tarvittaessa antamaan kaiken mahdollisen tiedollisen tuen vanhemmille, jotta he selviytyisivät sairaan lapsen hoidossa ja edelleen voimavaraisivat. (Asiantuntijakonsultaatio 3.)

Vanhemmuuden tukemisen lisäksi oli tärkeää ottaa huomioon sairaan lapsen voimaannuttaminen. Tämä auttaisi osaltaan koko perheen toimintaa ja lapsen hyvinvointia. Lapsen voimaantumisen tulee kuitenkin käsitellä kehitysvaiheen tai lapsen oman kyvyn kontekstissa. Tarkoituksenmukainen voimaantuminen tapahtuu kuitenkin varmasti aina

yksilön omista voimavaroista ja niiden tunnistamisesta käsin. (Hakulinen ym. 2005: 1–2; Itkonen 2005: 21–23.)

Kotisairaalatoiminnassa voimaantuminen voidaan nähdä äärimmäisen keskeisenä toimintana, jota tulisi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Parhaimmillaan kotisairaalatoiminnassa toimivan sairaanhoitajan edesauttama voimaantuminen johtaa perheen toiminnan tehostumiseen ja sairaan lapsen parhaaseen mahdolliseen hoitoon. (Kuurilehto 2006: 9–13; Nurmi 2002: 10–13.)

9 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksemme pohjautuvat asiantuntijakonsultaatioista ja teorian tiedosta esille nousseista kehittämisideoista, jotka olemme saattaneet yksinkertaiseen ja helposti ymmärrettävään muotoon.

1. Perhe tulisi huomioida yksilöllisesti. Tähän liittyvät perheen oman, yksilöllisen kulttuurin tunnistaminen ja kunnioittaminen. Perheen sisäinen dynamiikka on voimavara, josta voidaan lähteä rakentamaan hyvää perhehoitotyötä.
2. Perheen näkemys tulisi ottaa huomioon myös käytännön toimintaa suunniteltaessa. Aikataulut, käynnit ja muut toimenpiteet tulisi sopia perheen kanssa yhdessä.
3. Läsnäolo ja kuunteleminen ovat sairaanhoitajan työskentelyn avaimia tuen antamisen ja perhehoitotyön kannalta. Alas istuminen, rauhallisuus ja kuunteleminen osoittavat välittämistä ja luovat pohjaa toimivalle hoitosuhteelle.
4. Työotteen tulisi olla rauhallinen.
5. Perheen voimavaraistaminen on hoitotyön lähtökohta. Tue perhettä ja heidän vahvuuksiaan. Kannusta, ole hyväksyvä, älä tuomitse tai moiti.
6. Perhe on aina asiantuntija lapsen hoidossa. Huomioi perheen kokemusta ja asiantuntijuutta lapsen hoitoa suunniteltaessa.
7. Lapsi on itse asiantuntija omassa sairaudessaan ja terveydessään. Kuuntele lasta, tee toimenpiteet hänelle ymmärrettäväksi kehitystasoa vastaavalla tavalla.
8. Keskustele peloista, huolista tai epätietoisuuden tunteista vanhempien kanssa.
9. Tarjoa tietoa organisaatiosta ja sairauksista tarvittaessa.
10. Tue vanhemmuutta. Vahvista ja rakenna vanhemmuuden kokemusta.
11. Ohjaa rauhallisesti, yksilöllisesti ja kunnioittavasti.
12. Kliinisen työn ei tulisi viedä aikaa perhehoitotyöltä, eikä toisinpäin. Näitä ei tulisi nähdä toisiaan poissulkevinä asioina. Käynneille tulisi varata enemmän aikaa, mikäli kaikkea ei ehdi sisällyttää käynteihin. Tämä on yhteydessä myös työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen.

Mitkä ovat perheen omat voimavarat? Miten vahvistan niitä? Pysähdy ja mieti. Perheen motivointi johtaa voimavaraistumiseen, joka edelleen johtaa lapsen parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja hyvinvointiin.

10 Pohdinta

Opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitaessa nostaisimme esille käytännön ja teoretiedon vahvan integraation tulosten esille tuomisessa. Pyrimme opinnäytetyössämme tarkastelemaan näkökohtiamme mahdollisimman moniulotteisesti sekä ottamaan huomioon kriittisen työotteen merkityksen työmme toteuttamisen kannalta.

Kehittämistyötä toteutettaessa eettiset säännöt koskevat sekä tieteen tekemisen että työelämän eettisiä sääntöjä. Kehittämistyön tavoitteiden tulisi olla moraalisia. Kehittämistyötä tulisi tehdä mahdollisimman huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti, samalla kuitenkin pyrkien tekemään työstä käytäntöä hyödyntävä. Työssä tulisi huomioida sinänsä samoja eettisistä sääntöjä kuin yhteiskunnassa ja ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa yleensäkin. (Ojasalo ym. 2009: 48.)

