
”Saattaen neuvolasta synnytyssairaalaan”

– kummikätilönä Hyvinkään sairaalassa

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen 2012

Visamäki 27.5.2013

Johanna Aitalaakso

Mervi Viiru

VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen

Tekijä	Johanna Aitalaakso, Mervi Viiru	Vuosi 2013
Työn nimi	”Saattaen neuvolasta synnytyssairaalaan” – kummikätilönä Hyvinkään sairaalassa	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kummikätilötoimintaa Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välillä. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen eli se syntyi käytännön tarpeesta. Kirjallisuus ja aiemmat tutkimukset tukivat työn tarpeellisuutta äitiyshuollon työntekijöiden yhteistyön kehittämisen sekä kätilön asiantuntijuuden hyödyntämisen näkökulmista.

Tutkimus on kvalitatiivinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui sisällönanalyysi. Kohderyhmänä olivat Hyvinkään sairaalan kummikätilöt ja Mäntsälän, Järvenpään sekä Tuusulan neuvoloiden terveydenhoitajat.

Tulosten avulla on tarkoitus kehittää kummikätilötoimintaa vastaamaan työntekijöiden tarpeita sekä edistämään organisaatorajojen ylittävää yhteistyötä ja laadukasta äitiyshuoltoa Hyvinkään sairaanhoitoalueella. Tulosten perusteella pohditaan mahdollisuutta ja kannattavuutta laajentaa toimintaa koskemaan koko sairaanhoitoaluetta koskevaksi. Tutkimustulosten avulla tuotettiin toimintamalli, joka ohjaa kummikätilötoimintaa Hyvinkään sairaalassa.

Tutkimustulokset tukevat käsityksiä siitä, mitä kummikätilötoiminnalta ja yhteistyön kehittymiseltä äitiyshuollossa odotetaan. Kirjallisuus ja aiheeseen liittyvät aiemmat tutkimukset ovat nostaneet samoja aihealueita esille.

Jatkossa on tärkeää tehdä tutkimus kummikätilötoiminnasta asiakkaan näkökulmasta. Mielenkiintoista ja tarpeellista on avata myös organisaatorajat ylittävän yhteistyön onnistumista työntekijätasolla ja sitä, että vähentääkö tiiviimpi työntekijätason yhteistyö lähetteen ja turhien erikoissairaanhoitokäyntien määrää.

Avainsanat asiantuntijuus, kummikätilö, laatu, moniammatillisuus, tiedonkulku, yhteistyö, äitiyshuolto

Sivut 50 s. + liitteet 5 s.

VISAMÄKI

Degree Programme in Social and Health Care Development and Management

Authors

Johanna Aitalaakso, Mervi Viiru

Year 2013

Subject of Master's thesis Being a godmother midwife in Hyvinkää Hospital

ABSTRACT

Purpose of our study was to develop godmother midwife activity in Hyvinkää Hospital's maternity unit and maternity public health care. Our thesis topic is a work-oriented and it correspond to practical need. Literature and previous research works did strengthen that our study was needed to improve co-operations between public maternal clinic nurses and special maternal healthcare midwives.

Our study is a qualitative research and research method was questionnaire. We analysed collected material by using content analysis method. The target group was so called godmother midwives of Hyvinkää hospital and public healthcare nurses of Mäntsälän, Järvenpää and Tuusula.

The results are intended to develop godmother midwives activity to meet needs of the employees and to promote cross-border co-operation in the organization and the quality of maternity care of Hyvinkää's hospital health care district. Based on the results it is considered possibility and profitability to expand operations to cover the whole healthcare district. Based on research material we created operations model which controls the operation of the godmother midwives activity in our hospital.

Collected research results confirm understanding what is expected of godmother midwives activity and development of co-operations in maternity healthcare. Literature and previous studies of this research area have pointed out the same topics.

One of the most important topics for further research would be to research godmother midwives activity from customer's point of view. In future it would be also interesting to see reports where is studied if closer co-operation between special health care midwives and public health care nurses will reduce unnecessary contacting to special healthcare.

Keywords expertise, godmother midwife, quality, multiprofessionality, information flow, co-operation, maternal healthcare

Pages 50 p. + appendices 5 p.

VISAMÄKI

Vård och omsorg Development and Management

Faktorer

Johanna Aitalaakso, Mervi Viiru

Året 2013**Artikelnamn**

Eskortering av blivande mammor från moderskapsrådgivning till förlossning - fadderbarnmorskverksamhet vid Hyvinge distriktssjukhus.

SUMMARUM

Syftet med detta examensarbetet var att utveckla fadderbarnmorskverksamhet mellan förlossningsavdelningen vid Hyvinge sjukhus och moderskapsrådgivning på den kommunala nivån på området.

Ämnet i examensarbetet har sitt ursprung i arbetslivet och har där med en praktisk anknytning. Litteratur och tidigare undersökningar stöder vår synpunkt om viktigheten av förbättringen av nämnd samverksamhet av personalen vid moderskapsrådgivning samt utnyttjandet av barnmorskornas vetenskap.

Undersökningen var kvalitativ och som metod användes frågeformulär. Som analysmetod användes innehållsanalys. Som intressegrupp fungerade fadderbarnmorskorna vid Hyvinge sjukhus samt moderskapsrådgivare i Mäntsälä, Träskända samt Tusby. Resultat skall användas för vidare utveckling av fadderbarnmorskverksamhet så att det bättre svarar på deltagarnas behov samt drar ner tröskeln mellan organisationerna för moderskapsrådgivning av bra kvalitet inom Hyvinge sjukhusdistrikt.

Med hjälp av resultaten kan möjligheter för lösnande utvidgandet av verksamheten att gälla över hela HNS:s området tas upp. Resultaten gav ett fungerande modell för utstyrning av fadderbarnmorskverksamhet i Hyvinge sjukhus.

Frågeformulär svaren stöder förväntningar för fadderbarnmorskverksamhet och förbättrandet av samverkan inom området. Litteratur samt tidigare undersökningar om ämnet har lyft upp samma synpunkter. En viktig vidareforsknings objekt är att forska ämnet från kundens synvinkel. Samt skulle det var av intresse att läsa en report som handlar om det att har intensiv samarbete inom institutioner i tidigt skäde av moderskap minskat remisser och onödig specialvård konsulteringar.

Nyckelord

expertis, fadderbarnmorska, kvalitet, multiprofessionalism, informationsflödet, samarbete, mödrahälsovården

Sidor

50 p. + appendices 5 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KOHTI LAADUKASTA ÄITIYSHUOLTOA.....	2
2.1.	Äitiysneuvolan nykytilanteesta.....	3
2.2.	Kummikätilötoiminta.....	3
2.3.	Perhevalmennus.....	4
2.4.	Näyttöön perustuva toiminta.....	5
3	YHTEISTYÖTÄ ASIAKASPERHEEN PARHAAKSI.....	6
3.1.	Hoitopalvelujen laadusta.....	6
3.2.	Asiantuntijuus laadukkaana äitiyshuollon perustana.....	7
3.3.	Moniammatillisuus.....	8
3.4.	Aikaisempia tutkimuksia yhteistyöstä äitiyshuollossa.....	8
4	TIEDONKULKU TERVEYDENHUOLLOSSA.....	9
4.1.	Tieto terveydenhuollossa.....	10
4.2.	Dialogi terveydenhuollossa.....	11
4.3.	Tiedonkulku äitiyshuollossa.....	11
5	ÄITIYSHUOLTO OSANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄÄ.....	12
5.1.	Lainsäädännöstä.....	13
5.2.	Organisaatorakenteesta.....	14
5.3.	Äitiyshuollon palveluketjut.....	15
5.3.1.	Äitiyshuoltoa HUS-alueella.....	15
5.3.2.	Äitiyshuoltoa Hyvinkään sairaanhoitoalueella.....	16
5.3.3.	Synnytysten jakautuminen HUS-alueella.....	16
6	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	17
7	TUTKIMUSMENETELMÄ – JA AINEISTO.....	17
7.1.	Kvalitatiivisen tutkimuksen päättelyn logiikka: induktio.....	19
7.2.	Tutkimuksen kohderyhmä.....	20
7.3.	Aineistonkeruumenetelmä.....	20
7.4.	Aineiston analyysi.....	22
8	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	23
8.1.	Totuus ja objektiivisuus laadullisessa tutkimuksessa.....	24
8.2.	Kokemuksellisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit.....	25
8.3.	Tutkimuksen pätevyys.....	26
8.4.	Luotettavuuden toteutuminen opinnäytetyössämme.....	27
9	TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	28
10	TOTEUTUS.....	29

11 TUTKIMUSTULOKSET	31
11.1. Taustatietoja kohderyhmästä.....	31
11.2. Yhteistyö	33
11.2.1. Kummikätilötoiminta yhteistyön muotona.....	34
11.2.2. Avoin vuoropuhelu	34
11.2.3. Perhevalmennus.....	35
11.3. Tiedonkulku	36
11.4. Laatu.....	37
11.5. Asiantuntijuus.....	37
11.6. Moniammatillisuus.....	38
11.7. Laadukkaan palveluketjun tukeminen kummikätilötoiminnan keinoin – konkreettiset kehittämissuositukset.....	39
12 POHDINTA.....	40
12.1. Yhteistyö	41
12.2. Tiedonkulku	42
12.3. Laatu.....	42
12.4. Asiantuntijuus.....	42
12.5. Moniammatillisuus.....	43
13 JOHTOPÄÄTÖKSET	43
14 JATKOTUTKIMUSAIHEET	44
LÄHTEET	46

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Toimintamalliehdotus

1 JOHDANTO

Valtio velvoittaa kuntia huolehtimaan asukkaidensa tasa-arvoisen terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Jotta tarpeisiin pystytään vastaamaan ja päällekkäisyyksiltä vältytään, on yhteistyön tekeminen välttämätöntä eri toimijoiden välillä. Myös lainsäädäntö edistää alueellisen yhteistyön kehittämisen vaatimusta madaltamalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä raja-aitoja. (Haapio ym. 2009, 48, 192.)

Terveydenhuoltoon kohdistuvat vaatimukset edellyttävät yhteistyön lisäämistä ja kehittämistä myös äitiyshuollossa. Kummikätilötoiminta on yksi yhteistyön muoto äitiyshuollossa avoterveydenhuollon neuvoloiden ja erikoissairaanhoidon synnytysyksiköiden välillä. Kummikätilötoimintaa on toteutettu Suomessa ainakin Vaasan keskussairaalassa sekä Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa. (Netti Henkreikä 2012; Vaasan keskussairaala 2012 .)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kummikätilötoimintaa Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välillä. Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat alueemme kolmen äitiysneuvolan, joissa jo kummikätilötoimintaa on käynnistetty, terveydenhoitajat sekä synnytysosaston kummikätilöinä toimivat kätilöt. Tutkimustulosten avulla tuotamme toimintamallin, joka ohjaa kummikätilötoimintaa sairaalassamme. Tulosten perusteella mietitään toiminnan jatkokehittäminen ja mahdollisesti toiminnan laajentaminen.

Ajatus tehdä opinnäytetyö kummikätilötoiminnan kehittämisestä Hyvinkään sairaalassa syntyi käytännön tarpeesta. Kummikätilöt kokivat tilanteen hankalaksi, kun yhteistä toimintasuunnitelmaa ei ollut. Myös terveydenhoitajat suhtautuivat asiaan ristiriitaisesti, sillä heillä ei ollut aikaisempaa kokemusta, joten he eivät osanneet toivoa tai vaatia toiminnalta mitään. Kysyimme osastonhoitajalta lupaa tehdä opinnäytetyö aiheesta ja hän oli myöntäväinen ja kertoi työn tulevan tarpeeseen, sillä syksyllä 2012 oli suunniteltu kyselyn tekemistä toimintaan osallistuneille terveydenhoitajille ja kummikätilöille.

Kirjallisuus ja aikaisemmat tutkimukset tukevat työmme tarpeellisuutta juuri yhteistyön sekä kätilön asiantuntijuuden hyödyntämisen kautta perusterveydenhuollossa. Asiakaspalautteet ja tutkimustieto asiakkaiden kokemuksista antavat viitteitä siitä, että äitiyshuollon palvelujärjestelmään kohdistuu muutospainetta. Ajankohtaisiksi tutkimuskohteiksi on nimetty mm. kätilötyön erityisosaamisen vahvistaminen perusterveydenhuollossa rakenteita uudistettaessa sekä kätilön tehtäväkuvien laajentaminen äitiysneuvolassa. (Vallimies-Patomäki 2007, 59; Äimälä 2007, 39.)

Opinnäytetyö olisi ollut mielenkiintoista ja tarpeellistakin tehdä asiakkaan näkökulmasta, mutta työmme lähtökohta on toteuttaa työpaikalta esiin nousutta tarvetta. Halusimme erityisesti painottaa työssämme yhteistyön kehittämistä äitiyshuollon työntekijöiden välillä. Jatkotutkimusaiheena

voisi tulevaisuudessa olla asiakkaiden, perheiden kokemukset kummikätilötoiminnasta sekä mahdolliset kehittämistarpeet.

Opinnäytetyön avainsanoja ovat asiantuntijuus, laatu, kummikätilö, moniammatillisuus, tiedonkulku, yhteistyö, äitiyshuolto.

2 KOHTI LAADUKASTA ÄITIYSHUOLTOA

Kummikätilötoiminta on suhteellisen uusi toimintamuoto, josta ei ole juurikaan tieteellistä tietoa tai tutkimuksia saatavilla. Kirjallisuuden ja esiyymärryksen perusteella kartoitimme kummikätilötoimintaan mielestämme läheisesti liittyviä asiasanoja. Opinnäytetyön edetessä tarkensimme teoreettista viitekehystä vastaamaan tutkimuksessamme esiinnousseita teemoja.

Teoreettisessa viitekehyksessä lähdetään liikkeelle äitiyshuollon peruskäsitteistöstä, äitiyshuollosta sekä äitiysneuvolasta pitäen sisällään sen eri toimintamuodot, kuten perhevalmennuksen ja mahdollisen kummikätilötoiminnan. Yhteistyö äitiyshuollossa edellyttää eri asiantuntijuuksien ymmärtämistä ja hyödyntämistä sekä moniammatillista yhteistyötä yli palvelurakenteiden. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien tunteminen pääpiirteissään edistää toimivaa yhteistyötä ja toisaalta auttaa ymmärtämään mahdollisia haasteita.

Äitiyshuollon palveluista vastaavat kunnalliset ja yksityiset äitiysneuvolat sekä erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikat ja synnytyssosastot (Lindholm 2007, 34-35; Nuorttila 2007, 42). Ydintehtävänä on odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen. Äitiyshuollon tavoitteiksi luetaan raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisy, niiden varhainen toteaminen ja sujuva hoitoon ohjaaminen, tehokas hoito ja kuntoutus sekä hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen ja perheen tukeminen sairauden tai vamman kohdatessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 35.)

Suomessa äitiyshuollon palvelut on porrastettu. Äitiyspoliklinikat ovat laatineet ohjeet perusterveydenhuoltoon lähetekäytänteistä. Äitiyshuollon asiakkuus alkaa raskausviikolla 8-12 ja päättyy äidille tehtävään jälkitarkastukseen 5-12 viikon kuluttua synnytyksestä. Äitiysneuvolat ja äitiyspoliklinikat toimivat rinnakkain siten, että terveet äidit tarkastetaan ja hoidetaan pääsääntöisesti äitiysneuvolassa, mutta jos erityistutkimuksia tarvitaan, raskaana olevaa äitiä hoidetaan äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikoiden yhteistyönä. Äitiyshuollon haasteita katsotaan olevan tiedonkulun turvaaminen eri toimijoiden välillä, tietosisällön ja koulutuksen ajantasaistaminen, palveluiden parempi yksilöllistäminen ja tutkimuksen ja kehittämisen saaminen osaksi äitiyshuollon perustyötä. (Nuutinen 2011, 352, 355–365.)

2.1. Äitiysneuvolan nykytilanteesta

Kansanterveyslaki (1972) asettaa kunnalle vaatimuksen järjestää perusterveydenhuollossa terveysneuvontaa, johon kuuluu yhtenä osa-alueena äitiysneuvolatoiminta. Palveluiden tulee olla kunnan asukkaille maksuttomia (Valtioneuvoston asetus 1339/2006).

Äitiysneuvolan tavoitteena on ehkäistä ongelmien syntymistä ja edistää lapsiperheiden yhteenkuuluvuutta ja vertaistukea (Haapio ym. 2009, 48). Työmuotoja ovat tarkastukset ja seulontatutkimukset sekä henkilökohtainen ohjaus ja perhevalmennus (Lindholm 2007, 33). Äitiysneuvolan tehtävänä on perinteisesti ollut äitiyshuollon palvelukokonaisuuden koordinointi (Vallimies-Patomäki 2007, 59). Suomen Kätilöliiton (2004, 12) mukaan ammattitaidon jatkuva ylläpitäminen ja kartuttaminen äitiysneuvolassa edellyttävät, että vuotuinen asiakasmäärä on riittävän suuri. Parhaimmillaan se tarkoittaa 80-100 raskaana olevaa naista vuosittain (Metsävainio 2008, 6).

Väestövastuiseen toimintatapaan siirtymisen myötä terveydenhoitajien tehtäväkenttä on laajentunut äitiysneuvoloihin. Toimintatavan muutos on vähentänyt merkittävästi kätilöiden osuutta äitiysneuvolan työntekijöistä. (Vallimies-Patomäki 2007, 59.) Kätilöiden korvautuminen terveydenhoitajilla on aiheuttanut muutoksen toiminnan sisällön ja laadun kannalta. Se on vienyt toimintaa enemmän terveystieteeseen ja perheen tukemiseen, jolloin raskaudenajan erityiskysymykset ovat saaneet väistyä. Samalla se on lisännyt erityisasiantuntemuksen hankintaa neuvolan ulkopuolelta. (Hemminki & Gissler 2007, 62.)

Muutos väestövastuuseen on aiheuttanut ongelmia terveydenhoitajien työkuvassa sen laajentuessa monelle eri osa-alueelle (Vallimies-Patomäki 2007, 59). Väestövastuisella toimintatavalla äitiyshuollon asiakasmäärät jäävät liian pieniksi työtehtävien laaja-alaisuuden vuoksi (Metsävainio 2008, 6). Pirstaleinen työnkuva aiheuttaa sen, että ammatillisen kokemuksen kehittyminen on hidasta. Muutoksen seuraus näkyy erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikkakäyntien lisääntymisenä, joka on osaltaan voimistanut äitiyshuollon medikalisaatiokehitystä. (Vallimies-Patomäki 2007, 59.)

2.2. Kummikätilötoiminta

Kummikätilötoiminnalla käsitetään hyvin erilaisia yhteistoimintaan liittyviä asioita neuvolan ja synnytyssairaalan välillä riippuen siitä, mikä sairaala toimintaa toteuttaa. Yhteistä kaikelle kummikätilötoiminnalle on juuri äitiyshuollon eri toimijoiden välisen yhteistyön ja uusien toimintatapojen kehittäminen (NettiHenkreikä 2012). Suurimmaksi osaksi kummikätilöä on hyödynnetty osana perhevalmennuksen toteutusta (Haapio ym. 2009, 9).

Toimintaa on ollut jo useiden vuosien ajan monissa Suomen synnytyssairaaloissa. Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa toiminta on aloitettu jo vuonna 1998 ja sitä on kehitetty niin, että toiminta ulottuu

sekä kummikätilön ja terveydenhoitajan että asiakkaan ja kummikätilön välille. Toimintaa on tarjolla hyvin monimuotoisesti niin yksityisesti kuin ryhmässä, niin neuvolassa kuin synnytyssairaalassa. (Netti Henkreikä 2012.)

Vaasan keskussairaala tarjoaa maksullista, henkilökohtaista palvelua asiakkaan ja kummikätilön välillä. Kummikätilötoimintaa palveluna ei ole tarkemmin määritelty Vaasan keskussairaalan internet-sivuilla. (Vaasan keskussairaala 2012.)

Hyvinkään sairaalassa kummikätilötoimintaa on vasta aloitettu. Toiminnan tavoitteena on kehittää asiakaslähtöisiä toimintamalleja sekä yhteistyötä neuvolan ja synnytys-sairaalan välillä. (Pyykönen, sähköpostiviesti 2.4.2012). Tällä hetkellä kummikätilötoimintaa toteutetaan kolmen kunnan, Mäntsälän, Järvenpään ja Tuusulan, neuvoloissa. Sairaalan kummikätilö on osallistunut perhevalmennukseen pitämällä itsenäisesti synnytysvalmennusosion. Kummikätilö osallistuu alueensa neuvolan perhevalmennukseen keskimäärin joka toinen kuukausi. Tämä tarkoittaa sitä, että pääsääntöisesti ensisynnyttäjät hyötyvät palvelusta eniten tapaamalla kummikätilön kertaalleen raskausaikana.