Kehittämistyö on aina inhimillistä toimintaa, jolloin tekijöiden rajoitukset ja vajavaisuudet heijastuvat työhön. Kehittämistyössä kohdehenkilöiden on oltava tietoisia, mitä tekijät ovat tekemässä, mitkä ovat työn tavoitteet ja toimintamenetelmät, sekä mikä on tekijöiden rooli työelämän toimintoja kehittävässä työssä. Kehittämistyötä tehdessä on todettu, erityisesti kyselyä toteutettaessa, että rehellisiä ja todellisia vastauksia saa kohteelta silloin, kun vastaajien intymiteettisuoja taataan ja vastaajia ei nosteta esille yksilöinä. Mikäli vastaaja on kiinnostunut häntä koskevista yksityiskohdista, niin hänen on myös saatava se tietää. Lisäksi jokaiselle kohderyhmässä olevalle on tiedotettava mikä on hänen oma osuutensa kehittämistyössä, jotta hän pystyy arvioimaan vastauksiaan kypsästi ja järkevästi. (Ojasalo ym. 2009: 48.)

Kehittämistyössä on vältettävä epärehellisyyttä. Epärehellisyys voi olla tässä tapauksessa toisten tutkijoiden tai kehittäjien osuuden ja toimijoiden osallistuneisuuden vähätelyä, tekstien ja tutkimuksien plagiointia, tutkimustuloksiin kritiikitöntä suhtautumista sekä kehittämistyön puutteellista tai epämääräistä raportoimista.

Työssä voi myös ilmetä ristiriitaisuuksia tosiasioiden ja toimeksiantajan tai kohdehenkilöiden ajatusten kanssa, jolloin kyseisessä tapauksessa ilmiötä tulisi ottaa haasteena vastaan. On hyvä kuitenkin pitää mielessä, että on inhimillistä että ihmisillä voi esiintyä ennakkokäsityksiä jotka voivat vaikuttaa ja ohjata ilmiöiden tulkinnassa. Kaikissa kehit-

tämistöissä on huomioitava se seikka, että työllä on myös yhteiskunnallinen merkitys. (Ojasalo ym. 2009: 48.)

10.1 Hyödynnettävyys

Hyödynsimme opinnäytetyömme lähtökohtana tutkimustietoa, joka osoittaa työmme luotettavuutta. Lisäksi hyödynsimme asiantuntijatietoa, jonka avulla saimme tietoa käytännön toimijoilta. Kokemuksen ja käytännön tiedon merkitys työmme kannalta korostuukin vahvasti, sillä kehittämistyömme lähtökohtana oli tuoda esille helposti käyttöön liitettäviä kehittämisehdotuksia.

Haastatelluiden sairaanhoitajien määrä tosin oli hieman pieni: Mikäli olisimme saaneet konsultoitua esimerkiksi kaikkia kotisairaalassa toimivia sairaanhoitajia, olisimme päässeet työssämme hyödyntämään edelleen kattavampaa asiantuntijatietoa kotisairaalan nykytilanteesta tuen antamisen ja perhehoitotyön kannalta.

Sairaanhoitajien määrän kannalta myös tulosten hyödynnettävyyttä arvioitaessa tulisi-kin huomioida niiden yleistettävyys muihin asiayhteyksiin. Toteutimme haastattelut Jorvin kotisairaaloiminnassa työskentelevien sairaanhoitajien kanssa. Heidän antamiinsa vastauksiin vaikuttavat osaltaan varmasti myös yksikön organisaatioon ja johtoon liittyvät asiat, joita ei välttämättä voida pyrkiä yleistämään muihin kotisairaaloiminnan yksiköihin toiminnan edelleen yleistyessä. Myös hankkeen pilottimaisuus saattaa osaltaan vaikuttaa tulosten hyödynnettävyyteen, sillä pilottitoiminnan itsessään voidaan ajatella olevan jatkuvassa muutosprosessissa.

Toisaalta omien resurssiemme rajallisuudesta johtuen laajempien haastattelujen toteuttaminen olisi saattanut muodostua haasteelliseksi. Tästä syystä olemmekin päätyneet myös teoriaosuuden osalta aihealueiden tarkempaan rajaukseen ja tällä tavoin yrittäneet välttää työn liiallista laajenemista kauemmas asiayhteyksistä.

Eettisyyden kannalta noudatimme kehittämistyön eettisiä periaatteita sekä hoitotyön etiikkaa. Kysyimme muun muassa lupaa haastatelluiden henkilöiden nimien liittämistä työhön, kysyimme lupaa haastatteluihin sekä niiden nauhoittamiseen. Huomioimme vastauksia tarkastellessamme myös kriittisen näkökulman sekä olosuhteiden merkityksen saamiemme vastauksien kannalta. Huomioimme myös yksittäisten näkemuserojen

merkityksen asiantuntijavastauksista sekä niiden hyödynnettävyydestä keskusteltaessa.