Äitiysneuvolan työntekijöiden rooli on muuttunut enemmänkin terveyttä edistävään ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön (Hemminki & Gissler 2007, 62). Samalla väestövastuun myötä kätilöt ovat korvautuneet terveydenhoitajilla ja äitiyshuollon erityisosaaminen on neuvoloista häviämässä (Vallimies-Patomäki 2007, 59). Äitiyshuollon yhteistyön kehittämiseen on tarvetta. Kummikätilötoiminta on monen mahdollisuuden toimintamuoto, jota työntekijät voivat kehittää tarpeitaan vastaavaksi.

2.3. Perhevalmennus

Valtioneuvoston asetus edellyttää äitiyshuollon tarjoavan osana toimintaansa moniammatillisuutta hyödyntävää perhevalmennusta. Asetuksen mukaan perhevalmennus pitää suunnata erityisesti ensimmäistä lastaan odottaville perheelle. (Valtioneuvoston asetus 338/2011) Perhevalmennus onkin vakiintunut ja arvostettu äitiyshuollon työmuoto (Haapio 2009, 9).

Äitiyshuollon palveluihin kuuluu kaikille raskaana oleville neuvoloiden järjestämä perhevalmennus (Haapio & Pietiläinen 2007, 201). Perusterveydenhuollossa perhevalmennusta koordinoi äitiysneuvolanterveydenhoitaja tai kätilö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 49). Perhevalmennus kohdistuu useimmiten ensimmäistä lasta odottaviin perheisiin. Valmennukseen sisältyy vanhemmuuteen, parisuhteeseen ja lapsen liittyviä aiheita sekä synnytysvalmennus ja useimmiten myös tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. (Haapio ym. 2009, 109.)

Synnytysvalmennuksen keskeinen tavoite on valmistaa vanhempia synnytystapahtumaan (Haapio & Pietiläinen 2007, 203). Valmennuksen psykologisia tavoitteita voidaan pitää synnyttäjän itseluottamuksen tukemista ja kasvattamista sekä mahdollisten pelkojen ja jännityksen

häventämistä. Samalla synnytysvalmennuksen tehtävänä on antaa riittävä ja realistinen kuva synnytyksestä. Oikea ja asianmukainen tieto vähentää synnytykseen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. On todettu, että synnytysvalmennus myös vähentää tarvetta synnytyskivun lievitykseen. (Raussi-Lehto 2007, 246.)

Synnytysvalmennuksia järjestetään monilla eri tavoilla yksilövalmennuksista ryhmäluentoihin ja jopa virtuaalisesti internetin välityksellä. Yleensä valmennusta antavat neuvolan terveydenhoitajat ja kätilö-terveydenhoitajat. Terveydenhoitajakoulutus ei kouluta synnytyksen hoitoon, joka vaikeuttaa heidän synnytysvalmennuksen pitämistä. Ongelmana ovat myös sairaaloiden muuttuvat hoitokäytännöt, joita neuvolan työntekijät yrittävät seurata sairaalan ulkopuolelta. Ajantasaisen tiedon tarjoaminen asiakasperheille on hankalaa. Valmennuksesta tulee helposti teoreettista ja ongelmakeskeistä painottuen samalla lääkkeelliseen kivunlievitykseen. (Haapio ym. 2009, 109-110.)

2.4. Näyttöön perustuva toiminta

Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta ja turvallista (STM 2008, 13, 16). Yhtenäisillä käytännöillä varmistetaan toiminnan oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus maan eri osissa ja eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Esimerkiksi Käypä hoito suositukset ja Hoitotyön suositukset ovat valtakunnallisia alueellisia hoito-ohjelmia. Ne toimivat tukena käytännön työssä sekä perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. (STM 2009, 69.) Hoitosuositukset ovat esimerkkejä tiivistä ja arvioidusta tiedosta (Haapio ym. 2009, 19). Hoitosuositukset perustuvat parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon ja niissä tieto on järjestelmällisesti kerättyä ja kriittisesti arvioitua. Eri hoitosuositukset ovat näyttöön perustuvan toiminnan konkreettisia työvälineitä, joiden avulla parannetaan hoidon laatua ja vähennetään toimintatapojen vaihtelua. (STM 2009, 69.)

Äitiyshuollon toimintatavat ovat muotoutuneet pitkän ajan kuluessa. Terveydenhuollon kustannuskriisin seurauksena alettiin kiinnittää huomiota palvelujen laatuun ja hoidon vaikuttavuuteen. Näyttöön perustuvan toiminnan periaatteena on tuottaa oikea hoito oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Tämä edellyttää parhaan ajantasaisen tiedon hyödyntämistä tehtävien päätösten ja käytettävien toimintatapojen ja menetelmien perustana. (Haapio ym. 2009, 18, 184.)

Vuonna 2002 perustettiin Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus kehittämään ja juurruttamaan näyttöön perustuvia neuvolatyön toimintakäytäntöjä. Neuvolassa tehtävän työn, työmenetelmien ja toimintatapojen terveyttä edistävästä ja ehkäisevästä vaikutuksesta on näyttöä. Tiedon muuttuessa muutetaan myös toimintatapoja ja menetelmiä. (Lindholm 2007, 23.) Myös työntekijät itse voivat kehittää työtään (Haapio ym. 2009, 19).

Toisaalta joskus toiminnan vaikuttavuutta tai hyötyä on hankala näyttää toteen. Tämä koskee äitiysneuvolatoiminnassa erityisesti

perhevalmennusta, jonka vaikuttavuudesta on hankala tehdä johtopäätöksiä, koska tietoa on niukasti. Eri tutkimusten valossa neuvolan asiakkaat ovat pitäneet valmennuksia tietoa lisäävinä ja tarpeellisina (Haapio 2009, 14-15.)

3 YHTEISTYÖTÄ ASIAKASPERHEEN PARHAAKSI

Sosiaali- ja terveystalalla on alettu suhtautumaan työhön asiakaslähtöisemmin. Tämä on johtanut asiakas/potilaspolku-viitekehyksen käyttöönottoon, joka korostaa asiakkaan näkökulmaa organisaation näkökulman sijaan. Yhteistyöhön kohdistuu lisävaatimuksia silloin, kun yhteistyö ylittää organisaatorajoja. Suurimmat haasteet liittyvät eri organisaatioiden tarjoamiin mahdollisuuksiin ja resursseihin suhteessa verkostotyöskentelyyn. (Isoherranen 2005, 72, 76.)

Esimerkiksi äitiyshuollossa diabeetikkoäidin hoito edellyttää monen ammattiryhmän yhteistyötä. Äitiysneuvolassa terveydenhoitaja, lääkäri ja tarvittaessa ravitsemusterapeutti ja erikoissairaanhoidossa raskausajan diabeteksen hoitoon erikoistunut kätilö, gynekologi, synnytysyksikön hoitotyöntekijät, ravitsemusterapeutti ja tarvittaessa jopa fysioterapeutti voivat hyödyntää ammattitaitoaan ja asiantuntijuuttaan asiakkaan parhaaksi. Samalla työryhmän eri jäsenten pitää ymmärtää asiakaspolun vaiheet sekä asiakas kokonaisuutena.

Äitiyshuolto perustuu toimivaan neuvolaverkostoon. Äitiysneuvolassa lääkäri ja terveydenhoitaja tekevät yhteistyötä seurattessa raskauden etenemistä. Terveet äidit hoidetaan neuvoloissa ja terveyskeskuksissa. Neuvolan tehtävänä on tunnistaa sikiöön tai odottavaan äitiin kohdistuvat riskit, jotta sopiva hoito voidaan kohdentaa joko neuvolan tai erikoissairaanhoidon toimesta. Tarvitessaan erityistutkimuksia raskaana oleva nainen ohjataan erikoissairaanhoidon synnytyssairaalaan. Hoito jatkuu neuvolan ja synnytyssairaalan yhteistyönä. (Tiitinen 2012.)

3.1. Hoitopalvelujen laadusta

Laadun mittaaminen ja määrittely on vaikeaa sen moniulotteisuudesta johtuen. Laadukas palvelu tuottaa mahdollisimman tarkkoja, päteviä ja oikeita hoitotoimenpiteitä asiakkaille. Laadukkaiden terveyspalvelujen keskeinen laatutekijä on asiakassuhteen ja hoidon jatkuvuus sekä hyvä ammattitaito kaikilla hoitoon osallistuvilla. Muita tärkeitä asioita ovat asiakkaan esteetön tiedonsaanti sekä mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. (Kujala 2003, 26-27.) Laadukasta työtä tekevä ammattilainen tuntee asiakkaansa ja osaa arvioida omaa toimintaansa heidän näkökulmastaan (Paasivaara ym. 2008, 37).

Asiakas odottaa äitiysneuvolakäynniltä keskustelua ja sisällöllisesti ajanmukaista tietoa ja neuvontaa raskauden kulusta, raskauden ja sikiön seurannasta, synnytyksestä, lääkkeiden ja alkoholin käytöstä, puolisoien suhteesta, lapsen syntymään valmistautumisesta, lapsen hoidosta ja vanhemmuudesta (Vallimies-Patomäki 2007, 59). Laadullisesti hyvä

työskentelytapa edellyttää neuvolan työntekijältä jatkuvaa kehittämistä. Ollakseen alansa asiantuntija ja pitääkseen osaamisen ajan tasalla, pitää työntekijän olla valmis lisä- ja täydennyskoulutuksiin ja oman työn reflektiiviseen kehittämiseen. (Lindholm 2007, 23.)

Asiakaslähtöinen toiminta edellyttää palvelujen kehittämistä. Laadukkaan palvelun tavoitteena on saada aikaan hyvä vaikutus. Hyvä palvelutilanne ennakoitua saatavaa hyötyä eli se on osa palvelun vaikuttavuutta. Palvelu on vaikuttavaa, kun se toimii perustehtävänsä mukaisesti. Asiakkaan odotusten ja palvelujen välillä on usein ristiriitaa, joka voi johtua henkilöstön ammattipätevyydestä, yhteistyön puutteesta, ammattiroolien selkiytymättömyydestä, työvoimapulasta, palautejärjestelmän tehottomuudesta tai toiminnan epäsystemaattisuudesta. Työyksikön toimintajärjestelmät ovat keskeisimpiä uudistoiminnan kohteita, sillä ne on saatava vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja intressejä. (Paasivaara ym. 2008, 36.)

3.2. Asiantuntijuus laadukkaan äitiyshuollon perustana

Käsitys asiantuntijuudesta on muuttumassa monipuolisempaan ja laajempaan suuntaan. Aiemmin asiantuntijuus nähtiin kapeammin vain yksilön omana kehittymisenä noviisista asiantuntijaksi, jolloin työkokemuksen myötä asiantuntijuus kehittyi tuoden mukanaan ns. hiljaista tietoa. Työtavat ja työskentely ovat olleet hyvin organisaatio- tai asiantuntijalähtöisesti organisoituja. (Isoherranen 2005, 76-77, 79.)

Asiantuntijuus nähdään nykyisin aikaisempaa laajempaan kokonaisuutena. Enää ei tarvitse olla kaikkietävä, vaan yhteistyötä tehdessä asiantuntijuuden jakaminen mahdollistuu. Asiantuntijuuteen liitetään osaaminen, joka on tuotettu yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Uusien innovatiivisten ammatillisten käytäntöjen luomiseen ja kehittämiseen hyödynnetään laajoja yli organisaatorajojen ylittäviä verkostoja. Kokonaistavoitteesta tulee yhteinen, jossa jokaisen asiantuntijan työ täydentää muiden osaamista. Syntyy rakentavia keskusteluja ratkaisusta sekä löytyy uusia ja mahdollisesti laajempia ratkaisumalleja. (Isoherranen 2005, 76-78.)

Jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan asiantuntijoiden voimavarojen jakamista sellaisen tavoitteen saavuttamiseksi, jota kukaan ei voisi yksin saavuttaa (Lindholm 2007, 23). Käsitteellä tarkoitetaan siten asiantuntijuutta, joka ei ole yksilön ominaisuus, vaan usean henkilön ja ympäristön osaamista (Isoherranen 2005, 78). Kyseessä on prosessi, jossa ryhmän jäsenet ratkaisevat monimutkaisia asioita vaihtamalla osaamistaan ja sitoutumalla yhteiseen tavoitteeseen (Isoherranen 2005, 78; Muurinen 2010, 139). Jaettu asiantuntijuus tukee hoitohenkilöstön ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia omassa työssään sekä organisaation toimintatapojen kehittämisessä samoin kuin yksittäisen työntekijän ja koko organisaation oppimista. (Muurinen 2010, 139.)

3.3. Moniammatillisuus

Moniammatillisen yhteistyön käsite on erittäin epämääräinen ja pitää sisällään monenlaisia ja –tasoisia ilmiöitä. Moniammatillisuus mahdollistaa toiminnassa eri tiedon ja osaamisen näkökulmat. Sosiaali- ja terveystieteiden asiakastyössä moniammatillinen yhteistyö on eri asiantuntijoiden työskentelyä, jonka tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen. (Isoherranen 2005, 13-14.)

Verkostoitunut, yli organisaatorajojen toimiva moniammatillinen tiimi on ryhmä erilaisen koulutuksen saaneita ja eri tahojen ammattilaisia, joilla on yhteinen tavoite ja päämäärä (Sirola & Salminen 2002, 274). Toimittaessa yli organisaatorajojen tarvitaan keskinäistä luottamusta. Niin asiakas kuin työntekijä tarvitsevat henkilökohtaisen tuntemisen kokemuksen luottamuksen rakentumiselle. (Saaren-Seppälä 2006, 326.) Vuorovaikutus tapahtuu yhteisesti sovitulla foorumilla ja yhteisesti sovituin toimintaperiaattein. Tarvittaessa myös asiakas, läheinen tai vapaaehtoinen auttaja voi olla mukana vuorovaikutustilanteessa sekä päätöksenteossa. (Isoherranen 2005, 14-15.)

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu rajojen ylitykset, joilla tarkoitetaan organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajojen ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskennellessä. Moniammatillisen tiimityön järjestäminen lähtee aina asiakkaan tarpeista liikkeelle. Toimintaympäristö, asiantuntijoiden saatavuus sekä resurssit ovat keskeisiä lisätekijöitä. Yhteistyö antaa parempia tuloksia ainakin pidemmällä aikavälillä. Se säästää aikaa ja resursseja ja tuottaa parempaa laatua. Asiakkaan kokonaisnäkömyksen muodostaminen helpottuu, kun yhteistyö rakentuu yli organisaatorajojen osana asiakkaan polkua. (Isoherranen 2005, 16, 32, 72-73, 151.)

Perheiden tarpeiden näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö neuvolan ja muun henkilöstön välillä on tärkeää (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 111). Voimavaroja ja asiantuntijuutta yhdistämällä voidaan kehittää äitiyshuollon palveluja sekä avoterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa lasta odottavien vanhempien parhaaksi (Haapio ym. 2009, 110).

Hakulinen-Viitanen ym. (2005, 118) mukaan moniammatillisen yhteistyön ongelmana on ollut ajanpuute sekä toisen ammattiryhmän työn tuntemisen vaikeus, työntekijöiden vaihtuvuus sekä tiedonkulku. Toimenpiteitä yhteistyötä estävien tekijöiden poistamiseksi on tehty toistaiseksi vähän.

3.4. Aikaisempia tutkimuksia yhteistyöstä äitiyshuollossa

Äitiyshuollon sisältöön liittyvää tutkimusta on Suomessa tehty runsaasti vuosien 1995-2004 aikana. Tutkimustulosten yleistäminen on kuitenkin vaikeaa, sillä pro gradu- tutkielmissa aineisto on pieni. Pääsääntöisesti tutkimuksissa käsiteltiin naisen kokemuksia liittyen raskauteen, synnytyspelkoja sekä synnytyksen jälkeistä masennusta. Myös miehen näkökulmaa raskauteen ja synnytykseen on tutkittu. Yhteisin tekijä

tutkimustuloksissa oli se, että äitiyshuolto ei täysin vastaa asiakkaiden vaatimuksia. (Paananen ym. 2006, 59, 74.)

Hakulinen-Viitanen ym. (2005, 3-4, 23,) tekivät valtakunnallisen neuvolatyön selvityksen. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa neuvolatoiminnan nykytilasta. Erityisen kiinnostuneita selvityksessä oltiin neuvolatoiminnan toimintaedellytyksistä, työ-tavoista, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä kehittämistarpeista. Selvitys korosti yhteistyön ja sen kehittämisen tarvetta niin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä kuin moniammatillisesti ja monialaisesti.

Äitiyshuollon yhteistyö ja sen kehittäminen on ollut kiinnostuksen kohteena suomalaisissa pro-gradu-tutkielmissa että myös lisensiaatintutkimuksissa. Tantan (2001, 66, 167-170, 176, 179) yhteistyötä koskevan tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää äitiysneuvoloiden sekä synnytysklinikan välisen yhteistyön kehittymistä tiimityön avulla. Tutkimustulosten perusteella tiimityö oli kohtalaisen toimivaa eri organisaatioiden välillä. Tutkimustulosten perusteella huomattava merkitys kahden organisaation välisen yhteistyöprosessin kehittymisessä ovat yhteiskunnalliset muutokset eli taloudelliset ongelmat. Yhteistyön onnistuminen edellyttää tutkimuksen mukaan johdon tuen, joka varmistaa riittävän resursoinnin, arvostuksen ja kunnioituksen tiimityötä kohtaan.

Metsävainio (2008, 25, 54) teki pro-gradu-tutkielman, jossa selvitettiin äitiyshuollon toiminnan kehittämismahdollisuuksia alueellisena toimintana. Tutkimustulosten mukaan viranhaltijatasolla on halua seudulliseen yhteistyöhön. Alueellinen toiminta nähtiin myös tehokkaana ja järkevänä.

Kauliomäen (2009, 22, 39-41) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan välistä yhteistyötä. Tarkoitus oli myös kuvata, miten terveydenhoitaja ja kätilö tunnistavat ja toisaalta tukevat synnytystä pelkäävää naista. Tulokset osoittivat, että äitiysneuvolan toiminta on tärkeää ja äitiyspoliklinikan merkitys lisääntyy voimakasta synnytyspelkoa kokeneiden äitien kohdalla. Tutkimustulosten mukaan yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä koettiin tärkeäksi, mutta sen onnistuminen vaihteli.

4 TIEDONKULKU TERVEYDENHUOLLOSSA

Lait säätelevät tiukasti terveyden- ja sosiaalihuollon tiedonkulkua (Salo ym. 2003, 42). Potilastietojen laadinnassa ja säilytyksessä on huomioitava niitä koskeva sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus (99/2001). Lain mukaan potilasasiakirjoihin sisältyvää tietoa ei saa luovuttaa sivulliselle ilman asianomaisen kirjallista suostumusta. Tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi voidaan potilaan tietoja antaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle asianomaisen suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti. Tästä tulee erikseen tehdä merkintä potilasasiakirjaan. (STM 2001.) Tiedonkulun pääasiallisina välineinä toimivat lääkärin laatimat läheteet. Tämän lisäksi tietoa välittyy myös hoitotyön läheteen ja palautteen avulla. (Salmelainen 2008, 38.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa hoito on järjestetty siten, että asiakas siirtyy hoitopaikasta toiseen vaivansa vaativuuden ja kotikuntansa mukaan. Organisaatiot ja samalla niiden työntekijät ovat siten toisiinsa kiinnittyneitä organisaatioiden toimiessa autonomisesti yhteisessä palveluverkostossa. (Saaren-Seppälä 2006, 309.) Tiedonkulkua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä voidaan katsoa tapahtuvan niin yksilö- kuin organisaatiotasolla (Krone ym. 1987, 21). Tieto-järjestelmät tukevat joidenkin toiminta-alueiden verkostoitumista toisiinsa, mutta samalla on myös paljon tietoa, joka ei välity tietoverkkoja tai organisatorisia rutiineja pitkin. (Saaren-Seppälä 2006, 309.)

Tietosuojakysymykset saattavat vaikeuttaa tiedonkulkua (Salo ym. 2003, 42). Salmelaisen (2008, 38) mukaan toimimaton tiedonkulku onkin yhteistyössä keskeinen ongelma. Tutkimukset ovatkin todenneet, että yli yksikkörajojen ulottuvaa tiedonkulkua, konsultaatiomahdollisuuksia ja ajanvarauskäytäntöjä tulisi luoda (mm. Saaren-Seppälä 2004).

4.1. Tieto terveydenhuollossa

Perinteisesti tieto määritellään hyvin perustelluksi tosi uskomukseksi (Niiniluoto 1988, 17). Tieto voidaan jakaa käsitteelliseen ja hiljaiseen tietoon (Nonaka & Takeuchi 1995,8). Tiedon muotoina ne täydentävät toisiaan ja organisaation näkö-kulmasta molemmat tiedon muodot ovat merkityksellisiä. (Nonaka & Takeuchi 1995,8; Rastas & Einola-Pekkinen 2001, 46.). Käsitteellinen tieto on muodollista ja systemaattista tietoa. (Nonaka & Takeuchi 1995,8.) Käsitteellinen tieto ylläpitää strategista ketteryyttä ja toiminnallista joustavuutta uudistamalla aktiivisesti organisaation osaamista (Rastas & Einola-Pekkinen 2001, 46).

Hiljainen tieto on hyvin henkilökohtaista ja sitä on vaikea tehdä näkyväksi. (Nonaka & Takeuchi 1995,8.) Hiljainen tieto voidaan nähdä merkityksellisenä organisaation pääomana, joka pitää sisällään koko työyhteisön ja sen jäsenten yksilöllisen osaamisen (Nurminen 2000, 11). Sarannon ym. (2008, 22-23) mukaan hiljaisen tiedon siirtyminen erikoissairaanhoidon sairaanhoitajilta perusterveydenhuollon terveydenhoitajille parantaisi hoitotyön laatua.

Näyttöön perustuva tieto tarkoittaa tutkittua tai muuta varmennettua tietoa. Tutkimustieto on tiivistetyssä muodossa hoitosuosituksissa ja käytännössä koetelluissa hyvissä käytännöissä. (STM 2009, 69.) Työntekijän asiantuntijuus perustuu omaan ammatilliseen erityistietoon, mutta myös asiakkaan omaan kokemustietoon sekä eri asiantuntijoiden tuottamaan tietoon ja siitä muodostuvaan kokonaiskuvaan. Eri organisaatioissa toimivien työntekijöiden ammatillisen tiedon hyödyntäminen yhteisesti tarjoaa potentiaalisen mahdollisuuden edistää kokonaisvaltaista asiakkaan hoitoa. (Saaren-Seppälä 2006, 310, 319.)

Terveydenhuollossa tieto on keskeinen väline niin kliinisessä työssä kuin oman työn tuloksellisuuden arvioinnissa. Tiedon merkitys ulottuu myös yksilö- ja paikallistasolta kansalliselle ja jopa kansainväliselle tasolle,

jolloin painopiste siirtyy palveluketjuihin ja saumattomaan palvelun ajatukseen sekä vielä laajemmassa merkityksessä tasa-arvoon, tuloksellisuuteen, turvallisuuteen ja laatuun. (Nylander ym. 2002, 17.)

Terveys- ja hyvinvointihuollossa lääketieteellinen tieto on jakautunut perusterveydenhuollon yleislääketieteeseen ja erikoissairaanhoidon eri erikoisalat sisältävään erityistietoon. Tiedon jakautuminen eri organisaatioille on aiheuttanut tiedon eriytymistä, jolloin toisen erityistieto ei kosketa toisen toiminta-aluetta. Tarvetta tiedon jakamiseen ei synny automaattisesti, sillä tiedon erikoistumisen vuoksi ammattilaiset ovat varauksellisia puuttumaan toistensa erityisosaamiseen. (Saaren-Seppälä 2006, 315.)

4.2. Dialogi terveydenhuollossa

Dialogilla eli vuoropuhelulla tarkoitetaan osallistujien yhdessä ajattelua (Isaacs 2001, 30). Dialogin tavoitteena on yhdistää ryhmän erilaisia näkökulmia (Sarja 2000, 10). Tarkoituksena ei siten ole oikean ja väärän näkökulman todistelu, vaan ennemminkin juuri avoimesti tutkia ja tarkastella omaa näkökulmaa ja uusia näkemyksiä. Yhdessä pyritään ymmärtämään ongelmaa ja löytämään sille uusi ja luova ratkaisu. Terveys- ja hyvinvointihuollossa työntekijät tarvitsevat tavallisen keskustelun lisäksi dialogitaitoja varsinkin, jos halutaan ratkaista ongelmia ja kehittää jotain uutta. (Miettinen 2000, 60-61.)

Dialogi edellyttää osallistuvilta työntekijöiltä luottamusta toisen ihmisen rationaaliseen ja moraaliseen kykyyn olla kontaktissa muiden kanssa. Onnistuessaan dialogi saa osallistujat oivaltamaan jotain uutta ja se auttaa siten osallistujia oppimaan, kasvamaan ja kehittymään. (Miettinen 2000, 61.) Dialoginen yhteistyö edistää niin ammatillista oppimista kuin työhyvinvointia ja hoitotyöntekijöiden uskoa ratkaisujen löytymiseen. (Väistö & Häkkinen 2007, 9).

4.3. Tiedonkulku äitiyshuollossa

Äitiyshuollossa tiedonhallinnan keskeinen ja haastava tehtävä on taata sujuva yhteistyö sidosryhmienvälillä huomioiden asiakkaan tietoturva (Palmen ym. 2008, 4). Äitiyshuollossa tieto kulkee äitiyshuollon hoito- ja palveluketjuja pitkin keskeisten sidosryhmien välillä. Tärkeimmät äitiyshuollon sidosryhmät suomalaisenterveydenhuoltojärjestelmässä ovat synnyttäjät ja hänen läheisensä, äitiysneuvolat, kunnan sosiaalityöntekijät, synnytyssairaalan eri yksiköt, KELA sekä vaihtelevasti kolmannen sektorin järjestöt ja yksityiset palveluntarjoajat. (Kouri ym. 2001, 27).

Äitiyshuollossa ohjaustieto jakautuu perus- ja erityisohjaustietoon. Se on asiakkaalle annettavaa tietoa ja neuvontaa, joka on yhtenäistä ja organisaatoriippumatonta. Perusohjaustiedolla tarkoitetaan kaikille asiakkaille yhteistä tietoa riippumatta hänen terveyden- tai elämäntilanteestaan. Erityisohjaustieto on riippuvaista asiakkaan terveydentilasta ja perheen elämäntilanteesta, jossa huomioidaan perheen

voimavarat, ohjaus- ja tukitarpeet sekä elämäntilanne ja terveydentila koko äitiyshuollon hoitoketjun ajan. Asiakas voi työstää saamaansa ohjaustietoa itsenäisesti tai yhdessä terveydenhoitajan, kätilön tai lääkärin kanssa. (STM 2001b)

Äitiyshuollossa hoidon ongelmat johtuvat osittain tiedonkulun ongelmista. Synnytyssairaalan läheteohjeet ovat äitiysneuvoloiden käytössä, mutta niitä ei tarkisteta riittävän usein. Tärkeiksi tekijöiksi tiedonkulun kannalta katsotaan myös uusien työntekijöiden perehdytys ja yleensäkin työntekijöiden koulutus. Äitiysneuvolan työntekijät ovat motivoituneita saamaan koulutusta uusista ohjeista sekä lisäämään yhteistyötä neuvolan ja sairaalan välillä. (STM 2001b)

Joustava tiedonkulku edellyttäisi tiedonsiirtoa organisaatioiden välillä nykyaikaisin menetelmin hyödyntäen tieto- ja viestintätekniikkaa sekä tietosuojalain tarkentamista, kun kyseessä on sama asiakas palveltavana ja hoidettavana eri organisaatioissa. Terveydenhuollon saumattomuus kattaa pääpiirteissään joustavan tiedonkulun ja yhtenäiset palvelu- ja hoitoketjut sekä yhtenevät, organisaatiosta riippumattomat ohjauskäytännöt. Yhtenäiset ja yhdessä luodut hoitokäytännöt vähentäisivät päällekkäisiä toimintoja. Tällöin vaatimuksena olisi, että synnyttäjän tiedot olisivat reaaliaikaisesti käytettävissä eri organisaatioissa ja että hoito- ja ohjauskäytännöistä olisi uusin tieto aina saatavilla ja ne olisivat yhteneväisiä yli organisaatorajojen. (STM 2001b)

5 ÄITIYSHUOLTO OSANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄÄ

Terveydenhuollon tavoitteena on pitää ihmiset terveinä ja toimintakykyisinä tuottamalla terveyttä edistäviä palveluja sekä sairaanhoitoa. Asiakas on siten välttämätön osa palvelutapahtumaa. Resurssit aiheuttavat aina kustannuksia, joten julkinen terveydenhuolto on vastuussa siitä, että resursseja riittää kaikille. Koska monet palvelut ovat lakisääteisiä, eivät talousvaikeuksien kanssa kamppailevat kunnat voi puuttua tai muuttaa niitä omavaltaisesti. Tämän vuoksi tehokkuutta on kehitettävä. (Lillrank & Venesmaa 2010, 19-20, 24, 34.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat hyvin moniulotteisen ja tärkeän kunnallisen toimialan. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu kunnalliseen palvelujen järjestämisvastuuseen. Julkiset terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuolto toteutetaan kuntien terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoidon toteuttavissa sairaanhoitopiireissä. (Narikka 2008, 24, 37, 39-40.)

Suomessa äitiyshuollon palvelut on porrastettu (Nuutinen 2011, 352). Äitiyshuollon palveluista vastaavat kunnalliset ja yksityiset äitiysneuvolat sekä erikoissairaanhoidossa äitiyspoliklinikat ja synnytysosastot (Lindholm 2007, 34-35; Nuorttila 2007, 42). Äitiyspoliklinikat ovat laatineet ohjeet perusterveydenhuoltoon lähetekäytänteistä. Äitiysneuvolat ja

äitiyspoliklinikat toimivat rinnakkain siten, että terveet äidit ja säännöllinen raskaus hoidetaan pääsääntöisesti äitiysneuvolassa, mutta jos erityistutkimuksia tarvitaan, raskaana olevaa äitiä hoidetaan äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikoiden yhteistyönä. (Nuutinen 2011, 352, 355.) Synnytysten hoito ja lapsivuodeaika pyritään hoitamaan aina erikoissairaanhoidossa omalla sairaanhoitoalueella.

Perusterveydenhuollon palvelujen järjestämiseen vaikuttaa kunnan koko. Palvelut voidaan toteuttaa kuntakohtaisesti tai pienemmissä kunnissa hyödynnetään seudullista yhteistyötä. Tavoitteena on kuitenkin toimia lähellä kuntalaisia. Terveyskeskuksissa toiminta perustuu väestövastuumalliin, joka on yhteisölähtöinen malli. Siinä on asiakkaana yksilöasiakkaan tai perheen lisäksi myös rajatun asuinalueen väestö. Tämän vuoksi työntekijöiden työnjakomallit vaihtelevat kunnittain. (Lindholm 2007, 19.)

Aikaisempi asiantuntijakeskeinen terveydenhuolto on siirtynyt talouteen ja tehokkuuteen tähtäävään, tilaajakeskeiseen terveystalouden tuottamiseen. (Kujala 2003, 16.) Tällä hetkellä terveystalouden laatu toimii puutteellisesti eivätkä hoitoketjut toimi vaikuttavasti (Kujala 2003, 16; Muurinen 2010, 13). Samalla erikoissairaanhoidon kustannusten suhteellinen osuus kasvaa (Muurinen 2010, 13).

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon ovat tehneet sopimuksen hoidon porrastuksesta ja työnjaosta äitiyshuollossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kunnallisen päätöksenteon itsenäisyys sekä vaihtelevat maantieteelliset ja taloudelliset olosuhteet vaikuttavat äitiyshuollon vallitseviin käytäntöihin. Tavoitteena on tarjota korkealaatuista palvelua ja aukottoman hoitopolun äitiyshuollon asiakkaalle. (Lindholm 2007, 33.)

5.1. Lainsäädännöstä

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kulmakiviksi voidaan katsoa 1950-luvun laajentunut sairaalajärjestelmä ja 1970-luvun terveyskeskusjärjestelmä. Toimintaa säätelevät kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki. Kansanterveyslaki määrittelee kunnan tuottamat palvelut asukkailleen. Kunnalla on siten riittävien terveystalouden tuottamisvastuu kuntalaisilleen. Nykyisen terveystalouden päälinjauksia ovat tuotteistaminen, tehokkuus ja kilpailuttaminen. (Muurinen ym. 2010, 15-16.)

Taustalla vaikuttaa terveydenhuollon kustannuskriisi, joka pakotti kiinnittämään huomiota palvelujen laatuun ja hoidon vaikuttavuuteen (Haapio 2009, 19). Äitiyshuollossa tämä tarkoittaa sitä, että palvelun on oltava laadukasta, turvallista ja taloudellisesti toteutettua. Tällöin toteutuu myös terveydenhuollon toimintaa sitova periaate: oikea hoito, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla (Haapio 2009, 19). Työntekijätasolla resursseja pyritään kohdentamaan mahdollisimman tehokkaasti ja joustavasti aina tarpeen mukaan esim. erilaisia työn vaatavuudenarviointimittareita käyttäen.

Terveystieteiden tutkimuskeskus astui voimaan 1.5.2011 ja sitä sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Lain tarkoitus on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sen toimeenpano 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.)

Lain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut huomioiden myös tiiviin yhteistyön perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sen toimeenpano 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.) Terveystieteiden tutkimuskeskusta odotetaan helpottavan myös äitiyshuollossa palvelujen saatavuudessa alentamalla palvelujen välisiä raja-aitoja (Haapio 2009, 192).

1.7.2009 astui voimaan asetus, joka edellyttää neuvolan toiminnan uudistamista. Asetuksessa säädetään terveysneuvonnan sisältöä ja määrää mm. juuri äitiysneuvonnan osalta. Painopistealueina tulisi olla moniammatillisen työotteen ja sektorirajojen ylittävän toiminnan kehittämisessä ja toteuttamisessa. (Muurinen ym. 2010, 24-25; STM 2009.)

Asetuksen aiheuttama keskeinen muutos on se, että erilaisten ohjeistuksen perusteella tehdyt suositukset muuttuvat kuntia sitoviksi velvoitteiksi. Äitiysneuvoloiden asiakkaiden, raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. Tarpeen niin vaatiessa terveystarkastukset ja terveysneuvonta on järjestettävä moniammatillisesti. (STM 2009, 19, 24.)

5.2. Organisaatorakenteesta

Terveystieteiden tutkimuskeskusta organisaatorakenteet perustuvat funktionaaliseen työnjakoon. Usein käytössä on tulosjohtamisen menetelmä, jossa korostuu tavoitteellisuus, kustannustehokkuus ja paikallinen itsenäisyys. Jokaisella tulosyksiköllä on omat operatiiviset toimintonsa ja niiden tavoitteiden tulee olla operatiivisia eli niihin täytyy voida soveltaa suoritusvalvonnan määrällisiä mittausmenetelmiä. Tulosyksikköajattelu on ongelmallista terveydenhuollossa, jossa asiakas saa palveluja yli tulosyksikkörajojen. (Tanttu 2007, 131, 159-160.)

Riittävä resursointi, osaaminen ja toiminta ovat tärkeitä tekijöitä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi terveydenhuollon organisaatioissa, joissa työntekijät tuottavat toinen toisiinsa liittyviä palveluja asiakkailleen. Muita merkittäviä tekijöitä yhteistyössä ovat palvelujen tuottajien väliset sopimukset vastuista ja hoitolinjoista sekä toimintojen yhteensovittaminen ja ohjaus. Yhteistyö antaa mahdollisuuden vastata nopeammin muuttuviin toiminnan haasteisiin. (Tanttu 2007, 133, 136.)

Äitiyshuolto on hyvin organisoitu palvelujärjestelmien kokonaisuus, jossa tapahtuu organisaatorajat ylittävää yhteistyötä (Haapio & Pietiläinen 2007, 201). Äitiyshuollossa kunnat vastaavat perusterveydenhuollossa neuvolatoiminnoista. Lainsäädäntö ja erityisesti 1.7.2009 voimaantullut asetus asettavat raameja äitiysneuvolatoiminnalle (STM 2009). Erikoissairaanhoidossa synnytysyksiköt vastaavat niille kuuluvista äitiyshuollon palveluista (Haapio & Pietiläinen 2007, 201).

5.3. Äitiyshuollon palveluketjut

Palveluketjulla tarkoitetaan koko asiakkaan kokemaa hoitotapahtumien jatkumoa, joka alkaa tarpeen ilmenemisestä jatkumon päättymiseen asti. Tapahtuma voi saada alkunsa ehkäisevän terveydenhuollon piirissä ja jatkua perusterveydenhuollon jälkeen erikoissairaanhoidon hoitotapahtumina palaten mahdollisesti jälleen perusterveydenhuollon hoitotapahtumiin. (Kujala 2003, 24.)

Terveydenhuollon palveluketju on organisaatorajat ylittävä toimintatapa, jonka hallinta edellyttää eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Palveluketjun tavoitteista ja annettavista palveluista on sovittava etukäteen asiakkaan ja sen toteuttamiseen osallistuvien eri toimijoiden kesken. (Tanttu 2007, 182.) Hoitopalvelujen laatu on hyvää, kun palveluketjun hoitoprosessi ja kukin hoitotapahtuma täyttävät asetetut tavoitteet ja asiakkaan siihen kohdistuvat tarpeet. (Kujala 2003, 29.)

Etukäteen suunnitellut ja sovitut hoitopolut sekä toimintatavat mahdollistavat tehokkaan toiminnan. Yhteistyö käynnistyy välittömästi, eikä turhaa aikaa kulu yhteistyötahon tunnistamiseen tai tavoittamiseen. Yhteistyön tehostamiseksi on 2000-luvulla ryhdytty laatimaan moniammatillisia palveluketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Asiakas hyötyy suunnitelmallisesta yhteistyöstä ja saa siten parhaaseen tietoon perustuvan avun. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 118.)

5.3.1. Äitiyshuoltoa HUS-alueella

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin eli HUS:n erikoissairaanhoido on Uudellamaalla organisoitu 24 kunnan alueella viideksi sairaanhoitoalueeksi. Sairaanhoitoalueet ovat HYKS:n, Hyvinkään, Porvoon, Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueet. Sairaaloita HUS-kuntayhtymällä on kaikkiaan 21 sairaalaa. Lisäksi HUS:n potilaita hoidetaan Auroran ja Herttoniemen sairaaloissa. (HUS 2013.)

HUS:n synnytyssairaaloissa hoidetaan vuosittain yli 18000 synnytystä, joka on lähes kolmannes koko Suomessa hoide-tuista synnytyksistä. Synnytyksiä hoidetaan HUS:ssa kuudessa sairaalassa, jotka ovat Naistenklinikka, Kätilöopisto, Jorvin, Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon sairaalat. Asuessaan HUS-alueella voi synnyttävä periaatteessa valita, missä sairaanhoitopiiriin alueen sairaalassa hän haluaa synnyttää. Mahdolliset raskauteen liittyvät äitiyspoliklinikka- ja sairaalahoidot toivotaan

tapahtuvan siinä sairaalassa, jossa asiakkaalla on ajatuksena synnyttää. (HUS 2013.)

5.3.2. Äitiyshuoltoa Hyvinkään sairaanhoitoalueella

HUS:n jäsenkunnista Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula kuuluvat Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen. Sairaanhoitoalueen sairaalat ovat Hyvinkään sairaala ja psykiatrinen Kellokosken sairaala. Hyvinkään sairaanhoitoalue tuottaa pääosan asukkaiden erikoissairaanhoidon palveluista ja sen lisäksi palvelee muita sairaanhoitopiirin kuntia, etenkin psykiatrian erikoisalalla. (HUS 2013)

Hyvinkään sairaalassa sijaitsee sairaanhoitoalueen synnytysyksikkö. Sairaalassa hoidetaan vuosittain yli 1600 synnytystä (v.2013 1685 synnytystä). Vuositasolla äitiyspoliklinikakäyntejä on keskimäärin 4000 ja sikiön ultraäänitutkimuksia 4000. (HUS 2013)

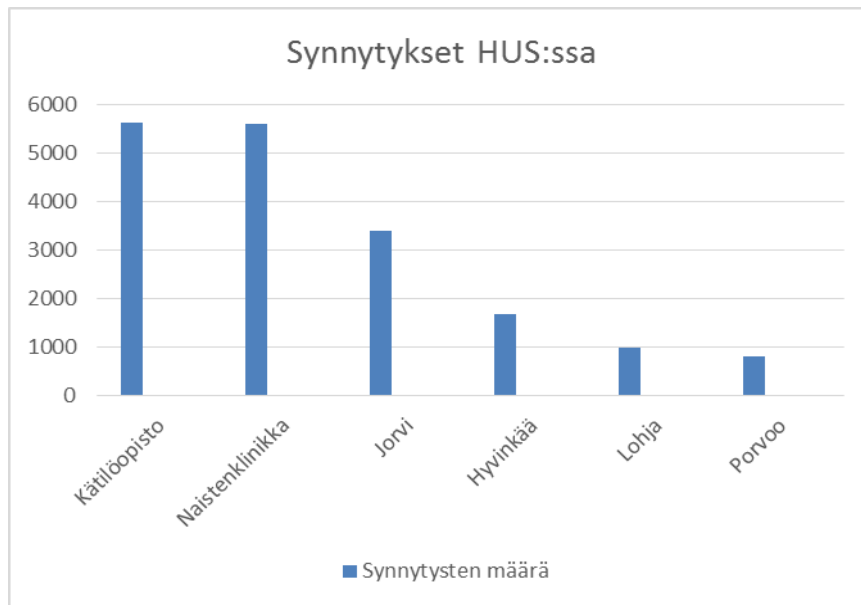
Synnytysyksikköön kuuluvat äitiyspoliklinikka, synnytysalit ja vuodeosasto. Synnytysyksikössä työskentelee kätilöitä ja lastenhoitajia sekä lääkäreistä gynekologeja. Yksikön toimintaan liittyy paljon yhteistyötä eri toimintayksiköiden kuin myös neuvoloiden kanssa. (HUS 2013)

Neuvolan lääkäri, terveydenhoitaja tai yksityislääkäri tarvittaessa lähettää asiakkaansa äitiyspoliklinikalle, jossa toteutetaan erikoissairaanhoidon vaativien raskauksien seuranta ja hoito. Synnytysyksikössä toimivat synnytyspelko- ja imetyspoliklinikka sekä päihdeäitien poliklinikka, joihin pääsääntöisesti edellytetään neuvolan terveydenhoitajan arviota ja lähetettä. Hyvinkään sairaalan synnytysyksikkö osallistuu synnytysvalmennuksiin tarjoamalla virtuaalivalmennuksen sekä mahdollisuuden osallistua tutustumiskäyntiin raskausviikolla 32-35. (HUS 2013.)