Työmme johtopäätöksistä voitaisiin nostaa esille esimerkiksi se, että lasten kotisairaala ympäristönä on haasteellinen, mutta samanaikaisesti otollinen kohde kehittämistöiden toteuttamiseen. Myös asiantuntijakonsultaatioissa nousivat esille tarpeet kokonaisuutensa yleisestä kehittämisestä, mikä osaltaan voitaisiin nähdä haasteellisena muillekin kotisairaaloimintaa käsitteleville kehittämistöille. Nämä toiminnan kehittämistarpeet luovat osaltaan oman haasteensa myös meidän työllemme, sillä muutosprosessi saattaa vaikuttaa hyvinkin hajanaiselta ja epäselvältä.

10.2 Prosessin pohdinta

Pohtiessamme opinnäytetyömme prosessia, esille nousivat ajatukset prosessin hajanaisuudesta sekä ajoittaisesta vaikeaselkoisuudesta. Kun pohdimme työmme toteutusta ja etenemistä, tulimme siihen tulokseen, että paremmalla työn suunnittelulla olisimme voineet välttää monet työssämme esiin tulleet ongelmakohdat. Kolmen ihmisen aikataulujen sovittaminen osoittautui melko suureksi haasteeksi työtä tehdessämme. Ajoittain esiintyi myös näkemuseroja työn toteuttamisesta ja aikatauluista. Pyrimme kuitenkin selvittämään esiin nousseet ongelmat sekä pohtimaan prosessiamme moniulotteisesti.

Haasteellisimmaksi työvaiheeksi opinnäytetyössämme osoittautui mielestämme teoria-tiedon ja käytännön tiedon saumattoman synteysin tuottaminen. Opinnäytetyömme toteutusvaihe oli meille hyvin haasteellinen ja pyrimme pitämään työn punaisen langan aina mukana työskennellessämme. Koimme kuitenkin työn laajentuneen ajoittain pois asiayhteyksistä, mikä vaikeuttikin mielestämme työn etenemistä ja loogisuutta.

Työn valmistuessa pyrimme kuitenkin palaamaan selkeämpään aiheenrajaukseen ja määrittelyyn sekä asettamiemme tavoitteiden saavuttamiseen, missä koimmekin onnistuneemme suhteellisen hyvin.

Asetimme työmme ensisijaiseksi tavoitteeksi konkreettisten ja helposti hyödynnettävien kehittämisohjeiden laadinnan, missä onnistuimmekin. Kehittämisohjeidemme muodostuivat lopulta melko selkeiksi ja ytimekkäiksi ohjeiksi, joita uskomme voitavan hyödyntää käytännön työssä melko vaivattomasti.

Koimme, että kehittämistyön toteuttaminen itsessään on haasteellista. Se vaati kaikilta työhön osallistuvilta henkilöiltä joustavuutta ja erilaisten näkökulmien huomioonottamista. Kehittämistyön jatkuva muutosprosessi vaikeutti työn aihealueen hahmottamista ja rajaamista sekä aiheutti työn liiallista laajenemista. Loppujen lopuksi kehittämistyön toteuttaminen osoittautui haasteelliseksi mutta samanaikaisesti hyvin opettavaiseksi prosessiksi.

11 Lähteet

Ahonen, Heidi 1992. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Tamara press oy.

Asiantuntijakonsultaatio 1: Tapaaminen Kotisairaaloiminnan osastonhoitaja Tarja Siivosen kanssa 12.2.2013. Jorvin Sairaala, lasten kotisairaanhoidon yksikkö.

Asiantuntijakonsultaatio 2: Tapaaminen Kotisairaaloiminnan osastonhoitaja Tarja Siivosen kanssa 9.10.2013. Jorvin sairaala, Lasten kotisairaaloiminnan yksikkö.

Asiantuntijakonsultaatio 3: Tapaaminen kotisairaaloiminnassa toimivien sairaanhoitajien kanssa 14.10.2013. Läsnä Apulaisosastonhoitaja Siru Lamppu, Sairaanhoitajat Elisa Riekkä ja Sanna Lallukka sekä Ayan Roble ja Venla Vänskä.

Davis, Hilton 2003. Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Friedemann, Marie-Luise. 1989. The Journal of advanced nursing 1989 14, 3 211–216

Hakulinen, Tuovi – Paunonen, Marita. 1994. Analyysi käsitteestä perhehoitotyö. Lähi-käsitteinä perhesysteeminen ja perhekeskeinen hoitotyö. Hoitotiede: 60–61.