5.3.3. Synnytysten jakautuminen HUS-alueella

Vuonna 2012 HUS-alueella syntyi 18099 vauvaa. Kaikkineen synnytysten määrät ovat laskeneet aikaisemmista vuosista. Synnytysten määrissä nousua oli Hyvinkään ja Porvoon sairaaloissa. HUS:n muissa synnytyssairaaloissa synnytysten määrät hieman vähenivät. (HUS 2013.)

Ohessa on esitetty kaavio (Kuvio 1), josta näkyy synnytysten jakautuminen HUS:n synnytyssairaaloiden kesken vuonna 2012. Jakauma perustuu HUS:n antamiin tietoihin (HUS 2013).



Kuvio 1. Synnytysten vuotuinen määrä HUS:ssa vuonna 2012 (HUS 2013.)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kummikätilötoimintaa Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välillä. Samalla mahdollistuu laadukkaan ja tasavertaisen palvelun kehittäminen. Opinnäytetyön konkreettisenä tuotoksena on toimintamalli, joka ohjaa kummikätilötoimintaa Hyvinkään sairaalassa. Kaikkiaan toivomme opinnäytetyön tuottavan tietoa, joka mahdollistaa toiminnan kehittymisen esitettyjä avoterveydenhuollon tarpeita vastaavaksi ja mahdollistaa toiminnan jatkumisen. Työn myötä kehitetään ja tuetaan moniammatillista yhteistyötä yli organisaatorakenteiden.

Tutkimustehtävät:

1. Millaista tarvetta on yhteistoiminnalle Hyvinkään sairaanhoitoalueella?
2. Kuinka sopiva toimintamuoto on kummikätilötoiminta?
3. Millainen yhteistoiminta edistää äitiyshuollon asiakkaan laadukasta ja yhdenmukaista hoitoa?

7 TUTKIMUSMENETELMÄ – JA AINEISTO

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Se tarkoittaa tutkimusta, jonka avulla pyritään tuloksiin ilman tilastollisia menetelmiä tai muita määrällisiä keinoja. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita, kun taas määrällinen, eli kvantitatiivinen, tutkimus perustuu lukuihin. (Kananen 2008, 24.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä määrällisen tutkimuksen mukaisiin yleistyksiin. Tarkoituksena on ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja mielekkään tulkinnan antaminen. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on ilmiön syvälinen ymmärtäminen. Laadullisen tutkimuksen toteuttamiseksi ei ole määrällisen tutkimuksen kaltaista tarkkaa viitekehystä. Kvalitatiivisen aineiston analyysi on syklinen prosessi, josta puuttuvat kvantitatiivisen tutkimuksen tiukat säännöt. (Kananen 2008, 24.)

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus, koska tutkimuksella kerättiin tietoa, joka on kyselyyn vastaajan oma kokemus ja mielipide. Emme halunneet antaa valmiita vastausvaihtoehtoja, koska halusimme tiedon olevan aidosti kyselyyn vastanneiden omasta kokemusmaailmasta. Halusimme tehdä toimintasuunnitelman, jossa on otettu huomioon vastaajien näkemys sellaisena kun he sen kokevat ilman johdattelevia kysymyksiä. Tämä vaikutti myös laadullisen tutkimuksen valikoitumiseen tutkimusmenetelmäksi.

Laadullisen tutkimuksen analyysi on koko tutkimusprosessin eri vaiheissa mukana oleva toiminta, joka ohjaa itsessään tutkimusprosessia ja tiedonkeruuta, ei lainkaan sen viimeinen vaihe. On suorastaan virhe kerätä ensin koko laadullinen aineisto ja vasta tämän jälkeen aloittaa analyysi (Aaltola & Valli 2007, 70-71.)

Silloin tällöin laadullinen tutkimus nähdään esitutkimuksen roolissa, jolloin kvantitatiivisen tutkimuksen katsotaan olevan varsinaista tutkimusta. Toisaalta taas laadullista tutkimusta voidaan käyttää määrällisen tutkimustulosten syventämiseen ja ymmärtämiseen. Tutkimusotteiden vastakkainasettelu ei johda mihinkään, sillä tutkimuksessa pyritään aina laadukkaaseen lopputulokseen, joka kestää ulkoisen kritiikin tiedeyhteisön taholta. (Kananen 2008, 24-25.)

Kvalitatiivinen tutkimus tutkii yksittäistä tapausta, määrällinen tutkimus taas joukkoa. Laadullisessa tutkimuksessa yritetään saada yhdestä havaintoyksiköstä irti mahdollisimman paljon eli tapausta käsitellään perusteellisesti syvyyssuunnassa, joka vie paljon aikaa ja resursseja. Määrällisessä tutkimuksessa ei tapauksiin voida irrottaa yhtä paljon resursseja, sillä kustannukset kasvaisivat suuriksi ja tutkimusaikakin venyisi pitkäksi. (Kananen 2008, 25.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan pääasiassa prosesseja, joihin määrällisessä tutkimuksessa on lähes mahdotonta tilastollisin analyysin puretua prosessien ja ilmiöiden monimutkaisuuden vuoksi. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruun ja analysoinnin pääasiallinen instrumentti on itse tutkija, jonka kautta reaali maailma suodattuu tutkimustuloksiksi. Siinä ollaan kiinnostuneita merkityksistä, kuinka ihmiset kokevat ja näkevät reaali maailman. (Aaltola & Valli 2007, 71-73.)

Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa ihmisten henkilökohtaisista kokemusmaailmoista ja ajatuksista. Tämän takia valitsimme tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimuksen. Pystyimme pääosin hyvin

samaistumaan kyselyimme vastanneiden kokemusmaailmoihin, vaikkemme joka asiasta aivan samoin ajatelleetkaan.

Määrällisessä tutkimuksessa työvälineinä ovat mm. kyselyt. Laadulliseen tutkimukseen liittyy suora kontakti tutkittavan ja tutkijan välille. Tutkija menee ”kentälle” ilmiön pariin havainnoimaan ja haastattelemaan. Tutkija on kiinnostunut prosesseista, merkityksistä ja ilmiön ymmärtämisestä sanojen, tekstien ja kuvien avulla. Siksi tutkimus onkin usein kuvailevaa eli deskriptiivistä. Eri tutkimusmenetelmät vaikuttavat saatuihin tuloksiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa päättelyn logiikka on usein induktiivinen, jolloin edetään yksittäisistä havainnoista tuloksiin. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu deduktioon. (Kananen 2008, 25.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme avoimen kyselylomakkeen. Hyvinkään sairaalan synnytysyksikkö oli asettanut toiveeksi saada alustavia tutkimustuloksia kummikätilötoiminnan kehittämiseksi vuoden 2012 loppuun mennessä. Aluksi mietimme myös haastattelua, mutta hylkäsimme sen vaihtoehdon liian paljon aikaa vievänä riittävän kattavan tutkimustuloksen saamiseksi. Tarkoituksena oli myös tavoittaa kaikkien jo toiminnassa mukana olevien neuvoloiden terveydenhoitajat sekä synnytysyksikön kummikätilöt. Aikataulun huomioiden haastattelututkimus olisi ollut hyvin haastava toteuttaa.

Aineistonkeruumenetelmää valitessamme mietimme myös yhtenä vaihtoehtona haastattelututkimusta. Hylkäsimme sen kuitenkin liian paljon aikaa vievänä tarpeeksi kattavan otoksen saamiseksi. Jälkeenpäin ajatellen se olisi todennäköisesti tuottanut vielä syvällisempää tietoa esiin nousseista teemoista. Haastattelututkimuksessa tutkijalla olisi ollut mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä ja siten saada sisällöllisesti monipuolisempaa aineistoa.

7.1. Kvalitatiivisen tutkimuksen päättelyn logiikka: induktio

Kvalitatiivinen tutkimus voi olla joko teoria- tai ”aineistolähtöinen” tutkimus. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa etenemissuunta on aineistosta. Kun lähdetään liikkeelle aineistosta, on sitä pystyttävä käsittelemään, muokkaamaan ja tiivistämään jollain keinolla. Aineisto käsitteellistetään eli operationaalisoidaan. Tämän pohjalta laaditaan oletus teoriasta. Puhutaankin ns. esiymmärryksestä, joka voi muuttua tai vahvistua analyysin aikana. Toisaalta se voi myös kumoutua, mikäli aineisto näin osoittaa. (Kananen 2008, 20.)

Aineiston saatuamme luimme sen useaan kertaan läpi, jonka jälkeen kumpikin tahoillaan kirjoitti aineiston auki. Melko nopeasti aineistosta nousi esille käsitteitä, jotka pilkottiin edelleen pienempiin osa-alueisiin. Aineistosta nousseet käsitteet pääosin vahvistivat esiymmärrystä. Kuitenkin teoreettista viitekehystä jouduttiin vielä muokkaamaan aineistoa mukailevaksi.

Prosessissa kerätään ilmiöön liittyvää materiaalia kirjallisuudesta, haastatteluilla ja havainnoimalla. Merkityksellisiä tekijöitä ja rakenteita

nousee aineistosta esille, ja nämä dokumentoidaan tutkimustuloksiksi. Aineiston keruuprosessissa on omat laadullisen tutkimuksen sääntönsä. Puhutaan myös kokemuspohjaisesta tutkimuksesta. Loogisen empirismin mukaan luotettavan päättelyn pitää perustua yksittäistapauksista johdettuihin yleistyksiin. On esitetty myös kritiikkiä induktion käyttämisestä laadullisessa tutkimuksessa. Kritiikissä on piirteitä yleistämisen ongelmasta, sillä yleistäminen ei kuulu laadulliseen tutkimukseen samassa mielessä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Onkin ehdotettu induktion kautta saatujen tulosten varmistamista vertailuryhmän kautta yleistettävyyden varmistamiseksi. (Kananen 2008, 20.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa toimintamalli Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden väliseen kummikätilötoimintaan. Tutkimustulokset perustuvat yksittäisten työntekijöiden kokemusmaailmaan ja käytännön tarpeisiin. Tutkimustulokset ovat siten suoraan hyödynnettävissä vain Hyvinkään sairaalaan kummikätilötoiminnan kehittämiseksi eivätkä yleistettävissä suoraan muiden synnytysyksiköiden toimintaan.

7.2. Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat alueemme kolmen äitiysneuvolan terveydenhoitajat sekä synnytysosaston kummikätilöt. Äitiysneuvoloiden valikoitumisen perusteena oli se, että edellyitimme kokemusta kummikätilötoiminnasta. Mäntsälän, Järvenpään ja Tuusulan neuvoloissa kummikätilötoiminta oli jo aloitettu kokeiluluonteisesti.

7.3. Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme kyselyn. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Survey (englanninkielinen termi) tarkoittaa sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen perusjoukosta. Standardoitavuus taas tarkoittaa sitä, jos haluaa esimerkiksi tietää, mikä vastaajan työkokemus on, on tätä asiaa kysyttävä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2001, 180.)

Strukturoidut kyselyt käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. Avoimet, strukturoimattomat kyselyt ja haastattelut, joissa tutkimuksen kohteena olevat henkilöt voivat vapaasti toimia tutkimustilanteessa, käsitellään kvalitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2001, 181.)

Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen. Halusimme kyselymme tuottavan uutta, ja aidosti kyselymme vastanneiden kokemusmaailmasta olevaa tietoa, tunteita ja ajatuksia. Tämän takia emme halunneet antaa valmiita vastausvaihtoehtoja, kuten strukturoidussa kyselytutkimuksessa on tapana. Kyselylomakkeen kysymykset muokkasimme Tantun (2001) lisensoituksesta ”Yhteistyöhön

oppiminen äitiyshuollossa” omaan tutkimukseemme sopiviksi. Tällä tavoin saimme valmiiksi testatun kyselylomakkeen, joka osaltaan lisäsi tutkimukseemme luotettavuutta. Kyselylomakkeen kysymykset muokkasimme vastaamaan omia tutkimustehtäviämme. Avainsanoja kyselylomaketta laatiessamme olivat äitiyshuolto, yhteistyö, moniammatillisuus ja tiedonkulku. Kyselylomaketta muokatessamme mielessämme oli koko ajan se, että kyselymme pohjalta pitäisi pystyä laatimaan kokonaan uusi toimintamalli, joten jouduimme moneen kertaan muokkaamaan kysymyksiämme enemmän tarpeitamme vastaaviksi.

Etuna kyselytutkimuksissa on, että niiden avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto eli tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsjärvi ym. 2001, 182.)

Avoimet eli strukturoimattomat kyselyt antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään. Niissä ei ehdoteta valmiita vastauksia, joten avoin kysely osoittaa vastaajien tietämyksen aiheesta. Ne myös osoittavat, mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa sekä vastaajien aiheeseen liittyvien tunteiden voimakkuuden. (Hirsjärvi ym. 2001, 188.)

Kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa hyviä puolia on se, että tutkija ei vaikuta olemuksellaan tai läsnäolollaan vastauksiin, toisin, kun esim. haastattelussa. Luotettavuutta parantava tekijä on myös se, että jokaiselle koehenkilölle kysymys esitetään täysin samassa muodossa. Siihen eivät siis pääse vaikuttamaan äänenpainot tai tauot sanojen välillä. Aineiston keruusta aiheutuvia kustannuksia vähentää se, että meno tutkimuskohteen luo jää pois, sillä kysely voidaan toimittaa postitse. Tällä tavoin voidaan myös laajentaa tutkimusta laajemmalle maantieteelliselle alueelle. Vastaaja voi lisäksi valita itselle sopivimman vastaamisajankohdan, ja hän voi näin rauhassa pohtia vastauksia ja tarkistaa niitä. (Aaltola & Valli 2001, 101.)

Kyselylomakkeen heikkouksina taas voidaan pitää sitä, että vastausprosentti jää usein alhaiseksi. Haittapuoli on myös se, että vaikka aineiston keruu on nopeaa, uusintakyselyjen tekeminen lisää vastausaikaa, sekä työtä ja kustannuksia. Haitta-puolena voidaan pitää myös sitä, ettei vastaaja välttämättä vastaa halutussa kysymysjärjestyksessä, ja että hän voi tutustua ennakkolta myöhempisiin kysymyksiin. Väärinymmärtämisen mahdollisuus on myös ongelma, sillä vastaaja ei voi saada itselle epäselvien kysymysten yhteydessä tarkentavaa informaatiota. Tutkija ei voi myöskään olla täysin varma siitä, kuka lomakkeeseen on vastannut. Aineistonkeruun yhteyteen harvoin voidaan myöskään liittää aineistoa täydentävää havainnointia, kuten esimerkiksi haastattelun yhteydessä voidaan tehdä. (Aaltola & Valli 2001, 101-102.)

Moni vastaaja jätti vastaamatta useisiin kysymyksiin kokien niiden olevan niin samankaltaisia, vaikka kyselyä tehdessämme halusimme kysyä samaa asiaa useista eri näkökulmista. Useat vastaajat vastasivat lyhyesti tai kuittasivat mielestään samankaltaisia kysymyksiä viittaamalla edelliseen

kysymykseen antamaansa vastaukseen, josta syystä monet kysymykset jäivät tavallaan ilman vastausta. Yksi vastaaja koki kyselylomakkeen olevan vaikeaselkoinen juuri samankaltaisiksi kokemiensa kysymysten takia, vaikka tarkoituksenamme oli vain saada mahdollisimman monipuolinen ja laaja näkemys asiasta tai ilmiöstä. Jos aikaa ja resursseja olisi ollut enemmän, olisimme halunneet jatkaa kyselytutkimuksestamme esiin nousseiden teemojen jalostamista vielä haastattelututkimuksella. Tällöin olisimme saaneet vielä kattavamman ja aidomman otoksen ihmisten tiedoista, tunteista ja kokemusmaailmoista. Kaiken kaikkiaan olimme kuitenkin tyytyväisiä tutkimustulokseen. Saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme ja niiden pohjalta kehitettyä uuden toimintamallin, joka tutkimuksemme tavoite olikin.

7.4. Aineiston analyysi

Sisällönanalyysissa on olennaista tutkimusaineiston samanlaisuuksien ja erilaisuuksien tutkiminen. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiiviissä ja selkeässä muodossa kadottamatta sen informaatiota, hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä ja yhtenäistä informaatiota. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, joissa aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja lopuksi kootaan uudestaan erilaisella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysiä tehdään laadullisessa tutkimuksessa tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota sekä tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia sekä yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Sisällönanalyysin toteuttamiseen ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa. Sisällönanalyysiprosessin etenemiseen liittyy erilaisia vaiheita, joita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessi on monivaiheinen, jolloin edellä kuvatut analyysiprosessin vaiheet esiintyvät samanaikaisesti. (Burnard 1996, 278-281.)

Tutkimuksemme oli kyselytutkimus, jonka analyysimenetelmä oli sisällönanalyysi. Tutkimusta aloittaessamme meillä oli esiyymmärrys aiheesta, jonka pohjalta keräsimme teoretietoa. Analyysin alkaessa luimme aineiston useampaan kertaan. Sen jälkeen kirjoitimme tahoillamme auki koko tutkimusaineistomme. Melko nopeasti aineistosta nousi esiin teemoja, jotka vaihe vaiheelta taas pilkoimme pienempiin osa-alueisiin. Itsenäisen työskentelyn jälkeen kävimme aineistoa ja teemoja yhdessä läpi. Suurelta osin samat teemat nousivat esiin molempien tulkinnoissa. Tulkintaeroja saattoi olla lainausten ymmärtämisessä eri teemojen alle, mutta se vain lisäsi syvällisempää ymmärrystä aineiston tulkinnassa.

Suurelta osin teemat vastasivat teoreettista viitekehystämme. Tosin aineiston purkamisen edetessä esiin nousi myös asioita teoreettisen

viitekehysesme ulkopuolelta, ja niiden pohjalta muokkasimme myös teoreettista viitekehystä tutkimuksen edetessä.

Samasta vastauksesta saattoi nousta useampia teemoja, jotka olivat keskeisiä tutkimuksessamme. Seuraavassa esimerkkilainauksesta voi huomata, kuinka yhdestä lainauksesta nousee esiin monta merkitystä. Esimerkkilauseesta nousee esille ainakin kolme eri teemaa: yhteistyö, laatu, tiedonkulku.

”Molemmipuolista yhteistyötä, joka sujuvoittaa työskentelyä sekä neuvolassa että sairaalassa. Avointa kommunikaatiota ja tiedonsaantia”

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisessa tutkimuksessa arviointi tiivistyy kysymykseksi tutkimusprosessin luotettavuudesta. Kvalitatiivista tutkimusta lukee yleensä siten, että yrittää etsiä siitä jotain sellaista, jota voisi kutsua vaikka totuudeksi, oli se sitä tai ei, mutta jonka itsekkin voisi allekirjoittaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen raporteista voi jäädä päällimmäiseksi mieleen erilaisia asioita. Toisista raporteista jää ehkä mieleen todellisuuden tuntu ja elämän maku, kun taas toisista tutkimuksista saattaa jäädä tunne, että onkohan asia todella noin, kuin tutkija väittää. Usein vastaus löytyy siitä, että tutkimuksessa kerrotut tapahtumat voivat olla jollain lailla omakohtaisesti tuttuja ja oma kokemus vahvistaa ne. Tätä voisi kutsua kokemusmaailmoiden yhtenevyydeksi. (Eskola & Suoranta 1999, 211.)

Tutkijan avoin subjektiviteetti on lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa. Lisäksi sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline on tärkeää. Tutkija itse on siis pääasiallinen luotettavuuden kriteeri kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja tämän takia luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tämä on selvä ero kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen välillä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuudesta on puhuttu nimenomaan mittauksen luotettavuutena eikä tutkijan muiden toimenpiteiden osuvuutta ole ollut tapana arvioida. Tästä johtuen kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston luotettavuutta arvioitaessa ongelmana voivat olla mm. perinteinen, toisenlaiseen tutkimukseen tarkoitettu käsitteistö. On käyty myös keskusteluja, ja esitetty näkemyksiä, joiden mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa perinteisesti ymmärrettyinä validiteetti ja reliabiliteetti eivät sellaisinaan sovellu kvalitatiivisen luotettavuuden mittariksi. (Eskola & Suoranta 1999, 211-212.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuusterminologia voidaan periaatteessa jakaa kolmeen ryhmään. Luotettavuuden kriteerinä uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkistettava, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Varmaa ei kuitenkaan ole, että tutkimuksen uskottavuutta voitaisiin lisätä viemällä tulkinnat tutkittavien arvioitaviksi. Joskus tutkittavat voivat olla sokeita kokemukselleen ja tilanteelleen. Toinen keskeinen termi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tutkimustulosten siirrettävyys. Se on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka naturalistisessa paradigmassa yleisesti katsotaankin, etteivät yleistyksiset ole mahdollisia sosiaalisen

todellisuuden monimuotoisuudesta johtuen. Ottamalla mahdollisuuksien mukaan huomioon myös tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat ennakkoehdot, voidaan tutkimuksen varmuutta lisätä. Kolmas keskeinen termi kvalitatiivisessa luotettavuusterminologiassa onkin varmuus ja vahvistuvuus. Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista, tehdyt tulkinnat saavat tukea toisistaan. (Eskola & Suoranta 1999, 212-213.)

Laadullisen tutkimuksen piiristä löytyy hyvin erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä. Useiden asiantuntijoiden mielestä laadullinen tutkimus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusperinne, vaan siihen kuuluu useita varsin erilaisia tutkimusperinteitä. Tämä käsitys varmaan osaltaan selittää sitä, miksi laadullisen tutkimuksen oppaiden luotettavuustarkastelut ovat usein hyvin erilaisia ja eri asioita painottavia. Ehkä on aiheellista myös pohtia, onko laadullisen tutkimuksen piirissä ylipäätään yhtenäisiä käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta. Kolmea varsin erilaista ääripäätä edustavat tulkinnallinen perinne, toiseksi yhdysvaltalainen perinne ja kolmanneksi postmoderniin tieteeseen perustuva tutkimus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134.)

8.1. Totuus ja objektiivisuus laadullisessa tutkimuksessa

Kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta nousevat lähes aina esiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskeskustelussa. Toisaalta taas keskustelussa ilmenee, että näkemykset totuuden luonteesta vaikuttavat pitkälti siihen, miten tutkimuksen luotettavuuskysymyksiin suhtaudutaan. Neljä erilaista totuusteoriaa nousee esille tietoteoreettisessa eli epistemologisessa keskustelussa. Nämä ovat totuuden korrespondenssiteoria, totuuden koherenssiteoria, pragmaattinen totuusteoria ja konsensukseen perustuva totuusteoria. Nämä neljä totuusteoriaa liikkuvat kaikki eri alueilla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134.)

Korrespondenssiteorian mukaan väitteen täytyy vastata todellisuutta, jotta voidaan sanoa sen olevan totta. Tämä tarkoittaa sitä, että aistein voi todistaa väitteen paikkansapitävyyden. Koherenssiteorian mukaan taas ajatellaan, että väite on totta vain, jos se on yhtä johdonmukainen, tai pitävä toisten, jo todeksi todettujen väitteiden kanssa. ”Tosi” ei näinollen voi olla ristiriidassa itsensä kanssa. Pragmaattinen totuusteoria keskittyy tiedon käytännöllisiin seuraamuksiin. Mikäli uskomus toimii ja se on hyödyllinen, se on tosi. Konsensukseen perustuvassa totuusteoriassa taas ajatellaan, että ihmiset yhteisymmärryksessä voivat luoda ”totuuden”. Esimerkiksi, että ”toisen ihmisen tappaminen on rikos ja tuomittavaa”. Pelkistäen voidaan siis sanoa, että ensiksi mainittu teoria liittyy maailmaan, joka voidaan todentaa aistihavainnoin, ja tuon varmentamisen arviointiin, kun taas viimeksi mainittu perustuu ihmisten luomiin sopimuksiin ja kielikuviin. Erilaisiin toimimisen mahdollisuuksiin puolestaan liittyy pragmaattinen teoria, kun taas koherenssiteoria on vahvimmillaan rationaalisen tiedon alueella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-135.)

Perusrakenteen vastaavuutta voidaan pitää ihmistieteellisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun lähtökohtana. Tästä johtuen tutkimusmenetelmästä ei sinällään voi sanoa, onko se luotettava vai epäluotettava. Suhde tutkittavaan ilmiöön määrittelee tutkimuksen luotettavuuden. Luotettavuuden pohdinnalla pyritään saamaan vahvistus, ja arvioimaan sitä, etteivät tutkimustulokset ole satunnaisten asioiden seurausta, vaan niistä voidaan tehdä ne tulkinnat, joihin on päädytty. (Virtanen 2006, 200.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden esittävät mm. Lincoln & Cuba koostuvan totuusarvosta, sovellettavuudesta pysyvyydestä ja neutraalisuudesta. Kyseisiä käsitteitä luonnontieteellisessä tutkimuksessa vastaisivat lähinnä sisäinen validiteetti, ulkoinen validiteetti, reliabiliteetti ja objektiivisuus. Tutkimusmenetelmän ja ilmiön perusrakenteen vastaavuutta kutsutaan tutkimuksen adekvaattisuudeksi tai ontologiseksi relevanttisuudeksi. Ihmistieteissä luotettavuus ei siis pelkästään tai ensisijaisesti pohjaudu tutkimusmenetelmän ominaisuuksiin. Tämän takia ei ole tarkoituksenmukaista omaksua suoraan reliabiliteetin ja validiteetin käsitettä, vaan kriteerit luotettavuudelle hahmottuvat tutkimusprosessin analyysissä. (Virtanen 2006, 200)

Lincolnin & Cuban mukaan kriteereiksi totuusarvolle on esitetty vastaavuutta. Totuusarvioon on toisaalta viitattu myös uskottavuuden käsitteellä. Mm. Perttula katsoo, että kun tutkijan rekonstruktio tutkittavien konstruoimasta todellisuudesta on ajateltavissa oleva, vastaavuus toteutuu. Näin ollen laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus voidaan osoittaa, mikäli tutkijan kokemuksen voidaan ajatella vastaavan tutkittavan alkuperäistä kokemusta. Puolestaan sovellettavuuden kriteerinä on Lincolnin ja Cuban mukaan pidetty siirrettävyyttä, jolloin on arvioitavana, ovatko saadut tulokset sovellettavissa vastaavaan ilmiöön toisissa olosuhteissa. Siinä tapauksessa, että ”toiset olosuhteet” nähdään kokemuksen keskeiseksi rakennetekijäksi, tuloksia ei luotettavasti siirtää toisiin olosuhteisiin. (Virtanen 2006, 200-201.)

8.2. Kokemuksellisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit

Luonnontieteellisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit eivät aina ole relevantteja ja sovellettavissa laadulliseen tutkimukseen. Kuitenkaan eivät välttämättä kaikki laadullisessakaan tutkimuksessa käytetyt luotettavuuskriteerit sovellu kaikkeen laadulliseen tutkimukseen. Perttula nostaa esille yhdeksän kriteeriä, jotka ovat ennen kaikkea sovellettavissa fenomenologisesti suuntautuneeseen tutkimukseen. (Virtanen 2006, 201.)

Ensimmäinen kriteeri, tutkimusprosessin johdonmukaisuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen aineiston hankintatavan, tutkittavan ilmiön, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän ja tutkimuksen raportointitavan välillä tulee olla looginen yhteys. Toinen kriteeri liittyy lähinnä tutkimusprosessin kuvaukseen ja reflektointiin. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikissa tutkimuksen vaiheissa tutkijan on pystyttävä perustelemaan tutkimukselliset valintansa. Tämän tulee ilmetä tutkimusraportista.

Tutkimusprosessin kulku ja kokonaisuus täytyy olla niin hyvin kuvailtuna, että lukija pystyy ne hahmottamaan.

Tutkimuksen aineistolähtöisyys on kolmas kriteeri. Kvalitatiivisen aineiston on aina edettävä tutkimusaineiston ehdoilla ja aineistolähtöisyys onkin tutkimusprosessin kokonaisuudessa keskeisimmässä asemassa.

Neljäs kriteeri on tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus. Kontekstilla tarkoitetaan tässä ihmisen ulkopuolisen todellisuuden kokonaisuuteen, sekä ihmisen koettuun maailmaan. Ihmisen ulkopuolisen todellisuuden kokonaisuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin sidonnaisuutta tutkimustilanteeseen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset ovat sidoksissa niihin ominaispiirteisiin todellisuudessa, jotka tutkimustilanteessa ovat olemassa.

Tavoiteltavan tiedon laatu on viides kriteeri. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan saavuttaa käsitteellisesti, essentiaalisesti ja persoonakohtaisesti yleistä tietoa. Käsitteellinen laatu tarkoittaa käsitteellistä yleistettävyyttä eli yleiskäsitettä. Pystymme havaitsemaan samankaltaisuutta yksittäisissä kokemuksissa, ilmiöissä ja tapahtumissa ja niiden avulla voimme tunnistaa toisia tapahtumia. Samankaltaisuus perustuu ihmisen kykyyn ajatella yleiskäsitteiden kautta, vaikka kokemus on aina ainutlaatuinen. Metodien mahdollista yhdistämistä esitetään kuudentena kriteerinä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mahdollisesti lisätä käyttämällä useaa eri metodia.

Tutkijayhteistyö on seitsemäs kriteeri. Mikäli tutkijayhteistyö lisää tutkimuksellisten menettelyjen ankaruutta ja systemaattisuutta, lisää se myös tutkimuksen luotettavuutta. Sinällään usean ihmisen käsitys ei siis ole monen ihmisen käsitystä luotettavampi. Toisaalta taas yksittäinen tutkimustulos ei automaattisesti muutu epäluotettavaksi, vaikka toiset tutkimukset eivät sitä vahvistaisikaan.

Tutkijan subjektiivisuus mainitaan kahdeksantena kriteerinä. Tutkija on subjekti omalle tutkimustyölleen. Tutkimusraportista tulee siis näkyä, miten tutkija on reflektoinut, analysoinut ja raportoinut aihetta tutkimuksen eri vaiheissa. Viimeisenä eli yhdeksäntenä kriteerinä pidetään tutkijan vastuullisuutta. Tämän tulee suorittaa kaikki tutkimukselliset vaiheet systemaattisesti. Käytännössä tutkimusraporttia on mahdotonta kirjoittaa niin seikkaperäisesti, että toinen ihminen pystyisi konstruoimaan tutkimuksen kulun täsmälleen tapahtuneessa muodossaan. Tämän takia tutkijalla on selkeä vastuu tutkimuksensa toteuttamisesta. (Virtanen 2006, 201-204.)

8.3. Tutkimuksen pätevyys

Tutkimuksen täytyy olla pätevä ja pätevyys on perusteltava teorianmuodostamisen yhteydessä. Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan kokonaisuutta, jossa tutkimukselle asetetut päämäärät ja tutkimus-kohde vastaa hyvin tutkimuksen tulosta. Mikäli tutkimus vastaa kokonaan eri kysymykseen, kuin tematisoinnissa on asetettu ja tämä lisäksi vastaa huonosti tutkimuskohdetta, tutkimus ei ole pätevä. Pätevyys on laadullisessa tutkimuksessa keskeinen piirre. Tutkimuksen kuluessa

tehtävät yleistyksen, joita esitetään tutkimustuloksina, edellyttävät, että tutkimuksen kulku, ja siinä saadut päätelmät syntyvät ainoastaan tematisoidusta kokonaisuudesta, eivät mistään muualta. (Varto 1992, 103.)

Tutkimuksen pätevyys kuuluu ankaran tieteen vaatimukseen. Laadullinen tutkimus tutkii yleensä elämäntapojen, ja tästä johtuen tutkimustulokset muuttavat elämismailmaa. Tästä johtuen tutkimus, jota ei voi pitää pätevänä, tulkitsee elämäntapojen siten, että tämä saattaa vaikuttaa elämismailmaan kielteisesti ja vaikuttaa väärin tavalla myös siihen tosiasiallisuuden tulkitsemiseen, jota tutkimus ajaa takaa. Tällaisessa tapauksessa tutkimuksen eettinen velvoittavuus jää toteutumatta. Tutkimusta, joka ei täytä pätevyyden vaatimusta, pidetään vaarallisena, koska se muuttaa elämismailmaa tavalla, jonka perusteista ei ole selkoa. (Varto 1992, 103.)

8.4. Luotettavuuden toteutuminen opinnäytetyössämme

Halusimme tehdä kvalitatiivisen tutkimuksen, koska olimme kehittämässä kokonaan uutta toimintamallia. Halusimme, että vastaukset olisivat kokonaisuudessaan vastaajiemme omia mielipiteitä. Emme siis halunneet antaa heille valmiita vastausvaihtoehtoja. Kyselylomakkeita analysoidessamme kuitenkin huomasimme, että moni vastaaja ei ollut vastannut läheskään kaikkiin kysymyksiin, vaan vetosi monissa kysymyksissä edelliseen vastaukseensa. Osa vastaajista oli vastannut vain muutamalla sanalla, joka hankaloitti tulkintaa, koska vastaaja ei pohtinut asiaa syvällisemmin. Toisaalta samat teemat ja asiasanat nousivat kiistatta esiin vastauksista.

Jälkeenpäin asiaa ajatellen tutkimuksemme luotettavuutta olisi lisännyt se, että olisimme vielä jatkaneet tutkimusta kvantitatiivisella osiolla esille nousseista keskeisistä asiasisällöistä. Aika ei kuitenkaan riittänyt tähän. Mielestämme tutkimusta voisi kuitenkin vielä myöhemmin jatkaa kvantitatiivisella tutkimusosiolla toiminnan vakiinnuttua. Tällä tavoin saisimme kehitettyä sitä entisestään ja vastaamaan vielä paremmin äitiyshuollon muuttuvia tarpeita.

Tutkimuksemme kyselylomake muokattiin Tantun (2001) lisensoitustyöstä ”Yhteistyöhön oppiminen äitiyshuollossa” omaan tutkimukseemme sopivaksi. Kyselylomakkeemme oli siis jo valmiiksi testattu, joten tämäkin lisäsi tutkimuksemme luotettavuutta. Tutkimuksemme vastasi mielestämme hyvin pätevyyden vaatimuksia, koska se vastasi hyvin tutkimuskysymyksiimme. Lisäksi tulokset tukivat hyvin esiyymmärrystämme asiasta vastaten pitkälti teoreettista viitekehystämme.

Koimme merkittävänä sen hyödyn, jonka saimme yhdessä tekemällä. Tulosten analysoinnissa päädyimme usein samoihin johtopäätöksiin, joka tukee myös tutkimuksen luotettavuutta. Joissain kohdissa saimme myös uusia näkökulmia toisiltamme. Mielestämme pystyimme hyvin hyödyntämään molempien vahvuudet ja tarvittaessa avaamaan toisillemme mahdollisia epäselvyyksiä. Tekstin tuottamisessa koimme saavamme tukea toisiltamme

toisen toimiessa esilukijana. Tarvittaessa muokkasimme yhdessä vielä tekstiä.

Luotettavuutta lisäsi myös se, että pystyimme hyvin samaistumaan tutkimukseen osallistuneiden kokemusmaailmaan, vaikka emme kaikista asioista aivan samalla tavalla ajatelleetkaan. Toki myös tutkijoina meillä oli eri näkemyksiä asioista ja tulkitsimme asioita välillä eri tavalla, mikä vain mielestämme rikasti tutkimuksemme tulkintaa ja teki siitä luotettavamman. Varsinaisia ristiriitoja tai selkeitä näkemyseroja tulkinnassamme ei ollut.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksen eettiset ongelmat liittyvät tutkimuksen suorittamiseen sekä tutkimuksessa saadun tiedon käyttöön. Eettiset ongelmat liittyvät näissä yhteyksissä yleensä tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin ja luottamuksen säilyttämiseen sekä heidän valinnanvapautensa kunnioittamiseen. Tutkimuksessa on noudatettava ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta, jonka mukaan on väärin aiheuttaa vahinkoa tai loukata tutkittavaa tutkimuksen tarkoituksesta riippumatta. Tutkija joutuu siten aina pohtimaan, mitä hyötyä tai haittaa tutkittavalle on tutkimuksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 52, 56-57.)

Tutkimuksemme oli työelämälähtöinen ja se perustui tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuuteen. Olimme etukäteen yhteydessä jokaisen kunnan ns. yhteyshenkilöön, jonka kanssa sovimme aikataulusta ja toteutuksesta sekä kävimme tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävän vielä yhteisesti läpi. Annoimme myös mahdollisuuden kysyä mahdollisesti tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä. Vapaaehtoisuus korostui mielestämme myös siinä, että emme painostaneet kohderyhmäämme vastaamaan, vaan kohderyhmän jäsenillä oli mahdollisuus jättäytyä kyselyn ulkopuolelle olemalla osallistumatta tutkimukseemme.

Koska aiheemme ei ollut erityisen henkilökohtainen tai arkaluonteinen, ihmisarvoon liittyviä periaatteita emme kokeneet ongelmallisina. Tutkimuksessa käsitellään vain työntekijöiden esiin tuomia näkemyksiä tutkimusaiheeseen liittyen, eikä tutkimukseen ole liittynyt esimerkiksi potilastietoihin tai potilas-tietojärjestelmään tutustumista. Tärkeää oli mielestämme olla tasavertainen kohderyhmän koulutuksesta tai ammatista riippumatta ja huomioida se kyselylomaketta laatiessa. Uskomme myös, että tutkimuksesta, sen tuloksista ja niiden pohjalta luodulla uudella toimintamallilla on enemmän hyötyä kuin haittaa tutkimukseen osallistuville.

Tutkittavalla on oikeus vaatia, että hänen identiteettinsä ei ole tutkimuksessa tunnistettavissa. Tutkimuksessa ei voi olla mitään sellaista piirrettä tai ominaisuutta, jonka perusteella tutkimushenkilön identiteetti olisi mahdollista tunnistaa. (Soininen 1995, 129.) Tutkittavan ryhmän pienuus edellyttää, että anonymiteetista on huolehdittava tarkemmin. Periaatteena on, että henkilöllisyyden paljastaminen tehdään mahdollisimman vaikeaksi. (Eskola & Suoranta 1998, 57.)

Nostamme tutkimuksessamme esille Hyvinkään sairaalan kummikätilöt sekä kunnat, joissa kummikätilötoimintaa toteutetaan. Samalla se pakottaa meidät pohtimaan tarkasti tutkimukseen osallistuvien äitiyshuollon työntekijöiden anonymiteettiä, jota myös tutkittavan ryhmän pienuus edellyttää. Tutkimukseemme osallistuvien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusraporttia. Anonymiteetin korostamiseksi emme eritelleet vastaajia kunnittain, koulutustaustan tai työpaikan mukaan. Haastateltujen työntekijöiden nimiä, eikä muita sellaisia tietoja, joista heidät voisi tunnistaa, ei ole sisällytetty tutkimusraporttiin. Emme myöskään numeroineet vastaajia, jolloin esitetyt lainauksia ei voi yhdistää yksittäiseen henkilöön.

Kyselylomakkeet tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua. Ennen tutkimuksen valmistumista aineisto säilytetään niin, ettei muilla kuin tutkimuksen tekijällä ole mahdollisuutta saada niitä käsiinsä. Tutkimusta varten oli saatu luvat normaalien käytänteiden mukaisesti Mäntsälän, Järvenpään ja Tuusulan kunnista sekä Hyvinkään sairaalasta.

Tutkimustulokset pitäisi esittää sellaisessa muodossa, että ne ovat kontrolloitavissa. Tuloksia ei saa kaunistella tai muuttaa haluttuun suuntaan, vaan ne tulee esittää sellaisina kuin ne ilmenevät. (Soininen 1995, 131.) Jotta lukijalle välittyisi selkeä mielikuva, mistä ja miten tulokset ovat tutkimuksessamme syntyneet, olemme kuvanneet toteutusta tarkasti sekä liittäneet tutkimustuloksiin suoria lainauksia aineistosta. Tällöin lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksemme luotettavuutta.