Hakulinen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana 2005. Lapsiperheen voimavarojen tunnistaminen voimavaralomakkeiden avulla. Tutkiva hoitotyö: 1–2.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, Hannu – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat.

Hewitt-Taylor, Jaqui 2012 .Planning transition of children with complex needs from hospital to home. Nursing children & young people 12 : 28–35.

Holma, Sinikka 2008. Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen - interventiotutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Itkonen, Arja 2005. Parisuhteen muutosvaiheen tukeminen terveydenhoitajan työssä: Haastattelututkimus puolisoille ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Jurvelin, Tiina – Kyngäs, Helvi–Backman, Kaisa 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhempien selviytymisvaatimukset. Hoitotiede 1: 35–42.

Järnstedt, Pia – Kaivolainen, Merja–Laakso, Taina–Salanko-Vuorela, Merja 2009. Omainen hoitajana. Kirjapaja.

Kuorilehto, Ritva 2006. Terveydenhoitajien ja lapsiperheiden käsityksiä voimavaroja vahvistavan lastenneuvolatyön vaikuttavuudesta. Oulun yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger & Katajisto Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Raportti. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy.

Lähdeaho, Marja-Leena – Heino-Tolonen, Tarja–Kuusela, Anna-Leena 2011. Lasten kotisairaala - Laadukasta ja kannattavaa hoitoa lapsille. Suomen Lääkärilehti. 23:

Löthman-Kilpeläinen, Leeni 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Maijala, Hanna – Helminen, Mika – Åstedt-Kurki, Päivi 2011. Äkillisesti sairaan lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen arviointitutkimus. Hoitotiede 2: 95–105.

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheen jäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto,

Sanjari, Mahnaz 2009. Nursing support for parent of hospitalized children. Tehran University of Medical Sciences.

Nurmi, Niina 2002. Omaishoitajan voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Pro gradu. Kuopion yliopisto.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2008. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOY.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Pelkonen, Marjaana 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu. Yhteiskuntatieteet.

Perälä, Marja-Leena – Salonen, Anne – Halme, Nina – Nykänen, Sirpa 2011. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. THL raportti 36.

Salmela, Marja 2013. Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa. Powerpoint-esitys.

Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Sorsa, Marjo 2004. Syöpää sairastavien lasten perheiden toimivuus sekä perheiden saama ja odottama tuki. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Storvik-Sydänmaa – Stiina–Talvensaari – Helena–Kaisvuo – Terhi–Uotila, Niina 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Sanoma Pro. Helsinki.

Tikkanen, Eira 2001. Tavoitteena voimaantuminen: perheiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhde kotona toetutuvassa lastenpsykiatrisessa hoidossa. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Toivonen, Eero 2009. Sosiaalinen tuki. Kasvatustieteen pro gradu tutkielma. Hämeenlinna.

Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet.

Tuorila, Helena 2009. Terveyspalvelut ja potilaan voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja.

Tuorila Helena 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 6: 66–71.

Visakorpi, Päivi 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Terveystalouden- ja talouden laitos. Pro gradu. Kuopion yliopisto.

12 Liitteet

Kysymyslomake

1. Miten perhehoitotyö toteutuu mielestäsi kotisairaaloiminnassa?
2. Millaisia haasteita kotisairaala ympäristönä tuo perhehoitotyön toteuttamiselle?
3. Millaisia työkaluja sairaanhoitaja tarvitsee toteuttaakseen hyvää perhehoitotyötä kotisairaalassa?
4. Millaista tieto-/taitoperustaa koet sairaanhoitajan tarvitsevan perhehoitotyössä työskenneltäessä kotisairaalaympäristössä?
5. Miten perhehoitotyö näkyy sairaanhoitajan työssä kotisairaalassa?
6. Millaista ohjausta perheet ovat toivoneet sairaanhoitajalta?
7. Millaisia tarpeita perheiden osalta on noussut esille tuen antamisen näkökulmasta?
8. Millaista tukea koet perheen tarvitsevan?
9. Miten tuen antaminen toteutuu käytännössä?
10. Millä keinoin sairaanhoitaja voimaannuttaa perhettä?
11. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu kotisairaaloiminnassa?
12. Minkälainen merkitys moniammatillisella työotteella on perhehoitotyön toteutumislle?
13. Miten sairaanhoitaja itse toimii toteuttaakseen perhehoitotyötä ja tuen antamista kotisairaalassa?

14. Miten sairaanhoitaja itse jaksaa työssään?

15. Miten sairaanhoitaja voisi jaksaa paremmin työssään?

16. Millaista erityiskoulutusta/osaamista sairaanhoitaja tarvitsee kotisairaalaympäristössä?

17. Millaista tukea tai työnohjausta sairaanhoitaja tarvitsee kotisairaalaympäristössä toimiessaan?

18. Millaisia kehittämissuhteita itse nostaisit esille kotisairaaloiminnassa?