10 TOTEUTUS

Toimimme samassa työyksikössä ja oli mielekästä lähteä tekemään opinnäytetyötä aiheesta, joka kiinnosti ja liittyi suoraan oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämiseen. Voisi kuvitella, että opinnäytetyö olisi helpompaa tehdä yhdessä kollegan kanssa kuin yksin. Todellisuudessa aikataulut ja erilaiset elämäntilanteet vaikeuttivat huomattavasti yhteisen ajan löytymistä ja samalla työn sujuvaa etenemistä. Toisaalta koimme kuitenkin merkittävänä sen hyödyn, jonka saimme yhdessä tekemällä.

Kummikätilötoimintaa aloitettiin Hyvinkään sairaalassa syksyllä 2011, jolloin sairaalan puolelta kyseltiin neuvoloiden kiinnostusta kummikätilötoimintaan. Kolme kuntaa, Järvenpää, Mäntsälä ja Tuusula, ilmaisivat kiinnostuksensa, joka mahdollisti toimintakokeilun. Jokaiselle kolmesta neuvolasta nimettiin oma kätilö, kummikätilö. Edellytyksenä kummikätilöksi ryhtymiselle oli tietenkin kätilön oma kiinnostus ko. toimintaan. Keväällä 2012 kolme synnytyssalin kätilöä vieraili omassa neuvolassaan ja toimintatapa oli tuolloin vapaa kätilön ja neuvolan terveydenhoitajan kesken sovittavissa. (Pyykönen, sähköpostiviesti 2.4.2012.)

Haastavaksi koimme teorian tiedon hankkimisen, sillä kummikätilötoiminnasta ei ollut saatavilla teorian tietoa. Tämän takia pohdimme kummikätilötoimintaa kuvaavia asiasanoja. Niiden ja

esiymmärryksen pohjalta haimme kirjallisuudesta teoriatietoa. Tämän takia asiasanoja on runsaasti ja saimme riittävän laajan viitekehysten luotua.

Tiedonhankintamenetelmäksi valitsimme kyselytutkimuksen. Kyselylomakkeessa oli ainoastaan avoimia kysymyksiä, koska halusimme saada kyselyyn vastaavilta omia mielipiteitä ja ajatuksia antamatta valmiiden vastausvaihtoehtojen ohjaavan vastaajia.

Tutkimuslupapyynnöt lähetettiin asianmukaisesti kaikkiin Mäntsälän, Järvenpään ja Tuusulan neuvoloihin sekä Hyvinkään sairaalaan samanaikaisesti. Kyselylomakkeet toimitimme neuvoloihin ja Hyvinkään sairaalan synnytysosastolle henkilökohtaisesti. Näin toimitimme myös kyselylomakkeiden noutamisen suhteen.

Yhteensä toimitimme 44 kyselylomaketta ja vastauksia saimme yhteensä 23 kpl, eli vastausprosentti oli 52 %. Alun perin oli tarkoitus toimittaa lomakkeet vain niihin neuvoloihin, jossa kummikätilötoimintaa oli jo aloitettu. Selvisi kuitenkin, että yhdessä neuvolassa oli vain 1 terveydenhoitaja, joten tässä kaupungissa toimitimme kyselylomakkeita myös kahteen neuvolaan, missä kummikätilötoimintaa ei vielä ollut aloitettu.

Noudettuamme vastatut kyselylomakkeet tutustuimme niihin ensimmäiseksi lukemalla ne läpi useaan kertaan. Tämän jälkeen kirjoitimme vastaukset auki, pelkistimme aineiston teemoiksi, ja pirstoimme teemat pienempiin osiin asiasanoiksi. Näiden asiasanojen, eli käsitteiden pohjalta aloimme laatia toimintasuunnitelmaa kummikätilötoiminnalle.

Keskeisiksi asiasanoiksi eli teemoiksi analyysissä nousivat yhteistyö, tiedonkulku, laatu, asiantuntijuus ja moniammatillisuus. Alla olevista esimerkkilauseista keskeisiksi teemoiksi nousivat yhteistyö, tiedonkulku ja moniammatillisuus.

”Luontevaa yhteistyötä, keskustelua neuvolan ja synnytysyksikön välillä”

”Myös sairaalan olisi hyvä saada tietoa siitä, mihin kaikkiin asioihin neuvola joutuu kiinnittämään huomiota perhettä hoitaessaan...”

Laadimme toimintamallin kummikätilötoiminnalle Hyvinkään sairaalaan tutkimustulosten ja vastauksista esiin nousseiden konkreettisten kehittämissuhteiden pohjalta. Toimintamallia suunniteltaessa toimintaa ohjasivat tutkimustulokset eli keskeiset teemat. Kyseiset teemat ovat toimintamallissa nähtävillä ja ohjaamassa toimintaa. Samalla teemat avaavat kummikätilötoiminnassa mukana olevalle työntekijälle toimintamallissa huomioituja kehittämisalueita.

Toimintamallin annoimme Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön esimiehille luettavaksi ja hyväksyttäväksi. Korjausehdotuksia ei tullut, vaan toimintamallia pidettiin toteuttamiskelpoisena ja alustavasti hyväksyttiin sellaisenaan. Myöhemmässä vaiheessa teimme vielä pieniä

korjauksia lähinnä ulkoasuun ja informoimme siitä vielä suullisesti osastonhoitajaa.

11 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä tutkimus oli kyselytutkimus ja aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui sisällönanalyysi. Tutkimusta aloittaessamme meillä oli esiyymmärrys aiheesta, jonka pohjalta keräsimme teoretietoa. Aineistosta nousi esiin teemoja, jotka vaihe vaiheelta taas pilkoimme pienempiin osa-alueisiin. Tutkimustulokset perustuvat aineistosta sisällönanalyysin avulla esiin nousseista teemoista.

Tutkimustuloksissa lähdetään liikkeelle kohderyhmän lyhyestä kuvauksesta, josta käy ilmi työntekijän ikä, koulutus sekä työkokemus. Kohderyhmän kuvauksen jälkeen tutkimustuloksissa käsitellään esiin nousseita teemoja. Yhteistyö, tiedonkulku, laatu, asiantuntijuus ja moniammatillisuus nousivat keskeisiksi teemoiksi (kuvio 2). Yhteistyön osa-alueiksi muodostuivat kummikätilötoiminta yhteistyön muotona, avoin vuoropuhelu ja perhevalmennus. Viimeisenä lukuna käsitellään niitä konkreettisia kehittämisehdotuksia kummikätilötoiminnalle, joilla voidaan tukea laadukasta äitiyshuoltoa Hyvinkään sairaanhoitoalueella.

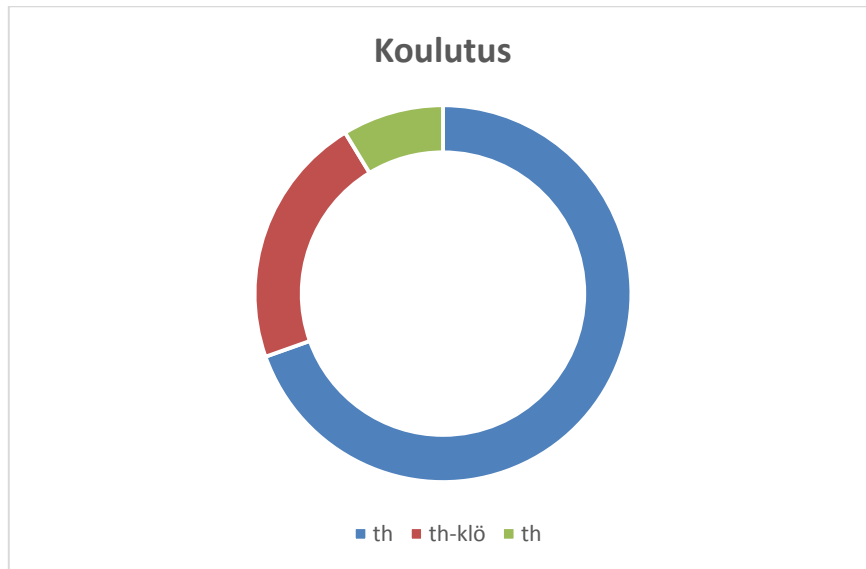


Kuvio 2.

11.1. Taustatietoja kohderyhmästä

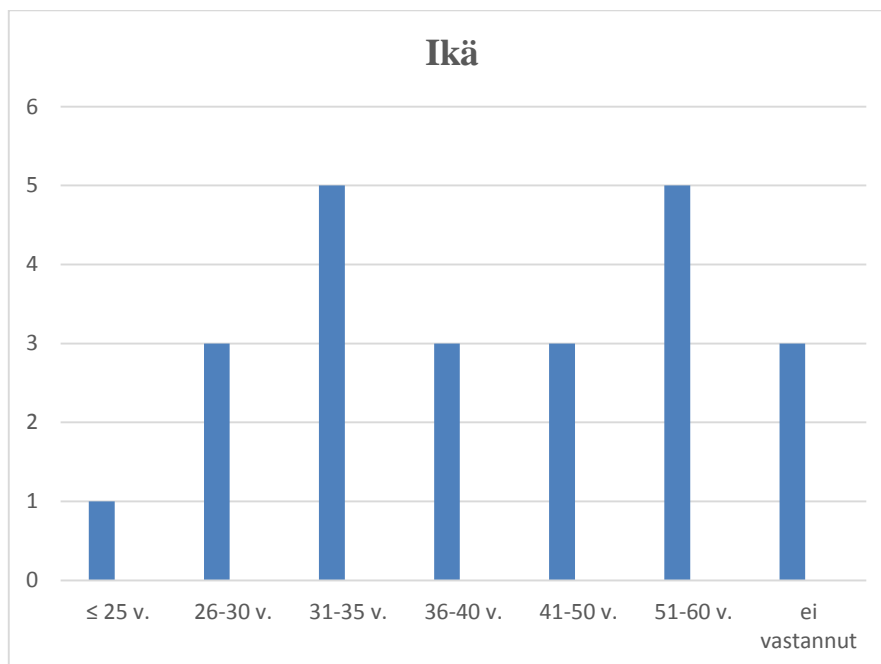
Koulutukseltaan vastanneista 16 oli terveydenhoitajia ja kätilöitä tutkimukseen osallistuneista oli kaksi. Terveydenhoitaja-kätilöitä vastanneista oli viisi. Lisäksi kaksi vastanneista opiskeli työn ohella ylempiä ammattikorkeakoulu- tai yliopisto-opintoja. Kuvio 3 esittelee

vastaajien koulutustaustan jakautumisen terveydenhoitajiin (th), terveydenhoitaja-kätilöihin (th-klö) ja kätilöihin (klö).



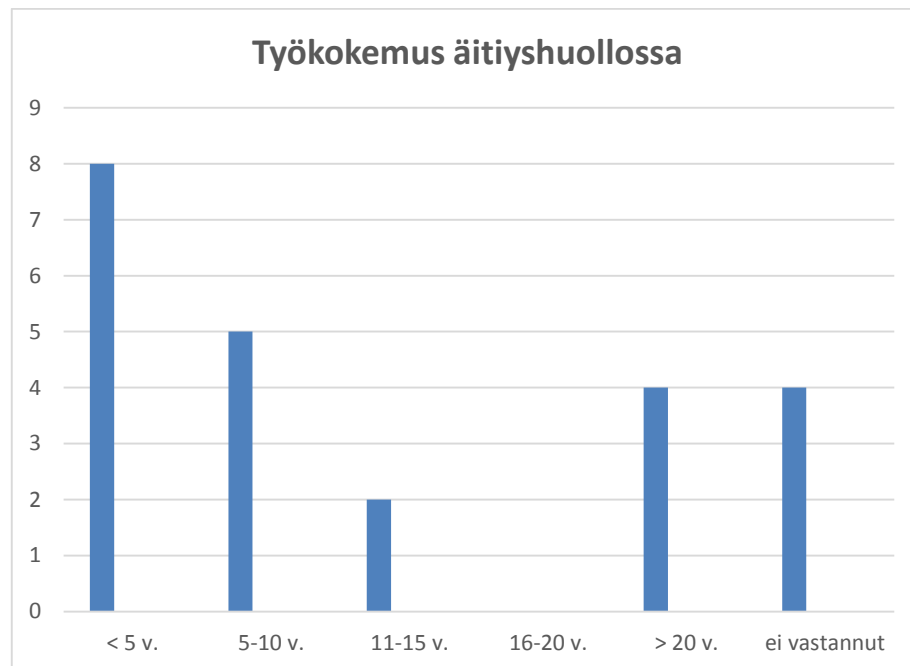
Kuvio 3. Vastaajien koulutustausta.

Ikäjakauma oli melko tasainen. Tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä suurimmat ryhmät ikämäärittelyn mukaan olivat 31-35 –vuotiaat ja 51-60 –vuotiaat, joihin molempiin sijoittui viisi työntekijää. Vastaajista vain yksi ilmoitti olevansa 25 –vuotias tai sen alle. Muihin ikäryhmiin kuului vastaajista kolme. Kolme vastanneista jätti iän mainitsematta. Kuvio 4 esittää vastaajien ikäjakauman.



Kuvio 4. Vastaajien ikäjakauma.

Äitiyshuollon työkokemuksessa vaihteluväli oli jokseenkin iso vastaajien kesken. Äitiyshuollon alueelta hankittua työkokemusta oli alle viisi vuotta kahdeksalla vastaajista. 5-10 vuoden työkokemus oli viidellä tutkimukseen osallistuneella äitiyshuollon työntekijällä. 11-15 vuotta työkokemusta oli kahdella vastaajalla ja neljällä vastaajalla työkokemusta äitiyshuollon alueella oli kertynyt yli 20 vuotta. Neljä vastanneista ei ilmoittanut työkokemusta lainkaan. Muuta hoitotyön kokemusta oli kuudella tutkimukseen osallistuneella terveydenhoitajalla. Kuvio 5 esittää vastaajien työkokemuksen jakautumisen vaihteluvälin.



Kuvio 5. Vastaajien työkokemus äitiyshuollossa

11.2. Yhteistyö

Yhteistyön tarpeellisuudesta oltiin tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden kesken hyvin yksimielisiä. Yhteistyön kehittäminen koettiin tarpeelliseksi tai jopa erittäin tarpeelliseksi. Moni toi vastauksissaan esille sen, että jo nykyisellään yhteistyö on kohtuullisen sujuvaa, mutta yhteistyö voi ja sen pitääkin edelleen kehittyä. Toisaalta vastauksista näkyy myös ongelmakohtien tiedostamista liittyen avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden eriarvoiseen asemaan, mitä tulee asiakkaan hoitoa suunniteltaessa tai toteutettaessa.

”jo entisestään melko hyvän yhteistyön edelleen paranemista nla:n ja synn.sairaalan välillä”

Yksi vastaajista ilmaisi tuntevansa, että avoterveydenhuollossa ei ole riittävästi vaikutusmahdollisuuksia, vaan toimintaa johdetaan erikoissairaanhoidosta käsin. Vastauksissa toivottiin yhteistoiminnan kehittämiseen liittyen myös neuvolan merkityksen ymmärtämistä osana

asiakkaan palveluketjussa sekä avoterveydenhuollon osaamisen ja tiedon huomiointia myös erikoissairaanhoidossa.

”Tällä hetkellä hyvin sairaalavetoinen, eli neuvola tekee kuin esh sanelee, milloin osin toisinpäin?”

”Myös sairaalan olisi hyvä saada tietoa siitä, mihin kaikkiin asioihin neuvola joutuu kiinnittämään huomiota perhettä hoitaessaan...”

11.2.1. Kummikätilötoiminta yhteistyön muotona

Kummikätilötoiminta koettiin hyväksi ja tärkeäksi vaihtoehdoksi yhteistyön kehittämisessä. Toimintaan suhtauduttiin hyvin positiivisesti ja samalla realistisesti.

”...Kummikätilö on lenkki moniammatillisessa yhteistyössä neuvolan ja synn.sairaalan välillä.”

”...on hyvä kun ”tiimissä” on joku jolla on viimeisin ja ajantasaisin tieto synn.sairaalan käytännöistä”

Muutama vastaaja ilmaisi epäilyksensä kummikätilötoiminnan jatkuvuudelle, jos toimintamallia ei kehitetä edelleen. Epäilysten taustalla vaikutti yleinen taloustilanne. Toisaalta yksi vastaaja oli tietoinen asetuksesta ja sitä kautta loi lisäuskoa yhteistyön kehittämiseksi.

”Hyvä, että yhteistyön kehittämiseen panostetaan, mutta estääkö aika-/resurssipula yhteistyön kehittymisen loppupelissä”

Jotta yhteistyö voisi kehittyä kummikätilötoiminnan keinoin, edellytettiin toiminnan kehittämistä edelleen. Vastaajien mukaan kummikätilön osallistumista kaivataan muuhunkin kuin perhevalmennuksiin, jos todella halutaan kehittää yhteistoimintaa.

”... tällaisena työmuotona ei tule varmaankaan tule toteutumaan. Eli kaipaa vielä kehittämistä...)

11.2.2. Avoin vuoropuhelu

Yhteistyön toivottiin kehittyvän entistä tiiviimmäksi ja vastavuoroisemmaksi. Vastauksissa käytettiin ilmaisia keskustelu, vuoropuhelu tai dialogi. Moni vastaajista toivoi matalan kynnyksen yhteistyötä, jonka toivottiin helpottavan yhteydenottoa puolin ja toisin.

”Koen tarpeellisena; jos toimintamuoto lisää yhteistyötä + vuorovaikutuksellisuutta.”

”Vuoropuhelua sen toivoisi olevan.”

”Luontevaa yhteistyötä, keskustelua neuvolan ja synnytysyksikön välillä”

Avoimen yhteistyön ja vuoropuhelun edistämisen keinoiksi nähtiin toistensa tunteminen, tuttuus sekä toisen työn tunteminen ja arvostaminen.

”Tiedonsiirto ja sen ymmärrettävyys lisääntyy, kun toisen toimintayksikkö, tavat ja puitteet tiedossa.”

”Luottamus lisääntyy toisen työhön”

Valtaosa vastaajista koki tärkeäksi yhteistyössä huomioida jokaisen työntekijän osaaminen ja mielipide, joiden pohjalta saatettaisiin muodostaa yhteisiä käytänteitä tai suunnitelmia yksittäisen asiakkaan hoidossa.

”Luontevaa yhteistyötä, keskustelua neuvolan ja synnytysyksikön välillä”

”...jokainen siinä on osaltaan asiantuntija ja vastuullinen jäsen arvostaen jokaisen mielipidettä.”

Vastauksissa nousi esille toistuvasti halu tutustua synnytysyksiköiden toimintaan sekä kätilöiden työnkuvaan yksittäisen työntekijän ymmärryksen lisäämiseksi. Esille tuotiin myös ajatus siitä, että sairaalassa pitäisi olla tietoa neuvolan toimintatavoista ja mahdollisuuksista. Useampi vastaaja epäili tältä osin synnytysyksikön tietotasoa.

”...jotta puolin ja toisin tiedetään, missä mennään”

”...Tietääkö kätilöt mitä tehdään tämän päivän neuvolassa?...”

11.2.3. Perhevalmennus

Kummikätilön osallistumista perhevalmennusten synnytysosioon pidettiin erityisen tärkeänä yhteistyön muotona. Valmennusten merkitys nousi esille lähes jokaisen kyselyyn vastanneen työntekijän kohdalla. Kummikätilön mukanaolo koettiin tärkeänä monesta eri näkökulmasta. Vastaajien kesken valmennusten laatu koettiin paremmaksi, kun synnytysten hoidon asiantuntija on paikalla. Samalla kummikätilön osallisuuden ajateltiin myös helpottavan terveydenhoitajan työtä valmennusten saralla.

”Neuvolan perhevalmennuksen hyvän toteutumisen kannalta helpottava tekijä”

”Kätilön tapaaminen synnytysvalmennuksessa ikään kuin inhimillistä sairaalaa kohtaan olevia mietteitä...”

Kyselyymme osallistuneet työntekijät olivat yhtä mieltä siinä, että äitiyshuollon asiakas hyötyy yhteistyön ja siihen lukeutuvan kummikätilötoiminnan kehittämisestä. Kummikätilön tapaaminen perhevalmennuksessa nähtiin asiakkaan näkökulmasta monella tapaa hyödyllisenä.

”Kuulee valmennuksessa tiedon tekijältä, ei toisen käden tietoa...”

”...Asiakkaat paremmin valmistuneita synnytykseen.”

Vaikka kummikätilön osallisuutta perhevalmennusten synnytysoosioon pidettiin kiistatta tärkeänä, ei sitä koettu kuitenkaan riittävänä. Toivottiin myös kummikätilön osallistumista perhevalmennuksen synnytyksen jälkeiseen osioon sekä uudelleensynnyttäjien huomiointia. Esille nousi myös ajatus siitä, että pelkällä osallistumisella perhevalmennukseen ei kummikätilötoiminta vaikuta juurikaan yhteistyöhön, vaan korkeintaan parantaa perhevalmennuksen synnytysoosion laatua.

Perhevalmennusten osalta yhteistyön toivottiin kehittyvän edelleen aiempaa suunnitellummaksi. Kummikätilön ja alueen terveydenhoitajien toivottiin voivan suunnitella yhdessä yhteistä toimintaa. Tällöin niin tutustuminen, toisen työn tunteminen kuin myös yhteinen toiminta voisi kehittyä parhaalla mahdollisella tavalla.

”Suunniteltu toiminta perhevalmennuksen yhteydessä eli kuuluu mukaan toimintaan eikä pelkästään ”nimetty”.”

11.3. Tiedonkulku

Tiedonkulkuun kehittämistoiveet nousivat esille lähes joka vastauksessa. Yhtenäinen ja ajantasainen tieto koettiin merkitykselliseksi asiakkaan hyvässä ja laadukkaassa hoidossa. Kyselyyn osallistuneet työntekijät halusivat saada käyttöönsä uutta ja yhtenäistä tietoa sekä käytänteitä. Kummikätilötoiminnan uskottiin tukevan tiedonkulun sujuvampaa etenemistä niin neuvolan ja synnytysyksikön työntekijöiden kuin asiakkaan ja työntekijän välillä.

”Puhumme samoista asioista paremmin”

”Uusimman tiedon tuomista neuvolaan, vanhan tiedon päivittämistä”

Vastauksissa pidettiin merkityksellisenä sitä, että asiakkaat saavat synnytykseen liittyvän tiedon suoraan synnytysyksikössä toimivalta kätilöltä. Näin tiedonkulku etenisi suoraan asiantuntijalta asiakkaalle. Samoin kysymysten esittäminen suoraan kätilölle koettiin hyvänä asiakkaan hoitoa tukevana seikkana. Useampi vastaaja myös kertoi, että asiakkaat olivat esittäneet tyytyväisyyttä jo nyt kummikätilön mukanaoloon valmennuksissa.

”Perheet saavat suoraan synn.yksiköstä oikeaa/päivitettyä tietoa ..”

Myös tiedonkulun parantuminen avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden välillä odotettiin parantavan asiakkaan laadukasta ja yhdenmukaista hoitoa. Hyvä tiedonkulku edistää vastaajien mukaan sitä, että puhumme samoista asioista yhdenmukaisella tavalla. Tämä lisää vastaajien ajatusten mukaan asiakkaan luottamusta suhteessa samaansa hoitoon.

”Tarpeellista tiedonkulun vuoksi, jotta kyetään hoitamaan asiakkaat ja vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin”

Nimitys yhteistyölinkki nousi monessa vastauksessa esille. Kummikätilötoiminnassa kummikätilön odotetaan toimivan alueensa neuvoloiden ja synnytysyksikön välisenä yhteistyölinkkinä. Kummikätilöltä toivottiin tärkeiden tai muuttuvien asioiden tiedottamista oman alueen neuvoloihin. Samalla kummikätilön toivotaan voivan toimia matalan kynnyksen yhteistyötahona, jolloin yhteydenotto koettiin helpommaksi. Tiedonkulun toivottiin parantuvan niin, että voitaisiin paremmin sopia ja toteuttaaakin yhtenäisiä käytänteitä.

”Hyvä linkki synnytyssairaalan ja neuvolan th:n välillä...”

”Nimetty yhteistyöhenkilö; helpottaa yhteydenottoa → mahdollistaa helpomman asioinnin, käytänteistä sopimisen, hoidon sujuvuuden...”

11.4. Laatu

Lähes kaikki vastaajista kokivat kummikätilötoiminnan parantavan äitiyshuollon laatua yhteisten tavoitteiden ja sitä kautta hyvän ja tasa-arvoisen palvelun kautta. Yhteisten käytänteiden ja toimintatapojen luominen, ylläpitäminen ja päivittäminen koettiin äitiyshuollon laatua parantavaksi. Toiminnan laatua haluttiin myös kehittää ottamalla uudelleensynnyttäjät paremmin huomioon, ja kehittämällä myös heitä tukevia palvelumuotoja. Toiminnan juuri alkaessa kummikätilötoiminta on ollut lähinnä kätilön synnytysvalmennusten pitämistä ensisynnyttäjille.

Suurin osa oli myös sitä mieltä, että avoin tiedonkulku synnytysyksikön ja äitiysneuvoloiden välillä lisää laatua äitiyshuollossa. Tämä tuli esiin myös siinä, että toisen ammattiryhmän osaamisen kunnioittaminen lisäsi lähes kaikkien vastaajien mielestä äitiyshuollon laatua. Äitiyshuollon laadun koettiin parantuvan kummikätilötoiminnan avulla myös sitä kautta, että yhteys kätilön ja neuvolan terveydenhoitajanvälillä helpottuu ja tätä kautta asiakkaan hoidon jatkuvuus parantuu.

”Molempipuolista yhteistyötä, joka sujuvoittaa työskentelyä sekä neuvolassa, että sairaalassa. Avointa kommunikaatiota ja tiedonsaantia”

“...toimitaan samalla lailla/ saa samaa tietoa. Palvelu laadukkaampaa”

11.5. Asiantuntijuus

Lähes kaikki vastaajat kokivat eri ammattiryhmien ja asiantuntijuuksien hyödyntämisen olevan todella tärkeää kehittäessämme yhteistyötämme. Tällä hetkellä osa koki, ettei synnytysyksiköissä riittävästi arvostettu tai osattu käyttää hyödyksi neuvolan terveydenhoitajien ammattitaitoa ja osaamista. Suunnitelmallisen yhteistyönkehittämisen kannalta pidettiin ensiarvoisen tärkeänä juuri sitä, että kaikkien ammattitaito ja erikoisosaaminen hyödynnetään asiakkaiden parhaaksi.

”Helpottaa yhteistyökäytänteistä sopimista. Kunkin tahon työn tunteminen, asiantuntijuuden hyödyntäminen”

”...jokainen siinä on osaltaan asiantuntija ja vastuullinen jäsen arvostaen jokaisen mielipidettä.”

Moni toivoi lisäksi käytänteistä sopimista suoraan neuvolan ja kummikätilön välillä. Mikäli tämä ei ole mahdollista, toivottiin ainakin kätilön toimivan “yhteistyölinkkinä” synnytysyksikön ja neuvoloiden välillä eli vievän viestiä eteenpäin puolin ja toisin ja toimivan tarvittaessa keskustelun avaajana. Koettiin, että mikäli kaikkien ammattitaito hyödynnetään optimaalisimmalla tavalla, hyödyttää se synnyttäjiä mm. pelkojen lieventymisenä, turvallisuuden tunteen lisääntymisenä ja tätä kautta väärin olettamusten välttämisenä. Moni koki myös kummikätilötoiminnan onnistuessaan parantavan myös omaa ammattitaitoa ja osaamista ja tätä kautta lisäävän asiantuntijuutta.

“toivoisin, että muistetaan se seikka, että teemme yhteistyötä asiakkaan edun mukaisesti. Se välillä hämärtyy, eli kritisoidaan asiakkaalle neuvolan terveydenhoitajan toimintaa ja se ei ole asiallista!”

“Tällä hetkellä hyvin sairaalavetoinen, eli neuvolat tekee kuin ESH sanelee, milloin osin toisinpäin?”

11.6. Moniammatillisuus

Moni vastaajista nosti esiin moniammatillisuuden ja sen tärkeyden asiakkaitamme hoitaessa. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu rajojen ylitykset, joilla siis tarkoitetaan yli organisaatorajojen ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskenneltäessä.

“Molemmipuolista yhteistyötä, joka sujuvoittaa työskentelyä sekä neuvolassa että sairaalassa. Avointa kommunikointia ja tiedonsaantia”

”...Kummikätilö on lenkki moniammatillisessa yhteistyössä neuvolan ja synn.sairaalan välillä.”

Monet vastaajat olivat sitä mieltä, että eri asiantuntijuuksien ja osaamisen jakaminen parantaa yhteistyötä ja sitä kautta hoidon laatua. Myös kummikätilötoiminnan toivottiin lisäävän ja helpottavan avointa viestintää eri ammattiryhmien välillä. Kummikätilötoiminnasta toivottiinkin jatkossa vielä entistäkin moniammatillisempaa työmuotoa. Lisäksi osa tiesi senkin, että jo laki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatilliseen yhteistyöhön.

“Moniammatillisuus on asetuksessakin - siksi tärkeää!! Hyödyntää monipuolisesti eri ammattitaitoja”.

“Myös sairaalan olisi hyvä saada tietoa siitä, mihin kaikkiin asioihin neuvola joutuu kiinnittämään huomiota perhettä hoitaessaan, esim. imetykseen liittyvät asiat monimutkaistuvat, kun perhe on suuri. Äidin jaksaminen, mielenterveysongelmat, päihde- tai parisuhdeongelmat ovat samanaikaisesti kuvioissa mukana”

“Ammatillisen kehittymisen kannalta on tärkeää saada tietoa toiminnasta myös muualta (sairaala-> neuvola). Yhdessä voidaan kehittää toimintaa asiakkaan kannalta paremmaksi”.

11.7. Laadukkaan palveluketjun tukeminen kummikätilötoiminnan keinoin – konkreettiset kehittämissuositukset

Kyselyyn osallistuneet työntekijät nostivat esille monia konkreettisia keinoja ja kehittämissuosituksia, jotka heidän mukaan parantaisivat asiakkaan ja työntekijöiden välistä yhteistoimintaa kummikätilötoiminnan keinoin. Epäilyä oli jonkin verran siitä, että onko nykyresursseilla toimintaa yleensäkin mahdollista kehittää. Toisaalta osa vastaajista koki, että nykyisellä toimintamallilla kummikätilötoiminta ei ainakaan voi jatkua.

Vaikka kummikätilötoiminnan jatkuminen nykyisellään herättikin osassa vastaajia epäilyä, niin kummikätilöiden merkityksestä perhevalmennusten synnytysoSION pitäjänä ei ollut epäselvyyttä. Kummikätilöiden rooli oli vastaajien mukaan tärkeä ja merkityksellinen alansa asiantuntijana. Toiminnalta toivottiin tältä osin jatkuvuutta myös tulevaisuudessa. Ennemmin vastaajien ajatukset liittyivät valmennusten kehittämiseen siten, että toimintaa suunniteltaisiin ja kehitettäisiin yhdessä kummikätilön ja alueen terveydenhoitajien toimesta.

”Toivottavasti kummikätilötoimintaa jatketaan”

Vastauksissa usein käytetty termi oli yhteistyölinkki. Tällä tarkoitettiin sitä, että kummikätilö toimisi yhteistyölinkkinä avoterveydenhuollon eli neuvoloiden ja erikoissairaanhoidon eli synnytysyksikön välillä. Kummikätilön odotettiin toimivan viestinviejänä molempiin suuntiin. Kummikätilön toivottiin osallistuvan terveydenhoitajien kokouksiin, jolloin tutustuminen työntekijätasolla sekä viestintä ja uusien asioiden ja toimintatapojen tiedotus onnistuvat.

”...kummikätilöt voisivat vieraila oman alueensa neuvoloissa, jotta tulisi nimi+kasvat tutuksi, kynnys yht.ottoonkin sen jälkeen pienempi. Säännölliset vierailut th-kokouksissa oman alueen neuvoloissa?”

Kummikätilön toivottiin olevan alueensa neuvoloiden terveydenhoitajille tuttu ja helposti lähestyttävissä. Nimi ja yhteystiedot haluttiin saada työntekijöiden tietoon. Lisäksi toivottiin erilaisia tapoja ottaa yhteyttä alueen kummikätilöön. Sähköposti ja kummikätilön omat puhelintunnit nousivat useassa vastauksessa esille tapoina tavoittaa ja tarvittaessa konsultoida.

”että alueen kummikätilö on kaikkien työntekijöiden tiedossa (nimi+yhteystiedot, yhteydenpito olisi mahdollista (esim. kummikätilöllä tietty puhelinaika viikossa)”

Vastausten mukaan juuri työntekijöiden välinen tuttuus tekisi lähestymisen helpommaksi. Vastaajat toivoivat, että kummikätilö olisi näkyvämmässä roolissa kuin tällä hetkellä. Suuri osa vastaajista ei ollut alueensa

kummikätilöä edes tavannut vastatessaan kyselyymme. Vastauksissa toivottiinkin, että kummikätilö kävisi tutustumassa oman alueen neuvoloihin ja työntekijöihin. Toisaalta toiveita esitettiin halusta vierailta myös synnytysyksikössä eli tutustumista toisen työyksikköön toivottiin tapahtuvan niin terveydenhoitajien osalta synnytysyksikköön kuin kätilöiden osalta alueensa neuvoloihin.

”Voisimmeko vierailta enemmän toistemme työpisteissä?”

12 POHDINTA

Lainsäädännön myötävaikutuksella äitiyshuollossa voi odottaa yhteistyön ja palvelujen kehittymistä yli organisaatorajojen. Eri ammattiryhmien ammattitaidon hyödyntäminen lasta odottavien perheiden tarpeita vastaavaksi vaatii uudenlaisen yhteistyön sekä osaamisen jakamisen kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö on ehdottanut jo aiemmin, että synnytyssairaaloiden henkilöstön pitäisi ottaa enemmän vastuuta synnytykseen valmentamisessa. Yhtenä vaihtoehtona nähdään kummikätilötoimintaa. (Haapio ym. 2009, 48, 110, 192.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kummikätilötoimintaa Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välillä. Tulosten avulla kummikätilötoimintaa kehitetään vastaamaan työntekijöiden tarpeita sekä edistämään organisaatorajojen ylittävää yhteistyötä ja laadukasta äitiyshuoltoa Hyvinkään sairaanhoitoalueella. Samalla tulosten perusteella pohditaan mahdollisuutta ja kannattavuutta laajentaa toimintaa koskemaan koko sairaanhoitoaluetta koskevaksi. Tutkimustulosten avulla tuotimme toimintamallin, joka ohjaa kummikätilötoimintaa sairaalassamme. Toimintamallin on tarkoitus vastata mahdollisimman paljon vastaajien ja tätä kautta kaikkien toiminnassa mukana olevien tarpeita. Moni asia sai aivan uusia merkityksiä ja myös oma ajattelumme asioista uusien näkökulmien myötä muuttui ja monipuolistui.

Päädymme tekemään opinnäytetyön yhdessä puhtaasti käytännöllisistä syistä. Opinnäytetyömme aihe syntyi työyksikön tarpeesta. Tähän saakka kummikätilötoiminta Hyvinkään sairaalassa on tuotettu vapaasti kummikätilön ja neuvolan välillä. Jokaisella kummikätilöllä ja yhteistyöneuvolalla oli vapaus toimia tarpeelliseksi kokemallaan tavalla. Toiminta ei ollut siten mitenkään suunnitelmallista toimintaa. Tilanne oli hankala molemmille tahoille, kun tietoa ja tavoitteita ei riittävästi toimintaa kohtaan ollut. Niinpä kummikätilötoiminta oli pääsääntöisesti kummikätilön puolelta synnytysvalmennusten pitoa. Yhteistä suunnittelua ei ollut, vaan kätilö tuli paikalle sovittuna ajankohtana ja suoritti oman osuutensa.

Tutkimustulokset vahvistavat käsityksiä siitä, mitä kummikätilötoiminnalta ja yhteistyön kehittymiseltä äitiyshuollossa odotetaan. Myös kirjallisuus ja aiheeseen liittyvät aiemmat tutkimukset ovat nostaneet samoja aihealueita esille. Opinnäytetyömme saavutti sen tarkoituksen, jota varten se toteutettiin. Kummikätilötoiminta koettiin tärkeänä yhteistyön kehittämisen

kannalta. Vastaajien keskuudesta nousi esille vahvasti tietyt osa-alueet, joihin kaivattiin muutosta tai edelleen kehittämistä.

Kummikätilötoiminta on uusi toimintamuoto, joka vasta hakee paikkaansa linkkinä Hyvinkään sairaanhoitoalueen synnytysyksikön ja neuvoloiden välillä. Tutkimustulosten pohjalta laaditun toimintamallin myötä toimintaa on suunniteltu laajennettavan myös useampaan Hyvinkään sairaanhoitoalueen neuvolaan. Kummikätilöt ovat saaneet neuvoloilta hyvää palautetta tähänastisesta toiminnastaan ja neuvolat ovat kertoneen markkinoineensa toimintaa myös monelle alueemme neuvolalle, jossa kummikätilötoimintaa ei vielä ole.

Uuden toimintamuodon ollessa kyseessä myös toiminnan arviointi säännöllisin väliajoin olisi mielestämme tärkeää. Arvioinnille täytyisi löytyä aikaa ja resursseja, jotta toimintaa voitaisiin kehittää ja päivittää edelleen kaikkien asianosaisten hyväksi, ja rakentaa toivon mukaan pysyvä, ja asemansa vakiinnuttava toimintamuoto.

Toimintamallin laatiminen toteutettiin konkreettisia ehdotuksia hyödyntämällä. Tuloksien kautta loimme toimintamallin (liite 2), jota tullaan hyödyntämään kummikätilötoiminnan lähtökohtana. Toimintamallista saatiin siten täysin vastaajien tarpeet huomioiva kokonaisuus. Olemme jo toimittaneet toimintamalliehdotuksen osastonhoitajalle, apulaisosastonhoitajalle sekä osastoryhmäpäällikölle. Vastaanotto on ollut positiivinen ja toimintamalli tullaan huomioimaan kummikätilötoiminnassa. Toimitamme opinnäytetyömme sekä toimintamalliehdotuksen myös tutkimukseen osallistuneihin neuvoloihin tutustuttaviksi.

12.1. Yhteistyö

Tutkimustulosten ehkä tärkeimmäksi teemaksi nousi yhteistyö, joka todellisuudessa vaatii vielä paljon kehittämistä synnytysyksiköiden ja neuvoloiden välillä. Tällä hetkellä siitä puhutaan paljon, mutta toiminnan tasolla vaatii vielä asenteiden ja toimintakulttuurien avartamista ja muokkaamista. Suvaitsevaisuus, toisen ammattitaidon kunnioittaminen ja hyödyntäminen asiakkaidemme parhaaksi olivat asioita, joiden toivottiin toteutuvan tulevaisuudessa entistä paremmin.

Tavoitteena on, että mahdollisimman moni asia tulisi hoidettua neuvolassa ja että erikoissairaanhoidon käyntejä saataisiin minimiin niiden kalleuden takia. Tämä vaatisi selkeästi enemmän ja johdonmukaisempaa yhteistyötä ja avoimuutta synnytysyksikön ja neuvoloiden välillä. Kummikätilötoiminta voisi omalta osaltaan edesauttaa toimivamman ja avoimemman yhteistyön muodostumista äitiyshuollon työntekijöiden välillä.

Moni vastaaja painotti vastauksissaan neuvolan moninaista ja laajaa työkenttää, ja kuinka moninaisten asiakkaiden ongelmien kanssa he joutuvat päivittäin työtä tekemään ja yrittämään niiden ratkomista. Neuvoloissa työskentelee lähes yksinomaan terveydenhoitajia ja lääkäri käy

tiettyinä päivinä. Satunnaisesti on joissain neuvoloissa saatavissa esim. depressiohoitajan palvelut. Mikäli kriteerit eivät asiakkaan kohdalla täyty erikoissairaanhoidon lähettämiseen, on terveydenhoitaja aika yksin. Tähän tarpeeseen kummikätilötoiminnalla voitaisiin vastata. Terveydenhoitajan olisi helpompi ottaa suoraan yhteyttä kummikätilöön huolen herätessä, vaikka sairaalaan lähettämiskriteerit eivät täytyisikään. Yhdessä voitaisiin sitten pohtia tilannetta kunkin asiakkaan kohdalla yksilöllisesti ja tarvittaessa kummikätilö voisi konsultoida lääkäriä ja/tai sosiaalityöntekijää, jotta saataisiin verkostoitumalla asiakkaan tilannetta helpotettua tai ratkaistua.

Parhaimmillaan kummikätilötoiminta voisi olla matalan kynnyksen yhteistyötä, jolloin yhteydenotto olisi helpompaa ja sujuvampaa. Työntekijöiden välinen tuttuus madaltaisi yhteydenottokynnystä ja tekisi toiminnasta sujuvampaa. Nimitys yhteistyölinkki kuvasi juuri tätä. Alueellisesti ja organisatorisesti erillään toimivat neuvolat ja synnytysyksikkö voisivat käydä vuoropuhelua paremmin, kun niiden välillä toimisi nimetty työntekijä, joka tukisi yhteistyötä ja huolehtisi asioiden etenemisestä molempiin suuntiin.

12.2. Tiedonkulku

Tiedonkulkuun liittyvät toiveet ja kehittämissuhteet nousivat yhteistyön ohella tutkimuksessa ehkä merkittävimmin esille. Oikea, ajantasainen tieto sekä synnytysyksikön muuttuvien käytänteiden tietäminen koettiin haastavana neuvoloissa. Kummikätilötoiminnassa tällä hetkellä aktiivisesti toimiva synnytysvalmennus sai positiivista palautetta ja sen toivottiin jatkuvan edelleen. Valmennusten osalta toivottiin kuitenkin edelleen kehittämistä ja yhteistyön lisäämistä yhteisen suunnittelun kautta.

12.3. Laatu

Uskoa oli siihen, että kummikätilötoiminnalla pystytään vaikuttamaan yhteistyön ja laadukkaan hoidon kehittämiseksi ja turvaamiseksi. Tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden vastauksissa korostuivat asiakaslähtöinen työote ja toimintatapa. Työntekijätasolla halutaan tuottaa laadukasta ja yhdenmukaista hoitoa ja palvelua.

Työntekijätasolla ollaan valmiita ja motivoituneita kehittämään omaa työtä ja toimintatapoja nykyajan tarpeita vastaaviksi. Työn ja toiminnan kehittämisen onnistumiseksi tarvitaan tukea johtotasolta resurssien riittävyyden varmistamiseksi. Toisaalta kehittämistyön tukena tässä ovat myös lainsäädännön vaatimukset, jotka luovat painetta ja mahdollisuuksia yhteistyön ja toiminnan kehittämiseksi.

12.4. Asiantuntijuus

Tärkeä ja huomionarvoinen asia oli muutaman vastaajan mielipide siitä, että varsinkin erikoissairaanhoidon puolelta välittyy välillä selkeä vähättely terveydenhoitajan ammattitaitoa kohtaan. Välillä ikään kuin hämärtyy se,

että äitiyshuollon työntekijät ovat samalla puolella ja työskentelevät samojen asiakkaiden parhaaksi.

Kaikissa neuvoloissa ei ole omaa nimettyä neuvolalääkärinä, vaan lääkärit vaihtuvat jatkuvasti. Hyvinkään sairaanhoitoalueella on myös neuvoloita, joissa työskentelee vain yksi terveydenhoitaja. Tällaisissa pienissä neuvoloissa terveydenhoitaja vastaa yksin satunnaisten lääkäripäivien varassa kaikista alueensa raskaana olevista. Osaamisen ja työhön sitoutumisen taso on vaihtelevaa ja se tekee terveydenhoitajien työstä entistäkin haastavampaa. Kummikätilötoiminnan myötävaikutuksella yhteydenottokynnys synnytysyksikköön ja erityisesti oman alueen nimettyyn kummikätilöön voisi olla matalampi, kun epäselviä ja askarruttavia asioita ilmaantuu. Organisaatorajat ylittävällä jaetulla asiantuntijuudella asiakkaan saama palvelu olisi tasa-arvoisempaa ja laadukkaampaa.

12.5. Moniammatillisuus

Moni kyselyyn vastanneista piti moniammatillista yhteistyötä tärkeänä, ja toivoi kummikätilötoiminnan sitä edistävän. Sairaalassa kätilöt ja lääkärit tekevät tiiviisti yhteistyötä. Esimerkiksi aikaisemman huumeiden tai runsaan alkoholin käytön takia äitiyspoliklinikkaseurannassa käyvän hoitoon osallistuu myös sosiaalihoitaja ja tarvittaessa myös psykiatrinen sairaanhoitaja. Muutoin sairaalassa synnyttäjien hoidossa konsultoidaan vain erityisistä syistä eri alojen asiantuntijoita ja tehdään moniammatillista yhteistyötä. Toisaalta hoito-ajat ovat sairaalassa niin lyhyet, etteivät vakavatkaan ongelmat tule siinä ajassa esiin. Ongelma korostuu, jos asiakas ei halua mahdollisia ongelmia tai epäkohtia julki tuoda. Neuvola onkin asiakkaiden ongelmien tunnistamisessa avainasemassa, koska asiakassuhde on niin pitkä.

Liian tiukat kriteerit ja indikaatiot erikoissairaanhoidon piiriin lähettämiseksi voivat pahimmillaan estää asiakkaan pääsyn riittävän hoidon piiriin ja saavan apua ongelmiinsa. Moniammatillisella ja matalan kynnyksen yhteistyöllä voitaisiin varmasti estää monet ongelmat lapsen synnyttyä, kun niihin pystyttäisiin ajoissa puuttumaan jo raskausaikana. Oikea-aikaisella puuttumisella, ja moniammatillisella yhteistyöllä voitaisiin hyvinkin pienillä interventioilla edistää asiakkaan ja kokonaisen perheen terveyttä ja hyvinvointia.

13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa toimintamalli kummikätilötoiminnalle Hyvinkään sairaalaan (liite 2). Toimintamalli perustuu yksinomaan tutkimuksessa saatuihin tuloksiin sekä konkreettisiin kehittämissuhteisiin, jotka nousivat esiin kyselytutkimuksesta. Kummikätilötoiminnan toivottiin edistävän yhteistyötä, tiedonkulku, asiantuntijuutta, laatua ja moniammatillisuutta – tutkimustulosten keskeisiä teemoja.

Kummikätilötoiminnan käynnistyessä kummikätilö tutustuu alueensa neuvolaan ja terveydenhoitajiin vieraillemalla paikan päällä. Ensikäynnillä kummikätilö tutustuu neuvolan toimintaan ja vaihdetaan yhteystietoja. Samalla sovitaan alustavasti yhteisistä käytänteistä liittyen kummikätilötoimintaan ja sovitaan yhteydenottotapa kummikätilön ja terveydenhoitajan välillä, esimerkiksi sähköpostitse tai puhelimitse.

Kummikätilö osallistuu yhdessä alueensa terveydenhoitajien kanssa perhevalmennuksen suunnitteluun ja toteuttaa perhevalmennuksen synnytysosion itsenäisesti. Mahdollisuuksien mukaan kummikätilö osallistuu myös perhevalmennuksen synnytyksen jälkeiseen osioon. Tarkoitus olisi myös yhdessä miettiä keinoja, miten uudelleensynnyttäjät huomioidaan esimerkiksi perhevalmennuksessa.

Kummikätilö toimii yhteistyölinkkinä neuvolan ja Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön välillä. Tämän on tarkoitus helpottaa yhteydenottoa, edesauttaa matalan kynnyksen yhteistyötä sekä tarjota konsultaatiomahdollisuuden. Yhteistyö toteutuu keskustelunavauksena molempiin suuntiin.

Kummikätilö osallistuu neuvolansa terveydenhoitajien palaveriin kaksi kertaa vuodessa, keväällä ja syksyllä. Palaverissa mahdollistuu uusimman tiedon ja käytänteiden siirtyminen kaikkien osapuolten tietoisuuteen ajantasaisesti. Myös terveydenhoitajille järjestetään tutustumiskäynti synnytysyksikköön. Tällä tavoin kumpikin osapuoli tutustuu toisen työhön ja toimipisteeseen.

14 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Opinnäytetyömme painopiste oli yhteistyön kehittämisessä äitiyshuollon työntekijöiden välillä. Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia aihetta asiakkaan näkökulmasta. Mitkä ovat äitiyshuollon asiakkaan, koko perhe en tarpeet ja miten niihin tarpeisiin ja odotuksiin voisi vastata kummikätilötoiminnan keinoin?

Kummikätilötoiminnalta odotetaan matalan kynnyksen yhteistyötä. Avoterveydenhuollon työntekijät odottavat toiminnan kautta saavansa tukea omaan päivittäiseen toimintaan. Kummikätilötoiminnan vakiinnuttua olisi tärkeä tutkia ja sitä kautta arvioida toiminnan hyötyä työntekijöiden yhteistyön kehittymisen näkökulmasta. Edistääkö kummikätilötoiminta todella äitiyshuollon työntekijöiden yhteistyötä?

Kyselyymme vastanneista useampi vastaaja oli sitä mieltä, että kummikätilötoiminta myös osaltaan markkinoi sairaalaamme synnytyspaikaksi neuvolan asiakkaille. Markkinointi ei vastannut tutkimuskysymyksiimme, joten sitä emme tuloksissa voineet mainita, mutta esim. jatkotutkimusaiheena voisi toimiakin. HUS:n alueella pienet sairaalat “taistelevat” oikeudestaan toimia, ja asemastaan synnytysyksiköinä. Varsinkin pienet, alle 1000 synnytystä vuodessa hoitavat sairaalat ovat jatkuvan lopetusuhan alla. Hyvinkään sairaalaa, jossa synnytyksiä hoidetaan n.1700 synnytystä vuodessa, ei välitön toiminnanlopettaminen

uhkaa. Jatkuvasti on kuitenkin paine saada lisää suoritteita, jotta toiminta tuleville vuosille saataisiin turvattua. Tähän tarpeeseen juuri neuvoloiden harjoittama markkinointi vastaisi loistavasti. Tärkeää olisikin tutkia aihetta myös kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin, jolloin voitaisiin mitata synnytysten määrän kasvua Hyvinkään sairaalassa kummikätilötoiminnan vakiinnuttua yhdeksi toimintamuodoksi äitiyshuollossa Hyvinkään sairaanhoitoalueella.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Burnard, P. 1996. Teaching the analysis of tekstual data: an experimental approach. Nurse education today.
- Eskola, K. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. 1. painos. Porvoo: WsBookwell Oy.
- Haapio, S. & Pietiläinen, S. 2007. Perhe- ja synnytysvalmennus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima, 201-205.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja neuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hemminki, E. & Gissler, M. 2007. Äitiysneuvolat – naistenneuvoloiksi vai hyvinvointineuvoloiksi? Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- HUS 2013. Viitattu 20.1.2013. www.hus.fi.
- Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Kauppakaari.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylän yliopistopaino
- Kauliomäki, K. 2009. Synnytystä pelkäävän naisen tunnistaminen ja tukeminen sekä äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan välinen yhteistyö – Terveydenhoitajan ja kätilön näkökulma. Pro-Gradu-tutkielma. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Kouri P, Antikainen I, Saarikoski S, Wuorisalo J (toim.). 2001. Elämisen alkuunprojekti. Äitiyshuollon joustavan verkkopalvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:10.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy JuvenesPrint.

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysi. Helsinki: WSOY.

Lillrank, P. & Venesmaa, J. 2010. Terveystieteiden alueellinen palvelujärjestelmä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Lindholm, M. 2007. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 19-25.

Lindholm, M. 2007. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 33-38.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Metsävainio, E. 2008. Äitiyshuoltoa seudullisesti Länsi-Pohjan alueella. Pro-Gradu-tutkielma. Oulun yliopisto: Terveystieteiden laitos.

Miettinen, S. 2000. Keskustelun ja dialogin taito. Teoksessa Miettinen, S. Miettinen, M., Nousiainen, I & Kuokkanen, L. (toim.) Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY, 60-61.

Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) 2010. Uusi terveydenhuolto Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto Fioca.

Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestäminen ja hankinta. Tallinna: Tietosanoma Oy.

Netti Henkreikä 2012. Viitattu 15.4. 2012.
www.pssh.fi/nettihenkreika/nettihr498/kummi.htm

Niiniluoto, I. 1988. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsitteanalyysi. Helsinki: Valtion kehittämiskeskus.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The knowledge creating company. New York: Oxford University Press.

Nuorttila, A. 2007. Raskauden seuranta neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 39-54.

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nuutinen, M. 2011. Äitiyshuolto. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapaninen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 352–359.

Nylander, O., Nenonen, M., Suominen, M. & Rintanen, H. 2002. Datasta tietoon. Makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä. Osa I. Aiheita 14/2002. Helsinki: Stakes.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Palmén, M., Korpela, M. & Saranto, K. 2008. Terveydenhuollon työntekijät ja tiedonhallinnan muutos: Arjen valtaistaminen äitiyshuollossa. Työsuojelurahaston hanke no. 106143 Loppuraportti. Kuopion yliopisto: Terveystieteiden ja talouden laitos. Viitattu 30.1.13. www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106143Loppuraportti.pdf

Pyykönen, A-L. 2.4.2012. Vastaanottaja Mervi Viiru. [sähköpostiviesti]. Viitattu 15.4.2012.

Rastas, T. & Einola-Pekkinen, V. 2001. Arvoa aineettomasta pääomasta. Tampere: Tammer-Paino.

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima, 236-268.

Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito: Tutkimus organisaatorajat ylittävistä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaan vanhempien suhteissa. Acta Universitatis Tamperensis 1052/Acta Electronica Universitatis Tamperensis 401. Tampere University Press.

Saaren-Seppälä, T. 2006. Kollektiivinen tietovaranto potilastyössä. Teoksessa Parviainen, J. (toim.) Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 309-340.

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospotilaan kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Salo, M., Turunen, M. & Roslakka, J. 2003. Kelan toimisto yhteistyökumppanina. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Helsinki: Kela.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.p. WSOY.

Sarja, A. 2000. Dialogioppiminen pienryhmässä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Sirola, K. & Salminen, E-M. 2002. Projekti-, verkosto- ja tiimityöskentely terveyden edistämisessä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveyden edistäminen Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy

Suomen Kätilöliitto. 2004. Laatuä kätilötyöhön – kätilötyön eettiset ja laadulliset perusteet.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Painosalama.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001a. Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. STM asetus 99/2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. 3 Askel kohti saumattomuutta - joustavaa palvelua äitiyshuollossa. Viitattu 30.1.2013. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/neuvola/askel.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelma 2007-2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:83. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmänmuistio. Selvityksiä 28.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suunterveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.

Tanttu, K. 2001. Yhteistyöhön oppiminen äitiyshuollossa. Tutkimus äitiysneuvoloiden ja synnytysklinikan yhteistyön taustasta ja tiimien toiminnasta 1993-2000. Lisensiaatintyö. Vaasan yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, julkisjohtamisen laitos.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto: Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2.No 176.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.5.2012. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki

Tiitinen, A. 2012. Äitiysneuvolaseuranta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.10.2012. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00186

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Valtioneuvoston asetus 1339/2006. Valtioneuvoston asetus seulonnoista. Viitattu 20.2.2013. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20061339

Valtioneuvoston asetus 338/2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Viitattu 1.5.2013 www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338

Vaasan keskussairaala 2012. Viitattu 15.4.2012.

www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Synnytys/Synnytyssali/Kummikätilötoiminta

Vallimies-Patomäki, M. 2007 Raskaus ja synnytys tutkimuksen valossa. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima, 59-74.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Virtanen, J. 2006. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 149-214.

Väistö, R. & Häkkinen, M. 2007. Kehittämistyö voimaantumisen lähteenä. Pro terveys 35, 3, 8-10.

Äimälä, A-M. 2007. Kätilö naisen tukijana. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima, 39-44.

KYSELYLOMAKE

Hyvä terveydenhoitaja/kätilö!

Olet ollut mukana aloittelemassa kummikätilötoimintaa ja samalla osallisena yhteistyön kehittämässä Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välillä.

Tämän kyselyn avulla pyritään kehittämään kummikätilötoimintaa työntekijän näkökulmasta tarpeita vastaavaksi. Suoritamme Hämeen ammattikorkeakoulussa yamk-opintoja Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen –koulutusohjelmassa. Kysely on osa opinnäytetyötämme.

Toivomme, että suhtaudut kyselyyn myönteisesti ja samalla edesautat omalla panoksellasi hyvän ja kattavan opinnäytetyön aikaansaamisessa ja Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden yhteistyön kehittämässä. Lue kaikki kysymykset läpi ennen vastaamista kokonaisuuden hahmottamiseksi.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Palauta vastauksesi oheisessa kirjekuoressa yhdessä sopimaanne paikkaan. Käymme hakemassa vastaukset henkilökohtaisesti maanantaina 10.12.2012.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen!

Hyvinkäällä 2.10.2012

Johanna Aitalaakso

Mervi Viiru

Kyselylomake

1. Kerro itsestäsi (ikä, koulutus, työkokemus ym.).

2. Mitä odotat kummikätilötoiminnalta?

3. Kuinka tarpeellisena koet kummikätilötoiminnan yhteistyön muotona

a) työntekijänä näkökulmasta?

b) asiakkaan laadukkaan ja yhdenmukaisen hoidon näkökulmasta?

c) Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välisen yhteistyön/moniammatillisuuden näkökulmasta?

4. Mitä asioita pidät tärkeänä kummikätilötoiminnassa

a) työntekijän näkökulmasta?

b) äitiyshuollon asiakkaan näkökulmasta?

5. Arvioi, mitä hyötyä kummikätilötoiminnasta olisi Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden väliselle yhteistyölle

a) työntekijän näkökulmasta?

b) äitiyshuollon asiakkaan näkökulmasta?

c) avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön/moniammatillisuuden näkökulmasta?

6. Voiko kummikätilötoiminnasta mielestäsi olla haittaa moniammatilliselle yhteistyölle? Jos, niin mitä?

7. Millaisena näet Hyvinkään sairaalan synnytysyksikön ja alueen neuvoloiden välisen yhteistyön tulevaisuudessa?

8. Kehittämisehdotuksesi yhteistyön ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi?

Kiitos osallistumisestasi kyselyyn!

TOIMINTAMALLIEHDOTUS

”Saattaen neuvolasta synnytyssairaalaan” - kummikätilönä Hyvinkään sairaalassa

Tekijät: Johanna Aitalaakso, Mervi Viiru, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen 2012, yamk-opinnäytetyö

Ehdotus kummikätilötoimintamalliksi Hyvinkään sairaanhoitoalueelle.

Toimintamalliehdotus perustuu tekemäämme opinnäytetyöhön, jonka toteutimme laadullisena kyselytutkimuksena Hyvinkään sairaalan kummikätilöille sekä Mäntsälän, Järvenpään ja Tuusulan kunnan äitiysneuvoloiden terveydenhoitajille. Vastausprosentti kyselytutkimukseemme oli 52%.

Tutkimukseen osallistuneet olivat yksimielisiä siitä, että yhteistyön kehittäminen on tarpeellista ja kummikätilötoiminta voisi olla hyvä keino toteuttaa matalan kynnyksen yhteistyötä. Vastaajat toivat esille puutteita tiedonkulussa, johon toivottiin parannusta. Kummikätilöiltä toivottiin aikaisempaa näkyvämpää roolia alueensa neuvoloissa.

Ehdotuksia toimintamalliksi:

- kummikätilötoiminnan käynnistyessä
 - ❖ kummikätilö tutustuu alueensa neuvoloihin ja terveydenhoitajiin vierailemalla paikan päällä
 - ❖ yhteystietojen jakaminen
- yhdessä suunnitellut perhevalmennukset:
 - ❖ kätilö osallistuu suunnitteluun yhdessä alueensa terveydenhoitajien kanssa ja toteuttaa perhevalmennuksen synnytysosion
 - ❖ synnytyksen jälkeiseen osioon osallistuminen
 - ❖ uudelleensynnyttäjien huomioiminen, keinot?
- toimii yhteistyölinkkinä neuvolan ja synnytysyksikön välillä
 - ❖ helpottaa yhteydenottoa, matalan kynnyksen yhteistyö, konsultaatiomahdollisuus
 - ❖ kummikätilön yhteystiedot alueen terveydenhoitajien tietoon
 - ❖ yhteydenottomahdollisuus esim. sähköpostitse

- ❖ toivottiin käytänteistä sopimista suoraan neuvolan ja kummikätilön välillä (harvoin kuitenkaan mahdollista) --> keskustelun avaus molempiin suuntiin
- terveydenhoitajien palaveriisiin osallistuminen:
 - ❖ kaksi kertaa vuodessa, kevät/syky
- toisen työhön ja toimipisteeseen tutustuminen
 - ❖ terveydenhoitajien tutustumiskäynnit synnytysyksikössä
 - ❖ kätilön tutustuminen neuvolan terveydenhoitajan työhön

Ehdotettujen toimintamuotojen toivottiin edistävän:

Yhteistyötä:

- yhteinen tieto ja yhtenäiset käytänteet
- suunnitelmallinen yhteistyö

Tiedonkulkua:

- ajantasaisen tiedon välittäminen

Asiantuntijuutta:

- yhteinen tieto ja yhtenäiset käytänteet
- jaettu asiantuntijuus
- tieto suoraan asiantuntijalta

Laatua:

- asiakkaan saama hyöty koettiin merkityksellisenä
- asetus edellyttää yhteistyön lisäämistä

Moniammatillisuutta:

- osaamisen jakaminen
- eri ammattiryhmien ja asiantuntijuuksien hyödyntäminen
- toisen ammattiryhmän osaamisen arvostaminen ja keskinäinen luottamus